

УДК 616-053: 616-092.19: 616-056  
DOI 10.24411/2312-2935-2021-00028

## ВАЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА ЗДОРОВЬЯ, СВЯЗАННЫЕ СО СНИЖЕНИЕМ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ, У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

*О.В. Бочко*<sup>1</sup>, *Е.А. Воронина*<sup>2</sup>, *Э.В. Фесенко*<sup>3</sup>, *М.В. Курмышев*<sup>4</sup>, *А.А. Щекатуров*<sup>5</sup>, *Т.В. Евдокимова*<sup>6</sup>

<sup>1</sup> АНО НИМЦ «Геронтология», г. Москва

<sup>2</sup> Министерство социальной защиты населения Кузбасса, г. Кемерово

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

<sup>4</sup> ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н. А. Алексеева» Департамента  
Здравоохранения города Москвы, Москва

<sup>5</sup> Лечебно-реабилитационный клинический центр Минобороны России, филиал № 1, г.Химки

<sup>6</sup> ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов»  
Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, г. Санкт-Петербург

В последние годы развитие практической геронтологии ознаменовалось тем, что к реализации медицинских гериатрических реабилитационных практик все активнее подключается система социальной защиты. Однако для практики необходим удобный инструментарий для оценки расстройств здоровья, связанных со снижением индивидуальной жизнеспособности, у людей пожилого и старческого возраста.

**Цель:** изучить важные расстройства здоровья, связанные со снижением индивидуальной жизнеспособности, у людей пожилого и старческого возраста, и определить наиболее удобный инструментарий для их оценки.

**Материал и методы.** Было обследовано 1220 человек в возрасте 65 лет и старше, максимальный возраст составил 89 лет, средний возраст составил  $75,2 \pm 2,4$  года, мужчин – 501 чел., женщин – 719 чел. Все люди, включенные в исследование, проживали в домашних условиях. Из них получателями социальных услуг было 402 чел., не являлись таковыми – 818 чел. Данное обследование проведено на шести терапевтических участках поликлиник – по два из каждого региона, включенного в исследование, отобранных случайным методом.

**Результаты.** Авторами выявлено, что среди пациентов пожилого и старческого возраста, являющихся получателями социальных услуг, достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) были распространены такие расстройства здоровья, связанные со снижением индивидуальной жизнеспособности, как снижение когнитивных способностей, снижение двигательной активности, нарушения питания, потеря слуха и симптомы депрессии. Если в среднем у одного пациента пожилого и старческого возраста, не являющегося получателем социальных услуг, было выявлено  $1,7 \pm 0,03$  важное расстройство здоровья, снижающее индивидуальную жизнеспособность, то среди получателей социальных услуг этот показатель составил  $3,6 \pm 0,14$  ( $p < 0,05$ ). Как в рамках построения амбулаторно-поликлинической гериатрической помощи, так и клинической социальной геронтологической работы, необходима объективизация психологического статуса пациентов. Степени возрастной дискриминированности и субъективного восприятия одиночества достоверно выше были у получателей социальных услуг ( $p < 0,05$ ). Причем сред них доли людей с высокой и средней степенями одиночества была

достоверно выше, а с низкой – достоверно ниже, чем среди пациентов, которые не являлись получателями социальных услуг. Частота и структура синдрома падений была достоверно ( $p < 0,05$ ) более неблагоприятной у получателей социальных услуг.

**Заключение.** Среди людей – потребителей социальных услуг, имеют место достоверные различия в распространенности таких нарушений функциональности, как нутритивные нарушения, когнитивные расстройства, двигательные и психологические нарушения, высокий риск острого функционального дефицита в сравнении с людьми, не являющимися получателями социальных услуг. Скрининговый инструмент Всемирной организации здравоохранения «Интегрированная помощь для пожилых людей» («Integrated care for older people», ICOPE) является эффективным средством оценки функциональности в клинической социальной геронтологической работе.

