

СИНДРОМ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ

Н.М. Позднякова, канд. мед. наук, О.А Соколова

Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология», Москва

E-mail: pozdnyakova.tala@yandex.ru

Рассмотрены основные аспекты синдрома недостаточности питания в пожилом и старческом возрасте.

Ключевые слова: пожилой возраст, синдром недостаточности питания, мальнотриция.



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 развиваются по мере старения и развития инволютивных изменений и закономерно приводят к так называемому старческому одряхлению [3, 5, 6]. Таких синдромов – не менее 65, основные из них – синдром падений, недержание мочи и кала, снижение слуха и зрения, тревожно-депрессивный, а также синдром мальнотриции, или недостаточности питания [1]. Развитие синдрома мальнотриции во многом обусловлено возрастными изменениями органов пищеварения. Физиологические изменения в пожилом и старческом возрасте охватывают все части желудочно-кишечного тракта, причем первые инволютивные изменения выявляются уже в 40–50 лет, а выраженной степени они достигают в 50–55 лет.

Полость рта. Характерна потеря зубов вследствие инволютивных изменений парадонта; происходит также инволюция слюнных желез, что приводит к снижению секреции слюны. Изменяется и качество слюны: снижается содер-

жание в ней амилазы, кислой фосфатазы, хлоридов. В связи с уменьшением количества вкусовых рецепторов, снижением порога их возбудимости снижается чувствительность языка. Кроме того, язык увеличивается, на его нижней поверхности расширены венозные сосуды.

Пищевод. С возрастом из-за изменений позвоночника пищевод удлиняется, искривляется и смещается латерально от средней линии. Характерны атрофия слизистой, уменьшение мышечного слоя, замещение мышечной ткани соединительной, снижение активности перистальтических сокращений. Указанные изменения могут вести к некоторым нарушениям прохождения твердой непережеванной пищи, но болевой синдром при этом нехарактерен.

Желудок. Уменьшается секреторная активность, объем выделяемого желудочного сока, тонус мышц, скорость прохождения перистальтической волны, амплитуда сокращений, оскудевает васкуляризация желудка. Выявляются атрофические изменения и в нервном аппарате желудка, затрагивающие в первую очередь миелиновые волокна.

Кишечник. Из-за атрофии кишечных ворсинок тонкой кишки и снижения липолитической активности уменьшаются площадь и интенсивность пристеночного пищеварения, гидролиз и всасывание липидов, глюкозы, ксилитов. Доказано снижение двигательной активности кишечника; развивается гипомоторная дискинезия толстой кишки, что клинически выражается в склонности к запорам. В толстой кишке активируются процессы брожения, размножение гнилостной и гноеродной флоры. Один из признаков старения кишечника – уменьшение способности его слизистой к регенерации, замедляющейся в среднем в 1,5 раза.

Печень. В пожилом и старческом возрасте уменьшается количество гепатоцитов и соответственно – масса печени, снижается интенсивность в ней кровотока, происходят и другие инволютивные изменения. Уменьшается содержание билирубина, желчных кислот, но увеличивается продукция холестерина. В связи со снижением показателей липидного комплекса

в желчи в пожилом возрасте зачастую нарушается кишечное пищеварение, в связи с чем развивается диспепсический синдром и требуется назначение заместительной ферментной терапии. С возрастом отмечается снижение антиоксидантной функции печени, а также функции ферментов микросомального окисления, других ферментных систем. Необходимо заметить, что, несмотря на эти изменения, клинически нарушения функции печени не проявляются, однако при передозировке медикаментов, алкоголизации развивается декомпенсация с соответствующей симптоматикой.

Поджелудочная железа. Развиваются атрофия ацинозных клеток, их альтерация и замещение соединительной тканью с формированием междолькового и внутридолькового фиброза, что ведет к снижению функциональной активности железы. Начальные изменения развиваются уже после 40 лет, а к 50–60 годам они становятся более выраженными. К 75–90 годам часть долек поджелудочной железы полностью замещается жировой тканью, а общее количество функционирующей железистой ткани составляет не более 30–40%. При соблюдении правильного режима питания, исключении алкоголя инволютивные изменения поджелудочной железы клинически не проявляются, но при травмирующих факторах возможно возникновение серьезных заболеваний.

По данным зарубежных исследований, синдром мальнутриции широко распространен. 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 [4]. Синдром мальнутриции распространен также и среди клиентов социальных учреждений стационарного типа; там он встречается с частотой не менее 40–50% [8]. 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 [7].

Нами проведено исследование, в ходе которого определены общая распространенность синдрома мальнутриции и риск его развития у пациентов пожилого возраста, а также выявлены заболевания, достоверно ассоциированные с изучаемым синдромом. По данным исследования, синдром мальнутриции встречается в 54,1% случаев и достоверно ассоциирован с такими заболе-

ваниями и состояниями, как злокачественные новообразования, тревожно-депрессивный синдром, нарушения поведения со стойким снижением аппетита, ишемическая болезнь сердца с развитием хронической сердечной недостаточности, гипертиреоз, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Установлено, что при заболеваниях, которые сопровождаются синдромом мальнутриции, имеют место следующие явления: значительное снижение аппетита за последние 3 мес; снижение массы тела за последний месяц более чем на 3 кг; прикованность к постели; среднее значение индекса массы тела при синдроме мальнутриции – $18,1 \pm 0,1$ кг/м², до развития синдрома мальнутриции он составлял $21,1 \pm 0,1$ кг/м². Обнаружено также, что пожилые люди с синдромом мальнутриции часто неспособны самостоятельно принимать пищу и соответственно у них наблюдаются снижение активности и ухудшение состояния здоровья. Выявлено также уменьшение окружности талии и бедер.

