

или 34,9%). Из них мужчин достоверно больше (63 пациента или 65,6%) чем женщин (33 пациента или 34,4%). В данной возрастной группе количество городских жителей составило 71 человек или 74%, а сельских – 25 человек или 26% ( $p \leq 0,05$ ).

Максимальное количество пациентов (106 или 38,5%) попало в возрастную группу 50-65 лет, из них 62,2% женщин и 80,2% городских жителей ( $p \leq 0,05$ ).

В группу 65 лет и более попало 70 пациентов (25,5%), из которых большинство женщины (64,3%,  $p \leq 0,05$ ) и городские жители (60%,  $p \leq 0,05$ ).

В общей группе, доли пациентов в зависимости от пола существенно не отличались преобладала часть городских жителей (73,1%,  $p \leq 0,05$ ).

#### **Выводы.**

Среди пациентов, с диагнозом «(D12) полип толстой кишки», как в общей, так и во всех возрастных группах, достоверно преобладает доля пациентов – городских жителей (в среднем 70%);

В пожилой и старческой возрастных группах достоверно преобладает доля пациентов женского пола (в среднем, 63%,  $p \leq 0,05$ ), а в молодой и зрелой возрастных группах – мужского пола (66%,  $p \leq 0,05$ );

Максимальное количество пациентов (53%,  $p \leq 0,05$ ) с диагнозом «(D12) полип толстой кишки» приходится на возрастную группу 50-65 лет;

#### **Литература.**

Наследственный колоректальный рак: генетика и скрининг / О.И. Кит [и др.] // Рос. Журн. Гастроэнтерол. Гепатол. Колопроктол. – 2018. – т. 28, № 3. – С. 18-25

Association of Polyps with Early-Onset Colorectal Cancer and Throughout Surveillance: Novel Clinical and Molecular Implications / J. Perea García [et al.] // Cancers (Basel). – 2019. – v. 11, № 12. – pii. E1900.

Comparison of colon adenoma detection rates using cap-assisted and Endocuff-assisted colonoscopy: a randomized controlled trial / J. Marsano [et al.] // Endosc Int Open. – 2019. – v. 7, № 12. – p. E1585-E1591.

#### **Сведения об авторах:**

Салмин Роман Михайлович, Roman Salmin, к.м.н., врач хирург высшей квалификационной категории, ассистент 1-й кафедры хирургических болезней УО "Гродненский государственный медицинский университет"; корреспондентский адрес: республика Беларусь, г. Гродно, ул. Н.Орды 21/123, 230017; тел. +375297839537

Салмина Анастасия Владимировна, Anastasiya Salmina, врач-отоларинголог, ассистент кафедры нормальной анатомии УО "Гродненский государственный медицинский университет"; корреспондентский адрес: республика Беларусь, г. Гродно, ул. Н.Орды 21/123, 230017; тел. +375297809173

---

### **ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИИ АДРЕНАЛЭКТОМИИ ПРИ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

---

**Фролова<sup>1</sup> Е.В., Сукачёв<sup>2</sup> П.А., Сахипов<sup>1</sup> Д.Р.**

*Кафедра факультетской хирургии<sup>1</sup> (зав.кафедрой – д-мн, проф. Вачёв А.Н.)*

*Кафедра общей патологии<sup>2</sup> (зав.кафедрой – д-мн, проф. Федорина Т.А.)*

*ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»*

### **FACTORS INFLUENCING OPERATING RESULTS ADRENALECTOMY IN SYMPTOMATIC RESISTANT ARTERIAL HYPERTENSION**

**E.V. Frolova<sup>1</sup>, P.A. Sukachev<sup>2</sup>, D.R. Sakhipov<sup>3</sup>**

*Department of Faculty Surgery<sup>1</sup>*

*(Head of the Department - Doctor of Medical Sciences, Professor A.N. Vachev)*

*Department of General Pathology<sup>2</sup>*

*(Head of the Department - Doctor of Medical Sciences, Professor T.A. Fedorina)*

*Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education*

*«Samara State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation*

#### **РЕЗЮМЕ**

Статья посвящена хирургическому лечению больных с резистентной артериальной гипертензией и выявленной патологией в надпочечниках. Проведён анализ хирургического лечения 87 больных с резистентной артериальной гипертензией и гормонально-активными опухолями надпочечников. Определены факторы прогнозирования гипотензивного эффекта адреналэктомии в зависимости от морфологического поражения надпочечников и времени существования артериальной гипертензии до операции.

