

ЗНАЧЕНИЕ РАКА ЖЕЛУДКА В РАЗВИТИИ СИНДРОМА МАЛЬНУТРИЦИИ У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Ткаченко Е.В.^{1,2}, Полторацкий А.Н.², Кичатая О.А.¹

¹ Автономная некоммерческая организация «Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология», (125319 г. Москва ул. 1-я Аэропортовская к.ОМ.1-4), imcgerontologija@mail.ru;

² НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, (197758, г. Санкт-Петербург, Песочный-2, ул. Ленинградская, д.68), e-mail: contact@niioncologii.ru

Характерной особенностью пациентов старших возрастных групп является наличие гериатрических синдромов, которые сопровождают разнообразные заболевания пожилого и старческого возраста и являются предметом первоочередного внимания специалистов в области гериатрии. Одним из наиболее часто встречающихся изменений у людей старших возрастных групп является снижение массы тела может быть проявлением мальнутриции. Изучено влияние рака желудка на развитие синдрома мальнутриции у пациентов пожилого возраста. Было выявлено, что синдром мальнутриции является одним из ведущих клиническим и медико-социальным синдромом в структуре гериатрических синдромов. Однако при анализе причины его возникновения выяснилось, что помимо участия вклада рака желудка, существенную роль в его формирования вносит полиморбидный фон на основе сочетания гастроинтестинальной патологии и патологии полости рта. Таким образом, дополнительный вклад в развитие гериатрических синдромов у пациентов с раком желудка вносит сопутствующая соматическая патология, что необходимо учитывать в тактике ведения пациентов.

Ключевые слова: рак желудка, синдром мальнутриции, пожилой возраст.

THE ROLE OF A STOMACH CANCER IN A MALNUTRITION SYNDROME AMONG THE ELDERLY

Tkachenko E.V.^{1,2}, Poltoratski A.N.², Kichataya O.A.¹

¹ NO «Research medical centre “Gerontology” (125319 Moscow, 1st Airoporovskaya st. к.ОМ.1-4), e-mail: imcgerontologija@mail.ru;

² Cancer Research Institute after N.N. Petrov (197758, Saint-Petersburg, Pesochny-2, Leningradskaya str, 68), e-mail: contact@niioncologii.ru

The main feature of elderly patients is geriatric syndromes that they have. These syndromes accompany different diseases of the elderly, and are the paramount subject of examination among specialists in the field of geriatrics. One of the most widespread changes among the elderly is a weight loss that can be a syndrome of malnutrition. We have studied the role of a stomach cancer in a malnutrition syndrome among the elderly. We have found out that a malnutrition syndrome is one of the top clinical and medico-social syndromes in the structure of geriatric syndromes. However while analyzing its causes we have noticed that not only a stomach cancer, but also polymorbidity effects here. Such polymorbidity is the result of a combination of a gastrointestinal pathology and an oral cavity pathology. Thus, an accompanying somatic pathology makes an additional significant impact on the growth of geriatric syndromes among the patients suffering from a stomach cancer. This information should be taken into consideration in the process of such patients treatment.

Keywords: a stomach cancer, a malnutrition syndrome, the elderly.

Характерной особенностью пациентов старших возрастных групп является наличие гериатрических синдромов, которые сопровождают разнообразные заболевания пожилого и старческого возраста и являются предметом первоочередного внимания специалистов в области гериатрии [5]. К таким синдромам относят гипомобильность, мальнутрицию, недержание мочи и кала, падения, синдром когнитивного дефицита, дегидратацию, нарушения терморегуляции и пр. [1,2]. Так, одним из наиболее часто встречающихся изменений у людей старших возрастных групп является снижение массы тела может быть

проявлением мальнутриции, которая встречается в 20 – 40% случаев у пациентов пожилого и старческого возраста, а также старческой астении, которая встречается в 12,9% – 49% случаев. [3,4].

