

ОБОСОБЛЕННОЕ СТРУКТУРНОЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЕ  
«РОССИЙСКИЙ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИЙ НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР»  
ФГБОУ ВО РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА МИНЗДРАВА РОССИИ

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЦЕНТР КООРДИНАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СУБЪЕКТОВ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО РАЗВИТИЮ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ  
ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «ГЕРИАТРИЯ» ОСП РГНКЦ  
ФГБОУ ВО РНИМУ ИМ. Н.И. ПИРОГОВА МИНЗДРАВА РОССИИ

# КЛИНИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ В ГЕРИАТРИИ

Методические рекомендации

Обособленное структурное подразделение  
«Российский геронтологический научно-клинический центр»  
ФГБОУ ВО Российский национальный исследовательский  
медицинский университет имени Н. И. Пирогова  
Минздрава России

Федеральный центр координации деятельности субъектов  
Российской Федерации по развитию организации оказания  
медицинской помощи по профилю «гериатрия» ОСП РГНКЦ  
ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

# КЛИНИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ В ГЕРИАТРИИ

*Методические рекомендации*

Под ред. доктора медицинских наук,  
профессора *О. Н. Ткачевой*

**УДК 616-053.9(035.3)**

**ББК 57.4**

**К 49**

**К 49 Клинические тесты в гериатрии:** Методические рекомендации / Под ред. О. Н. Ткачевой. – М.: Прометей, 2019. – 62 с.

Рост продолжительности жизни населения вносит существенные коррективы в организацию медицинской помощи. Формирование плана ведения пациентов пожилого и старческого возраста должно строиться на всесторонней оценке их потребностей, что реализуется при проведении комплексной гериатрической оценки, выявлении и коррекции существующих гериатрических синдромов. В представленных материалах приведены наиболее часто используемые при проведении комплексной гериатрической оценки тесты, шкалы и опросники, позволяющие выявлять гериатрические синдромы и оценивать степень их тяжести.

Методические рекомендации разработаны в обособленном структурном подразделении «Российский геронтологический научно-клинический центр» ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова» Минздрава России. Данные методические рекомендации предназначены для врачей — гериатров, врачей общей практики, терапевтов, также будут полезны врачам других специальностей, работающим с пациентами пожилого и старческого возраста, студентам, ординаторам, а также медицинским сестрам и специалистам по социальной работе.

Методические рекомендации изданы в рамках реализации национального проекта «Демография» и федерального проекта «Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения «Старшее поколение».

© Коллектив авторов, 2019

© ОСП «РГНКЦ» ФГБОУ ВО РНИМУ  
им. Н. И. Пирогова Минздрава  
России, 2019

## КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ

1. **Ткачева О. Н.** — доктор медицинских наук, профессор, директор ОСП «Российский геронтологический научно-клинический центр» ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России, главный внештатный специалист-гериатр Минздрава России, заведующий кафедрой болезни старения ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России.

2. **Котовская Ю. В.** — доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научной работе ОСП «Российский геронтологический научно-клинический центр» ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России.

3. **Рунихина Н. К.** — доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по гериатрической работе ОСП «Российский геронтологический научно-клинический центр» ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России, профессор кафедры болезни старения ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России.

4. **Наумов А. В.** — доктор медицинских наук, заведующий лабораторией заболеваний костно-мышечной системы ОСП «Российский геронтологический научно-клинический центр» ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России.

5. **Остапенко В. С.** — кандидат медицинских наук, заведующий отделением гериатрической терапии ОСП «Российский геронтологический научно-клинический центр» ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России, ассистент кафедры болезни старения ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России.

6. **Мхитарян Э. А.** — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник лаборатории общей гериатрии и нейрогериатрии ОСП «Российский геронтологический научно-клинический центр» ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России.

7. **Исаев Р. И.** — младший научный сотрудник лаборатории общей гериатрии и нейрогериатрии ОСП «Российский геронтологический научно-клинический центр» ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России.

8. **Шарашкина Н. В.** — кандидат медицинских наук, заведующий лабораторией общей гериатрии и нейрогериатрии ОСП «Российский геронтологический научно-клинический центр» ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России.

9. **Тюхменев Е. А.** — кандидат медицинских наук, доцент кафедры болезней старения ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России.

10. **Переверзев А. П.** — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник лаборатории клинической фармакологии и фармакотерапии ОСП «Российский геронтологический научно-клинический центр» ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России.

11. **Дудинская Е. Н.** — кандидат медицинских наук, заведующий лабораторией возрастных метаболических эндокринных нарушений ОСП «Российский геронтологический научно-клинический центр» ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России.

12. **Балаева М. М.** — врач отделения гериатрической терапии ОСП «Российский геронтологический научно-клинический центр» ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России.

## ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Применение в клинической практике врача-гериатра различных опросников, шкал, тестов оказывает ценную помощь врачу и позволяет систематизировать диагностический процесс. Данный подход является простым, быстрым и, что важно, может использоваться в работе не только врача, но и среднего медицинского персонала.

**Гериатрия** — это быстроразвивающееся направление в современной медицине, которое требует от врача холистического и индивидуализированного подхода к пациенту. **Врач-гериатр** должен обладать обширными познаниями и оценивать не только наличие хронических заболеваний, но и функциональную активность, когнитивный статус, нейропсихиатрическую сферу, состояние сенсорных функций, нутритивный статус, при этом клинические тесты могут оказать ему незаменимую помощь и должны широко использоваться.

Цель данных методических рекомендаций — доступное изложение наиболее распространенных и эффективных тестов, применяемых в гериатрии. В данной работе приведены клинические тесты, позволяющие оценить три важнейших домена комплексной гериатрической оценки: физическое здоровье, функциональный статус и психо-эмоциональное состояние пациента.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ</b> .....	7
<b>ВВЕДЕНИЕ</b> .....	8
<b>ГЛАВА 1. СКРИНИНГ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОПРОСНИКА «ВОЗРАСТ НЕ ПОМЕХА»</b> .....	8
<b>ГЛАВА 2. КОМПЛЕКСНАЯ ГЕРИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА</b> .....	9
2.1. Домен физического здоровья .....	10
2.1.1. Оценка лекарственного анамнеза .....	10
2.1.2. Оценка зрения .....	11
2.1.3. Оценка риска переломов .....	12
2.1.4. Ортостатическая проба .....	13
2.1.5. Оценка состояния питания .....	14
2.1.6. Оценка нарушений сна .....	18
2.1.7. Оценка болевого синдрома .....	20
2.2. Домен функционального статуса .....	22
2.2.1. Краткая батарея тестов физического функционирования .....	22
2.2.2. Динамометрия .....	25
2.2.3. Базовая функциональная активность .....	26
2.2.4. Инструментальная функциональная активность .....	28
2.2.5. Оценка риска падений в стационаре .....	30
2.2.6. Шкала самооценки риска падений .....	31
2.3. Домен психического здоровья .....	32
2.3.1. Оценка когнитивного статуса .....	32
2.3.2. Оценка эмоционального статуса .....	45
2.4. Оценка качества жизни .....	53
2.5. Шкала оценки потребности и объема социально-бытовой помощи и ухода .....	55
<b>СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ</b> .....	60

## **СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ**

- АД — Артериальное давление  
ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения  
ИМТ — Индекс массы тела  
КГО — Комплексная гериатрическая оценка  
КЖСТ — Кожно-жировая складка над трицепсом  
МТ — Масса тела  
ОМП — Окружность мышц плеча  
ОП — Окружность плеча  
СА — Старческая астения  
Шкала FRAX — Fracture risk assessment tool  
ESPEN — Европейское общество клинического питания  
и метаболизма  
START — Screening Tool to Alert to Right Treatment  
STOPP — Screening Tool of Older Persons' Prescriptions



## ВВЕДЕНИЕ

С возрастом растет риск возникновения гериатрических синдромов, которые не только снижают качество жизни и могут привести к утрате автономности, но и становятся основным препятствием в лечении и уходе за пожилыми людьми. Оценку гериатрического статуса, включая основные виды повседневной жизни, инструментальную активность, походку и равновесие, остроту зрения, оценку психического состояния, анамнез и риск падений, оценку питания, следует проводить как часть ухода за пожилыми людьми.

### Глава 1. СКРИНИНГ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОПРОСНИКА «ВОЗРАСТ НЕ ПОМЕХА»

Данный опросник используется для скрининга старческой астении.

Заполнять опросник может сам пациент, либо медицинская сестра или немедицинский персонал (например, волонтеры).

#### Скрининговый опросник «Возраст не помеха» для выявления синдрома старческой астении

№ п/п	Вопрос	Вариант ответа
1	Похудели ли вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев?	Да/нет
2	Испытываете ли вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения или слуха?	Да/нет
3	Были ли у вас в течение последнего года травмы, связанные с падением, или падения без травм?	Да/нет
4	Чувствуете ли вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель?	Да/нет
5	Есть ли у вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?	Да/нет

№ п/п	Вопрос	Вариант ответа
6	Страдаете ли вы недержанием мочи?	Да/нет
7	Испытываете ли вы трудности в перемещении по дому или на улице (ходьба до 100 метров или подъем на 1 лестничный пролет)?	Да/нет

### ***Интерпретация результатов:***

При ответах на вопросы анкеты за каждый ответ «Да» начисляется 1 балл. В случае, если пациент набрал:

- *5 и более баллов* — старческая астения высоко вероятна и показана консультация гериатра с проведением комплексной гериатрической оценки и составлением индивидуального плана ведения пациента;
- *3—4 балла* — умеренная вероятность старческой астении, целесообразно выполнение краткой батареи тестов физического функционирования и теста Мини-Ког в условиях гериатрического кабинета;
- *0—2 балла* — наличие у пациента синдрома старческой астении маловероятно.

## **Глава 2. КОМПЛЕКСНАЯ ГЕРИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА**

Комплексная гериатрическая оценка (КГО) — многомерный междисциплинарный диагностический процесс, включающий оценку физического и психоэмоционального статуса, функциональных возможностей и социальных проблем пожилого человека, с целью разработки плана лечения и наблюдения, направленного на восстановление или поддержание уровня его функциональной активности.

Основными задачами КГО являются:

- 1) определение основных проблем, ухудшающих функциональный статус и качество жизни пациента;
- 2) определение степени тяжести старческой астении (СА);
- 3) разработка плана мероприятий, направленных на разрешение или устранение этих проблем.

Комплексная гериатрическая оценка может проводиться амбулаторно в гериатрическом кабинете, стационарно — в гериатрическом отделении, на дому у пациента. В проведении КГО участвует мультидисциплинарная команда, в состав которой входят: врач — гериатр, медицинская сестра, прошедшая повышение квалификации по специальности гериатрия, специалист по социальной работе, инструктор-методист по лечебной физкультуре, другие специалисты (например, диетолог, логопед).

Набор шкал и тестов, проводимых в рамках КГО, может меняться в зависимости от места его проведения (домашний визит; амбулаторный прием; лечение в стационаре) и состояния пациента. С целью получения необходимых данных анамнеза, более достоверной оценки проблем и функциональных возможностей пациента, а также обсуждения дальнейшего плана ведения пациента проведение КГО предпочтительно в присутствии членов семьи или опекуна; человека, ухаживающего за пациентом. Важно уточнить ожидания и предпочтения самого пациента и членов его семьи. Длительность проведения КГО составляет 1,5—2 часа.

Комплексную гериатрическую оценку рекомендуется проводить пациентам в стабильном состоянии, не имеющим острых заболеваний.

## **2.1. Домен физического здоровья**

### **2.1.1. Оценка лекарственного анамнеза**

Полипрагмазия, неблагоприятные побочные реакции, использование лекарств, не имеющих доказательной базы, приводят к увеличению стоимости лечения и снижению его эффективности.

Выявление назначения потенциально не рекомендованных лекарственных препаратов у пожилых людей поможет снизить бремя побочных эффектов лекарственных средств. В гериатрической практике наиболее часто используемым инструментом для оптимизации фармакотерапии и сокращения риска нежелательных побочных реакций явля-

ются STOPP/START — критерии для предотвращения потенциально некорректного назначения лекарственных препаратов пациентам пожилого и старческого возраста, критерии Бирса Американской геронтологической ассоциации, стратегия «7 шагов», шкала антихолинергической нагрузки АСВ. Подробно применение данных клинических инструментов описано в методическом руководстве «Общие принципы фармакотерапии у лиц пожилого и старческого возраста».