#### **SUMMARY**

The article is devoted to the surgical treatment of patients with resistant arterial hypertension and revealed pathology in the adrenal glands. The analysis of surgical treatment of 87 patients with resistant arterial hypertension and hormonally active adrenal tumors was carried out. The factors for predicting the hypotensive

effect of adrenalectomy were determined depending on the morphological lesion of the adrenal glands and the duration of arterial hypertension before.

**Ключевые слова:** резистентная артериальная гипертензия, аденома надпочечника, гиперплазия надпочечника, хирургическое лечение (адреналэктомия).

**Key words:** resistant arterial hypertension, adrenal adenoma, adrenal hyperplasia, surgical treatment (adrenalectomy).

**Введение.** По данным официальной статистики, повышенное АД регулярно регистрируется у каждого третьего жителя России. По результатам эпидемиологических исследований, выполненных в XXI веке, в структуре заболеваний, сопровождающихся повышением АД, вторичные артериальные гипертензии (АГ) составляют 25-35%, из них на АГ надпочечникового происхождения приходится 15-25% [1].

Внедрение методов топической диагностики высокого разрешения (компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ)) привело к увеличению частоты “случайно” выявляемых образований надпочечников у больных с АГ. Уже показано, что до 20-30% гормонально-неактивных опухолей надпочечников сочетаются с артериальной гипертензией, возникновение которой не связано с поражением надпочечников [2,3].

Все исследователи сходятся в том, что хирургическое лечение показано при доказанной гормональной активности опухолевых изменений в надпочечниках. Однако, многие подчёркивают, что хирургическое лечение больных с гормонально-активной опухолью надпочечников не всегда приводит к нормализации АД. Число хороших результатов колеблется от 46 -57 % [4] до 62-76 % [5,6]. Количество неудовлетворительных результатов операции в плане снижения АД достигает 25% [6].

Таким образом, остаются открытыми вопросы о том, какие же факторы влияют на эффективность хирургического лечения и возможно ли на дооперационном этапе прогнозировать послеоперационное течение АГ. Единого мнения на этот счёт сегодня нет [4, 6,7].

**Цель исследования** – определить факторы, влияющие на результаты операции адреналэктомии при симптоматической резистентной артериальной гипертензии, обусловленной гормонально-активной опухолью надпочечников.

**Материалы и методы.** В исследование были включены лишь те больные, у которых причиной

резистентной АГ явились узловые образования в надпочечниках и доказанная автономная гормональная активность этих образований. Для выделения подобной группы больных проводили целенаправленное обследование. Обследование больных с резистентной АГ включало КТ надпочечников и исследование гормонального статуса. Определяли альдостерон и ренин плазмы крови (с расчётом альдостерон-ренинового соотношения), проводили маршевую пробу для исключения идиопатического первичного гиперальдостеронизма, исследовали АКТГ крови, суточный кортизол крови и мочи до и после проведения проб с дексаметазоном, проводили анализ суточной мочи на метанефрины и норметанефрины. Для исключения других возможных причин симптоматической артериальной гипертензии проводили УЗИ почек, УЗДГ и ЦДК почечных артерий и брюшного отдела аорты, исследование концентрационной и выделительной функции почек, УЗИ брахиоцефальных сосудов, эхокардиоскопию. По показаниям выполняли ангиографию брюшной аорты и почечных артерий и динамическую сцинтиграфию почек с каптоприлом. Все пациенты до госпитализации получали медикаментозное лечение для коррекции артериальной гипертензии. У всех АГ была резистентной к проводимой терапии. Каких-либо других критериев для “включения-исключения” больных из исследования не было. Из 195 обследованных было выявлено 92, у которых других причин АГ, кроме гормонально-активных узловых образований в надпочечниках обнаружено не было. У всех больных по данным КТ было одностороннее поражение надпочечника.

