

ОПРОСНИКИ И ШКАЛЫ В ГЕРОНТОЛОГИИ И ГЕРИАТРИИ

Горелик С.Г., Ильницкий А.Н., Прощаев К.И., Павленко Е.В., Старцева О.Н.,
Кривцунов А.Н.

Учебное пособие адресовано студентам медицинских вузов, клиническим ординаторам, врачам гериатрам, врачам общей семейной практики, а также терапевтам. Учебное пособие посвящено современным подходам к знаниям об особенностях клинических проявлений, методов диагностики гериатрических синдромов у пожилых людей.

УДК 616-053.9

ББК 57.4

О-62

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ

ОСНОВНАЯ ТЕРМИНОЛОГИЯ

ГЕРИАТРИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ЗДРАВООХРАНЕНИИ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЕ. ОБЩАЯ СХЕМА НАБЛЮДЕНИЯ И УХОДА ЗА ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ (ВОЗ, 2019)

ШКАЛЫ И ОПРОСНИКИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ЭКСПРЕСС ОЦЕНКИ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО СТАТУСА

«Фенотип старческой астении», описанный L. FRIED ET AL. (2001)

Скрининговая валидизированная шкала FRAIL

Опросник SARC-F для диагностики саркопении

European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP, 2018)

Скрининг гериатрических синдромов по шкале «Возраст не помеха»

Скрининг статуса питания

Экспресс-оценка когнитивных способностей Rapid Cognitive Screen (RCS)

Экспресс-оценка гериатрического статуса

Скрининговый инструмент ВОЗ (ICOPE, 2019)

Гериатрическая шкала депрессии

Оригинальный экспресс-опросник «Валидизированный индекс синдрома старческой астении у пациентов с травмой»

Скрининг локальных гериатрических синдромов. Опросник СТОПА

Опросник DN4 для диагностики вида боли

КОМПЛЕКСНАЯ ГЕРИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА

ВЫЯВЛЕНИЕ СОМАТИЧЕСКИХ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ

Выявление степени способности к передвижению

Оценка риска падения (шкала Морсе)

Оценка болевого синдрома.

Выявление степени нарушения питания (синдрома мальнутриции)

Оценка риска возникновения пролежней

Шкала функциональный индекс стопы (FFI)

Шкала «Оценка мышечной силы»

Модифицированная шкала спастичности Ашфорт

Оценка риска побочных реакций у пожилых людей (риск полипрагмазии)

ВЫЯВЛЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ

Оценка когнитивных функций

Тест Мини-Ког

Тест рисования часов

Тест «краткое обследование познавательных способностей» (MMSE)

MoCA test (Montreal Cognitive Assessment)

Шкала Монтомгери-Асберг для Оценки Депрессии

Шкала тревоги Спилбергера

Шкала сонливости Эпворта - Epworth Sleepiness Scale

ВЫЯВЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ

Оценка степени независимости в повседневной жизни
(Activities of Daily Living, или ADL)

Оценка степени независимости в повседневной жизни (Шкала Бартел)

ОПРОСНИКИ И ШКАЛЫ ДЛЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ СРЕДЫ ПРОЖИВАНИЯ

Шкала оценки рисков среды проживания

ОЦЕНКА ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ В ГЕРИАТРИИ

Шкала устойчивости Коннор-Девидсона (*Connor-Davidson Resilience Scale*)

Resilience Scale for Adults (RSA)

Шкала многомерной индивидуальной и межличностной оценки возрастной
жизнеспособности

Шкала для оценки Индекса Общего Психологического Благополучия

Самоопросник Модифицированная Самооценка Социальной
приспособляемости

Краткая шкала возрастной жизнеспособности (BRS)

Опросник качества жизни SF-36

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

ПРЕДИСЛОВИЕ

Изменения, происходящие в стареющем организме человека, создают определенные трудности в постановке диагноза и лечении возникшего заболевания. Особенно это актуально у пациентов старших возрастных групп с хирургической патологией. Развитие, внедрение и расширение границ малоинвазивных методов хирургического лечения, а также проведение плановых операции после детального и всестороннего обследования пациента позволило улучшить результаты лечения пациентов и качество жизни пациентов старших возрастных групп. Тем не менее, не только оперативное лечение, но и послеоперационный период у данной категории пациентов имеет свои особенности течения и ведения с целью предупреждения развития осложнений и уменьшения летальности. Реабилитация пациентов старших возрастных групп после хирургического лечения должна включать не только лечебные мероприятия, направленные на восстановление функций организма, нарушенных вследствие хирургического заболевания и перенесенной операции. С целью социализации, ресоциализации и интеграции пациентов в общество, при разработке реабилитационных мероприятий для данной категории больных кроме традиционных методов, необходимо использование специфических для гериатрии методов оценки состояния, рекомендуемых Международной Ассоциацией Геронтологии и Гериатрии (IAGG). Крайним проявлением возрастных изменений, которые приводят к накоплению инволютивных изменений, поражению многих органов и систем на фоне полиморбидности является синдром старческой астении, который может выступать предиктором и независимым фактором риска неблагоприятного результата обострения хронического заболевания и оперативного лечения пациентов.

В помощь студентам медицинских факультетов, врачам-гериатрам, участковым терапевтам, врачам общей практики, реабилитологам, хирургам для изучения распространенности синдрома старческой астении и гериатрических синдромов у больных старших возрастных групп, общего уровня распространенности гериатрических синдромов, определяющих степень тяжести синдрома старческой астении, и разработки адекватных методов лечения, реабилитации и ухода за данной категорией больных в клинической практике предназначено настоящее учебное пособие.

ОСНОВНАЯ ТЕРМИНОЛОГИЯ

*Синдром старческой астении (англ.- **FRAILITY**)* является крайним проявлением возрастных изменений, которые приводят к накоплению инволютивных изменений и постепенному падению параметров функционирования организма. Синдром старческой астении является финальным этапом процессов старения организма, время проявления которого, так же как и развернутость проявлений, определяется генетически и тем патологическим фоном, который сопровождал человека на протяжении его жизни. Согласно Fried et al. (2001) синдром старческой астении включает: снижение скорости передвижения, значительное снижение физической активности, потеря веса вследствие саркопении, снижение силы кисти, выраженная слабость и повышенная утомляемость. Синдром старческой астении диагностируется при наличии не менее трех симптомов, в случае же присутствия одного или двух из них имеет место старческая преастения.

Синдром старческой астении является ключевым понятием современной гериатрии, цель которой – предупредить ее раннее наступление, снизить степень выраженности проявлений, а при развитии синдрома - подключить все возможные меры медицинского и социального плана для максимально возможной социализации гериатрического пациента. В данной работе используется классификацию этапов развития синдрома старческой астении, предложенная рабочей группой, проводившая Канадское исследование здоровья и старения (CSHA, 2009):

-Первый этап – пациенты с сохранным здоровьем, они активны, энергичны, имеют высокий уровень мотивации, не ограничены в физической активности.

-Второй – пациенты с хорошим здоровьем, у которых имеются заболевания в неактивной фазе, которые несколько снижают функциональное состояние.

-Третий – пациенты с хорошим здоровьем при наличии успешно леченных хронических заболеваний, т.е. у пациентов имеются отдельные симптомы хронических заболеваний, которые хорошо контролируются проводимой терапией, но в еще большей степени снижают функциональное состояние.

-Четвертый или старческая преастения - пациенты с волнообразным течением заболеваний, т.е. имеются частые периоды обострения, декомпенсации патологии, что в значительной степени снижает функциональные возможности.

-Пятый этап - синдром старческой астении легкой степени, при котором имеются незначительные ограничения активности.

-Шестой этап - синдром старческой астении умеренной степени с формированием потребности в длительном по времени уходе.

-Седьмой - выраженная старческая астения, при которой необходим постоянный, тщательный уход.

- Восьмой период - терминальная стадия заболевания.

Такая интерпретация синдрома старческой астении подчеркивает значимость социального компонента в оказании медико-социальной помощи пациентам пожилого и старческого возраста, особенно перенесшим оперативное лечение.

Для определения степени старческой астении проводится *специализированный гериатрический осмотр (СГО)* пациента, направленный на выявление физикальных, функциональных и психосоциальных особенностей людей пожилого и старческого возраста.

Комплексная гериатрическая оценка (comprehensive geriatric assessment) – совокупность диагностических мероприятий, которые ориентированы не столько на осуществление традиционной нозологической диагностики и выявление имеющихся у пациента заболеваний, но на изучение социального статуса и рисков снижения качества жизни и социальной деятельности с точки зрения соматического состояния, которые имеются у человека пожилого и, особенно, старческого возраста. Основной целью СГО является выявление гериатрических синдромов, которые определяют развитие синдрома старческой астении.

Гериатрические синдромы присоединяются по мере развития и накопления инволютивных изменений в организме человека и дефицита функций на фоне полиморбидности.

К наиболее часто встречающимся относятся: нарушения передвижения, синдром падения, синдром недостаточности питания (синдром мальнутриции), тревожно-депрессивный синдром, когнитивные нарушения, недержание мочи, кала, нарушение слуха, зрения, пролежни, синдром зависимости от посторонней помощи.

ГЕРИАТРИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ЗДРАВООХРАНЕНИИ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЕ. ОБЩАЯ СХЕМА НАБЛЮДЕНИЯ И УХОДА ЗА ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ (ВОЗ, 2019)

Более половины людей, которые обращаются в учреждения здравоохранения и социальной защиты, составляют лица пожилого и старческого возраста. Пожилые люди требуют иного подхода к оценке состояния здоровья, наблюдению и лечению в связи с изменениями организма, развивающимися в процессе физиологического старения. Старение ассоциировано не только с увеличением количества заболеваний, полипрагмазией, но и с развитием ряда гериатрических синдромов, отражающих морфофункциональную возрастную эволюцию в разных органах и системах стареющего организма.

Гериатрические синдромы – это многофакторные состояния, формирующиеся в ответ на снижение функционирования многих органов и систем и определяют индивидуальную жизнеспособность, функциональную активность и степень зависимости в повседневной жизни от посторонней помощи.

Для гериатрических синдромов характерны некоторые клинические особенности. Во-первых, каждый гериатрический синдром имеет множество факторов риска развития в результате возрастных изменений систем и органов. Во-вторых, диагностические подходы, направленные на выявление причины, лежащей в основе определенного гериатрического синдрома, нередко неэффективны, обременительны, опасны и требуют существенных материальных затрат. И наконец, необходимым и целесообразным является лечение клинических проявлений гериатрических синдромов, даже при отсутствии окончательного диагноза или причины, лежащей в основе его формирования.

Гериатрические синдромы подразделяются на:

- соматические (синдром недостаточности питания, снижения слуха, зрения, недержание мочи, кала, саркопения, синдром гипомобильности, нарушение терморегуляции, падения и т.д.);
- психические (когнитивный дефицит, нарушение поведения, деменция, делирий и т.д.);
- социальные (зависимость в повседневной жизни от посторонней помощи, синдром социальной изоляции и т.д.).

Крайним проявлением возрастных изменений, полиморбидности и гериатрических синдромов является синдром старческой астении, который представляет собой ведущее и наиболее значимое по своим последствиям состояние и встречается в среди лиц в возрасте 65–75 лет – 25%, среди лиц в возрасте 85 лет и старше – 34%.

Развитию синдрома старческой астении способствуют:

- последствия длительно протекающих хронических заболеваний – сахарный диабет, хроническая сердечная и дыхательная недостаточность, неврологический дефицит как последствия перенесенного инсульта;
- возрастная дисфункция нервной системы;
- возрастной гормональный дефицит – возрастной андрогенный дефицит у мужчин, менопауза у женщин, соматопауза, которая сопровождается возрастным снижением инсулиноподобного фактора роста – 1;
- анемический синдром;
- хронический болевой синдром;
- сидячий образ жизни со значительным ограничением уровня физической активности;
- апатия и депрессия, хронический стресс;
- избыточное потребление алкоголя;
- побочные эффекты медикаментов, которые в пожилом возрасте способны вызывать такие состояния как потерю аппетита, седативный эффект, падения.

В настоящее время установлено, что к развитию старческой астении могут привести более 65 возраст-зависимых гериатрических синдромов.

Каждый гериатрический синдром имеет множество факторов риска развития в результате возрастных изменений систем и органов.

Синдром падений

Падения – это неосознанное изменение положения тела, которое может сопровождаться травмами. Фактором риска является пожилой возраст. Так, в возрасте 65 – 69 лет падения встречаются в 20-30% случаев, тогда как в возрасте старше 85 лет – в 50% случаев. Достоверно большее количество падений встречается не в домашних условиях, а в учреждениях здравоохранения и стационарного социального обслуживания.

Наиболее распространенное осложнение падений – страх последующих падений, встречается не менее чем в 70% всех случаев. Нередко падениям способствуют нарушения походки с замедлением скорости ходьбы, неустойчивость в позе, укорочение шага, шаркающая походка.

Падения приводят к повреждениям и переломам костей скелета, которые находятся на 6-м месте среди причин летального исхода у лиц старшего возраста. Помимо этого падения ухудшают функциональное состояние, мобильность, увеличивают риск повторных госпитализаций, они сопряжены с формированием тревожно-депрессивного состояния, страха повторных падений.

Факторы риска падений, связанные с состоянием здоровья самого пожилого пациента:

- возраст старше 65 лет;
- сведения о том, что ранее у пациента уже были падения;
- нарушения зрения и равновесия;
- неустойчивость и нарушение походки;

- патология опорно-двигательного аппарата;
- прием ряда лекарственных препаратов, например, седативных, снотворных, анальгетиков;
- ортостатическая реакция, сопровождающаяся головокружением, при переходе пациента из положения лежа в положение сидя или стоя;
- увеличение время реакции: неспособность пациента быстро принимать решение в случае возникновения опасности падения;
- когнитивные нарушения, спутанность сознания или дезориентация.

Факторы риска падений, связанные с воздействием внешних факторов окружающей среды:

- низкое качество покрытия пола: скользкое покрытие, небольшие скользящие ковры, провода на полу, выступающие пороги;
- плохая освещенность;
- непригодные для пользования пожилыми людьми ванна и туалет: отсутствие поручней, высокие бортики, скользкое покрытие;
- неудобные для перемещения стулья и кровати;
- неудобная обувь: тесная или обувь большого размера, скользящая по поверхности опоры подошва;
- неисправные технические средства реабилитации: инвалидное кресло, трость, ходунки;
- неумение пользоваться некоторыми приспособлениями для пожилых людей в условиях стационарного учреждения, что может привести к повышению риска падений.

Учет факторов риска падений позволит снизить частоту возникновения синдрома падений и его последствий.

Саркопения

Это обусловленные возрастом снижение массы и силы мышечной ткани.

Известно, что пик мышечной массы в норме приходится на возраст 25 лет, к 50 годам мышечная масса уменьшается на 10%, к 80 годам – на 30%.

Основными причинами саркопении являются: алиментарные факторы (плохое питание, нарушение моторики желудочно-кишечного тракта, возрастной феномен быстрого насыщения), возрастные изменения гормонального фона, снижение двигательной активности.

Клиническая картина характеризуется ощущением мышечной слабости, снижением темпа передвижения, снижением скорости ходьбы, нарушением баланса - устойчивости и равновесия. Саркопения увеличивает вероятность падений и ухудшает способность человека выполнять даже обычные ежедневные дела: подниматься по лестнице, ходить в магазин, убирать, стирать и приводит к зависимости от посторонней помощи.

В профилактике саркопении центральная роль отводится физическим нагрузкам. Выполнение аэробных, анаэробных (силовых) физических тренировок

и упражнений на баланс способствует повышению и поддержанию мышечной силы, и, по сути, является немедикаментозным методом терапии саркопении.

Синдром мальнутриции

Мальнутриция – недостаток питания. Самым неблагоприятным образом на организм пожилого человека влияет неправильное или недостаточное питание. В этой связи, правильная организация питания – обязательное условие при оказании стационарной социально-медицинской помощи.

Основная проблема у пожилых людей – это снижение количества потребляемого белка с пищей. Очевидны излишества в принятии углеводсодержащей пищи, особенно мучных и сладких продуктов, преобладает пища, содержащая жиры животного происхождения, имеет место излишнее употребление соли. В то же время овощи, фрукты, зелень, растительное масло поступают в ограниченных количествах. Зачастую пожилые люди принимают недостаточное количество жидкости, т.е. не более 3 стаканов в сутки.

Поэтому важным в работе с пожилым человеком является оценка питания пожилого человека для выявления риска развития и наличия синдрома мальнутриции.

Нарушение речи

Важной коммуникативной функцией в жизни человека является общение, что означает – понимать и быть понятым. Нарушение этих функций влечет за собой затруднение в общении с близкими, друзьями и специалистами.

Довольно часто возможными причинами нарушения коммуникации являются нарушения речи (афазия), например, как следствие перенесенного инсульта и обусловленные повреждением центров речи в головном мозге. Афазия – это расстройство ранее сформированной речевой деятельности, при котором частично или полностью утрачивается способность пользоваться собственной речью и (или) понимать обращенную речь.

После инсульта могут возникать два типа коммуникативных нарушений речи.

1. Нарушения речи проявляются в трудности при подборе и произнесении необходимых слов. Человек с афазией способен понимать смысл обращенной к нему речи, но сам не в состоянии подобрать нужные слова для ответа. Он пытается говорить, может повторять одно и то же слово много раз подряд. При менее тяжелых повреждениях человек в состоянии разговаривать, используя простые слова и короткие фразы, но при этом временами затрудняется в выборе правильных слов.

2. Наиболее тяжелая форма коммуникативных нарушений, при которой у больного человека возникают трудности в понимании слов, сказанных или написанных другими. Он может понимать только очень малую часть того, что ему говорят, и поэтому сам не в состоянии отвечать правильно. В своей речи он может использовать слова, лишенные смысла.

Перед специалистами, родными, ухаживающими людьми встает вопрос, как улучшить коммуникативную функцию, для полного понимания состояния пожилого человека и как следствие, улучшить его эмоциональное состояние.

Самое важное – это общение и поддержка социальных контактов. Общение жизненно необходимо и является неотъемлемой частью ухода за людьми с коммуникативными нарушениями.

При проблемах в общении возможно использовать письмо или пиктограммы. Человек с афазией сможет выражать свои просьбы и желания, показывая на соответствующую картинку. Данный способ является хорошим вспомогательным средством общения.

Нарушение зрения

Зрение – это одна из ведущих функций человека, обеспечивающая поступление более 90% информации. Снижение зрения – встречается у значительного числа лиц пожилого старческого возраста. Даже при частичной утрате зрения человек испытывает затруднения в самообслуживании, передвижении, ориентации, общении, обучении, труде, то есть в полноценной жизни, что зачастую приводит к инвалидизации этих пациентов.

Основными причинами, приводящими к потере зрения у лиц пожилого и старческого возраста, являются: перенесенные сильные нервно-психические расстройства, травмы глаз; острые нарушения, такие как - инсульты, приступы глаукомы, кровоизлияние в сетчатку глаза; а также имеющиеся хронические заболевания, влияющие на качество зрения: артериальная гипертония, сахарный диабет, заболевания сетчатки глаза и другие, которые потенциально могут привести к слабовидению и полной слепоте.

Основным методом коррекции зрения являются очки, однако, по показаниям, применяется хирургическое вмешательство, лазерная терапия.

