

На правах рукописи



ЯЦЕНКО ЕВГЕНИЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ

**КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПУТЕЙ ПОВЫШЕНИЯ
АДАПТАЦИИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В ДОМАХ ПРЕСТАРЕЛЫХ**

14.01.30 – Геронтология и гериатрия

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Белгород – 2021

Работа выполнена в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования «Белгородский государственный национальный исследовательский университет»

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор

Прощаев Кирилл Иванович

Официальные оппоненты:

Еремушкин Михаил Анатольевич, доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, главный научный сотрудник отдела ортопедии, биомеханики, кинезиотерапии и мануальной терапии;

Люцко Василий Васильевич, доктор медицинских наук, доцент, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, главный научный сотрудник отдела научных основ организации здравоохранения

Защита диссертации состоится «23» декабря 2021 г. в 10.00 часов на заседании диссертационного совета БелГУ. 14.03 при федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» по адресу: 308015, г. Белгород, Народный бульвар 21, корпус 19.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» www.bsu.edu.ru.

Автореферат разослан «_____» _____ 2021 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук,
доцент

Осипова Ольга Александровна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы

В последние годы все больше внимания уделяется развитию разных форм стационарного и полустационарного пребывания пожилых людей, нуждающихся по медицинским или социальным показаниям в постоянном постороннем наблюдении и/или уходе [Рубцов А.В., 2000; Black D.A., 2000]. В отечественных условиях наиболее распространенной формой институализации пожилых людей является дом престарелых (ДП) [Шабалин В.Н., 2001, Шевченко В.В., 2002; Васильчиков В.М., 2006; Chen Y.M., 2004; Cesari M. В и соавт., 2006; Elon R.D., 2006, Карпенко И., Горбунов А., Соловьева Л., 2017; Киенко Т.С., Рудакова Р.М., 2020].

Вместе с тем, при направлении в ДП пожилые люди сталкиваются с рядом медицинских, социальных и психологических проблем, которые в конечном итоге приводят к снижению уровня их адаптации к изменившимся условиям жизни. Безусловно, что самостоятельный прецедент помещения человека пожилого возраста в учреждение стационарного пребывания является для него сильнейшим стрессогенным фактором за счет значительного изменения условий самостоятельной жизнедеятельности: кардинальным образом меняются условия проживания, отмечается смена социального окружения и контактов, меняется рацион питания, заметно уменьшается количество привычных предметов обихода и личных вещей, в том числе значительно меняется привычный режим дня, что в конечном итоге ведет к дезадаптации [Архипова О. В., 2012; Лоскутова Э.А., 2018]. Однако до настоящего времени синдрому ухудшения функционального статуса в ответ на изменение условий проживания пожилого человека уделяется недостаточно внимания. Из собственного опыта работы с пожилыми людьми, которые покидают собственные дома и начинают жить в семьях детей или в ДП, мы видим, что у них развиваются определенные гериатрические синдромы, например, падения, нередки случаи возникновения острой неврологической патологии. Однако само понятие синдрома нарушения адаптации, которое в зарубежной литературе обозначается как синдром мальадаптации (англ. maladaptation syndrome), при изменении места жительства гериатрического пациента, в условиях отечественных реалий гериатрической помощи разработано не в полной мере, что требует детализации и уточнения [Пономарева И.П., Прощаев К.И., 2016; Горелик С.Г., Ильницкий А.Н., Султанова С.С., 2017; Карпенко И., Горбунов А., Соловьева Л., 2017; Till Ittermann, Henry Völzke, Sebastian E. Baumeister, Katja Appel, Hans J. Grabe, 2015].

Известно, что в преодолении нарушений адаптации при поступлении в ДП значимую роль играют реабилитационные и профилактические мероприятия, которые способствуют купированию развивающиеся у пожилых людей обострения заболеваний, созданию положительной, оптимистичной психологической установки, организуют и структурируют личное время [Парфенов В.А., 2016; Нефедьева Е.И., Кудрявцев С.И., 2017; Лоскутова Э.А., 2018]. Однако практика деятельности отечественных ДП такова, что профилактическим и реабилитационным мероприятиям при поступлении пациента уделяется недостаточно внимания; требуют дальнейшего научного обоснования и детализации принципы реабилитации в домах престарелых с точки зрения работы. Это обуславливает актуальность исследований, направленных на разработку специфичных для домов престарелых реабилитационных мер, которые позволят улучшить состояние адаптации пожилых людей.

Цель исследования

Разработать клиническое обоснование путей повышения адаптации пожилых людей в доме престарелых.

Задачи исследования

1. Изучить клиническую эпидемиологию заболеваний и дезадаптирующих гериатрических синдромов в доме престарелых при поступлении, а также выделить клинические признаки синдрома мальадаптации.

2. Выявить состояние мер профилактики нарушений адаптации у пациентов пожилого и старческого возраста при поступлении в дом престарелых.
3. Оценить влияние феномена «скученности» в доме престарелых на состояние адаптации пожилых людей при поступлении в дом престарелых.
4. Разработать программы профилактики синдрома мальадаптации при поступлении пациентов пожилого и старческого возраста в дом престарелых.
5. Представить научное обоснование эффективности разработанного алгоритма повышения адаптации пожилых людей в доме престарелых.

Научная новизна результатов исследования

В работе впервые в русскоязычной литературе на основе изучения однородных выборок пожилых пациентов были выявлены нозологические особенности лиц, поступающих в дом престарелых по сравнению с неорганизованным пожилым населением (люди, живущие в привычных условиях), при этом выявлено, что в доме престарелых при поступлении пациентов в первые два месяца достоверно чаще распространены пограничные психические расстройства, стоматологические заболевания, функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта.

Выявлено, что нарушения адаптации пациентов пожилого и старческого возраста при поступлении в дом престарелых характеризуются достоверно более высокими уровнями распространенности таких гериатрических синдромов как падения, головокружение, снижение слуха и зрения, недержание мочи.

Было установлено влияние феномена «скученности» в доме престарелых на прогрессирование имеющихся нозологий, а также утяжеление течения основных гериатрических синдромов у пациентов пожилого возраста при их поступлении и в первые два месяца пребывания.

Доказано, что в доме престарелых проводится недостаточный объем мероприятий по профилактике нарушений адаптации при одновременном удовлетворительном уровне медикаментозного лечения.

Доказано достоверное положительное влияние комплекса немедикаментозных мер в виде занятий физической культурой, аппаратной физиотерапии, занятий с психологом и психотерапевтом в совокупности с применением пептидного нейропротектора актовегина на состояние церебральной гемодинамики, клиническую картину и качество жизни (КЖ) больных с падениями, головокружением, снижением слуха и зрения.

Полученные результаты легли в основу алгоритма повышения адаптации пожилых людей к среде обитания в доме престарелых, который основан на применении комплекса немедикаментозных мер и нейропротектора актовегина.

Теоретическая и практическая значимость полученных результатов

Разработанный алгоритм повышения адаптации пожилых людей в доме престарелых имеет медицинскую, социальную и экономическую значимость.

Медицинская значимость заключается в улучшении состояния пожилых пациентов с синдромами падений, головокружения, снижения слуха и зрения, недержания мочи, повышении степени их адаптации к среде дома престарелых.

Социальная значимость обусловлена повышением качества жизни пожилых людей при использовании комплекса малозатратных немедикаментозных методов. На этом фоне формируется косвенный экономический эффект, связанный со снижением затрат на дорогостоящее медикаментозное лечение пожилых людей при декомпенсации течения дезадаптирующих гериатрических симптомов при протекании процессов адаптации при поступлении в дом престарелых.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту

1. Основными дезадаптирующими гериатрическими симптомами в доме престарелых, по сравнению с неорганизованным пожилым населением, проживающим в привычных условиях, являются падения, головокружение, снижение слуха и зрения,

недержание мочи. Их можно расценивать как гериатрические проявления нарушения адаптации при поступлении в дом престарелых.

2. Мероприятия по предупреждению нарушений адаптации при поступлении в дом престарелых в течении первых двух месяцев характеризуются недостаточным объемом назначаемых методов и низким охватом нуждающихся в них пациентов, что не позволяет добиться высокой степени их адаптации к новой среде пребывания.

3. Основные действия по работе с пациентами пожилого возраста, поступающими в дом престарелых, должны быть направлены прежде всего на снижение проявлений синдрома «скученности», который ассоциирован с утяжелением основных дезадаптирующих гериатрических синдромов.