## 2.1.2. Оценка зрения

**Таблица Розенбаума** используется для определения остроты зрения вблизи. Таблица используется при хорошем освещении на расстоянии 36 см от глаз. Результат проверки регистрируется отдельно для каждого глаза с очками и без.

		 Тест на аккомодацию		Расчетные расстояния <sup>1</sup>	
		Угол зрения	Единицы Егера	36	36
95				36	36
874				36	36
2843		26	16	36	36
638 ЕШЭ ХОО		14	10	36	36
8745 ЭПШ ОХО		10	7	36	36
63925 ПЕЭ ХОХ		8	5	36	36
428365 ШЕМ ОХО		6	3	36	36
374258 ЭШЭ ХХО		5	2	36	36
937826 ШЕМ ХОО		4	1	36	36
221721 ШЕМ ХОО		3	1+	36	36

### ***Опросник для оценки зрения у пожилых людей***

Предложите пациенту ответить на вопросы:

1. Трудно ли Вам из-за плохого зрения (даже в очках, если Вы ими пользуетесь):

- Принимать пищу;
- Узнавать Ваши лекарства и читать этикетки;
- Одеваться и не пропускать петельки на застежках и пуговицах;
- Причесываться, бриться и умываться;
- Пересчитывать деньги;
- Узнавать людей на другой стороне улицы или поблизости;
- Не наткаться на вещи, когда Вы ходите по улице;
- Находить дорогу домой, когда Вы идете из магазина или из почты;
- Читать обычный газетный шрифт.

2. Отметьте, пожалуйста, какие приспособления для улучшения зрения Вы используете:

- Очки;
- Контактные линзы;
- Увеличительное стекло или лупа;
- Карманный фонарик;
- Специальные книги с крупным шрифтом;
- Трафареты для слабовидящих.

Качественная интерпретация результатов данного опросника служит для определения индивидуальных проблем пожилого человека, связанных со зрением.

### **2.1.3. Оценка риска переломов**

В качестве оценки риска переломов используется шкала FRAX, рекомендованная к применению Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). Шкала FRAX применяется у женщин в период постменопаузы и мужчин в возрасте 50 лет и старше. Данная оценочная шкала позволяет определить 10-летнюю вероятность основных остеопоротических переломов (клинически значимого перелома позвоночника,

перелома дистального отдела предплечья, перелома проксимального отдела бедра или перелома плеча) и отдельно вероятность перелома проксимального отдела бедренной кости.

Для подсчета вероятности переломов в онлайн-калькулятор <https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx?country=13> вводятся следующие данные о пациенте:

1. Возраст;
2. Пол;
3. Вес;
4. Рост;
5. Наличие предшествующего низкоэнергетического перелома;
6. Наличие перелома бедра у родителей;
7. Курение в настоящее время;
8. Прием глюкокортикостероидов;
9. Наличие ревматоидного артрита;
10. Наличие вторичного остеопороза (при условии наличия у пациента заболевания с доказанной ассоциацией с остеопорозом: сахарный диабет 1 типа, несовершенный остеогенез у взрослого, длительно нелеченный гипертиреоз, гипогонадизм или наступление ранней менопаузы в возрасте ранее 45 лет, хроническое недоедание или мальабсорбция и хроническое заболевание печени);
11. Прием алкоголя от 3 единиц (1 ед. алкоголя = 45 мл водки или 150 мл вина или 330 мл пива) и более в день.

Оценка полученного результата отражается в графике, где учитывается риск и возраст пациента. Пересечение этих двух показателей на графике в красной зоне говорит о высоком риске перелома и необходимости проведения мероприятий по профилактике остеопороза. Если же результат оказался в зеленой зоне — рекомендуется повторить оценку риска через 5 лет.

#### **2.1.4. Ортостатическая проба**

Ортостатическую пробу необходимо проводить в помещениях с комфортными условиями при отсутствии внешних шумов и неярком освещении.

Первое измерение артериального давления (АД) необходимо провести после семи минут пребывания пациента в горизонтальном положении. Затем пациента просят принять вертикальное положение, и проводится второе измерение на первой минуте в положении стоя и последнее измерение АД необходимо провести после трех минут нахождения пациента в положении «стоя».

Пробу принято считать положительной при снижении систолического артериального давления более чем на 20 мм.рт.ст. или на 30 мм.рт.ст. и более, если оно изначально было 160 мм.рт.ст. и выше, или независимо от исходного уровня — если систолическое артериальное давление снизилось до 90 мм.рт.ст. и менее; также проба положительна при снижении диастолического артериального давления более чем на 10 мм.рт.ст. при переходе тела из горизонтального в вертикальное положение.

### 2.1.5. Оценка состояния питания

#### Антропометрические методы оценки статуса питания

Методы и параметры	Характеристики
Потеря массы тела	$((\text{Обычная МТ} - \text{фактическая МТ}) / \text{обычная МТ}) \times 100 \%$
Индекс массы тела (ИМТ)	Вес (кг) / рост <sup>2</sup> (м)
Окружность плеча (ОП)	Измеряется на уровне средней трети плеча нерабочей согнутой (ненапряженной) руки
Толщина кожно-жировой складки над трицепсом (КЖСТ)	Измеряется с помощью калипера, адипометра или штангенциркуля на середине расстояния между головкой акромиона и локтевым отростком локтевой кости на задней поверхности плеча
Окружность мышц плеча (ОМП)	$\text{ОП (см)} - \text{КЖСТ (см)} \times 3,14$

## Краткая шкала оценки питания (Mini Nutritional assessment, MNA)

<b>Скрининговая часть (пункты А-Е)</b>		
А.	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?	серьезное уменьшение количества съедаемой пищи — 0 баллов умеренное уменьшение — 1 балл нет уменьшения количества съедаемой пищи — 2 балла
Б.	Потеря массы тела за последние 3 месяца	потеря массы тела более чем на 3 кг — 0 баллов не знаю — 1 балл потеря массы тела от 1 до 3 кг — 2 балла нет потери массы тела — 3 балла
В.	Подвижность	прикован к кровати/стулу — 0 баллов способен встать с кровати /стула, но не выходит из дома — 1 балл выходит из дома — 2 балла
Г.	Острое заболевание (психологический стресс) за последние 3 месяца	да — 0 баллов нет — 2 балла
Д.	Психоневрологические проблемы	серьезное нарушение памяти или депрессия — 0 баллов умеренное нарушение памяти — 1 балл нет нейропсихологических проблем — 2 балла
Е.	Индекс массы тела	меньше 19 кг/м <sup>2</sup> — 0 баллов 19—20 кг/м <sup>2</sup> — 1 балл 21—22 кг/м <sup>2</sup> — 2 балла 23 кг/м <sup>2</sup> и выше — 3 балла
Сумма баллов: <u>    </u> /14.		
Если сумма баллов за скрининговую часть 12—14 (нормальный статус питания) — опрос по шкале не продолжать.		



Продолжение таблицы

Ж.	Живет независимо (не в доме престарелых или больнице)	нет — 0 баллов да — 1 балл
З.	Принимает более трех лекарств в день	да — 0 баллов нет — 1 балл
И.	Пролежни и язвы кожи	да — 0 баллов нет — 1 балл
К.	Сколько раз в день пациент полноценно питается	1 раз — 0 баллов 2 раза — 1 балл 3 раза — 2 балла
Л.	Маркеры потребления белковой пищи:	если 0—1 ответ «да» — 0 баллов если 2 ответа «да» — 0,5 балла если 3 ответа «да» — 1 балл
	одна порция молочных продуктов (1 порция = 1 стакан молока, 60 г творога, 30 г сыра, 3/4 стакана йогурта) в день (да /нет)	
	две или более порции бобовых и яиц в неделю (1 порция = 200 г бобовых, 1 яйцо) (да /нет)	
	мясо, рыба или птица каждый день (да /нет)	
М.	Съедает две или более порций фруктов или овощей в день (1 порция = 200 г овощей, 1 любой фрукт среднего размера)	нет — 0 баллов да — 1 балл
Н.	Сколько жидкости выпивает в день	меньше 3 стаканов — 0 баллов 3—5 стаканов — 0,5 балла больше 5 стаканов — 1 балл
О.	Способ питания	не способен есть без помощи — 0 баллов ест самостоятельно с небольшими трудностями — 1 балл ест самостоятельно — 2 балла

Окончание таблицы

П.	Самооценка состояния питания	оценивает себя как плохо питающегося — 0 баллов оценивает свое состояние питания неопределенно — 1 балл оценивает себя как не имеющего проблем с питанием — 2 балла
Р.	Состояние здоровья в сравнении с другими людьми своего возраста	не такое хорошее — 0 баллов не знает — 0,5 балла такое же хорошее — 1 балл лучше — 2 балла
С.	Окружность по середине плеча	20 см и меньше — 0 баллов 21—22 см — 0,5 балла 23 см и больше — 1 балл
Т.	Окружность голени	меньше 31 см — 0 баллов 31 см и больше — 1 балл
Общий балл: ___/30.		

**Интерпретация результатов:**

>23,5 баллов — нормальный статус питания;

17—23,5 балла — риск недостаточности питания (мальнутриции);

<17 баллов — недостаточность питания (мальнутриция).

**Оценка нутриционного риска по шкале NRS-20021**

Европейским обществом клинического питания и метаболизма (ESPEN) рекомендовано использовать шкалу NRS-20021 для скрининговой оценки нутриционного риска, состоящую из двух этапов:

**Блок 1. Первичный скрининг**

1	Индекс массы тела менее 20,5 кг/м <sup>2</sup>	Да	Нет
2	Наблюдалась ли у пациента потеря веса на протяжении предыдущих 3 месяцев?	Да	Нет
3	Было ли снижено питание на предыдущей неделе?	Да	Нет
4	Страдает ли пациент серьезным заболеванием (например, проходит интенсивную терапию или противоопухолевое лечение)?	Да	Нет

### **Заключение:**

Ответ «Нет» на все вопросы — повторный скрининг проводится через неделю.

При наличии ответа «Да» на любой вопрос продолжается скрининг по следующему блоку:

### **Блок 2. Финальный скрининг**

<b>Нарушение статуса питания</b>		<b>Тяжесть заболевания</b>	
Нет нарушений — 0 баллов	Нормальный питательный статус	Нет нарушений — 0 баллов	Нормальная потребность в нутриентах
1 балл — легкое	Потеря массы более 5 % за последние 3 мес. или потребление пищи в объеме 50—75 % от обычной нормы в предшествующую неделю	1 балл — легкая	Онкологическое заболевание, перелом шейки бедра, цирроз печени, ХОБЛ, хронический гемодиализ, диабет
2 балла — умеренное	Потеря массы более 5 % за последние 2 мес. или ИМТ 18,5—20,5 + ухудшение общего состояния или потребление пищи в объеме 25—60 % от обычной нормы в предшествующую неделю	2 балла — средняя	Инсульт, тяжелая пневмония, радикальная абдоминальная хирургия, гемобластоз
3 балла — тяжелое Потеря массы тела более 5 % за 1 мес. или ИМТ 18,5 + ухудшение общего состояния или потребление пищи 0—25 % от обычной нормы за предшествующую неделю			
3 балла — выраженная Черепно-мозговая травма, трансплантация костного мозга, интенсивная терапия (оценка по шкале APACHE-II > 10)			
<i>Общая сумма баллов:</i>			
<i>Возраст пациента 70 и более лет – прибавить 1 балл к общей сумме.</i>			

### **2.1.6. Оценка нарушений сна**

#### **Индекс выраженности инсомнии**

В каждом пункте обведите цифру, которая наиболее соответствует Вашему ответу.

Оценивается *ТЕКУЩИЕ* (то есть, за прошедшие 2 недели) проблемы со сном:

<b>Проблема со сном</b>	<b>Нет</b>	<b>Легкая</b>	<b>Умеренная</b>	<b>Тяжелая</b>	<b>Очень тяжелая</b>
1. Проблема с засыпанием	0	1	2	3	4
2. Проблема прерывистого сна	0	1	2	3	4
3. Проблема слишком раннего пробуждения	0	1	2	3	4

4. Насколько Вы *УДОВЛЕТВОРЕННЫ* (или *не удовлетворены*) процессом своего сна?