Нарушение слуха

Снижение слуха в пожилом в возрасте – достаточно распространенное явление. Так, в пожилом возрасте снижение слуха занимает 4 место по распространенности после таких заболеваний, как артроз, артериальная гипертония и хроническая сердечная недостаточность.

В возрасте старше 60 лет снижение слуха встречается у 30%, а в возрасте старше 75 лет – более чем у 35% пациентов старших возрастных групп, что очень сильно осложняет жизнь эти людям.

Основные причины развития этого гериатрического синдрома связаны с дегенеративными изменениями слухового аппарата, патологией центральной нервной системы, чрезмерным приемом ряда лекарственных препаратов (антибиотики, мочегонные и др.).

В соответствии с Международной классификацией нарушений слуха выделяют 4 степени тугоухости.

Эффективным средством нормализации жизни таких пациентов является своевременное слухопротезирование. В настоящее время для реабилитации слабослышащих применяются разного типа слуховые аппараты, специальные телефоны, наушники для просмотра телепередач.

Когнитивные расстройства

Когнитивные функции (лат. *cognitio* - познание) - высшие мозговые функции: память, внимание, мышление, психомоторная координация, речь, узнавание, возможность совершать целенаправленные действия, счет, ориентация, планирование и контроль высшей психической деятельности.

При неблагоприятном старении особую социальную значимость, ввиду их последствий, представляют когнитивные расстройства пожилых людей, и крайнее их проявление - деменции, что ставит пожилых людей в разряд «уязвимых». Деменция – это процесс, характеризующийся деградацией всей психической деятельности. При деменции поражается память, творческое мышление, оказывается невозможным выполнение простых задач. Человек перестает ориентироваться во времени, пространстве, в тяжелых случаях, в собственной личности, происходят изменения эмоционально-волевой сферы – появляется эмоциональная лабильность, раздражительность, существенно страдает мотивация. Сознание при этом не страдает. Становится невозможным обучение и понимание, беднеет язык, разрушается речь и способность к счету. Прогрессирование деменции приводит к росту зависимости от посторонней помощи и снижению качества жизни.

Основные причины развития деменции: атеросклероз сосудов головного мозга, болезнь Паркинсона, эпилепсия, тяжелый сахарный диабет, артериальная гипертония. Наиболее частая причина деменции - болезнь Альцгеймера.

В течении деменции выделяют несколько стадий:

На ранней стадии у человека развивается забывчивость, нарушается способность к ориентации в знакомой местности, теряется счет времени. На этой стадии при своевременной диагностике деменции можно удлинить период активной жизнедеятельности и затормозить скорость потери памяти.

В средней стадии деменции у человека отмечается нарушение ориентации дома, появляются значительные трудности в общении, уходе за собой, нарастает забывчивость в отношении недавних событий.

Поздняя стадия деменции характеризуется практически полной зависимостью от посторонней помощи в связи с потерей ориентации во времени и пространстве, трудностями в узнавании близких людей, проблемами в передвижении, значительными отклонениями в поведении, включающими агрессивность.

Прогрессирование заболевания приводит к нарушению социальной адаптации гериатрического пациента, делает его не способным самостоятельно себя обслуживать, приводит к зависимости от посторонней помощи. При таком

состоянии пожилого человека часто оформляют на постоянное проживание в стационарное учреждение социального обслуживания (в дом-интернат, пансионат).

Депрессия

Депрессия – это психическое расстройство, характеризующееся депрессивной триадой: снижением настроения; утратой способности переживать радость и негативными суждениями с пессимистичным взглядом на происходящее; двигательной заторможенностью и повышенной утомляемостью.

При депрессии снижена самооценка, наблюдается потеря интереса к жизни и привычной деятельности. В некоторых случаях человек, страдающий ею, может начать злоупотреблять алкоголем или психотропными веществами. Причины – часто депрессии возникают на фоне стрессов, длительно существующих тяжелых травмирующих ситуаций: семейные конфликты, потери значимых людей, любимой работы, смена места жительства.

Депрессия может развиваться на фоне хронических соматических заболеваний, явиться результатом побочного действия многих лекарств (например, нейролептиков, кортикостероидов, бензодиазепинов). Иногда депрессия возникает без видимых причин.

Депрессия – довольно распространенное явление с частотой встречаемости у гериатрических пациентов до 35%, у пациентов, перенесших инфаркт миокарда – до 45%, у постинсультных больных – до 47%. У пожилых пациентов факторами риска для возникновения депрессии являются: наличие серьезных заболеваний, частое обращение за медицинской помощью, хронический болевой синдром, нарушения слуха и зрения.

Синдром боли

Боль – это неприятное ощущение и эмоциональное переживание, связанное с реально имеющимся или потенциальным повреждением тканей или же испытываемое в момент такого повреждения.

Болью в пожилом и старческом возрасте сопровождается огромное количество заболеваний, от небольшой ничем не угрожающей травмы, до инфаркта миокарда с болевым шоком.

Согласно данных эпидемиологических исследований, болевой синдром встречается у 75 - 80% лиц пожилого и старческого возраста.

Протекание боли у лиц пожилого и старческого возраста может иметь определенные особенности. Так, очень часто для пожилых людей характерны изменения эмоциональной реакции на болевые ощущения, а в результате ограничения коммуникативных способностей, особенно у пациентов с речевыми нарушениями или деменцией, им труднее сообщать о своих жалобах. В таких ситуациях проявление беспокойства, агрессии, анорексии может быть проявлением болевого синдрома.

При хронических болевых синдромах именно психологическая составляющая приобретает ведущее значение, и как реакция на стойкие болевые ощущения у пожилых чаще наблюдаются депрессия и тревога, ограничение социальных контактов, усугубление когнитивных расстройств, нарушение сна.

По признаку длительности боль можно разделить на острую и хроническую. Острая боль – это реакция, возникающая при нарушении целостности органов и тканей организма, продолжительностью до 3-х месяцев, имеющая, как правило, внезапный характер, купируемая приемом анальгетических препаратов (обезболивающих лекарственных средств).

Хроническая боль – это ощущение, продолжающееся более 3-х месяцев, имеет прогрессирующий характер и не купируется приемом традиционных обезболивающих лекарственных препаратов.

Недержание

Недержание мочи – это непроизвольная потеря мочи, вызывающая социальные и гигиенические проблемы.

Данная проблема увеличивается с возрастом: встречается у каждого второго человека старше 60 лет.

При этом пожилые люди с недержанием мочи часто ограничивают прием жидкости, и тем самым у них возникает обезвоживание.

Развитию данного состояния способствуют возрастные изменения мочевого тракта: снижение сократительной способности и непроизвольные сокращения мочевого пузыря, ослабление сфинктеров и атрофия слизистой оболочки мочеиспускательного канала у женщин, ослабление мышц тазового дна, которые поддерживают внутренние органы малого таза и участвуют в процессе мочеиспускания, аденома предстательной железы у мужчин.

Кроме того возникновению недержания способствуют: воспалительные заболевания, опухоли и пороки развития мочевыделительной системы, тяжелые физические нагрузки, неврологические заболевания, сахарный диабет, сердечная недостаточность и др. заболевания, прием некоторых медикаментозных препаратов.

Контроль питьевого режима, а также контроль диуреза у маломобильных и немобильных подопечных входят в обязанности персонала по уходу.

Пролежни

Пролежни – это язвенно-некротическое повреждение кожных покровов, развивающееся у ослабленных лежачих пациентов с нарушенной микроциркуляцией, на тех областях тела, которые подвергаются постоянному давлению, срезывающей силе и трению.

В группе риска возникновения пролежней находятся ослабленные люди, с ограниченной подвижностью, истощенные, обезвоженные, с нарушением сознания, вынужденные долго лежать без движения, больные люди с установленными катетерами и стомами (мочевыми, венозными катетерами,

уростомой, гастростомой, трахеостомой), не контролирующие мочеиспускание и отхождение стула, с сухой, легко повреждаемой кожей, с заболеваниями (сахарный диабет, рассеянный склероз, сердечная недостаточность, болезнь Альцгеймера и др.).

Факторы риска развития пролежней могут быть обратимыми (например, обезвоживание, гипотензия) и необратимыми (например, возраст), внутренними и внешними. Задача – устранить те из них, на которые можно повлиять, обеспечив необходимый уход за подопечным.

Крайним проявлением возрастных изменений, которые приводят к инволютивным процессам в организме и поражению органов на фоне полиморбидности, является синдром старческой астении. Старческая астения в современной гериатрии представляет собой ведущее и наиболее значимое по своим последствиям состояние. Старческая астения рассматривается как результат аккумуляции естественных возрастных процессов, накопления разных заболеваний и является характеристикой состояния здоровья пациентов старшего возраста. Старческая астения определяется как биологический синдром, характеризующийся ассоциированным с возрастом снижением физиологического резерва и функций большинства органов, что приводит к снижению способности отвечать на внешние и внутренние стрессорные воздействия, а также к неблагоприятным функциональным и медицинским последствиям. По разным данным, частота старческой астении в популяции составляет приблизительно 5%, среди лиц в возрасте 65–75 лет – 25%, среди лиц в возрасте 85 лет и старше – 34% (Ткачева О.Н., 2018). По нашим данным (Горелик С.Г., Ильницкий А.Н., 2015) распространенность старческой астении у людей старше 60 лет – 25%, старше 75–56%.

Frailty vs Resilience (старческая астения и возрастная жизнеспособность): принцип формирования

Отличия синдрома старческой астении, которая формирует функциональный статус пожилого человека и возрастной индивидуальной жизнеспособности заключаются в критериях формирования. Синдром старческой астении формируется из гериатрических синдромов, которые, по сути, являются дефицитарными (синдром падений, депрессия, недостаточность питания, ограничение подвижности, снижение уровня активности в повседневной жизни); возрастная жизнеспособность основана на имеющихся остаточных адаптационных, резервных возможностях пожилого человека.

Синдром старческой астении подразумевает лечение и реабилитацию, направленные на нивелирование гериатрических синдромов, ее формирующих и возраст-ассоциированных заболеваний. Возрастная жизнеспособность – это понятие из сферы профилактики заболеваний и синдромов.

Синдром старческой астении является центральным понятием гериатрии, поэтому пациентами с синдромом старческой астении, в основном, занимается система здравоохранения. Возрастная жизнеспособность и остаточные резервы пожилого человека понятие более широкое, ее укрепление входит в задачи социальной помощи, волонтеров, микроокружения пациентов, в широком смысле – местной общины (community).

При синдроме старческой астении медицинская помощь осуществляется мультидисциплинарной командой специалистов, при этом продолжительность воздействия регламентировано протоколами оказания медицинской помощи; возрастная жизнеспособность предполагает длительное наблюдение за человеком с самых разных точек зрения, учитывает социальные, медицинские, экономические, психологические, юридические аспекты.

При возрастной жизнеспособности пожилой человек рассматривается через призму среды жизнедеятельности и потому ее изменение важно для повышения диапазона адаптации к стрессу.

Таблица 1. Frailty vs Resilience (старческая астения и возрастная жизнеспособность): принцип формирования

Критерии отличия	Синдром старческой астении	Индивидуальная жизнеспособность
Критерии формирования	Гериатрические синдромы и дефициты – негативный критерий	Остаточные резервы – позитивный критерий
Характеристика воздействия	Лечение, реабилитация	Профилактика
Кто занимается	Здравоохранение (в основном)	Общество
Продолжительность воздействия	Мультидисциплинарный подход, преимущественно внутри здравоохранения	Длительное (разные сроки) наблюдение человека с самых разных точек зрения
Выявление	Frailty Index	Выявление биологических констант
Вовлеченность среды	Иногда включение среды	Включение среды в широком смысле

Индивидуальная или возрастная жизнеспособность делится на несколько доменов:

- 1) Когнитивный домен (память, самоконтроль, способность решать проблемы, ориентация в пространстве, способность к усвоению новых навыков и пр.);
- 2) Двигательный домен (баланс, походка, мышечная масса и сила – в современном понимании саркопении);
- 3) Психологический домен (настроение, установки, эмоциональный фон);
- 4) Сенсорный домен (зрение, слух, обоняние, осязание);
- 5) Телесный домен (кардиореспираторные проблемы, нейроиммуноэндокринный фон, гормональный статус, полипрагмазия и пр.).

Общая схема наблюдения и ухода за пожилыми людьми (ВОЗ, 2019)

Концепция оказания комплексной помощи пожилым людям (ICOPE) заключается в следующем.

I этап-скрининг гериатрических синдромов, старческой астении и определение индивидуальной жизнеспособности

II этап-проведение углубленной оценки функционального состояния пожилого человека

III этап- разработка индивидуального плана сопровождения и ухода за пожилым человеком по результатам комплексной углубленной оценки функционального состояния

IV этап-обеспечение маршрутизации при необходимости осмотра специалистами и мониторинг плана ведения пожилого человека

V этап- привлечение к сопровождению и уходу родственников, волонтеров и т.д.

Одним из примеров является широко используемая диагностика саркопении у пожилых пациентов, которая заключается в следующем.

Предлагается следующий алгоритм диагностики саркопении:

- При осмотре пациента рекомендуется применять опросник SARC-F, либо достаточно клинического подозрения. Если нет подозрения на саркопению, то переоценка при контрольных осмотрах.

- При положительном результате SARC-F необходимо произвести оценку мышечной силы: сила сжатия кисти и тест вставания со стула.

- При низкой мышечной силе диагноз саркопении является вероятным. В клинической практике это является достаточным для оценки причин и чтобы начать лечение.

- Подтверждение диагноза саркопении путем определения мышечной массы или качества: двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (DXA), биоимпедансометрия (BIA), КТ, МРТ.

- При низкой мышечной массе или силе диагноз саркопении считается подтвержденным.

- Далее идет определение тяжести саркопении по физической работоспособности: скорость ходьбы, краткий набор тестов на физическую работоспособность (Short Physical Performance Battery (SPPB)), Timed-Up and Go test (TUG, время, чтобы подняться со стула, пройти три метра, развернуться, вернуться к стулу и сесть), ходьба на 400 метров (20 отрезков по 20 метров, каждый отрезок с максимальной скоростью ходьбы, разрешается отдохнуть максимум 2 раза за время теста).

- При низкой физической работоспособности саркопения считается тяжелой.

ШКАЛЫ И ОПРОСНИКИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ЭКСПРЕСС ОЦЕНКИ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО СТАТУСА

«Фенотип старческой астении», описанный L. FRIED ET AL. (2001)

Поскольку на сегодняшний день не существует “золотого стандарта” определения старческой астении, наибольшее распространение и международное признание получил “фенотип старческой астении”, описанный L. Fried et al. Согласно этому описанию, старческая астения является комплексным состоянием и определяется сочетанием пяти показателей:

- 1) потеря массы тела (саркопения);
- 2) снижение силы мышц кисти (подтвержденное с помощью динамометра);
- 3) выраженная утомляемость (необходимость прилагать усилия при осуществлении повседневной активности);
- 4) замедление скорости передвижения;
- 5) значительное снижение физической активности.

При наличии трех и более показателей имеет место старческая астения, при наличии одного или двух показателей – старческая преастения.

Скрининговая валидизированная шкала FRAIL

Также представляет интерес достаточно простая скрининговая валидизированная шкала FRAIL для выявления старческой астении в широкой клинической практике (табл. 1). При наличии трех и более положительных ответов говорят о старческой астении, одного или двух – о преастении. Поскольку клиническая манифестация старческой астении гетерогенна, слабость рассматривается как наиболее частый ее предвестник, а присоединение медлительности, снижения физической активности предшествует истощению и потере массы тела у большинства лиц старшего возраста. Наиболее часто при старческой астении поражаются костно-мышечная, иммунная и нейроэндокринная системы.

Таблица 2. Шкала FRAIL

Акроним	Описание
Fatigue	Усталость (ощущение усталости большую часть времени в последние 4 недели)
Resistance	Выносливость (затруднение или неспособность пройти лестничный пролет)
Ambulation	Движение (затруднение или неспособность пройти квартал)
Illness	Болезни (имеется более 5 заболеваний)
Loss of weight	Потеря массы тела (потеря более 5% от прежней массы в последние 6 месяцев)

Опросник SARC-F (SLUGGISHNESS, ASSISTANCE IN WALKING, RISE FROM A CHAIR, CLIMB STAIRS, FALLS) для диагностики саркопении

Помимо этого в стареющем организме накапливается и перераспределяется жировая ткань, уменьшается количество межклеточной жидкости, тощей массы тела (скелетная мускулатура, висцеральные органы), мышечной массы и силы (саркопении), нарушается терморегуляция и иннервация мышечной ткани со снижением ее выносливости. В процессе старения повышается симпатический тонус и нарастает стероидная дисрегуляция, снижаются чувствительность периферических тканей к инсулину, интенсивность метаболических процессов, аппетит и вкусовая чувствительность к пище, формируется синдром “быстрого насыщения”, при котором уменьшается объем принимаемой пищи из-за повышенной чувствительности центров насыщения продолговатого мозга. В результате этих процессов формируется синдром недостаточности питания (мальнутриция), который наряду с высокой активностью провоспалительных цитокинов способствует формированию возраст-ассоциированной саркопении.

Саркопения – это не только неизбежное последствие старения, но и важнейший патогенетический фактор снижения мышечной силы, мобильности, изменения осанки и формирования нарушения баланса с синдромом падений, остеопении и изменений метаболических процессов в организме. В наши дни понятие “саркопения” используется главным образом для описания возрастных изменений в скелетной мускулатуре и подразумевает потерю мышечной массы, силы и функциональной способности человека с дальнейшей утратой способности к самообслуживанию вследствие возрастных изменений гормонального статуса, центральной и периферической нервной системы, воспалительных реакций, уменьшения плотности капиллярной сети скелетной мускулатуры.

Для своевременного выявления мышечной дисфункции в пожилом возрасте предложен простой опросник SARC-F (sluggishness, assistance in walking, rise from a chair, climb stairs, falls) (табл. 2). Сумма баллов ≥ 4 является предиктором саркопении и плохого прогноза. Саркопения является одной из причин развития старческой астении. Однако не у всех лиц со старческой астенией имеется саркопения, и не у всех лиц с саркопенией выявляется старческая астения, что, безусловно, служит основанием для дальнейшего изучения этой проблемы.

Таблица 3. Опросник SARC-F для скрининга саркопении

Компонент	Вопрос	Оценка, баллы
Сила	Насколько выраженные затруднения Вы испытываете, чтобы поднять и нести вес 4,5 кг?	Нет-0 Некоторые-1 Выраженные или не в состоянии-2
Помощь при ходьбе	Насколько выраженные затруднения Вы испытываете при ходьбе по комнате?	Нет-0 Некоторые-1 Выраженные, нуждаюсь в помощи или не в состоянии-2
Вставание со стула	Насколько выраженные затруднения Вы испытываете при подъеме со стула или кровати?	Нет-0 Некоторые-1 Выраженные или не в состоянии без посторонней помощи-2
Подъем по лестнице	Насколько выраженные затруднения Вы испытываете при подъеме на пролет из 10 ступеней?	Нет-0 Некоторые-1 Выраженные или не в состоянии-2
Падения	Сколько раз за последний год Вы падали?	Ни разу-0 1-3 раза – 1 4 раза и более - 2

EUROPEAN WORKING GROUP ON SARCOPENIA IN OLDER PEOPLE (EWGSOP, 2018)

В новом определении основным параметром саркопении является низкая мышечная сила. Определение саркопении (EWGSOP, 2018)

Критерии:

1. Низкая мышечная сила.
2. Низкая мышечная масса или качество (Low muscle quantity or quality).
3. Низкая физическая работоспособность.