Наиболее часто встречались односторонние единичные аденомы – 75 (80%) больных. У 11 (12 %) были выявлены односторонние множественные аденомы, у 7 (8 %) пациентов по данным КТ до операции было выявлено сочетание аденомы с мелко-узловой гиперплазией в этом же надпочечнике (рис.1).

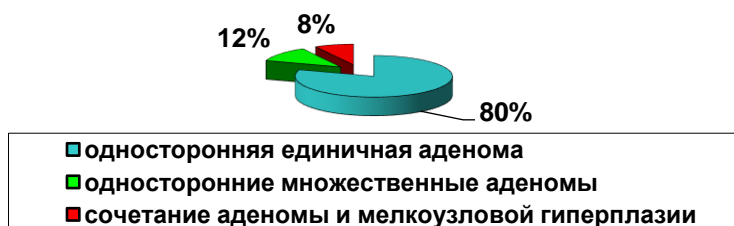


Рис. 1 Распределение больных по выявленным на КТ морфологическим изменениям в надпочечниках.

С клинической точки зрения у 31 (34%) пациента был синдром Кона (первичный гиперальдостеронизм), у 15 (16%) – синдром Иценко-Кушинга, у 46 (50%) пациентов – феохромоцитомы. Операция адреналэктомия была выполнена всем 92 больным.

Макроскопически у всех больных в удалённом надпочечнике были очаговые (узловые) изменения

(рис.2, рис.3, рис.4.). У 28 (30%) больных узлы были менее 2 см, у 44 (48%) - от 2 до 5 см, у 20 (22%) - более 5 см. Все операционные материалы исследовали гистологически. Оценивали как морфологические изменения в узле, так и морфологические изменения и состояние ткани надпочечника вне узлового образования.



Рис.2 Альдостерома правого надпочечника, размером до 2,5 см (гистологически - светло-клеточная аденома)



Рис. 3 Кортикостерома левого надпочечника Рис.4. Зрелая феохромоцитома раз - 1,5 см мером 10 см.

Критерием клинической оценки результатов лечения была нормализация артериального давления. Хорошим результатом мы считали нормализацию артериального давления без медикаментозной поддержки. Удовлетворительным – нормализацию АД на фоне приёма меньших, чем до операции доз гипотензивных препаратов или переход на монотерапию. Неудовлетворительным считали результат при сохранении высоких цифр АД и толерантности к медикаментозной терапии. У всех больных оценивали степень морфологических изменений в надпочечниках, а также длительность существования артериальной гипертензии до операции. Ближайшие результаты оценивали в период до 30 дней после операции. Отдалённые результаты проследили за период от 2-х до 7 лет после операции. Был проведён многофакторный регрессионный анализ с расчётом коэффициента корреляции. Для оценки силы корреляционной связи использовали таблицу Чеддока. Статистическую обработку полученных материалов проводили с помощью статистических программ Excel 2007, SPSS 17.0 и “Биостатистика”.