<b>Очень удовлетворен</b>	<b>Удовлетворен</b>	<b>Относительно удовлетворен</b>	<b>Не удовлетворен</b>	<b>Очень не удовлетворен</b>
0	1	2	3	4

5. Насколько, как Вам кажется, *ЗАМЕТНЫ* окружающим Ваши проблемы со сном в плане нарушения качества Вашей жизни?

<b>Совсем не заметны</b>	<b>Чуть заметны</b>	<b>Немного заметны</b>	<b>Сильно заметны</b>	<b>Очень сильно заметны</b>
0	1	2	3	4

6. В какой степени Вас *БЕСПОКОЯТ* (заботят) текущие проблемы со сном?

<b>Совсем не беспокоят</b>	<b>Чуть беспокоят</b>	<b>Немного беспокоят</b>	<b>Сильно беспокоят</b>	<b>Очень сильно беспокоят</b>
0	1	2	3	4

7. В какой степени, по-Вашему, Ваши проблемы со сном *МЕШАЮТ* Вашему повседневному функционированию (ска-

зываются, например, в виде дневной усталости, на способности выполнять рабочие /ежедневные обязанности, концентрации, памяти, настроении и т.д.) **В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ?**

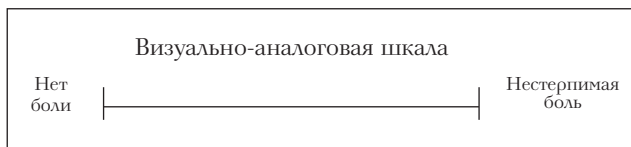
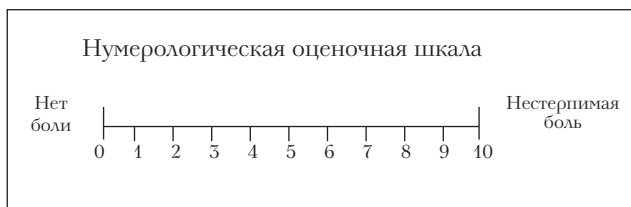
Совсем не мешают	Чуть мешают	Немного мешают	Сильно мешают	Очень сильно мешают
0	1	2	3	4

**Интерпретация результатов:**

- 1) 0—7 баллов в сумме — норма;
- 2) 8—14 — легкие нарушения сна;
- 3) 15—21 — умеренные нарушения сна;
- 4) 22—28 — выраженные нарушения сна.

**2.1.7. Оценка болевого синдрома**

Интенсивность боли оценивается пациентом, как слабая — в пределах от 0 до 40%, умеренная боль — от 40% до 70%, сильная боль — от 70% до 100%.



**Опросник PAINAD для выявления и оценки интенсивности боли у пациентов с деменцией**

Наблюдайте за пациентом в течение пяти минут, прежде чем оценить его поведение. Оценка каждого элемента поведения представлена в таблице.

Показатели	0	1	2	Оценка
Дыхание без вокализации	Норма	Приступы тяжелого дыхания. Короткие приступы гипервентиляции	Шумное тяжелое дыхание. Продолжительные приступы гипервентиляции. Дыхание Чейн-Стокса	
Стоны	Нет	Стоны и вздохи. Односложная речь: жалобы, описание страданий	Повторные тревожные крики/мольбы. Громкие стоны и вздохи. Плач	
Выражение лица	Улыбка или отсутствие эмоционального выражения лица	Печальный, хмурый или испуганный взгляд	Гримаса боли	
Телесные признаки боли	Расслаблен	Напряжен, раздражен, беспокоен	Резко напряжен, со сжатыми кулаками, подтянутыми к животу коленями. Пациент притягивает к себе или отталкивает исследователя, наносит удары	
Утешаемость	Утешать пациента не требуется	Отвлекается или успокаивается при помощи слов и прикосновений	Невозможно утешить, отвлечь или успокоить	

**Интерпретация результатов:**

1—3 — легкая боль;

4—6 — умеренная боль;

7—10 — сильная боль.

## Опросник для выявления нейропатической боли DN4

Необходимо попросить пациента отметить галочкой один ответ для каждого пункта в приведенных ниже 4 вопросах.

*Вопрос 1:* Соответствует ли боль, которую испытывает пациент, одному или нескольким из следующих определений?

- Ощущение жжения
- Болезненное ощущение холода
- Ощущение как от ударов током

*Вопрос 2:* Сопровождается ли боль одним или несколькими из следующих симптомов в области ее локализации?

- Пощипыванием, ощущением ползания мурашек
- Покальванием
- Онемением
- Зудом

*Вопрос 3:* Локализована ли боль в той же области, где осмотр выявляет один или оба следующих симптома:

- Пониженная чувствительность к прикосновению
- Пониженная чувствительность к покальванию

*Вопрос 4:* Можно ли вызвать или усилить боль в области ее локализации:

- Проведя в этой области кисточкой

Сумма баллов (количество ответов «Да»): \_\_\_\_\_

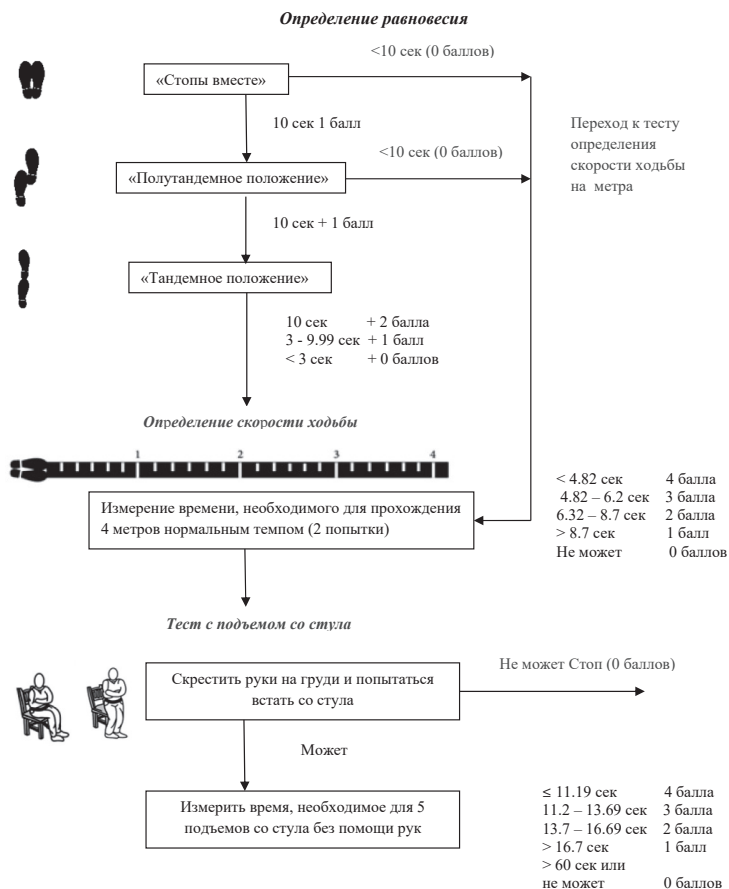
Если сумма баллов составляет 4 и более баллов, это указывает на то, что боль у пациента является нейропатической или имеется нейропатический компонент боли (при смешанных ноцицептивно-нейропатических болевых синдромах).

## 2.2. Домен функционального статуса

### 2.2.1. Краткая батарея тестов физического функционирования (THE SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY, SPPB)

Краткая батарея тестов физического функционирования — это тест, включающий оценку скорости ходьбы, проверку равновесия и тест с подъемом со стула. Эти тесты

фокусируются на функции нижних конечностей, поскольку последние, как было показано, коррелируют с мобильностью, инвалидностью и исходами пациентов, включая госпитализацию, институционализацию и смертность. Максимальная сумма баллов за данный тест составляет 12 баллов. Результат  $\leq 7$  баллов является критерием диагностики синдрома старческой астении.





## Инструкция к выполнению краткой батареи тестов физического функционирования

### 1. Определение равновесия пациента

А. Положение «Стопы вместе».



Необходимо попросить пациента постоять в течение 10 секунд, поставив стопы вместе.

Б. Полутандемное положение.



Попросить пациента на протяжении 10 секунд простоять, выставив одну ногу вперед так, чтобы носок одной стопы был на уровне середины другой стопы и внутренние поверхности двух стоп соприкасались.

В. Тандемное положение ног.



Пациенту необходимо встать так, чтобы пятка одной ноги находилась непосредственно перед носком другой ноги и касалась его, и простоять в таком положении 10 секунд.

### 2. Определение скорости ходьбы на 4 метра

Для проведения теста требуется около 6 метров. Непосредственное измерение скорости ходьбы проводится на расстоянии 4 метра. Метр до и после этого расстояния необходимо, чтобы пациент мог набрать и снизить скорость.

Пациенту дается инструкция пройти 4 метра без остановки с обычной скоростью. Пациент должен стоять без поддержки на стартовой линии таким образом, чтобы носки

обеих стоп касались линии или незначительно заступали за нее и находились на удобном для участника расстоянии друг от друга.

Первая попытка пробная. Во время второй и третьей попытки измеряется время в секундах, за которое пациент проходит 4 метра. Учитывается лучший результат. Результат теста менее 0,8 м/с говорит о снижении мышечной функции.

### **3. Подъемы со стула**

*Подготовка:* Однократный подъем со стула.

После демонстрации теста необходимо попросить исследуемого скрестить руки на плечах, установить стопы плотно прижатыми к полу и встать со стула без использования рук.

Если пациент не может выполнить однократный подъем со стула без использования рук, тест с 5-кратным подъема со стула **не выполняется**.

После успешного однократного подъема со стула пациента просят встать и сесть на стул без помощи рук пять раз подряд без остановок как можно быстрее, но чтобы было безопасно для него.

**Общий балл: \_\_\_/8**

Для каждой категории активности выбирается уровень, соответствующий мероприятиям, выполняемым пациентом, и начисляется балл — 0 или 1.

Общий результат может варьировать от 0 баллов (зависимый от посторонней помощи, нуждается в значительной помощи при выполнении мероприятий инструментальной функциональной активности) до 8 баллов (независимый от посторонней помощи).

#### **Интерпретация результатов:**

- 10—12 баллов — Нет старческой астении;
- 8—9 баллов — Преастения;
- 7 и менее баллов — Старческая астения.

## 2.2.2. Динамометрия

Динамометрия проводится с помощью электронного или механического динамометра.

**Методика проведения динамометрии.** Динамометр берут в руку циферблатом внутрь. Просят пациента вытянуть руку с динамометром прямо вперед, а вторую руку отпускают вниз вдоль туловища. С максимальной силой сжимают динамометр в течение 3—5 секунд. Для получения более точных результатов рекомендуется проводить трехкратное измерение силы пожатия на правой и левой руке. Время отдыха между подходами — не менее 30 секунд. Для оценки результатов фиксируется наилучший результат.