4. Оптимальные профилактические программы в доме престарелых по предотвращению нарушений адаптации в новых условиях проживания включают в себя методы кинезиотерапии, преимущественно проводимые по индивидуальной схеме и эрготерапевтической направленности; аппаратную физиотерапию и комплекс медикаментозных назначений с применением нейрометаболических средств, репарантов и ангиопротекторов, в частности, актовегина.

Внедрение результатов исследования в практику

Основные результаты исследования внедрены в практическую работу ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», ГАУ РС (Я) «Республиканская клиническая больница №3» (Республика Саха (Якутия), г. Якутск), а также в учебный процесс кафедры нервных болезней и восстановительной медицины медицинского института ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет».

Личный вклад автора

Автором лично определены и обоснованы цель и задачи исследования, проведен анализ отечественной и зарубежной литературы по изучаемой проблеме, разработаны методические подходы к проведению исследования. Автор непосредственно производил сбор данных, обработку и обобщение полученных материалов, подготовку основных публикаций по выполненной работе, написание и оформление рукописи. Личный вклад автора составляет 85 %.

Степень достоверности и апробация результатов диссертации

Достоверность научных положений определяется достаточным объемом проведенных исследований, применяемыми современными информативными методами исследования, статистической достоверностью полученных данных, использованием критериев доказательной медицины.

Результаты исследований, включенных в диссертацию, доложены и обсуждены на следующих научных съездах, конференциях, симпозиумах: 14th EuGMS of Advancing Geriatric Medicine in a Modern World (Berlin, Germany, 2018), X Международной научно-практической конференции «Артериальная гипертензия и профилактика сердечно-сосудистых заболеваний» на Симпозиуме Белорусского республиканского геронтологического общественного объединения (г. Витебск, Республика Беларусь, 2019), XX юбилейном конгрессе с международным участием Давиденковские чтения (г. Санкт-Петербург, 2020), VI междисциплинарном медицинском форуме с международным участием «Актуальные вопросы совершенствования медицинской помощи и профессионального медицинского образования» (г. Белгород, 2021).

Публикации

По теме диссертации опубликовано 11 работ, в т. ч. 6 статей в научных журналах из перечня ВАК Министерства Образования Российской Федерации, в том числе, 1 статья в журнале из перечня международной базы данных Scopus, 4 тезисов докладов, 1 методические рекомендации.

Структура и объем диссертации

Диссертационная работа состоит из оглавления, введения, общей характеристики работы, основной части, состоящей из пяти глав; заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы. Работа представлена на 117 страницах, содержит 18 таблиц, 9 рисунков, 1 блок-схему и список литературы, включающий 190 источников (в т. ч. 72 - на иностранных языках).

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Дизайн и материалы исследования

Проведенное исследование по разработке путей повышения адаптации пожилых людей состояло из трех этапов.

На первом этапе методом случайного отбора было проведено включение пациентов пожилого возраста в проспективное когортное исследование, направленное на изучение клинико-эпидемиологических особенностей контингента пожилых людей, находящихся в доме престарелых в сравнении с неорганизованным пожилым населением, проживающим в привычных условиях. Пациенты были распределены на две группы: контрольную и основную. В первую группу включены пожилые люди, которые постоянно находились в домашних условиях (неорганизованное население), объем выборки 307 человек, средний возраст $72,5 \pm 1,3$ года. Данный аспект исследования проведен с использованием базы данных городской поликлиники г. Белгорода (поликлиническое отделение № 2), которая является клинической базой медицинского института ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет».

Во вторую группу были включены пожилые люди, которые только поступали или проживали в течение 1-го месяца от момента поступления в ДП Белгородской области. Объем наблюдения составлял 305 человек, средний возраст $72,1 \pm 1,2$ года.

Критерии включения пациентов в исследование: возраст более 60 лет; отсутствие установленного психического заболевания; отсутствие соматических заболеваний в стадии декомпенсации; добровольное согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения пациентов из исследования: перенесенное ОНМК или черепно-мозговая травма; онкологическое заболевание в анамнезе; ИБС со стенокардией напряжения ФК 3-4; ХСН ПБ-III ст.; гонартрит и/или коксартрит III-IV ст.

Необходимо отметить однородность групп пациентов. Как в доме престарелых, так и в домашних условиях, полностью сопоставимы средний возраст, а также ряд медико-социальных характеристик – наличие детей, наличие группы инвалидности, феномена полиморбидности (при этом у каждого пациента диагностировано 5 и более взаимосвязанных заболеваний), умеренных и выраженных когнитивных расстройств, нуждаемость в постоянном использовании технических средств реабилитации.

Достоверным отличием характеризуются два медико-социальных показателя, которые отражают специфику контингента пожилых пациентов, вновь поступивших в ДП: у пациентов основной группы достоверно отличается семейный статус (одиночество) от пациентов КГ, пребывающих в домашних условиях, соответственно, $72,1 \pm 1,4\%$ и $62,1 \pm 1,5\%$, а также снижение способности к самообслуживанию, соответственно, $61,5 \pm 1,3\%$ и $72,5 \pm 1,5\%$, $p < 0,05$.

Кроме того, на первом этапе нами было проведено сравнительное исследование распространенности ряда заболеваний в ДП и в домашних условиях (постоянные условия проживания). Клинико-эпидемиологическое исследование было запланировано в отношении наиболее распространенной патологии пожилого возраста: артериальная гипер- и гипотензия, ИБС, остеопороз, остеоартрит, дискогенная патология позвоночника, хроническая ишемия головного мозга (ХИГМ), синдром паркинсонизма, тревожно-депрессивный синдром (ТДС), эмоционально-лабильное расстройство (ЭЛР), последствия инфаркта мозга, синдром раздраженного кишечника (СРК), нейросенсорная тугоухость (НСТ), миопия, возрастная катаракта, глаукома, острая неврологическая патология.

После выявления распространенности представленных нозологий в двух когортах пациентов, нами был проведен анализ их ассоциации с основными гериатрическими синдромами: синдромом падений, головокружением, недержанием мочи, недержанием кала, мальнутрицией, сенсорными дефицитами (снижение слуха и зрения), – с оценкой их распространенности и выраженности в двух группах пациентов.

На втором этапе нами был проведен анализ применяемых в ДП способов и средств обеспечения повышения степени адаптации к длительному пребыванию в госпитальных условиях. Применен метод выкопировки данных из текущей медицинской документации, объем наблюдения составил 305 пациентов. Из методов, способов и средств профилактики нарушений адаптации нами были рассмотрены наиболее распространенные и реально применимые в учреждениях медико-социального типа, каким является дом престарелых.

Особенности проведения профилактических мероприятий были изучены как в масштабах всей выборочной совокупности, так и при основных дезадаптирующих гериатрических синдромах – при падении (n=42), головокружении (n=174), снижении слуха (n=129), снижении зрения (n=134), недержания мочи (n=61) как проявлений нарушений адаптации. Так же на данном этапе была установлена взаимосвязь между случаями положительной адаптации к условиям пребывания в доме престарелых в течении первых 2-х месяцев после поступления и применением отдельных немедикаментозных методов, что являлось платформой для формирования оптимальных с точки зрения повышения адаптации профилактических адаптирующих программ.

Также на этом этапе было изучено состояние терапевтической среды в домах престарелых в соответствии с подходами, изложенными в методических рекомендациях АНО НИМЦ «Геронтология» и управления социальной защиты населения Белгородской области [«Основы общего и специализированного ухода в системе долговременного сопровождения: методические рекомендации», 2019]. Изучение количества людей в палате, доступность услуг по самостоятельному выбору продуктов, просмотру телевизора, организация досуга позволили описать феномен «скученности», который нарушает личное пространство человека и способствует развитию нарушений адаптации при поступлении в дом престарелых.

Третий этап исследования был посвящён выявлению эффективности сочетанного применения разработанных нами профилактических программ, призванных повысить уровень адаптации пожилых пациентов в ДП в комбинации с препаратом пептидной природы «Актовегин» («Такеда Австрия ГмбХ», Австрия) в дозе 0,2 г внутривенно однократно в день, курс терапии составлял 15 дней (в разведении с 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида). Актовегин является нейрометаболическим пептидным препаратом на основе депротенинизированного гемодеривата крови телят, обладает антигипоксантным, антиоксидантным, ангиопротекторным, регенеративным и репаративным эффектами. Выпускается в виде раствора для инъекций для внутривенного и внутримышечного введения в ампулах по 2, 5 и 10 мл (40 мг/мл) [Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения АКТОВЕГИН®. – <https://www.takeda.com/4ab3e2/siteassets/ru-ru/home/what-we-do/1/2/actovegin-amp-26042017.pdf>].