Интерпретация:

- Вероятная саркопения определяется при наличии критерия 1.
- Диагноз подтверждается дополнительным задокументированием критерия 2.
- Если имеются все критерии 1, 2 и 3, то саркопения считается тяжелой.

Скрининг гериатрических синдромов по шкале «ВОЗРАСТ НЕ ПОМЕХА»

Диагностика – проведение скрининга по шкале «Возраст не помеха» для людей старше 60 лет, выявление тех или иных гериатрических синдромов и решение о целесообразности консультации врача – гериатра представлены на рис. 1.

Пациенты ≥ 60 лет – скрининг по шкале «Возраст не помеха»

	Вопрос	Ответ
1.	Похудели ли Вы на 5 кг или больше за последние 6 месяцев? (Вес)	Да/нет
2.	Испытываете ли Вы какие – либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения слуха или зрения?	Да/нет
3.	Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением?	Да/нет
4.	Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель? (Настроение)	Да/нет
5.	Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?	Да/нет
6.	Страдаете ли Вы недержанием мочи?	Да/нет
7.	Испытываете ли Вы трудности в перемещении по дому или на улице? (Ходьба до 100 м или подъем на 1 лестничный пролет)	Да/нет



«Хрупкие» пациенты	«Прехрупкие» пациенты	«Крепкие» пациенты
≥ 3 -х положительных ответов	1-2 положительных ответа	0 положительных ответов
Консультация врача-гериатра, проведение КГО, составление индивидуального плана ведения пациента	Целесообразна консультация врача - гериатра	



Наблюдение участкового терапевта, выполнение индивидуального ведения пациента с ССА

Рис. 1 Скрининг по шкале «Возраст не помеха».

**Скрининг статуса питания
SNAQ (Simplified Nutritional Assessment Questionnaire)**

Для определения статуса питания и диагностики синдрома недостаточности питания наиболее часто используется скрининговый метод SNAQ.

Таблица 4. SNAQ, Simplified Nutritional Assessment Questionnaire

Вопросы	Ответы
мой аппетит	а – очень плохой б – плохой в – средний г – хороший д – очень хороший
как Вам еда на вкус?	а – очень невкусная б – не вкусная в – средне вкусная г – вкусная д – очень вкусная
когда я ем, то	а – ощущаю сытость после нескольких маленьких ложек, б – наедаюсь после приема трети предложенной пищи, в – сытость наступает после приема половины пищи, г – становлюсь сытым после приема всей пищи, д – редко наедаюсь досыта
как правило	а – у меня менее одного приема пищи в день, б – один прием пищи в день, в – два приема пищи в день, г – три приема пищи в день, д – более трех приемов пищи в день

Интерпретация опросника: а = 1, б = 2, в = 3, г = 4, д = 5, если при суммировании баллов получается равно или менее 14, то существует значительный риск снижения массы тела на 5% на протяжении ближайших 6 месяцев.

Экспресс-оценка когнитивных способностей Rapid Cognitive Screen (RCS)

Когнитивные нарушения представляют собой ухудшение по сравнению с индивидуальной нормой одной или нескольких когнитивных функций, которые формируются в результате интегрированной деятельности разных отделов головного мозга. Когнитивные функции – это сложно организованные функции,

осуществляющие процесс рационального познания окружающего мира: внимание, память (способность запечатлевать, сохранять и воспроизводить информацию), восприятие информации, мышление, речь и праксис (произвольное целенаправленное двигательное действие).

В процессе старения организма когнитивные функции нередко снижаются: наблюдается разной степени выраженности когнитивный дефицит в виде нарушений познавательных функций вплоть до развития деменции. Артериальная гипертония, хроническая сердечная недостаточность, острое нарушение мозгового кровообращения, гиперлипидемия, ожирение, генетическая предрасположенность, низкая интеллектуальная активность в более молодом возрасте и нездоровый образ жизни являются факторами риска развития когнитивных нарушений. Последние не только отражают общее неблагополучие, но и свидетельствуют о высоком риске развития инвалидности и неблагоприятном прогнозе. Особенно это относится к так называемой когнитивной старческой астении, описанной в 2008 г. и сочетающей в себе когнитивные нарушения и синдром старческой астении.

Таблица 5. Rapid Cognitive Screen, RCS

Задания	
я перечислю Вам пять предметов, а Вы должны постараться их запомнить	яблоко, ручка, галстук, дом, машина
провести тест рисования часов (нарисовать циферблат и отметить стрелками без десяти одиннадцать)	при правильно нарисованном циферблате – 2 балла, при правильно указанном времени – 2 балла
повторить предметы из первого задания	по одному баллу за каждый правильно указанный предмет
внимательно прослушать историю и затем ответить на вопрос	Михаил в 1995 году приехал из Киева поступать в институт в Москву, он успешно преодолел вступительные испытания и хорошо учился. На третьем курсе он встретил Машу, которая вскоре стала его женой. У них появилось трое детей, семейная жизнь у них складывается благополучно. Сейчас они живут в Самаре. Вопрос: из какой страны приехал Миша? (1 балл)

Интерпретация опросника: 8 – 10 баллов – норма, 6 – 7 баллов – умеренное когнитивное расстройство, 0 – 5 баллов – деменция.

Экспресс-оценка гериатрического статуса

Экспресс оценка гериатрического статуса состоит из 4 частей.

1. *Скрининг синдрома старческой астении (the Simple "FRAIL" Questionnaire Screening Tool)*

- есть ли у Вас ощущение усталости?
- Вы можете без затруднений подняться на один лестничный пролет?
- можете ли Вы без затруднений пройти один небольшой квартал?
- сколькими хроническими заболеваниями Вы страдаете? (положительный ответ при наличии 5 и более)
- есть ли у Вас небольшое (около 5%) похудание без видимых причин за последние шесть месяцев?

Интерпретация опросника: 1 или 2 положительных ответа – синдром старческой преастении, 3 и более положительных ответа – синдром старческой астении.

2. *Скрининг саркопении (SARC-F Screen for Sarcopenia)*

- тяжело ли Вам поднять и нести полукилограммовый груз? (оценка силы мышц), нет = 0, иногда = 1, сложно или невозможно = 2
- оцените насколько тяжело Вам ходить по комнате (оценка потребности в помощи при ходьбе), нет = 0, иногда = 1, сложно или невозможно = 2
- оцените насколько тяжело Вам подняться со стула или кровати (оценка тяжести подъема со стула), нет = 0, иногда = 1, сложно или невозможно = 2
- как тяжело Вам подняться вверх по десяти ступенькам? (оценка возможности подъема по лестнице), нет = 0, иногда = 1, сложно или невозможно = 2
- как часто Вы падали за последний год? (оценка синдрома падений), не падал = 0, 1 – 2 раза = 1, 4 и более падений – 2.

Интерпретация опросника: 4 и более положительных ответа – наличие саркопении.

3. *Скрининг статуса питания (SNAQ, Simplified Nutritional Assessment Questionnaire)*

- мой аппетит (а – очень плохой, б – плохой, в – средний, г – хороший, д – очень хороший)
- как Вам еда на вкус? (а – очень плохо, б – плохо, в – средне, г – хорошо, д – очень хорошо)
- когда я ем, то а – ощущение сытости после нескольких маленьких ложек, б – наедаюсь после приема трети предложенной пищи, в – сытость наступает после приема половины пищи, г – становлюсь сытым после приема всей пищи, д – редко наедаюсь досыта

- как правило а – у меня менее одного приема пищи в день, б – один прием пищи в день, в – два приема пищи в день, г – три приема пищи в день, д – более трех приемов пищи в день

Интерпретация опросника: а = 1, б = 2, в = 3, г = 4, д = 5, если при суммировании баллов получается равно или менее 14, то существует значительный риск снижения массы тела на 5% на протяжении ближайших 6 месяцев.

4. Экспресс-оценка когнитивных способностей (*Rapid Cognitive Screen, RCS*)

- я перечислю Вам пять предметов, а Вы должны постараться их запомнить – яблоко, ручка, галстук, дом, машина

- провести тест рисования часов (нарисовать циферблат и отметить стрелками без десяти одиннадцать), при правильно нарисованном циферблате – 2 балла, при правильно указанном времени – 2 балла

- повторить предметы из первого задания (по одному баллу за каждый правильно указанный предмет)

- внимательно прослушать историю и затем ответить на вопрос. Михаил в 1995 году приехал из Киева поступать в институт в Москву, он успешно преодолел вступительные испытания и хорошо учился. На третьем курсе он встретил Машу, которая вскоре стала его женой. У них появилось трое детей, семейная жизнь у них складывается благополучно. Сейчас они живут в Самаре. Вопрос: из какой страны приехал Миша? (1 балл)

Интерпретация опросника: 8 – 10 баллов – норма, 6 – 7 баллов – умеренное когнитивное расстройство, 0 – 5 баллов – деменция.

Скрининговый инструмент ВОЗ (ICOPRE, 2019)

Скрининговый инструмент ВОЗ подразумевает краткий опросник по основным гериатрическим синдромам: снижение когнитивных способностей, снижение двигательной активности, нарушение питания, нарушение зрения, потеря слуха, симптомы депрессии (таблица 3).

Таблица 6. Скрининговый тест ВОЗ (ICOPE)

Важные расстройства состояния	Проверка	Ответ
Снижение когнитивных способностей	1. Повторение трех слов: пол, дверь, рис (<i>пример</i>) 2. Ориентированность в пространстве и времени: назовите сегодняшнюю дату, где Вы сейчас находитесь (город, дом, улица и т.д.) 3. Повторяет ли испытуемый три слова?	<ul style="list-style-type: none"> • Испытуемый ошибается при ответе на любой из вопросов или не знает ответ • Испытуемый не повторяет всех слов
Снижение двигательной активности	Подъем со стула: встаньте со стула пять раз подряд без помощи рук. Выполнил ли испытуемый подъем со стула пять раз подряд в течение 14 секунд?	Нет
Нарушение питания	1. Потеря веса: вы теряли без явной причины больше 3 килограммов веса за последние три месяца?	Да
	2. Потеря аппетита: у вас пропал аппетит?	Да
Нарушение зрения	Есть ли у вас проблемы со зрением: затруднения при просмотрении вдаль или чтении, имеются ли у вас заболевания глаз, получаете ли Вы в настоящее время лечение по какому-либо поводу (например, в связи с диабетом, повышением артериального давления)?	Да
Потеря слуха	Испытуемый слышит шепотную речь <i>или</i>	

	<p>Результат скрининговой аудиометрической пробы составляет 35 Дб или менее, <i>либо</i></p> <p>Испытуемый проходит автоматизированный тест на распознавание цифр в шуме на слух в специальном приложении</p>	Результат неудовлетворителен
Симптомы депрессии	<p>Вы испытывали за последние две недели:</p> <p>-эмоциональный упадок, чувство подавленности или безнадежности?</p> <p>-отсутствие интереса или удовольствия от своей деятельности?</p>	<p>Да</p> <p>Да</p>

Гериатрическая шкала депрессии

Выявление тревожных состояний и депрессии у пожилого человека возможно с помощью распространенной гериатрической шкалы депрессии.

Пожилому человеку предлагается ответить на заданные вопросы, характеризующие его настроение и эмоциональные ощущения в течение последней недели. Ответы на вопросы оцениваются однозначно «да» или «нет».

Таблица 7. Гериатрическая шкала депрессии

1	В целом, удовлетворены ли Вы своей жизнью?		НЕТ
2	Вы забросили 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 энергией и жизненной силой?		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:		

Затем определяется общая сумма баллов. 1 балл зачисляется за ответ «нет» на вопросы 1, 5, 7, 11, 13 и за ответ «да» на вопросы 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15.

Общая сумма баллов позволяет оценить наличие или отсутствие депрессии у пожилого человека: 0–4 – нет депрессии; ≥ 5 – вероятно наличие депрессии.

При получении ≥ 5 гериатрической шкалы депрессии проводят Шкалу Монтгомери – Асберг.

Оригинальный экспресс-опросник «Валидизированный индекс синдрома старческой астении у пациентов с травмой»

У пациентов с острой травмой для принятия решения о дальнейшей тактике ведения необходимо учитывать наличие старческой астении и гериатрических синдромов. Для этой цели мы предлагаем экспресс-опросник «Валидизированный индекс синдрома старческой астении у пациентов с травмой».

Таблица 8. «Валидизированный индекс синдрома старческой астении у пациентов с травмой»

Вопрос	Ответ (количество баллов)
1. Имеется ли у Вас в наследственном анамнезе онкология?	Да (1 балл), нет (0 баллов)
2. Было ли у Вас инфаркт миокарда либо проводилось Вам аорто- коронарное шунтирование?	Да (1 балл), нет (0 баллов)
3. Нуждаетесь ли Вы в посторонней помощи при осуществлении домашних дел?	Да (1 балл), нет (0 баллов)
4. Нуждаетесь ли Вы в посторонней помощи при осуществлении туалета либо других гигиенических нужд?	Да (1 балл), нет (0 баллов)
5. Нуждаетесь ли Вы в посторонней помощи при прогулке по улице либо при походе в магазин?	Да (1 балл), нет (0 баллов)
6. Ежедневно ли Вы чувствуете слабость, упадок сил?	Да (1 балл), нет (0 баллов)
7. Вы падаете более 2х раз в неделю?	Да (1 балл), нет (0 баллов)
8. Уровень гемоглобина (по данным экспресс-анализов крови, заполняется врачом) менее 110 г/л.	Да (1 балл), нет (0 баллов)

Интерпретация результатов по данному опроснику следующая:

- если 4 и более баллов, то высокий риск развития синдрома старческой астении,
- если 3 балла и менее – низкий риск развития синдрома старческой астении.

СКРИНИНГ ЛОКАЛЬНЫХ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ

Опросник СТОПА

Опросник СТОПА включает в себя следующие позиции:

С – оценка состояния ногтей (ломкость, деформация, расслоение и т.д.);

Т – оценку обуви (неправильно подобранные *Туфли*) (наличие мозолей, натоптышей, следов от задников, трофических язв, поверхностных некрозов вследствие избыточного давления на отдельные участки стопы и пр.);

О – **О**ценку формы стопы (деформация стопы и суставов, выраженный *hallus valgus*, чрезмерная подчеркнутость венозного рисунка/выпирающие вены и пр.);

П – сбор анамнеза для выявления *Патологии*, приводящей к развитию синдрома возрастной стопы (сахарный диабет, облитерирующий атеросклероз, аллергическая предрасположенность, инсульт в анамнезе, когнитивный дефицит разного генеза, артриты суставов стоп и пр.);

А – **А**нализ цвета кожных покровов и состояния придатков кожи (бледный, гиперемия, неоднородный (рубероз), гипотрихоз и т.д.).

Таблица 9. Опросник СТОПА

Позиции оригинального опросника/скрининга			Баллы	
			0	1
С	оценка состояния ногтей	ломкость, деформация, расслоение, вросшие ногти и т.д		
Т	оценку обуви - неправильно подобранные или невозможность подобрать <i>Туфли</i>)	наличие мозолей, натоптышей, следов от задников, трофических язв, мацераций, поверхностных некрозов вследствие избыточного давления на отдельные участки стопы и пр.		
О	О ценку формы стопы	деформация стопы и суставов, выраженный <i>hallus valgus</i> , признаки остеоартропатии (стопы Шарко), чрезмерная подчеркнутость венозного рисунка/выпирающие вены, отеки стопы и пр.		
П	сбор анамнеза для выявления <i>Патологии</i> , приводящей к развитию синдрома возрастной стопы	Полиморбидный фон: сахарный диабет, облитерирующий атеросклероз нижних конечностей, аллергическая предрасположенность, острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда в анамнезе, когнитивный дефицит разного генеза, артриты суставов стоп и пр.		

А	Анализ цвета кожных покровов и состояния придатков кожи	бледный, гиперемия, неоднородный (рубероз), гипотрихоз и т.д		
Результат				
Рекомендации				

Интерпретация. В случае удовлетворительного состояния клинических признаков в каждой позиции (либо их отсутствии) присваивается 0 баллов, при наличии проблемной ситуации – 1 балл, высокая вероятность синдрома возрастной стопы имеет место при наличии 3 и более баллов.

Опросник DN4 для диагностики вида боли (DOULEUR NEUROPATHIQUE 4 QUESTIONS - DN4)

Для изучения характера болей в стопах применяли *Опросник DN4 для диагностики вида боли (Douleur Neuropathique 4 questions - DN4)* [Bouhassira D, et al., 2005]

Таблица 10. Опросник DN4

№	Вопросы	Ответы	
		Да	Нет
ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТОВ			
Вопрос 1- Соответствует ли боль, которую испытывает пациент, одному или нескольким из следующих определений?			
1.	Ощущение жжения		
2.	Болезненное ощущение холода		
3.	Ощущение как от ударов током		
Вопрос 2- Сопровождается ли боль одним или несколькими из следующих симптомов в области ее локализации?			
4.	Пощипыванием, ощущением ползания мурашек		
5.	Покальванием		
6.	Онемением		

7.	Зудом		
ОСМОТР ПАЦИЕНТА			
Вопрос 3- Локализована ли боль в той же области, где осмотр выявляет один или оба следующих симптома:			
8.	Пониженная чувствительность к прикосновению		
9.	Пониженная чувствительность к покалыванию		
Вопрос 4-Можно ли вызвать или усилить боль в области ее локализации?			
10.	Проведя в этой области кисточкой		
Сумма баллов (количество ответов «Да»):			

Интерпретация результата: Если сумма составляет 4 и более баллов, это указывает на то, что боль у пациента является нейропатической, или имеется нейропатический компонент боли (при смешанных ноцицептивно-нейропатических болевых синдромах).

КОМПЛЕКСНАЯ ГЕРИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА

Для определения гериатрических синдромов и степени старческой астении проводится *Комплексная гериатрическая оценка (КГО)* пациента, направленная на выявление физикальных, функциональных и психосоциальных особенностей людей пожилого и старческого возраста. *Комплексная гериатрическая оценка* (comprehensive geriatric assessment) – совокупность диагностических мероприятий, которые ориентированы не столько на осуществление традиционной нозологической диагностики и выявление имеющихся у пациента заболеваний, но на изучение социального статуса и рисков снижения качества жизни и социальной деятельности с точки зрения соматического состояния, которые имеются у человека пожилого и старческого возраста.

ВЫЯВЛЕНИЕ СОМАТИЧЕСКИХ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ

Выявление степени способности к передвижению.

Для выявления степени способности к передвижению применяется шкала «Оценка двигательной активности у пожилых» - *Functional mobility assessment in elderly patients* [Tinetti M., 1986; Tinetti M., Ginter S., 1988], состоящая из 2 частей: определение общей устойчивости и параметров ходьбы. Применение данной шкалы позволяет дать объективную оценку путем непосредственного измерения тех параметров двигательной активности, которые в наибольшей степени изменяются с возрастом, а именно общая устойчивость и изменения походки. Определение двигательной активности больного очень важно, т.к. от этого показателя во многом зависит способность человека к самообслуживанию, осуществлению ухода за собой, выполнению различных действий, необходимых для нормальной жизнедеятельности, а также для независимости в повседневной жизни.