### Критерии низкой силы пожатия в зависимости от пола и индекса массы тела

Пол	Индекс массы тела, кг/м <sup>2</sup>	Сила пожатия, кг
Мужчины	≤24	≤29
	24,1—26	≤30
	26,1—28	≤30
	>28	≤32
Женщины	≤23	≤17
	23,1—26	≤17,3
	26,1—29	≤18
	>29	≤21

## 2.2.3. Базовая функциональная активность

### Индекс Бартел

Прием пищи	10 — не нуждаюсь в помощи, способен самостоятельно пользоваться всеми необходимыми столовыми приборами 5 — частично нуждаюсь в помощи, например, при разрезании пищи 0 — полностью зависим от окружающих (необходимо кормление с посторонней помощью)
Личная гигиена	5 — не нуждаюсь в помощи (умывание, чистка зубов, бритье) 0 — нуждаюсь в помощи

Окончание таблицы

Одевание	10 — не нуждаюсь в посторонней помощи 5 — частично нуждаюсь в помощи, например, при одевании обуви, застегивании пуговиц 0 — полностью нуждаюсь в посторонней помощи
Прием ванны	5 — принимаю ванну без посторонней помощи 0 — нуждаюсь в посторонней помощи
Контроль мочеиспускания	10 — контроль над мочеиспусканием 5 — случайные инциденты недержания мочи 0 — недержание мочи или катетеризация
Контроль дефекации	10 — контроль над дефекацией 5 — случайные инциденты 0 — недержание кала (или необходимость постановки клизм)
Посещение туалета	10 — не нуждаюсь в помощи 5 — частично нуждаюсь в помощи (удержание равновесия, использование туалетной бумаги, снятие и надевание брюк и т.д.) 0 — нуждаюсь в использовании судна, утки
Вставание с постели (передвижение с кровати на стул и обратно)	15 — не нуждаюсь в помощи 10 — нуждаюсь в наблюдении или минимальной поддержке 5 — могу сесть в постели, но чтобы встать, нужна физическая поддержка 1 или 2-х людей 0 — не способен встать с постели даже с посторонней помощью, не удерживает баланс в положении сидя
Передвижение (на ровной поверхности)	15 — могу без посторонней помощи передвигаться на расстояние более 50 метров 10 — могу передвигаться с посторонней помощью (вербальной или физической) на расстояние более 50 метров 5 — могу передвигаться с помощью инвалидной коляски на расстояние более 50 метров 0 — не способен к передвижению или передвигается на расстояние менее 50 метров
Подъем по лестнице	10 — не нуждаюсь в помощи 5 — нуждаюсь в наблюдении или поддержке 0 — не способен подниматься по лестнице даже с поддержкой
<b>Общий балл:</b> _____/100	

Шкалой удобно пользоваться как для определения изначального уровня активности пациента, так и для проведения мониторинга.

При заполнении анкеты индекса Бартел необходимо придерживаться следующих правил:

- Индекс отражает реальные действия пациента, а не предполагаемые;
- Необходимость присмотра означает, что пациент не относится к категории тех, кто не нуждается в помощи (пациент не независим);
- Уровень функционирования определяется наиболее оптимальным для конкретной ситуации путем расспроса пациента, его родственников, однако важны непосредственные наблюдения и здравый смысл. Прямое тестирование не требуется;
- Обычно оценивается функционирование пациента в период предшествующих 24 — 48 часов;
- Средние категории означают, что пациент осуществляет более 50% необходимых для выполнения той или иной функции усилий;
- Категория «независим» допускает использование вспомогательных средств.

***Интерпретация результатов:***

- 0—20 баллов — полная зависимость;
- 25—60 баллов — выраженная зависимость;
- 65—90 баллов — умеренная зависимость;
- 95 — легкая зависимость;
- 100 — полная независимость.

**2.2.4. Инструментальная функциональная активность**

**Шкала Лоутона**

Телефонные звонки	1	Пользуется телефоном по собственной инициативе, набирает номера
	1	Набирает несколько известных номеров
	1	Отвечает на телефонные звонки, но сам номера не набирает
	0	Не пользуется телефоном вообще

Продолжение таблицы

Покупки	1	Совершает самостоятельно все необходимые покупки
	0	Совершает самостоятельно небольшие покупки
	0	Требуется сопровождение при любом посещении магазина
	0	Полностью не в состоянии делать покупки
Приготовление пищи	1	Планирует, готовит и подает необходимую пищу самостоятельно
	0	Готовит необходимую пищу, если ингредиенты были предоставлены
	0	Подогревает и подает пищу или готовит пищу, но не соблюдает необходимую диету
	0	Нуждается, чтобы кто-то приготовил и подал пищу
Ведение домашнего быта	1	Поддерживает дом в одиночку за исключением редкой помощи при необходимости выполнения тяжелой работы
	1	Выполняет простые повседневные дела, такие как мытье посуды или заправка кровати
	1	Выполняет простые повседневные дела, но не в состоянии поддерживать необходимый уровень чистоты в доме
	1	Нужна помощь при выполнении всех домашних дел
	0	Не участвует ни в каких хозяйственных делах
Стирка	1	Самостоятельно стирает все необходимые вещи
	1	Стирает мелкие вещи, такие как носки, чулки
	0	Вся стирка должна осуществляться кем-то
Пользование транспортом	1	Самостоятельно пользуется общественным транспортом или водит машину
	1	Организует собственную поездку на такси, но не пользуется общественным транспортом
	1	Пользуется общественным транспортом если кто-то при этом помогает или сопровождает
	0	Перемещается на такси или машине в сопровождении другого лица
	0	Не перемещается

Окончание таблицы

Прием лекарств	1	Самостоятельно принимает необходимые лекарства в правильных дозировках и в правильное время
	0	Принимает лекарство, если оно было кем-то приготовлено для приема в необходимой дозе
	0	Не способен самостоятельно принимать лекарства
Финансовые операции	1	Самостоятельно контролирует финансовые вопросы (бюджет, проверка чеков, оплата за жилье, посещение банка), контролирует доходы
	1	Занимается ежедневными покупками, но нуждается в помощи с банковскими операциями и при осуществлении крупных покупок
	0	Не способен самостоятельно распоряжаться деньгами

### 2.2.5. Оценка риска падений в стационаре

Вопрос	Балл
1. Падал ли в последние 3 месяца?	Нет — 0, Да — 25
2. Есть ли сопутствующее заболевание? См. медицинскую карту	Нет — 0, Да — 15
3. Самостоятельность при ходьбе: ✓ Ходит сам (даже если при помощи кого-то), или строгий постельный режим, неподвижно ✓ Костыли/ ходунки/ трость ✓ Опирается о мебель или стены для поддержки	----- 0 ----- 15 ----- 30
4. Принимает внутривенное вливание/принимает гепарин, фраксипарин	Нет — 0, Да — 20
5. Походка ✓ Нормальная (ходит свободно) ✓ Слегка несвободная (ходит с остановками, шаги короткие, иногда с задержкой) ✓ Нарушения (не может встать, ходит опираясь, смотрит вниз)	----- 0 ----- 10 ----- 20
6. Психическое состояние ✓ знает свою способность двигаться ✓ не знает или забывает, что нужна помощь при движении	----- 0 ----- 15
<b>Оценка риска:</b> 0—24 — нет риска падений; 25—50 — низкий риск падений; >5 — высокий риск падений.	

## 2.2.6. Шкала самооценки риска падений

<b>Ответьте «Да» или «Нет» на каждый вопрос</b>		
Я падал(а) за прошедший год один раз или больше	Нет (0 баллов)	Да (2 балла)
Я использую трость или ходунки, или мне они были рекомендованы для безопасного передвижения	Нет (0 баллов)	Да (2 балла)
Иногда я чувствую неустойчивость при ходьбе	Нет (0 баллов)	Да (1 балл)
Я придерживаюсь за мебель или стены, когда передвигаюсь по квартире или дому	Нет (0 баллов)	Да (1 балл)
Я боюсь упасть	Нет (0 баллов)	Да (1 балл)
Мне нужно опереться руками о подлокотники или что-то еще для того, чтобы подняться со стула	Нет (0 баллов)	Да (1 балл)
Я испытываю трудности при подъеме на бордюр или небольшое возвышение	Нет (0 баллов)	Да (1 балл)
Мне часто приходится спешить в туалет	Нет (0 баллов)	Да (1 балл)
У меня есть снижение чувствительности или возникает чувство онемения в ногах	Нет (0 баллов)	Да (1 балл)
Я принимаю лекарство, от которого становлюсь менее внимательным или более заторможенным, чем обычно	Нет (0 баллов)	Да (1 балл)
Я принимаю препараты для лучшего засыпания или для коррекции настроения	Нет (0 баллов)	Да (1 балл)
Я часто чувствую себя подавленным или у меня часто бывает плохое настроение	Нет (0 баллов)	Да (1 балл)
<b>Интерпретация результатов:</b> 4 и более баллов — высокий риск падений; менее 4 баллов — невысокий риск падений.		



## 2.3. Домен психического здоровья

### 2.3.1. Оценка когнитивного статуса

**Тест Мини-Ког** используется как скрининговый метод для выявления тяжелых когнитивных нарушений. Его проведение требует немного времени, при этом показатели его чувствительности и специфичности очень высоки.

Шаг	Действия	Баллы
1	Скажите пациенту: «Слушайте меня внимательно. Сейчас я назову 3 слова, а Вам нужно будет повторить их за мной и запомнить». Позже я у Вас их спрошу». Четко произнесите 3 слова: ключ, лимон, флаг. Если пациент не повторил всех 3-х слов, повторите слова еще раз. Если пациент не может повторить всех 3-х слов после 3-х попыток, перейдите к Шагу 2.	Не начисляются
2	Скажите пациенту: «Далее я хочу, чтобы вы нарисовали круглые часы. Расставьте все цифры, которые должны быть на циферблате». После завершения попросите пациента настроить часы так, чтобы они показывали время 11 часов 10 минут.	Правильно нарисованные часы — 2 балла. Правильно нарисованные часы содержат все необходимые цифры в правильной последовательности без дублирования. Цифры 12, 3, 6, 9 расположены в соответствующих местах. Стрелки указывают на цифры 11 и 2 (11:10). Длина стрелок не учитывается. Неспособность правильно нарисовать часы или отказ = 0 баллов

3	Попросите пациента вспомнить 3 слова из Шага 1.	За каждое воспроизведенное слово в Шаге 3 пациент получает по 1 баллу. Если не вспомнил ни 1 слова — 0 баллов
<p><b>Интерпретация результатов:</b>          Если пациент набрал &lt; 3 баллов — вероятность деменции высокая.          При необходимости увеличения чувствительности теста отрезная точка может быть повышена до &lt;4 баллов.</p>		

### Тест рисования часов

Тест рисования часов чаще используется в комплексной оценке когнитивных нарушений.

Пациенту дают чистый лист бумаги и карандаш. Необходимо попросить пациента нарисовать круглый циферблат часов со всеми цифрами и установить время 11 часов 10 минут.

Максимально пациент может получить за тест 10 баллов, которые начисляются следующим образом:

#### **5 баллов за рисование циферблата:**

- Замкнутый круг правильной формы (1 балл);
- Указаны все цифры от 1 до 12 (1 балл);
- Цифры нарисованы внутри круга (1 балл);
- Цифры нарисованы с равными интервалами (1 балл);
- Правильное расположение 4 основных цифр (12, 3, 6, 9).

#### **5 баллов за расположение стрелок:**

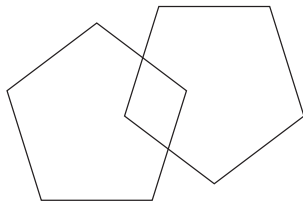
- По 1 баллу за правильное местоположение начала (центр круга) и конца стрелок (всего 4 балла);
- Разная длина часовой и минутной стрелок (1 балл).

### Краткая шкала оценки психического статуса

Данный опросник, состоящий из 30 вопросов, является одним из самых часто используемых в клинической практике для оценки когнитивного статуса. Краткая шкала оценки психического статуса чаще применяется для выявления выраженных когнитивных нарушений, соответствующих состоянию

деменции, но при этом необходимо учитывать, что данный опросник обладает малой чувствительностью для выявления додементных когнитивных нарушений.

Параметр	Баллы
Ориентировка во времени: (год, время года, число, день недели, месяц)	___/5
Ориентировка в месте: (страна, область, город, клиника, этаж)	___/5
Немедленное воспроизведение трех слов (лимон, ключ, флаг)	___/3
Концентрация внимания и счет: попросите пациента 5 раз последовательно вычсть 7 из 100 (или произнести слово «земля», наоборот)	___/5
Отсроченное воспроизведение: попросите больного вспомнить 3 предмета, названные при проверке немедленного воспроизведения	___/3
Речь и выполнение действий: показываем ручку и часы, спрашиваем: «Как это называется?»	___/2
Просим повторить предложение: «Никаких если, никаких но»	___/1
Попросите больного выполнить последовательность из 3-х действий: «Возьмите правой рукой лист бумаги, сложите его вдвое и положите на пол»	___/3
Напишите на листе бумаги «Закройте глаза», покажите пациенту и попросите его выполнить то, что он прочитал	___/1
Попросите больного написать предложение (в предложении должно быть подлежащее и сказуемое, оно должно иметь смысл)	___/1
Попросите пациента скопировать рисунок	___/1



**Результат:** \_\_\_\_\_ /30 баллов

## Инструкция к выполнению теста

### *Краткая шкала оценки психического статуса*

#### **1. Ориентировка во времени.**

Попросите больного полностью назвать сегодняшнее число, месяц, год, день недели и время года.

