

УДК 616.24-006: 616-053.9

## ГЕРИАТРИЧЕСКИЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ ЛЕГКОГО

Полторацкий А.Н.<sup>1</sup>, Курдяев С.М.<sup>2</sup>, Щитикова О.Б.<sup>2</sup>, Смагина М.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Автономная некоммерческая организация «Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология», (125319 г. Москва ул. 1-я Аэропортовская к.ОМ.1-4), e-mail: nitcgerontologija@mail.ru

<sup>2</sup>ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр имени П.А. Герцена» Минздрава РФ. г. Москва, 125284, 2-й Боткинский проезд, д.3, e-mail: 6490520@gmail.com

В ходе исследования была изучена распространенность основных гериатрических синдромов у пациентов, страдающих раком легкого. Достоверно установлено, что именно возрастной фактор вкупе с соматическими расстройствами, а не наличие онкологического заболевания способствует увеличению частоты в пожилом и старческом возрасте таких синдромов, формирующих неблагоприятный для проведения химиотерапии фон, как саркопения, когнитивная дисфункция, падения, мальнутриция, по сравнению с пациентами среднего возраста. Таргетная терапия в частности, в пожилом и старческом возрасте назначается достоверно реже, чем в среднем. Также, уровень специализированной гериатрической диагностики в реальной клинической онкологической практике является недостаточным. Уровень информированности врачей-онкологов в области гериатрии является недостаточным, а существующая система подготовки врачей-онкологов не восполняет потребность современных знаний в вопросах гериатрии, что является одной из причин указанной выше ситуации с назначением химиотерапевтического лечения пациентам пожилого и старческого возраста с раком легкого.

Ключевые слова: гериатрический синдром, гериатрический статус, таргетная терапия, рак легкого, специализированный гериатрический осмотр.

## THE GERIATRIC STATUS IN PATIENTS WITH THE LUNG CANCER

Poltorackiy A.N.<sup>1</sup>, Kurdyayev S.M.<sup>2</sup>, Shhitikova O.B.<sup>2</sup>, Smagina M.V.<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup> P.Herzen Moscow oncology research institute, 125284, Moscow, 2-oy Botkinskiy proezd, d.3, e-mail: 6490520@gmail.com

The study explored the prevalence of major geriatric syndromes in elderly patients with lung cancer. It has been determined that the age factor coupled with physical disorders, and not the presence of cancer increases the frequency in elderly and senile age such syndrome, forming unfavorable for chemotherapy background as sarcopenia, cognitive dysfunction, falls, malnutrition, compared to patients of middle age. Target therapy particularly in elderly and senile age was assigned significantly less than the average. Also, the level of specialized geriatric diagnosis in the real clinical Oncology practice is insufficient. The level of awareness among oncologists geriatricians is poor and the existing system of oncologists training does not satisfy the need of current knowledge in geriatrics, which is one of the reasons for the above situation with the appointment of chemotherapy treatment of patients of elderly and senile age with lung cancer.

Keywords: geriatric syndrome, geriatric status, target therapy, lung cancer, specialized geriatric examination

Возможности применения химиотерапии у лиц пожилого и старческого возраста зачастую бывают ограничены в связи с ее токсичностью, с одной стороны, и наличием сопутствующей патологии и общим состоянием пожилых и старых пациентов, с другой стороны [1,2,3]. Вместе с тем, на сегодняшний день практически отсутствуют работы, которые бы отражали взаимовлияние геронтологического статуса и онкологического заболевания друг на друга, а также роль гериатрической оценки пациентов в снижении осложнений специального лечения онкологического заболевания [4,5].

