

**А. Н. Ильницкий, К. И. Прощаев, Я. В. Журавлева*,
В. И. Бессарабов, В. В. Кривецкий***

*АНО "Научно-исследовательский медицинский центр "Геронтология",
125319 Москва, Россия*

**Белгородский государственный национальный исследовательский
университет, 308015 Белгород, Россия*

К ВОПРОСУ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СИНДРОМА МАЛЬНУТРИЦИИ СРЕДИ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

В проведенном исследовании выявлено, что у пожилых людей городского населения синдром мальнотриции 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 мальнотриции в связи с социально обусловленным неполноценным питанием.

Ключевые слова: мальнотриция, пожилой возраст.

Современная гериатрия ориентирована на оказание медицинской и социальной помощи людям пожилого и старческого возраста, которые имеют 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 [1–12]. Таких синдромов в гериатрической практике насчитывается не менее 65, и среди них важное место занимает синдром мальнотриции.

Цель исследования — выявить распространенность синдрома мальнотриции среди людей пожилого возраста, проживающих в городских условиях.

Обследуемые и методы. Обследованы 127 пациентов пожилого возраста, которые проживали в районе обслуживания поликлиники № 1 города Белгорода (табл. 1).

Таблица 1

Распределение обследуемых по имеющимся заболеваниям, абс. (%)

| Заболевание/группа заболеваний | Число пациентов |
|--|-----------------|
| 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 оценивали 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 сопутствующих ему заболеваниям: чувство аппетита на протяжении последних трех месяцев; снижение массы тела на протяжении месяца, предшествующего 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, а также факторам, которые могут влиять на пищевое поведение: условия проживания, употребление медикаментов и их количество, количество ежедневно употребляемых блюд, 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 выявлены общий уровень распространенности синдрома мальнутриции и его риска, а также те заболевания, наличие которых достоверно ассоциировано с изучаемым синдромом.

Результаты и их обсуждение. Выявлено, что синдром мальнутриции встречается в 54 % случаев и достоверно ($P < 0,05$) 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 (табл. 2).

При анализе результатов первой части опросника *MNA* выявлено, что при заболеваниях, которые сопровождаются синдромом мальнутриции, имеют место следующие изменения: значительное снижение аппетита на протяжении последних трех месяцев — у $(75,4 \pm 1,1)$ % больных, а при заболеваниях без синдрома мальнутриции — у $(28,1 \pm 1,2)$ %, снижение массы тела в последнем месяце более 3 кг отмечено у $(81,4 \pm 1,2)$ % больных, а без мальнутриции — у $(21,1 \pm 1,3)$ %, при синдроме мальнутриции $(92,1 \pm 1,3)$ % пациентов были прикованы к постели, без него — $(12,1 \pm 1,2)$ %; средние значения ИМТ при синдроме мальнутриции составляли $(18,1 \pm 0,1)$ кг/м²; а без него $(21,1 \pm 0,1)$ кг/м². Отсутствие достоверных различий были выявлены при мощном психологическом стрессе в последние три месяца — соответственно, у $(85,4 \pm 5,7)$ % и $(82,3 \pm 5,4)$ % больных и при легкой степени когнитивных нарушений — соответственно, у $(78,2 \pm 1,5)$ % и $(77,4 \pm 1,3)$ %.

Таблица 2

Распространенность синдрома мальнутриции при разных заболеваниях, абс (%)

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

По данным второй части опросника достоверные различия 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 ($P < 0,05$). Выявлены достоверные различия и в антропометрических данных: при синдроме мальнутриции и без него окружность бедра составляла, соответственно, $(20,1 \pm 0,5)$ см и $(22,3 \pm 0,3)$ см, окружность талии — $(30,0 \pm 0,2)$ см 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 этого синдрома и относящиеся к режиму питания: в обеих группах двухразовое питание — $(96,4 \pm 1,2)$ % и $(95,8 \pm 1,3)$ % случаев, низкое потребление белковой пищи в виде мяса, рыбы и молочных продуктов — соответственно, в $(97,3 \pm 1,5)$ % и $(97,2 \pm 1,3)$ % случаев, отсутствие или крайне низкое употребление овощей и фруктов — в $(87,3 \pm 1,6)$ % и $(88,4 \pm 1,9)$ % случаев.

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

1. *Анисимов В. Н., Соловьев М. В.* Эволюция концепций в геронтологии. — СПб.: Эскулап, 1999. — 130 с.
2. *Ільницький А. М., Процаєв К. І.* Завчасне старіння як громадська проблема // Вестник Полоцкого гос. ун-та. — 2005. — № 11. — С. 98–101.
3. *Щепин О. П., Стародубов В. И., Линденбратен А. Л., Галанова Г. И.* Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи. — М.: Медицина, 2002. — 176 с.
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 // *Rocz. Akad. Med. Bialymst.* — 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.

ДО ПИТАННЯ ПРО ПОШИРЕНІСТЬ СИНДРОМУ МАЛЬНУТРИЦІЇ СЕРЕД ЛЮДЕЙ ЛІТНЬОГО ВІКУ

**А. Н. Ільницький, К. І. Процаєв, Я. В. Журавльова*,
В. І. Бессарабов, В. В. Кривецкий***

АНО "Науково-дослідний медичний центр "Геронтологія",
125319 Москва, Росія

*Білгородський державний національний дослідницький
університет, 308015 Белгород, Росія

У проведеному дослідженні виявлено, що у літніх людей, що проживають в місті, синдром мальнутриції асоційований зі злякисними новоутвореннями, тривожно-депресивним синдромом, порушенням поведінки зі стійким зниженням апетиту, ішемічною хворобою серця з хронічною серцевою недо-

статністю, гіпертиреозом, виразковою хворобою дванадцятипалої кишки. За наявності іншої соматичної патології існує високий ризик розвитку синдрому мальнутриції в зв'язку із соціально обумовленим неповноцінним харчуванням.

TO THE ISSUE OF PREVALENCE OF MALNUTRITION SYNDROME AMONG THE ELDERLY SUBJECTS

**A. N. Ilnitski, K. I. Praschaev, Ya.V. Zhuravleva*,
V. I. Bessarabov, V. V. Krivetski***

ANO "Gerontology" Research Medical Center",
125319 Moscow, Russia

*Belgorod State National Research University,
308015 Belgorod, Russia

A malnutrition syndrome in the elderly urban population was found to be associated with malignant malformations, depression, behavioral disturbances with anorexia, ischemic heart disease with chronic heart failure, hyperthyroidism, and duodenal ulcer. As regards other diseases the high risk of development of malnutrition syndrome was related with socially conditioned inadequate diet.