

## СПОСОБЫ ПРОФИЛАКТИКИ ФИЗИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

*Барбанищikov А.А., Горелик С.Г., Милютинa Е.В.*

Белгородский государственный национальный исследовательский университет

*С увеличением продолжительности жизни, благодаря улучшению социальных условий, доступности оказания медицинской помощи, увеличивается количество пациентов пожилого и старческого возраста, которым оказывается хирургическое лечение, в том числе высокотехнологическое. Среди возрастных пациентов все чаще выявляется синдром старческой астении, которая ухудшает дальнейший прогноз, снижается физическая и функциональная активность, адаптационные и восстановительные резервы организма. Все это повышает риск госпитализации в 1,2–1,8 раз, развитие функциональных дефицитов в 1,6–2,0 раза, летального исхода в 1,8–2,3 раза, физических ограничений в 1,5–2,6 раз, падений и переломов в 1,2–2,8 раз.*

*В связи с этим, пациентам пожилого и старческого возраста требуется разработка профилактических мероприятий, способных снизить риск развития осложнений.*

*Профилактические мероприятия были направлены на предоперационный и послеоперационный этапы. В программу реабилитации включались физические упражнения, диетотерапия, коррекция нарушений.*

*Внедрение оптимизированной программы реабилитации пациентов пожилого и старческого возраста направленной на физический компонент старческой астении достоверно улучшает такие показатели: показатель устойчивости у основной группы улучшился на 6,2 %, показатель параметров ходьбы на 8,1 %, улучшение показателей риска развития синдрома мальнутриции (1 части и 2 части) на 12,5% и 20,5%, к уменьшению на 1,2 койко/дня и экономии средств лечебного учреждения в год на лечение пациентов.*

**Введение.** С увеличением продолжительности жизни, благодаря улучшению социальных условий, доступности оказания медицинской помощи, увеличивается количество пациентов пожилого и старческого возраста, которым оказывается хирургическое лечение, в том числе высокотехнологическое. Среди возрастных пациентов все чаще выявляется синдром старческой астении, которая ухудшает дальнейший прогноз, снижается физическая и функциональная активность, адаптационные и восстановительные резервы организма. Все это повышает риск госпитализации в 1,2–1,8 раз, развитие функциональных дефицитов в 1,6–2,0 раза, летального исхода в 1,8–2,3 раза, физических ограничений в 1,5–2,6 раз, падений и переломов в 1,2–2,8 раз [1]. По данным исследований, встречаемость старческой астении среди живущих дома людей, возрастом 65 лет и старше, составляет 10,7 %, преастении - 41,6 %. Распространенность СА увеличивается с возрастом, достигая среди лиц 85 лет и старше 26,1 %. Синдром СА в большинстве случаев диагностируется чаще у женщин, чем у мужчин. В домах проживания возрастных людей распространение СА достигает 52,3 % [3,5,8].

Самостоятельность пациента при данном состоянии ограничивают три группы гериатрических синдромов – соматические, психические и социальные. К соматическим синдромам относятся недержание мочи, нарушение стула, падения, нарушение слуха и

зрения, саркопения, болевой синдром. Все эти синдромы, входящие в данную группу, являются физическим компонентом [2, 9].

Ухудшение состояния в послеоперационном периоде по гериатрическим синдромам, входящим в группу соматических, повлечет ухудшение качества жизни, неспособность к самообслуживанию, станет пусковым механизмом для развития дополнительных гериатрических синдромов и усугубления хронических заболеваний [2,4].

Поэтому, разработка мер профилактики физического компонента старческой астении у пациентов хирургического профиля, поможет снизить риски послеоперационных осложнений, облегчить их течение, уменьшить время пребывания в стационаре.

**Цель исследования:** разработка способов профилактики физического компонента старческой астении у пациентов хирургического профиля.

**Материалы и методы:** Пациенты, проходившие плановое хирургическое лечение в ОГБУЗ, Старооскольская окружная больница имени святителя Луки Крымского разделенные на основную и контрольную группу, компьютерная программа «Специализированный гериатрический осмотр в хирургии» [2, 7].

**Результаты.** На первом этапе, перед оперативным вмешательством на уровне поликлиники или консультации в условиях стационара, оценка состояния пациента проводится с помощью компьютерной программы «специализированный гериатрический осмотр в хирургии». При выявлении у пациентов синдрома астении, преастении или гериатрических синдромов, пациент получает рекомендации к выполнению на дооперационном этапе в домашних условиях [11].

