

УДК 616-01: 616-056: 616-053.89
DOI 10.24411/2312-2935-2020-00032

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К КОМПЛЕКСНОЙ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ В СТАЦИОНАРЕ: РЕЗУЛЬТАТЫ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА

Е.С. Кравченко¹, Э.В. Фесенко², Е.А. Воронина³, О.А. Рождественская²

¹ *Свердловский областной клинический психоневрологический госпиталь для ветеранов войн, г. Екатеринбург*

² *Академия постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, г. Москва*

³ *Департамент социальной защиты населения Кемеровской области, г. Кемерово*

Актуальность. Подход к ведению пациентов пожилого и старческого возраста с точки зрения гериатрических синдромов и концепта старческой астении во многом предопределяет качество оказываемой помощи и ее эффективность. Многообразие полиморбидной патологии и сложность курации указанной категории пациентов, безусловно, требует особого индивидуального подхода, что как раз и может обеспечить оценка гериатрического статуса и диагностика синдрома старческой астении. Однако в условиях развивающейся науки и практики нужны новые инструменты, в том числе и для определения функционального резерва. В свете вышесказанного все большую актуальность приобретает оценка возрастной жизнеспособности, методика которой и была использована в оригинальном исследовании.

Цель: изучить возможность и целесообразность расширения комплексной гериатрической оценки (КГО) путем оценки возрастной жизнеспособности в условиях круглосуточного терапевтического стационара.

Материалы и методы. В исследование включено 132 пациента, из них – 84 женщины и 48 мужчин (35,0 %), возраст составил 60 – 89 лет, средний возраст – 70,2±2,2 года. Все пациенты были обследованы согласно утверждённым клиническим рекомендациям по различным нозологическим формам, а так же проведена комплексная гериатрическая оценка и применены методы оценки возрастной жизнеспособности (ВЖ). При этом проводилось хронометрирование каждого случая КГО.

Результаты: Хронометрирование расширенной КГО с включением определения ВЖ у пожилых пациентов терапевтического круглосуточного стационара позволило определить средние показатели затраченного времени: участие среднего медицинского персонала в некоторых этапах КГО составило 12,7±0,3 минуты и в некоторых этапах тестирования ВЖ – 36,2±1,2 минуты, участие лечащего врача в интерпретации и проведении некоторых этапов КГО составило 27,3±0,6 минуты, в интерпретации результатов тестирования ВЖ – 15,0±0,7 минут. В ходе исследования выявлено, что использование опросников ВЖ позволяет лучше узнать психологический портрет пациента и выстроить тактику общения врача с пациентом, способствует развитию более доверительных отношений в паре «врач-пациент» и большей приверженности пациента к лечению и советам врача. Анализ отдельных локусов ВЖ позволил сформировать 4 группы пациентов и разработать оригинальный индивидуальный алгоритм комплексной работы с пациентом.

Заключение. Отдельно взятые результаты комплексной гериатрической оценки не всегда дают объективное представление о резервных возможностях пожилого человека без проведения тестирования ВЖ. Новый подход в геронтологии и гериатрии, а именно оценки

гериатрического статуса и возрастной жизнеспособности, позволит повысить эффективность оказываемой помощи лицам старших возрастных групп, а также учитывать функциональный резерв пациента при составлении мультимодальных программ реабилитации.

Ключевые слова: пожилой возраст, старческая астения, комплексная гериатрическая оценка, возрастная жизнеспособность.

NEW APPROACHES TO THE COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSMENT IN THE HOSPITAL: THE RESULTS OF THE PILOT PROJECT

E.S. Kravchenko¹, E.V. Fesenko², E.A. Voronina³, O.A. Rozhdestvenskaya²

¹ *Sverdlovsk regional clinical psychoneurological hospital for war veterans, Yekaterinburg*

² *Academy of postgraduate education under FSBU FSCC of FMBA of Russia, Moscow*

³ *Department of social protection of the population of the Kemerovo region, Kemerovo*

Topicality. The approach to the management of elderly and senile patients in the terms of geriatric syndromes and the concept of frailty determines the quality of the medical care and its effectiveness largely. The diversity of multimorbid pathology and the complexity of curation of this patient population require a special personalized approach, of course, which can be provided by using the assessment of the geriatric status and the diagnosis of frailty syndrome. However, in the context of developing science and practice, new tools are needed, including that which can determine the functional reserve. From this perspective, the assessment of resilience, which methodology was used in the original study, is becoming increasingly relevant.