Цель исследования: изучить влияние рака желудка на развитие синдрома мальнутриции у пациентов пожилого возраста.

Материал и методы. В исследование было включено 41 чел. пожилого возраста и 43 человек среднего возраста, критериями включения было наличие рака желудка. В качестве контрольной для данного этапа исследования была сформирована группа из 43 человек пожилого возраста из 40 чел. среднего возраста, у которых не был диагностирован рак желудка. Люди пожилого возраста (возраст составил от 60 до 73 года, средний возраст $58,6 \pm 1,1$ года, мужчин – 50 чел., женщин – 34 чел.); среднего возраста (возраст составил от 45 до 57 лет, средний возраст $48,2 \pm 1,7$ года, мужчин – 48 чел., женщин – 35 чел.).

Результаты и обсуждения

При изучении распространенности основных клинических гериатрических синдромов среди пациентов, у которых отсутствует рак желудка и пациентов, страдающих раком желудка нами было выявлено следующее.

Среди людей среднего возраста синдром гипомобильности встречался у $10,4 \pm 1,2\%$ пациентов, у которых не был диагностирован рак желудка и у $27,5 \pm 1,1\%$ пациентов, страдающих раком желудка; синдром мальнутриции – соответственно у $5,2 \pm 1,2\%$ и у $15,1 \pm 1,0\%$; синдром когнитивных дисфункций у $1,7 \pm 0,4\%$ и у $3,2 \pm 0,5\%$; синдром пролежней – у $0,2 \pm 0,02\%$ и у $0,5 \pm 0,03\%$, обстипационный синдром – у $3,4 \pm 0,3\%$ и у $3,8 \pm 0,3$; синдром нарушений мочеиспускания – у $0,8 \pm 0,2\%$ и у $1,6 \pm 0,3\%$, синдром падений – у $7,3 \pm 0,4\%$ и у $3,6 \pm 0,1$; саркопения – у $0,1 \pm 0,02\%$ и у $0,3 \pm 0,01\%$; болевой синдром – у $9,2 \pm 0,2\%$ и у $17,1 \pm 0,3\%$; деменция – у $1,0 \pm 0,03\%$ и у $1,1 \pm 0,02\%$; тревожно-депрессивный синдром – у $26,3 \pm 0,6\%$ и у $32,1 \pm 0,4\%$; синдром нарушений сна – у $27,1 \pm 0,1\%$ и у $31,9 \pm 0,6\%$, психологические проблемы – у $70,9 \pm 0,4\%$ и у $71,1 \pm 0,3\%$ соответственно. Распространенность большинства синдромов была закономерно достоверно выше у пациентов, страдающих раком желудка, чем у пациентов, у которых рак желудка не был диагностирован ($p < 0,05$).

Подобная закономерность распространенности указанных синдромов наблюдалась и среди пациентов пожилого возраста. В пожилом возрасте синдром гипомобильности встречался у $42,1 \pm 1,3\%$ пациентов, не страдающих раком желудка, и у $68,1 \pm 0,9\%$ пациентов, у которых был диагностирован рак желудка; синдром мальнутриции – у $30,8 \pm 0,9\%$ и у $58,8 \pm 1,3\%$ соответственно; синдром когнитивных дисфункций – у $6,4 \pm 0,8\%$ и у $9,3 \pm 0,5\%$;