Для пожилых людей характерны увеличивающиеся вероятность развития синдрома мальнутриции признаки, связанные с режимом питания: полноценное питание – только дважды в день; низкое потребление белковой пищи – мяса, рыбы и молочных продуктов; отсутствие в рационе овощей и фруктов или крайне низкое их количество. Анализ нутритивного статуса позволил выявить высокий риск развития синдрома мальнутриции у 98% пожилых людей с хронической соматической патологией.

Таким образом, при синдроме недостаточности питания, или мальнутриции, имеют место:

- недостаточные объем принимаемой пищи и ее калорийность;
- низкие величины индекса массы тела;
- гипохолестеринемия, гипоальбуминемия, уменьшение размера талии/ бедер;
- у лиц старше 60 лет этот синдром наблюдается в 20% случаев, при присоединении заболеваний – в 20–40%, причем у половины пациентов – в тяжелой степени.

Этиология

Протеиново-энергетическая мальнутриция развивается при недостаточном поступлении в организм полноценных продуктов; протеиновая мальнутриция – при недостаточном поступлении белков и удовлетворительной калорийности; парциальная – при недостаточном поступлении в организм отдельных веществ (витамины); кахексия – крайняя форма мальнутриции (развивается при разных видах патологии, например при раке). Другие причины мальнутриции – полипрагмазия, тиреотоксикоз, сенильная анорексия.

Классификация

- Легкая мальнутриция: ИМТ > 18 – 20 кг/м²; отсутствие соматических и функциональных нарушений; масса тела – не менее 80% от нормальной.
- Средней тяжести: ИМТ – 16–18 кг/м²; масса тела – в пределах 70–80% от нормальной.
- Тяжелой степени: ИМТ – < 16 кг/м²; атрофия подкожной жировой клетчатки; медленное заживление ран; отеки; выраженная слабость.

Меры лечения: увеличение общей калорийности рациона; достаточный прием жидкости (не менее 30 мл на 1 кг массы тела в день); фармакологическая стимуляция аппетита.

Высокая распространенность риска развития синдрома мальнутриции и самого синдрома свидетельствует о важности оценки нутритивного статуса у пожилых пациентов с целью разработки адекватных мер медицинской и социальной поддержки.

Литература

1. Анисимов В.Н., Соловьев М.В. Эволюция концепций в геронтологии. – СПб.: Эскулап, 1999. – 130 с.
2. Ильницкий А.Н., Процаев К.И., Кривецкий В.В. и др. Распространенность синдрома мальнутриции среди

людей пожилого возраста // *Фундаментальные исследования*. – 2012; 7 (2): 330–333.

3. Ільницькі А.М., Прашчаєў К.І. Заўчаснае старэнне як грамадская праблема // *Вестник Полоцкого государственного университета*. – 2005; 11: 98–101.

4. Biein B. An older person as a subject of comprehensive geriatric approach // *Rocz. Akad. Med. Bialymst.* – 2005; 50: 189–192.

5. Lesauskaite V., Macijauskienė J., Rader E. Challenges and opportunities of health care for the aging community in Lithuania // *Gerontology*. – 2006; 52 (1): 40–44.

6. 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): 57–71.

7. Rosin A.J., van Dijk Y. Subtle ethical dilemmas in geriatric management and clinical research // *J. Med. Ethics*. – 2005; 31 (6): 355–359.

8. Tomasovic N. Geriatric-palliative care units model for improvement of elderly care // *Coll. Antropol.* – 2004; 29 (1): 277–282.

MALNUTRITION SYNDROME

N.M. Pozdnyakova, Cand. Med. Sci.; O.A. Sokolova
Gerontology Research Medical Center, Moscow

The paper outlines the main problems associated with malnutrition syndrome in elderly and senile age.

Key words: elderly age, malnutrition syndrome.

ХРОНИКА**Международный день медицинской сестры**

12 мая в Национальном медико-хирургическом центре им. Н.И. Пирогова торжественно отмечался Международный день медицинской сестры. Генеральный директор Центра профессор О.Э. Карпов передал собравшимся приветствие от президента и основателя НМХЦ

им. Н.И. Пирогова академика Ю.Л. Шевченко. Обращаясь к собравшимся, он отметил, что во все времена медсестра являлась олицетворением милосердия и добра, «островком» надежды для пациентов в трудную минуту. Далее состоялись торжественное награждение медсестер почетными грамотами и праздничный концерт, организованный силами сотрудников НМХЦ им. Н.И. Пирогова, их детей и внуков. С концертными номерами выступили представители разных отделений Центра – диагностического, кардиохирургического, челюстно-лицевой хирургии, рентгенохирургии, реанимации и интенсивной терапии для больных кардиологического профиля, ультразвуковой диагностики и рентгенохирургических методов диагностики и лечения, операционного блока, аптеки, научно-образовательного отдела и отдела медицинского снабжения.

Праздник по давно сложившейся традиции завершился возложением цветов к памятнику Н.И. Пирогова, чье имя с гордостью носит Центр.