**Результаты.** Хорошие ближайшие результаты были отмечены у 29 пациентов (31%).

Удовлетворительные результаты - нормализация АД на фоне приёма меньших доз гипотензивных препаратов - у 63 (69%). Больных, у которых после операции сохранялась неуправляемая артериальная гипертензия, не было. **При этом у всех больных после операции в течение месяца отмечали нормализацию уровня альдостерона, кортизола крови, метанефринов и норметанефринов мочи.**

В период до 2 лет после операции удалось оценить всех 92 пациентов, до 7 лет - 63 больных. При наблюдении до 2-х лет полностью отказались от приёма гипотензивных препаратов 41 пациент (45%) – хороший результат. У 38 пациентов (41%) артериальная гипертензия стала управляемой (удовлетворительный результат). Эти пациенты либо продолжали приём гипотензивных препаратов для профилактики повышения АД, либо у них отмечалась нормализация повышенного АД при приёме меньших доз гипотензивных препаратов или переход на монотерапию. **Возврат высоких цифр АД и толерантность к медикаментозной терапии были отмечены у 13 пациентов (14%) (неудовлетворительный результат).** У этих больных после операции отсутствовало повышение уровня гормонов надпочечников по данным лабораторных

исследований, но были выявлены признаки выраженного нефроангиосклероза.

При сопоставлении клинического результата после операции с морфологией поражения удалённого надпочечника, оказалось, что у 37 (90%) больных с хорошим результатом морфологически были верифицированы светлоклеточные аденомы, размером более 1,8 см. При этом каких-либо других структурных изменений в

ткани надпочечников вне узлового поражения выявлено не было (рис.5). Длительность гипертензии до операции у них составляла от 1 до 5 лет. У 4 (10%) больных с хорошим послеоперационным результатом морфологически была верифицирована аденома надпочечника размером менее 1,0 см. Длительность существования гипертензии у этих больных до операции составила от 1 до 3 лет.

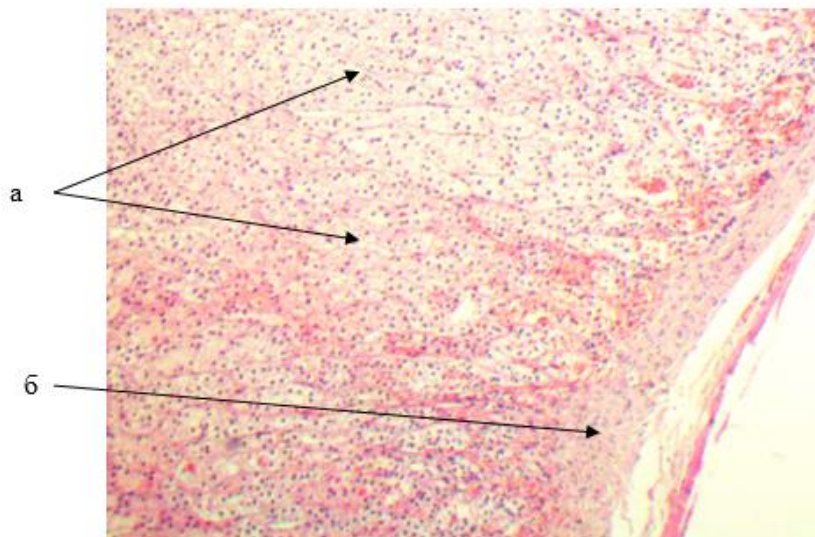


Рис.5. Светлоклеточная аденома коры надпочечника. Окраска гематоксилином и эозином x200. Опухолевые клетки имеют крупные ядра, увеличены в размерах, образуют большие “гнездные” скопления (а). Эпителиоциты коры вне опухоли не увеличены (б).

У 8 (20%) больных с удовлетворительным результатом морфологически были верифицированы изолированные светло-клеточные аденомы, размером менее 1,0 см, а у 30 (80%) -

узловые (аденоматозные) изменения размером от 1 до 4 см сочетались с мелко-узловой или диффузной гиперплазией ткани удалённого надпочечника вне опухолевых изменений (рис.6).

