

А.С. Башкирѐва<sup>1</sup>, Н.П. Баранова<sup>1,2</sup>, Д.Ю. Богданова<sup>1</sup>, П.П. Аникеев<sup>1</sup>, А.В. Шишко<sup>1,3</sup>

## ВНЕДРЕНИЕ ПЕРЕДОВЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ПРАКТИК НА ОСНОВЕ ИННОВАЦИОННЫХ ГЕРОНТОТЕХНОЛОГИЙ В СИСТЕМУ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

<sup>1</sup> Научно-инновационный центр «Профессиональное долголетие», 199106, Санкт-Петербург, ул. Гаванская, 11/16-78, e-mail: angel\_darina@mail.ru; <sup>2</sup> Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии, 197110, Санкт-Петербург, пр. Динамо, 3; <sup>3</sup> Правительство Приморского края, 690090, Владивосток, ул. Светланская, 22, оф. 903

В рамках развития типовой модели системы долговременного ухода и внедрения инновационных геронто-технологий в качестве передовых социальных практик для дальнейшей оптимизации социально-медицинского обслуживания пациентов пожилого и старческого возраста с 2017 г. по настоящее время на территории Ленинградской обл. реализуется научно-практический проект «Применение дерматопротекторов для повышения качества жизни пациентов гериатрического профиля с возраст-ассоциированным ксерозом» (ВАК). В статье представлены результаты сравнительного анализа эффективности применения эмоленов дерматопротекторного действия для повышения качества жизни, профилактики и коррекции ВАК, изучены клинические проявления данного заболевания до и после применения дерматопротекторов. В когорту обследованных вошли женщины — пациентки гериатрического профиля со старческой астенией семи учреждений социальной защиты населения Ленинградской обл. В зарубежной литературе таких пациентов называют «хрупкими» (*frailty*). Полученные данные свидетельствуют о том, что ВАК как проявление «хрупкости» кожи при старении может рассматриваться в качестве составной части гериатрического синдрома старческой астении у пациентов старших возрастных групп. Развитие «хрупкости» кожи существенно снижает качество жизни пациентов гериатрического профиля и требует своевременной профилактики и коррекции адекватно подобранными дерматопротекторами.

**Ключевые слова:** система долговременного ухода, пациенты гериатрического профиля, «хрупкость», качество жизни, геронто-технологии, ксероз, дерматопротекторы, социальные практики

Поиски оптимальной модели сопровождения и оказания помощи стареющему населению ведутся во всех странах мира [5]. В настоящее время особая роль должна принадлежать тем социально-медицинским технологиям, которые способны дать комплексное решение для устранения трудностей и проблем в жизни граждан пожилого и старческо-

го возраста [11]. Пациенты старших возрастных групп составляют особую категорию граждан, для которых характерен потенциально высокий уровень коморбидности, снижающий качество жизни, оказывающий влияние на формирование старческой астении и других гериатрических синдромов. Пожилые люди с полиморбидной патологией часто имеют низкую функциональную активность, когнитивные нарушения, депрессию. Это «хрупкие» пациенты со снижением качества жизни и частыми госпитализациями [10].

Указ президента России от 7 мая 2018 г. № 204 определил стратегическое направление — «разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения» [1, 9]. В рамках выполнения майских указов президента были разработаны Национальный проект «Демография» и входящий в его состав Федеральный проект «Старшее поколение» [6, 8]. Решение задачи повышения качества жизни граждан пожилого и старческого возраста, продление периода их активного долголетия, поставленной президентом России В. В. Путиным, может быть обеспечено за счет создания системы комплексной медико-социальной и психологической помощи лицам старших возрастных групп, объединяющей учреждения здравоохранения, социальной защиты населения, заинтересованные негосударственные структуры и объединения добровольцев [2]. Для обеспечения преемственности, непрерывности, контроля оказания услуг и принятия решений в рамках технологической цепочки необходимо обеспечить выявление нуждаемости, формирование индивидуального пакета услуг социального, медицинского и психологического профиля для отдельного пациента, предоставление этих

услуг учреждениями социального обслуживания населения и здравоохранения, мониторинг эффективности услуг, выработку рекомендаций по коррекции индивидуальных пакетов услуг [3].

В целях реализации в 2021 г. в отдельных субъектах РФ в рамках Федерального проекта «Старшее поколение» Национального проекта «Демография» пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в постороннем уходе, приказом Минтруда России от 29.09.2020 г. № 667 [7] утверждена типовая модель системы долговременного ухода как составная часть мер, направленных на развитие и поддержание функциональных способностей граждан. Модель включает сбалансированные социальное обслуживание и медицинскую помощь на дому, в полустационарной и стационарной форме с привлечением патронажной службы и сиделок, а также поддержку семейного ухода. В рамках развития типовой модели системы долговременного ухода и внедрения инновационных геронотехнологий для дальнейшего расширения спектра услуг в системе социально-медицинского обслуживания пациентов гериатрического профиля, с 2017 г. по настоящее время на территории Ленинградской обл. реализуется научно-практический проект «Применение дерматопротекторов для повышения качества жизни пациентов гериатрического профиля с возраст-ассоциированным ксерозом» (ВАК).

На сегодняшний день в мире более 75 % людей старше 70 лет отмечают у себя сухую кожу, которая приводит к формированию микротрещин на кистях рук, голенях, других частях тела, появлению сенильного зуда, развитию экзематозного процесса (сухой экземы, при которой кожа напоминает старый растрескавшийся фарфор) [13]. Причиной возникновения сенильной сухости кожных покровов является снижение уровня половых гормонов, стимулирующих сальные железы, а также инволютивные дистрофические процессы, происходящие в коже. ВАК, являясь патологическим состоянием, существенно ухудшающим качество жизни пациентов гериатрического профиля, при отсутствии коррекции может завершиться формированием более выраженных кожных проявлений, привести к усугублению имеющейся симптоматики, а у мало-мобильных граждан, нуждающихся в постороннем уходе, — к появлению пролежней. В то же время, постоянное применение комбинированных, увлажняющих и восстанавливающих липидный состав кожи средств является существенным компонен-

том в ускорении ремиссии ВАК и предотвращении его манифестаций.

