

УДК 616 – 053.2

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИНДРОМА МАЛЬНУТРИЦИИ СРЕДИ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА****<sup>1</sup>Ильницкий А.Н., <sup>1</sup>Прощаев К.И., <sup>2</sup>Кривецкий В.В., <sup>2</sup>Варавина Л.Ю.,  
<sup>2</sup>Фесенко В.В., <sup>2</sup>Журавлева Я.В.***<sup>1</sup>АНО «Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология»,  
Москва, e-mail: a-ilnitski@yandex.ru;**<sup>2</sup>ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет»,  
Белгород, e-mail: fesenko@bsu.edu.ru*

В настоящее время у пожилых людей имеется множество синдромов, которые присоединяясь к сопутствующей патологии, приводят к так называемому «старческому одряхлению». Одним из таких синдромов является синдром мальнутриции или недостаточности питания, имеющий по данным ряда зарубежных авторов высокую степень распространенности. Опасность синдрома мальнутриции заключается в том, что он ускоряет наступление «старческого одряхления», тем самым многократно увеличивая зависимость пожилого человека от постоянной посторонней помощи, а также способствует присоединению других гериатрических синдромов. В проведенном исследовании выявлено, что у пожилого городского населения синдром мальнутриции ассоциирован со злокачественными новообразованиями, тревожно-депрессивным синдромом, нарушением поведения со стойким снижением аппетита, ишемической болезнью сердца с хронической сердечной недостаточностью, гипертиреозом, язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. При другой соматической патологии имеется высокий риск развития синдрома мальнутриции в связи с социально обусловленным неполноценным питанием.

**Ключевые слова:** мальнутриция, пожилой возраст, «старческое одряхление»

**THE PREVALENCE OF THE SYNDROME OF MALNUTRITION AMONG ELDERS****<sup>1</sup>Ilnitski A.N., <sup>1,2</sup>Praschayeu K.I., <sup>2</sup>Krivetski V.V., <sup>2</sup>Varavina L.Y.,  
<sup>2</sup>Fesenko V.V., <sup>2</sup>Zhuravleva Y.V.***<sup>1</sup>АНО «Research Medical Center, «Gerontology», Moscow, e-mail: a-ilnitski@yandex.ru;**<sup>2</sup>Belgorod National Research University, Belgorod, e-mail: fesenko@bsu.edu.ru*

Currently, the elderly, there are many syndromes that are joining the comorbidity lead to the so-called «senile decrepitude». One such syndrome is a syndrome of malnutrition or malnutrition, which has according to the number of foreign authors a high degree of prevalence. Risk of malnutrition syndrome is that it speeds up the onset of «senile decrepitude», thereby increasing the dependence of multiple older person from the constant assistance, and also contributes to the accession of other geriatric syndromes. The study revealed that an elderly urban population malnutrition syndrome associated with malignancies, anxious-depressive syndrome, disturbance of conduct with persistent loss of appetite, coronary heart disease and congestive heart failure, gipertirozom, duodenal ulcer disease. At the other somatic diseases are at high risk of developing malnutrition syndrome due to malnutrition caused by the social.

**Keywords:** malnutrition, elder age, «senile decrepitude»

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 так называемому «старческому одряхлению» [3, 7, 9]. Таких синдромов в гериатрической практике насчитывается не менее 65, основными из них являются синдром падений, недержание мочи и кала, снижение слуха и зрения, тревожно-депрессивный синдром, а также синдром мальнутриции или недостаточности питания [1]. По данным зарубежных исследований, синдром мальнутриции характеризуется высокой степенью распространенности. Так, сниженный 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 мальнутриция приводит к смертельному исходу [5]. Синдром мальнутриции распространен также и среди клиентов социальных учреждений стационарного типа, распространенность которого составляет не менее 40–50% [12]. Опасность синдрома мальнутриции 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, гипомобильности [11]. При высокой степени актуальности раннего выявления и коррекции синдрома мальнутриции, эти организационные вопросы в отечественных амбулаторно-по-

ликлинических учреждениях не обработаны [1]. Фактически отсутствуют данные о распространенности синдрома мальнутриции среди неорганизованного городского пожилого населения [2].

В этой связи нами было проведено исследование с целью выявить распространенность синдрома мальнутриции среди людей пожилого возраста, проживающих в городских условиях.