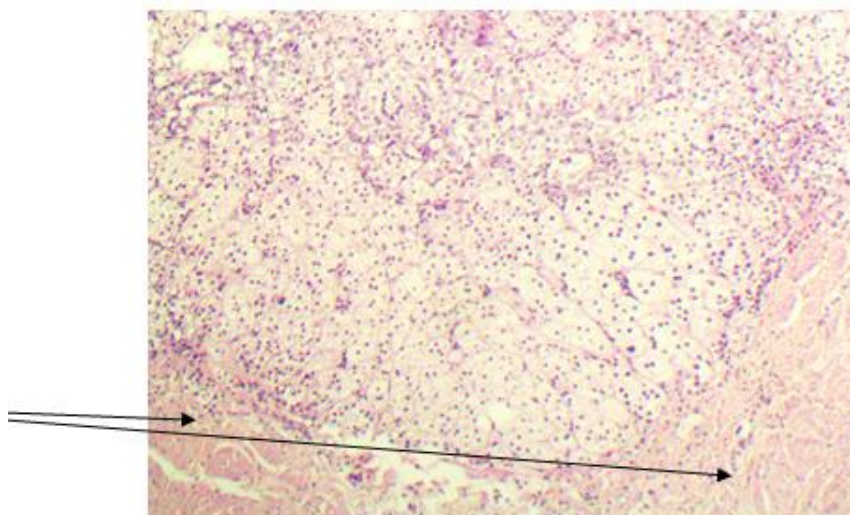


Рис.6. Светлоклеточная аденома коры надпочечника. Окраска гематоксилином и эозином x200. Вне опухоли – пролиферация кортикальных эндокриноцитов с перестройкой тканевой архитектоники (указано стрелками).

Длительность существования гипертензии у больных данной группы была от 3 до 8 лет. При этом управляемость АГ (дозы гипотензивных препаратов) после операции напрямую зависела от

длительности гипертензии до оперативного вмешательства. Чем продолжительнее существовала гипертензия, тем большие дозы препаратов приходилось использовать для

достижения целевого уровня АД в аденомы надпочечника с мелко-узловой послеоперационном периоде. гиперплазией ткани удалённого надпочечника вне опухоли (рис.7).

У всех больных с неудовлетворительным результатом морфологически было сочетание

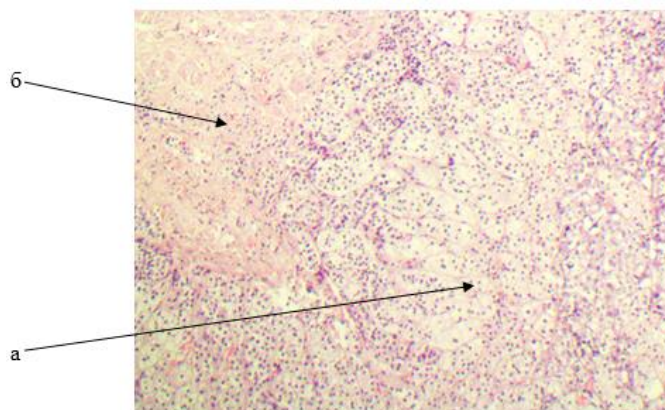


Рис.7. Светлоклеточная аденома коры надпочечника. Окраска гематоксилином и эозином  $\times 200$ . Определяются увеличенные в размерах опухолевые клетки с крупными ядрами (а), вне опухоли – увеличенные в размерах кортикальные эндокриноциты с образованием скоплений из 2-3 клеток с круглыми ядрами (б).

Длительность существования гипертензии у них была более 8 лет. По данным ЦДК почечных артерий индексы резистивности в дугообразных ветвях почечных артерий составляли более 0,83. Эти показатели были выше 0,8 и до операции.

Был проведён многофакторный корреляционный анализ клинической эффективности операции адrenaлэктомии. Результаты представлены в табл.1

Табл.1

**Мультивариантный корреляционный анализ факторов сохранения резистентности АД после адrenaлэктомии**

Фактор риска	HR	p
Пол	0,095	0,470
Возраст	0,038	0,771
Размер опухоли надпочечника	0,024	0,856
Длительность АГ до операции	0,695	0,0001
Вид гормональной активности	0,295	0,003
Мелко-узловая и диффузная гиперплазия ткани надпочечника вне опухоли	0,722	0,0001

Таким образом, статистически значимыми факторами сохранения после операции резистентности артериальной гипертензии были “стаж” АГ до операции и наличие мелко-узловой и

диффузной гиперплазии ткани надпочечника вне опухоли.