Цель исследования — оценка эффективности внедрения передовых социальных практик на основе инновационных геронотехнологий с использованием эмоленгов дерматопротекторного действия в систему долговременного ухода за пациентами гериатрического профиля для повышения качества жизни, профилактики и коррекции ВАК.

## Материалы и методы

В когорту обследованных вошли пациенты гериатрического профиля семи учреждений социальной защиты населения Ленинградской обл. — 880 женщин пожилого и старческого возраста со старческой астенией (по результатам комплексной гериатрической оценки), являвшихся получателями социально-медицинских услуг в указанных организациях. Средний возраст обследованных составил  $76,9 \pm 2,1$  года, из них 405 женщин 60–74 лет и 475 женщин 75–89 лет.

Критерии включения: диагноз старческой астении (R54 по МКБ-10), выставленный комиссией в составе врача-гериатра, гериатрической медсестры и специалиста по социальной работе по результатам комплексной гериатрической оценки; женский пол; возраст 60–74 года и 75–89 лет; наличие жалоб и клинических признаков сухости кожи; подтвержденный ВАК; информированное согласие пациента на участие в исследовании. Критерии исключения: возраст менее 60 и более 89 лет; наличие дерматологической патологии в настоящее время и в анамнезе; наличие заболеваний, способных повлиять на результаты исследования; отягощенный аллергологический анамнез; прием антикоагулянтов, нестероидных противовоспалительных препаратов, пероральных ретиноидов; наличие вредных привычек; непереносимость компонентов космецевтических средств «Ehomega Control® A-DERMA» и «XeraCalm A.D® Avène».

Мужчин не включали в исследование в связи с более поздним для них, по сравнению с женщинами, биологическим старением кожи, отсутствием периода гормонального старения кожи и другими, нежели у женщин, морфофункциональными показателями кожи.

В ходе исследования все пациентки были рандомизированы по возрасту на две группы — лица пожилого и старческого возраста (I и II группа соответственно) и предварительно тестированы на предмет состояния кожи строго в соответствии с критериями, описанными в методических рекоменда-

ях [4]. В зарубежной литературе таких пациентов называют «хрупкими» (*frailty*). Все обследованные были распределены с применением принципов рандомизации на четыре группы: I основная (изучали действие бальзама «Eхomega Control® A-DERMA») — 220 женщин 60–89 лет (из них 102 — 60–74 лет и 118 — 75–89 лет); II основная (изучали действие бальзама «XeraCalm A.D® Avène») — 220 женщин 60–89 лет (из них 98 — 60–74 лет и 122 — 75–89 лет); I контрольная группа (применяли плацебо-препарат — смесь *paraffinum liquidum* и *glycerin* в соотношении 1,5:1) — 220 женщин 60–89 лет (из них 104 — 60–74 лет и 116 — 75–89 лет); II контрольная группа (препараты не применяли) — 220 женщин 60–89 лет (из них 101 — 60–74 лет и 119 — 75–89 лет).

Одним из наиболее эффективных средств ухода за хрупкой кожей являются эмоленты компании «Pierre Fabre Laboratories» (Франция), которые хорошо зарекомендовали себя как средства профилактики и ухода за кожей в период ремиссии и как составляющие комплексной терапии ВАК. В частности, в состав средств линии «ЕХОМЕГА» входит три активных компонента: экстракт ростков овса Реальба®, который является базовым активным ингредиентом формулы серии А-DERMA, запатентованный растительный компонент органического происхождения, способствующий ускоренной регенерации поврежденного эпидермиса и обладающий противовоспалительным свойством [15]; комплекс Filaxerine®, способствующий восстановлению кожного барьера; витамин B<sub>3</sub> (иначе — никотиновая кислота, ниацин, витамин РР). Не менее результативным средством является смягчающий бальзам «XeraCalm A.D.», созданный на основе термальной воды Avène. В состав бальзама входят липиды растительного происхождения с высоким содержанием церамидов и ненасыщенных жирных кислот, что способствует быстрой регенерации эпидермиса после повреждения, препятствует процессам перекисного окисления, защищает клеточные мембраны эпидермоцитов [14]. Инновацией препаратов линии Avène является запатентованный комплекс I-modulia® — биотехнологичная разработка компании «Pierre Fabre Laboratories» (Франция). Еще одна разработка — комплекс «СЕР-ОМЕГА». Он восстанавливает естественный гидролипидный баланс и структуру кожи.

Дерматопротекторные средства «Eхomega Control® A-DERMA» и «XeraCalm A.D.® Avène» применяют наружно на кожу лица и тела,

наносая на пораженный участок кожи тонким слоем 1–2 раза в день или чаще, если это необходимо, в зависимости от тяжести патологического кожного процесса. Эмоленты могут применяться как в качестве поддерживающей монотерапии, так и в составе комплексной медикаментозной терапии ВАК. Общий курс лечения составляет, как правило, 2–2,5 мес. Взаимодействие эмолентов дерматопротекторного действия «Eхomega Control® A-DERMA» и «XeraCalm A.D.® Avène» с другими лекарственными средствами не выявлено. Случаи передозировки также не известны.

Для осуществления многоцентрового двойного слепого строго рандомизированного исследования был составлен протокол исследования, определены критерии включения и исключения участников, был проведен инструктаж врачей-исследователей, среднего и младшего медицинского персонала. Изучены клинические проявления ВАК до и после применения бальзамов «Eхomega Control® A-DERMA» и «XeraCalm A.D.® Avène» в рамках стандартного дозирования. Для регистрации социально-демографических данных, оценки результатов предварительного осмотра пациентов, назначения дерматопротекторов — бальзамов «Eхomega Control® A-DERMA» и «XeraCalm A.D.® Avène», оценки результатов после 60 дней применения препаратов были использованы утверждённые унифицированные индивидуальные регистрационные карты пациентов. Все участники исследования были информированы о возможности применения эмолентов и дали своё устное согласие. По результатам полноценной этической экспертизы документов НИР реализация II этапа научно-практического проекта «Повышение качества жизни пациентов гериатрического профиля с возраст-ассоциированным ксерозом» с точки зрения соблюдения прав и достоинства участников исследования была полностью одобрена локальным этическим комитетом (ЛЭК), протокол заседания ЛЭК ООО «Стомамедсервис» от 03.02.2020 г. № 13 (исх. от 03.02.2020 г. № 10). Настоящее научное исследование проводили при строгом соблюдении требований Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации по биомедицинским технологиям. Протоколы добровольного информированного согласия пациентов на проведение исследования с последующим назначением эмолентов дерматопротекторного действия — бальзамов «Eхomega Control® A-DERMA» и «XeraCalm A.D.® Avène» получены.