Для проведения исследования были сформированы группы клинического наблюдения (основные (ОГ) и контрольные (КГ)).

Объемы выборочных совокупностей представлены в таблице 1.

Продолжительность профилактической программы составляла 1 месяц, как наиболее показательный период для адаптации.

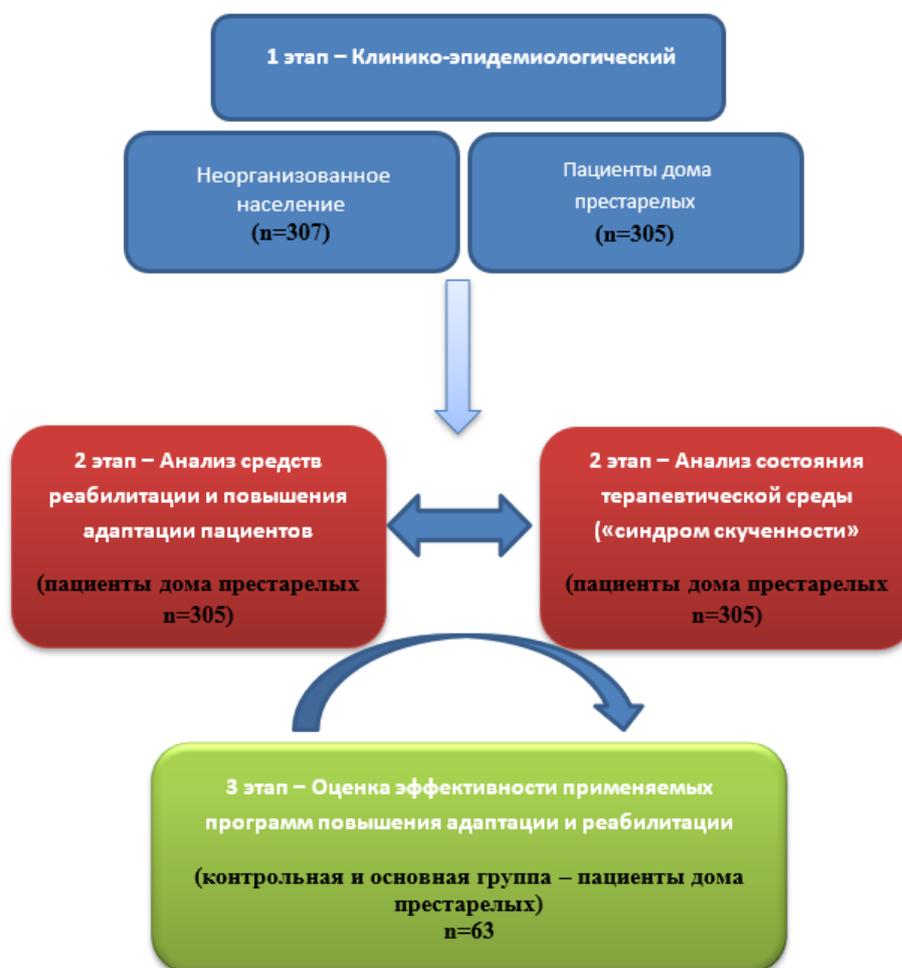
Эффективность комплексных профилактических мер оценивались нами при основных гериатрических синдромах по следующим позициям: динамика количества падений и/или субъективных ощущений (в отношении головокружения, снижения слуха и зрения) до и после реабилитации; динамика показателей церебральной гемодинамики, оцененной реоэнцефалографически; динамика КЖ по данным опросника SF-36.

Таблица 1 – Количественная характеристика пациентов с основными дезадаптирующими гериатрическими синдромами, включенные в исследование по изучению эффективности профилактических программ

Дезадаптирующий гериатрический синдром	Кол-во пациентов КГ	Кол-во пациентов ОГ
Падение	31	32
Головокружение	32	31
Снижение слуха	30	31
Снижение зрения	31	32
Недержание мочи	30	31

Оценка гериатрического статуса пациентов проводилась в соответствии с действующим «Порядком оказания медицинской помощи» по профилю «Гериатрия» (приказ МЗ РФ от 29.01.2016 № 38н).

Таким образом, на этапах исследования последовательно были выявлены медико-социальные и клинико-эпидемиологические отличия контингента больных ДП в начальном периоде поступления в отличие от неорганизованного населения с постоянными и привычными условиями жизни, определены основные гериатрические дезадаптирующие синдромы, характерные для поступления в первые два месяца в ДП, проведен анализ применения профилактических мер как основного фактора преодоления нарушения адаптации, представлены оптимальные профилактические программы, а также проведена оценка эффективности разработанных мер профилактики неблагоприятного течения адаптации при поступлении в дом престарелых с применением современных методов оценки качества жизни и объективизации соматического статуса. Наглядное отображение этапов исследования можно представить в виде блок-схемы (Блок-схема 1).



Блок-схема 1 – Дизайн исследования

Методы исследования

В исследовании нами был применен комплекс клинических, медико-организационных и математико-статистических методов.

Клинические и инструментальные методы. Клинические методы заключались в оценке физикального статуса пациентов, динамики субъективных ощущений, оценки степени адаптации к условиям пребывания в доме престарелых. Динамика субъективных ощущений проводилась по опроснику, ранжированному по характеру изменений субъективного самочувствия: улучшение, без динамики, ухудшение с последующим подсчетом количества больных в выборочной совокупности, относящихся к каждой градации. Степень адаптации в доме престарелых оценивалась следующим образом: положительная динамика адаптации после поступления в дом престарелых, отсутствие динамики, отрицательная динамика адаптации как совокупность гериатрических синдромов падений, головокружения на фоне снижения слуха и зрения.

В третьем этапе исследования был применен метод оценки качества жизни по опроснику SF-36.

Для оценки динамики церебрального кровотока нами был применен метод реоэнцефалографии на многоканальном реоэнцефалографе фирмы Siemens.

Медико-организационные методы. Были применены методы натурального эксперимента, выкопировки данных их текущей медицинской документации, динамического наблюдения, при анализе и интерпретации полученных данных применен метод системного анализа.

Математико-статистические методы. Статистическая обработка результатов включала в себя определение характера распределения - метод χ^2 . Метод использован при выявлении принадлежности реабилитационных методов к случаям успешной адаптации пожилого человека в ДП, что позволило разработать оптимизированные реабилитационные адаптирующие программы. Применен критерий t Стьюдента. Разность показателей является достоверной при $t \geq 2$, в этом случае $p < 0,05$. Материалы диссертационного исследования были внесены в электронные таблицы «Excel», математико-статистическая обработка данных выполнена с использованием программы «Statgraphics plus for Windows», версия 12.0.

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нозологические особенности контингента пациентов при поступлении в дом престарелых

При изучении нозологических особенностей пациентов, находящихся в доме престарелых ($n=305$) и людей пожилого возраста, проживающих в домашних условиях ($n=307$), нами были получены следующие результаты.

Сердечно-сосудистые заболевания. Выявлено, что удельный вес отдельных нозологических форм пациентов ДП и пожилых людей, проживающих дома, не имеет достоверных отличий. Удельный вес пациентов дома престарелых с АГ составил 85,6% (261 человек), с ИБС – 56,4% (172 человека), с артериальной гипотензией – 4,9% (15 человек), облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей – 30,2% (92 человека). В домашних условиях с АГ – 85,9% (264 человека), с ИБС – 56,7% (174 человека), с артериальной гипотензией – 4,6% (14 человек), облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей – 30,6% (94 человека), $p > 0,05$.

Заболевания опорно-двигательного аппарата. В доме престарелых распространенность основных заболеваний опорно-двигательного аппарата была следующей: остеопороз – 65,9% (201 человек), остеоартроз суставов – 70,2% (214 больных), остеохондроз позвоночника – 24,5% (75 человек). В домашних условиях нами выявлены следующие значения распространенности заболеваний опорно-двигательного аппарата: остеопороз – 66,8% (205 человек), остеоартроз суставов – 69,7% (214 больных), остеохондроз позвоночника – 23,8% (73 человека), $p > 0,05$. Достоверных отличий в

распространенности патологии опорно-двигательного аппарата между пациентами дома престарелых и теми, кто проживает дома, установлено не было.