Таблица 11. Шкала степени способности к передвижению

Вопросы	Варианты ответов
Общая устойчивость	
Общая устойчивость	0 балл - грубое нарушение, 1 балл - умеренное нарушение, 2 балла - норма
При попытке встать	
После вставания	
Длительность стояния в течение 1 минуты	
При вставании из положения лежа	
При толчке в грудь	
При стоянии с закрытыми глазами	
Переступание при повороте на 360 градусов	
Устойчивость при повороте на 360 градусов	
При стоянии на правой ноге (5 сек)	
При стоянии на левой ноге (5 сек)	
При наклонах назад	
При дотягивании вверх	
Общий балл 1 части	
Параметры ходьбы и походки	
Начало движения	0 балл - грубое нарушение, 1 балл - умеренное нарушение, 2 балла - норма
Симметричность шага	
Непрерывность ходьбы	
Длина шага (левая нога)	
Длина шага (правая нога)	
Отклонение от линии движения	
Степень покачивания туловища	
Повороты при ходьбе	
Произвольное увеличение скорости ходьбы	
Высота шага (правая нога)	
Высота шага (левая нога)	
Общий балл 2 части	
Суммарный балл шкалы двигательной активности	

Общий балл 1 части: диапазон от 0 до 10 баллов соответствует о значительной степени нарушений общей устойчивости, от 11 до 21 балла – умеренной степени нарушений общей устойчивости, от 21 до 22 – легкой и 23 – 24 балла – нормальной устойчивости.

Общий балл 2 части (степень нарушения походки): 0 – 10 баллов – значительная степень, 11 – 13 баллов – умеренная, 14 – 15 баллов – легкая, 16 баллов – норма.

По окончании опроса суммируются баллы, полученные по двум субшкалам, при этом *общий суммарный балл может быть в диапазоне от 0 до 40, где 0 – 20 баллов – значительная степень нарушения общей двигательной активности, 21 – 33 балла – умеренная, 34 – 38 баллов – легкая, 39 – 40 баллов – норма.*

Оценка риска падения (Шкала Морсе)

Особенно повторные падения возникают у 30% лиц старше 65 лет и у 40% лиц старше 80 лет. Нарушения походки с замедлением скорости ходьбы, неустойчивость в позе, укорочение шага, шарканье являются компонентами старческой астении и нередко способствуют падениям.

Падения приводят к повреждениям и переломам костей скелета, которые находятся на 6-м месте среди причин летального исхода у лиц старшего возраста. Помимо этого падения ухудшают функциональное состояние, мобильность, увеличивают риск повторных госпитализаций, они сопряжены с формированием тревожно-депрессивного состояния, страха повторных падений. В связи с этим пожилые люди стараются не выходить из дома, что приводит к повышению риска потери социальной независимости.

Шкала оценки риска падений у лиц пожилого возраста необходима для прогнозирования переломов. При этом следует принимать во внимание следующие факторы: силу мышц нижних конечностей, постуральную устойчивость/боковой баланс, степень ухудшения зрения, когнитивные расстройства, одновременный прием нескольких препаратов.

Таблица 12. Оценка риска падения

Показатель	Баллы
Падение в анамнезе:	
Нет	0
Да	25
Сопутствующие заболевания (больше одного диагноза):	
Нет	0
Да	15
Имеет ли пациент вспомогательное средство для перемещения:	
Постельный режим / помощь санитарки	0
Костыли / ходунки / трость	15
Придерживается при перемещении за мебель	30
Проведение внутривенной терапии (наличие в/в катетера):	
Нет	0
Да	20
Оценка пациентов собственных возможностей и ограничений (ментальный/психический статус):	

Адекватная оценка своих возможностей	0
Переоценивает свои возможности или забывает о своих ограничениях	15
Функция ходьбы:	
Норма / постельный режим / обездвижен	0
Слабая	10
Нарушена	20

Шкала **Оценка риска падения** заполняется при первичном осмотре, повторная оценка производится:

1. при выявлении высокого риска падений (51 и выше балл),
2. если подопечный упал,
3. после операции, седации, инвазивной процедуры (минимум 2 раза),
4. если подопечный принимает медикаменты, повышающие риск падения (седативные, гипнотические, диуретики, нейролептики, антидепрессанты, противосудорожные средства),
5. при заторможенном, затуманенном, встревоженном состоянии, делирии, лунатизме, атаксии, дистонии, гиперкинезе, с историей судорог, эпилепсии, ДЦП и др. состояниях, повышающих риск падения
6. при недержании мочи, учащенном мочеиспускании

Частота повторной оценки: каждые 3 суток или чаще по состоянию до снижения балла (пока не будет 50 и менее баллов). В некоторых случаях достаточно 1 или 2-х повторных оценок.

Оценка болевого синдрома

Хроническая боль - это боль, продолжающаяся длительный период жизни (свыше 3 месяцев, 6 месяцев и более). Чаще всего хроническая боль встречается у лиц пожилого возраста и в большинстве своем ассоциированы с дегенеративными поражениями позвоночника, артритом, ночными болями в ногах, болями при ходьбе. Хроническая боль приводит к синдрому гипомобильности, падениям, изменению настроения (развитие депрессии и тревоги), синдрому недостаточности питания и т.д.

Правильная количественная оценка выраженности болевого синдрома служит первым шагом в комплексе мер противоболевого лечения, влияет на эффективность обезболивания и адекватность выбранного лечения. Применение современных методов оценки боли должно быть рутинной практикой в повседневной работе службы лечения боли.

Оценка боли

1) Цифровая рейтинговая шкала оценки боли

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Цифровая рейтинговая шкала оценки боли предлагается для самооценки взрослых подопечных и детей старше 5 лет и состоит из десяти делений, где

0 - означает «боли нет»

10 - «боль невыносимая»

Подопечный должен **сам** оценить боль, выбрав числовое значение, которое соответствует интенсивности боли.

2) *Оценка боли по шкале гримас Вонг-Бейкера*



Рис.2 Шкала гримас Вонг-Бейкера предназначена для оценки состояния взрослых подопечных и детей старше 3 лет.

Шкала гримас состоит из 6 лиц, начиная от смеющегося (нет боли) до плачущего (боль невыносимая).

Специалист, оценивающий боль должен объяснить подопечному в доступной форме, какое из представленных лиц описывает его боль.

3. *Шкала боли для невербальных подопечных*

Невербальные подопечные (подопечные в коме, с деменцией и другими когнитивными нарушениями) чаще остаются необезболенными, потому что не могут рассказать о своей боли.

Шкала боли оценивает пять невербальных показателей: дыхание; издаваемые звуки; выражение лица; поза и жесты; возможность утешить. Каждый из перечисленных показателей оценивается в зависимости от степени выраженности от 0 до 2. Общее количество баллов составляет от 0 до 10 баллов. Чем выше балл - тем сильнее боль.

Таблица 13. Шкала боли у невербальных подопечных

	Признаки	Баллы		
		0	1	2
1	Дыхание	в норме	временами затруднено, краткие эпизоды гипервентиляции	шумное затрудненное дыхание, длительные периоды

				гипервентиляции, дыхание Чейн-Стокса
2	Издавание звуков	нет	иногда жалобные стоны, негромкие звуки неодобрения или порицания	повторяющиеся беспокойные выкрики, громкие жалобы и стоны, плач
3	Выражение лица	улыбающееся или нейтральное	печальное, испуганное, насупленное	grimасы
4	Поза и жесты	расслабленность	напряженность, страдальческий вид, беспокойность	суровость, стиснутые кулаки, подтягивает или вытягивает сжатые колени, энергично двигает руками
5	Возможность утешить	не нуждается в утешении	можно отвлечь или утешить голосом или прикосновением	невозможно утешить, отвлечь или успокоить

Итог шкалы боли у невербальных подопечных

Дата	Признаки					Итог
	1	2	3	4	5	

Оценка **Шкалы боли** производится при первичном осмотре и при отрицательных результатах данных **Контроля наличия боли**.

Выявление степени нарушения питания (синдрома мальнутриции).

Для выявления степени нарушения питания (синдрома мальнутриции) используют опросник *Mini nutritional assessment (MNA)*, состоящий из двух частей [Rubenstein L., Harker J., Salvà A., Guigoz Y. & Vellas B., 2001; Guigoz Y., 2006; Vellas B., Villars H., Abellan G. et al., 2006]. Первая часть позволяет получить информацию о физикальных данных, изменяющихся при синдроме мальнутриции или ему сопутствующим заболеваниям: чувство аппетита на протяжении последних трех месяцев; снижение массы тела на протяжении месяца, предшествующего опросу, состояние мобильности, наличие психологических стрессов на протяжении последних трех месяцев, наличие нейропсихических проблем (деменции), индекс массы тела (ИМТ).

Таблица 14. Краткая шкала оценки питания (MNA)

Вопросы	Варианты ответов

Снизилось ли за последние 3 месяца количество пищи, которое вы съедаете, из-за потери аппетита, проблем с пищеварением, из-за сложностей при пережевывании и глотании?	0=серьезное снижение количества съедаемой пищи 1= умеренное снижение кол-ва съедаемой пищи; 2= нет снижения количества съедаемой пищи
Потеря массы тела за последние 3 месяца	1= не знаю; 2=потеря m тела от 1 до 3 кг 3=нет потери массы тела
Подвижность	0 = прикован к кровати/стулу; 1=способен встать с кровати /стула, но не выходит из дома; 2=выходит из дома
Острое заболевание (психологический стресс) за последние 3 месяца	0=да; 2=нет
Психоневрологические проблемы	0= серьезное нарушение памяти или депрессия; 1= умеренное нарушение памяти; 2= нет нейропсихологических проблем
Индекс массы тела	0= меньше 19; 1=19-21; 2=21-23; 3=23 и выше
Живет независимо (не в доме престарелых или больнице)	0=нет; 1=да
Принимает более трех лекарств в день	0=да;1=нет
Пролежни и язвы кожи	0=да;1=нет
Сколько раз в день пациент полноценно питается	0=1 раз; 1=2 раза; 2=3 раза;
Маркеры потребления белковой пищи: -одна порция молочных продуктов (1 порция = 1 стакан молока, 60 гр. творога, 30 гр. сыра, 3\4 стакана йогурта) в день (да /нет); -две или более порции бобовых и яиц в неделю (1 порция = 200 гр. бобовых, 1 яйцо) (да /нет); мясо, рыба или птица каждый день (да /нет)	0= если 0-1 ответ да; 0,5= если 2 ответа да; 1=если 3 ответа да
Съедает две или более порций фруктов или овощей в день (1 порция = 200 гр. овощей, 1	0=нет; 1=да;

любой фрукт среднего размера)	
Сколько жидкости выпивает в день	0= меньше 3 стаканов; 0,5= 3-5 стаканов; 1= больше 5 стаканов;
Способ питания	0=неспособен есть без помощи; 1=самостоятельно с небольшими трудностями 2=самостоятельно
Самооценка состояния питания	0=оценивает себя как плохо питающегося;1=оценивает свое состояние питания неопределенно;2=оценивает себя как не имеющего проблем с питанием
Состояние здоровья в сравнении с другими людьми своего возраста	0=не такое хорошее 0,5=не знает; 1=такое же хорошее; 2=лучше
Окружность по середине плеча, см	0=менее 21; 0,5=21-22; 1=22 и больше
Окружность голени, см	0=меньше 31; 1=31 и больше
Общий балл:	

Оценка результатов опроса и осмотра пациентов по двум частям опросника: *максимальное количество баллов – 30, норма – 24 балла и больше, наличие риска развития синдрома мальнутриции – 17 – 23,5 балла, наличие синдрома мальнутриции – меньше 17 баллов.*

Оценка риска возникновения пролежней

Наиболее важным в профилактике пролежней является выявление риска развития данного синдрома и применение мер профилактики и адекватного лечения. В системе долговременного ухода наиболее приемлемой является шкала Нортон (Norton, 1962).

Таблица 15. Шкала Нортон

Физическое состояние		Мышление		Активность		Подвижность		Недержание	
Хорошее	4	Ясное	4	Ходит без помощи	4	Полная	4	Нет	4
Удовлетвор	3	Апатия	3	Ходит с	3	Слегка	3	Иногда	3

ительное				помощью		ограниченная			
Плохое	2	В замешательстве	2	Прикован к инвалидному креслу	2	Очень ограниченная	2	Чаше отмечается недержание мочи	2
Очень плохое	1	Тупоумие	1	Лежачий	1	Полностью неподвижен	1	Чаше отмечается недержание мочи и кала	1
Итог									

Интерпретация шкалы: 14 баллов - нет риска, 12-13 баллов - есть риск появления пролежней, менее 11 баллов – высокая степень риска.

Оценка **факторов риска пролежней с помощью шкалы Нортон** осуществляется при первичном осмотре, перепроверка по шкале Нортон производится каждые полгода и при изменении состояния подопечного и при положительном результате «Тест пальцем».

Таблица 16. Оценка риска развития пролежней по Ватерлоу (Waterlow, 1985)

Телосложение, масса тела, относительно роста		Тип кожи, зоны визуального риска		Пол, Возраст		Особые факторы риска	
Среднее	0	Здоровая	0	Мужской	1	Нарушение питания кожи	
Выше среднего	1	«Папиросная бумага»	1	Женский	2	терминальная кахексия	8
Ожирение	2	Сухая	1	14-49	1	сердечная недостаточность	5
Ниже среднего	3	Отечная	1	50-64	2	болезни периферических сосудов	5
		Липкая (повышенная температура)	1	65-74	3	Анемия	2
		Изменение цвета	2	75-81	4	Курение (10 сигарет в день)	1
		Трещины, пятна	3	более 81	5		
Удержание мочи и кала		Подвижность		Аппетит		Неврологические расстройства	
Полный контроль/	0	Полная	0	Средний	0	диабет	4
Через катетер	1	Беспокойный,	1	Плохой	1	множественный	5

		суетливый				склероз, инсульт,	
Периодическое недержание	1	Апатичный	2	Питательный зонд/ жидкость	2	моторные, сенсорные,	5
Недержание мочи	2	Ограниченная подвижность	3	Парентерально/ Анорексия	3	Параплегия и др.	6
Недержание кала	2	Инертный	4				
Недержание мочи и кала	3	«Прикованный» к креслу	5				
						Обширное оперативное вмешательств/травма	
						Ортопедическое (ниже пояса, позвоночник);	5
						более 2 ч на столе	5
						Лекарственная терапия	
						Цитостатические препараты, высокие дозы стероидов, противовоспалительные	4

Итоговые значения, характеризующие	степени риска:
в зоне риска	10 баллов;
в зоне высокого риска	15 баллов;
в зоне очень высокого риска	20 баллов.

Шкала функциональный индекс стопы (FOOT FUNCTION INDEX (FFI) [Budiman-Mak E. et all., 1998, адаптированный Орловой Е.В. и соавт., 2016]

Для оценки функционального состояния стопы применяют русскоязычную версию *Шкалы Функциональный индекс стопы (Foot Function Index (FFI) [Budiman-Mak E. et all., 1998, адаптированный Орловой Е.В. и соавт., 2016]*. Русскоязычная версия опросника FFI состоит из 17 пунктов, подразделенных на 3 категории: боль, функциональные ограничения, ограничения в повседневной деятельности. Пациент самостоятельно отвечает на вопросы и ставит отметку на шкале от 0 (отсутствие боли и сложностей при выполнении соответствующих действий в течение последней недели) до 10 (максимальная боль или невозможность выполнить соответствующее действие без посторонней помощи в течение последней недели). Раздел «боль» состоит из 5 вопросов, оценивающих

болевого синдром при различных нагрузках на стопы (первый шаг, ходьба, нагрузка стоя). Шкала «функциональные ограничения» содержит 9 вопросов, оценивающих сложность выполнения тех или иных действий в связи с поражением стоп (подъем/спуск по лестнице, ходьба на большие расстояния и т. д.). Шкала «ограничения активности» состоит из 3 вопросов, оценивающих общее ограничение и нарушения активности в домашней/уличной среде. Максимальное количество баллов составляет 100. Подсчет результатов производится по формуле: $FFI=X \cdot 100/170$.

Интерпретация. Максимальное количество баллов составляет 100. Подсчет результатов производится по формуле: $FFI=X \cdot 100/170$.

Таблица 17. Шкала «Оценка мышечной силы»
[Mc Peak L., 1996, Вейсс М, 1986]

Дает соотношение силы мышц здоровой и пораженной стороны в процентах и степень пареза конечности

Баллы	Характеристика силы мышц	Соотношение пораженной и здоровой силы мышц, %	Степень пареза
5	Движение в полном объеме при действии силы тяжести с максимальным внешним противодействием	100	
4	Движение в полном объеме при действии силы тяжести и при небольшом внешнем противодействии	75	легкий
3	Движение в полном объеме при действии силы тяжести	50	умеренный
2	Движение в полном объеме в условиях разгрузки	25	выраженный
1	Ощущение напряжения при попытке произвольного движения	10	грубый
0	Отсутствие признаков напряжения при попытке произвольного движения	0	паралич

Таблица 18. Модифицированная шкала спастичности Ашфорт для определения степень спастичности мышц
[Bohannon R., Smith V., 1987; D. Wade, 1992]

Баллы	Мышечный тонус
0	Нет повышения
1	Легкое повышение тонуса, ощущаемое при сгибании или разгибании сегмента конечности в виде незначительного сокращения в конце движения

2	Незначительное повышение тонуса в виде сопротивления, возникающего после выполнения не менее половины объема движения
3	Умеренное повышение тонуса, проявляющееся в течение всего движения, но не затрудняющее выполнение пассивного движения
4	Значительное повышение тонуса, затрудняющее выполнение пассивных движений
5	Пораженный сегмент конечности фиксирован в положении сгибания или разгибания

Оценка риска побочных реакций у пожилых людей (риск полипрагмазии)

Одним из основных гериатрических синдромов у пожилых людей является полипрагмазия. При этом, статистически около 80% осложнений, связанных с применением тех или иных лекарственных препаратов можно прогнозировать и предупредить.

Таблица 19. Оценка риска нежелательных побочных реакций (НПР) у пожилых пациентов в условиях стационара с помощью шкалы GerontoNet

Факторы риска возникновения нежелательных побочных реакций	Баллы	
	нет (0)	да (0–4)
Более 4 заболеваний/состояний	0	1
Хроническая сердечная недостаточность	0	1
Болезни печени	0	1
Количество назначенных лекарственных средств, оценка в баллах		
Менее 5	0	0
5–7	0	1
8 и более	0	4
Нежелательные побочные реакции в анамнезе	0	2
Почечная недостаточность	0	1

Интерпретация: Риск побочных реакций лекарственных средств = сумма баллов оценки каждого параметра. Интерпретация: минимально – 0 баллов, максимально 10 баллов. Число баллов коррелирует с риском побочных реакций

Сумма баллов	Частота побочных реакций (%)
0-1	2-4%
2-3	4%
4-5	8-10%

6-7	12%
8-10	22-28%

Таблица 20. Шкала Brighton Adverse Drug Reactions Risk (BADRI) для оценки риска побочных реакций лекарственных средств у пациентов 65 лет и старше

	Баллы
Гиперлипидемия	1
Количество лекарств ≥ 8	1
Пребывание в стационаре ≥ 12 дней	1
Прием противодиабетических препаратов	1
Лейкоцитоз при поступлении	1

Интерпретация: минимальная сумма баллов – 0, максимальная сумма баллов -5.