Goal of the research: to study the possibility and the practicability of developing the comprehensive geriatric assessment (CGA) use by assessing the resilience under the conditions of a 24-hour medical hospital.

Materials and methods. The study included 22 patients, among them 14 women and 8 men (35.0%), the age was 60 - 89 years, and the average age was 70.2 years. All the patients were examined according to the approved clinical guidelines for various nosological entities, as well as a comprehensive geriatric assessment and methods of resilience assessment (RA) were applied. At the same time, each case of comprehensive geriatric assessment was timed.

Obtained results: Timing of the expanded CGA with the determination of RA for elderly patients from 24-hour medical hospital made it possible to determine the mean value of the time spent: the participation of middle medical personnel on some stages of the CGA amounted to 12,7±0,3 minutes and on some stages of the RA - 36,2±1,2 minutes, the participation of the attending physician in the interpretation and carrying out certain stages of the CGO amounted to 27,3±0,6 minutes, in the interpretation of the RA results - 15,0±0,7minutes. The study revealed that the use of RA questionnaires allows to know the patient's psychological profile better and to develop the tactics of communication between the doctor and the patient. It also promotes building more trusting relationships in the doctor-patient pair and contributes a greater adherence to the treatment and patient compliance. The analysis of the individual loci of RA allowed to form 4 groups of patients and to develop an original individual algorithm for a comprehensive work with the patient.

Conclusion. Certain select results of a comprehensive geriatric assessment do not always demonstrate an objective perception of an elderly person's reserve capabilities without using a resilience assessment. A new approach in gerontology and geriatrics, especially assessment of geriatric status and resilience, will increase the effectiveness of medical care provided to people of

the older age groups, as well as take into account the patient's functional reserve during the multimodal rehabilitation programs are being made.

Keyword: elderly age, frailty, comprehensive geriatric assessment, resilience

Актуальность. Демографические тенденции современности имеют ряд особенностей: вторая половина XX века характеризовалась значительными изменениями возрастной структуры населения с тенденцией к увеличению в популяции лиц пожилого и старческого возраста, а современные тенденции в самой популяции пожилых людей заключаются в увеличении удельного веса одиноко (или свободно) проживающих и продолжающих профессиональную деятельность пожилых людей, которые для успешного выживания в современном мире должны не только сохранить приобретённые в течение всей своей жизни навыки, но и овладеть новыми. С этих мировоззренческих позиций мы уже не можем рассматривать пожилого человека исключительно через призму выявления дефицитов, на чём основана концепция старческой астении (англ. frailty), и, соответственно, сложившаяся система комплексной гериатрической оценки. Тенденции последних лет диктуют нам необходимость исследовать и оценивать потенциал и скрытые резервы пожилого человека, что лежит в основе концепции возрастной жизнеспособности (англ. *Resilience*) – совокупности имеющихся всех физических и психических способностей, которые человек может использовать в любой момент времени для успешного решения актуальных задач [1,2]. Возрастную жизнеспособность можно охарактеризовать как био-психо-социальный феномен у лиц пожилого и старческого возраста, который заключается в возможности мобилизации ресурсов индивидуальной жизнеспособности на поддержание функциональной способности гериатрического пациента при воздействии неблагоприятных факторов внутренней или внешней среды [2].

Цель: изучить возможность и целесообразность расширения комплексной гериатрической оценки (КГО) путем оценки возрастной жизнеспособности в условиях круглосуточного терапевтического стационара.

Материалы и методы. Данное исследование представляло собой пилотный проект. Базами исследования были терапевтическое отделение № 26 (зав.отд. – Кравченко Е.С.) Свердловского областного клинического психоневрологического госпиталя для ветеранов войн (начальник госпиталя – Забродин О.В.) и клинические базы кафедры терапии, гериатрии и антивозрастной медицины Академии постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России (зав.каф. – д.м.н., проф. Ильницкий А.Н.). Доля пациентов пожилого и

старческого возраста в период 2017-2019 гг. составила 66,0%, что побудило внедрить комплексную гериатрическую оценку и адаптировать ее для применения в круглосуточном терапевтическом стационаре.

В исследование включено 132 пациента, из них – 84 женщин и 48 мужчин (35,0 %), возраст составил 60 – 89 лет, средний возраст – $70,2 \pm 2,2$ года. Критерии включения: возраст пациентов 60 лет и старше, госпитализация в плановом порядке. Критерии исключения: возраст пациентов моложе 60 лет, госпитализация по экстренным показаниям. У всех пациентов было получено согласие на участие в данном исследовании.