**Цель исследования** – изучить гериатрический статус пациентов пожилого и старческого возраста с раком легкого.

**Материал и методы:** был проведен специализированный гериатрический осмотр с целью выявления гериатрических синдромов у 86 пациентов с раком легкого пожилого и старческого в возрасте 60 до 84 лет (средний возраст  $70,3 \pm 4,2$  года), мужчин – 78 чел., женщин – 8 чел. Также была сформирована контрольная группа из 96 пациентов среднего возраста; возраст пациентов в этой группе составил от 40 до 59 лет (средний возраст  $47,2 \pm 3,3$  года), мужчин – 82 чел., женщин – 14 чел; у этих пациентов изучали распространенность подобных синдромов. Группы были сопоставимы по характеру онкологической и соматической патологии. Также, была сформирована исследуемая группа из 122 пациентов пожилого и старческого возраста с впервые выявленным раком легкого, в отношении которых был проведен ретроспективный анализ оказания помощи; пациенты отобраны методом сплошной выборки. Возраст пациентов составил от 60 до 82 лет (средний возраст  $69,2 \pm 3,5$  года), мужчин – 87 чел., женщин – 35 чел. Контрольная группа состояла из 104 пациентов среднего возраста с впервые выявленным раком легкого; возраст пациентов в этой группе составил от 40 до 59 лет (средний возраст  $48,1 \pm 3,6$  года), мужчин – 82 чел., женщин – 22 чел. С целью определения уровня информированности (УИ) специалистов онкодиспансеров в области геронтологии и гериатрии проведено анкетирование 112 врачей-онкологов на основе разработанного авторами опросника.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

#### **Оценка гериатрического статуса пациентов пожилого и старческого возраста с раком легкого**

В результате проведенного исследования были выявлены следующие закономерности в частоте встречаемости основных возраст-ассоциированных синдромов у пациентов различных возрастных групп (табл. 1).

В пожилом и старческом возрасте синдром гипомобильности встречался у  $68,2 \pm 1,6\%$  пациентов, синдром мальнутриции – у  $29,2 \pm 1,3\%$ , синдром когнитивных дисфункций – у  $8,9 \pm 0,3\%$ , синдром пролежней – у  $1,2 \pm 0,03\%$ , обстипационный синдром – у  $5,9 \pm 0,8\%$ , синдром нарушений мочеиспускания – у  $2,9 \pm 0,4\%$ , синдром падений – у  $11,4 \pm 0,4\%$ , саркопения – у  $4,7 \pm 0,5\%$ , болевой синдром – у  $21,0 \pm 0,3\%$ , деменция – у  $2,7 \pm 0,1\%$ , тревожно-депрессивный синдром – у  $51,2 \pm 0,5\%$ , синдром нарушений сна – у  $49,1 \pm 0,1\%$ , психологические проблемы – у  $76,0 \pm 0,3\%$  пациентов.

Среди людей среднего возраста синдром гипомобильности встречался у  $23,9 \pm 1,5\%$  пациентов, синдром мальнутриции – у  $12,0 \pm 1,5\%$ , синдром когнитивных дисфункций – у  $2,9 \pm 0,1\%$ , синдром пролежней – у  $0,3 \pm 0,01\%$ , обстипационный синдром – у  $4,9 \pm 0,2\%$ ,

синдром нарушений мочеиспускания – у  $1,9 \pm 0,4\%$ , синдром падений – у  $2,9 \pm 0,1\%$ , саркопения – у  $0,6 \pm 0,02\%$ , болевой синдром – у  $15,4 \pm 0,4\%$ , деменция – у  $1,2 \pm 0,04\%$ , тревожно-депрессивный синдром – у  $36,4 \pm 0,4\%$ , синдром нарушений сна – у  $28,5 \pm 0,4\%$ , психологические проблемы – у  $72,0 \pm 0,4\%$ .

Таким образом, в пожилом и старческом возрасте у пациентов с раком легкого достоверно чаще ( $p < 0,05$ ), чем в среднем возрасте, встречались следующие синдромы: синдром гипомобильности – на  $44,3\%$ , синдром мальнутриции – на  $17,2\%$ , синдром когнитивных функций – на  $6,0$ , синдром пролежней – на  $0,8\%$ , синдром нарушений мочеиспускания – на  $2,0\%$ , синдром падений – на  $8,5\%$ , саркопения – на  $4,1\%$ , болевой синдром – на  $5,6\%$ , деменция – на  $1,5\%$ , тревожно-депрессивный синдром – на  $14,8\%$ , синдром нарушений сна – на  $20,6\%$ . В то же время, в отношении таких критериев, как «обстипационный синдром» и «психологические проблемы» возрастных отличий выявлено не было ( $p > 0,05$ ), при этом следует отметить высокий уровень психологических проблем в обеих возрастных группах.