синдром пролежней – у $0,4 \pm 0,03\%$ и у $0,9 \pm 0,01\%$; обстипационный синдром – у $6,9 \pm 0,4\%$ и у $7,0 \pm 0,2\%$; синдром нарушений мочеиспускания – у $1,5 \pm 0,3\%$ и у $2,8 \pm 0,3\%$; синдром падений – у $9,8 \pm 0,4\%$ и у $8,2 \pm 0,3\%$; саркопения – у $3,6 \pm 0,3\%$ и у $3,9 \pm 0,4\%$; болевой синдром – у $14,1 \pm 0,2\%$ и у $22,1 \pm 0,4\%$; деменция – у $1,8 \pm 0,2\%$ и у $1,9 \pm 0,2\%$; тревожно-депрессивный синдром – у $33,1 \pm 0,6\%$ и у $47,9 \pm 0,4\%$; синдром нарушений сна – у $36,8 \pm 0,4\%$ и у $48,9 \pm 0,3\%$; синдром старческой астении – у $16,9 \pm 0,1\%$ и у $17,8 \pm 0,2\%$; психологические проблемы – у $71,7 \pm 0,3\%$ и у $72,1 \pm 0,4\%$ пациентов соответственно. Указанные синдромы достоверно чаще встречались в пожилом возрасте, чем в среднем возрасте ($p < 0,05$). Самыми распространенными синдромами были психологические проблемы, мальнутриция и гипомобильность. Относительно синдрома гипомобильности наблюдалась следующая закономерность. Он был одним из самых распространённых изучаемых синдромов как среди пациентов среднего возраста, так и среди пациентов пожилого возраста. Синдром мальнутриции встречался несколько реже, чем синдром гипомобильности.

Известно, что рак желудка является причиной мальнутриции. Однако в пожилом возрасте у людей с РЖ имеется соматическая патология, которая сама по себе может быть причиной этого синдрома. В этой связи мы решили изучить неонкологические причины риска формирования синдрома мальнутриции. Нами была изучена факторная нагрузка различных нозологических форм на риск формирования синдрома мальнутриции. В среднем возрасте заболевания ЖКТ занимала первое ранговое место среди рисков развития синдрома мальнутриции (факторная нагрузка $0,601$), на втором месте были заболевания неврологического профиля (факторная нагрузка $0,595$), на третьем месте – сердечно-сосудистые заболевания, осложненные хронической сердечной недостаточностью (факторная нагрузка $0,584$), на четвертом – патология полости рта (факторная нагрузка $0,538$), на пятом – заболевания психической сферы (факторная нагрузка $0,455$), на шестом – бронхолегочные заболевания, осложненные дыхательной недостаточностью (факторная нагрузка $0,358$), на седьмом – сахарный диабет 1 и 2 типов (факторная нагрузка $0,243$), на восьмом – заболевания почек, осложненные хронической почечной недостаточностью (факторная нагрузка $0,124$).

В пожилом возрасте первое ранговое место среди рисков развития синдрома мальнутриции занимала патология полости рта (факторная нагрузка $0,599$), второе место – болезни ЖКТ (факторная нагрузка $0,562$), третье – заболевания психической сферы (факторная нагрузка – $0,496$), четвертое – сердечно-сосудистые заболевания, осложненные хронической сердечной недостаточностью (факторная нагрузка – $0,434$), пятое – бронхолегочные заболевания, осложненные дыхательной недостаточностью (факторная нагрузка – $0,411$), шестое – неврологическая патология – (факторная нагрузка – $0,389$),

седьмое – заболевания почек, осложненные хронической почечной недостаточностью (факторная нагрузка – 0,178), восьмое – сахарный диабет 1 и 2 типов (факторная нагрузка – 0,169). Анализ полученных данных показал, что и в среднем, и в пожилом возрасте спектр заболеваний, которые являлись рисковыми по развитию синдрома мальнутриции, был примерно одинаковым. Однако если в среднем возрасте наибольший вклад в развитие синдрома мальнутриции вносила патология ЖКТ, то в пожилом – патология полости рта.