Все пациенты были обследованы согласно утверждённым клиническим рекомендациям по различным нозологическим формам.

КГО проводили в соответствии с методическими рекомендациями «Клинические тесты в гериатрии» (2019) [3]. В итоге КГО включала в себя следующий набор тестов и шкал: антропометрические измерения (массу тела, рост, кистевую динамометрию), опросник «Возраст не помеха», нумерологическую оценочную шкалу боли, краткую батарею тестов физического функционирования, шкалу оценки риска падений в стационаре, гериатрическую шкалу депрессии и шкалу тревоги, краткую шкалу оценки питания (Mini Nutritional assessment, MNA), шкалу Бартел, шкалу инструментальной активности в повседневной жизни (Activities of daily living, IADL), краткую шкалу оценки психического статуса MMSE (Mini-Mental State Examination, MMSE), оценку когнитивных функций с помощью Монреальской шкалы (Montreal Cognitive Assessment, МОСА-тест).

КГО была расширена путем применения методов оценки возрастной жизнеспособности (ВЖ). Для оценки возрастной жизнеспособности принято решение апробировать применение следующих опросников: «Шкалу жизнеспособности Коннор и Дэвидсона» [4], «Шкалу многомерной индивидуальной и межличностной оценки возрастной жизнеспособности» (ultidimensional individual and interpersonal resilience measure, MIIRM) [5], «Шкалу RSA» (Resilience Scale for Adults, Friborg 2003 г.) [4], тест А.В. Махнач «Жизнеспособность взрослого человека» [6].

При выборе опросников руководствовались следующими критериями: 1) должен быть валидизирован для использования у лиц пожилого и старческого возраста; 2) вопросы теста должны быть сформулированы максимально понятно для респондента; 3) опросник должен охватывать разные аспекты жизни, определяющие формирование у пациента

индивидуальной жизнеспособности; 4) интерпретация результатов опросника должна быть максимально удобной для врача.

При проведении КГО использовался следующий методический подход: часть шкалирования и тестирования проводила медицинская сестра, а оставшуюся часть и интерпретацию – лечащий врач. При этом проводилось хронометрирование каждого случая КГО.

В ходе работы применялись методы выкопировки данных из медицинской документации и параметрической медицинской статистики с расчетом средних и относительных величин.

Результаты и обсуждение. На всех этапах исследования проводилась оценка хронометрирования мероприятий с целью оценки затрат времени персонала и целесообразности внедрения оценки возрастной жизнеспособности в условиях круглосуточного терапевтического стационара. При анализе хронометрирования комплексной гериатрической оценки получены результаты, представленные в таблице 1.

Отдельного внимания заслуживает применение МОСА-теста. При проведении пилотной работы мы не ограничивались проведением теста MMSE и всем пациентам проводили МОСА-тест по следующим причинам:

- 1) он включает 11 комплексных заданий;
- 2) позволяет оценить оперативную память и ассоциативное мышление;
- 3) имеет ряд общих заданий с MMSE;
- 4) содержит тест рисования часов, являющийся чувствительным;
- 5) содержит тест копирования куба, позволяющий оценить праксис, а значит, поражение лобной доли;
- 6) пятисловная оценка запоминания и воспроизведения более чувствительна, чем трёхсловная;
- 7) учитывает уровень образования пациента.

Следует помнить, что некоторые разделы КГО предусматривают специализированную медицинскую помощь иного (нетерапевтического и негериатрического профиля). Это также позволило оптимизировать временной ресурс лечащего врача без потери полноты и качества КГО. Участие иных специалистов в КГО представлено в таблице 2.

Таблица 1

Оценка хронометрирования при проведении комплексной гериатрической оценки
 (средние временные затраты) (мин.)