Клинические методы исследования включали: визуальный осмотр пациента; дифференциальную

диагностику ксероза по этиологическому фактору; оценку степени выраженности клинических признаков ВАК; заполнение анкеты, разработанной для оценки эффективности дерматопротекторных косметических средств для профилактики и коррекции данной патологии у пациентов гериатрического профиля. Курс лечения составлял 60 дней, косметические средства и плацебо-препарат наносили на поражённые ксерозом участки кожи ежедневно, утром и вечером, на предварительно очищенную кожу. Результаты оценки степени выраженности клинических признаков ВАК обследованных фиксировали в специально разработанных анкетах, включавших данные о степени выраженности клинических проявлений (сухость, шелушение, чешуйчатость, зуд, расчесы, трещины) на дату начала наблюдательных исследований и по завершении курса применения эмоленгов дерматопротекторного действия и плацебо-препарата.

Для статистической обработки и визуализации результатов исследования использовали современные математические методы анализа полученных данных, реализованные в стандартных пакетах Microsoft Office Excel 2019 (©Microsoft), SPSS for Windows—10.0.5, Statistica for Windows (©StatSoft, версия 10.1): сравнивали выборочные распределения, проводили анализ таблиц сопряженности, дисперсионный анализ, использовали корреляционный и регрессионный анализы результатов исследования. Для определения близости к нормальному (гауссову) распределению количественных признаков использовали критерии Шапиро—Уилка, Колмогорова—Смирнова. Так как подавляющее большинство признаков отличалось от нормального (гауссова) распределения, был использован непараметрический критерий Манна—Уитни при  $p < 0,05$ . На основе результатов исследования, полученных при динамическом наблюдении за пациентами, была создана база данных в пакете Microsoft Office Excel 2019 (©Microsoft). Между количественными, ранговыми и частью качественных параметров рассчитывали корреляцию по Пирсону или Спирмену. Для связи качественных параметров между собой

составляли таблицы сопряженности и рассчитывали критерий  $\chi^2$ . Для всех корреляций, коэффициентов и критериев определяли значимость. Статистически достоверными считали показатели с уровнем вероятности не менее 95 %.

### Результаты и обсуждение

Сравнительный анализ состояния кожи у всех лиц с ВАК, участвующих в исследовании, показал, что до начала применения дерматопротекторов 98,4 % пациенток всех возрастных групп предъявляли жалобы на сухость кожи (табл. 1). Также были выявлены:

- шелушение кожи — у 75,6 % пациенток 60—74 лет и у 88 % — 75—89 лет;
- чешуйчатость кожи — у 35,1 % пациенток 60—74 лет и у 43,4 % — 75—89 лет;
- трещины кожи — у 38 % пациенток 60—74 лет и у 45,7 % — 75—89 лет;
- сенильный (старческий) зуд кожи — у 82,7 % пациенток 60—74 лет и у 94,9 % — 75—89 лет;
- расчесы кожи — у 44,9 % пациенток 60—74 лет и у 57,1 % — 75—89 лет.

Для дополнительного подтверждения статистической достоверности результатов сравнительного анализа степени выраженности клинических проявлений ВАК в обследованных группах в зависимости от возраста была использована следующая шкала: сильная степень выраженности признака — 100 %; умеренная — 66 %; небольшая — 33 %; симптом отсутствовал — 0 %. По каждому из признаков были определены средневзвешенные значения распространённости в обеих группах на начало и окончание курса применения дерматопротекторов (табл. 2). Расчёты производили по формуле:  $P_{\text{кп}} = \sum x_i w_i / \sum w_i$ , где  $P_{\text{кп}}$  — распространённость симптома в группе в процентах;  $x_i$  — степень выраженности симптома (100, 66, 33 или 0 % соответственно);  $w_i$  — доля участников группы, являющаяся носителем  $i$ -той выраженности симптома в процентах.

Таблица 1

Распределение пациенток пожилого и старческого возраста по клиническим симптомам возраст-ассоциированного ксероза, абс. число (%)

Возраст, лет	Сухость	Шелушение	Чешуйчатость	Трещины	Сенильный зуд	Расчесы
60—74	394 (97,28)	306 (75,56)	142 (35,06)	154 (38,02)	335 (82,72)	182 (44,94)
75—89	472 (99,37)	418 (88)	206 (43,37)	217 (45,68)	451 (94,95)	271 (57,05)
60—89	866 (98,41)	719 (81,70)	346 (39,32)	369 (41,93)	780 (88,64)	451 (51,25)

Таблица 2

**Возрастные различия распространенности симптомов ксероза у пациенток гериатрического профиля до и после коррекции дерматопротекторами (средневзвешенные значения), %**

Симптом	Распространённость симптомов ксероза			
	60–74 года		75–89 лет	
	исходный фон	после коррекции	исходный фон	после коррекции
Сухость	90,70	18,16 <sup>3)</sup> *	97,89 <sup>4)</sup> *	23,14 <sup>3)</sup> *
Шелушение	55,09	7,03 <sup>3)</sup> *	60,06	13,24 <sup>3)</sup> *, 4)*
Чешуйчатость	17,74	0,83 <sup>2)</sup> *	21,86	5,78 <sup>2)</sup> *, 4)*
Зуд	19,41	2,48 <sup>2)</sup> *	27,68 <sup>4)</sup> *	5,78 <sup>2)</sup> *
Расчесы	17,35	0,83 <sup>2)</sup> *	25,61 <sup>4)</sup> *	2,89 <sup>2)</sup> *
Трещины	9,08	0,41 <sup>1)</sup> *	17,33 <sup>5)</sup> *	3,71 <sup>1)</sup> *

*Примечание.* Здесь и в табл. 3: <sup>1)</sup>\*  $p < 0,05$ ; <sup>2)</sup>\*  $p < 0,01$ ; <sup>3)</sup>\*  $p < 0,001$  — достоверность различий по сравнению с исходным фоном; <sup>4)</sup>\*  $p < 0,05$ ; <sup>5)</sup>\*  $p < 0,01$  — достоверность различий между возрастными группами.