### Материал и методы исследования

В исследование было включено 127 пациентов пожилого возраста (средний возраст составлял  $69,3 \pm 1,2$  года), которые проживали в районе обслуживания поликлиники № 1 города Белгорода. При включении в исследование был применен метод направленного отбора, критерием включения было наличие хронических заболеваний, которые являлись поводом для обращения в амбулаторно-поликлиническое учреждение, по данным медицинской карты амбулаторного больного, с частотой, не меньшей 7–8 обращений на протяжении одного года (среднее количество обращений составляло  $7,6 \pm 0,5$ ). Включенные в исследование пациенты имели характерные для пожилого возраста заболевания, которые протекали сочетанно, индекс полиморбидности составлял  $2,3 \pm 0,2$  (табл. 1).

**Таблица 1**  
Распределение пациентов, включенных в исследование, по имеющимся заболеваниям

Заболевание/группа заболеваний	Число пациентов	
	Абс.	%
Злокачественные новообразования	4	3,1
Тревожно-депрессивный синдром	12	9,4
Гипертиреоз	3	2,4
ИБС с хронической сердечной недостаточностью	24	18,9
Цирроз печени	15	11,8
Нарушения поведения	10	7,9
Артериальная гипертензия	54	42,5
Остеоартроз суставов	72	56,7
Дисциркуляторная энцефалопатия	69	54,3
Сахарный диабет	21	16,5
Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки	17	13,4

Состояние нутритивного статуса было оценено при помощи опросника Mini nutritional assessment (MNA), который состоит из двух частей.

Первая часть позволяет получить информацию о физических данных, изменяющихся при синдроме мальнутриции или ему сопутствующим заболеваниям: чувство аппетита на протяжении последних трех месяцев; снижение массы тела на протяжении месяца, предшествующему опросу; состояние мобильности; наличие психологических стрессов на протяжении последних трех месяцев; наличие нейропсихических проблем (деменции); индекс массы тела (ИМТ).

Вторая часть позволяет дать оценку регулярности и качеству питания, факторам, которые могут

влиять на пищевое поведение, в частности: условия проживания; употребление медикаментов и их количество; количество блюд, употребляемых ежедневно; ориентировочное количество белковой пищи в рационе; употребление овощей, зелени, жидкости; степень самостоятельности при приеме пищи; объем живота и голени.

Каждой позиции опросника присваивается от 0 до 2 баллов, при суммировании которых было определено наличие синдрома мальнутриции (меньше 17 баллов) и риск развития этого синдрома (17–23,5 баллов).

При применении опросника были выявлен общий уровень распространенности синдрома мальнутриции и его риска, а также те заболевания, наличие которых достоверно ассоциировано с изучаемым синдромом.

Для статистической обработки результатов исследования был использован метод оценки значимости различий двух совокупностей путем применения критерия t-Стьюдента. Все данные были внесены в электронные таблицы «Excel», математико-статистическая обработка выполнена с использованием программы «Statgraphics plus for Windows», версия 7.0.

### Результаты исследования и их обсуждение

Выявлено, что синдром мальнутриции встречается в 54,1 % случаев и достоверно ассоциирован с такими заболеваниями, как злокачественные новообразования, тревожно-депрессивный синдром, нарушения поведения со стойким снижением аппетита, ИБС с развитием хронической сердечной недостаточности, гипертиреоз, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки,  $p < 0,05$  (табл. 2).

**Таблица 2**  
Распространенность синдрома мальнутриции

Заболевание/группа заболеваний	Число пациентов	
	Абс.	%
Злокачественные новообразования	4	100
Тревожно-депрессивный синдром	10	85,0
Гипертиреоз	3	100
ИБС с хронической сердечной недостаточностью	22	90,0
Нарушения поведения	8	80,0
Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки	10	60,0

При анализе результатов первой части опросника Mini nutritional assessment выявлено, что при заболеваниях, которые сопровождаются синдромом мальнутриции, имеют место следующие изменения: значительное снижение аппетита на протяжении последних трех месяцев –  $75,4 \pm 1,1$  % (при заболеваниях без синдрома мальнутриции –  $28,1 \pm 1,2$  %); снижение массы тела в последнем месяце более 3 кг –  $81,4 \pm 1,2$  %