<i>Участие среднего медицинского персонала в КГО, средние затраты в минутах</i>	<i>Участие лечащего врача в КГО, средние затраты в минутах</i>
<p><i>1-ый день:</i> Антропометрические измерения (рост , вес) – 1,0±0,1 мин Кистевая динамометрия – 1,0±0,03 мин Заполнение анкеты MNA- 2,0±0,2 мин</p> <p>Итого: 4,0±0,2 мин</p>	<p><i>1-ый день:</i> «Возраст не помеха» - 1,0±0,05 мин Интерпретация антропометрических данных и кистевой динамометрии- 1,0±0,03 мин Интерпретация MNA- 1,0±0,01 мин Оценочная шкала боли – 1,0±0,02 мин Оценка риска падений в стационаре- 1,0±0,1 мин</p> <p>Итого: 5,0±0,1 мин</p>
<p><i>2-3 й день:</i> по показаниям Шкала IADL- 1,6±0,1 мин Гериатрическая шкала депрессии- 1,5±0,2 мин Опросник тревоги в гериатрии– 1,0±0,1 мин</p> <p>Обязательно: Краткая батарея тестов физического функционирования – 4,6 мин ±0,1</p> <p>Итого: 8,7±0,1 мин</p>	<p><i>2-3 й день:</i> Заполнение и оценка шкалы Бартел – 1,0±0,2 мин Оценка шкалы IADL- 1,0 ±0,1 мин Оценка гериатрической шкалы депрессии- 1,0 ±0,2 мин Оценка опросника тревоги в гериатрии – 1,0±0,1 мин Проведение и интерпретация MMSE- 8,3±0,9 мин Проведение и интерпретация MoCa-теста - 15,0±1,4 минут</p> <p>Итого: 27,3±0,6 минут</p>

Таблица 2

Подходы к оптимизации комплексной гериатрической оценки
 в условиях терапевтического стационара

<i>Специалист</i>	<i>Раздел КГО</i>
Психиатр	Батарея лобных тестов Госпитальная шкала тревоги и депрессии
Невролог	Опросник для выявления нейропатической боли DN4
Офтальмолог	Оценка зрительных функций (таблица Розенбаума)

Как и при проведении комплексной гериатрической оценки, при проведении тестирования ВЖ проводилось хронометрирование с целью оценки реальной возможности применения в повседневной практике врача стационара КГО совместно с тестированием и оценкой ВЖ. Результаты хронометрирования представлены в таблице 3.

Таблица 3

Оценка хронометрирования при проведении исследования возрастной жизнеспособности
 (средние временные затраты)

<i>Участие среднего медицинского персонала в тестировании жизнеспособности пациентов, средние затраты в минутах</i>	<i>Участие лечащего врача в тестировании жизнеспособности пациентов, средние затраты в минутах</i>
Помощь при заполнении опросников : Опросник Коннор -Дэвидсона – 3,0±0,1 мин Опросник МПРМ- 1,4±0,1 мин Опросник RSA – 8,8±0,9 мин Тест А.В. Махнача – 23,0±2,4 мин Итого: 36,2±1,2 минут	Интерпретация данных опросников: Опросник Коннор и Дэвидсона – 1,0±0,02 мин Опросник МПРМ – 1,0±0,02 мин Опросник RSA – 1,0±0,04 мин Тест А.В. Махнача – 12,0±2,0 минут Итого: 15,0±0,7 минут

Общие суммарные затраты времени на КГО, дополненную с проведением и интерпретацией опросников ВЖ, представлены в таблице 4.

Таблица 4

Общие затраты времени на одного пациента при проведении комплексной гериатрической оценки и оценки возрастной жизнеспособности (мин.)

<i>Участие среднего медицинского персонала, средние затраты в минутах</i>	<i>Участие лечащего врача, средние затраты в минутах</i>
КГО - 8,6±0,9 минуты (КГО при работе со слабоумным пациентом-12,7±1,2 минут)	КГО – 27,3±1,9 минуты ВЖ – 15,0±1,1 минут
Опросники ВЖ – при работе со слабоумным пациентом 36,2±2,3 минуты ИТОГО: 8,6±0,9 минуты (при работе со слабоумным пациентом - 48,9±2,0 минут)	<u>ИТОГО</u> : 42,3±2,1 минуты

Хронометрирование расширенной КГО с включением определения ВЖ у пожилых пациентов терапевтического круглосуточного стационара позволило определить средние показатели затраченного времени: участие среднего медицинского персонала в некоторых