Однако в пожилом возрасте самостоятельное значение имеет и фактор полиморбидности. С учетом возрастания степени полиморбидности при увеличении возраста, мы решили изучить вопрос факторного влияния различных вариантов полиморбидности на риск развития и степень тяжести синдрома мальнутриции. Проведенный многомерный биометрический анализ учитывал влияние наличия заболеваний, приводящих к синдрому мальнутриции на такие медико-социальные характеристики как наличие/отсутствие инвалидности и ее степень, наличие/отсутствие временной нетрудоспособности и ее продолжительность и частота случаев за последний год, наличие/отсутствие госпитализаций, их частота и продолжительность за последний год. При сочетании патологии полости рта и патологии ЖКТ, как в среднем, так и в пожилом возрасте риск развития синдрома мальнутриции и его тяжести возрастал по законам арифметической прогрессии (рис. 1).

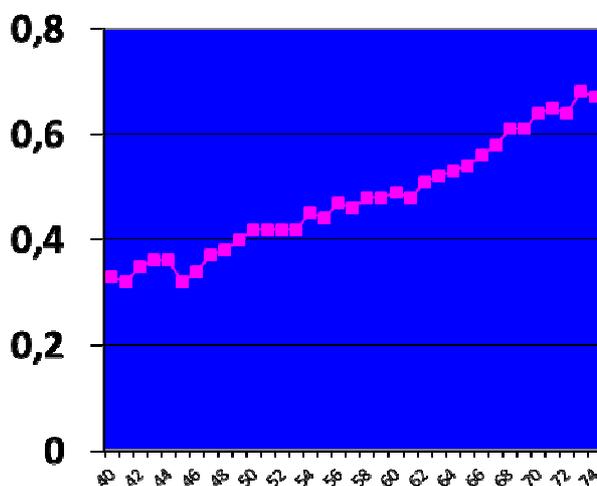


Рис.1. Результаты многомерного анализа влияния сочетания патологии полости рта и патологии ЖКТ на риск развития и тяжесть синдрома мальнутриции

Условные обозначения:

По оси X – возраст;

По оси Y – факторное влияние на риск развития и тяжесть синдрома мальнутриции.

При сочетании патологии полости рта и неврологической патологии, как в среднем, так и в пожилом возрасте риск развития синдрома мальнотриции и его тяжести также возрастал по законам арифметической прогрессии (рис. 2).

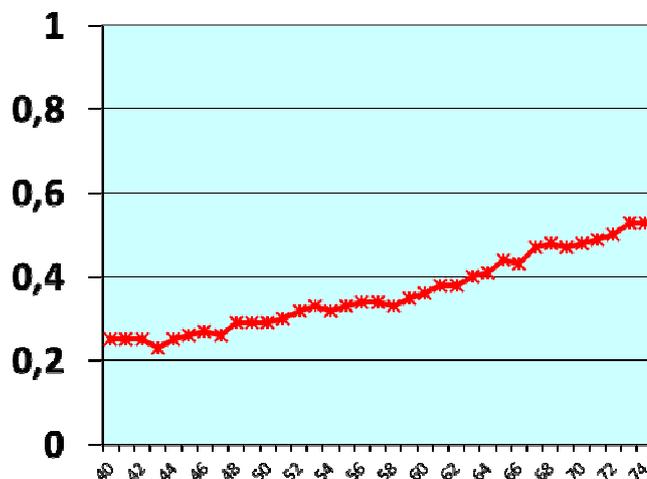


Рис. 2. Результаты многомерного анализа влияния сочетания патологии полости рта и неврологической патологии на риск развития и тяжесть синдрома мальнотриции

Условные обозначения:

По оси X – возраст;

По оси Y – факторное влияние на риск развития и тяжесть синдрома мальнотриции.

При сочетании патологии полости рта и патологии психической сферы, как в среднем, так и в пожилом возрасте риск развития синдрома мальнотриции и его тяжести возрастал по законам арифметической прогрессии (рис. 3).