Таблица 3

**Влияние выраженности клинических проявлений возраст-ассоциированного ксероза и возраста на качество жизни пациенток до и после применения дерматопротекторов**

Симптом	Дерматологический индекс качества жизни			
	60–74 года		75–89 лет	
	исходный фон	после коррекции	исходный фон	после коррекции
Сухость	13,71 [2–24]	2,28 <sup>3)</sup> * [0–24]	14,81 [2–24]	2,80 <sup>3)</sup> *, 4)* [0–24]
Шелушение	7,41 [0–24]	1,19 <sup>2)</sup> * [0–24]	7,30 [0–24]	1,74 <sup>2)</sup> *, 4)* [0–24]
Чешуйчатость	2,29 [0–8]	0,48 <sup>1)</sup> * [0–4]	2,14 [0–8]	1,10 <sup>4)</sup> * [0–4]
Зуд	1,24 [0–8]	0,48 [0–4]	1,95 <sup>#</sup> [0–8]	0,96 [0–4]
Расчесы	2,03 [0–24]	0,34 <sup>1)</sup> * [0–4]	2,93 <sup>4)</sup> * [0–24]	1,01 <sup>1)</sup> *, 4)* [0–8]
Трещины	2,38 [0–24]	0,65 <sup>1)</sup> * [0–4]	3,08 <sup>4)</sup> * [0–24]	1,19 <sup>1)</sup> * [0–8]

*Примечание.* В квадратных скобках указан вариационный ряд.

Для оценки влияния степени выраженности клинических проявлений ВАК до и после применения эмоленгов на качество жизни обследованных в зависимости от возраста был проведён анализ дерматологического индекса качества жизни, разработанного А.У. Finlay и соавт. в Великобритании в 1994 г. (The Dermatology Life Quality Index) и адаптированного с учётом возраста, социальной активности и других социально-демографических характеристик пациенток [12]. Анкетирование проводили у всех женщин до и после лечения. Ответы на вопросы пациентки давали самостоятельно, для облегчения задачи при анкетировании присутствовал специалист-дерматолог. Анкета состояла из восьми вопросов, разбитых на блоки, которые отражают связь с различными аспектами жизни больного. На каждый вопрос предлагали четыре варианта ответа: «очень сильно», «достаточно сильно», «незначительно» и «нет», каждый из которых оценивали 0–3 балла соответственно.

Таким образом, шкала значений дерматологического индекса качества жизни от 0 до 24 баллов включала следующие градации: 0–1 балл — «нет влияния признака на качество жизни пациента»; 2–4 балла — «незначительное влияние признака на качество жизни пациента»; 5–8 баллов — «умеренное влияние признака на качество жизни пациента»; 9–24 балла — «очень сильное влияние признака на качество жизни пациента». В табл. 3 видна динамика индекса качества жизни в ходе проведенного исследования. Для каждой возрастной группы указано среднеарифметическое значение индекса. В дополнение приведён вариативный ряд значений анализируемого индекса. По результатам тестирования пациентки обеих возрастных групп после применения эмоленгов отмечали улучшение состояния кожи, достоверное снижение и/или полное отсутствие клинических проявлений ВАК ( $p < 0,01–0,05$ ).

Динамику выраженности симптомов ВАК для каждой возрастной группы по результатам применения эмолентов дерматопротекторного действия можно видеть на *рис. 1, 2* соответственно.

Врачи-гериатры и пациентки, принимавшие участие в исследовании, оценили эффективность эмолентов «Ehomega Control® A-DERMA» и «XeraCalm A.D® Avène» как «очень эффективную» и «эффективную» (98 % врачей и 100 % пациентов). Также 98 % врачей и 98,3 % пациентов отметили переносимость изученных дерматопротекторов как «очень хорошую» и «хорошую». Данных о побочных эффектах и осложнениях выявлено не было. Полученные результаты подтвердили высокую клиническую эффективность и переносимость данных препаратов в качестве наружной терапии при ВАК.

Как видно из данных *рис. 3, 4*, при сравнении эффективности каждого из эмолентов более высокая эффективность при коррекции ВАК отмечена у пациенток 60–74 лет (при коррекции сухости кожи — на 5,94 % для бальзама «Ehomega Control® A-DERMA», 2,88 % — для бальзама «XeraCalm A.D® Avène»; при коррекции шелушения — на 2,33 и 12,35 % соответственно; чешуйчатости кожи — на 0,44 и 3,92 % соответственно; трещин — на 5,27 и 4,77 % соответственно; сеильного зуда — на 2,98 и 2,2 % соответственно, расчесов — на 2,65 и 0,73 % соответственно).

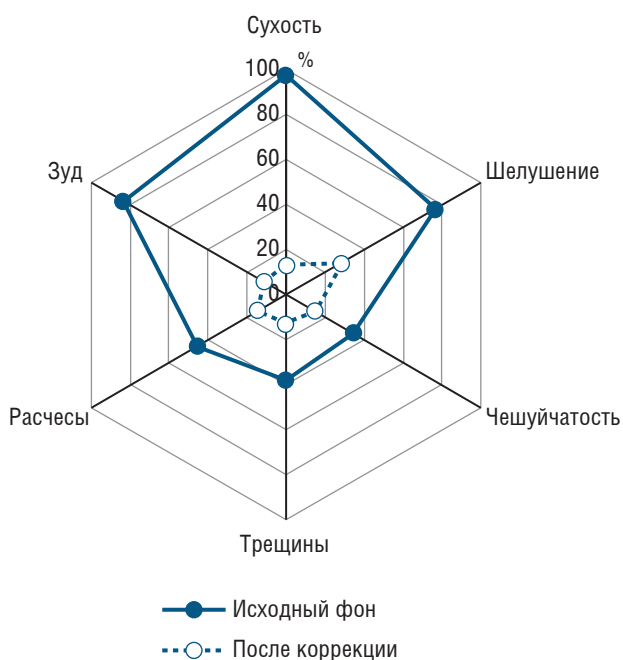


Рис. 1. Профиль клинических признаков ксероза у пациенток 60–74 лет до и после применения эмолентов