Частота развития побочных реакций лекарственных средств в зависимости от суммы

Сумма баллов	Частота побочных реакций (%)
0	1,7%
1	6,5%
2	16,3%
3	25%
4	33,3%
5	100%

ВЫЯВЛЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ

Когнитивные функции (лат. *cognitio* - познание) - высшие мозговые функции: память, внимание, мышление, психомоторная координация, речь, узнавание, возможность совершать целенаправленные действия, счет, ориентация, планирование и контроль высшей психической деятельности.

Деменция – это приобретенное снижение памяти и других когнитивных функций в такой степени, что приводит к прогрессирующему затруднению выполнять повседневные виды деятельности, росту зависимости от посторонней помощи и снижению качества жизни.

Деменции предшествуют **когнитивные нарушения** - это снижение части когнитивных функций (памяти, умственной работоспособности, ориентации в пространстве, способности планирования и некоторых других когнитивных функций по сравнению с исходным уровнем (индивидуальной нормой).

Развитие деменции обуславливают различные заболевания или травмы, которые приводят к поражению головного мозга, чаще всего – болезнь Альцгеймера или инсульт. Способствуют прогрессированию когнитивных нарушений и деменции не только возраст или развитие болезни Альцгеймера, но также и другие заболевания, например: артериальная гипертензия, сахарный диабет.

Человек с деменцией характеризуется следующими **особенностями**, снижающими уровень и качество социальной активности:

- нарушение памяти, что приводит к снижению способности к запоминанию нового материала и припоминания событий собственной жизни;
- нарушение способности к планированию, переработке и организации получаемой информации при неизменном сознании;
- нарушение эмоционального контроля за своим поведением;
- прогрессирующая утрата профессиональных способностей.

Оценка когнитивных функций.

Для оценки когнитивных функций предложено много тестов. Наиболее применяемыми и признанными во всем мире являются «Краткое обследование познавательных способностей». Эти тесты позволяют оценить состояние когнитивных функций человека, как в начале наблюдения, так и в процессе наблюдения и реабилитации.

Тест Мини-Ког

Существует довольно простой способ решить вопрос о возможной деменции. Это тест Мини-Ког. Его используют врачи во всем мире. Проводится он так:

1. Предложите пациенту запомнить и произнести за вами следующие слова: *Лес, Хлеб, Окно*

2. Затем попросите его нарисовать внутри круга часы со стрелками, показывающими 11 часов 10 минут («Тест рисования часов») см. ниже.

3. После этого предложите ему вспомнить слова, которые он заучивал (п. 1).

Простота – важное преимущество данного теста, однако он позволяет выявлять только деменции и мало информативен для обнаружения легких и умеренных когнитивных расстройств.

Тест рисования часов

Человека просят нарисовать циферблат часов с нанесенными на нем числами, и указать какое-нибудь время, например 11 часов 10 минут.

При оценке теста используются следующие критерии (1 балл за каждый пункт):

1. Приемлемый контур (понятная фигура, например, окружность, квадрат, прямоугольник).

2. Контур не слишком маленький, четко прорисован, линии контура непрерывны, не накладываются одна на другую, в случае отрыва руки при рисовании.

3. Представлены числа от 1 до 12.

4. Числа представлены арабскими цифрами, примерно одинакового размера и формата.

5. Числа представлены в правильном порядке.

6. При написании чисел испытуемый не поворачивает лист бумаги.

7. Правильное расположение чисел на циферблате.

8. Все числа представлены внутри контура.

9. Циферблат имеет центр, где стрелки соприкасаются.

10. Часы имеют две стрелки.

11. Часовая стрелка находится в соответствующем положении.

12. Минутная стрелка находится в соответствующем положении.

13. Минутная стрелка длиннее, чем часовая.

14. На рисунке нет лишних отметок.

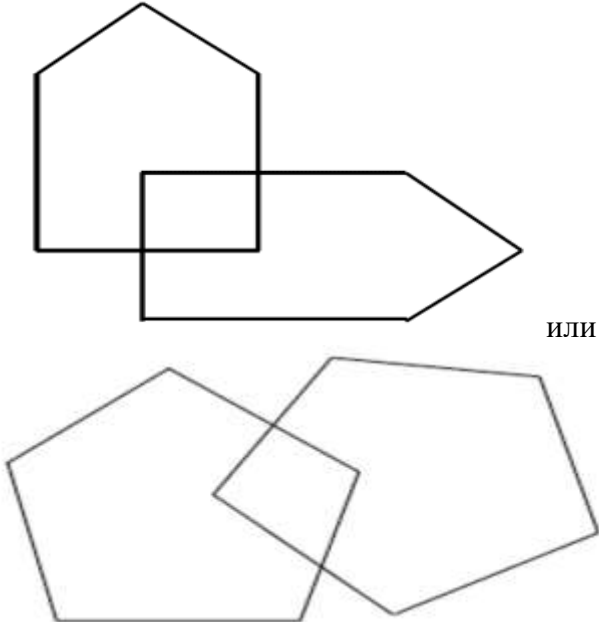
15. Стрелки имеют общую точку или разделены расстоянием не более 1 см.

Максимальная оценка «Теста рисования часов» 15 баллов.

Если обследуемый не вспомнил 5 слов из теста Мини-Ког и/ или итоговая оценка «Теста рисования часов» меньше или равна 14 баллам, то в обязательном порядке проводится тест «Краткое обследование познавательных способностей» (Mini Mental State Examination – MMSE) и «Тест на речевую активность».

Таблица 21. Тест «краткое обследование познавательных способностей» (Mini mental state examination– MMSE)

Активность	max оценка	Оценка
1. Ориентация во времени (по 1 баллу за каждый правильный ответ).		
2. Ориентация в пространстве (по 1 баллу за каждый правильный ответ).		
Спросите: 1. Какой сегодня (год), (сезон), (месяц), (дата), (день недели); 2. Где мы находимся (страна), (область), (город), (учреждение), (этаж).	5 5	— —
3. Восприятие (по 1 баллу за каждое правильное повторение слова).		
Назовите с интервалом в 1 секунду три слова (например: яблоко, стол, монета или карандаш, дом, копейка). Попросите повторить все три слова, после того, как вы назвали их все.	3	—
4. Внимание и счет (по 1 баллу за каждое правильное вычитание).		
Попросите последовательно вычитать из 100 по 7. Достаточно 5 вычитаний (93, 86, 79, 72, 65).	5	—
5. Вспоминание (по 1 баллу за каждый правильный ответ).		
Попросите назвать три слова, которые были заучены выше (в п.3).	3	—
6. Речь		
1. Покажите карандаш (или ручку) и часы, затем попросите назвать их; 2. Попросите больного повторить: "Никак если, и, но".	2 1	— —
7. Выполнение трёхэтапной команды (по 1 баллу за каждое правильно выполненное действие).		
Попросите: "Возьмите лист бумаги в правую руку, согните его пополам и положите на стол"	3	—
8. Чтение и письмо		
1. Попросите прочесть и выполнить записанную на листе команду: "Закройте глаза"	1	—
2. Попросите человека самостоятельно написать одно предложение (оно должно содержать подлежащее и сказуемое)	1	—
9. Рисование		
Попросите человека нарисовать два пятиугольника с пересекающимися углами (задание оценивается как выполненное, если на выполненном рисунке отображены две фигуры, каждая из которых имеет по 5 углов, и	1	—

<p>эти фигуры пересекаются углами).</p> 		
<p>Итого:</p>	<p>30</p>	<p>_____</p>

Критерии оценки:

28-30 баллов	субъективные когнитивные расстройства
24-27 баллов	умеренные когнитивные расстройства
19-23 балла	лёгкая деменция
13-18 баллов	деменция средней степени тяжести (умеренная)
менее 13 баллов	тяжёлая деменция

Оценка теста:

Наилучший возможный показатель = 30.

Оценка 24-27 балла - порог для диагностики расстройств познавательных способностей.

Комментарии для проведения теста «Краткое обследование познавательных способностей» (MiniMentalStateExamination – MMSE).

К вопросу 1. Ориентировка во времени. Попросите опрашиваемого полностью назвать сегодняшнее число, месяц, год и день недели. Максимальный балл (5) дается, если больной самостоятельно и правильно называет число, месяц и год. Если приходится задавать дополнительные вопросы, ставится 4 балла. Дополнительные вопросы могут быть следующие: если больной называет только число, спрашивают "Какого месяца?", "Какого года?", "Какой день недели?". Каждая ошибка или отсутствие ответа снижает оценку на один балл.

К вопросу 2. Ориентировка в месте. Задается вопрос: "Где мы находимся?". Если испытуемый отвечает не полностью, задаются

дополнительные вопросы. Больной должен назвать страну, область, город, учреждение в котором происходит обследование, номер комнаты (или этаж). Каждая ошибка или отсутствие ответа снижает оценку на один балл.

К вопросу 3. Восприятие. Дается инструкция: "Повторите и постарайтесь запомнить три слова: карандаш, дом, копейка". Слова должны произноситься максимально разборчиво со скоростью одно слово в секунду. Правильное повторение слова больным оценивается в один балл для каждого из слов.

MoCA test (Montreal Cognitive Assessment) - Монреальская шкала оценки когнитивных функций

Тест был разработан для быстрой оценки следующих когнитивных функций: внимание и концентрация, исполнительные функции, память, речь, зрительно-конструктивные навыки, абстрактное мышление, счет и ориентация. В нем имеются общие с MMSE позиции, но есть ряд отличий,

которые делают его более глубоким и широким в охвате КОГНИТИВНЫХ

Монреальская шкала оценки когнитивных функций

ИМЯ: _____ Образование: _____ Дата рождения: _____
 Пол: _____ Пол: _____ ДАТА: _____

Зрительно-конструктивные/исполнительные навыки		Сосчитайте куб		Нарисуйте ЧАСЫ (Десять минут двенадцатого)		Баллы			
		[]		[]		[]/5			
НАЗЫВАНИЕ									
						[]/3			
ПАМЯТЬ		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		[]	[]	[]	[]	[]	
ВНИМАНИЕ		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 ошибках.		[] ФБАВМНАА ЖЛБФАФАКДЕАААЖАМОФААБ				[]/1	
		Стрелочное вычитание по 7 из 100.		[] 93	[] 86	[] 79	[] 72	[] 65	[]/3
		4-5 правильных отв.: 3 балла, 2-3 правильных отв.: 2 балла, 1-2 правильных отв.: 1 балл, 0 правильных отв.: 0 баллов							
РЕЧЬ		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	
АБСТРАКЦИЯ		Что общего между словами, например, банан-яблоко = фрукты		[] поезд - велосипед	[] каша - льнянка			[]/2	
ОТСРОЧЕННОЕ ВОСПРОИЗВЕДЕНИЕ		Необходимо назвать слова БЕЗ ПОДСКАЗКИ		ЛИЦО	БАРХАТ	ЦЕРКОВЬ	ФИАЛКА	КРАСНЫЙ	Баллы только за слова БЕЗ ПОДСКАЗКИ
		Подсказка категория		[]	[]	[]	[]	[]	
		Множественный выбор		[]	[]	[]	[]	[]	
ОРИЕНТАЦИЯ		[] 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 < 5 12			

функций.

Рис.3 Схема проведения теста

Оценка результата:

MoCA не имеет шкалы оценки выявленного балла и степени когнитивного дефицита, но дифференцирует нарушение отдельных видов когнитивных функций и дает возможность определить локализацию поражения.

По окончании теста суммируются все баллы в правой колонке. Максимальное количество баллов, которые пациент может получить за тест, - 30. При получении 26 баллов и более считается, что у обследуемого нет признаков когнитивного снижения.

На основании комплекса тестов и неврологического обследования у пациента возможно выявление признаков лобной дисфункции. Например, тест МоСа может выявить выраженное снижение способности копировать и выполнять тест рисования часов.

В подобных случаях необходимо проведение дополнительных специфических тестов на лобную дисфункцию, к которым относятся FАВ и ТМТ.

Преимущества:

1. МоСА включает оценку зрительно-конструктивных и исполнительных навыков. В число заданий включены тест прокладывания пути, копирование куба и тест рисования часов, с помощью которых возможна оценка праксиса и, как результат, диагностика поражения теменно-затылочной области и лобной областей.

2. В отличие от MMSE, тест на память включает в себя 5 слов. Отсроченное воспроизведение проводится после проделывания шести других заданий, которые направлены на активизацию разных зон головного мозга, что дает более достоверную оценку памяти.

3. Тесты на внимание представлены в виде трех заданий и включают перечисление цифр в прямом и обратном порядке, реакцию сложного выбора, серийное вычитание 7 из 100. Дают возможность оценить способность пациента переключаться с одного типа задания на другой.

4. Задания на качество речи оценивают повторную речь и лексическую беглость (в MMSE этого нет). В совокупности с заданием на название эти диагностические упражнения дают возможность дифференцировать вид нарушения речи.

5. Задание на обобщение дает возможность оценить логическое мышление.

6. Тест учитывает уровень образования пациента.

Недостатки:

1. Длительность выполнения от 15 до 20 минут в зависимости от выраженности когнитивного снижения и опыта исследователя. Как правило, пациенты сильно устают уже ближе к середине теста.

2. Трудоемкость и большие временные затраты ограничивают сферу врачей, которые могли бы использовать тестирование в своей работе.

3. Не оценивается письменная речь.

4. В отличие от MMSE, в тесте не предусмотрена оценка моторного праксиса.

FAB (Frontal Assessment Battery) - тест, известный как батарея оценки лобной дисфункции.

Комплекс включает в себя шесть пунктов: поиск общего (концептуализация), лексическая беглость (интеллектуальная гибкость), чувствительность к интерференции (противоречивые инструкции), «стоп-контроль», независимость от внешних стимулов (тест на хватание).

1. Поиск общего (концептуализация). Пациента спрашивают: «Что общего между бананом и апельсином?». Правильным считают ответ, который содержит категориальное обобщение («Это фрукты»). Если больной затрудняется или дает иной ответ, частично верный (например, «у них есть кожура»), ему говорят: «Банан и апельсин -это фрукты». В данном случае ставится 0 баллов.

Далее спрашивают: «Что общего между столом и стулом?», «Что общего между тюльпаном, розой и маргариткой?», но при этом не дают подсказки. Только категориальный ответ (фрукты, мебель, цветы и т.д.) считается правильным.

Результат: за каждый правильный ответ дается один балл.

2. Лексическая беглость {интеллектуальная гибкость}. Нужно попросить пациента назвать как можно больше слов, начинающихся, к примеру, с буквы «с», за исключением имен собственных. Если пациент в течение 5 секунд не начинает называть слова, можно подсказать: «к примеру, собака». Если пациент еще 10 секунд молчит, можно его простимулировать, облегчив задание: «любые слова, которые начинаются на «с». Ограничение по времени -60 сек. При подсчете не учитываются повторения, слова из одного словообразовательного гнезда {собака, собачник и т.п.}, имена собственные.

Результат: более 9 слов за минуту. - 3 балла, от 6 до 9 - 2 балла, от 3 до 5- 1 балл, менее 3-0 баллов.

3. Моторные серии (программирование). Пациенту дается инструкция: «Смотрите внимательно, что я делаю». Врач садится напротив пациента и 3 раза левой рукой показывает пациенту одну из известных луриевских проб: кулак - ребро - ладонь. Далее предлагается пациенту правой рукой проделать те же движения вместе с врачом. Врач вместе с пациентом повторяет движения 3 раза, далее предлагает ему сделать самостоятельно.

Результат: пациент самостоятельно 6 раз правильно повторяет серию - 3

балла; пациент повторяет самостоятельно как минимум 3 серии - 2 балла; пациент не может повторить самостоятельно, но выполняет 3 серии совместно с врачом - 1 балл; пациент не может выполнить трех серий даже вместе с врачом - 0 баллов.

4. Чувствительность к интерференции (противоречивые инструкции). Дается инструкция: «Если я хлопну один раз, Вы должны хлопнуть два раза». Чтобы удостовериться, что пациент понял инструкцию, необходимо дать ему три попытки среагировать на хлопки 1 - 1 - 1. Далее дать инструкцию: «Если я хлопну 2 раза, Вы должны хлопнуть 1 раз». Чтобы удостовериться, что пациент понял инструкцию, необходимо дать ему три попытки среагировать на хлопки 2-2-2. Далее отхлопывается следующий ритм: 1 — 1 — 2 — 1-2-2-2-1-1-2.

Результат: правильное выполнение - 3 балла, 1-2 ошибки - 2 балла, более 2 ошибок - 1 балл, копирование ритма врача более четырех раз подряд - 0 баллов.

5. «Стоп-контроль». Дается инструкция: «Если я хлопну один раз, Вы должны хлопнуть один раз», даются три попытки на ритм 1-1 - 1. Далее идет инструкция: «Если я хлопаю дважды, не хлопайте». Даются три попытки на ритм 2-2-2. После этого выстукивается ритм: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2.

Результат: нет ошибок - 3 балла; 1-2 ошибки - 2 балла; более 2 ошибок - 1 балл, копирование ритма врача более четырех раз подряд - 0 баллов.

6. Независимость от внешних стимулов (тест на хватание). Врач садится перед пациентом. Пациент держит руки на коленях ладонями вверх. Не говоря ничего и не глядя на пациента, врач подносит свои руки к рукам пациента и дотрагивается до обеих ладоней пациента, чтобы проверить, схватит он руки или нет. Если пациент схватит руки, врач должен повторить процедуру еще раз, предупредив пациента: «Не хватайте мои руки».

Результат: пациент не хватает руки врача - 3 балла, пациент сомневается и спрашивает, что ему делать, - 2 балла, пациент уверенно хватает руки врача - 1 балл, пациент хватает руки врача даже после того, как его просят этого не делать - 0 баллов

Преимущества:

1. На проведение теста требуется всего десять минут.
2. Тест положительно и легко воспринимается пациентами.
3. Каждое задание связано с выявлением дисфункций у разных участков лобных долей.

Недостатки:

1. Задание на лексическую беглость не отражает должным образом языковые нарушения у пациента. Частотны случаи успешного выполнения этого задания при грубых речевых нарушениях на морфологическом и синтаксическом уровнях, причем как экспрессивного, так и импрессивного характера.

2. Задания на интерференцию и «стоп-контроль» часто оказываются сложны для понимания пациента и утомляют его.

3. Ряд диагностических элементов сложно и зачастую невозможно применить, если больной лежачий.

Шкала Монтомери-Асберг для Оценки Депрессии [Montgomery S.A., Asberg M.A., 1979]

Шкала Монтомери – Асберг (Montgomery S.A., Asberg M., 1979) разработана для быстрой и точной оценки тяжести депрессии и ее динамики в процессе терапии. Эта шкала принадлежит к числу стандартизованных объективных клинических инструментов, широко применяемых в современной психиатрии. Шкала предназначена для заполнения специалистом, в идеале - врачом-психиатром. Общее время заполнения может составлять до часа.

