

МАЛЬНУТРИЦИЯ И ДРУГИЕ ГЕРИАТРИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

О. Кичатая¹, С. Матевосян²,

И. Курило¹, Т. Порунова¹,

К. Бочарова³, кандидат медицинских наук,

Ю. Губарев³, кандидат медицинских наук

¹Научно-исследовательский медицинский центр
«Геронтология», Москва

²Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии

³Белгородский государственный национальный

исследовательский университет

E-mail: nimggerontologija@mail.ru

Синдром мальнотриции является одним из ведущих клинических и медико-социальных гериатрических синдромов. Кроме того, возрастание риска развития и его выраженность усугубляются вследствие полиморбидных состояний в пожилом возрасте и особенно в связи с формированием патологии полости рта.

Ключевые слова: синдром мальнотриции, гериатрические синдромы, пожилой возраст.

Современная гериатрия ориентирована на оказание медицинской и социальной помощи людям пожилого и старческого возраста, имеющим не только хронические заболевания, но и так называемые общегериатрические синдромы, которые присоединяются по мере старения и развития инволютивных изменений и закономерно приводят к старческой астении [1, 3, 7]. Таких синдромов в гериатрической практике насчитывается более 60; основными из них являются синдром падений, недержание мочи и кала, снижение слуха и зрения, тревожно-депрессивный синдром (ТДС), а также синдром мальнотриции – СМ (недостаточности питания) [2, 6].

Целью настоящего клинико-эпидемиологического исследования было выявление причин развития СМ у людей пожилого возраста на примере популяции жителей Санкт-Петербурга и Белгорода.

Для исследования случайным методом было отобрано 1829 человек среднего возраста (от 40 до 59 лет; средний возраст $47,2 \pm 2,3$ года; мужчин было 882, женщин – 947) и 2362 – пожилого (от 60 до 74 лет; средний возраст $68,6 \pm 2,2$ года; мужчин было 997, женщин – 1365). Наличие или отсутствие основных гериатрических синдромов устанавливали в соответствии с принципами специализированного гериатрического осмотра.

При изучении распространенности основных клинических гериатрических синдромов было выявлено, что они встречались чаще среди пациентов стационаров, чем поликлиник, и в старшей возрастной группе, чем у обследованных среднего возраста ($p < 0,05$). Так, в пожилом возрасте синдром гипомобильности встречался у $41,5 \pm 1,5\%$ пациентов амбулаторных и у $66,1 \pm 1,2\%$ – стационарных учреждений, синдром мальнотриции – соответственно у $31,6 \pm 0,8$ и $7,8 \pm 1,5\%$, синдром когнитивной дисфункции – у $5,8 \pm 0,9$ и $8,9 \pm 0,6\%$, синдром пролежней – у $0,5 \pm 0,02$ и $0,8 \pm 0,01\%$, обстипационный синдром – у $6,5 \pm 0,3$ и $6,4 \pm 0,2\%$, синдром нарушений

мочеиспускания – у $1,3 \pm 0,2$ и $2,4 \pm 0,2\%$, синдром падений – у $10,5 \pm 0,3$ и $7,9 \pm 0,1\%$, саркопения – у $3,2 \pm 0,2$ и $3,1 \pm 0,2\%$, болевой синдром – у $13,4 \pm 0,1$ и $21,3 \pm 0,1\%$, деменция – у $1,7 \pm 0,1$ и $1,7 \pm 0,2\%$, ТДС – у $32,5 \pm 0,6$ и $48,1 \pm 0,3\%$, синдром нарушений сна – у $37,1 \pm 0,3$ и $49,1 \pm 0,2\%$, синдром старческой астении – у $2,2 \pm 0,2$ и $2,1 \pm 0,1\%$, психологические проблемы – у $71,5 \pm 0,4$ и $72,4 \pm 0,3\%$ пациентов.

Развитие СМ во многом обусловлено возрастными изменениями органов пищеварения. Физиологические изменения в пожилом и старческом возрасте охватывают все части желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), причем первые инволютивные изменения выявляются уже в 40–50 лет и выраженной степени достигают в 50–55 лет.