В результате проведенного исследования отмечено значительное снижение выраженности основных клинических признаков ВАК во всей когорте обследованных, получавших в течение 60 дней эмоленты дерматопротекторного действия «Ehomega Control® A-DERMA» и «XeraCalm A.D® Avène» ( $p < 0,001–0,05$ ). В контрольных группах за аналогичный период зафиксировано сохранение выраженности признаков ВАК на прежнем уровне или небольшой рост (за исключением небольшого уменьшения сухости, шелушения и чешуйчатости кожи в контрольной группе, получавшей плацебо-препарат, что может быть вызвано увлажняющим действием входящего в его состав глицерина). В частности, при обобщении результатов исследования в обеих возрастных группах мы получили следующие характерные данные (*рис. 5*): в среднем у пациенток 60–89 лет распространённость сухости кожи на момент начала коррекции ВАК составляла 98,41%; при применении в течение 60 дней бальзама «Ehomega Control® A-DERMA» распространённость сухости кожи в среднем снизилась до 29,09%; при применении бальзама «XeraCalm A.D® Avène» — до 3,64%. В контрольных группах зафиксированы следующие изменения: снижение распространённости сухости кожи до 85% (I контрольная группа, применяли плацебо-препарат); повышение распространённости сухости кожи до 100%

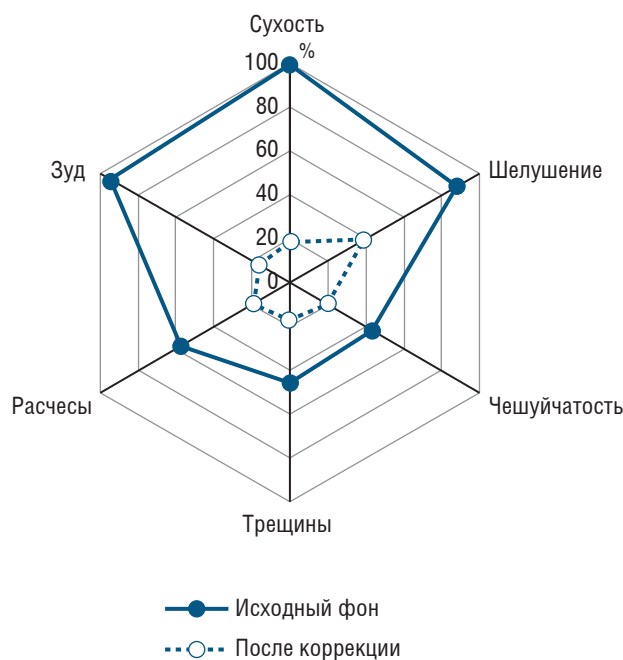


Рис. 2. Профиль клинических признаков ксероза у пациенток 75–89 лет до и после применения эмолентов

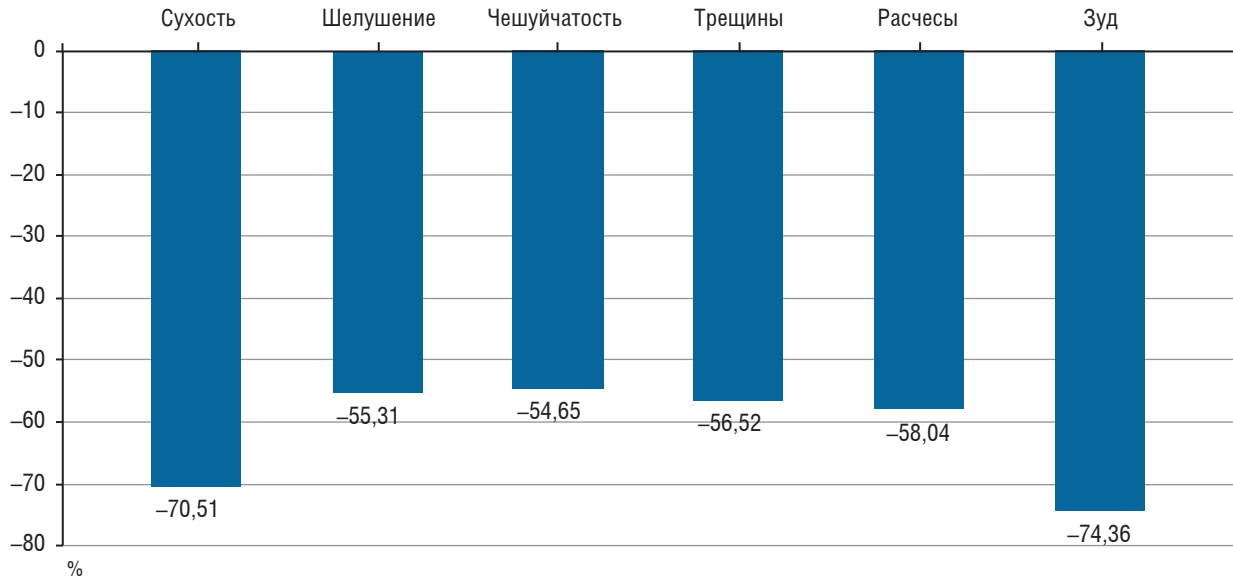


Рис. 3. Выраженность возраст-ассоциированного ксероза у пациенток I основной группы через 60 дней применения эмолента дерматопротекторного действия «EHOMEGA CONTROL® A-DERMA» (средний возраст —  $76,8 \pm 1,9$  года,  $n=220$ , по оси ординат указаны медианы значений,  $p < 0,001$ , в соответствии с критерием Манна—Уитни)