**Ключевые слова:** жизнеспособность, пожилой возраст, функциональные дефициты.

## IMPORTANT HEALTH DISORDERS ASSOCIATED WITH INTRINSIC CAPACITY DECREASE IN THE ELDERLY AND SENILE AGE

*O. V. Bochko*<sup>1</sup>, *E. A. Voronina*<sup>2</sup>, *E. V. Fesenko*<sup>3</sup>, *M. V. Kurmyshev*<sup>4</sup>, *Schekaturov A. A.*<sup>5</sup>,  
*T. V. Evdokimova*<sup>6</sup>

<sup>1</sup>*Independent noncommercial organization «Research Medical Centre «GERONTOLOGY», Moscow*

<sup>2</sup>*Ministry of Social Protection of the population of Kuzbass, Kemerovo*

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

<sup>4</sup>*SBHI «Psychiatric clinical hospital №1 named after N. A. Alekseev» of the Department of Healthcare of Moscow, Moscow*

<sup>5</sup>*Branch One, Treatment and Rehabilitation Clinical Center, Ministry of Defense of Russia, Khimki, Moscow Region*

<sup>6</sup>*The Federal State Budgetary Institution «Saint - Petersburg Postgraduate Institute of Medical experts» of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation, Saint Petersburg*

In recent years, the development of practical gerontology has been marked by the fact that the social protection system is increasingly involved in the implementation of medical geriatric rehabilitation practices. However, the practice requires a convenient tool for assessing health disorders associated with a decrease in intrinsic capacity in elderly and senile people.

**Purpose:** to study important health disorders associated with a decrease in intrinsic capacity in elderly and senile people, and to determine the most convenient tools for their assessment.

**Material and methods.** 1220 people aged 65 years and older were examined, the maximum age was 89 years, the average age was  $75.2 \pm 2.4$  years, men-501 people, women-719 people. All the people included in the study lived at home. Of these, 402 people were recipients of social services, and 818 people were not. This survey was conducted in six therapeutic areas of outpatients' clinic – two from each region included in the study, selected by a random method.

**Results:** The authors found that among elderly and senile patients who are recipients of social services, such health disorders associated with a decrease in intrinsic capacity, such as cognitive decline, decreased motor activity, nutritional disorders, hearing loss and symptoms of depression, were significantly more common ( $p < 0.05$ ). If, on average, one elderly and senile patient who is not a recipient of social services was found to have  $1.7 \pm 0.03$  important health disorders that reduce intrinsic

capacity, then among the recipients of social services, this indicator was  $3.6 \pm 0.14$  ( $p < 0.05$ ). As part of the construction of outpatient geriatric care, as well as clinical social gerontological work, it is necessary to objectify the psychological status of patients. The degree of age discrimination and subjective perception of loneliness were significantly higher in the recipients of social services ( $p < 0.05$ ). Moreover, among them, the proportion of people with high and medium degrees of loneliness was significantly higher, and with low – significantly lower than among patients who were not recipients of social services. The frequency and structure of the fall syndrome was significantly ( $p < 0.05$ ) more unfavorable in the recipients of social services.

**Conclusion:** Among people who use social services, there are significant differences in the prevalence of functional disorders such as nutritional disorders, cognitive disorders, motor and psychological disorders, and a high risk of acute functional deficits in comparison with people who are not recipients of social services. The World Health Organization's Integrated Care for Older People (ICOPE) screening tool is an effective tool for assessing functionality in clinical social gerontology work.

**Keywords:** intrinsic capacity, elderly age, functional deficits.

**Введение.** В последние годы развитие практической геронтологии ознаменовалось тем, что к реализации медицинских гериатрических реабилитационных практик все активнее подключается система социальной защиты. Претерпевает изменения идеология социальной работы с людьми пожилого и старческого возраста. В основе этих процессов лежит сформировавшаяся потребность в долговременном уходе, которая предполагает сопровождение от первых признаков потери человеком старшего возраста его функциональности до ведения в последний период жизни [1,2]. В итоге целью долговременного ухода является максимальное продление независимости человека от окружающей помощи. Сформировалось отдельное направление – клиническая социальная работа, и как его часть – клиническая социальная геронтологическая работа. Это совпало с другими качественными изменениями в понимании того, что такое пожилой и старческий возраст. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) декларирует, что здоровое старение – это не старение без болезней, это старение с возможными болезнями, но с сохраненной функциональностью. Однако для практики необходим удобный инструментарий для оценки расстройств здоровья, связанных со снижением индивидуальной жизнеспособности, у людей пожилого и старческого возраста [3,4,5].