*Результат.* Каждая ошибка или отсутствие ответа снижает оценку на 1 балл.

#### **2. Ориентировка в месте нахождения.**

Задается вопрос: «Где мы находимся?». Если пациент отвечает не полностью, задаются дополнительные вопросы. Пациент должен назвать страну, область, город, учреждение в котором происходит обследование, номер комнаты (или этаж).

*Результат.* Каждая ошибка или отсутствие ответа снижает оценку на 1 балл.

#### **3. Восприятие.**

Дается инструкция: «Повторите и постарайтесь запомнить три слова: «лимон, ключ, флаг». Слова должны произноситься максимально разборчиво со скоростью одно слово в секунду. Следует предъявлять слова столько раз, сколько это необходимо, чтобы испытуемый правильно их повторил. Однако оценивается в баллах лишь первое повторение.

*Результат.* Правильное повторение слова больным оценивается в 1 балл для каждого из слов.

#### **4. Концентрация внимания.**

Просят последовательно пять раз вычитать из 100 по 7 (до результата «65»).

*Результат.* Каждая ошибка снижает оценку на 1 балл. Другой вариант: просят произнести слово «земля» наоборот. Каждая ошибка снижает оценку на 1 балл. Например, если произносится «ямлез» вместо «ялмез» ставится 4 балла; если «ямле» — 3 балла и т.д.

#### **5. Память.**

Просят больного вспомнить слова, которые заучивались в п. 3.

*Результат.* Каждое правильно названное слово оценивается в 1 балл.

## **6. Называние предметов.**

Показывают ручку и спрашивают: «Что это такое?», аналогично — часы.

*Результат.* Каждый правильный ответ оценивается в 1 балл.

## **7. Повторение фразы.**

Просят больного повторить фразу: «Никаких если, никаких но». Фразу произносят громко, четко один раз.

*Результат.* Правильное повторение оценивается в 1 балл.

## **8. Понимание команды.**

Устно дается команда, которая предусматривает последовательное совершение трех действий. «Возьмите лист бумаги правой рукой, сложите его вдвое и положите на пол».

*Результат.* Каждое правильно выполненное действие оценивается в 1 балл.

## **9. Чтение.**

Пациенту дают лист бумаги, на котором крупными буквами написано «ЗАКРОЙТЕ ГЛАЗА». Дают следующую инструкцию: «Прочитайте вслух и выполните то, что здесь написано».

*Результат.* Пациент получает 1 балл, если после правильного прочтения вслух он закрывает глаза.

## **10. Письмо.**

Пациента просят придумать и написать предложение.

*Результат.* Пациент получает 1 балл, если придуманное предложение будет осмысленным и правильным в грамматическом отношении, содержат подлежащее и сказуемое.

## **11. Рисование.**

Пациенту дают образец (два пересекающихся пятиугольника с равными углами, в месте пересечения образуется четырехугольник), который он должен перерисовать на нелинованной бумаге.

*Результат.* В том случае, если пациент перерисовывает обе фигуры, каждая из которых содержит пять углов, линии пятиугольников соединены, фигуры действительно пересекаются, в месте пересечения образуется четырехугольник, пациент получает 1 балл.

### ***Интерпретация результатов:***

Итоговый балл выводится путем суммирования результатов по каждому из пунктов. Максимально в этом тесте можно набрать 30 баллов. Чем ниже итоговый балл, тем более выражен когнитивный дефицит.

*Результаты* теста могут трактоваться следующим образом:

28 — 30 баллов — нет нарушений когнитивных функций;

24—27 баллов — преддементные когнитивные нарушения;

20—23 балла — деменция легкой степени выраженности;

11 — 19 баллов — деменция умеренной степени выраженности;

0 — 10 баллов — тяжелая деменция.

## **Монреальская шкала оценки когнитивных функций**

Заполнение Монреальской шкалы оценки когнитивных функций занимает около 10 минут. Максимальное количество баллов — 30; норма — 26 и более баллов. К сумме баллов добавляют один балл, если обследуемый имеет среднее или ниже среднего образование.

### ***Инструкция к выполнению теста***

#### ***Монреальская шкала оценки когнитивных функций***

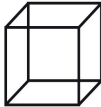
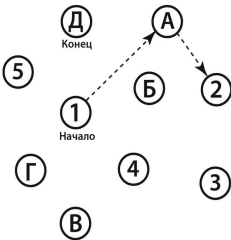
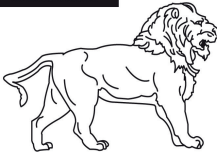
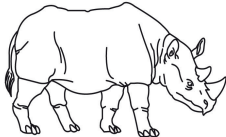
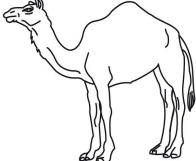
#### **1. Черчение ломаной линии.**

Обследуемого просят: «Нарисуйте линию от цифры к букве в порядке увеличения. Начните здесь (указать на 1) и проведите линию от 1 к А, а затем к 2 и так далее. Закончите здесь (указать на Д).

*Результат.* Ставится один балл, если обследуемый правильно соединяет знаки в следующем порядке: 1-А-2-Б-3-В-4-Г-5-Д так, чтобы линии не пересекались. Любая ошибка, не исправленная немедленно самостоятельно, оценивается как 0.

#### **2. Оптико-пространственная деятельность (куб).**

Дают следующие инструкции, указывая на куб: «Аккуратно перерисуйте эту фигуру на пустом пространстве под ней».

<b>Зрительно-конструктивные/исполнительные навыки</b>				Скопируйте куб		Нарисуйте ЧАСЫ (Десять минут двенадцатого) (3 балла)		Баллы							
		[ ]		[ ]		[ ]		___/5							
<b>НАЗЫВАНИЕ</b>								___/3							
<b>ПАМЯТЬ</b>		Прочтите список слов, испытуемый должен повторить их. Делайте 2 попытки. Попросите повторить слова через 5 минут.		ЛИЦО		БАРХАТ		ЦЕРКОВЬ		ФИАЛКА		КРАСНЫЙ		нет баллов	
		Попытка 1													
		Попытка 2													
<b>ВНИМАНИЕ</b>		Прочтите список цифр (1 цифра/сек). Испытуемый должен повторить их в прямом порядке. [ ] 2 1 8 5 4												___/2	
		Испытуемый должен повторить их в обратном порядке. [ ] 7 4 2													
		Прочтите ряд букв. Испытуемый должен хлопнуть рукой на каждую букву А. Нет баллов при > 2 ошибок.		[ ] ФБАВМНААЖЛБАФАКДЕААЖАМОФААБ										___/1	
		Серийное вычитание по 7 из 100.		[ ] 93		[ ] 86		[ ] 79		[ ] 72		[ ] 65		___/3	
		4-5 правильных отв.: 3 балла, 2-3 правильных отв.: 2 балла, 1 правильный отв.: 1 балл, 0 правильных отв.: 0 баллов.													
<b>РЕЧЬ</b>		Повторите: Я знаю только одно, что Иван – это тот, кто может сегодня помочь. [ ]												___/2	
		Кошка всегда пряталась под диваном, когда собаки были в комнате. [ ]													
		Беглость речи/ за одну минуту назовите максимальное количество слов, начинающихся на букву Л [ ] ____ (N ≥ 11 слов)												___/1	
<b>АБСТРАКЦИЯ</b>		Что общего между словами, например, банан-яблоко = фрукты [ ] поезд - велосипед [ ] часы - линейка												___/2	
<b>ОТСРОЧЕННОЕ ВОСПРОИЗВЕДЕНИЕ</b>		Необходимо назвать слова БЕЗ ПОДСКАЗКИ		ЛИЦО [ ]		БАРХАТ [ ]		ЦЕРКОВЬ [ ]		ФИАЛКА [ ]		КРАСНЫЙ [ ]		Баллы только за слова БЕЗ ПОДСКАЗКИ	
<b>ДОПОЛНИТЕЛЬНО ПО ЖЕЛАНИЮ</b>		Подсказка категории													
		Множественный выбор													
<b>ОРИЕНТАЦИЯ</b>		[ ] Дата		[ ] Месяц		[ ] Год		[ ] День недели		[ ] Место		[ ] Город		___/6	

*Результат.* За правильно перерисованную фигуру ставят один балл:

- фигура должна быть трехмерной;
- должны быть нарисованы все линии;
- не должно быть лишних линий;

- линии должны быть относительно параллельны и незначительно отличаться по длине (принимается рисунок прямоугольной призмы).

Задание не засчитывается, если не выполнено какое-либо из вышеуказанных условий.

### **3. Оптико-пространственная деятельность (часы).**

Указывая на правую треть графы, дают следующие инструкции: «Нарисуйте часы. Расставьте все цифры и нарисуйте стрелки так, чтобы часы показывали десять минут двенадцатого».

*Результат.* За выполнение каждого из условий дают 1 балл:

- контур (1 б): циферблат должен быть круглым, возможно с погрешностями формы (например, слегка незамкнутым);
- цифры (1 б): должны быть все цифры циферблата и не должно быть лишних; цифры должны располагаться в правильном порядке и приблизительно в соответствии с квадрантами циферблата; допускаются римские цифры; цифры могут располагаться снаружи циферблата;
- стрелки (1 б): должно быть две стрелки, показывающие правильное время; часовая стрелка должна быть отчетливо короче минутной; стрелки должны сходиться внутри контура циферблата и пересекаться близко к его центру.

Балл за пункт не засчитывается, если не выполнено какое-либо из вышеуказанных условий.

### **4. Называние.**

Слева направо указывают на рисунок и просят: «Назовите это животное».

*Результат.* За каждый ответ дают балл: (1) лев, (2) носорог, (3) верблюд.

### **5. Память.**

Называют 5 слов со скоростью одно слово в секунду и дают следующие инструкции: «Это тест для проверки памяти. Я прочитаю набор слов, которые нужно запомнить сейчас и вспомнить через некоторое время. Слушайте внимательно. После того как я закончу, назовите слова, которые вы запомнили. Порядок не имеет значения». Ставят отметку в графе под каждым словом, которое обследуемый называет



при первой попытке. После того как обследуемый заканчивает перечислять слова (говорит, что не может вспомнить больше), список слов читают второй раз и дают следующие указания: «Я прочитаю те же слова второй раз. Постарайтесь запомнить и назвать как можно больше слов, включая те, которые вы назвали в первый раз». Ставят знак в графе, соответствующей каждому слову, которое обследуемый называет при второй попытке.

В конце второй попытки обследуемому говорят: «Я попрошу вас назвать эти же слова в конце обследования».

*Результат.* За первую и вторую попытку не дают баллов.

## **6. Внимание.**

### **6.1. Называние чисел в прямом порядке.**

Дают следующие указания: «Я назову несколько чисел, а потом вы должны повторить их за мной». Называют пять чисел со скоростью одно число в секунду.

### **6.2. Называние чисел в обратном порядке.**

Дают следующие указания: «Сейчас я назову еще несколько чисел, а потом вам нужно будет их назвать в обратном порядке». Называют три числа со скоростью одно число в секунду.

*Результат.* Дают один балл за каждую правильно повторенную последовательность (N.V.: правильный ответ для чисел в обратном порядке — 2—4-7).

## **6.3. Реакция.**

Читают последовательность букв со скоростью одна буква в секунду и дают следующие указания: «Я прочитаю ряд букв. Каждый раз, когда я буду называть букву А, нужно будет один раз хлопнуть рукой по столу. Когда я буду называть другие буквы, хлопать по столу не нужно».

*Результат.* Дают 1 балл, если задание выполнено без ошибок или с одной ошибкой (ошибка – хлопок не на ту букву или отсутствие хлопка на букву А).

## **6.4. Последовательное вычитание из числа 100 по 7.**

Дают следующие указания: «Сейчас отнимите от ста семь, а затем продолжайте вычитать из полученного числа

по 7, пока я вас не остановлю». При необходимости повторите указания.