Заболевания нервной и психической системы. В ДП достоверно больший удельный вес пограничной психической патологии по сравнению с пребыванием в домашних условиях, в частности, распространенность ТДС в институциональных условиях достигала 23,6% (72 человека), в домашних условиях – 16,3% (50 человек); распространенность ЭЛР в доме престарелых было 22,9% (70 больных), дома – 13,4% (41 человек), $p < 0,05$. С другой стороны, распространенность органической патологии нервной системы в домах престарелых и домашних условиях не носила достоверных отличий, кроме последствий инфаркта головного мозга. В частности, в ДП распространенность ХИГМ достигала 92,1% (281 человек), синдрома паркинсонизма – 4,6% (14 больных), последствий инфаркта мозга – 28,3% (86 больных); в домашних условиях – распространенность ХИГМ была 92,8% (285 человек), синдрома паркинсонизма – 4,9% (15 больных), последствий инфаркта мозга – 18,6% (57 больных), $p > 0,05$.

Заболевания желудочно-кишечного тракта. Нами было установлено, что в доме престарелых достоверно чаще встречался СРК – 48,9% (149 больных), при домашнем пребывании он имел место в 32,9% случаев (101 больной), $p < 0,05$. При других нозологических формах нами не было выявлено достоверной разности показателей распространенности: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в ДП имела место в 15,4% случаях (47 больных), в домашних условиях – 14,7% (45 больных); неалкогольный стеатогепатит в ДП зарегистрирован у 3,9% пациентов (12 человек), в условиях дома – 4,6% (14 человек); цирроз печени в ДП – 2,3% (7 случаев), в домашних условиях – 1,9% (6 человек), $p > 0,05$.

Заболевания органов чувств. В домах престарелых достоверно чаще, чем в неорганизованной популяции пожилых людей, встречаются НСТ – 65,9% (201 больной) (в домашних условиях – 49,2% или 151 человек), возрастная катаракта – 58,7% (179 больных) (в домашних условиях – 33,2% или 102 пациента), $p < 0,05$.

Распространенность нозологических особенностей пациентов, находящихся в ДП и людей пожилого возраста, проживающих в домашних условиях, представлена в таблице 2. Таблица 2 – Распространенность нозологических особенностей пациентов, находящихся в ДП и людей пожилого возраста, проживающих в домашних условиях (% , абс.)

Нозологические единицы	Дом престарелых (%, абс)	Неорганизованное население (%, абс)
АГ	85,6% (261)	85,9% (264)
ИБС	56,4% (172)	56,7% (174)
ТДС	23,6% (72)*	16,3% (50)
ЭЛР	22,9% (70)*	13,4% (41)
СРК	48,9% (149)*	32,9% (101)
НСТ	65,9% (201)*	49,2% (102)
Последствия инфаркта головного мозга	28,3% (86)*	18,6% (57)
Возрастная катаракта	58,7% (179)*	33,2% (102)

Примечание: при $p < 0,05$ при сравнении с пациентами из неорганизованного населения.

Таким образом, по сравнению с неорганизованной популяцией пожилых людей, которые проживают в привычных им условиях, в ДП в первые два месяца после поступления некоторые заболевания встречаются достоверно чаще. К ним относятся по группам нозологических форм: пограничные психические расстройства – ТДС и ЭЛР; патология желудочно-кишечного тракта – СРК; патология органов чувств – НСТ, возрастная катаракта; патология прочих органов и систем – ДГПЖ, стоматологические заболевания. Эти заболевания могут считаться основой для развития дезадаптирующего гериатрического статуса, характеризующего нарушения адаптации в первый месяц при поступлении в дом престарелых.

**Распространенность основных дезадаптирующих гериатрических синдромов
в доме престарелых и среди неорганизованного населения,
проживающего в привычных условиях**

В изученной выборочной совокупности в ДП в первые два месяца после поступления наиболее часто встречались следующие дезадаптирующие гериатрические синдромы: падения – 42 случая (13,8%), головокружение – 174 человека (57,1%), недержание мочи (среди мужчин, по причине доброкачественной гиперплазии предстательной железы) – 84 человека (23,6%), недержание кала – 5 случаев (1,6%), мальнутриция – 44 случая (14,4%), снижение слуха – 129 случаев (42,3%), снижение зрения – 134 случая (43,9%).

Среди неорганизованного населения с привычными условиями проживания имела место следующая ситуация: падения – 29 пациентов (9,5%), головокружение – 102 человека (33,2%), недержание мочи (среди мужчин) – 61 человек (19,9%), недержание кала – 4 пациента (1,3%), мальнутриция – 25 случаев (8,1%), снижение слуха – 101 случай (32,9%), снижение зрения – 102 случая (33,2%).

Сравнительная характеристика распространенности основных гериатрических дезадаптирующих синдромов представлена в таблице 3.

Таблица 3 – Сравнительная характеристика распространенности основных гериатрических дезадаптирующих синдромов

Синдром	Дом престарелых (абс., %)	Неорганизованное население (абс., %)
Падения	42 (13,8%)*	29 (9,5%)
Головокружение	174 (57,1%)*	102 (33,2%)
Недержание мочи	84 (27,5%)*	61 (19,9%)
Недержание кала	5 (1,6%)	4 (1,3%)
Мальнутриция	44 (14,4%)	25 (8,1%)
Снижение слуха	129 (42,3%)*	101 (32,9%)
Снижение зрения	134 (43,9%)*	102 (33,2%)

Примечание: при $p < 0,05$ в сравнении с пациентами из неорганизованного населения

Полученные сведения показывают, что в доме престарелых в первые два месяца после поступления наиболее распространены такие синдромы как головокружение, падения, снижение слуха и снижение зрения, недержание мочи, причем эти состояния встречались достоверно чаще по сравнению с пациентами пожилого возраста, проживавших в привычных домашних условиях. Данные синдромы могут рассматриваться как составные части нарушения адаптации при поступлении в дом престарелых.

**Анализ основных проблем, возникающих при поступлении пожилых людей
в дом престарелых, усиливающих проявления дезадаптирующих синдромов**

Оценка основных проблем, возникающих при поступлении пожилых людей в ДП, усиливающих проявления дезадаптирующих синдромов, проводилась нами методом анкетного опроса пожилых людей, только что поступающих и уже проживающих в ДП в течение 1-го месяца. В анкете учитывался спектр проблем: условия проживания и вопросы социально-экономической и психологической адаптации проживающих.

Основной проблемой только что поступающих в ДП пожилых людей и проживающих там уже в течение 1-го месяца, по данным анкетирования, является неблагоприятный социально-психологический климат в отношениях друг с другом, а также явление или синдром «скученности». Наиболее ярко выражена данная проблема у «вновь поступающих» – 57,3%, нежели у проживающих в течение 1 месяца – 24,6%. С неудовлетворенностью бытовыми условиями тесно связана проблема качества питания.

По результатам анкетирования 9,1% проживающих в течение 1 месяца испытывали проблемы с питанием, в отличие от поступающих, где с проблемами сталкиваются на начальном этапе большее количество человек – 28,1%. Кроме того, явной проблемой при поступлении в ДП является «скученность» людей, что отмечается в 98,8%, нежели при проживании в течение 1 месяца – 74,1%, соответственно.

Дифференциация проблем, возникающих у вновь поступающих в ДП и проживающих в течение 1 месяца представлена в таблице 4.

Таблица 4 – Дифференциация проблем, возникающих у вновь поступающих в дом престарелых и проживающих в течение 1 месяца, в %

Перечень проблем	Поступающие в ДП	Проживающие в теч. 1 мес. в ДП
Неудовлетворенность бытовыми условиями	57,3±3,5*	24,6±2,7
Скученность	98,8±2,5*	74,1±2,3
Неудовлетворенность качеством медицинского обслуживания	37,2±1,6*	16,1±1,5
Неудовлетворенность качеством питания	28,1±0,9	9,1±0,6*
Низкое качество взаимоотношений с медицинским персоналом и социальными работниками	20,4±1,7*	10,9±3,5
Неблагополучный социально-психологический климат среди проживающих	97,4±2,5*	76,8±2,8
Неудовлетворительное проведение свободного времени	19,1±0,6*	9,7±0,3
Возможность реализации своих интересов, профессиональных навыков	1,3±2,8*	9,7±0,7

Примечание: при $p < 0,05$ в сравнении с проживающими в течение 1 мес., при $p > 0,05$ в сравнении с поступающими в ДП

Таким образом, вследствие плохого социально-психологического климата, а также феномена «скученности» и ряда других проблем у поступающих в ДП формируется синдром нарушения адаптации (мальадаптации). Он проявляется в виде ТДС, увеличения частоты основных гериатрических синдромов (падения, сенсорные нарушения, расстройства функции тазовых органов по типу недержания); обостряются имеющиеся хронические заболевания и формируется психологический дискомфорт («уход в себя»).