**Цель работы** – изучить важные расстройства здоровья, связанные со снижением индивидуальной жизнеспособности, у людей пожилого и старческого возраста, и определить наиболее удобный инструментарий для их оценки.

**Материал и методы исследования.** Было обследовано 1220 человек в возрасте 65 лет и старше, максимальный возраст составил 89 лет, средний возраст составил  $75,2 \pm 2,4$  года,

мужчин – 501 чел., женщин – 719 чел. Все люди, включенные в исследование, проживали в домашних условиях. Из них получателями социальных услуг было 402 чел., не являлись таковыми – 818 чел. Критериями включения в исследование были: возраст 65-89 лет, отсутствие когнитивных расстройств, препятствующих участию в исследовании, отсутствие онкологических заболеваний, отсутствие тяжелых заболеваний с первой группой инвалидности. Критерии исключения: возраст младше 65 и старше 89 лет, наличие когнитивных расстройств, препятствующих участию в исследовании, наличие онкологических заболеваний, наличие тяжелых заболеваний с первой группой инвалидности. Данное обследование проведено на шести терапевтических участках поликлиник – по два из каждого региона, включенного в исследование, отобранных случайным методом.

Для оценки функциональных способностей использовался скрининговый инструмент Всемирной организации здравоохранения «Интегрированная помощь для пожилых людей» («Integrated care for older people», ICOPE), предусматривающая оценку важных расстройств здоровья, связанных со снижением индивидуальной жизнеспособности, а именно следующих параметров: когнитивные способности, двигательная активность, нарушения питания, нарушение зрения, потеря слуха, симптомы депрессии. Помимо этого была проведена комплексная гериатрическая оценка. Нутритивный статус оценивали по шкале «Миниоценка нутритивного статуса» («Mini Nutrition Assessment», MNA). Для оценки уровней депрессии применялась шкала Бека. Когнитивные функции оценивались при помощи «Краткой шкалы ментального статуса» («Mini Mental Scale Examination», MMSE). Функция движения оценивалась по «Шкале оценки ходьбы и равновесия» (Tinetti «Gait & Balance Instrument»). Также проводилась кистевая динамометрия. Сенсорные функции оценивались по результатам офтальмологического и оториноларингологического (аудиометрического) обследования, проводимого соответствующими специалистами.

Кроме этого, все люди были исследованы с применением «Шкалы субъективного восприятия возрастной дискриминированности E. Palmore» и «Тест-опросника субъективного ощущения одиночества Рассела-Фергюсона».

В ходе данного этапа был проведен корреляционный анализ между результатами оценки важных расстройств здоровья, связанных со снижением индивидуальной жизнеспособности, выявленных по шкале ICOPE, с наличием соответствующих гериатрических синдромов.

Риск острого функционального дефицита проводился по изучению частоты синдрома падений.

В ходе исследования применялись методы параметрической (расчет абсолютных и средних величин и их сравнительный анализ) и непараметрической статистики (корреляционный анализ, метод Аптона). Результаты считались достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение.** В ходе исследования мы провели сравнительный анализ важных расстройств, связанных со снижением индивидуальной жизнеспособности, у людей пожилого возраста в соответствии с подходами Всемирной организации по системе ICOPE (таблица 1).