Статистически значимая корреляционная зависимость сохранения резистентности АГ была при длительности АГ более 6 лет (рис.8).

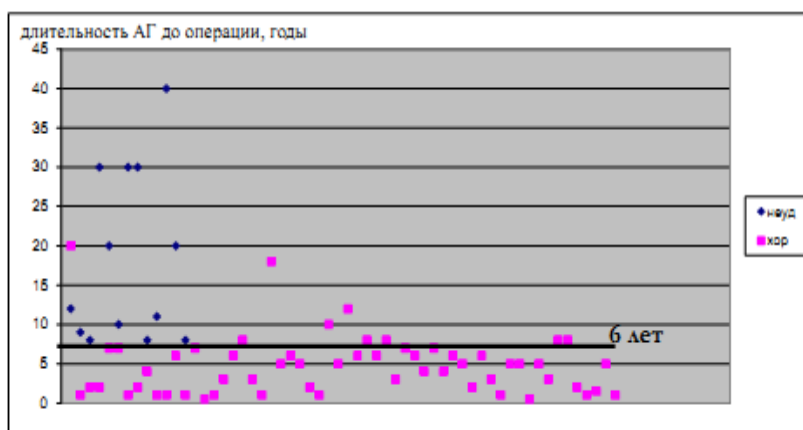


Рис.8. Длительность существования АГ и результаты операции адrenaлэктомии

**Обсуждение.** За последние два десятилетия как в России, так и за рубежом значительно возрос интерес к хирургическому лечению больных с опухолями надпочечников [8,9]. Это связано как с совершенствованием и доступностью методов топической диагностики поражения надпочечников, разработанных методов оценки гормональной активности надпочечников, так и развитием малоинвазивной хирургии надпочечников. При этом, в литературе представлена неоднозначная оценка результатов хирургического лечения подобных больных.

Так, по данным Махортовой Г.Г. в ближайшем послеоперационном периоде нормализация АД была отмечена у 88,6% пациентов. При этом, за период наблюдения до 6 лет после операции стойкая нормализация АД сохранялась лишь у 60,8% [10].

По данным Obara T. (1992), Sapienza P. et al (1999), Калинина А.П (2000), Ветшева П.С. (2002) число хороших результатов после адреналэктомии колеблется от 46 -57 % до 62-76 %, а неудовлетворительных – от 5-6% до 14 -25 % [6].

По нашим данным число положительных результатов в отдалённом периоде составило 92% (80 больных). При этом, хорошие результаты – достижение целевого АД без медикаментозных препаратов – были достигнуты у 41 пациента (47%), удовлетворительные - нормализация АД на фоне приёма меньших, чем до операции доз гипотензивных препаратов или переход на монотерапию – у 39 (45%)

Какие же факторы влияют на эффективность хирургического лечения? Этот вопрос исследовали многие авторы, однако, результаты этих исследований противоречивы и единого мнения на этот счёт в настоящее время нет. В работах Fukudome Y. et al (2002), Chiou T. et al (2009) возраст, исходный уровень систолического АД, отягощённый семейный анамнез больных и дооперационный уровень креатинина являлись доказанными предикторами развития у них эссенциальной АГ, как причины сохранения или рецидива АГ после операции. Ветшев П.С с соавт (1997, 2001), Устинова С.Е. (1989), в своих работах изучали зависимость клинического эффекта операции адреналэктомии от морфологических изменений в тканях удалённого надпочечника. Наиболее выраженный гипотензивный эффект был отмечен у больных после односторонней адреналэктомии при сочетании альдостерон-продуцирующей аденомы с атрофией коркового слоя надпочечников. У больных, у которых аденома сочеталась с узелковой гиперплазией, после адреналэктомии сохранялась АГ, но её легко удавалось контролировать гипотензивными препаратами.