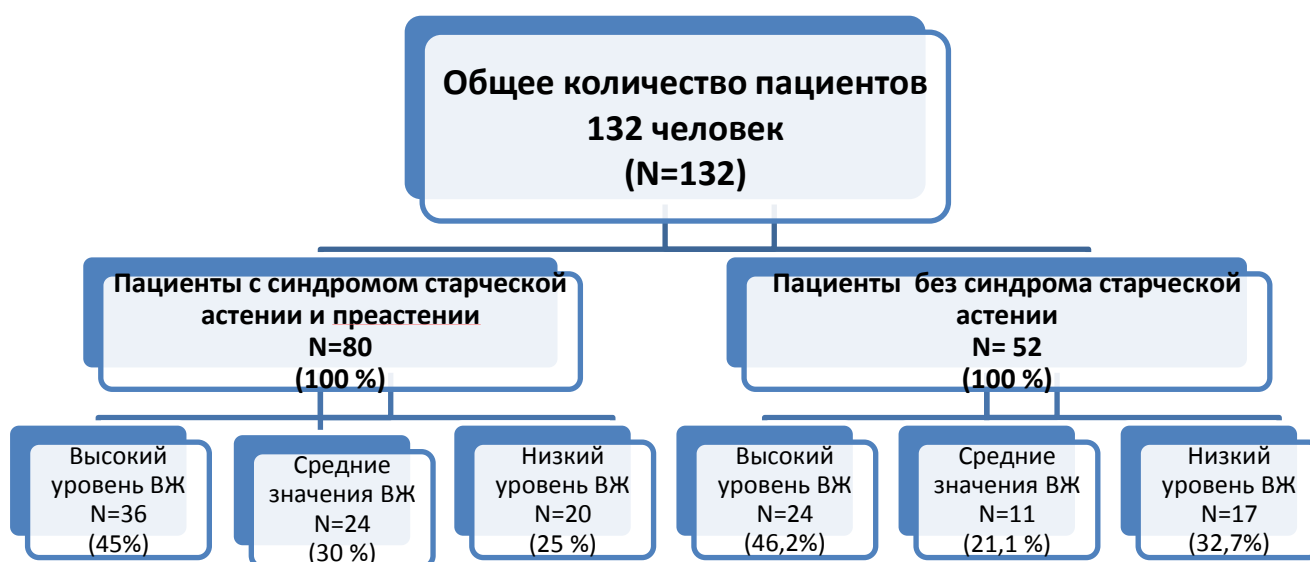
этапах КГО составило $12,7 \pm 0,3$ минуты и в некоторых этапах тестирования ВЖ – $36,2 \pm 1,2$ минуты, участие лечащего врача в интерпретации и проведении некоторых этапов КГО составило $27,3 \pm 0,6$ минуты, в интерпретации результатов тестирования ВЖ – $15,0 \pm 0,7$ минут. Полученные показатели позволяют включить опросники ВЖ в комплексную программу обследования пациента без существенного ущерба для рабочего графика врача и прочего медицинского персонала.

В ходе пилотного исследования так же были получены результаты, демонстрирующие, что более половины пациентов с синдромом старческой астении имеют высокие и средние значения возрастной жизнеспособности (ВЖ), а значит, высокие скрытые резервные возможности.

Так, пациенты с синдромом старческой астении и преастении составили 80 человек (60,6% от общего числа пациентов, включенных в пилотное исследование), по результатам исследования возрастной жизнеспособности у 36 человек (45 % от общего количества пациентов с синдромом старческой астении и преастении) были выявлены высокие значения показателей ВЖ, у 24 человек (30 % от общего количества пациентов с синдромом старческой астении и преастении) человек были выявлены средние значения показателей ВЖ, у 20 человек (25% от общего количества пациентов с синдромом старческой астении и преастении) – низкие значения показателей ВЖ. В группе пациентов без синдрома старческой астении в 67,3 % случаев определены высокие и средние значения показателей ВЖ, в 32,7 % случаев – низкие значения показателей ВЖ. Полученные данные изображены на Блок-схеме 1.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что относительно уровня возрастной жизнеспособности пациенты без синдрома старческой астении не имели преимуществ в сравнении с пациентами с синдромом старческой астении и преастении. Таким образом, отдельно взятые результаты комплексной гериатрической оценки не всегда дают объективное представление о резервных возможностях пожилого человека без проведения тестирования ВЖ.

Использование опросников ВЖ позволяет лучше узнать психологический портрет пациента и, таким образом, выстроить тактику общения врача с пациентом, способствует развитию более доверительных отношений в паре «врач-пациент» и большей приверженности пациента к лечению и советам врача. Анализ отдельных локусов ВЖ позволил сформировать 4 группы пациентов, для каждой из которых был разработан индивидуальный алгоритм комплексной работы с пациентом.