**Таблица 1**

Распространенность важных расстройств здоровья, связанные со снижением индивидуальной жизнеспособности, у людей пожилого и старческого возраста, выявленных при применении скринингового механизма ВОЗ ICOPE

<i>Расстройства здоровья по системе ICOPE</i>	<i>Распространенность расстройств здоровья (абс. (на 100 чел.))</i>		<i>p</i>
	<i>Пациенты, не являющиеся получателями социальных услуг (n=818)</i>	<i>Пациенты, являющиеся получателями социальных услуг (n=402)</i>	
Снижение когнитивных способностей	112 (13,7)	318 (79,1)	<0,05
Снижение двигательной активности	418 (51,1)	387 (96,2)	<0,05
Нарушения питания	24 (2,9)	117 (29,1)	<0,05
Нарушения зрения	756 (92,4)	370 (92,0)	>0,05
Потеря слуха	47 (5,7)	82 (20,4)	<0,05
Симптомы депрессии	37 (4,5)	158 (39,3)	>0,05
Всего	1394 (170,4)	1432 (356,2)	<0,05

Оказалось, что среди пациентов пожилого и старческого возраста, являющихся получателями социальных услуг, достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) были распространены такие расстройства здоровья, связанные со снижением индивидуальной жизнеспособности, как снижение когнитивных способностей, снижение двигательной активности, нарушения питания, потеря слуха и симптомы депрессии. Вместе с тем, достоверных отличий в распространенности нарушений зрения не было ( $p > 0,05$ ). Также обращал на себя внимание

тот факт, что если в среднем у одного пациента пожилого и старческого возраста, не являющегося получателем социальных услуг, было выявлено  $1,7 \pm 0,03$  важное расстройство здоровья, снижающее индивидуальную жизнеспособность, то среди получателей социальных услуг этот показатель составил  $3,6 \pm 0,14$  ( $p < 0,05$ ).

Для оценки возможности применения скринингового подхода ICOPE к оценке функциональности человека в рамках клинической социальной геронтологической работы нами было предложено соотнести результаты скрининга важных расстройств здоровья по системе ICOPE с результатами комплексной гериатрической оценки (таблица 2).

**Таблица 2**

Корреляции между оценкой функциональности важных расстройств здоровья, снижающих индивидуальную жизнеспособность, определенных по системе ICOPE с результатами комплексной гериатрической оценки

<i>Расстройства здоровья по ICOPE - подтверждение по КГО</i>	<i>Распространенность расстройств здоровья среди всех пациентов (n=1220) (абс. (на 100 чел.)</i>		<i>r, p</i>
	<i>по ICOPE</i>	<i>по КГО</i>	
Снижение когнитивных способностей – синдром когнитивного дефицита	430 (35,2)	417 (34,2)	+0,967, <0,05
Снижение двигательной активности – синдром гипомобильности	805 (66,0)	804 (65,9)	+0,973, <0,05
Нарушения питания – синдром мальнутриции либо риск развития	111 (9,1)	92 (7,5)	+0,882, <0,05
Нарушения зрения – сенсорный дефицит (снижение зрения либо отсутствие адекватной коррекции)	1126 (92,3)	1124 (92,1)	+0,984, <0,05
Потеря слуха – сенсорный дефицит (снижение слуха либо отсутствие адекватной коррекции)	129 (10,6)	125 (10,2)	+0,945, <0,05
Симптомы депрессии – синдром депрессии у пожилых	195 (16,0)	162 (13,3)	+0,862, <0,05

Оказалось, что результаты оценки важных расстройств здоровья, связанных со снижением индивидуальной жизнеспособности, полученные по системе ICOPE, достоверно ( $p < 0,05$ ) коррелировали с результатами комплексной гериатрической оценки, что позволило

рекомендовать данный подход к оценке функциональности человека в рамках клинической социальной геронтологической работы.

Как в рамках построения амбулаторно-поликлинической гериатрической помощи, так и клинической социальной геронтологической работы, необходима объективизация психологического статуса пациентов. В этой связи мы оценили ряд показателей этой сферы (таблица 3).