Стоит отметить также не только проблемы проживания и социально-психологической адаптации поступающих пожилых людей в ДП, но и последствия, к которым данные проблемы приводят в указанных условиях, особенно у людей, поступающих в ДП. Так, среди опрошенных нами больше половины считают, что наиболее острыми последствиями являются «нарушения правил проживания в учреждении» (83,6 %), и «ссоры, выяснение отношений с другими пациентами» (84,1 %), треть анкетированных отметили, что «регулярные трения» с медицинским персоналом и социальными работниками» тоже являются острыми последствиями периодами адаптации в течение 1 месяца проживания. Последствия, возникающие на фоне проблем социальной адаптации пожилых людей в условиях ДП, представлены в таблице 5.

Таблица 5 – Последствия, возникающие на фоне проблем социальной адаптации пожилых людей в условиях дома престарелых, %

Варианты ответов	Поступающие в ДП	Проживающие > 1 мес. в ДП
Добровольный уход из дома престарелых	23,7±0,9	18,1±2,3
Взыскания со стороны администрации и персонала ДП	28,9±1,1*	13,4±0,7
Регулярные трения с персоналом учреждения	22,3±1,8	18,6±3,1
Ссоры, выяснение отношений с другими проживающими	84,1±1,1*	61,8±0,9
Нарушения правил проживания в учреждении	83,6±1,9*	68,2±2,2
Попытки самоубийства	4,5±1,1	—

Примечание: при $p < 0,05$ в сравнении с проживающими более 1 месяца в доме престарелых

Таким образом, основными проблемами, которые были установлены нами, у поступающих в ДП пожилых людей, усиливающими проявления дезадаптирующих синдромов, являются «бытовые условия» и явление «скученности» при организации пребывания (при $p < 0,05$). Кроме того, среди последствий, к которым они приводят у вновь поступающих в указанных условиях, выделяются «нарушения правил проживания в учреждении» (83,6%) и «ссоры, выяснение отношений с другими проживающими» (84,1%) (при $p < 0,05$). Это свидетельствует о высоком вкладе организационных причин снижения адаптации, которые можно определить как феномен «скученности».

Общее состояние мер профилактики снижения адаптации при поступлении в дом престарелых

В исследовании нами была изучена частота назначения основных немедикаментозных и медикаментозных методов в ДП в объеме всей выборочной совокупности (n=305) с точки зрения мер профилактики нарушений адаптации. Установлено, что структура назначения немедикаментозных методов, в частности, ЛФК, носит следующий характер и представлена в таблице 6.

Таблица 6 – Интенсивность охвата пациентов домов престарелых методами ЛФК

Метод ЛФК	Количество больных (абс.)	%
Лечебная гимнастика индивидуальным методом	121	39,7
Лечебная гимнастика групповым методом	120	39,3
Трудотерапия	65	21,3
Эрготерапия	20	6,6
Ходьба	205	67,2
Тренировка малой моторики	27	8,9
Игровые виды спорта	10	3,3

Охват методами аппаратной физиотерапии представлен в таблице 7.

Таблица 7 – Интенсивность охвата пациентов дома престарелых методами аппаратной физиотерапии

Метод аппаратной физиотерапии	Количество больных (абс.)	%
Магнитотерапия	207	67,9
Ультразвуковая терапия	205	67,2
УВЧ-терапия	124	40,7
Импульсные токи низкой частоты	115	37,7
Импульсные токи высокой частоты	134	43,9
Лазеротерапия	152	49,8
Индуктотермия	77	25,3
Лекарственный электрофорез	227	74,4
Электросон	124	40,7

Из других методов немедикаментозной терапии определенную распространенность получил массаж – 72 пациента (23,6%), все больные получали фитотерапевтическое сопровождение.

Согласно данным литературы, применение современных физиотерапевтических и немедикаментозных методов в ДП с целью коррекции существующего дефицита в рамках нозологических единиц, а так же как метода повышения адаптации организма в условиях изменения привычной жизни, позволяет значительно обогатить и оптимизировать медицинскую помощь пациентам пожилого возраста. Достаточный интерес специалистов в области гериатрии привлекают методы физиотерапевтической направленности (например, магнитотерапия, лазеротерапия, применение ультразвука и пр.) и методы с общеукрепляющим действием – кинезиотерапевтические, с позиции профилактики гиподинамии, динапении и астении (например, ЛФК, скандинавская ходьба и пр.). При этом назначение данных методов крайне редки или в недостаточном объёме, чтобы быть прочной опорой в схемах превенции синдрома нарушения адаптации [Потась А.Г., 2013; Парфенов В.А., 2013; Таньшина О.В., 2015; Карпенко И., Горбунов А., Соловьева Л., 2017; Прощаев К.И., Ивко К.О., Фадеева П.А., Полторацкий А.Н., 2018].

Зависимость назначения отдельных методов в достижении положительной адаптации пациентов с дезадаптирующими гериатрическими синдромами

Анализ зависимости назначения отдельных методов профилактики нарушений адаптации в объеме всей выборочной совокупности. Нами проведено исследование 305 пациентов пожилого возраста, находившихся в ДП. Улучшение показателей адаптации у пациентов в ДП наблюдалось у 41,6%. Отсутствие динамики

изученного параметра было у 16,1% пациентов. Отрицательная динамика изученного параметра отмечалась у 42,3% пациентов.

Важными оказались следующие методы реабилитации: лечебная гимнастика по индивидуальной программе ($\chi^2=7,4$), трудотерапия ($\chi^2=8,3$), эрготерапия ($\chi^2=8,2$), тренировка мелкой моторики кистей рук ($\chi^2=8,5$), $p<0,05$. Среди методов физиотерапии значимы: магнитотерапия ($\chi^2=6,5$), лазеротерапия ($\chi^2=6,7$), лекарственный электрофорез ($\chi^2=6,3$), электросон ($\chi^2=6,2$), массаж ($\chi^2=6,4$), $p<0,05$.

Таким образом, с точки зрения составления реабилитационных программ пожилым людям, находящимся в доме престарелых, принципиально важно учесть назначение следующих позиций: лечебная гимнастика по индивидуальной программе, трудотерапия, эрготерапия, тренировка мелкой моторики кистей рук; магнитотерапия, лазеротерапия, электрофорез, электросон, массаж.

Анализ зависимости назначения отдельных методов реабилитации при синдроме падений. Нами изучено 42 случаев оказания медицинской помощи в доме престарелых. Улучшение показателей адаптации у пациентов в ДП наблюдалось у 35,7%. Отсутствие динамики изученного параметра было у 47,6% пациентов. Отрицательная динамика изученного параметра отмечалась у 16,7% пациентов.

В структуре кинезотерапевтических мероприятий достоверное положительное влияние оказала лечебная гимнастика, проводимая по индивидуально разработанной программе ($\chi^2=7,5$), $p<0,05$. Среди методов физиотерапии значимые: магнитотерапия ($\chi^2=7,3$), лазеротерапия ($\chi^2=7,4$), лекарственный электрофорез ($\chi^2=7,7$), $p<0,05$. Подводя итоги полученным данным, отметим, что оптимальная реабилитационная программа должна содержать следующие позиции: лечебная гимнастика по индивидуальной программе, магнито- и лазеротерапия, электрофорез.

Анализ зависимости назначения отдельных методов реабилитации при головокружении. Головокружение было отмечено у 174 пациентов пожилого возраста, находившихся в доме престарелых. Улучшение показателей головокружения у пациентов в ДП наблюдалось у 40,2%. Отсутствие динамики изученного параметра было у 45,4% пациентов. Отрицательная динамика изученного параметра отмечалась у 14,4% пациентов.

Достоверно значимы: эрготерапия ($\chi^2=7,8$), тренировка мелкой моторики ($\chi^2=8,1$), $p<0,05$. Среди методов физиотерапии значимы: ультразвуковая терапия ($\chi^2=7,5$), лазеротерапия ($\chi^2=7,4$), лекарственный электрофорез ($\chi^2=7,3$), электросон ($\chi^2=7,6$), а также массаж области воротниковой зоны ($\chi^2=7,4$), $p<0,05$.

Для составления реабилитационных программ пожилым людям с синдромом головокружения, находящимся в доме престарелых, принципиально важно учесть назначение эрготерапии, тренировки мелкой моторики, УЗ-терапии, лазеролечения, электрофореза, электросна, массажа.