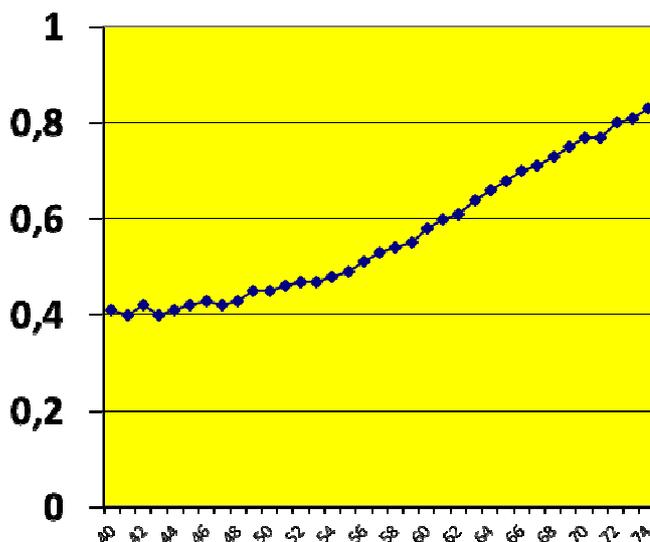


Рис. 3. Результаты многомерного анализа влияния сочетания патологии полости рта и патологии психической сферы на риск развития и тяжесть синдрома мальнотриции

Условные обозначения:

По оси X – возраст

По оси Y – факторное влияние на риск развития и тяжесть синдрома мальнутриции

При сочетании патологии полости рта и любой соматической патологии (сердечно-сосудистой, бронхолегочной, нефрологической, эндокринной) наблюдалась иная закономерность (рис. 4).

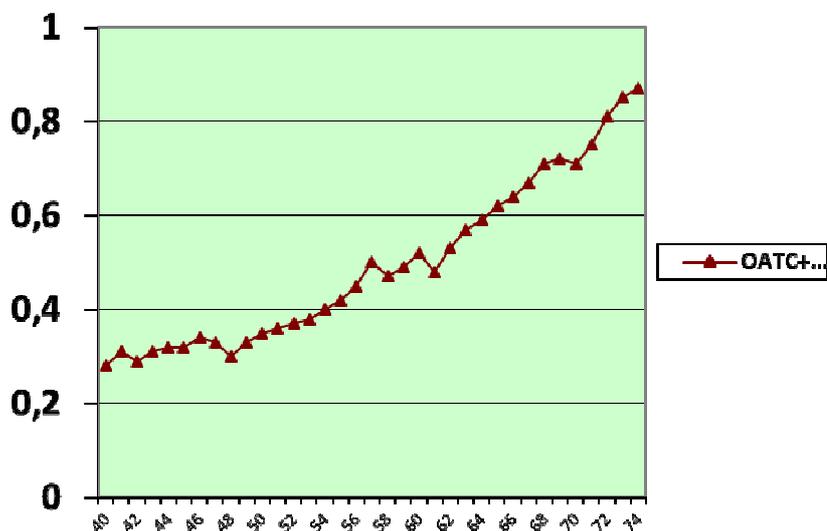


Рис. 4. Результаты многомерного анализа влияния сочетания патологии полости рта и соматической патологии на риск развития и тяжесть синдрома мальнутриции

Условные обозначения:

По оси X – возраст;

По оси Y – факторное влияние на риск развития и тяжесть синдрома мальнутриции.

Если в среднем возрасте, как и при других вариантах полиморбидности, риск развития синдрома мальнутриции и его тяжести также возрастал по законам арифметической прогрессии, то в пожилом возрасте – по законам геометрической прогрессии.

В итоге оказалось, что возрастание риска развития и усугубление выраженности синдрома мальнутриции при полиморбидных состояниях на основе патологии ЖКТ, неврологической и психической сферы в пожилом возрасте подчинялось в целом законам арифметической прогрессии, а при сочетании патологии полости рта и соматической патологии – законам геометрической прогрессии (рис. 5).