*Результат.* Задание оценивают тремя баллами. При отсутствии правильного вычитания дают 0 баллов, за одно правильное вычитание — 1 балл, 2 балла дают при 2—3 правильных вычитаниях, 3 — при 4—5 правильных вычитаниях. Подсчитайте все правильные вычитания по 7, начиная с 100. Каждое вычитание оценивают независимо, то есть, если обследуемый делает ошибку, но продолжает правильно вычитать из результата 7, дают балл за каждое правильное действие.

Например, обследуемый может отвечать: «92—85—78—71—64», но даже учитывая, что 92 — неправильный результат, все последующие действия выполнены правильно. Такой результат будет оценен в 3 балла.

### **7. Повторение предложений.**

Дают следующие указания: «Я прочитаю предложение. Повторите его за мной слово в слово (пауза). Я не знаю ничего, кроме того, что Ваня сегодня дежурит». После ответа говорят: «А теперь я прочитаю другое предложение. Повторите его за мной слово в слово (пауза). Кошка всегда пряталась под диван, когда собака была в комнате».

*Результат.* Дают 1 балл за каждое правильно повторенное предложение. Повторять нужно точно. Внимательно следите за ошибками, например, похожими словами (того — всего), и заменами или добавлениями («что она сегодня дежурит», «спряталась» вместо «пряталась», изменение числа и т.п.).

### **8. Скорость.**

Дают следующие указания: «Назовите как можно больше слов, которые начинаются с определенной буквы, которую я вам сейчас назову. Можете называть любые слова, за исключение имен собственных (например, Марина, Москва), чисел или однокоренных слов (например, дом, домик, домовой). Через минуту я вас остановлю. Вы готовы? (Пауза) Теперь называйте как можно больше слов на букву К. (60 сек) Стоп».

*Результат.* Один балл дают, если обследуемый называет 11 или более слов за минуту. Запишите результат обследуемого.

## 9. Абстрактное мышление.

Просят объяснить, чем похожи предметы в каждой паре. Начинают с примера: «Скажите, чем похожи апельсин и банан». Если обследуемый дает определенный ответ, ему задают следующий вопрос: «А еще чем они похожи?». Если обследуемый не дает ответа «фрукты», говорят: «Да, а еще все это фрукты». Ничего больше не объясняют.

После пробы говорят: «А сейчас скажите, чем похожи поезд и велосипед?». После ответа дайте следующее задание: «А чем похожи часы и линейка?». Не давайте дополнительных указаний и подсказок.

*Результат.* Оцениваются только 2 задания после пробного. Дают 1 балл за каждый правильный ответ. Принимаются следующие ответы:

Поезд — велосипед = средства передвижения, транспорт, на них можно ездить;

Линейка — часы = измерительные приборы, используются для измерения.

*Не принимаются ответы:* поезд — велосипед = у них есть колеса; линейка — часы = на них есть цифры.

## 10. Отсроченное воспроизведение.

Дают следующие указания: «Я называл вам слова и просил вас их запомнить. Назовите из этих слов те, которые вы помните». Поставьте галочку в графах, соответствующих словам, которые были названы самостоятельно без подсказки.

*Результат.* За каждое названное **без подсказки** слово дают 1 балл.

*Не обязательно:*

После самостоятельного вспоминания подсказывают смысловую категорию для всех слов, которые не были названы. Отмечают галочкой соответствующую графу, если обследуемый вспоминает слово при помощи категории или выбирает из нескольких предложенных. Такие подсказки дают для всех слов, которые не были названы. Если обследуемый не вспоминает слово после категориальной подсказки, ему дают выбрать из нескольких слов, например, «Как вы думаете, какое это было слово: НОС, ЛИЦО или РУКА?»

Слово	Категория	Выбор
ЛИЦО	Часть тела	Нос, лицо, рука
ВЕЛЬВЕТ	Вид материи	Бархат, хлопок, вельвет
ЦЕРКОВЬ	Строение	Церковь, школа, больница
МАРГАРИТКА	Цветок	Роза, маргаритка, тюльпан
КРАСНЫЙ	Цвет	Красный, синий, зеленый

**Оценка:** Слова, названные с подсказкой, не оцениваются баллами. Подсказки используют только для клинической оценки. Они позволяют получить дополнительную информацию о виде расстройства памяти. При нарушениях вспоминания можно улучшить результат подсказкой. При нарушениях запоминания (кодирования) результат не улучшается с подсказкой.

#### **11. Ориентировка.**

Дают следующие указания: «Назовите сегодняшнюю дату». Если обследуемый не дает полный ответ, ему помогают: «Скажите год/месяц/число/день недели». Затем просят: «Назовите название места, где мы находимся, и этого города».

*Результат.* За каждый правильный ответ дают балл. Обследуемый должен назвать точные дату и место (название клиники, больницы, поликлиники). Не засчитывается ответ с ошибкой в дате или дне недели на один день.

### **Батарея лобных тестов**

#### **1. Концептуализация (обобщение) (0—3 балла).**

Пациенту показывают картинки и спрашивают: «Что общего между этими предметами?» Варианты предметов: яблоко-груша/платье-брюки/стол-шкаф. Пациенту нужно без подсказки обобщить эти предметы по категориям «фрукты, одежда, мебель».

*Результат.* Каждое категориальное обобщение оценивается в 1 балл. Максимальное количество баллов — 3, минимальное — 0.

## **2. Беглость речи (словарный запас) (0—3 балла).**

Просят закрыть глаза и в течение минуты называть слова на букву «с». При этом имена собственные не засчитываются.

*Результат.* Оценка результата: более 9 слов за минуту — 3 балла, от 7 до 9 слов — 2 балла, от 4 до 6 слов — 1 балл, менее 4 слов — 0 баллов.

## **3. Динамический праксис (программирование) (0—3 балла).**

Врач показывает и просит пациента повторить одной рукой серию движений: кулак (ставится горизонтально, параллельно поверхности стола); ребро (кисть ставится вертикально, на «ребро» ладони); ладонь (кисть кладется горизонтально, ладонью вниз).

Сначала пациент только смотрит серию движений, затем трижды повторяет их вместе с врачом. Последующие два раза по три серии движений выполняет самостоятельно. При самостоятельном выполнении подсказки пациенту недопустимы.

*Результат.* Безошибочное самостоятельное выполнение шести серий подряд — 3 балла; трех серий подряд — 2 балла; неспособность выполнить движения самостоятельно, но выполнение трех серий с врачом — 1 балл;

## **4. Простая реакция выбора (0—3 балла).**

Пациенту дается инструкция: «Сейчас проверим ваше внимание. Мы будем выстукивать ритм. Если я ударю один раз, вы должны будете ударить два раза подряд. Если я ударю два раза, вы должны ударить один». Затем выстукивается ритм: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2 (пациент отвечает на каждый удар).

*Результат.* Правильное выполнение — 3 балла; не более двух ошибок — 2 балла; много ошибок — 1 балл; неспособность выполнить задание — 0 баллов.

## **5. Усложненная реакция выбора (0—3 балла).**

Врач говорит пациенту: «Теперь, если я ударю один раз, то вы ничего не должны делать. Если я ударю два раза подряд, то вы ударите только один раз». Выстукивается ритм: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2 (пациент отвечает на каждый удар).

*Результат.* Правильное выполнение — 3 балла; не более двух ошибок — 2 балла; много ошибок — 1 балл; неспособность выполнить задание — 0 баллов.

## **6. Исследование хватательных рефлексов (0—3 балла).**

Пациент сидит, его просят положить руки на колени, ладонями вверх. Врач молча подносит свои руки и слегка касается рук пациента, проверяя хватательный рефлекс.

*Результат.* Отсутствие хватательного рефлекса приравнивается к 3 баллам. Если пациент сдерживается, но затем спрашивает у врача, должен ли он схватить, ставится 2 балла. Если пациент самостоятельно хватает, ему дается инструкция не делать этого, и хватательный рефлекс проверяется повторно. Если при повторном исследовании рефлекс отсутствует, ставят 1 балл, противном случае — 0 баллов.

### ***Интерпретация результатов:***

*16—18 баллов* соответствуют нормальной лобной функции;

*12—15 баллов* — умеренная лобная дисфункция;

*11 баллов и меньше* — признаки лобной деменции.

## **2.3.2. Оценка эмоционального статуса**

### **Гериатрическая шкала депрессии**

Пациент отвечает на следующие вопросы в соответствии со своим эмоциональным состоянием в последние 2 недели:

<b>№пп</b>	<b>Вопрос</b>	<b>Варианты ответов</b>	
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	

Окончание таблицы

№пп	Вопрос	Варианты ответов	
		Да	Нет
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:		

### **Интерпретация результатов:**

- 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.
- При результате 0—4 балла — депрессия отсутствует.
- $\geq 5$  баллов — вероятная депрессия.

### **Опросник тревоги в гериатрии**

Вопрос	Варианты ответов	
	Да	Нет
Я тревожен (-на) большую часть времени?	1	0
Я слишком сильно беспокоюсь о мелочах?	1	0
Я думаю о себе как о тревожном человеке?	1	0
Я часто чувствую себя нервным (-ой)?	1	0
Часто мне достаточно только мыслей, чтобы встревожиться?	1	0

**Интерпретация результатов:** тревога присутствует при результате  $\geq 3$  баллов.

## Шкала оценки здоровья пациента

В течение последних двух недель, как часто вас беспокоили следующие проблемы?

Вопрос	Не беспокоили	Несколько дней	Более половины всех дней	Почти ежедневно
1. Вас мало интересовали дела или ничто не доставляло удовольствие	0	1	2	3
2. Вы испытывали чувство подавленности, депрессии или безнадежности	0	1	2	3
Если за первые 2 вопроса пациент набрал 0—2 балла, оценку не продолжать				
3. У вас были проблемы с засыпанием или со сном, или вы слишком много спали	0	1	2	3
4. Вы чувствовали усталость или испытывали недостаток энергии	0	1	2	3
5. Плохой аппетит или переедание	0	1	2	3
6. Вы испытывали чувство неудовлетворенности собой. Или думали о том. Что вы неудачник, или что подводите себя или свою семью	0	1	2	3
7. Трудности с концентрацией внимания, например, когда читаете газету или смотрите телевизор	0	1	2	3
8. Вы делаете все или говорите так медленно, что другие люди начинают это замечать.	0	1	2	3



Окончание таблицы

Вопрос	Не беспокоили	Несколько дней	Более половины всех дней	Почти ежедневно
Или наоборот — вам не сидится на месте или вы так неутомимы, что делаете гораздо больше, чем обычно				
9. Вам приходят мысли, что лучше всего было бы умереть или вы пытались поранить себя каким-то образом	0	1	2	3

**Общий балл: \_\_/27**

**Интерпретация результатов:**

- 0—4 — нет депрессии;
- 5—9 — низкий риск наличия депрессии;
- 10—14 — умеренный риск наличия депрессии;
- 15 — 19 — высокий риск наличия депрессии;
- 20 — 27 — крайне высокий риск наличия депрессии.

### **Корнельская шкала депрессии при деменции**

Для объективной оценки состояния пациента могут быть использованы наблюдения людей, окружающих его в повседневной жизни. Вопросы, которые обычно задает врач, отражены в Корнельской шкале депрессии:

#### *А. Аффективные симптомы*

1. Тревога, озабоченность. Проявлялась ли за последнюю неделю тревога в поведении? Тревожился ли больной о чем-то, что обычно не вызывает у него тревоги? Проявлял ли озабоченность в связи с незначимыми событиями и безобидными ситуациями?

2. Печаль, слезливость. Находился ли больной в подавленном состоянии? Как долго продолжалось такое состояние? Случалось ли ему плакать? Сколько раз за последнюю неделю?

3. Отсутствие реакции на позитивные события. В состоянии ли больной обрадоваться приятным событиям или новостям?

4. Раздражительность. Насколько легко больной выходит из себя? Проявлялись ли у больного раздражительность и нетерпимость на этой неделе?

#### *Б. Поведенческие расстройства*

5. Возбуждение, беспокойство. Проявлял ли больной беспокойство, выражающееся в неспособности сидеть спокойно, по меньшей мере, один час? Отмечались ли такие признаки беспокойства, как заламывание рук, кусание губ, перебор волос.