Анализ зависимости назначения отдельных методов реабилитации при синдроме снижения слуха. Всего в исследование вошло 129 пациентов с синдромом снижения слуха, из них у 48 (38,1%) отмечена положительная адаптация к пребыванию в доме престарелых. Отрицательная динамика изученного параметра отмечалась у 2,1% пациентов. Среди методов физиотерапии наиболее важными методами были: магнитотерапия ($\chi^2=7,1$), лазеротерапия ($\chi^2=7,2$), лекарственный электрофорез ($\chi^2=7,0$), электросон ($\chi^2=7,2$), $p<0,05$.

Следовательно, оптимальная реабилитационная программа в доме престарелых при синдроме снижения слуха должна содержать следующие позиции: в плане назначения методов аппаратной физиотерапии – магнитотерапия, лазеротерапия, лекарственный электрофорез, электросон.

Анализ зависимости назначения отдельных методов реабилитации при снижении зрения. В проведенном исследовании снижение зрения было отмечено у 134 пациентов пожилого возраста, находившихся в доме престарелых. Улучшение

показателей зрения у пациентов в ДП наблюдалось у 36,6%. Отсутствие динамики изученного параметра было у 55,9% пациентов. Отрицательная динамика изученного параметра отмечалась у 7,5% пациентов.

Нами доказано, что достоверное положительное влияние оказывает тренировка мелкой моторики ($\chi^2=7,3$), $p<0,05$. Среди физиотерапевтических процедур выделялись терапия магнитами ($\chi^2=7,5$) и лазером ($\chi^2=7,6$), $p<0,05$.

Для составления оптимальных реабилитационных программ пожилым людям с синдромом снижения зрения, находящимся в ДП, принципиально рекомендовать: в кинезотерапевтическом разделе реабилитационной программы – тренировка мелкой моторики; в физиотерапевтическом разделе – магнитотерапия, лазеротерапия.

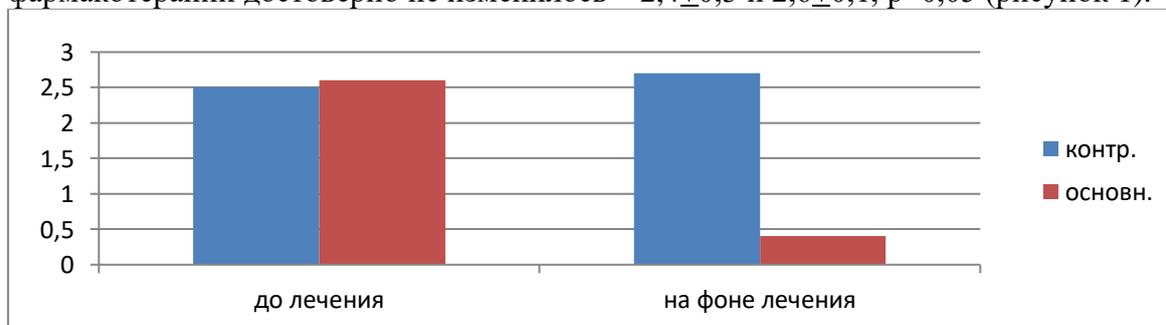
Анализ зависимости назначения отдельных методов реабилитации при недержании мочи. В проведенном исследовании недержание мочи было отмечено у 30 пациентов пожилого возраста, находившихся в доме престарелых. Улучшение показателей у пациентов в ДП наблюдалось у 80,0%. Отсутствие динамики изученного параметра было у 16,7% пациентов. Отрицательная динамика изученного параметра отмечалась у 3,3% пациентов. Нами доказано, что достоверное положительное влияние оказывает лечебная гимнастика, направленная на укрепление мышц тазового дна ($\chi^2=7,3$), $p<0,05$. Среди физиотерапевтических процедур выделялись терапия магнитами ($\chi^2=7,5$) и лазером ($\chi^2=7,6$), $p<0,05$.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о целесообразности увеличения объема назначаемых профилактических методов как при основных гериатрических синдромах, являющихся основой синдрома мальадаптации; фактически отсутствует система физической реабилитации пациентов данного плана в ДП. Вместе с тем выявлено, при каждом отдельном гериатрическом синдроме имеются определенные особенности назначения методов реабилитации, что необходимо учитывать в практической деятельности.

Кроме того, в рамках организационных методов по преодолению синдрома «скученности», можно рассматривать следующие позиции: контроль общественности за выполнением персоналом обязанностей, своевременное выявление случаев жесткого ухода, недолжного отношения. Также важно понимать значение налаживания тесного контакта с людьми пожилого возраста в ДП с точки зрения дружеских отношений со стороны персонала; в максимально возможной степени нужно отпускать людей, давать возможность свободного передвижения, заботиться об индивидуальности каждого (уменьшать границы обезличивающей среды – одинаковые пижамы, стрижка, еда и т.д.).

Эффективность профилактических программ при синдроме мальадаптации

Динамика количества падений. В ОГ выявлено достоверное снижение количества падений по сравнению с зарегистрированным количеством падений на фоне применения реабилитационных программ с актовегином, соответственно, $2,5\pm 0,2$ и $0,3\pm 0,1$, $p<0,05$. В КГ таковой динамики не наблюдалось, количество падений на фоне приема стандартной фармакотерапии достоверно не изменилось – $2,4\pm 0,3$ и $2,6\pm 0,1$, $p>0,05$ (рисунок 1).



Примечание: при $p<0,05$

Рисунок 1 – Динамика частоты падений (абс.) под влиянием стандартной медикаментозной терапии (КГ) и реабилитационных программ с применением актовегина (ОГ)

Таким образом, применение разработанных нами реабилитационных программ с применением актовегина приводит к достоверному уменьшению количества падений.

Динамика субъективных ощущений головокружения. При исследовании динамики субъективных ощущений эффективности реабилитационных программ при синдроме головокружения у пожилых людей было выявлено, что положительную динамику в КГ отметили 5 человек или 15,6%, в то время как в ОГ 21 человек или 67,7%. В КГ 24 человека или 75% не отметили улучшения своего состояния, в то время как в ОГ не отметили динамики 8 человек или 25,8%. Ухудшение своего состояния в КГ отметил 3 человек или 9,4%, в ОГ 2 человека или 6,5%. Динамика субъективных ощущений пожилых пациентов с синдромом головокружения под влиянием реабилитационных программ представлена в таблице 8.

Таблица 8 – Динамика субъективных ощущений пожилых пациентов с синдромом головокружения под влиянием реабилитационных программ

Динамика субъективного статуса	Контрольная группа (n=32)		Основная группа (n=31)	
	До	После	До	После
Улучшение	4 (12,5%)	5 (15,6%)	4 (12,9%)	21 (67,7%)*,**
Без улучшения	22 (68,8%)	24 (75,0%)	19 (61,3%)	8 (25,8%)*,**
Ухудшение	6 (18,7%)	3 (9,4%)**	8 (25,8%)	2 (6,5%)*,**

Примечание: * при $p < 0,05$ между группами после реабилитации, **при $p < 0,05$ в группе до и после реабилитации

Динамика реоэнцефалографических показателей при головокружении. Динамика реоэнцефалографических показателей у пожилых пациентов с синдромом головокружения под влиянием реабилитационных программ представлена в таблице 9.

Стоит отметить, что в основной группе было установлено достоверно меньшее количество пациентов с перенесенным нарушением мозгового кровоснабжения, сопряженных с легкими или умеренными двигательными нарушениями, дизартрией или моторной афазией, не достигающей выраженной степени (10,4% в основной группе и 18,3% в контрольной, при $p < 0,05$).