В выполненном исследовании был проведён многофакторный регрессионный анализ факторов, влияющих на клиническую эффективность операции адреналэктомии. Оказалось, что одним из наиболее значимых прогностических факторов является длительность существования

артериальной гипертензии до операции. В соответствии с таблицей Чеддока была выявлена заметная сила корреляционной связи клинической эффективности операции адреналэктомии от длительности существования артериальной гипертензии (HR 0,695 (p 0,0001)). У всех пациентов с неудовлетворительным результатом “стаж” артериальной гипертензии составил более 8 лет. Кроме того, у этих больных мы регистрировали высокие индексы резистивности в почечных артериях как до, так и после операции адреналэктомии. При этом, каких-либо других структурных изменений в паренхиме почек у этих больных выявлено не было. Это свидетельствовало о выраженном нефроангиосклерозе, развившемся на фоне длительно существующей артериальной гипертензии. С нашей точки зрения именно длительность существования гипертензии обусловила у этих 7 больных возврат клиники резистентной артериальной гипертензии из-за развившегося нефроангиосклероза. Эти данные совпадают с результатами, представленными в работах Калинина А.П. (2001), Fukudome Y. et al (2002).

Подтверждающим фактором значимости длительности АГ до операции явилось и то, что у всех больных с неудовлетворительным результатом и у 80% больных с удовлетворительным результатом при морфологическом исследовании наряду с очаговым образованием в надпочечнике были верифицированы признаки мелко-узловой и диффузной гиперплазии в ткани удалённого надпочечника. При этом, была выявлена статистически значимая высокая сила корреляционной связи клинического эффекта операции от наличия этих изменений (коэффициент корреляции (HR) 0,722 (p 0,0001)).

**Заключение.** У больных с резистентной артериальной гипертензией и односторонней гормонально-активной опухолью надпочечника гипотензивный эффект после операции напрямую зависит от длительности существования артериальной гипертензии до операции – чем дольше существует АГ, тем меньшего гипотензивного эффекта от операции можно ожидать. Связано это, прежде всего, с развитием нефроангиосклероза за время существования артериальной гипертензией. Поэтому выявленный нефроангиосклероз и “стаж” АГ более 6 лет у больных с узловыми образованиями в надпочечниках следует признать плохим “прогностическим фактором” снижения АД в послеоперационном периоде.

Тем не менее, операцию адреналэктомии этим больным следует выполнять для того, чтобы “замедлить” прогрессирование нефроангиосклероза и “убрать” значимый фактор существования АГ.

#### ЛИТЕРАТУРА [REFERENCE]

1. Муромцева Г.А., Концевая А.В., Константинов В.В., Артамонова Г.В., Гатагонова

Т.М. и др. Распространённость факторов риска неинфекционных заболеваний в Российской популяции в 2012-2013 гг. Результаты исследования ЭССЕ-РФ // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2014;13(6):4-11. [Muromtseva G.A., Kontsevaya A.V., Konstantinov V.V., Artamonova G.V., Gatagonova T.M. Rasprostranennost faktorov riska neinfektsionnykh zabolevaniy v Rossiyskoy populyatsii v 2012-2013 gg.Rezultaty issledovaniya ESSE-RF// Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika.2014.№13 (6).P.4-11] [ru]

2.Алимухамедова Г.А. Особенности клинического течения случайно выявленных образований надпочечников// Международный эндокринологический журнал- 2014-№2(58) –с.47-52. [Alimukhamedova G.A. Osobennosti klinicheskogo techeniya sluchayno vuyavlennykh obrazovaniy nadpochechnikov // Mezhdunarodnyu endokrinilicheskiy zhurnal.2014. №2.P.47-52] [ru]