(без мальнутриции –  $21,1 \pm 1,3\%$ ); при синдроме мальнутриции  $92,1 \pm 1,3\%$  пациентов были прикованы к постели, без него –  $12,1 \pm 1,2\%$ ; средние значения индекса массы тела при синдроме мальнутриции составляли  $18,1 \pm 0,1$  кг/м<sup>2</sup>; без синдрома мальнутриции были  $21,1 \pm 0,1$  кг/м<sup>2</sup>,  $p < 0,05$ . Отсутствие достоверных различий было выявлено по позициям: мощный психологический стресс в последние три месяца – соответственно  $85,4 \pm 5,7$  и  $82,3 \pm 5,4\%$ , а также наличие легкой степени когнитивных нарушений было выявлено при синдроме мальнутриции в  $78,2 \pm 1,5\%$  случаев, без синдрома мальнутриции –  $77,4 \pm 1,3\%$ ,  $p > 0,05$ .

По данным второй части опросника достоверные отличия при синдроме мальнутриции и без него отмечены в следующих случаях: к самостоятельному приему пищи были способны  $8,4 \pm 1,2\%$  пациентов с синдромом мальнутриции и  $85,3 \pm 1,1\%$  пациентов с нормальным нутритивным статусом; снижение степени активности отметили соответственно  $87,2 \pm 1,2\%$  и  $21,1 \pm 1,1\%$  пациентов; ухудшение состояния здоровья констатировали  $78,3 \pm 1,1\%$  и  $17,9 \pm 1,4\%$  опрошенных,  $p < 0,05$ . Надо отметить выявленное наличие достоверных различий в антропометрических данных: при синдроме мальнутриции и без него окружность бедра составляла соответственно  $20,1 \pm 0,5$  и  $22,3 \pm 0,3$  см, окружность талии –  $30,0 \pm 0,2$  и  $33,1 \pm 0,1$  см,  $p < 0,05$ .

Вне зависимости от наличия/отсутствия синдрома мальнутриции для пожилых людей были характерны признаки, увеличивающие вероятность развития синдрома мальнутриции, относящиеся к режиму питания: в обеих группах полноценное питание имело место дважды в день –  $96,4 \pm 1,2$  и  $95,8 \pm 1,3\%$  случаев, низкое потребление белковой пищи в виде мяса, рыбы и молочных продуктов отмечено соответственно в  $97,3 \pm 1,5$  и  $97,2 \pm 1,3\%$  случаев, отсутствие или крайне низкое употребление овощей и фруктов имело место в  $87,3 \pm 1,6$  и  $88,4 \pm 1,9\%$  случаев,  $p > 0,05$ .

Анализ нутритивного статуса позволил выявить высокий риск развития синдрома мальнутриции у  $98,4 \pm 0,6\%$  пожилых людей с хронической соматической патологией.

Надо отметить, что полученные нами данные свидетельствуют о высоком риске развития синдрома мальнутриции в неорганизованной популяции городского пожилого населения. Это обусловлено физиологическими особенностями пожилого возраста, когда нарастают явления серотонинергического дефицита в головном мозге, нарушается гипоталамический контроль чувства насыщения, наблюдается дефицит

орексигенных гормонов [4]. При этом при присоединении ряда соматических заболеваний указанные возрастные изменения усугубляются провоспалительной гиперцитокинемией, которая способствует депрессии аппетита, вызывает нарушения межмолекулярной сигнализации, обеспечивающей моторно-секреторную деятельность желудочно-кишечного тракта [6, 8, 10]. Физиологические причины синдрома мальнутриции дополняются также социальными факторами, характеризующимися неполноценным несбалансированным питанием.

### Выводы

1. Синдром мальнутриции распространен в  $54,1\%$  случаев и ассоциирован со злокачественными новообразованиями, тревожно-депрессивным синдромом, нарушением поведения со стойким снижением аппетита, ИБС с хронической сердечной недостаточностью, гипертиреозом, язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

2. При отсутствии заболеваний, приводящих к прямому снижению массы тела, у  $98,4 \pm 0,6\%$  пожилых людей с хронической соматической патологией выявлен высокий риск развития синдрома мальнутриции главным образом за счет неполноценного, несбалансированного питания.

3. Высокая распространенность риска развития синдрома мальнутриции и самого синдрома является свидетельством важности оценки нутритивного статуса гериатрического контингента пациентов с целью разработки адекватных мер медицинской и социальной поддержки.