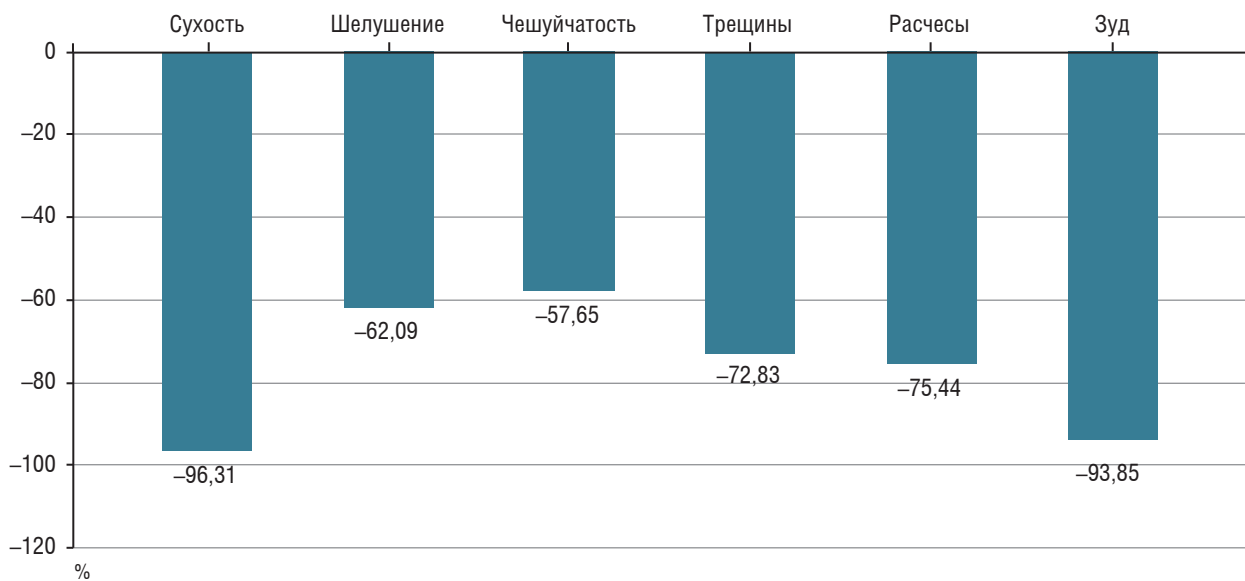


Рис. 4. Выраженность возраст-ассоциированного ксероза у пациенток II основной группы через 60 дней применения эмолента дерматопротекторного действия «XERACALM A.D® AVÈNE» (средний возраст —  $76,6 \pm 2$  года,  $n=220$ , по оси ординат указаны медианы значений,  $p < 0,001$ , в соответствии с критерием Манна—Уитни)

(II контрольная группа, препараты не применяли). Как видно из данных рис. 6, у пациенток 60–89 лет распространённость сенильного зуда кожи в среднем составляла 88,64%; после применения бальзама «EHOMEGA CONTROL® A-DERMA» в течение 60 дней распространённость сенильного зуда кожи в среднем снизилась до 22,73%; после применения бальзама «XERACALM A.D® AVÈNE» — до 5,45%. В контрольных группах отмечены сохранение распространённости сенильного зуда кожи на прежнем уровне (I контрольная группа, применяли плацебо-препарат), незначительное по-

вышение распространённости признака до 90,45% (II контрольная группа, препараты не применяли). Таким образом, у всех обследованных пациенток I и II основных групп был зарегистрирован положительный результат лечения. По мнению членов исследовательской команды, изученные эмоленды дерматопротекторного действия — смягчающий бальзам «EHOMEGA CONTROL® A-DERMA» и липидовосстанавливающий бальзам «XERACALM A.D® AVÈNE» — удобны в применении, имеют приятную консистенцию и запах, переносятся пациентами без нежелательных и/или дискомфортных явлений.

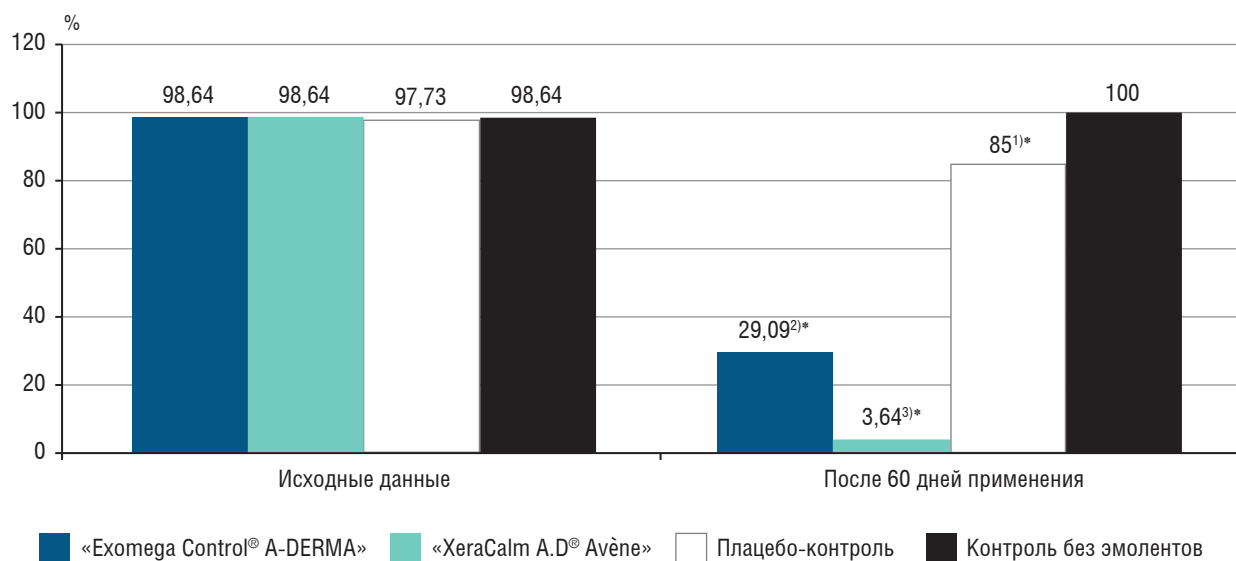


Рис. 5. Сравнительная динамика сухости кожи у обследованных пациенток до и после 60 дней применения эмоленгов дерматопротекторного действия (вся когорта обследованных, средний возраст  $76,9 \pm 2,1$  года,  $n=880$ ).  
Примечание. Здесь и на рис. 6: <sup>1)\*</sup>  $p < 0,05$ ; <sup>2)\*</sup>  $p < 0,01$ ; <sup>3)\*</sup>  $p < 0,001$  — достоверность сдвига показателя по отношению к исходному уровню