**Таблица 3**

Некоторые показатели психологического статуса пациентов пожилого и старческого возраста

<i>Расстройства здоровья</i>	<i>Пациенты, не являющиеся получателями социальных услуг (n=818)</i>	<i>Пациенты, являющиеся получателями социальных услуг (n=402)</i>
Синдром одиночества (по шкале Рассела-Фергюсона), средний балл	12,2±2,3	33,6±4,6*
Возрастная дискриминированность (по шкале E. Palmore), средний балл	42,3±2,8	76,9±4,0*

\*  $p < 0,05$  по сравнению с пациентами, не являющимися получателями социальных услуг

Оказалось, что степени возрастной дискриминированности и субъективного восприятия одиночества достоверно выше были у получателей социальных услуг ( $p < 0,05$ ). Причем среди них доли людей с высокой и средней степенями одиночества была достоверно выше, а с низкой – достоверно ниже, чем среди пациентов, которые не являлись получателями социальных услуг.

В частности, среди людей, не являющихся получателями услуг, высокую степень субъективного восприятия одиночества имели 20 из 818 чел. (2,4 на 100 чел.), среднюю – 197 из 818 (24,1 на 100 чел.), низкую – 601 из 818 (73,5 на 100 чел.). Среди людей, являющихся получателями услуг, высокую степень субъективного восприятия одиночества имели 66 из 402 чел. (16,4 на 100 чел.), среднюю – 152 из 402 (37,8 на 100 чел. ,  $p < 0,05$  по сравнению с пациентами, не являющимися получателями социальных услуг), высокую – 184 из 402 (45,8 на 100 чел.,  $p < 0,05$  по сравнению с пациентами, не являющимися получателями социальных услуг).

В рамках первого этапа исследования мы также решили оценить риск развития острого функционального дефицита. В качестве критерия риска мы избрали такой показатель как частота и количество падений в предшествующий исследованию год. Оказалось, что частота и структура синдрома падений была достоверно ( $p < 0,05$ ) более неблагоприятной у получателей социальных услуг.

В частности, среди людей, не являющихся получателями услуг, частоту падений 3 и более в год имели 2 из 818 чел. (0,2 на 100 чел.), 2 в год – 6 из 818 (0,7 на 100 чел.), 1 в год – 67 из 818 (8,3 на 100 чел.), не имели синдром падений 743 из 818 чел. (90,8 на 100 чел.). Среди людей, являющихся получателями услуг, частоту падений 3 и более в год имели 18 из 402 чел. (4,5 на 100 чел.), 2 в год – 48 из 402 (11,9 на 100 чел.), 1 в год – 272 из 402 (67,7 на 100 чел.), не имели синдром падений 64 из 402 чел. (15,9 на 100 чел.), для всех вариантов  $p < 0,05$  по сравнению с пациентами, не являющимися получателями социальных услуг.

#### **Выводы.**

1. Среди людей – потребителей социальных услуг, имеют место достоверные различия в распространенности таких нарушений функциональности, как нутритивные нарушения, когнитивные расстройства, двигательные и психологические нарушения, а также у них имеет место достоверно более высокий риск острого функционального дефицита в сравнении с людьми, не являющимися получателями социальных услуг.

2. Скрининговый инструмент Всемирной организации здравоохранения «Интегрированная помощь для пожилых людей» («Integrated care for older people», ICOPE), предусматривающий оценку важных расстройств здоровья, связанных со снижением индивидуальной жизнеспособности, а именно следующих параметров: когнитивные способности, двигательная активность, нарушения питания, нарушение зрения, потеря слуха, симптомы депрессии, является эффективным средством оценки функциональности в клинической социальной геронтологической работе.

#### **Список литературы**

1. Ильницкий А.Н., Старцева О.Н., Прощаев К.И., Рождественская О.А. Долговременный уход за пожилым человеком: фокус на индивидуальную жизнеспособность. Врач. 2020; 31 (6): 5-9

2. Ильницкий А.Н., Потапов В.Н., Прощаев К.И., Горелик С.Г., Кравченко Е.С., Жириков А.В., Таукенова Л.И. Взаимодействие геронтологических школ в современном мире:



фокус на обеспечение индивидуальной и возрастной жизнеспособности. Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2020; 1: 86-94

3. Huang CH, Umegaki H, Makino T, Uemura K, Hayashi T, Kitada T, Inoue A, Shimada H, Kuzuya M. Effect of Various Exercises on Intrinsic Capacity in Older Adults With Subjective Cognitive Concerns. *J Am Med Dir Assoc.* 2020; 5:S1525-8610(20)30570-3. doi: 10.1016/j.jamda.2020.06.048