Таблица 22. Шкала Монтомери – Асберг

Признаки	Баллы
Объективные (видимые) признаки подавленности	0 = отсутствие; 1 = 2 = выглядит подавленным, но настроение легко улучшается; 3 = 4 = выглядит подавленным и несчастным большую часть времени; 5 = 6 = выглядит крайне подавленным и угнетенным все время
Субъективные признаки подавленности	0 = эпизодическая подавленность, связанная с внешними обстоятельствами; 1 = 2 = печальное или подавленное настроение, легко поддающееся улучшению 3 = 4 = глубокое чувство угнетенности или уныния; настроение еще подвержено влиянию внешних событий 5 = 6 = постоянное и неизменное чувство подавленности, отчаяния

	или угнетенности
Внутреннее напряжение	0 = спокойное состояние; только чувство внутреннего напряжения; 1 = 2 = эпизодическое чувство раздражения или болезненного дискомфорта; 3 = 4 = постоянное чувство внутреннего напряжения, периодическая паника, преодолеваемая больным с большим трудом; 5 = 6 = неослабевающий крайне выраженный страх или душевная боль; непреодолимая паника;
Недостаточный сон	0 = обычный сон 1 = 2 = незначительно затрудненное засыпание или несколько укороченный, поверхностный или прерывистый сон; 3 = 4 = укороченный сон, не менее 2 часов; 5 = 6 = менее 2-3 часов сна;
Снижение аппетита	0 = нормальный или повышенный аппетит; 1 = 2 = несколько сниженный аппетит; 3 = 4 = отсутствие аппетита; пища не имеет вкуса; 5 = 6 = необходимость принуждения для приема пищи;
Нарушение концентрации внимания	0 = нет нарушений концентрации; 1 = 2 = эпизодически трудно собраться с мыслями; 3 = 4 = затруднения концентрации и длительного сосредоточения со снижением способности читать или поддерживать разговор; 5 = 6 = утрата способности читать или участвовать в разговоре без значительных усилий;
Апатия	0 = отсутствие затруднения начать какую-либо деятельность; отсутствие замедленности; 1 = 2 = затруднения начать какую-либо деятельность; 3 = 4 = затруднения начать простую повседневную деятельность, выполнение которых требует дополнительных усилий; 5 = 6 = полная апатия; неспособность выполнить что-либо без

	посторонней помощи;
Утрата способности чувствовать	0 = нормальный интерес к окружающему и людям; 1 = 2 = снижение способности получать удовольствие от того, что обычно интересно; 3 = 4 = утрата интереса к окружающему; утрата чувств к друзьям и знакомым; 5 = 6 = ощущение эмоционального паралича, утраты способности испытывать гнев, печаль или удовольствие, полной или даже болезненной утраты чувств к близким и друзьям;
Пессимистические мысли	0 = отсутствие пессимистических мыслей; 1 = 2 = эпизодические идеи неудачливости в жизни, самоуничужения или малоценности; 3 = 4 = постоянное самообвинение или конкретные, но еще рациональные, идеи виновности или греховности; нарастающая пессимистическая оценка будущего; 5 = 6 = бредовые идеи полного краха, раскаяния или неискупимого греха; абсурдное и непоколебимое самообвинение;
Суицидальные мысли	0 = жизнь приносит удовольствие или воспринимается такой, какая она есть; 1 = 2 = усталость от жизни; эпизодические мысли о самоубийстве; 3 = 4 = возможно лучше умереть; суицидальные мысли становятся привычными, а самоубийство рассматривается как возможный способ решения проблем при отсутствии конкретных суицидальных планов или намерений; 5 = 6 = конкретное планирование совершения самоубийства при первой возможности; активные приготовления к самоубийству;
Суммарный балл	

Комментарий к шкале Монтгомери – Асберг:

Бланк опросника состоит из: объективных (видимых) признаков подавленности, субъективных признаков подавленности, наличия внутреннего напряжения, степени недостаточности сна, снижения аппетита, недостаточности концентрации внимания, степени апатии,

утраты способности чувствовать, наличия пессимистических и суицидальных мыслей.

1. Объективные (видимые) признаки подавленности. Проявления угнетенности, уныния, отчаяния (более выраженных, чем при обычном временном снижении настроения) в речи, в мимике и позе. Оцениваются в соответствии с глубиной снижения настроения.

2. Субъективные признаки подавленности. Сообщение пациента о депрессивном настроении независимо от того, насколько оно проявляется внешними признаками. Включает упадок духа, угнетенность или чувство беспомощности и безнадежности. Оценивается в соответствии с интенсивностью, продолжительностью и степенью того, насколько, по описанию пациента, сниженное настроение связано с внешними событиями.

3. Внутреннее напряжение. Чувство болезненного дискомфорта, смятения, раздражения, психического напряжения, доходящего до паники, сильного страха или душевной боли.

4. Недостаточный сон. Уменьшение продолжительности или глубины сна в сравнении с привычными для пациента характеристиками сна.

5. Снижение аппетита. Утрата аппетита. Оценивается в соответствии со степенью утраты желания поесть или усилий заставить себя принять пищу.

6. Нарушение концентрации внимания. Трудности собраться с мыслями вплоть до утраты способности сконцентрироваться. Оценивается в соответствии с интенсивностью, частотой и степенью утраты способности концентрировать внимание.

7. Апатия. Затруднения начать какую-либо деятельность или замедленность начала и выполнения повседневной деятельности.

8. Утрата способности чувствовать. Субъективное ощущение снижения интереса к окружающему или деятельности, обычно доставляющему удовольствие. Снижение способности адекватно эмоционально реагировать на внешние события или людей.

9. Пессимистические мысли. Идеи собственной вины, мало ценности, самоуничтожения, греховности или раскаяния.

10. Суицидальные мысли. Чувство, что жить больше не стоит, что естественная смерть – желаемый исход; суицидальные мысли и приготовления к самоубийству.

Чем тяжелее состояние больного, тем больший балл ему присваивается. Шкала не градуирована, оценивается только общий балл. Каждый вопрос оценивается в баллах от 0 до 6. Исследователь должен решить, соответствует ли тяжесть симптома основным баллам – 0, 2, 4, 6 или промежуточным – 1, 3, 5. При интерпретации данных баллы рассчитываются следующим образом:

каждый пункт шкалы оценивается от 0 до 6 в соответствии с нарастанием тяжести симптома. Максимальный суммарный балл составляет 60 баллов. Сумма баллов соответствует [Guelfi G.D.,1993]:

- 0-15 баллов – отсутствию депрессивного эпизода;
- 16-25 баллов – малому депрессивному эпизоду;
- 26-30 баллов – умеренному депрессивному эпизоду;
- свыше 30 баллов – большому депрессивному эпизоду.

Шкала тревоги Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) [Spielberger C.D. et al., 1970]

Тест Спилбергера состоит из 20 высказываний, относящихся к тревожности как состоянию (состояние тревожности, реактивная или ситуативная тревожность) и из 20 высказываний на определение тревожности как диспозиции, личностной особенности (свойство тревожности).

Обследуемому предлагается — «Прочитайте внимательно каждое из приведенных предложений и зачеркните соответствующую цифру справа. Над вопросами долго не задумывайтесь. Обычно первый ответ, который приходит в голову, является наиболее правильным, адекватным Вашему состоянию».

Таблица 23. Тест Спилберга

Бланк опросника реактивная тревожность

№ п/п	Как вы себя чувствуете в данный момент	Ответы			
		Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
1	Я спокоен	1	2	3	4
2	Мне ничто не угрожает	1	2	3	4
3	Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4	Я испытываю сожаление	1	2	3	4
5	Я чувствую себя свободно	1	2	3	4
6	Я расстроен	1	2	3	4
7	Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8	Я чувствую себя отдохнувшим	1	2	3	4
9	Я встревожен	1	2	3	4
10	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
11	Я уверен в себе	1	2	3	4
12	Я нервничаю	1	2	3	4
13	Я не нахожу себе места	1	2	3	4

14	Я взвинчен	1	2	3	4
15	Я не чувствую скованности	1	2	3	4
16	Я доволен	1	2	3	4
17	Я озабочен	1	2	3	4
18	Я слишком возбужден и мне не по себе	1	2	3	4
19	Мне радостно	1	2	3	4
20	Мне приятно	1	2	3	4

Бланк опросника конституциональной тревожности

№ п/п	Как вы себя чувствуете обычно	Ответы			
		Почти никогда	Иногда	Часто	Почти всегда
21	Я испытываю удовольствие	1	2	3	4
22	Я обычно быстро устаю	1	2	3	4
23	Я легко могу заплакать	1	2	3	4
24	Я хотел бы быть таким же счастливым, как и другие	1	2	3	4
25	Нередко я проигрываю из-за того, что недостаточно быстро принимаю решения	1	2	3	4
26	Обычно я чувствую себя бодрым	1	2	3	4
27	Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
28	Ожидаемые трудности обычно очень тревожат меня	1	2	3	4
29	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
30	Я вполне счастлив	1	2	3	4
31	Я принимаю все слишком близко к сердцу	1	2	3	4
32	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
33	Обычно я чувствую себя в безопасности	1	2	3	4
34	Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей	1	2	3	4
35	У меня бывает хандра	1	2	3	4
36	Я доволен	1	2	3	4
37	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
38	Я так сильно переживаю свои разочарования, что потом долго не могу о них забыть	1	2	3	4
39	Я уравновешенный человек	1	2	3	4
40	Меня охватывает беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

Обработка

Реактивная тревожность

Прямые вопросы: 3,4,6,7,9,12,13,14,17,18.

Обратные вопросы: 1,2,5,8,10,11,15,16,19,20.

РЕАКТИВНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ = ПРЯМЫЕ - ОБРАТНЫЕ + 50 (баллов);

Конституциональная тревожность

Прямые вопросы: 22,23,24,25,28,29,31,32,34,35,37,38,40.

Обратные вопросы: 21,26,27,30,33,36,39.

КОНСТИТУЦИОНАЛЬНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ = ПРЯМЫЕ - ОБРАТНЫЕ + 35 (баллов);

Интерпретация

Уровень тревожности до 30 баллов считается низким, от 30 до 45 баллов - умеренным, от 46 баллов и выше - высоким. Минимальная оценка по каждой шкале - 20 баллов, максимальная - 80 баллов.

Шкала сонливости Эпворта - Epworth Sleepiness Scale (ESS)

Какова вероятность того, что Вы можете задремать или заснуть в приведённых ниже ситуациях? Это относится к Вашей повседневной жизни за последние 3-4 месяца. Даже если последнее время Вы не оказывались в подобных ситуациях на самом деле, попытайтесь представить, какое воздействие они могли бы на Вас оказать. Используйте приведённую ниже шкалу для выбора наиболее подходящего ответа.

0 = никогда 1 = низкая вероятность 2 = умеренная вероятность 3 = высокая вероятность

Таблица 24. Шкала ESS

Ситуации	Ответы			
	Никогда	Низкая вероятность	Умеренная вероятность	Высокая вероятность
В положении сидя или во время чтения				
При просмотре телевизора				
В положении сидя в неактивном состоянии в общественном месте				
Во время поездки в течение 1 часа без остановки в качестве пассажира в машине				

Во время лежания в расслабленном состоянии в послеполуденное время				
В положении сидя при разговоре с кем-то				
В положении сидя в спокойном состоянии после обеда (без употребления алкоголя)				
При вождении автомобиля, если пришлось остановиться на несколько минут в потоке машин				

Интерпретация

Норма — **0–3 баллов;**

Инсомния (бессонница) — **3–9 баллов;**

Синдром обструктивного апноэ сна — **9–16 баллов,**

Нарколепсия (гиперсомния центрального генеза) — **16–24 балла.**

ВЫЯВЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ

Оценка степени независимости в повседневной жизни (Activities of Daily Living, или ADL).

В основе методов измерения нарушений жизнедеятельности чаще всего лежит оценка независимости индивидуума от посторонней помощи в повседневной жизни, при этом анализируются не все ежедневные действия, а только наиболее значимые, наиболее общие из рутинных действий человека. Под ADL обычно понимают основные физические функции, которые лежат в основе нормальной жизни. Шкала Повседневной инструментальной активности (*IADL*) является наиболее рейтинговой и оценочной шкалой наиболее широко используемой в гериатрии так и при исследовании пациентов с когнитивными нарушениями двигательной сферы, применяется для оценки возможности адаптации пациента в повседневной жизни и тяжести их инвалидизации. Обработка и интерпретация.

Таблица 25. Шкала повседневной инструментальной активности (IADL)

	Дата обследования
1. Можете ли вы пользоваться телефоном	3- Без посторонней помощи 2- С частичной помощью 1- Полностью не способен
2. Можете ли вы добраться до мест, расположенных вне привычных дистанций ходьбы	3-Без посторонней помощи 2-С частичной помощью 1-Полностью не способен добираться, если не организована специальная доставка
3. Можете ли вы ходить в магазин за едой	3-Без посторонней помощи 2-С частичной помощью 1-Полностью не способен делать любые покупки
4. Можете ли вы готовить себе пищу	3-Без посторонней помощи 2-С частичной помощью 1-Полностью не способен готовить любую еду
5. Можете ли вы выполнять работу по дому	3-Без посторонней помощи 2-С частичной помощью 1-Полностью не способен выполнять какую-либо работу по дому
6. Можете ли вы выполнять мелкую « мужскую»/ «женскую» работу по дому	3-Без посторонней помощи 2-С частичной помощью 1-Полностью не способен выполнять любую

	мелкую « мужскую» /«женскую» работу по дому
7. Можете ли вы стирать для себя	3-Без посторонней помощи 2-С частичной помощью 1-Полностью не способен стирать
8. Можете или могли бы вы самостоятельно принимать лекарства	3-Без посторонней помощи (в правильных дозах и в назначенное время) 2-С частичной помощью (если кто-то приготовит лекарство к приему и/или напомним о необходимости принять его) 1-Полностью не способен принять лекарство
9. Можете ли вы распоряжаться своими деньгами	3-Без посторонней помощи 2-С частичной помощью 1-Полностью не способен распоряжаться своими деньгами
Общий балл:	

Максимальный балл равен 27, что говорит о полной активности пациента и отсутствии препятствий в социальной адаптации. Ниже 27 баллов - снижение инструментальной активности и потребность в долговременном уходе.

Оценка степени независимости в повседневной жизни (Шкала Бартел).

Для оценки степени независимости больного от посторонней помощи в повседневной жизни применяется шкала Бартела для оценки уровня бытовой активности. Шкалой удобно пользоваться как для определения изначального уровня активности пациента, так и для поведения мониторинга в целях определения эффективности реабилитации при адаптации пациента в социуме, оценки его качества жизни, необходимости ухода.

Таблица 26. Шкала Бартел

Признаки		Баллы
Прием пищи	не нуждаюсь в помощи, способен самостоятельно пользоваться всеми необходимыми столовыми приборами	10 баллов
	частично нуждаюсь в помощи, например, при разрезании пищи	5 баллов
	полностью зависим от окружающих, например, необходимо кормление с посторонней помощью	0 баллов
Персональный	не нуждаюсь в помощи	10 баллов

туалет (умывание лица, причесывание, чистка зубов, бритье)	частично нуждаюсь в помощи	5 баллов
	нуждаюсь в помощи	0 баллов
Одевание	не нуждаюсь в посторонней помощи	10 баллов
	частично нуждаюсь в помощи, например, при одевании обуви, застегивании пуговиц и т.д.	5 баллов
	полностью нуждаюсь в посторонней помощи	0 баллов
Прием ванны	принимаю ванну без посторонней помощи	5 баллов
	нуждаюсь в посторонней помощи	0 баллов
Контроль тазовых функций (мочеиспускание , дефекация)	не нуждаюсь в помощи	20 баллов
	частично нуждаюсь в помощи (при использовании клизмы, свечей, катетера)	10 баллов
	постоянно нуждаюсь в помощи в связи с грубыми нарушениями тазовых функций	0 баллов
Посещение туалета	не нуждаюсь в помощи	10 баллов
	частично нуждаюсь в помощи (удержание равновесия, использование туалетной бумаги, снятие и одевание брюк и т.д.)	5 баллов
	нуждаюсь в использовании судна, утки	0 баллов
Вставание с постели	не нуждаюсь в помощи	15 баллов
	нуждаюсь в наблюдении или минимальной поддержке	10 баллов
	могу сесть в постели, но для того, чтобы встать, нужна существенная поддержка	5 баллов
	не способен встать с постели даже с посторонней помощью	0 баллов
Передвижение	могу без посторонней помощи передвигаться на расстоянии до 500 м	15 баллов
	могу передвигаться с посторонней помощью в пределах 500 м	10 баллов
	могу передвигаться с помощью инвалидной коляски	5 баллов
	не способен к передвижению	0 баллов
Подъем по лестнице	не нуждаюсь в помощи	10 баллов
	нуждаюсь в наблюдении или поддержке	5 баллов
	не способен подниматься по лестнице даже с поддержкой	0 баллов

Степень выполняемости больным ежедневных функций самоухода оценивается в баллах и колеблется от 0 до 20. Суммарная оценка варьирует от 0 до 100 баллов.

Суммарный балл от 0 до 20 соответствует полной зависимости больного, от 21 до 60 - выраженной зависимости, от 61 до 90 - умеренной зависимости, от 91 до 99 - легкой зависимости, 100 баллов - полной независимости в повседневной деятельности.

ОПРОСНИКИ И ШКАЛЫ ДЛЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ СРЕДЫ ПРОЖИВАНИЯ

Среда проживания включает микросреду, т.е. среду обитания (жилище), в которой предусматриваются коммунальные удобства, уют жилых помещений, оснащение мебелью, обеспечивающей безопасность пользования (проживания, передвижения, самообслуживания, досуга и т. д.) и комфортность.

Указанные понятия и требования комфортности жилой среды распространяются на все виды жилых помещений для всех категорий жителей. Применительно к пожилым людям и инвалидам понятие комфортности среды проживания имеет особую специфику. Среда проживания для этих категорий граждан должна быть безопасной, безбарьерной, доступной, оказывающей терапевтическое воздействие. В этой связи в геронтологии и гериатрии принято говорить о так называемой «терапевтической среде».

Несмотря на относительную заинтересованность исследователей в проблеме изучения среды проживания, методический инструментарий развит слабо, существуют лишь отдельные методики, исследующие определенные сугубо архитектурные и проективные параметры домашней среды. При таком скудном арсенале невозможно оценить, насколько домашняя среда соответствует потребностям пожилого человека, и спрогнозировать, будет ли она безопасной с учетом состояния здоровья данного человека.

Поэтому при организации работы с пожилыми людьми необходима оценка условий проживания с целью профилактики гериатрических синдромов, в том числе синдрома падений. Целесообразность оценки среды проживания пожилых людей определяется медицинским или социальным работником с учетом клинических особенностей конкретного человека и его потребностей в долговременном сопровождении и уходе. Особенно актуально использовать такие опросники для создания безопасной среды проживания у людей со средним и высоким рисками падений как **Шкала оценки риска падений Morse Fall (Scale)-см.выше** и **Шкала оценки рисков среды проживания.**

Шкала оценки рисков среды проживания.

По данным диссертационного исследования Старцевой О.Н., необходимым условием создания терапевтической среды для пожилых людей является организация безопасных условий проживания, устранение препятствий и потенциально опасных приспособлений. С этой целью

целесообразно выявлять неблагоприятные факторы окружающей среды. Для этого нами предложен опросник «Оценка рисков среды проживания».

Оценка параметров проводится в баллах от 0 до 2, в зависимости от показателя. Затем определяется общая сумма баллов.