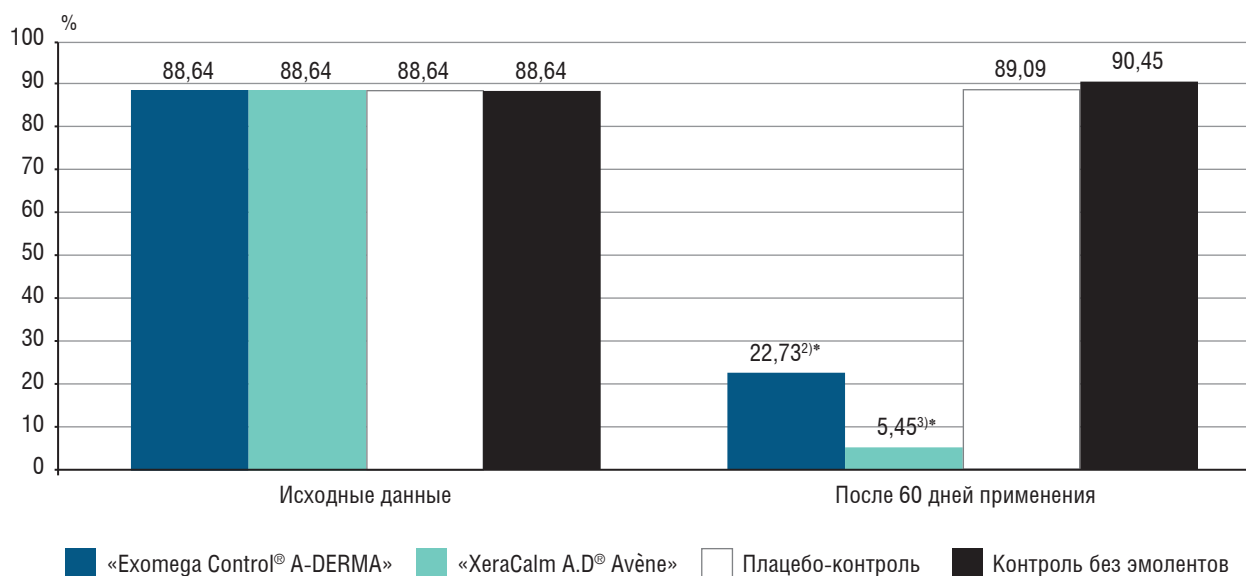


Рис. 6. Сравнительная динамика выраженности сенильного зуда кожи у обследованных пациенток до и после 60 дней применения эмоленгов дерматопротекторного действия (вся когорта обследованных, средний возраст  $76,9 \pm 2,1$  года,  $n=880$ )

На основании вышеизложенного можно сделать вывод о том, что эмоленги дерматопротекторного действия — бальзамы «Eхomega Control® A-DERMA» и «ХераСalm A.D® Avène» являются эффективным средством профилактики и коррекции ВАК у пациентов гериатрического профиля. Компоненты обоих бальзамов обладают выраженным смягчающим и увлажняющим свойствами, способствуют восстановлению пораженных кожных покровов, повышают регенеративные и барьерные функции кожи, предотвращают ощу-

щение сухости и раздражения, снимают сенильный зуд, способствуют восстановлению пораженных участков эпидермиса. Данные дерматопротекторные космецевтики могут применяться как в комплексной терапии с противовоспалительными глюкокортикоидными препаратами, так и самостоятельно как средство ежедневного ухода за кожей. Особую эффективность эмоленги показали у обследованных 60–74 лет ( $p < 0,01–0,05$ ).

В результате применения дерматопротекторов — бальзамов «Eхomega Control® A-DERMA»



и «XeraCalm A.D<sup>®</sup> Avène» пациенты отмечали значительное уменьшение всех клинических проявлений ВАК, что особенно важно — интенсивности зуда, существенное улучшение качества кожи, повышение качества сна. Поскольку ВАК носит, как правило, циклический характер с периодами ухудшения, особенно в осенне-зимний период, данные бальзамы являются важным звеном как лечебного, так и профилактического ухода за кожей, позволяют полностью справиться с проблемой сухости кожи, в том числе и при таких серьезных сопутствующих заболеваниях, как сахарный диабет. Регулярный уход за кожей с использованием эмоленов дерматопротекторного действия предотвратит появление сухости, шелушения, чешуйчатости и зуда, образование расчесов и трещин, придаст эластичность и упругость коже, предупредит преждевременное старение.

Таким образом, результаты сравнительного анализа степени выраженности клинических проявлений ВАК у пациентов гериатрического профиля до и после применения дерматопротекторов показали, что оба эмолента обладают выраженным смягчающим и увлажняющим свойствами, способствуют восстановлению пораженных кожных покровов, повышают регенеративные и барьерные функции кожи, предотвращают сухость, снимают раздражение и сенильный зуд, способствуют восстановлению пораженных участков защитного слоя эпидермиса. Оценка эффективности эмоленов дерматопротекторного действия у граждан пожилого и старческого возраста, получающих социально-медицинские услуги в учреждениях социальной защиты населения, подтвердила целесообразность внедрения передовых социальных практик на основе инновационных геронтологических с применением дерматопротекторов в систему долговременного ухода для профилактики и коррекции ВАК как проявления «хрупкости» кожи при старении, снижения риска возникновения и развития пролежней и улучшения качества жизни.

### Выводы

Возраст-ассоциированный ксероз является патологическим состоянием, существенно ухудшающим качество жизни пациентов гериатрического профиля, и при отсутствии коррекции может завершиться формированием более выраженных кожных заболеваний, а у лежачих или маломобильных пациентов — и пролежней.

Возраст-ассоциированный ксероз как проявление «хрупкости» кожи при старении может рас-

сматриваться в качестве составной части гериатрического синдрома старческой астении у пациентов старших возрастных групп.

Развитие «хрупкости» кожи существенно снижает качество жизни пациентов гериатрического профиля и требует своевременной профилактики и коррекции адекватно подобранными дерматопротекторами.