Блок-схема 1. Результаты оценки синдрома старческой астении и возрастной жизнеспособности.

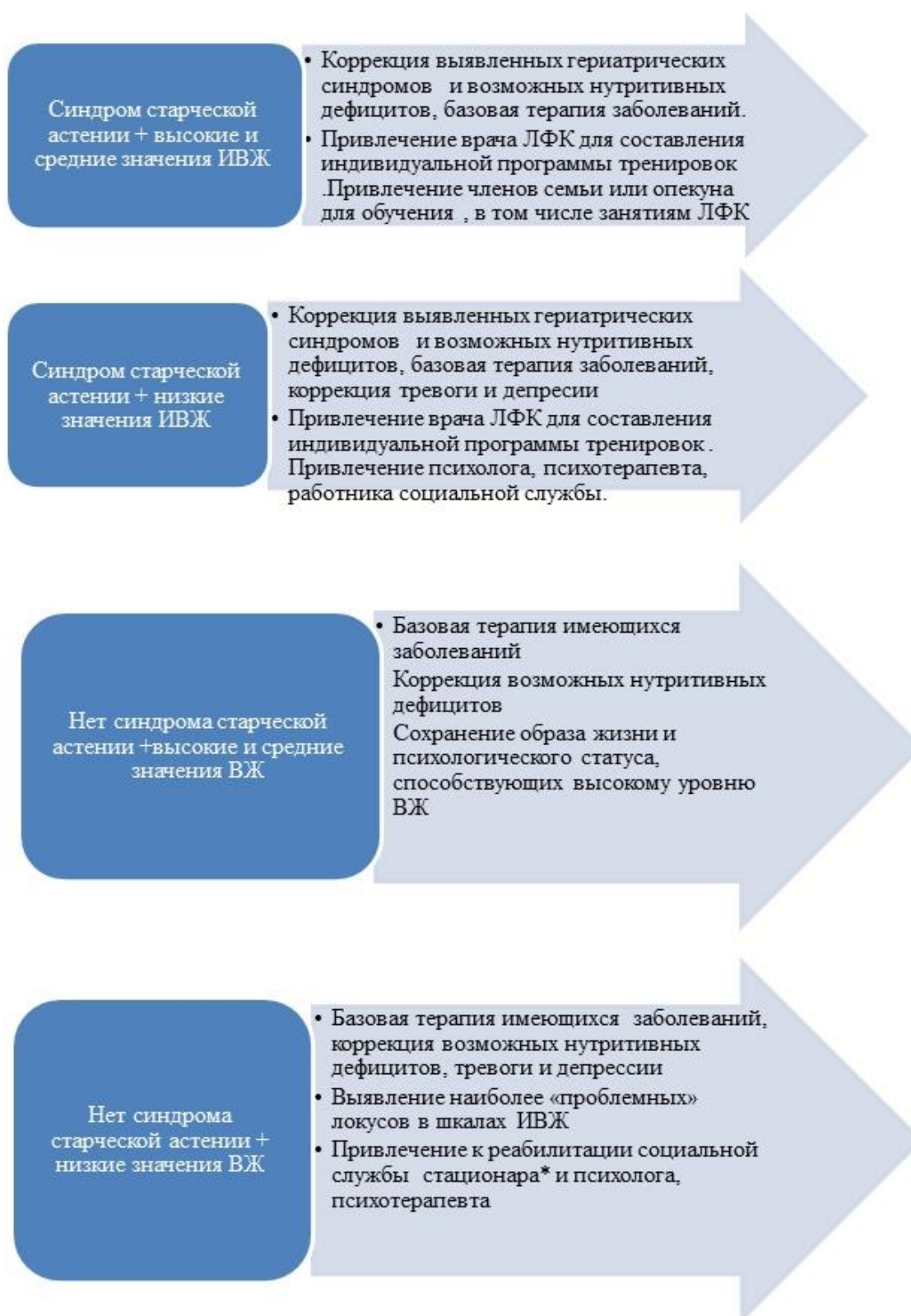
К 1-ой группе были отнесены пациенты с синдромом старческой астении и преастении в сочетании с высокими и средними значениями ВЖ – 60 человек (45,5 % от общего количества пациентов, включенных в пилотное исследование). При углублённом анализе разных локусов ВЖ у таких пациентов выявлялись высокие значения локусов семейных и социальных связей, локусов совладания и адаптации. Таким пациентам проводилась коррекция выявленных гериатрических синдромов и возможных нутритивных дефицитов, базовая терапия основного и сопутствующих заболеваний, подбор индивидуальной программы лечебной физкультуры с вовлечением в процесс обучения ЛФК членов семьи или опекунов с целью обеспечения преемственности между этапами стационарного и амбулаторного лечения.