Таблица 1

Распространенность гериатрических синдромов среди пациентов онкодиспансеров, страдающих раком легкого (в расчете на 100 пациентов)

Клинический гериатрический синдром	Средний возраст	Пожилой возраст
Синдром гипомобильности	$23,9 \pm 1,5$	$48,2 \pm 1,6^*$
Синдром мальнутриции	$12,0 \pm 1,5$	$29,2 \pm 1,3^*$
Синдром когнитивных дисфункций	$2,9 \pm 0,1$	$38,9 \pm 0,3^*$
Синдром пролежней	$0,3 \pm 0,01$	$1,2 \pm 0,03^*$
Обстипационный синдром	$4,9 \pm 0,2$	$5,9 \pm 0,8$
Синдром нарушений мочеиспускания	$1,9 \pm 0,4$	$3,9 \pm 0,4^*$
Синдром падений	$2,9 \pm 0,1$	$11,4 \pm 0,4^*$
Саркопения	$0,6 \pm 0,02$	$34,7 \pm 0,5^*$
Болевой синдром	$15,4 \pm 0,4$	$16,0 \pm 0,3$
Деменция	$1,2 \pm 0,04$	$2,7 \pm 0,1^*$
Тревожно-депрессивный синдром	$36,4 \pm 0,4$	$38,2 \pm 0,5$
Синдром нарушения сна	$28,5 \pm 0,4$	$29,1 \pm 0,1^*$
Психологические проблемы	$72,0 \pm 0,4$	$76,0 \pm 0,3$

*\* $p < 0,05$  между пациентами пожилого/старческого возраста и пациентами среднего возраста*

Выявленные закономерности побудили нас изучить медико-организационные особенности оказания помощи людям пожилого и старческого возраста с раком легких в реальной клинической практике.

### **Медико-организационные проблемы при оказании помощи людям пожилого и старческого возраста с раком легких**

При изучении 122 случаев оказания медицинской помощи людям пожилого и старческого возраста и 104 пациентам среднего возраста при впервые выявленном раке легкого оказалось, что возраст пациента имел большое значение в отношении назначения химиотерапевтического лечения.

Так, из 122 пациентов пожилого и старческого возраста химиотерапевтического лечение было назначено 76 чел. (62,3%), остальным пациентам было назначено симптоматического лечение. В то же время в среднем возрасте специальное лечение было назначено 98 из 104 пациентов (86,5%), что было достоверно чаще, чем в пожилом и старческом возрасте ( $p < 0,05$ ).

Из тех, кому было назначено химиотерапевтическое лечение, таргетная терапия была назначена в пожилом и старческом возрасте в 18 из 76 случаев (23,7%), и это было достоверно реже ( $p < 0,05$ ), чем в среднем возрасте, когда таргетная терапия была назначена в 41 из 98 случаев (41,8%).

Соответственно, стандартная этапная химиотерапия назначалась в пожилом и старческом возрасте достоверно чаще, чем в среднем возрасте (76,3% против 58,2%,  $p < 0,05$ ).

Мы провели анализ причин клинического выбора врачей в пользу симптоматической терапии и отказа от химиотерапии при раке легкого (табл. 2). Оказалось, что ведущими причинами такого выбора были следующие: наличие сопутствующего сахарного диабета второго типа в стадии инсулинопотребности, наличие хронической сердечной недостаточности III и IV ФК, пожилой/старческий возраст, перенесенное в анамнезе острое нарушение мозгового кровообращения, нахождение пациента на хроническом гемодиализе, наличие тяжелого когнитивного расстройства, не позволяющее установить контакт с пациентом. Обращает на себя внимание тот факт, что в среднем возрасте, в отличие от пожилого и старческого возраста, такие факторы как возраст, наличие сопутствующего сахарного диабета второго типа в стадии инсулинопотребности, перенесенное в анамнезе острое нарушение мозгового кровообращения не были причинами отказа от химиотерапевтического лечения.

Таблица 2

Факторы, влияющие на клиническое решение врача при выборе варианта лечения в паре  
симптоматическая терапия/химиотерапевтическое лечение

Фактор	Пациенты среднего возраста			Пациенты старших возрастов		
	F	p	Рей-тинг	F	p	Рей-тинг
Наличие тяжелого когнитивного расстройства, не позволяющее установить контакт с пациентом	4,12	0,0162	3	3,16	0,0002	1
Наличие СД типа 2 в стадии инсулинопотребности	6,13	0,1782	-	4,11	0,0014	2
Наличие ХСН III и IV ФК	3,11	0,0064	1	2,06	0,0038	3
Возраст	-	-	-	3,22	0,0189	4
Перенесенное в анамнезе острое нарушение мозгового кровообращения,	5,19	0,2320	-	2,16	0,0252	5
Нахождение пациента на хроническом гемодиализе	7,20	0,0156	2	4,10	0,0308	6

При анализе медицинской документации нами было выявлено, что при оказании специализированной онкологической пациентам старших возрастных групп специалисты не оперировали гериатрической терминологией и, соответственно, выявлялись лишь основные гериатрические синдромы, которые были ассоциированы с основным заболеванием. Причем, эти синдромы, согласно медицинской документации, выявлялись реже, чем при использовании специализированного гериатрического осмотра в первой части нашего исследования. К задокументированным синдромам относились пролежни, мальнутриция и депрессия (табл. 3), причем синдром мальнутриции выявлялся достоверно чаще в пожилом и старческом возрасте, чем в среднем возрасте ( $p < 0,05$ ).