По данным зарубежных исследований, СМ высоко распространены. Так, пониженный статус питания выявляется у 80% людей пожилого и старческого возраста, госпитализируемых в связи с разными заболеваниями, причем не менее чем у 3–4% пациентов именно мальнотриция приводит к летальному исходу [4, 12]. В социальных учреждениях стационарного типа распространенность СМ у пациентов составляет ≥ 40 –50% [5, 9].

Опасность СМ заключается в том, что он ускоряет наступление «старческого одряхления», при котором многократно увеличивается зависимость пожилого человека от постоянной посторонней помощи, а также способствует присоединению других гериатрических синдромов (прежде всего падений, нарушений походки) развитию гипомобильности [8, 14].

Согласно результатам исследований, СМ встречается в 54,1% случаев и достоверно ассоциирован с такими заболеваниями, как злокачественные новообразования, ТДС, нарушения поведения со стойким снижением аппетита, ИБС с развитием хронической сердечной недостаточности, гипертиреоз, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки [11, 13].

Установлено, что при заболеваниях, которые сопровождаются СМ, происходят следующие изменения: значительное снижение аппетита на протяжении последних 3 мес, снижение массы тела в последнем месяце > 3 кг, прикованность к постели. Средние значения индекса массы тела (ИМТ) при СМ составляли $18,1 \pm 0,1$ кг/м² (без СМ – $21,1 \pm 0,1$ кг/м²).

Было выявлено, что пожилые люди с СМ часто не способны к самостоятельному приему пищи; у них также понижена степень активности и отмечается ухудшение состояния здоровья; из антропометрических данных характерно уменьшение (различия достоверны) окружности талии (ОТ) и бедер (ОБ) [10].

Признаками, увеличивающими вероятность развития СМ у пожилых, являются изменения режима питания: полноценный прием пищи 2 раза в день, низкое потребление белковой пищи (мяса, рыбы и молочных продуктов), отсутствие или крайне низкое употребление овощей и фруктов. Анализ нутритивного статуса позволил выявить высокий риск развития СМ у 98% пожилых людей с хронической соматической патологией.

Таким образом, при недостаточности питания, или СМ, отмечаются [8–10, 12, 16]:

- недостаточные объем и калорийность принимаемой пищи;
- низкие значения ИМТ;
- соответствующие лабораторные и антропометрические характеристики: гипохолестеринемия, гипоальбуминемия, уменьшение размера ОТ/ОБ.

СМ у лиц старше 60 лет наблюдается в 20% случаев, при присоединении заболеваний – в 20–40%, причем у половины пациентов – в тяжелой степени.

Этиологическими факторами развития СМ являются: протеиново-энергетическая мальнутриция – дефицит поступления полноценных продуктов; протеиновая мальнутриция – недостаточное поступление белков при удовлетворительной калорийности пищи; парциальная – недостаточное поступление отдельных веществ (витамины); кахексия – крайняя форма мальнутриции (при различной патологии, например, раке); полипрагмазия; тиреотоксикоз; сенильная анорексия [15, 16].

Нами была изучена факторная нагрузка различных нозологических форм на риск формирования СМ.

В среднем возрасте 1-е ранговое место среди факторов рисков развития СМ (факторная нагрузка – 0,638) заняли заболевания ЖКТ, на 2-м месте (0,597) были заболевания неврологического профиля, на 3-м (0,582) – сердечно-сосудистые заболевания, осложненные хронической сердечной недостаточностью, на 4-м (0,401) – патология полости рта, на 5-м (0,304) – бронхолегочные заболевания, осложненные дыхательной недостаточностью, на 6-м (0,400) – заболевания психической сферы, на 7-м (0,203) – сахарный диабет (СД) типа 1 и 2, на 8-м (0,104) – заболевания почек, осложненные хронической почечной недостаточностью (ХПН).