Таблица 27. Оценка рисков среды проживания

Оцениваемый фактор	Баллы
Наличие свободных коридоров и проходов	
да	0
нет	2
Высота порогов до 2-х см	
да	0
нет	2
Достаточное освещение коридоров, жилых комнат, санитарных комнат	
да	0
нет	2
Выключатели находятся в зоне досягаемости и на доступной высоте	
да	0
нет	2
Высота кровати не ниже 50 см	
да	0
нет	2
Безопасность полов (целостность, отсутствие проводов, незакрепленных ковровых покрытий, нескользкие)	
да	0
частично	1
нет	2
Безопасность мебели (целостность, отсутствие острых углов)	
да	0
частично	1
нет	2
Состояние обуви	
с задниками, нескользкая	0
без задников, скользкая	2
Наличие и исправность технических средств реабилитации (кресла-коляски, опорные трости, ходунки), при их необходимости	
да	0
частично	1
нет	2

Наличие и исправность технических средств для купания и туалета (поручни, душевые кресла, откидные сидения, кресла-туалеты), при их необходимости	
да	0
частично	1
нет	2
Наличие и исправность очков, при их необходимости	
да	0
частично	1
нет	2
Наличие и исправность слухового аппарата, при его необходимости	
да	0
частично	1
нет	2

Интерпретация данных: чем выше балл, тем опаснее условия проживания для пожилого человека.

0 баллов – среда безопасная, безбарьерная,
суммарный балл от 1 до 6 – наличие неблагоприятных факторов среды проживания,
суммарный балл свыше 7 – наличие опасных факторов среды проживания.

Во всех случаях необходимы рекомендации по организации безопасного быта для пожилых людей, создание безопасной, безбарьерной среды проживания.

ОЦЕНКА ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ В ГЕРИАТРИИ

Шкала устойчивости Коннор-Девидсона (*Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC-25)*)

Шкала устойчивости Коннор-Девидсона (CD-RISC-25) представляет собой самоуправляемую шкалу, содержащую 25 элементов, демонстрирующих хорошие психометрические свойства. Вопросы 25-элементной шкалы устойчивости Коннор-Девидсона включают в себя:

1. Я способен адаптироваться к происходящим изменениям.
2. У меня близкие и надежные отношения с другими
3. Иногда мне помогает судьба или Бог.
4. Я могу справиться со всем, что мне встречается на пути.
5. Прошлые успехи придают мне уверенность.
6. Я пытаюсь увидеть смешную сторону вещей, когда сталкиваюсь с проблемами.
7. То, что я справляюсь со стрессом, может сделать меня сильнее.
8. Я обычно восстанавливаюсь после болезней, ран или других лишений.
9. Я считаю, что большинство событий происходит не без причины.
10. Я стараюсь приложить все усилия, вне зависимости от ситуации.
11. Я верю, что могу достичь своих целей, несмотря на препятствия.
12. Я не сдаюсь даже в безнадежных ситуациях.
13. Во времена стресса я знаю, где найти помощь.
14. Под давлением я сохраняю концентрацию и четкость мыслей.
15. Я предпочитаю руководить при решении проблем.
16. Меня не просто лишит воли неудачами.
17. Я рассматриваю себя, как сильную личность, способную справиться с вызовами и сложностями жизни.
18. Я принимаю непопулярные или сложные решения.
19. Я могу справиться с такими неприятными или болезненными ощущениями, как печаль, страх и гнев.
20. Я должен действовать интуитивно.
21. У меня сильное чувство цели в жизни.
22. Я чувствую, что контролирую ситуацию.
23. Мне нравятся вызовы.
24. Я работаю для достижения целей.
25. Я горжусь своими достижениями

Как работает набор баллов?

Каждый элемент шкалы оценивается по 5-бальной системе, где 0 означает “никогда”, а 4 – “почти всегда”. Возможные ответы выбираются из следующего набора:

- 0 – Никогда
- 1 – Изредка
- 2 – Иногда
- 3 – Часто
- 4 – Почти всегда

Результирующий возможный балл может быть в диапазоне от 0 до 100. Более результирующие высокие баллы, являются индикатором более высокой устойчивости.

Из максимального показателя в 100 баллов можно выделить следующие группы и их средние показатели:

- Обычное сообщество людей – средний показатель **80.7**
- Обобщенная группа клинических испытаний людей с генерализованной тревожностью – средний показатель **62.4**
- Две группы клинических испытаний людей с ПТСР (Посттравматическое стрессовое расстройство) – средний показатель **47.8** и **52.8**

Шкала устойчивости Коннор-Девидсона (*Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC-10)*)

- 1) Я могу принимать и адаптироваться к изменениям
- 2) Все что ни случиться – я справлюсь
- 3) Я всегда ищу юмористические стороны в любой ситуации
- 4) Преодоление стресса делает меня сильнее
- 5) Я могу быть выше после болезней или каких-либо бедствий
- 6) Я могу достигать цель несмотря на препятствия
- 7) Я могу сосредотачиваться несмотря на отвлекающие факторы
- 8) Меня не так просто обескуражить проблемой
- 9) Я считаю себя сильным(ой)
- 10) Я могу управлять неприятными эмоциями

Эта шкала из 10 пунктов была разработана доктором. Кэмпбелл-Силлс и Стейн из Калифорнийского университета в Сан-Диего на основе факторного анализа.

Возможные ответы варьируются от:

0-Совсем неправда.

1-Редко верно.

2 - Иногда верно.

3-Часто верно.

4 - Верно почти всегда.

Либо за каждый правильный ответ присуждается 1 балл

По данным Scali et al. (2012), CD-RISC изначально считался многомерным, с факторами, сопоставимыми с:

1. Упорство и компетентность.
2. Доверять своим инстинктам и терпеть негативные эмоции.
3. Принятие изменений и безопасность в отношениях.
4. Контроль.
5. Духовность.

Однако в последующих исследованиях на независимых выборках была выявлена некоторая нестабильность в факторной структуре. Это привело к признанию сокращенной версии из 10 пунктов, CD-RISC-10.

Считалось, что оставшиеся десять пунктов лучше отражают способность справиться от множества проблем, которые могут возникнуть в жизни.

Эта одномерная версия обладает столь же прекрасными психометрическими свойствами, а более длинная версия оказалась подходящей для использования в различных культурах и широко использовалась в эпидемиологических исследованиях. (Коннор и Дэвидсон, 2003; Notario-Racheco и др., 2011; Ван, Ши, Чжан и Чжан, 2010)

Шкала возрастной жизнеспособности Resilience Scale for Adults (RSA)

Шкала возрастной жизнеспособности (Resilience Scale), которая состоит из 25 позиций, оценивающих пять доменов – способность преодолевать трудности, восприятие себя и своего положения в данном возрасте, экзистенциальное одиночество, настойчивость и наличие осмысленности жизни.

Таблица 28. Resilience Scale for Adults (RSA)

	<i>Характеристики</i>	<i>Да</i>	<i>Нет</i>
А).	Характеристика структуры личности		
	я верю в свои собственные возможности		
	вера в себя позволяет мне преодолевать сложные времена		
	если я что-то «взвалю» на себя, то обязательно сделаю		
	я знаю как достичь своих целей		
	что бы ни случилось, я всегда найду выход		
	мне комфортнее среди людей, чем в одиночестве		
	мне кажется, что у меня хорошее будущее		
	я знаю, что смогу решить свои собственные проблемы		
	я удовлетворен собой		
	я трезво смотрю на вещи		
	я полностью выполняю свои обещания		
в трудные времена я помню от том, что будут и лучшие дни.			
Б).	Характеристика возможности коммуницировать		
	мне легко найти общий язык с новыми людьми		
	мне легко подружиться		
	мне легко предложить новые темы для разговора		
	мне легко «вписаться» в новую социальную среду		
	мне легко рассмешить других людей		
	мне нравится быть рядом с другими людьми		
	я знаю как начать разговор		
	меня легко рассмешить		
	мне важно проявлять гибкость при любых обстоятельствах		
у меня хорошие отношения и с мужчинами, и с женщинами.			
В).	Характеристика отношений в семье		
	у нас крепкая семья		
	мне нравится находиться в семье		
	в нашей семье все лояльны друг по отношению к другу		
	в нашей семье мы стараемся дела делать вместе		
	даже в сложные времена в семье мы стараемся иметь положительный взгляд на будущее		
	в нашей семье у нас похожие представления о ценностях жизни		
	конфликтов в нашей семье немного		
Г).	Характеристика нуждаемости в социальной поддержке		
	у меня есть близкие друзья/члены семьи, которые заботятся обо мне		
	у меня есть близкие друзья/члены семьи, которые при необходимости окажут моральную поддержку		
	у меня всегда рядом есть кто-то, кто мне поможет		
	у меня есть близкие друзья/члены семьи, которые одолжат мне		

	денег		
	я легко пойму, если у членов моей семьи какая-то серьезная проблема		
	я могу обсудить очень личные проблемы с близкими друзьями/членами семьи		
	у меня есть близкие друзья/члены семьи, которые ценят мои достоинства		
	я всегда в контакте с моей семьей		
	мои друзья также дружат между собой		
Д).	Характеристика личностных особенностей		
	выполнение повседневных обязанностей делает мой день более легким		
	я выполняю свои домашние дела даже при наличии проблем		
	я предпочитаю планировать свои действия		
	мне лучше работается, когда достигнута цель		
	я тщательно планирую свое время.		
	Суммарный балл		

Каждой положительной позиции присваивается 1 балл, при отрицательном ответе – 0 баллов.

Шкала многомерной индивидуальной и межличностной оценки возрастной жизнеспособности (MULTIDIMENSIONAL INDIVIDUAL AND INTERPERSONAL RESILIENCE MEASURE, MIIRM).

Возрастная устойчивость включает в себя несколько концепций адаптации как во время процессов старения, так и в условиях неблагоприятных условий, она подходит для работы с пожилыми людьми и членами их семей. Индивидуальная устойчивость уже была областью изучения в течение многих лет, интерес же к семейной устойчивости появился совсем недавно. До настоящего времени еще не было инструмента измерения, который включал бы семейную и индивидуальную устойчивость в популяции пожилых людей.

Шкала многомерной индивидуальной и межличностной оценки возрастной жизнеспособности - это короткая шкала, которая состоит из 8 позиций, позволяет оценивать как отношения пожилого человека с социальным окружением (реакция на поддержку со стороны окружающих людей), так и самоощущения (так называемая самооффективность).

Факторы шкалы MIIRM: (1) уверенность в себе, (2) доступ к сети социальной поддержки, (3) оптимизм, (4) воспринимаемые экономические и социальные ресурсы, (5) духовность и религиозность, (6) гармония в отношениях, (7) эмоциональное выражение и коммуникация, (8)

эмоциональный контроль. Ниже мы кратко дадим концептуальное определение каждого фактора.

1. Уверенность в себе. Первый фактор состоит из трех пунктов (способность справиться с любыми ситуациями, умение адаптироваться к различным изменениям, способность адаптироваться после трудностей), тесно связанных со способностью человека достигать своих целей или придавать значение несчастьям независимо от различных ситуаций, с которыми они сталкиваются.

2. Доступ к сети социальной поддержки. Второй фактор состоит из четырех пунктов (возможность получить совет или информацию, получить помощь в ежедневных делах, создавать и поддерживать социальные контакты, ощущать любовь и заботу), связанных с уверенностью человека обеспечить им как материальную, так и эмоциональную поддержку.

3. Оптимизм. Третий фактор состоит из трех пунктов (ожидаю больше хороших вещей, чем плохих; уверенно смотрю в будущее; обычно ожидаю самого лучшего), которые символизируют способность оставаться оптимистичными и полным надежд независимо от обстоятельств.

4. Воспринимаемые экономические и социальные ресурсы. Четвертый фактор, воспринимаемый как экономические и социальные ресурсы. Этот фактор, по-видимому, воплощает веру в количество ресурсов, которые люди имеют как в финансовом плане, так и в коллективном сообществе. Вопросы четвертого фактора: вопрос «социальной» лестницы (ощущение себя в социуме), финансовая удовлетворенность и чувство одиночества

5. Духовность и религиозность. Пятый фактор состоит из двух элементов, называемых духовностью и религиозностью, которые связаны с верой человека в более высокую силу, более глубокий смысл и / или связь с большей реальностью.

6. Гармония в отношениях. Шестой фактор, гармония в отношениях, состоит из двух пунктов, представляющих сложность и напряжение, которые могут возникнуть, когда семья и / или близкие друзья предъявляют высокие требования или пожилой человек подвергается насилию в семье (психологическое, финансовое, телесное, сексуальное и т.д.). Вопросы шестого фактора: От вас слишком много требуют в семье? Близкие друзья или члены семьи критично относятся к тому, что Вы делаете?

7. Эмоциональное выражение и общение. Седьмой фактор состоит из трех элементов, помеченных как эмоциональное выражение и общение, которые характеризуются отношением, в котором люди взаимодействуют, с учетом чувств других людей и способностью общаться друг с другом. Вопросы седьмого критерия: Уметь ли Вы смотреть на вещи с другой точки

зрения? Утешаете ли Вы других людей? Когда люди говорят, желаете ли Вы, чтобы они ушли?

8. Эмоциональный контроль. Восьмой фактор, эмоциональная контроль, состоит из двух элементов, относящихся к индивидуальным внутренним процессам при решении проблем. Вопросы восьмого критерия: Воспринимаете ли Вы всю подаваемую информацию? Прежде чем критиковать человека, представляете ли Вы себя на его месте?

Таблица 29. MIRM – многофакторное измерение индивидуальной и межличностной устойчивости

На каждый вопрос ниже выберите один ответ					
	Совсем неверно	Редко верно	Иногда верно	Часто верно	Всегда верно
1. Я способен справиться с любыми ситуациями					
2. Я умею адаптироваться к изменениям					
3. Я прихожу в себя после болезней или трудностей					
4. Когда меня смущает проблема, первое, что я делаю, это изучаю ситуацию и рассматриваю всю связанную информацию					
5. Прежде чем критиковать кого-то, я пытаюсь представить, как бы они себя чувствовали, если бы я был на их месте					
6. Иногда мне сложно смотреть на вещи с точки зрения другого человека					
7. Я часто не утешал другого человека, когда он или она нуждались в этом					
8. Иногда, когда люди разговаривают со мной, я желаю, чтобы они ушли					
9. В целом, я ожидаю, что со мной случится больше хорошего, чем плохого					
10. Я всегда полон надежд на будущее					
11. В неясные времена я					

дети, близкие друзья и / или родственники критикуют то, что вы делаете?					
		Совсем нет	В легкой степени	Умеренно	Очень
21. Насколько религиозным человеком вы считаете себя?					
22. Насколько духовным человеком вы считаете себя					

Инструкции по расчету баллов для шкалы MIRM

Общая оценка может быть рассчитана путем сложения всех элементов. Более высокие баллы указывают на более высокие уровни устойчивости, а более низкие баллы указывают на более низкие уровни устойчивости (пункты 6, 7, 8, 14, 19 и 20 оцениваются в обратном порядке).

Уверенность в себе (пункты 1, 2 и 3), эмоциональный контроль (пункты 4 и 5), оптимизм (пункты 9, 10, 11), эмоциональное выражение и коммуникация (пункты 6, 7 и 8 - все наоборот), экономические и социальные ресурсы (пункты 12, 13 и 14 (оценка в обратном порядке), доступ к сети социальной поддержки (пункты 15, 16, 17, 18), гармония в отношениях (пункты 19 и 20 – оба оцениваются в обратном порядке) и духовность и религиозность (пункты 21 и 22).

Следует отметить, что общая разница в показателях устойчивости выявляется по полу, семейному положению и по образованию. При этом женщины показывают более высокий уровень устойчивости, равно как и лица, состоящие в браке и имеющие высокий уровень образования.

Использование MIRM позволяет объяснить взаимосвязь между рядом защитных факторов и / или процессов, которые способствуют индивидуальной и межличностной устойчивости, и другими областями успешного старения, включая когнитивное здоровье, психологическое здоровье, физическое здоровье и самооценка успешного старения. Способность понимать многогранные аспекты успешного старения с использованием многомерного взгляда на устойчивость может помочь понять, как и почему некоторые пожилые в семье стареют более успешно, чем другие.

В целом, такой инструмент измерения мог бы изменить наше понимание старения, включив в него переменные на уровне семьи, которые способствуют поддержанию здорового функционирования и позволяют семьям укреплять взаимоотношения на разных этапах развития.

Важно отметить, что MIRM является краткой оценочной системой, которая дает представление о восьми ранее отмеченных факторах

индивидуальной и межличностной устойчивости. Это не всеобъемлющая мера всех защитных факторов и / или процессов, которые способствуют устойчивости.

Шкала для оценки Индекса Общего Психологического благополучия

Таблица 30. Шкала для оценки Индекса Общего Психологического Благополучия [Dupuy H., 1984]

Ваши ответы должны отражать положение дел в течение последних двух недель.