6. Заторможенность (движений, речи, реакций).

7. Жалобы на физическое состояние. Жаловался ли больной чаще, чем обычно, на нарушенное пищеварение, запоры, диарею, мышечную боль, учащенное мочеиспускание, потливость, головные боли или другие проблемы? Насколько серьезны были эти жалобы? Часто ли случались? (Если проблемы затрагивают исключительно пищеварительный тракт, баллы не начисляются.)

8. Потеря интереса, отказ от привычных повседневных занятий. Как прошла последняя неделя? Занимался ли больной обычными делами? В нормальном объеме или меньше? (Если интерес к повседневным делам утрачен давно, баллы не начисляются.)

#### *В. Физические симптомы*

9. Снижение аппетита. Снижился ли аппетит за последнюю неделю? Приходилось ли убеждать больного поесть (если да, то ставится 2 балла)?

10. Потеря веса. При потере больше двух килограммов ставится 2 балла.

11. Упадок сил, быстрая утомляемость. Как часто больной жаловался на усталость? Нуждался ли в дневном сне, вызванном усталостью? Испытывал ли тяжесть в конечностях? (Оценивается только в случае заметных изменений, прошедших за последний месяц).

### *Г. Циклические функции*

12. Суточные колебания настроения. Отмечалось ухудшение настроения? В какое время суток? Насколько серьезным было ухудшение по утрам? (Оценивается только ухудшение настроения в утренние часы.)

13. Проблемы засыпания, отход ко сну в более позднее время. (Ставится 1, если проблема возникала эпизодически, и 2, если проблема повторялась каждый вечер).

14. Ночные пробуждения. Просыпался ли больной среди ночи? Как долго не мог после этого заснуть? Поднимался ли с постели? (Не оценивается, если больной просыпался, чтобы сходить в туалет. Один балл за нерегулярные и незначительные проявления, два балла за регулярное возникновение проблем).

15. Преждевременные утренние пробуждения. Если они имели место, насколько раньше просыпался больной? Оставался ли в постели после утреннего пробуждения или поднимался? (Один балл, если больной просыпался раньше времени, но потом снова засыпал. Два балла за ранний подъем из-за невозможности уснуть).

### *Д. Идеаторные нарушения*

16. Суицидальные настроения. Выражал ли больной мысль о том, что жизнь не стоит того, чтобы жить? Проявлял ли суицидальные настроения? Совершал ли попытки причинить себе ущерб или покончить с жизнью? (Один балл за пассивную склонность к суицидальным настроениям, два балла за активные проявления).

17. Снижение самооценки, ощущение вины, самобичевание. Проявлял ли больной склонность к самокритике? Оценивал ли производимые им действия как неудачные или неправильные? Выражал ли чувство вины за то, что сделал или не стал делать? (Один балл за снижение самооценки и самокритику. Два балла за чувство провала, неудачи и ощущение собственной никчемности).

18. Пессимизм. Выражал ли больной ожидания худшего? Был ли в состоянии замечать улучшения в ситуации? Оказы-

вался ли восприимчив к позитивной поддержке со стороны близких? (Один балл за пессимизм, два балла за чувство безнадежности и неспособность принимать поддержку со стороны).

19. Бред ущерба, болезни или нищеты. Высказывал ли больной странные идеи? Считает ли он свое заболевание наказанием свыше? Дает ли другие иррациональные объяснения проблеме? Верит ли он в несуществующие финансовые или иные материальные проблемы?

*Интерпретация результатов:*

Каждый из ответов оценивается по трехбалльной шкале: 0 — при отсутствии признаков, 1 — при эпизодическом или незначительном их проявлении, 2 — при регулярном проявлении. Если сумма баллов превышает значение 10, есть основания подозревать у больного вероятную депрессию. Сумма более 18 баллов свидетельствует о выраженной депрессии.

### **Шкала оценки спутанности сознания**

Эффективным диагностическим методом является использование скрининговых опросников, позволяющих заранее выявлять признаки делирия. Наиболее широко применяется опросник САМ.

Делирий предполагается при выявлении у пациента не менее 3 признаков, при этом обязательным является наличие 1-го и 2-го признаков в сочетании либо с признаком 3, либо 4.

В остальных случаях результат оценивается как отрицательный. Заполнение данного опросника занимает около 5 минут и не требует специализированной психиатрической подготовки. Опросник рекомендован к использованию как врачами, так и средним медицинским персоналом. Рекомендовано заполнение опросника:

- 1) при поступлении пациента в стационар,
- 2) после оперативного вмешательства,
- 3) при любом остром колебании внимания, поведения или мышления пациента по сравнению с его исходным состоянием.

1 этап	<p>Острота и волнообразность изменений психического статуса          Имеются ли изменения психического статуса относительно исходного уровня?          ИЛИ          Отмечались ли волнообразные изменения психического статуса в течение последних 24 часов?</p>	<p>Если на оба вопроса ответ «нет» → ДЕЛИРИЯ НЕТ</p> <p>Если на один из вопросов ответ «Да» → 2 этап</p>
2 этап	<p>Нарушение внимания          «Сжимайте мою руку каждый раз, когда я скажу букву А»          Прочитайте следующую последовательность букв          «Л А М П А А Л А Д Д И Н А»          ОШИБКИ: Не сжимает на букву А и сжимает на другие буквы</p>	<p>Если 0—2 ошибки → ДЕЛИРИЯ НЕТ</p> <p>Если <math>\geq 2</math> ошибки → 3 этап</p>
3 этап	<p>Изменения уровня сознания          Уровень сознания на текущий момент (The Richmond Agitation-Sedation Scale, RASS — см. ниже)</p>	<p>Если RASS отличен от 0 → ДЕЛИРИЙ ЕСТЬ          Если RASS = 0 → 4 этап</p>
4 этап	<p>Дезорганизованное мышление          1. Камень будет держаться на воде?          2. Рыба живет в море?          3. Один килограмм весит больше двух?          4. Молотком можно забить гвоздь?          Команда:          «Покажите столько же пальцев» (покажите 2 пальца)          «Теперь сделайте тоже другой рукой» (не демонстрируйте)          ИЛИ          «Добавьте еще один палец» (если пациент не может двигать обеими руками)</p>	<p>Если <math>\geq 2</math> ошибка → ДЕЛИРИЙ ЕСТЬ</p> <p>Если 0—1 ошибка → ДЕЛИРИЯ НЕТ</p>
<b>Заключение:</b> ДЕЛИРИЙ / делирия нет		

## **Ричмондская шкала ажитации (The Richmond Agitation-Sedation Scale, RASS)**

+4 **ВОИНСТВЕННЫЙ**: воинственен, агрессивен, опасен для окружающих

*Срочно сообщить врачу об этих явлениях.*

+3 **ОЧЕНЬ ВОЗБУЖДЕН**: агрессивен, пытается вырвать трубки, капельницу или катетер.

*Сообщить врачу.*

+2 **ВОЗБУЖДЕН**: частые бесцельные движения, сопротивление процедурам.

+1 **НЕСПОКОЕН**: тревожен, неагрессивные движения.

0 **СПОКОЕН И ВНИМАТЕЛЕН**.

-1 **СОНЛИВ**: невнимателен, сонлив, но реагирует всегда на голос.

-2 **ЛЕГКАЯ СЕДАЦИЯ**: просыпается на короткое время на голос.

-3 **СРЕДНЯЯ СЕДАЦИЯ**: движение или открытие глаз на голос, но нет зрительного контакта.

## **2.4. Оценка качества жизни**

Опросник качества жизни EQ-5D

Необходимо попросить пациента отметить галочкой под каждым критерием один квадратик, который ближе всего отражает состояние здоровья в настоящий момент.

Каждый раздел оценивается по 3-м уровням в зависимости от степени выраженности проблемы: 1 — нет нарушений, 2 — есть умеренные нарушения, 3 — есть выраженные нарушения.

### **ПОДВИЖНОСТЬ**

- Я не испытываю никаких трудностей при ходьбе
- Я испытываю небольшие трудности при ходьбе
- Я испытываю умеренные трудности при ходьбе
- Я испытываю большие трудности при ходьбе
- Я не в состоянии ходить

## **УХОД ЗА СОБОЙ**

Я не испытываю никаких трудностей с мытьем или одеванием

Я испытываю небольшие трудности с мытьем или одеванием

Я испытываю умеренные трудности с мытьем или одеванием

Я испытываю большие трудности с мытьем или одеванием

Я не в состоянии сам (-а) мыться или одеваться

**ПРИВЫЧНАЯ ПОВСЕДНЕВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ** (например: работа, работа по дому, участие в делах семьи, досуг)

Моя привычная повседневная деятельность дается мне без труда

Моя привычная повседневная деятельность для меня немного затруднительна

Моя привычная повседневная деятельность для меня умеренно затруднительна

Моя привычная повседневная деятельность для меня очень затруднительна

Я не в состоянии заниматься своей привычной повседневной деятельностью

## **БОЛЬ/ДИСКОМФОРТ**

Я не испытываю боли или дискомфорта

Я испытываю небольшую боль или дискомфорт

Я испытываю умеренную боль или дискомфорт

Я испытываю сильную боль или дискомфорт

Я испытываю чрезвычайно сильную боль или дискомфорт

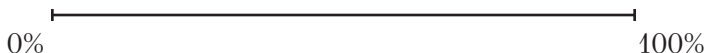
## **ТРЕВОГА/ДЕПРЕССИЯ**

Я не испытываю тревоги или депрессии

Я испытываю небольшую тревогу или депрессию

- Я испытываю умеренную тревогу или депрессию
- Я испытываю сильную тревогу или депрессию
- Я испытываю крайне сильную тревогу или депрессию

Второй частью опросника является визуально-аналоговая шкала самооценки состояния здоровья. Необходимо объяснить пациенту, что на представленной шкале 100% означает идеальное состояние здоровья, 0% — худшее состояние здоровья, которое можно себе представить и попросить испытуемого отметить крестиком тот участок на шкале, который, по его мнению, наиболее вероятно отражает состояние его здоровья.



## **2.5. Шкала оценки потребности и объема социально-бытовой помощи и ухода**

### **Часть 1. Функциональный статус**

<i>Проверка мобильности. Падения</i>	
1. Самостоятелен при ходьбе с использованием подручных средств и/или без	0
2. Самостоятелен при использовании кресла-каталки / нуждается в помощи при вставании с кровати / нуждается в помощи при подъеме на этаж	0,5
3. Нуждается в постоянной помощи при вставании с кресла или постели / нуждается в помощи при переходе с кресла-каталки на кровать, но самостоятелен при использовании кресла-каталки при передвижении	1
4. Нуждается в постоянной помощи при передвижении и вставании из положения сидя в положение стоя; падения >1 раза в месяц	1,5
5. Нуждается в постоянной помощи при ходьбе; падения >1 раза в неделю	2
6. Полностью зависим при передвижении; прикован к креслу-каталке, лежачий	7



Окончание таблицы

<i>Одевание</i>	
7.Одевается без посторонней помощи	0
8.Нуждается в умеренной помощи при одевании	0,5
9.Нуждается в максимальной помощи при одевании	1
<i>Личная гигиена</i>	
10.Моется без посторонней помощи	0
11.Требуется присутствие другого человека при купании	0,5
12.Нуждается в умеренной помощи при купании	1
13.Нуждается в максимальной помощи при купании, необходимо полностью умыть	1,5
<i>Еда и питье</i>	
14.Самостоятельно подогревает и принимает пищу и не нуждается в помощи при принятии лекарств	0
15.Нуждается в помощи при подогреве/подаче пищи к столу, но ест самостоятельно и/или требуется контроль и помощь при подготовке порции лекарств	1,0
16.Не в состоянии есть и пить самостоятельно и/или необходим полный контроль над приемом лекарств	1,5
<i>Пользование туалетом</i>	
17.Самостоятельно пользуется туалетом, осуществляет гигиену. Контролирует дефекацию и мочеиспускание	0
18.Самостоятельно пользуется туалетом, но нуждается в сопровождении и присмотре	1,0
19.Пользуется туалетом, но нуждается в сопровождении, помощи в гигиене и/или одевании.	2
20.Полностью зависим от посторонней помощи в пользовании туалетом. Не контролирует ни одно из отправлений	7
ИТОГО	