Таблица 9 – Динамика реоэнцефалографических показателей у пожилых пациентов при головокружении под влиянием реабилитационных программ

Показатели	Контрольная (n=32)		Основная (n=31)	
	До	После	До	После
Синокаротидный бассейн				
Реографический индекс	0,10+0,001	0,10+0,002	0,11+0,03	0,15+0,001*,**
ПСС	94,8+1,2	94,9+1,3	94,7+1,1	70,8+1,5*,**
Сопротивление артериол	19,8+1,4	19,7+1,5	19,6+1,4	10,9+1,6*,**
Сопротивление венул	18,4+1,5	18,1+1,4	18,2+1,6	10,2+1,5*,**
Индекс венозного оттока	22,1+2,9	22,0+2,7	21,9+2,3	13,4+2,0*,**
Вертебробазиллярный бассейн				
Реографический индекс	0,11+0,001	0,10+0,002	0,10+0,001	0,16+0,002*,**
ПСС	94,7+1,5	94,8+1,6	95,0+1,9	71,5+1,3*,**
Сопротивление артериол	19,7+1,2	19,6+1,1	19,8+1,3	10,4+1,2*,**
Сопротивление венул	18,3+1,2	18,2+1,3	18,1+1,3	10,1+1,1*,**
Индекс венозного оттока	22,2+2,8	22,1+2,4	22,0+2,5	14,1+2,1*,**

Примечание: * $p < 0,05$ между группами после реабилитации, ** $p < 0,05$ в группе до и после реабилитации

Динамика субъективных ощущений слуха. При исследовании динамики субъективных ощущений эффективности реабилитационных программ при синдроме снижения слуха у пожилых людей было выявлено, что положительную динамику в КГ отметили 2 человек или 6,3%, в то время как в ОГ 12 человек или 38,7%. В КГ 27 человека или 90% не отметили улучшения своего состояния, в то время как в ОГ не отметили динамики 17 человек или 54,8%. Ухудшение своего состояния в КГ отметил 1 человек или 3,3%, в ОГ 2 человека или 6,5%.

Динамика субъективных ощущений пожилых пациентов с синдромом снижения слуха под влиянием реабилитационных программ представлена в таблице 10.

Таблица 10 – Динамика субъективных ощущений пожилых пациентов с синдромом снижения слуха под влиянием реабилитационных программ

Динамика субъективного статуса	Контрольная группа (n=32)		Основная группа (n=31)	
	До	После	До	После
Улучшение	2 (6,3%)	2 (6,3%)	5 (16,1%)	12 (38,7%)*,**
Без улучшения	26 (81,3%)	27 (90,0%)	23 (74,2%)	17 (54,8%)*,**
Ухудшение	3 (9,4%)	1 (3,3%)	3 (9,7%)	2 (6,5%)

Примечание: * $p < 0,05$ между группами после реабилитации, ** $p < 0,05$ в группе до и после реабилитации

Динамика субъективных ощущений зрения. При исследовании динамики субъективных ощущений эффективности реабилитационных программ при синдроме снижении зрения у пожилых людей было выявлено, что положительную динамику в КГ отметил 1 человек или 3,2%, в то время как в ОГ 8 человек или 25,0%. В КГ 29 человека или 93,6% не отметили улучшения своего состояния, в то время как в ОГ не отметили динамики 22 человек или 68,8%. Ухудшение своего состояния в КГ отметил 1 человек или 3,2%, в ОГ 1 человек или 3,2%.

Динамика субъективных ощущений пожилых пациентов с синдромом снижения зрения под влиянием реабилитационных программ представлена в таблице 11.

Динамика субъективных ощущений при недержании мочи. При исследовании динамики субъективных ощущений эффективности реабилитационных программ при синдроме недержания мочи у пожилых людей было выявлено, что положительную динамику в контрольной группе отметило 2 человека или 6,2%, в то время как в основной группе 11 человек или 35,5%.

Таблица 11 – Динамика субъективных ощущений пожилых пациентов с синдромом снижения зрения под влиянием реабилитационных программ

Динамика субъективного статуса	Контрольная группа (n=32)		Основная группа (n=31)	
	До	После	До	После
Улучшение	1 (3,2%)	1 (3,1%)	2 (6,4%)	8 (25,0%)*,**
Без улучшения	24 (75,0%)	29 (93,8%)**	26 (83,9%)	22 (68,8%)*,**
Ухудшение	7 (21,8%)	1 (3,1%)**	3 (9,7%)	1 (3,2%)

Примечание: * при $p < 0,05$ между группами после реабилитации, ** $p < 0,05$ в группе до и после реабилитации

В контрольной группе 27 человека или 84,4% не отметили улучшения своего состояния, в то время как в основной группе не отметили динамики 19 человек или 61,3%. Ухудшение своего состояния в контрольной группе отметили 3 человека или 9,4%, в основной группе 1 человек или 3,2%. Динамика субъективных ощущений пожилых пациентов с синдромом недержания мочи под влиянием реабилитационных программ представлена в таблице 12.

Таблица 12 – Динамика субъективных ощущений пожилых пациентов с синдромом недержания мочи под влиянием реабилитационных программ

Динамика субъективного статуса	Контрольная группа (n=32)		Основная группа (n=31)	
	До	После	До	После
Улучшение	1 (3,1%)	2 (6,2%)	4 (12,9%)	11 (35,5%)*,**
Без улучшения	27 (84,4%)	27 (84,4%)	24 (77,4%)	19 (61,3%)*,**
Ухудшение	4 (12,5%)	3 (9,4%)	3 (9,7%)	1 (3,2%)

Примечание: * при $p < 0,05$ между группами после реабилитации, ** $p < 0,05$ в группе до и после реабилитации

Динамика субъективных ощущений психологического комфорта (преодоление феномена скученности). При исследовании динамики субъективных ощущений

эффективности реабилитационных программ при синдроме «скученности» оценивалась нами также методом анкетного опроса пожилых людей. В ходе анкетирования нами было установлено, что положительную динамику в КГ отметил 32 человека или 21,1%, в то время как в основной группе 106 человек или 69,3%. В КГ 108 человек или 71,1% не отметили улучшения своего состояния, в то время как в основной группе не отметили динамики 46 человек или 30,0%. Ухудшение своего состояния в контрольной группе отметило 12 человек или 7,8%, в основной группе 1 человек или 0,7%. Динамика субъективных ощущений пожилых пациентов с синдромом «скученности» под влиянием реабилитационных программ представлена в таблице 13.

Таблица 13 – Динамика субъективных ощущений пожилых пациентов с синдромом «скученности» под влиянием реабилитационных программ, в %

Динамика субъективного статуса	Контрольная группа (n=152)		Основная группа (n=153)	
	До	После	До	После
Улучшение	25 (16,4%)	32 (21,1%)	27 (17,6%)	106 (69,3%)*,**
Без улучшения	110 (72,4%)	108 (71,1%)	111 (72,6%)	46 (30,0%)*,**
Ухудшение	17 (11,2%)	12 (7,8%)	15 (9,8%)	1 (0,7%)*,**

Примечание: * при $p < 0,05$ между группами после реабилитации, ** $p < 0,05$ в группе до и после реабилитации

Необходимо отметить, что при всех ведущих дезадаптирующих синдромах в ДП отмечены положительная динамика КЖ. Средние сводные показатели состояния КЖ в таблице 14.

Применение немедикаментозных реабилитационных методов в рамках превенции синдрома мальадаптации крайне важно и актуально, особенно с точки зрения профилактики синдрома «скученности», так как субъективное улучшение состояния отмечают 69,3% пациентов ОГ, в сравнении с 21,1% КГ при $p < 0,05$.

Таблица 14 – Динамика средних показателей качества жизни пожилых пациентов с изученными дезадаптирующими синдромами под влиянием реабилитационных программ

Показатель КЖ	До реабилитации		После реабилитации	
	КГ	ОГ	КГ	ОГ
Общее здоровье	24,9±1,1	23,3±1,4	22,5±1,2	30,5±1,2*,#
Рольное функционирование	23,7±1,1	24,2±1,2	24,1±1,3	29,9±1,1*,#
Боль	14,1±1,2	14,2±1,2	12,9±1,2	8,1±1,0*,#
Физическое функционирование	25,0±1,1	25,0±1,2	24,8±1,2	29,9±1,2*,#
Жизнеспособность	23,5±1,1	24,1±1,2	24,0±1,1	31,8±1,7*,#
Психологическое здоровье	20,1±1,3	20,5±1,1	21,0±1,2	27,9±1,2*,#
Рольное эмоциональное функционирование	29,4±1,3	29,2±1,4	29,0±1,2	35,4±1,1*,#
Социальное функционирование	29,3±1,2	29,2±1,4	30,2±1,0	35,9±1,3*,#

Примечание: * – достоверная динамика показателей внутри группы, $p < 0,05$

– достоверная разность показателей между группами, $p < 0,05$

Таким образом, полученные результаты исследования свидетельствуют об эффективности сочетанного воздействия немедикаментозных реабилитационных методов и препарата «Актовегин» не только на основные гериатрические синдромы, но и на субъективную картину дезадаптирующего синдрома, а также объективную церебральную гемодинамику и КЖ у людей пожилого возраста, которые находятся в доме престарелых.

ВЫВОДЫ

1. На начальном двухмесячном этапе пребывания в доме престарелых, достоверно чаще по сравнению с неорганизованным населением, которое проживает в привычных условиях, встречаются такие дезадаптирующие гериатрические синдромы как падения (13,8%), головокружение (57,1%), снижение слуха (42,3%) и зрения (43,9%), недержание мочи (23,6%), которые характеризуют нарушение адаптации или мальадаптацию.