### Список литературы

1. Анисимов В.Н., Соловьев М.В. Эволюция концепций в геронтологии. – СПб.: Эскулап, 1999. – 130 с.
2. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи / О.П. Щепин, В.И. Стародубов, А.Л. Линденбраген, Г.И. Галанова. – М.: Медицина, 2002. – 176 с.
3. Ільницькі А.М., Прашчаєў К.І. Заўчаснае старэнне як грамадская праблема // Вестник Полоцкого государственного университета. – 2005. – № 11. – С. 98–101.
4. Basta L.L. Ethical issues in the management of geriatric cardiac patients // Am. J. Geriatr. Cardiol. – 2005. – № 14(6). – P. 331–332.
5. Biein B. An older person as a subject of comprehensive geriatric approach // Roczn. Akad. Med. Białymst. – 2005. – № 50. – P. 189–192.
6. Duursma S.A., Overstall P. W. Geriatric medicine in the European Union: future scenarios // Z. Gerontol. Geriatr. – 2003. – № 36(3). – P. 204–215.
7. Lesauskaite V., Macijauskiene J., Rader E. Challenges and opportunities of health care for the aging community in Lithuania // Gerontology. – 2006. – № 52(1). – P. 40–44.
8. Lovell M. Caring for the elderly: changing perceptions and attitudes // J. Vasc. Nurs. – 2006. – № 24 (1). – P. 22–26.
9. Mjelde-Mossey L.A. Social work's partnership in community-based stroke prevention for older adults: a

collaborative model // Soc. Work Health Care. – 2005. – № 42(2). – P. 57–71.

10. Nagappan R., Parkin G. Geriatric critical care // Crit. Care Clin. – 2003. – № 19(2). – P. 253–270.

11. Rosin A.J., van Dijk Y. Subtle ethical dilemmas in geriatric management and clinical research // J. Med. Ethics. – 2005. – № 31(6). – P. 355–359.

12. Tomasovic N. Geriatric-palliative care units model for improvement of elderly care // Coll. Antropol. – 2004. – № 29 (1). – P. 277–282.

### References

1. Anisimov V.N., Solov'ev M.V. Jevoljucija koncepcij v gerontologii. SPb: Jeskulap, 1999. 130 p.

2. Metodologicheskie osnovy i mehanizmy obespechenija kachestva medicinskoj pomogi / O.P.Wepin, V.I.Starodubov, A.L.Lindenbraten, G.I.Galanova.– M.: Medicina, 2002. 176 p.

3. Il'nicki A.M., Prashchaeŭ K.I. Začčasnae starjenje jak gramadskaja problema // Vestnik Polockogo gosudarstvennogo universiteta. 2005. no. 11. pp. 98–101.

4. Basta L.L. Ethical issues in the management of geriatric cardiac patients // Am. J. Geriatr. Cardiol. 2005. no. 14(6). pp. 331–332.

5. Biein B. An older person as a subject of comprehensive geriatric approach // Roczn. Akad. Med. Białymst. 2005. no. 50. pp. 189–192.

6. Duursma S.A., Overstall P. W. Geriatric medicine in the European Union: future scenarios // Z. Gerontol. Geriatr. 2003. no. 36(3). pp. 204–215.

7. Lesauskaite V., Macijauskienė J., Rader E. Challenges and opportunities of health care for the aging community in Lithuania // Gerontology. 2006. no. 52(1). pp. 40–44.

8. Lovell M. Caring for the elderly: changing perceptions and attitudes // J. Vasc. Nurs. 2006. no. 24 (1). pp. 22–26.

9. Mjelde-Mossey L.A. Social work's partnership in community-based stroke prevention for older adults: a collaborative model // Soc. Work Health Care. 2005. no. 42(2). pp. 57–71.

10. Nagappan R., Parkin G. Geriatric critical care // Crit. Care Clin. 2003. no. 19(2). pp. 253–270.

11. Rosin A.J., van Dijk Y. Subtle ethical dilemmas in geriatric management and clinical research // J. Med. Ethics. 2005. no. 31(6). pp. 355–359.

12. Tomasovic N. Geriatric-palliative care units model for improvement of elderly care // Coll. Antropol. 2004. no. 29 (1). pp. 277–282.

### Рецензенты:

Полякова В.О., д.б.н., старший научный сотрудник лаборатории клеточной биологии и патологии Санкт-Петербургского института биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН, г. Санкт-Петербург;

Павлова Т.В., д.м.н., профессор, заведующая кафедрой патологии ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», г. Белгород.

Работа поступила в редакцию 18.06.2012.