3.Газимов М.М., Шамитов Ю.П. Диагностика и лечение больных артериальной гипертензией надпочечникового и почечного генеза // Урология – 2014- №3- с.5-7. [Gazimov M.M.,Shamitov Y.P. Diagnostika i lechenie bolnykh arterialnoi gipertenziei nadpochechnikovogo i pochechnogo geneza // Urologiya.2014.№3 p 5-7] [ru]

4.Sapienza P., Cavallaro A. Persistent hypertension after removal of adrenal tumors. Eur.J.Surg 1999; 165:187-192 [en]

5. Fronticelli C., Ferrero A., Quriconi F Primary hyperaldosteronism. Analysis of risk factors associated

with persistent postoperative hypertension. Int.Surg.1995;80(2):175-77.[en]

6.Zhou Y., Zhang M., Ke S., Liu L. Hypertension outcomes of adrenalectomy in patients with primary aldosteronism:a systematic review and meta-analysis // BMC Endocrine Disorders – 2017-Vol.11-p.335-344.[en]

7.Sawka A., Young W., Tompson G. et al. Primary aldosteronism: factors associated with normalization of blood pressure after surgery.//Ann Intern.Med-2001- Vol.135 –p.258-261. [en]

8.Толкачев А.О., Мурадян А.Г., Воробьев Н.В., Костин А.А., Попов С.В. Хирургическое лечение больных опухолями надпочечников // Андрология и генитальная хирургия.- 2016- №17, Т.17.- с.38-43. [Tolkachev A.O., Muradyan A.G., Vorobyev N.V. et al Khirurgicheskoe lechenie bolnykh opukholyami nadpochechnikov Andrologiya I Genitalnaya Khirurgiya -2016-№17,Т.17-p.38-43] [ru].

9.Peppas M., Koliaki C., Raptis S.A. Adrenal incidentalomas and cardiometabolic morbidity:an emerging association with serious clinical implications J. Int.Med. 2010;268:555-566.[en]

10.Пархисенко Ю.А., Цуркан Ю.А., Струкова О.Н., Махортова Г.Г. Отдалённые результаты хирургического лечения опухолей надпочечников // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья 2006; 26:97-103.[ Parkhisenko Yu.A., Tsurcan Yu.A., Strukova O.N., Makhortova G.G .Otdalyennyye rezultaty khirurgicheskogo lecheniya opukholey nadpochechnikov // Nauchno-meditsinskiy vestnik Tsentralnogo Chernozemya. 2006.№26. P. 97-103] [ru].

УДК 614  
ГРНТИ 76.75

---

## АДАПТАЦИЯ ЛИЦ 65 ЛЕТ И СТАРШЕ К ЖИЗНИ В ИНСТИТУЦИОНАЛЬНОЙ СТРУКТУРЕ

---

**Хараланова Г.**

*Кафедра по социальной медицине и организации здравоохранения, Медицинский университет Варна*

**Георгиева Л.**

*Кафедра по социальной медицине и организации здравоохранения, Медицинский университет Варна*

## ADAPTATION OF PERSONS AGED 65 AND OVER TO LIVING IN AN INSTITUTIONAL ENVIRONMENT

**Haralanova G.**

*Department of Social medicine and Healthcare Organizataion, Medical university of Varna*

**Georgieva L.**

*Department of Social medicine and Healthcare Organizataion, Medical university of Varna*

### АННОТАЦИЯ

Смена домашней среды на институциональную - это исключительно сильный стресс для всех, связанный с потерей независимости и, как следствие, психологической идентичности. Настоящее исследование направлено на выяснение того, как проходит адаптация лиц в возрасте 65 лет и старше, а также на решение основных проблем, связанных с этим. Исследование проводилось в два этапа. Первый этап включает 175 человек в возрасте 65 лет и старше, размещенных в домах престарелых (ДСХ) в Болгарии - два в Варне и два в Провадии, при этом одно из учреждений имеет муниципальные