Ко 2-ой группе были отнесены пациенты с синдромом старческой астении и преастении и низкими значениями ВЖ – 20 человек (15,1 % от общего количества

пациентов, включенных в пилотное исследование). При углублённом анализе локусов ВЖ определялись низкие значения локусов семейных и социальных связей, низкие значения локусов совладания и адаптации), а при интерпретации шкал тревоги и депрессии определялись высокие уровни указанных расстройств. Пациентам данной группы проводилась коррекция выявленных гериатрических синдромов и возможных нутритивных дефицитов, базовая терапия имеющихся заболеваний, коррекция синдрома тревоги и депрессии (медикаментозными и немедикаментозными методами с привлечением психиатра, психолога, психотерапевта), составлялась индивидуальная программа лечебной физкультуры, к совместной работе привлекался специалист социального отдела стационара.

К 3-й группе были отнесены пациенты без синдрома старческой астении и преастении с высокими и средними значениями ВЖ – 35 человек (26,5 % от общего количества включенных в пилотное исследование пациентов). Характеристика отдельных локусов ВЖ у пациентов данной группы была сходной с пациентами 1-ой группы. Пациентам 3-й группы проводилась базовая терапия имеющихся заболеваний, коррекция возможных нутритивных дефицитов, рекомендовалось сохранение образа жизни и психологического статуса, сформировавших и поддерживающих высокий уровень ВЖ.

К 4-ой группе отнесены пациенты без синдрома старческой астении и преастении в сочетании с низкими значениями ВЖ - 17 человек (12,9 % от общего количества исследуемых). Характеристика отдельных локусов ВЖ у пациентов этой группы была сходной с пациентами 2-й группы. Пациентам 4 группы проводилась базовая терапия имеющихся заболеваний, коррекция возможных нутритивных дефицитов, тревоги и депрессии (медикаментозными и немедикаментозными методами с привлечением психиатра, психотерапевта), выявление локусов ВЖ с наименьшим количеством баллов для выстраивания наиболее эффективной модели психологического взаимодействия с пациентом, привлечение к совместной работе с пациентом специалиста социального отдела стационара (при его наличии) или социальной службы по месту жительства пациента, помощь в составлении документов и т.п.) (Блок-схема 2).



Блок-схема 2. Алгоритм оценки возрастной жизнеспособности.

Заключение. Применение комплексной гериатрической оценки в практике ведения пациентов пожилого и старческого возраста на сегодняшний день широко внедрена в работу

гериатрических отделений, профильных центров и является вполне очевидным инструментом оценки гериатрического статуса указанной категории лиц. Выявление синдрома старческой астении позволяет достаточно четко определить дальнейший план курации, разработать мультимодальные программы реабилитации и тем самым повысить качество и эффективность оказываемой помощи. Однако, так широко этот метод применялся не всегда, и понятие старческой астении не было так широко известно в медицинской практике. Далее, с развитием геронтологии и гериатрии появилось новое понятие возрастной жизнеспособности, позволяющее к тому же и определить функциональные резервы организма, тем самым углубляя оценку статуса и расширяя горизонты последующего терапевтического воздействия.

И на наш взгляд, такой комплексный подход, а именно проведение комплексной гериатрической оценки и применения методик оценки функциональной жизнеспособности позволит оптимизировать комплекс мер по повышению качества гериатрической помощи и, как результат, качества жизни лиц пожилого и старческого возраста.

Список литературы

1. Зарудский А.А., Прощаев К.И., Ильницкий А.Н., Перуцкая Е.А. Современные взгляды на диагностику старческой астении. Современные проблемы науки и образования. 2015;4. Доступ по ссылке: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=20500> (дата обращения: 31.05.2020)
2. Ильницкий А.Н., Прощаев К.И., Матейовска-Кубешова Х., Коршун Е.И. Возрастная жизнеспособность в геронтологии и гериатрии (обзор). Научные результаты биомедицинских исследований. 2019;4(5):102-116. doi: 10.18413/2658-6533-2019-5-4-0-8
3. Ткачева О.Н. Клинические тесты в гериатрии (методические рекомендации). Москва: Прометей; 2019:8-48
4. Krzysztof Gašior, Jan Chodkiewicz, Wojciech Cechowski. Kwestionariusz oceny prężności (KOP-26), konstrukcja i właściwości psychometryczne narzędzia. Polskie Forum Psychologiczne. 2016;1(21):76-92[wydanie elektroniczne]
5. Ильницкий А.Н., Потапов В.Н., Прощаев К.И. и др. 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. doi: 10.17238/issn1999-2351.2020.1.86-94