В пожилом возрасте 1-е ранговое место среди рисков развития СМ (факторная нагрузка 0,606) заняла патология полости рта, 2-е место (0,568) – болезни ЖКТ, 3-е (0,550) – заболевания психической сферы, 4-е (0,498) – сердечно-сосудистые заболевания, осложненные хронической сердечной недостаточностью, 5-е (0,400) – бронхолегочные заболевания, осложненные дыхательной недостаточностью, 6-е (0,379) – неврологическая патология, 7-е (0,162) – заболевания почек, осложненные ХПН, 8-е (0,198) СД типа 1 и 2.

Анализ полученных данных показал, что и в среднем, и в пожилом возрасте спектр заболеваний, которые представляли риск развития СМ, был примерно одинаковым. Однако если в среднем возрасте наибольший вклад в развитие СМ вносила патология ЖКТ, то в пожилом – патология полости рта.

Кроме того, в пожилом возрасте самостоятельное значение имеет и фактор полиморбидности.

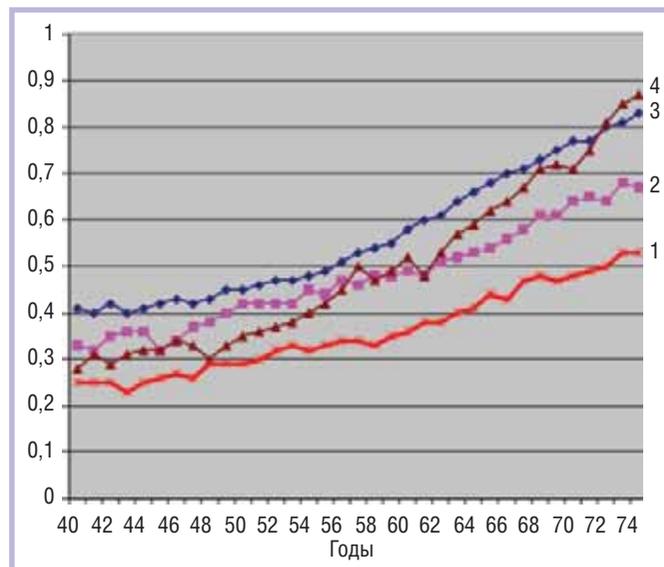
С учетом возрастания степени полиморбидности мы изучили влияние различных вариантов полиморбидности на риск развития и степень тяжести СМ. Проведенный многомерный биометрический анализ учитывал влияние заболеваний, приводящих к СМ, на такие медико-социальные характеристики, как наличие (отсутствие) инвалидности и ее степень, наличие (отсутствие) временной нетрудоспособности и ее продолжительность, а также частоты случаев за последний год; наличие (отсутствие) госпитализаций, их частота и продолжительность за последний год.

Оказалось, что риск развития и усугубление выраженности СМ при полиморбидных

состояниях на основе патологии ЖКТ, неврологической и психической сферы в пожилом возрасте возрастают в целом по законам арифметической прогрессии, а при сочетании патологии полости рта и соматической патологии – по законам геометрической прогрессии (см. рисунок). Именно это отличало развитие СМ в пожилом возрасте от такового в среднем возрасте, когда его прогрессирование подчинялось законам частичного накопления.

С возрастом при СМ происходит ограничение жизнедеятельности по всем критериям, изученным ВОЗ (см. таблицу).

Приведенные данные подтверждают актуальность сложной и многогранной проблемы гериатрических синдромов и необходимость особого внимания системы здравоохранения к улучшению качества жизни пожилых людей.



Распространенность ограничений жизнедеятельности у пациентов амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений с СМ (на 100 пациентов)

Критерий ограничений	Средний возраст		Пожилый возраст	
	поликлиника	стационар	поликлиника	стационар
Передвижение	34,1±1,3	52,5±1,2*, **	42,1±1,3**	64,5±1,3*, **
Общение	21,4±0,1	32,4±1,3*, **	31,5±0,2**	41,2±1,2*, **
Самообслуживание	6,2±0,2	12,5±0,9*, **	7,3±0,1	21,8±1,0*, **
Ориентация	0,20±0,01	1,4±0,1*, **	0,5±0,1**	1,9±0,2*, **
Трудоспособность	10,1±0,2	21,5±0,2*, **	17,5±0,1**	31,9±0,1*, **
Контроль поведения	0,30±0,02	1,5±0,2*, **	0,7±0,01**	1,8±0,1*, **
Обучение	1,3±0,2	2,4±0,1*, **	2,7±0,2**	3,7±0,2*, **

Примечание. * – $p < 0,05$ при сравнении данных у пациентов амбулаторно-поликлинического и стационарного звена; ** – между возрастными группами.