2. Профилактические мероприятия по повышению адаптации в домах престарелых характеризуются недостаточным охватом пациентов и малым объемом назначаемых методов (кинезиотерапевтических – 26,6%, физиотерапевтических – 49,7%), что снижает степень адаптации людей пожилого возраста к новой среде обитания.

3. Синдром «скученности» является одной из основных проблем адаптации среди пожилых людей, только поступающих в дома престарелых, что приводит к появлению в течение первых двух месяцев проживания таких последствий как «нарушения правил проживания в учреждении» в 83,6 % и «ссоры, выяснение отношений с другими проживающими» в 84,1%.

4. Оптимальные схемы профилактических мероприятий при дезадаптирующих гериатрических синдромах включают в себя кинезотерапию, проводимую преимущественно по индивидуально разработанной схеме эрготерапевтической направленности, аппаратную физиотерапию и медикаментозные препараты метаболического ряда, такие как актовегин.

5. Реабилитационные мероприятия в комбинации с применением пептидного нейротрофактора актовегина улучшают церебральный кровоток, клиническое состояние и повышают качество жизни пожилых больных в домах престарелых: при синдроме падений в основной группе до реабилитации $2,5 \pm 0,2$ и после реабилитации – $0,3 \pm 0,1$, при $p < 0,05$, при головокружении – в основной группе 67,7%, в контрольной группе – 15,6%, при снижении слуха – в основной группе 38,7%, в контрольной группе – 6,3%, при снижении зрения – в основной группе 25,0%, в контрольной группе – 3,1%, при синдроме «скученности» – в основной группе 69,3%, в контрольной группе – 21,1%, при недержании мочи – в основной группе 35,5%, в контрольной группе – 6,2% (при $p < 0,05$ между группами после реабилитации).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. В первый месяц при поступлении в дом престарелых целесообразным является проведение комплексной гериатрической оценки на предмет выявления гериатрических проявлений синдрома мальадаптации (нарушения адаптации), прежде всего в отношении падений, головокружения, нарушений слуха и зрения, а также недержания мочи. Данные гериатрические синдромы могут дополняться пограничными психическими расстройствами, стоматологическими заболеваниями, а также функциональными расстройствами желудочно-кишечного тракта.

2. В возникновении и прогрессировании нарушений адаптации при поступлении в дом престарелых целесообразно учитывать фактор «скученности», который характеризуется высокой плотностью проживания, снижения доступа к выбору телевизионных каналов и программ, ограничением в выборе продуктов питания, недостаточным вниманием со стороны медицинских и социальных работников при возникновении бытовых проблем. Для профилактики нарушений адаптации целесообразно проводить оценку состояния терапевтической среды дома престарелых, которая включает в себя также оценку «скученности» и предпринимать меры по минимизации данного феномена.

3. При поступлении в дом престарелых целесообразным является составление индивидуальных программ адаптации пациентов пожилого и старческого возраста к новым условиям проживания, включающих в себя кинезотерапию, проводимую преимущественно по индивидуально разработанной схеме эрготерапевтической направленности, аппаратную физиотерапию и медикаментозные препараты метаболического ряда, в частности, применение актовегина.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Статьи, опубликованные в журналах, индексируемых в БД Scopus

1. Совершенствование диагностики, лечения и вторичной профилактики инсульта с использованием единой онлайн-системы: первичное сосудистое отделение - региональный сосудистый центр - семейный врач / Ю. А. Лыков, А. В. Микрюков, **Е. А. Яценко** [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2020. – Т. 120, № 12-2. – С. 32-36.

Статьи, опубликованные в журналах из Перечня ВАК

2. Иванов, С. В. Медико-социальный портрет пациентов пожилого и старческого возраста с офтальмологической патологией / С. В. Иванов, Ю. Д. Губарев, **Е. А. Яценко** // Современные проблемы науки и образования: электрон. журн. – 2014. – № 6. – URL: <https://s.science-education.ru/pdf/2014/6/1538.pdf>.

3. Иванов, С. В. Основные гериатрические состояния и их распространенность у пожилых людей с патологией органа зрения / С. В. Иванов, Ю. Д. Губарев, **Е. А. Яценко** // Современные проблемы науки и образования : электрон. журн. – 2014. – № 6. – URL: <https://s.science-education.ru/pdf/2014/6/1602.pdf>.

4. Возможность прогнозирования развития тревожно-депрессивного синдрома у пациентов с артериальной гипертензией старших возрастных групп / Т. Л. Оленская, Ю. Д. Губарев, **Е. А. Яценко**, К. Л. Козлов // Фундаментальные исследования. – 2015. – № 1, ч. 1. – С. 127-131.

5. Возможность прогнозирования развития синдрома когнитивных нарушений у пациентов с артериальной гипертензией старших возрастных групп / Т. Л. Оленская, Ю. Д. Губарев, **Е. А. Яценко**, К. Л. Козлов // Фундаментальные исследования. – 2015. – № 1, ч. 2. – С. 321-325.

6. Цифровые технологии в нейрогериатрии как звено реабилитационной программы когнитивного дефицита / Е.А. Лысых, Ю.Д. Губарев, **Е.А. Яценко** [и др.] // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. Раздел «Геронтология и гериатрия» – 2020. – № 4. – С. 195-209.

Статьи, опубликованные в других изданиях

7. Оценка эффективности вторичной профилактики кардиоэмболического варианта ишемического инсульта / О. В. Дудченко, А. С. Бессмертный, **Е. А. Яценко** [и др.] // XX Давиденковские чтения : юбил. конгресс с междунар. участием : к 125-летию создания первой в России каф. усовершенствования врачей-неврологов, Санкт-Петербург, 27-28 сент. 2018 г. : сборник тезисов / М-во здравоохранения РФ, Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга, Отд-ние мед. наук РАН [и др.] ; под ред. С.В. Лобзина. – Санкт-Петербург, 2018. – С. 128-129.

8. Диагностика когнитивных нарушений у пациентов с хроническим нарушением мозгового кровообращения / **Е. А. Яценко**, Ю.С. Павлова, А.Н. Паюдис, Ю.В. Кудрявцева // XX Давиденковские чтения : юбил. конгресс с междунар. участием : к 125-летию создания первой в России каф. усовершенствования врачей-неврологов, Санкт-Петербург, 27-28 сент. 2018 г. : сборник тезисов / М-во здравоохранения РФ, Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга, Отд-ние мед. наук РАН [и др.] ; под ред. С.В. Лобзина. – Санкт-Петербург, 2018. – С. 467-468.

9. Оценка функционального исхода эндоваскулярного лечения ишемического инсульта у пациентов пожилого и старческого возраста / Ю. А. Лыков, Ж. Ю. Чефранова, **Е. А. Яценко** [и др.] // Актуальные вопросы совершенствования медицинской помощи и профессионального медицинского образования : сборник тезисов V междисциплинарного мед. форума с междунар. участием, Белгород, 11-12 марта 2020 г. / НИУ «БелГУ» ; под ред. В.Ф. Куликовского, О.А. Ефремовой. – Белгород, 2020. – С. 81-82.

10. Инсультная платформа: диагностика, лечение и вторичная профилактика инсульта / Ж. Ю. Чефранова, Г. В. Калмыкова, **Е. А. Яценко** [и др.] // Актуальные вопросы совершенствования медицинской помощи и профессионального медицинского

образования : сборник тезисов VI междисциплинарного мед. форума, Белгород, 10-11 марта 2021 г. / НИУ «БелГУ» ; под ред. Н.И. Белоусова, Н.И. Жернаковой, О.А. Ефремовой. – Белгород, 2021. – С. 146.

Учебные издания

11. Повышение адаптации людей пожилого и старческого возраста при поступлении в дома престарелых: метод. рекомендации / К. И. Прощаев, Э. В. Фесенко, **Е.А. Яценко**. – Москва : Изд-во Акад. последипломного образования ФМБА России, 2020. – 16 с.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ДП	–	дом престарелых
ИБС	–	ишемическая болезнь сердца
КЖ	–	качество жизни
ЛФК	–	лечебная физическая культура
НСТ	–	нейро-сенсорная тугоухость
СРК	–	синдром раздраженного кишечника
ТДС	–	тревожно-депрессивный синдром
ХИГМ	–	хроническая ишемия головного мозга
ХСН	–	хроническая сердечная недостаточность
ЭЛР	–	эмоционально-лабильное расстройство