6. Махнач А.В. Жизнеспособность человека и семьи: социально-психологическая парадигма. Москва: Институт психологии РАН. 2016;610-616

References

1. Zarudskiy A.A., Prashchayeu K.I., Ilnitskiy A.N., Perutskaya E.A. Sovremennye vzgliady na diagnostiku starcheskoj astenii [Modern view on frailty definition]. Sovremennye problemy nauki i obrazovaniia [Modern problems of science and education]. 2015;4. Available at: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=20500> (accessed 31 May 2020). (In Russian)

2. Ilnitski AN, Prashchayeu KI, Matejovska-Kubesova H, et al. Vozrastnaia zhiznesposobnost v gerontologii i geriatrii (obzor) [Resilience in gerontology and geriatrics (review)]. Nauchnye rezultaty biomeditsinskikh issledovaniy [Research Results in Biomedicine]. 2019;5(4):102-116. (In Russian). doi:10.18413/2658-6533-2019-5-4-0-8

3. Tkacheva O.N. Clinical tests in geriatrics (guidelines) [Klinicheskie testy v geriatrii (metodicheskie rekomendacii)]. Moscow: Prometei; 2019;8-48 (In Russian)

4. Krzysztof Gąsior, Jan Chodkiewicz, Wojciech Cechowski. Kwestionariusz oceny prężności (KOP-26), konstrukcja i właściwości psychometryczne narzędzia. Polskie Forum Psychologiczne. 2016;1(21):76-92[wydanie elektroniczne]

5. Il'nickij A.N., Potapov V.N., Proshchayev K.I. et al. Vzaimodeistvie gerontologicheskikh shkol v sovremennom mire fokus na obespechenie individualnoi i vozrastnoi zhiznesposobnosti [Interaction of gerontological schools in the modern world: focus on ensuring individual and age-related viability]. Vestnik vs Rossijskogo obshchestva spetsialistov po mediko-sotsialnoi ekspertize reabilitatsii i reabilitatsionnoi industrii [Bulletin of the All-Russian Society of Specialists in Medical and Social Expertise, Rehabilitation and Rehabilitation Industry]. 2020;1:86-94 (In Russian). doi: 10.17238/issn1999-2351.2020.1

6. Mahnach A.V. Human resilience and family resilience: social psychological paradigm [Zhiznesposobnost' cheloveka i sem'i: social'no-psihologicheskaya paradigm]. Moscow: Institut psikhologii RAN; 2016:610-616 (In Russian)

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

Кравченко Елена Сергеевна – заведующий терапевтическим отделением № 26, Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловский областной клинический психоневрологический госпиталь для ветеранов войн, 620036, г. Екатеринбург, ул. Соболева, д.25. e-mail: sergeevna0908@gmail.com; ORCID 0000-0002-0027-1957

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
ORCID 0000-0003-2187-5060; SPIN-код 8131-1586

Воронина Елена Анатольевна – начальник Департамента социальной защиты населения Кемеровской области, Россия, 650991, Кемеровская Область - Кузбасс область, город Кемерово, Кузнецкий проспект, дом 19 корпус а, e-mail: depart@dsznko.ru

Рождественская Ольга Анатольевна - 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

Information about authors

Kravchenko Elena Sergeevna – Head of the Therapeutic Department №26, Sverdlovsk regional clinical psychoneurological hospital for war veterans, 620036, Yekaterinburg, ul. Soboleva, d.25; e-mail: sergeevna0908@gmail.com. ORCID 0000-0002-0027-1957

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.

Voronina Elena Anatolievna - Head of the Department of social protection of the population of the Kemerovo region, Russia, 650991, Kemerovo Region-Kuzbass region, Kemerovo city, Kuznetsky Prospekt, 19 building a, e-mail: depart@dsznko.ru

Rozhdestvenskaya Ol'ga Anatol'evna - 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

Статья получена: 20.01.2020 г.
Принята в печать: 30.05.2020 г.