Литература

1. Аканов А.А., Каирбеков А.К. Пожилые люди и их проблемы // Терапевтический вестник (Материалы II съезда терапевтов Республики Казахстан). – 2009; 3: 277.
2. Анисимов В.Н. Молекулярные и физиологические механизмы старения / СПб: Наука, 2008; 481 с.
3. Белоконь О.В. Оценка медико-социального благополучия пожилых в России (функциональные способности и приоритеты по результатам опросов // Успехи геронтологии. – 2006; 19: 129–46.
4. Борисова Е.Н. Совокупность факторов, способствующих полной утрате зубов к пожилому и старческому возрасту // Рос. стоматол. журн. – 2000; 3: 23–6.
5. Дмитриева Д., Борисова Е. Стоматология в гериатрии // Мед. газета. – 2000; 59: 10.
6. Доценко В.А., Мосийчук Л.В. Болезни избыточного и недостаточного питания / СПб: Фолиант, 2004; 112 с.
7. Игисинова К. Проблемы обеспечения здорового старения в пожилом возрасте. Материалы IV Ежегодной Межд. научно-практ. конф. «Современные аспекты общественного здоровья и здравоохранения». Алматы, 28–29 сентября 2005 г.; 44–6.
8. Ильницкий А.Н., Прощаев К.И. Подходы к питанию в пожилом и старческом возрасте. Тез. докл. Всерос. конф. «Перспективы фундаментальной геронтологии» 25–26 ноября 2006 г. СПб, 2006; 48–9.
9. Ильницкий А.Н., Прощаев К.И., Кривецкий В.В. и др. Распространенность синдрома мальнутриции среди людей пожилого возраста // Фундаментальные исследования. – 2012; 7 (ч. 2); 330–3.
10. Ильницкий А.Н., Прощаев К.И. Старческая астения (frailty) как концепция современной геронтологии // Геронтология. – 2013; 1 (1): URL: <http://gerontology.esrae.ru/ru/1-2> (дата обращения 17.09.13).
11. Кулаков А.А., Максимовский Ю.М. Организация медико-социальной стоматологической помощи лицам пожилого и старческого возраста. Состояние проблемы в целом // Стоматология. – 2010; 5: 43–4.
12. Позднякова Н.М., Соколова О.А. Синдром недостаточности питания // Мед. сестра. – 2014; 5: 18–20.
13. Проценко А.С., Свистунова Е.Г. Потребность в стоматологической помощи лиц преклонного возраста с учетом состояния их зубочелюстной системы и соматического статуса // Молодой ученый. – 2011; 11 (2): 188–90.
14. Duursma S., Overstall P. Geriatric medicine in the European Union: future scenarios // Z. Gerontol. Geriatr. – 2003; 36 (3): 204–15.
15. Nagappan R., Parkin G. Geriatric critical care // Crit. Care Clin. – 2003; 19 (2): 253–70.
16. Rubenstein L., Harker J., Salvà A. et al. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini-Nutritional Assessment (MNA-SF) // J. Gerontol. Series A: Biol. Sci. and Med. Sci. – 2001; 56: 366–72.

MALNUTRITION AND OTHER GERIATRIC SYNDROMES

O. Kichataya¹; S. Matevosyan²; I. Kurilo¹; T. Porunova¹; K. Bocharova³, Candidate of Medical Sciences; Yu. Gubarev³, Candidate of Medical Sciences

¹Gerontology Research Medical Center, Moscow

²Saint Petersburg Institute of Bioregulation and Gerontology

³Belgorod State National Research University

Malnutrition syndrome is one of the leading clinical and sociomedical geriatric syndromes. What is more, there is an increase in the risk of its development and magnitude due to multiple comorbidities at an elderly age and particularly to the development of oral disease.

Key words: malnutrition syndrome, geriatric syndromes, elderly age.