

пределах 2-2,5 балла, за адекватность – от 1,5 до 2 баллов, за критичность – от 1,5 до 2 баллов, по шкале FAB пациенты оценены от 8 до 10 баллов. Все пациенты по шкале GDR соответствовали 3-6 позициям, где вместе с когнитивным снижением имеются прогрессирующие механизмы психологической защиты в виде отрицания когнитивного дефекта. Вышеуказанные результаты в совокупности с клиническими симптомами позволили констатировать у 3-х пациентов деменцию умеренной степени выраженности, а у 2-х пациентов - тяжёлую деменцию. Родственники пациентов в домашних условиях компенсировали когнитивное снижение и нарушение социальных функций пациентов путём ограничений их в нагрузках, выполнения бытовых и социальных функций за них, оправдания их неадекватного поведения. Параллельно с пациентами родственники использовали механизмы защиты с отрицанием или беспечным отношением к симптомам болезни и лечению, прогрессированию и пессимистическому прогнозу болезни. У родственников пациентов отсутствовали специфические знания о болезни Альцгеймера,

информированность о медицинских и социальных службах курации пациентов с деменцией. Информация, получаемая родственниками от невропатологов, психиатров, среднего медицинского персонала воспринималась искажённо, отрицалась, забывалась, популярная информация из СМИ не была востребована. Родные пациентов имели неоправданный позитивный настрой в отношении перспектив лечения своих родственников. Тем не менее все родственники хотели бы получить более подробную и систематизированную информацию о болезни, в связи с чем с ними проведена психосоциальная консультация, направленная на повышение информированности о болезни и достижение медикаментозного комплайенса. Проведен обучающий семинар с геронтологами Центра медицинской помощи ветеранам войны. Заключение: исследование демонстрирует целесообразность совершенствования психосоциальной помощи родственникам пациентов с атрофическими процессами головного мозга и необходимость достижения их комплайенса.

### **МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ СОЗДАНИЯ БЕЗБАРЬЕРНОЙ СРЕДЫ ОБИТАНИЯ**

**Медведев Д.С.<sup>1</sup>, Ильницкий А.Н.<sup>2,3</sup>, Кривецкий В.В.<sup>4</sup>, Фесенко В.В.<sup>4</sup>, Фесенко Э.В.<sup>4</sup>**

Санкт-Петербургский НИИ биорегуляции и геронтологии<sup>1</sup> (Санкт-Петербург),  
Полоцкий государственный университет<sup>2</sup> (Новополоцк, Беларусь), Автономная некоммерческая  
организация научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология»<sup>3</sup> (Москва),  
Белгородский государственный национальный исследовательский университет<sup>4</sup> (Белгород,  
Россия)

Безбарьерная среда обитания является одним из самых необходимых элементов домов престарелых. К сожалению, в нашей стране лишь в немногих социальных учреждениях стационарного типа функционирует подобная среда, что обусловлено, главным образом, низким уровнем представлений о ее содержании. Цель исследования – провести экспертную оценку содержания безбарьерной среды

обитания социальных учреждений стационарного типа. Материал и методы. Проведен опрос 12 специалистов в области социальной работы и геронтологии и гериатрии по вопросу содержания безбарьерной среды обитания социальных учреждений стационарного типа с последующим обобщением полученных данных. Результаты. Согласно данных экспертных оценок создание так называемой свободной,

безбарьерной в широком смысле слова среды обитания подразумевает реализацию следующих позиций: возможность выбирать блюда в столовой из меню; возможность пользоваться не только больничной столовой, но и готовить пищу самостоятельно в специально отведенных местах и пр.; организация на территории учреждения сети небольших кафе, маленьких магазинов для постояльцев; организация выставок картин, концертов, праздников для постояльцев или силами самих постояльцев; периодический выпуск газеты с работами жителей дома (стихами, рисунками, поздравлениями и пр.); возможность беспрепятственно пользоваться телефоном и Интернетом; свобода пространственного перемещения по территории учреждения в соответствии с принципом «Нет закрытых зон для пациентов (клиентов)»; возможность по желанию временно отлучаться с территории дома престарелых (при отсутствии выраженной деменции, расстройств сознания и памяти). Важным является внесение элемента привычной, «домашней» обстановки: возможность предоставления двухместных палат для обособленного проживания пожилых пар; возможности оформления палат собственной мебелью постояльцев. Эксперты подчеркнули также необходимость ухода от классической больничной атрибутики: замена терминологии «больной», «пациент» на «постоялец», «жилец», «клиент»; «палата»

на «комната» и пр.; замена цветовой гаммы униформы персонала из классических цветов (белого, зеленого, синего) в иные; оформление интерьера, отличного от больничного: отказ от белых стен, выложенных плиткой, решеток на окнах и пр.; уменьшение дистанции между постояльцами и персоналом. Возможно, чтобы в функциональные обязанности каждого работника непосредственно входила дружба 1-2 клиентами, заключающаяся налаживании таких отношений, совместных прогулках, беседах, помощи и поддержке пожилого человека. Необходимым является также исключение/нивелирование потенциально неблагоприятных, вредоносных и опасных факторов среды. Больничная среда является источником многих опасностей для человека с ограниченными возможностями и пожилого. Одни факторы являются неспецифично потенциально опасными, т.е. опасными для всех (например, натертые до скольжения полы). Иные являются специфичными для определенных состояний человека и обстоятельств среды (например, острые углы мебели при синдроме падения). Таким образом, ставится задача трансформировать такие опасные моменты в малоопасные или вовсе их удалить. Выводы. Описанная схема создания безбарьерной среды может явиться основой для улучшения качества пребывания в социальных учреждениях стационарного типа.

## **МАРКЕРЫ МИОКАРДИОФИБРОЗА КАК ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

**Медведев Н.В., Горшунова Н.К., Подпротова Т.В.**

Курский государственный медицинский университет МЗ и СР РФ, Курск, Россия

Развитие хронической сердечной недостаточности (ХСН) на фоне артериальной гипертонии у пациентов старшего возраста обусловлено инволютивными изменениями сердечной мышцы, гипертрофией кардиомиоцитов,

активацией пролиферации фибробластов и формированием интерстициального фиброза, повышением жесткости миокарда под действием гуморальных факторов - трансформирующего фактора роста и др. Доступные неинвазивные методы