В качестве профилактических и лечебных средств, способствующих быстрому восстановлению липидного слоя, гидратации кожи, снятию воспаления и обеспечению тканевого дыхания, наиболее оправдано применение эмоленов дерматопротекторного действия.

*При выполнении работы использованы эмоленты дерматопротекторного действия, переданные в качестве пожертвования на нужды учреждений социальной защиты населения Ленинградской обл. международной фармацевтической компанией «Пьер Фабр» на безвозмездной основе.*

*Конфликт интересов отсутствует.*

### Литература

1. Анисимов В.Н., Бордовский Г.А., Финагентов А.В., Шабров А.В. Государственная поддержка граждан старшего поколения: какая геронтология нужна современной России? (Ч. 2) // Успехи геронтол. 2020. Т. 33. № 4. С. 625–645.
2. Анисимов В.Н., Редько А.А., Финагентов А.В. и др. Системная поддержка повышения качества жизни граждан старшего поколения в России: проблемы и перспективы // Успехи геронтол. 2020. Т. 33. № 5. С. 825–837.
3. Анисимов В.Н., Редько А.А., Финагентов А.В. и др. Создание региональной системы оказания комплексной медико-социальной помощи гражданам старшего поколения: опыт Санкт-Петербурга // Успехи геронтол. 2020. Т. 33. № 5. С. 809–824.
4. Бильяк А.Я., Башкирёва А.С., Гречушников М.И. и др. Повышение качества жизни пациентов гериатрического профиля с возраст-ассоциированным ксерозом: Метод. рекомендации / Под ред. А.С. Башкирёвой. СПб., 2018.
5. Галиулина О.В., Сиденкова А.П., Набойченко Е.С. Межсекторальное взаимодействие и роль качества жизни старших возрастных групп населения в здоровом долголетии // Вестн. Уральского ГМУ. 2018. № 2. С. 27–31.
6. Постановление правительства Российской Федерации от 31.10.2018 г. № 1288 «Об организации проектной деятельности в Правительстве Российской Федерации».
7. Приказ Минтруда России от 29.09.2020 г. № 667 «О реализации в отдельных субъектах Российской Федерации в 2021 году Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в постороннем уходе».
8. Решение президиума Совета при президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам от 24.12.2018 г.
9. Указ президента РФ от 07.05.2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации до 2024 г.».
10. Федин М.А., Изюмов А.Д., Ерусланова К.А. и др. Доменный подход в ведении пожилых пациентов с сердечной недостаточностью. Настоящее и будущее // Рос. журн. гериат. мед. 2020. № 4. С. 313–326.
11. Цупко И.В., Мильто А.С., Шарашкина Н.В., Ткачева О.Н. Эффективная целевая социальная помощь пожилому населению: значение долговременной медицинской помощи на дому // Рос. журн. гериат. мед. 2020. № 1. С. 86–92.

12. Finlay A. Y., Khan G. K. Dermatology Life Quality Index (DLQI) – a simple practical measure for routine clinical use // Clin. Exp. Dermatol. 1994. Vol. 19. № 3. P. 210–216.

13. Kato N., Tennstedt D., Abellan van Kan G. et al. Gerontodermatology: the fragility of their older adults // J. Europ. Acad. Dermatol. Venerol. 2018. Vol. 32. Suppl. 4. P. 22.

14. Saint Aroman M., Guillot P., Dahan S. et al. Efficacy of a repair cream containing Rhealba oat plantlets extract,

L-ALA-L-GLU dipeptide, and hyaluronic acid in wound healing following dermatological acts: a meta-analysis of >2,000 patients in eight countries corroborated by a dermatopediatric clinical case // Clin. Cosmet. Investig. Dermatol. 2018. № 11. P. 579–589.

15. Theunis J., Chaussade H., Bourgeois O., Mengeaud V. Efficacy of a Rhealba® Oat Extract-based emollient on chronic pruritus in elderly French outpatients // J. Europ. Acad. Dermatol. Venerol. 018. Vol. 31. Suppl. 1. P. 10.

Поступила в редакцию 18.03.2021

После доработки 24.06.2021

Принята к публикации 30.06.2021

Adv. geront. 2021. Vol. 34. № 4. P. 599–608

*A.S. Bashkireva<sup>1</sup>, N.P. Baranova<sup>1,2</sup>, D. Yu. Bogdanova<sup>1</sup>, P.P. Anikeev<sup>1</sup>, A.V. Shishko<sup>1,3</sup>*

#### **IMPLEMENTATION OF ADVANCED SOCIAL PRACTICES BASED ON INNOVATIVE GERONTOTECHNOLOGIES IN THE SYSTEM OF LONG-TERM CARE FOR ELDERLY AND SENILE PATIENTS**

<sup>1</sup> Scientific and Innovation Center «Professional Longevity», 11/16–78 Gavanskaya str., St. Petersburg 199106, e-mail: angel\_darina@mail.ru; <sup>2</sup> Saint-Petersburg Institute of Bioregulation and Gerontology, 3 pr. Dinamo, St. Petersburg 197110; <sup>3</sup> Government of Primorsky Krai, 903 office 22 Svetlanskaya str., Vladivostok 690090

From 2017 to the present a scientific project «The use of dermatoprotectors to improve the quality of life of geriatric patients with age-associated xerosis (AAX)» has been realized as part of a typical model of a long-term care system in order to introduce the innovative gerontotechnologies as advanced social practices in further optimization of social and medical care for elderly and senile patients in Leningrad Region. The article presents the results of a comparative analysis of the effectiveness of the dermatoprotectors application in the improvement of the quality of life, prevention and correction of AAX. The AAX clinical manifestations have been studied before and after the emollients use. The cohort under study has included geriatric patients with senile asthenia from seven institutions of social protection of the Leningrad Region. In the foreign literature, such patients are called «fragile». The data thus obtained indicate that AAX as a manifestation of skin «fragility» during aging can be considered as a component of the geriatric syndrome of senile asthenia in patients of older age groups. The development of skin «fragility» significantly reduces the quality of life of geriatric patients and requires timely prevention and correction with adequately selected dermatoprotectors.

**Key words:** long-term care system, geriatric patients, frailty, quality of life, gerontotechnology, xerosis, dermatoprotectors, social practices