4. Charles A, Buckinx F, Locquet M, Reginster JY, Petermans J, Gruslin B, Bruyère O. Prediction of Adverse Outcomes in Nursing Home Residents According to Intrinsic Capacity Proposed by the World Health Organization. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2020; 75(8):1594-1599. doi: 10.1093/gerona/glz218

5. Buckinx F, Croisier JL, Reginster JY, Lenaerts C, Brunois T, Rygaert X, Petermans J, Bruyère O. Prediction of the Incidence of Falls and Deaths Among Elderly Nursing Home Residents: The SENIOR Study. *J Am Med Dir Assoc.* 2018; 19(1): 18-24. doi: 10.1016/j.jamda.2017.06.014

### References

1. Il'nitski A., Starceva O., Prashchayeu K., Rozhdestvenskaya O. Dolgovremennyj uhod za pozhilym chelovekom: fokus na individual'nuju zhiznesposobnost' [Long-term care in elderly person: focus on individual viability]. *Vrach [Doctor].* 2020; 31 (6): 5-9.

2. Il'nickij A.N., Potapov V.N., Proshhaev K.I. Vzaimodejstvie gerontologicheskikh shkol v sovremennom mire: fokus na obespechenie individual'noj i vozrastnoj zhiznesposobnosti [Interaction of gerontological schools in the modern world: focus on ensuring individual and age-related viability]. *Vestnik Vserossijskogo obshhestva specialistov po mediko-social'noj jekspertize, reabilitacii i reabilitacionnoj industrii [Bulletin of the All-Russian Society of Specialists in Medical and Social Expertise, Rehabilitation and Rehabilitation Industry].* 2020; 1: 86-94.

3. Huang CH, Umegaki H, Makino T, Uemura K, Hayashi T, Kitada T, Inoue A, Shimada H, Kuzuya M. Effect of Various Exercises on Intrinsic Capacity in Older Adults With Subjective Cognitive Concerns. *J Am Med Dir Assoc.* 2020; 5:S1525-8610(20)30570-3. doi: 10.1016/j.jamda.2020.06.048.

4. Charles A, Buckinx F, Locquet M, Reginster JY, Petermans J, Gruslin B, Bruyère O. Prediction of Adverse Outcomes in Nursing Home Residents According to Intrinsic Capacity

Proposed by the World Health Organization. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2020; 75(8):1594-1599.  
doi: 10.1093/gerona/glz218.

5. Buckinx F, Croisier JL, Reginster JY, Lenaerts C, Brunois T, Rygaert X, Petermans J, Bruyère O. Prediction of the Incidence of Falls and Deaths Among Elderly Nursing Home Residents: The SENIOR Study. J Am Med Dir Assoc. 2018;19(1):18-24. doi: 10.1016/j.jamda.2017.06.014.

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Acknowledgments.** The study did not have sponsorship.

**Conflict of interests.** The authors declare no conflict of interest.

#### Сведения об авторах

**Бочко Олеся Викторовна** – научный сотрудник отдела клинической геронтологии, Автономная некоммерческая организация «Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология» (АНО «НИМЦ «Геронтология»), 125371, г. Москва, Волоколамское шоссе, 116, стр. 1, оф. 321; e-mail: doctorolesyabochko@gmail.com, ORCID 0000-0002-6940-3495.

**Воронина Елена Анатольевна** – кандидат медицинских наук, Министр социальной защиты населения Кузбасса, Министерство социальной защиты населения Кузбасса, 650991, Кемеровская Область - Кузбасс область, г. Кемерово, Кузнецкий проспект, дом 19 корпус а, e-mail: [depart@dszngo.ru](mailto:depart@dszngo.ru).

**Фесенко Эльвира Витальевна** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапии, гериатрии и антивозрастной медицины, Академия постдипломного образования Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства», 125371, Москва, Волоколамское шоссе, 91, e-mail: [longtermcare.fmba@gmail.com](mailto:longtermcare.fmba@gmail.com). ORCID 0000-0003-2187-5060; SPIN-код – 8131-1586.