В реабилитационные мероприятия на дооперационном этапе входят физические упражнения, диета, коррекция хронических заболеваний и сопутствующих ограничений (нарушение зрения, снижение слуха, ограничение подвижности, частые падения).

Физические упражнения направлены на дыхательную систему, пациент обучается правильно дышать, уменьшая воздействие на переднюю брюшную стенку, что облегчит в раннем послеоперационном периоде болезненность. Упражнения направлены на все суставы, в случае если пациенту это не причиняет боли и неудобств. Пациент обучается правильно вставать в раннем послеоперационном периоде, опираясь на локти, уменьшая нагрузку на переднюю брюшную стенку.

Питание пациента корректируется согласно нозологии, с расчетом белков, жиров и углеводов, согласно энергетическим потребностям организма [10].

Коррекция ограничений пациента пожилого и старческого возраста проводится на уровне поликлинике с помощью врачей специализированного профиля. При развитом синдроме падений пациент обследуют на выявление анемии, нарушений в опорно-двигательном аппарате, сердечно-сосудистой системе, неврологических нарушениях. При проблемах с суставами, после консультации врача ортопеда, возможно применение трости. Коррекция зрения проводится у врача офтальмолога с помощью подбора очков, слуха у врача отоларинголога с подбором слухового аппарата.

На втором этапе, в раннем послеоперационном периоде, реабилитационные мероприятия направлены на профилактику осложнений, поддержание мышечного тонуса, сбалансированного питания, профилактику падений.

Дыхательные упражнения пациенты в раннем послеоперационном периоде продолжают делать, а физические упражнения увеличиваются по мере восстановления организма, начиная с нагрузки на мелкие суставы, особенно на голеностопные и лучевые суставы в первые часы после операции, для улучшения венозного оттока и профилактики тромбоза венозной системы.

Питание должно соответствовать рекомендациям по введению пациентов с данной нозологией, должно быть сбалансировано по основным питательным элементам.

Профилактика падений происходит за счет использования многофункциональных кроватей с ограничительными бортиками и противопролежневыми матрасами. В коридорах и санитарных комнатах установлены поручни, а также в ванной имеется резиновый коврик для лучшей устойчивости.

Внедрение оптимизированной программы реабилитации пациентов пожилого и старческого возраста, направленной на физический компонент старческого астении достоверно улучшает следующие показатели: показатель устойчивости у основной группы улучшился на 6,2 %, показатель параметров ходьбы на 8,1 %; снижение риска развития синдрома мальнутриции (1 части и 2 части) на 12,5% и 20,5%, приводит к уменьшению на 1,2 койко/дня и экономии средств лечебного учреждения в год на лечение пациентов [8].

**Выводы.** Процесс смены состава населения по возрастным характеристикам связан с низкой рождаемостью, смертностью молодого населения в ходе военных конфликтов, приема запрещенных веществ, рождением первого ребенка после 35 и т.д. Все это приводит к увеличению населения старше 60 лет в мире. За счет развития медицины, науки, социальных сфер продолжительность жизни в мире увеличивается, с разными возрастными цифрами по мировым регионам, но эта тенденция наблюдается во всех развитых и развивающихся странах. Все это меняет устоявшиеся ранее концепции [5,6].

Поэтому разработка современных способов профилактики осложнений и потери качества жизни очень актуально в наше время и требует дальнейшего изучения.

Список литературы:

1. Вечорко В.И., Шикина И.Б. Пятилетний анализ медико-демографической структуры обслуживаемого населения пожилого возраста в амбулаторном центре города Москвы и взаимосвязь ее с инвалидностью. *Клиническая геронтология*. 2017; 9-10:11-12.
2. Горелик С.Г. Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук. Медико-социальная реабилитация пациентов хирургического профиля в старческом возрасте. Москва. 2015.
3. Шикина И.Б., Вардосанидзе С.Л, Сорокина Н.В., Эккерт Н.В. Проблемы лечения пациентов пожилого и старческого возраста в многопрофильном стационаре. *Проблемы управления здравоохранением*. 2006; 6 (31): 61-64.
4. Шкода А.С., Шикина И.Б., Ведяшкина С.Г., Колоцкая Е.О. и др. Хирургическая помощь пациентам старше трудоспособного возраста в стационаре города Москвы. *Клиническая геронтология*. 2020; 5-6 (26) 22-27 DOI: 10.26347/1607-2499202005-06022-027
5. Российская ассоциация геронтологов и гериатров. *Клинические рекомендации «старческая астения»* 2018 .
6. Ткачева О.Н., Фроловой Е.В., Яхно Н.Н. *Гериатрия* под ред. Ткачевой О.Н. М. ГЭОТАР-Медиа, 2019; 608. (Серия "Национальные руководства").
7. Ильницкий А.Н., Прощаев К.И. Специализированный гериатрический осмотр. *Геронтологический журнал им. В. Ф. Купревича*. 2012; 4-5; 66–84.
8. Барabanщиков А.А. Анализ влияния профилактических мероприятий направленных на снижение риска развития гериатрических синдромов после планового оперативного лечения. Барabanщиков А.А., Горелик С.Г. Ищенко К.А., Милютин Е.В. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*.
9. Горелик С.Г. Распространенность гериатрических синдромов у хирургических пациентов старших возрастных групп: результаты пилотного проекта. *Электронный научный журнал "Геронтология"*.2013; 4;8. Горелик С.Г., Шагинян Г., Будылев С., Селиванов А., Журнал «Врач» 2016;6:14-17.
10. Барabanщиков А.А., Примушко П.В., Милютин Е.В. Коррекция питания в пожилом и старческом возрасте. *Геронтология научно-практический журнал*. 2021; 9.

11. Барабанщиков А.А., Горелик С.Г., Милютин Е.В. Профилактика и оценка рисков развития послеоперационных осложнений у пациентов пожилого и старческого возраста. *научно-практический журнал Геронтология*. 2020; 8: 4.

## **МЕСТО ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ТРИЖДЫ НЕГАТИВНОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

*Бердникова К.О., Мошуров И.П., Устинова Е.Ю., Ольшанский М.С., Лобова О.А.*

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

*Рассмотрены различные виды лечения трижды негативного рака молочной железы. На примере клинического случая отражена роль регионарной химиотерапии в лечении данной патологии. Оценена эффективность сочетанной системной и регионарной химиотерапии в лечении ранних стадий трижды негативного рака молочной железы.*

*Ключевые слова: рак молочной железы; трижды негативный рак молочной железы; внутриартериальная химиотерапия.*

**Введение.** «Трижды негативный» рак молочной железы (ТНРМЖ) — опухоль, в которой отсутствуют рецепторы к эстрогену (ER), прогестерону (PR) и нет экспрессии гена Her2-neu. Сведения о данном подтипе были впервые обозначены в 90-х годах прошлого века в работах С. Pego, С. Sotiriou и соавт. и сформированы постепенно [1; 2].

По данным различных исследований ТНРМЖ составляет от 11 до 22% всех гистологических вариантов РМЖ [3; 4; 5]. Метастазы в лёгкие и головной мозг встречаются у 40% таких больных, в печень и кости – у 15% [1]. Большое количество наблюдений за женщинами с диагнозом ТНРМЖ позволило выяснить, что рецидив заболевания, как правило, развивается в течение первых 3-х лет после постановки диагноза [6].

В настоящее время устоявшимся считается представление о необходимости применения химиотерапии в лечении ТНРМЖ [6]. Однако очень сложные и противоречивые вопросы подхода к ведению больных этой тяжелой категории ещё далеки от своего окончательного решения [7]. Безусловно, ТНРМЖ является самым неблагоприятным прогностическим подтипом, ведь даже при Her-2-позитивном РМЖ имеется мишень воздействия для таргетных препаратов [8].

**Цель исследования:** оценить возможности внутриартериальной химиотерапии в сочетанном химиотерапевтическом лечении трижды негативного рака молочной железы.

**Методы исследования.** В диагностике, оценке результатов лечения использованы общеклинические, визуализационные (УЗИ, ММГ, КТ, МРТ), морфологические методы. В лечении применены внутриартериальные технологии химиотерапии (ВАХТ) в сочетании с системным введением химиопрепаратов. Перед ВАХТ выполняли диагностический этап – селективную и суперселективную ангиографию из правого феморального доступа с использованием катетера JR 5F. Исследования проводили в режиме съемки DSA при селективном ручном введении нейонного контрастного вещества. Внутренняя грудная артерия (ВГА) на стороне поражения была доминантной. Инфузию проводили с учетом скорости кровотока в целевых сосудах.