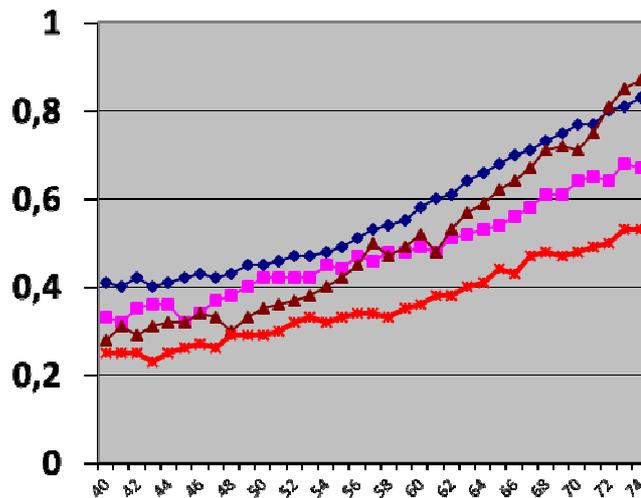


Рис.5. Результаты многомерного анализа влияния сочетанной патологии, лежащей в основе развития синдрома мальнyтpиции, на медико-социальные характеристики пациентов

Условные обозначения:

Красный цвет – патология полости рта + патология ЖКТ

Розовый цвет – патология полости рта + патология неврологической сферы

Синий цвет – патология полости рта + патология психической сферы

Коричневый цвет – патология полости рта + соматическая патология

По оси X – возраст;

По оси Y – факторное влияние на риск развития и тяжесть синдрома мальнyтpиции.

Это отличало развитие синдрома мальнyтpиции в пожилом возрасте от развития этого синдрома у людей среднего возраста, когда его прогрессирование подчинялось законам частичного накопления.

Заключение. Мы выявили, что синдром мальнyтpиции являлся одним из ведущих клиническим и медико-социальным синдромом в структуре гериатрических синдромов. Однако при анализе причины его возникновения выяснилось, что помимо участия вклада рака желудка, существенную роль в его формирования вносит полиморбидный фон на основе сочетания гастроинтестинальной патологии и патология полости рта. Таким образом, дополнительный существенный вклад в развитие гериатрических синдромов у пациентов с раком желудка вносит сопутствующая соматическая патология, что необходимо учитывать в тактике ведения пациентов.

Список литературы

1. Жуков Б.Н., Каторкин С.Е., Яровенко Г.В., Мышенцев П.Н., Сизоненко Я.В. Биомеханика движений при хронической лимфовенозной недостаточности нижних конечностей // Флебология. - 2011. - Т. 5. - № 2. - С. 33-37.
2. Ильницкий А.Н., Прощаев К. И. Старческая астения (frailty) как концепция современной геронтологии // Геронтология. – 2013. – № 1; URL: gerontology.esrae.ru/ru/1-2.
3. Лазебник, Л.Б. Диффузный эзофагоспазм: трудности диагностики и лечения / Л.Б. Лазебник, О.М. Михеева, А.О. Акопова, Т.Г. Охалкина, М.В. Кирова, Л.И. Ефремов // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2014. - № 2 (102). - С. 32 – 35.
4. Онучина, Е. Прогрессирующее течение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у лиц старших возрастных групп и факторы риска / Е. Онучина, В. Цуканов, Н. Козлова // Врач. - 2014. - № 1. - С. 69 - 71
5. Прощаев К.И., Ильницкий А.Н., Кривецкий В.В., Варавина Л.Ю., Колпина Л.В., Горелик С.Г., Фесенко В.В., Кривцунов А.Н. Особенности клинического осмотра пациента пожилого и старческого возраста // Успехи геронтологии: - 2013. - N 3. - С.472-475.

Рецензенты:

Ильницкий А.Н., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой терапии, гериатрии и антивозрастной медицины ФГБОУ ДПО ИПК ФМБА России, г. Москва;

Перельгин К.В., д.м.н., старший научный сотрудник отдела клинической геронтологии АНО «Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология», г. Москва.