**Курмышев Марат Витальевич** – кандидат медицинских наук, заместитель главного врача ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н. А. Алексеева» Департамента Здравоохранения города Москвы, 117152, г. Москва, Загородное шоссе, д. 2, тел. +7-925-100-66-45, e-mail: [5086773@mail.ru](mailto:5086773@mail.ru). SPIN-код: 7335-0243

**Щекатуров Алексей Анатольевич** – начальник офтальмологического отделения, Филиал № 1 ФГБУ «Лечебно-реабилитационный клинический центр» МО РФ (Центральный военный госпиталь, г. Химки), Московская область, 141408, г. Химки, мкр. Планерная, владение 14. e-mail: [schekaturov@list.ru](mailto:schekaturov@list.ru)

**Евдокимова Тамара Валентиновна** - заведующий отделом Экспертизы временной нетрудоспособности и Обязательного медицинского страхования, врач-терапевт (эксперт) СПб ГБУЗ «Городская многопрофильная больница №2», 194354, Санкт-Петербург, Учебный пер. д. 5. Ассистент кафедры терапии МСЭ и реабилитации №2, Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Санкт-

Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации (ФГБУ ДПО СПбИУВЭК Минтруда России), 194044, г. Санкт-Петербург, Большой Сампсониевский пр., д. 11/12; e-mail: yrtonik71@mail.ru; ORCID ID: 0000-0002-6443-8170.

#### About the authors

**Bochko Olesya Viktorovna** – research associate of the Department of clinical gerontology – Independent noncommercial organization «Research Medical Centre «GERONTOLOGY», 125371, Moscow, Volokolamskoe highway, 116, b.1, of. 321; e-mail: doctorolesyabocho@gmail.com., ORCID 0000-0002-6940-3495.

**Voronina Elena Anatolievna** – PhD in Medical sciences, Minister of Social Protection of the population of Kuzbass, Ministry of Social Protection of the population of Kuzbass, 650991, Kemerovo Region - Kuzbass Region, Kemerovo, Kuznetsky Avenue, 19 building a, e-mail: [depart@dsznko.ru](mailto:depart@dsznko.ru).

**Fesenko Elvira Vitalievna** - PhD in Medical sciences, associate professor of Department of Internal Diseases, Geriatrics and Anti-aging Medicine, Academy of postgraduate education under FSBU FSCC of FMBA of Russia, 125371, Russia, Moscow, Volokolamskoe highway, 91, e-mail: longtermcare.fmba@gmail.com, ORCID 0000-0003-2187-5060, SPIN-код – 8131-1586.

**Kurmyshev Marat Vitalevich** – Ph.D. in Medical sciences, Deputy Chief Medical Officer of GBUS "Psychiatric Clinical Hospital №1 by N.A. Alexeyev" of the Department of Health of Moscow, 117152, Moscow, Suburban Highway, 2, +7-925-100-66-45, e-mail: [5086773@mail.ru](mailto:5086773@mail.ru). SPIN-код: 7335-0243

**Schekaturov Aleksej Anatol'evich** - Head of eye department, Branch One, Treatment and Rehabilitation Clinical Center, Ministry of Defense of Russia, Khimki, Moscow Region 141408; mkr. Planernaja, vladenie 14, e-mail: schekaturov@list.ru

**Evdokimova Tamara Valentinovna** - head of the Department of Examination of temporary disability and Compulsory medical insurance, General practitioner (expert) "City hospital№2", 194354, St. Petersburg, Learning lane., 5. Assistant Professor of ITU therapy and rehabilitation No. 2, The Federal State Budgetary Institution «Saint - Petersburg Postgraduate Institute of Medical experts» of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation, 194044, Saint Petersburg, Bol'shoj Sampsonievskij pr., d.11/12; e-mail: yrtonik71@mail.ru; ORCID ID: 0000-0002-6443-8170.

Статья получена: 20.01.2021 г.  
Принята к публикации: 25.03.2021 г.