## Часть 2. Когнитивный статус

	<b>Да</b>	<b>Нет</b>
Разговаривает и ведет себя адекватно, контактен, не агрессивен, не находится в подавленном и угнетенном настроении	0	3 балла

Окончание таблицы

	<b>Да</b>	<b>Нет</b>
Ориентируется во времени (день и ночь, утро и вечер) и знакомом пространстве, сохранена способность к обобщению	0	3 балла
<b>ИТОГО</b>		

**Критерии и описание уровней потребности в социально-бытовой помощи и уходе**

<b>Итоговый балл по 1 и 2 части шкалы и уровень потребности</b>	<b>Описание группы</b>
0,5—1,5 балла Уровень 1	<p>Объединяет людей, нуждающихся в ограниченной помощи для соблюдения личной гигиены, приготовления еды и уборки.</p> <p>Чаще всего люди из данной категории частично утратили способность к самообслуживанию, им необходима незначительная помощь для удовлетворения определенных жизненных потребностей, оказание помощи в проведении уборки в труднодоступных местах, помощь при развешивании чистого белья.</p> <p>Когнитивные функции у данной категории людей не нарушены.</p> <p>Здоровье этих людей в стабильном состоянии, контролируемое лекарственной терапией. Скорее всего, люди, не требующие частых госпитализаций, но нуждающиеся в диспансерном наблюдении.</p> <p>Уровень соответствует преастении, могут быть единичные гериатрические синдромы (такие как сенсорные дефициты, не приводящие к резким ограничениям их функционального статуса).</p>
2—4 балла Уровень 2	<p>Способность к самообслуживанию снижена. Люди из данной группы, нуждающиеся в помощи в передвижении по дому, пользуются техническими средствами реабилитации.</p> <p>Необходима помощь при одевании и соблюдении личной гигиены — необходима частичная помощь при купании.</p>

Итоговый балл по 1 и 2 части шкалы и уровень потребности	Описание группы
	<p>Возможно выполнение только частичной уборки в досягаемости руки человека, для поддержания бытовых условий необходима помощь. Часто необходимо содействие в приготовлении пищи. Когнитивные функции у данной категории людей не нарушены.</p>
<p>4,5—7,0 баллов Уровень 3</p>	<p>Объединяет людей, частично утративших способность к самообслуживанию, вследствие нарушения здоровья со стойким выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к выраженному ограничению одной из категорий жизнедеятельности либо их сочетанию, но чаще всего сохранивших психическую самостоятельность. Люди из данной группы нуждаются в помощи ежедневно и неоднократно для выполнения действий повседневной жизни (помощь в передвижении, сопровождение вне дома, помощь при вставании, значительная помощь при купании и одевании). Необходима значительная помощь в уборке, стирке, приготовлении горячей пищи. Необходим контроль/содействие при приеме лекарств.</p>
<p>7,5—9 баллов Уровень 4</p>	<p>Люди данной группы не способны к самообслуживанию и выполнению инструментальных бытовых действий без посторонней помощи, чаще прикованные к кровати или к креслу, при этом их психические функции не полностью нарушены, они нуждаются в помощи в разных видах деятельности в повседневной жизни. В данную группу могут входить лица, чьи психические функции сильно нарушены, при этом они сохранили способность перемещаться. И в том и в другом случае степень зависимости человека от посторонней помощи приводит к выраженному ограничению одной из категорий жизнедеятельности либо их сочетанию.</p>

Окончание таблицы

<b>Итоговый балл по 1 и 2 части шкалы и уровень потребности</b>	<b>Описание группы</b>
	<p>Степень функциональности соответствует 1—2 группе инвалидности.</p> <p>Необходима значительная помощь в самообслуживании с использованием вспомогательных средств и (или) с помощью других лиц: одевание/купание/прием пищи/соблюдение питьевого режима/ контроль приема лекарств/ помощь в использовании средствами личной гигиены/передвижение по дому/обработка и уход за компенсирующими медицинскими устройствами.</p> <p>Часто нарушена способность ориентации во времени и в пространстве, требующая помощи других лиц.</p> <p>Необходимо поддержание способности к общению и способность контролировать своё поведение.</p>
9,5 баллов и более Уровень 5	<p>Люди из данной группы прикованы к кровати или к креслу, их психические функции сильно нарушены, и они нуждаются в постоянном присутствии помощников. Люди из данной группы могут быть психически сохранны, но нуждаются в паллиативной помощи и постоянном уходе.</p> <p>Степень функциональности соответствует 1 группе инвалидности со стойким значительно выраженным расстройством функций организма.</p>

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ткачева О., Фролова Е., Яхно Н. Гериатрия. Национальное руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа. — 2019. — 608 с.
2. Яхно Н., Захаров В., Локшина А. Деменции: руководство для врачей. М: МедПресс-Информ. — 2013. — 264 с.
3. Клинические рекомендации КР613/1 «Старческая астения». 2018. <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/recomend/942>
4. Методические рекомендации МР 103 «Фармакотерапия у лиц пожилого и старческого возраста» 2018 <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/manuals/adults>.
5. Сычев Д. А, (Ред). Полипрагмазия в клинической практике: проблема и решения. Санкт-Петербург: ЦОП «Профессия» — 2018 — 272 с.
6. Остапенко, В. С. Распространенность и структура гериатрических синдромов у пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений г. Москвы: авторефер. дис. канд. мед. наук / В. С. Остапенко; — М.: 2017. — 157 с.
7. Ткачева О. Н., Рунихина Н. К., Остапенко В. С., Шарашкина Н. В., Мхитарян Э. А., Онучина Ю. С., Лысенков С. Н. Валидация опросника для скрининга синдрома старческой астении в амбулаторной практике. Успехи геронтологии. — 2017. — Т. 30. — № 2. — С. 236—242.
8. Остеопороз. Клинические рекомендации Российской ассоциации по остеопорозу / Под ред. О. М. Лесняк, Л. И. Беневоленской. — М.: ГЭОТАР-Медиа. — 2009. — 270 с.
9. Клинические рекомендации «Хронический болевой синдром (ХБС) у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи» (МЗ России). — М.: 2016. — 60 с.
10. Morley JE, Arai H, Cao L, Dong B, Merchant RA, Vellas B, Visvanathan R, Woo J. Integrated Care: Enhancing the Role of the Primary Health Care Professional in Preventing Functional Decline: A Systematic Review. J Am Med Dir Assoc. 2017;18(6):489—494.
11. Reflection paper on physical frailty: instruments for baseline characterisation of older populations in clinical trials. [https://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/Scientific\\_guideline/2018/02/WC500244285.pdf](https://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2018/02/WC500244285.pdf)

12. Borson S, Scanlan J, Brush M, Vitaliano P, Dokmak A. The Mini-Cog: a cognitive “vital signs” measure for dementia screening in multi-lingual elderly. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000;15:1021—1027.

13. Tsoi KK, Chan JY, Hirai HW, Wong SY, Kwok TC. Cognitive tests to detect dementia: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2015;175:1450—1458.

14. Ramani L, Furmedge DS, Reddy SP. Comprehensive geriatric assessment. *Br J Hosp Med Lond Engl* 2005. 2014 Aug;75 Suppl 8:C122—125.

15. British Geriatrics Society. Fit for Frailty Consensus best practice guidance for the care of older people living with frailty in community and outpatient settings. 2014 Jun. [http://www.bgs.org.uk/campaigns/fff/fff\\_full.pdf](http://www.bgs.org.uk/campaigns/fff/fff_full.pdf)

16. Kanis JA, McCloskey EV, Johansson H, Odén A, Borgström F, Strom O. Development and use of FRAX® in osteoporosis. *Osteoporosis International*. 2010; 21 Suppl 2: S407—13.

17. Dent E, Visvanathan R, Piantadosi C, Chapman I. Use of the Mini Nutritional Assessment to detect frailty in hospitalised older people. *J Nutr Health Aging*. 2012;16(9):764—7.

18. Bachmann S, Finger C, Huss A, Egger M, Stuck AE, Clough-Gorr KM. Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2010; 340: c1718.

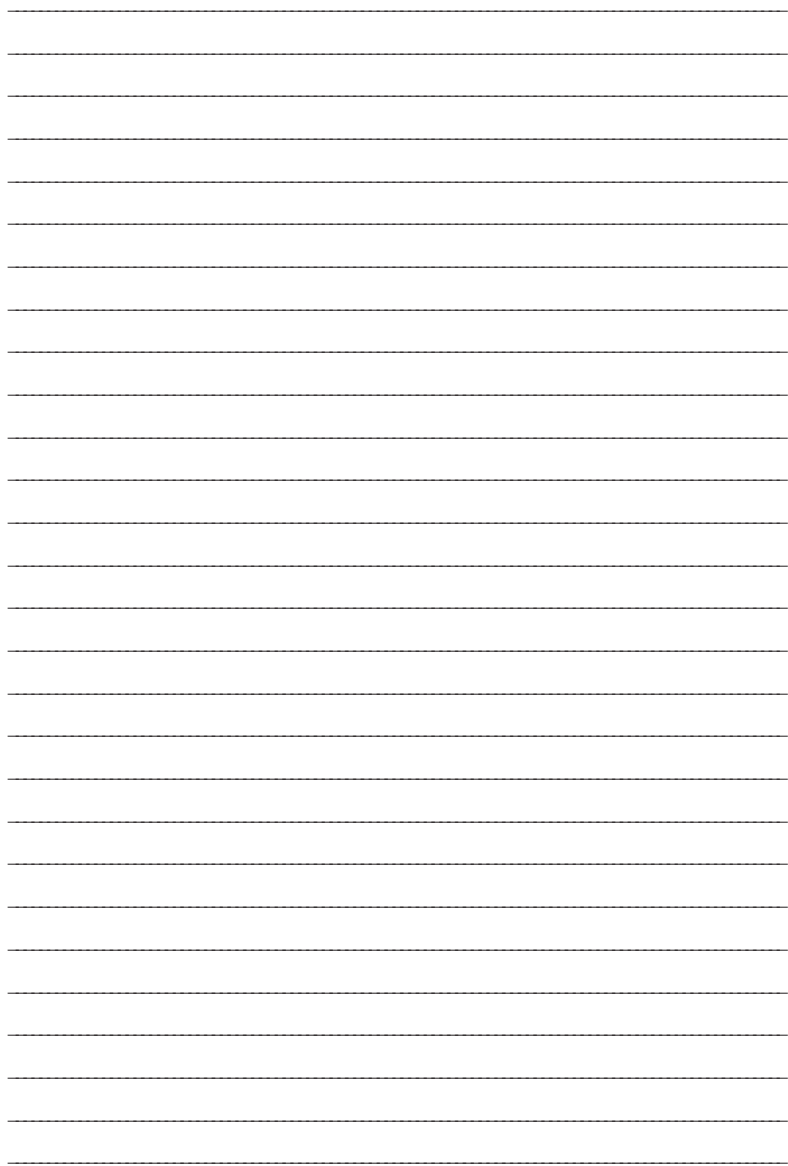
19. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, et al. Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet*. 2017;390(10113): 2673—2734.

20. Mol A, Reijnierse EM, Bui Hoang PTS, et al. Orthostatic hypotension and physical functioning in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev*. 2018;48:122—144.

21. Sorbi S, Hort J, Erkinjuntti T, Fladby T, Gainotti G, Gurvit H, Nacmias B, Pasquier F, Popescu BO, Rektorova I, Religa D, Rusina R, Rossor M, Schmidt R, Stefanova E, Warren JD, Scheltens P; EFNS Scientist Panel on Dementia and Cognitive Neurology. EFNS-ENS Guidelines on the diagnosis and management of disorders associated with dementia. *Eur J Neurol*. 2012;19(9):1159—79.

22. Ngo J, Holroyd-Leduc JM. Systematic review of recent dementia practice guidelines. *Age Ageing*. 2015;44(1):25—33.







**Коллектив авторов**

**КЛИНИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ  
В ГЕРИАТРИИ**

*Методические рекомендации*

Под редакцией *О. Н. Ткачевой*

# КЛИНИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ В ГЕРИАТРИИ

Методические рекомендации



Российский  
геронтологический  
научно-клинический  
центр