№	Вопрос	Варианты ответов	Балл
1	Какой период времени Вы находились в хорошем настроении?	Нисколько по времени	0
		Незначительный период времени	1
		Некоторое время	2
		Значительную часть времени	3
		Большую часть времени	4
		Все время	5
2	Беспокоило ли Вас какое-либо заболевание, или недомогание, или боль?	Все время	0
		Большую часть времени	1
		Значительную часть времени	2
		Некоторое время	3
		Незначительный период времени	4
		Нисколько по времени	5
3	Наблюдалась ли у Вас депрессия?	Нисколько по времени	5
		Незначительный период времени	4
		Некоторое время	3
		Значительную часть времени	2
		Большую часть времени	1
		Все время	0
4	Контролировали Вы свое поведение, мысли, эмоции и переживания?	Все время	5
		Большую часть времени	4
		Значительную часть времени	3
		Некоторое время	2
		Незначительный период времени	1
		Нисколько по времени	0
5	Отмечалась ли у Вас повышенная нервозность ("расшатанные нервы")?	Нисколько по времени	5
		Незначительный период времени	4
		Некоторое время	3
		Значительную часть времени	2
		Большую часть времени	1
		Все время	0
6	Полны ли Вы энергии, бодрости, жизненных сил?	Все время	5
		Большую часть времени	4
		Значительную часть времени	3

		Некоторое время	2
		Незначительный период времени	1
		Нисколько по времени	0
7.	Чувствовали ли Вы себя унылым, упавшим духом?	Нисколько по времени	5
		Незначительный период времени	4
		Некоторое время	3
		Значительную часть времени	2
		Большую часть времени	1
		Все время	0
8	Чувствовали ли вы внутреннее напряжение, скованность во всем теле или в каких-то мышцах?	Все время	0
		Большую часть времени	1
		Значительную часть времени	2
		Некоторое время	3
		Незначительный период времени	4
		Нисколько по времени	5
9	Были ли Вы счастливы, удовлетворены своей жизнью?	Нисколько по времени	5
		Незначительный период времени	4
		Некоторое время	3
		Значительную часть времени	2
		Большую часть времени	1
		Все время	0
10	Достаточно ли вы чувствовали себя здоровыми, чтобы выполнять те дела, которые хотели или должны были делать?	Все время	0
		Большую часть времени	1
		Значительную часть времени	2
		Некоторое время	3
		Незначительный период времени	4
		Нисколько по времени	5
11	Были ли вы грустны, разочарованны, испытывали ли чувство безнадежности, или у Вас было столько проблем, что вы сомневались, есть ли во всем этом смысл?	Нисколько по времени	5
		Незначительный период времени	4
		Некоторое время	3
		Значительную часть времени	2
		Большую часть времени	1
		Все время	0
12	Просыпались ли вы по утрам свежими отдохнувшим?	Все время	0
		Большую часть времени	1
		Значительную часть времени	2
		Некоторое время	3
		Незначительный период времени	4
		Нисколько по времени	5
13	Испытывали ли Вы тревогу, страх, беспокойство по поводу состояния Вашего здоровья?	Нисколько по времени	5
		Незначительный период времени	4
		Некоторое время	3
		Значительную часть времени	2
		Большую часть времени	1
		Все время	0

14	Были ли у Вас основания считать, что Вы теряли контроль над своим рассудком, памятью, чувствами, словами, мыслями?	Все время	0
		Большую часть времени	1
		Значительную часть времени	2
		Некоторое время	3
		Незначительный период времени	4
		Нисколько по времени	5
15	Была ли Ваша жизнь наполнена Интересными событиями и вещами?	Нисколько по времени	5
		Незначительный период времени	4
		Некоторое время	3
		Значительную часть времени	2
		Большую часть времени	1
		Все время	0
16	Чувствовали ли Вы себя вялым, медлительным?	Все время	0
		Большую часть времени	1
		Значительную часть времени	2
		Некоторое время	3
		Незначительный период времени	4
		Нисколько по времени	5
17	Были ли вы тревожны, беспокойны или расстроены?	Нисколько по времени	5
		Незначительный период времени	4
		Некоторое время	3
		Значительную часть времени	2
		Большую часть времени	1
		Все время	0
18	Было ли у Вас ощущение уверенности в себе, стабильности?	Все время	5
		Большую часть времени	4
		Значительную часть времени	3
		Некоторое время	2
		Незначительный период времени	1
		Нисколько по времени	0
19	Чувствовали ли Вы себя легко и спокойно?	Нисколько по времени	5
		Незначительный период времени	4
		Некоторое время	3
		Значительную часть времени	2
		Большую часть времени	1
		Все время	0
20	Чувствовали ли Вы себя бодрым и жизнерадостным?	Нисколько по времени	5
		Незначительный период времени	4
		Некоторое время	3
		Значительную часть времени	2
		Большую часть времени	1
		Все время	0
21	Чувствовали ли вы себя усталым, истощенным, измотанным, "выжатым"?	Нисколько по времени	5
		Незначительный период времени	4
		Некоторое время	3

		Значительную часть времени	2
		Большую часть времени	1
		Все время	0
22	Казалось ли Вам, что Вы находитесь в состоянии стресса, под чьим-то давлением?	Все время	5
		Большую часть времени	4
		Значительную часть времени	3
		Некоторое время	2
		Незначительный период времени	1
		Нисколько по времени	0

Индекс Общего Психологического Благополучия является самоопросником, предназначенным измерять аффективные или эмоциональные расстройства, возникающие в связи с заболеванием и снижающие самооценку благополучия. Включает 22 пункта, которые можно разделить на 6 субшкал, характеризующих следующие состояния: тревога (пункты 5, 8, 17, 19, 22), депрессия (пункты 3, 7, 11), самоконтроль (пункты 4, 14, 18), общее здоровье (пункты 2, 10, 13), эмоциональное благополучие (пункты 1, 9, 15, 20), жизненная энергия (пункты 6, 12, 21). Для каждого пункта даны 6 возможных вариантов ответа, один из которых выбирает обследуемый при заполнении опросника. Наиболее негативный ответ оценивается в 0 баллов, наиболее позитивный — в 5 баллов. Суммарный балл варьирует от 0 до 110 баллов. Возможно также вычисление суммарных баллов по отдельным субшкалам опросника. Среднее значение Индекса Психологического Благополучия у здоровых людей приблизительно равно 105.

**Самоопросник Модифицированная Самооценка Социальной
Приспособляемости [Wade D., 1992], модифицированный под длительно лежащих
больных**

Инструкция: Для каждого вопроса выберите один из следующих вариантов ответа:

1. Все время
2. Большую часть времени
3. Приблизительно половину времени
4. Иногда
5. Никогда

Ваши ответы должны отражать положение дел в течение последних двух недель.

Таблица 31. Самоопросник Модифицированная Самооценка Социальной
Приспособляемости

№	Вопросы	Балл
Отдых и общение с друзьями		
1	Вы общались с кем-то из своих друзей?	
2	Могли открыто говорить с друзьями о своих переживаниях?	
3	Участвовали с друзьями в каких-то совместных мероприятиях (приходили ли они в гости?)	
4	Продолжали заниматься своим хобби, своими увлечениями?	
5	Злились на друзей, спорили ли с ними постоянно?	

6	Обижались на Ваших друзей, чувствовали себя оскорбленным?	
7	Чувствовали себя при общении с людьми неловко, напряженно, терялись и робели?	
8	Ощущали себя одиноким, чувствовали потребность в общении?	
9	Скучали в свободное от работы время?	
Общение с родственниками		
10	Злились на родственников, спорили ли с ними постоянно?	
11	Принуждали себя общаться с родственниками?	
12	Могли открыто говорить с родственниками о своих переживаниях?	
13	Приходили родственники в гости, общались?	
14	Беспокоились больше чем было необходимо по поводу своих родственников?	
15	Ощущали, что разочаровываете Ваших родственников?	
16	Ощущали, что ваши родственники разочаровывают Вас?	
Общение с супругом/супругой (если у Вас нет постоянного партнера, с которым Вы живете, пропустите данный раздел и переходите к следующему)		
17	Злились друг на друга, постоянно спорили друг с другом?	
18	Могли открыто говорить с партнером о своих переживаниях и проблемах?	
19	Почти все решения относительно семейной жизни принимали самостоятельно?	
20	При разногласиях уступали партнеру?	
21	Вы и Ваш партнер разделяли ответственность за происходящее в семье?	
22	Зависели от Вашего партнера, нуждаясь в его помощи?	
23	Испытывали нежность по отношению к партнеру?	
Общение с детьми (если у Вас нет детей или они не проживают вместе с Вами, пропустите данный раздел и переходите к следующему)		
24	Кричали на детей, постоянно спорили с ними?	
25	Интересовались жизнью детей (их учебой, друзьями и т.д.)?	
26	Были способны выслушать ребенка, поговорить с ним?	
27	Испытывали любовь, нежность к детям?	
Отношения в семье (если Ваш партнер и дети не живут вместе с вами, пропустите этот раздел)		
28	Вы беспокоились больше, чем это было нужно, по поводу событий, происходящих в вашей семье?	
29	Ощущали, что в любое время можете разочаровать членов вашей семьи?	
30	Ощущали, что члены Вашей семьи в любое время могут разочаровать Вас?	

Данный самоопросник был разработан с целью измерения степени приспособления пациента к изменениям, произошедшим в его жизни из-за болезни и модифицирован под длительно лежащих больных. По 5-бальной шкале оценивается поведение пациента в следующих сферах: отдых и общение, отношения с родственниками, с супругом, с детьми, в семье. При этом оценка пунктов 13,14, 15, 16, 24, 25, 30, 32, 33, 35, 40, 41, 42 производится «зеркально».

Краткая шкала возрастной жизнеспособности (The Brief Resilience Scale (BRS)) [Smith B. W. et al., 2008]

Краткая шкала устойчивости - это шкала из 6 пунктов, которая измеряет ответы на следующие вопросы:

Таблица 32. Шкала BRS

№	Вопрос	Варианты ответа				
		Сильно не согласен	Не согласен	Нейтральная	Согласен	Полностью согласен
1	Я имею тенденцию приходить в себя быстро после трудных времен.	1	2	3	4	5
2	Мне тяжело переживать стрессовые события.	5	4	3	2	1
3	Мне не нужно много времени, чтобы оправиться от стрессового события	1	2	3	4	5
4	Мне трудно оглянуться назад, когда что-то не так.	5	4	3	2	1
5	Я обычно переживаю трудные времена с небольшими проблемами	1	2	3	4	5
6	Я имею тенденцию занимать много времени, чтобы преодолеть неудачи в моей жизни.	5	4	3	2	1

Складываем все индивидуальные баллы. Взвешенная оценка может быть рассчитана путем деления общей оценки на количество предметов; в этом случае 6 с более высокими баллами отражают большую

Опросник качества жизни SF-36 (The Short Form-36) [Белова А.Н., Щепетова О.Н., 2002] с поправкой на состояние больного

Опросник качества жизни SF-36 (модифицированная версия для России) состоит из 36 пунктов, сгруппированных в 8 шкал.

1. В целом вы бы оценили состояние Вашего здоровья как (обведите одну цифру):
- Отличное.....1
 - Очень хорошее.....2
 - Хорошее.....3
 - Посредственное.....4
 - Плохое.....5

2. Как бы вы оценили свое здоровье сейчас по сравнению с тем, что было год назад? (обведите одну цифру)

- Значительно лучше, чем год назад.....1
- Несколько лучше, чем год назад.....2
- Примерно так же, как год назад.....3
- Несколько хуже, чем год назад.....4
- Гораздо хуже, чем год назад.....5

3-----

4. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше физическое состояние вызывало затруднения в обычной повседневной деятельности, вследствие чего (обведите одну цифру в каждой строке):

	Вопросы	Да	Нет
А	Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела	1	2
Б	Выполнили меньше, чем хотели	1	2
В	Вы были ограничены в выполнении какого-либо определенного вида работы или другой деятельности	1	2
Г	Были трудности при выполнении своей работы или других дел (например, они потребовали дополнительных усилий)	1	2

5. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше эмоциональное состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего (обведите одну цифру в каждой строке):

	Вопросы	Да	Нет
А	Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела	1	2
Б	Выполнили меньше, чем хотели	1	2
В	Выполняли свою работу или другие дела не так аккуратно, как обычно	1	2

6. Насколько Ваше физическое или эмоциональное состояние в течении последних 4 недель мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе? (обведите одну цифру):

- Совсем не мешало.....1
- Немного.....2
- Умеренно.....3
- Сильно.....4
- Очень сильно.....5

7. Насколько сильную физическую боль Вы испытывали за последние 4 недели? (обведите одну цифру)

- Совсем не испытывал(а).....1
- Очень слабую.....2

- Слабую.....3
 Умеренную.....4
 Сильную.....5
 Очень сильную.....6

8. В какой степени боль в течении последних 4 недель мешала Вам заниматься Вашей нормальной работой, включая работу вне дома и по дому? (обведите одну цифру)

- Совсем не мешала.....1
 Немного.....2
 Умеренно.....3
 Сильно.....4
 Очень сильно.....5

9. Следующие вопросы касаются того, как Вы себя чувствовали и каким было Ваше настроение в течение последних 4 недель. Пожалуйста, на каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям. Как часто в течении последних 4 недель (обведите одну цифру в каждой строке):

		Все время	Большую часть времени	Часто	Иногда	Редко	Ни разу
А	Вы чувствовали себя бодрым(ой)?	1	2	3	4	5	6
Б	Вы сильно нервничали?	1	2	3	4	5	6
В	Вы чувствовали себя таким(ой) подавленным(ой), что ничто не могло Вас взбодрить?	1	2	3	4	5	6
Г	Вы чувствовали себя спокойным(ой) и умиротворенным(ой)?	1	2	3	4	5	6
Д	Вы чувствовали себя полным(ой) сил и энергии	1	2	3	4	5	6
Е	Вы чувствовали себя упавшим(ей) духом и печальным(ой)?	1	2	3	4	5	6
Ж	Вы чувствовали себя измученным(ой)?	1	2	3	4	5	6
З	Вы чувствовали себя счастливым(ой)?	1	2	3	4	5	6
И	Вы чувствовали себя уставшим(ей)?	1	2	3	4	5	6

10. Как часто в последние 4 недели Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми? Например, когда родственники и друзья пришли в гости и т.п. (обведите одну цифру):

- Все время.....1
 Большую часть времени.....2
 Иногда.....3
 Редко.....4
 Ни разу.....5

11. Насколько **ВЕРНЫМ** или **НЕВЕРНЫМ** представляется по отношению к Вам каждое из ниже перечисленных утверждений? (обведите одну цифру в каждой строке)

		Определенно верно	В основном верно	Не знаю	В основном не верно	Определенно неверно
А	Мне кажется, что я более склонен к болезням, чем другие	1	2	3	4	5
Б	Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых	1	2	3	4	5
В	Я ожидаю, что мое здоровье ухудшится	1	2	3	4	5
Г	У меня отличное здоровье	1	2	3	4	5

Интерпретация:

36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал. Шкалы группируются в два показателя «физический компонент здоровья» и «психологический компонент здоровья».

Вопрос	Шкала	Общий показатель
3 (А, Б, В, Г, Д, Е, Ж, З, И, К)	Физическое функционирование	Физический компонент здоровья
4 (А, Б, В, Г)	Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием	
7,8	Интенсивность боли	
1,11 (А, Б, В, Г)	Общее состояние здоровья	
9 (А, Д, Ж, И)	Жизненная активность	Психологический компонент здоровья
6,10	Социальное функционирование	
5 (А, Б, В)	Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	
9 (Б, В, Г, Е, З)	Психическое здоровье	

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Горелик С.Г. Программа для ЭВМ по оптимизации ухода в гериатрии в зависимости от степени старческой астении на основе представления результатов специализированного гериатрического осмотра /С.Г.Горелик, А.Н.Ильницкий, К.И. Прощаев, С.В. Богат// Свидетельство 2013660311 государственной регистрации программы для ЭВМ, дата регистр. 30.10.2013.
2. Горелик С.Г. База данных Методическое руководство «Специализированный гериатрический осмотр» С.Г.Горелик, А.Н.Ильницкий, К.И. Прощаев, С.В. Богат// Свидетельство № 2015620486, дата регистр. 16.03.2015.
3. Ильницкий, А. Н. Специализированный гериатрический осмотр [Текст] / А. Н. Ильницкий, К. И. Прощаев // Геронтологический журнал им. В. Ф. Купревича. – 2012. – № 4-5. – С. 66–84.
4. Ильницкий, А. Н. Старческая астения (Frailty) как концепция современной геронтологии [Текст] / А. Н. Ильницкий, К. И. Прощаев // Геронтология. – 2013. – Т. 1, № 1. – С. 408–412.
5. Захаров, В. В. Когнитивные расстройства в пожилом и старческом возрасте [Текст] : (методическое пособие для врачей) / В. В. Захаров, Н. Н. Яхно. – Москва, 2005. – 71 с.
6. Прощаев К.И., Горелик С.Г., Притчина А.И. Качество жизни пациентов старческого возраста // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2013 – N 1
7. Bandeen-Roche, K. Phenotype of frailty: characterization in the women's health and aging studies [Text] / K. Bandeen-Roche, Q. L. Xue, L. Ferrucci [et al.] // J. of Gerontology. Ser. A-Biological Sciences and Medical Sciences. – 2006. – Vol. 61. – P. 262–266.
8. Старцева О.Н. Синдром падений в гериатрическом стационаре. Медицинская сестра, №4,2016, с.40-42
9. Ткачева О.Н., Фролова Е.В., Турушева А.В., и др. Хрупкость, или Старческая астения. Диагностика хрупкости и ее клиническое значение // Гериатрия. Национальное руководство / Под ред. О.Н. Ткачевой, Е.В. Фроловой, Н.Н. Яхно. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – С. 28–40.
10. Фролова Е.В., Турушева А.В. Нарушения питания у пожилых людей // Гериатрия. Национальное руководство / Под ред. О.Н. Ткачевой, Е.В. Фроловой, Н.Н. Яхно. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – С. 128–137.

11. Espinoza, S. Frailty in older adults: insights and interventions [Text] / S. Espinoza, J. D. Walston // *Clev. Clinic. J. of Medic.* – 2005. – Vol 72, № 12. – P. 1105–1112.
12. Falls Risk Factors and a Compendium of Falls Risk Screening Instruments [Text] / J. M. Fabre, R. J. Ellis, M. Kosma, R. H. Wood // *Geriatr. Phys. Ther.* – 2010. – Vol. 33. – P. 184–197.
13. Frailty in Older Adults: evidence for a Phenotype [Text] / L. P. Fried, C. M. Tangen, J. Walston [et al.] // *J. of Gerontology. Ser. A-Biological Sciences and Medical Sciences.* – 2001. – Vol. 56, № 3. – P. 146–157.
14. Folstein, M. F. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician [Text] / M. F. Folstein, S. E. Folstein, P. R. McHugh // *J. of psychiatric research* – 1975. – Vol. 12, № 3. – P. 189–98.
15. Forstmeier, S., Uhlenhorff H., Maercker A. Diagnostik von Ressourcen im Alter [Text] / S. Forstmeier, H. Uhlenhorff, A. Maercker // *Z. Gerontol. und Geriatr.* – 2005. – Vol. 18, № 4. – P. 227–257.
16. Fedarko, N. The biology of aging and frailty [Text] / N. Fedarko // *Clin. Geriatr. Med.* – 2011. – Vol. 27, № 1. – P. 27–37.
17. Geriatricke syndromy a geriatricky pacient [Text] / Z. Kalvach, Z. Zadak, R. Jirak [et al.] – Praga : Grada, 2008. – 336 p.
18. Lawton, M. P. The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: a revision [Text] / M. P. Lawton // *J. of Gerontol.* – 1975. – Vol. 30. – P. 85–89.
19. Lawton, M. P. Dimensions of affective experience in three age groups [Text] / M. P. Lawton, M. H. Kleban, D. Rajagopal, J. Dean // *Psychology and Aging.* – 1992. – Vol. 7. – P. 171–184.
20. Machoney, F. Functional evaluation: the Barthel Index [Text] / F. Machoney, D. Barthel // *Md. State Med. J.* – 1965. – Vol. 14. – P. 61–65.
21. Overview of the MNA - Its History and Challenges [Text] / B. Vellas, H. Villars, G. Abellan [et al.] // *J. Nutr. Health Aging.* – 2006. – Vol. 10. – P. 456–465.
22. Guigoz, Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA) [Text] : review of the Literature / Y. Guigoz // *J. Nutr. Health Aging.* – 2006. – Vol. 10. – P. 466–487.
23. Rockwood, K. Frailty defined by deficit accumulation and geriatric medicine defined by frailty [Text] / K. Rockwood // *Clin. Geriatr. Med.* – 2011. – Vol. 27, № 1. – P. 7–26.
24. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice : developing the Short-Form Mini-Nutritional Assessment (MNA-SF) [Text] / L. Rubenstein, J. Harker, A. Salvà // *J. of Gerontology. Ser. A-Biological Sciences and Medical Sciences.* – 2001. – Vol. 56. – P. 366–372.

25. Tinetti, M. Identifying mobility dysfunctions in elderly patients [Text] / M. Tinetti, S. Ginter // JAMA. – 1988. – Vol. 259. – P. 1058.

26. Tinetti, M. Performance oriented assessment of mobility problems in elderly patients [Text] / M. Tinetti // J. Americ. Geriatric. Society. – 1986. – Vol. 34. – P. 119–126.

27. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care [Text] / L.P. Fried, L. Ferrucci, J. Darer, J.D. [et al.] // J. of Gerontology. Ser. A-Biological Sciences and Medical Sciences. – 2004. – Vol. 59, № (3). – P. 255–263.

28. Walston, J. Frailty and the older man [Text] / J. Walston, L. P. Fried // Med. Clinics of North America. – 1999. – Vol. 83. – P. 1173–1194.