Таблица 3

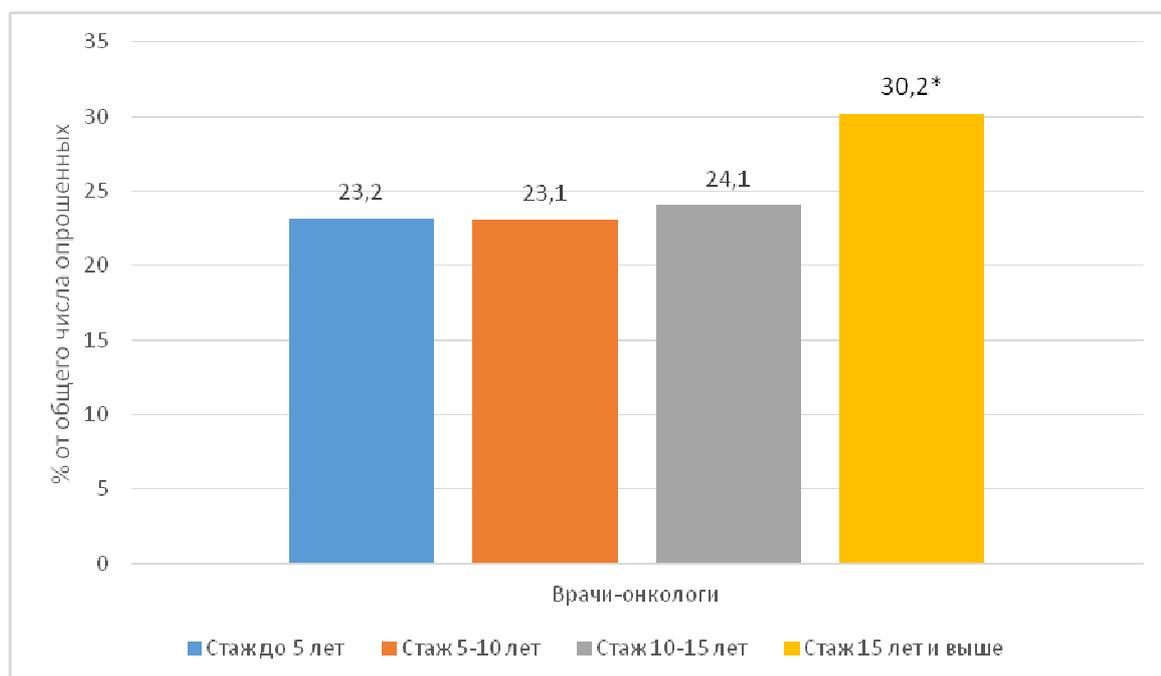
Частота встречаемости различных сопутствующих синдромов в разных возрастных группах, в расчете на 100 пациентов, М±m, %

Гериатрический синдром	Возрастная группа	
	Пациенты среднего возраста	Пациенты пожилого/старческого возраста
Пролежни	0,1±0,003	0,1±0,004
Мальнутриция	1,6±0,2	6,8±0,2*
Депрессия	5,2±0,3	5,8±0,4

\* $p < 0,05$  между возрастными группами.

Полученные данные свидетельствовали о том, что состояние специализированной гериатрической диагностики в реальной клинической практике находилось на недостаточном уровне, уровень выявляемости специфических гериатрических синдромов был невелик. При этом пожилой/старческий возраст пациентов являлся обобщающей причиной отказа от назначения специальной терапии без учета полной оценки состояния. В связи с этим дальнейшее исследование было направлено на определение уровня информированности (УИ) специалистов онкологической службы в области гериатрии.

При анализе результатов опроса установлено, что УИ во всех составил 25,2% от общего числа опрошенных врачей-онкологов. Интересно, что различия в УИ врачей-онкологов в области геронтологии и гериатрии были незначительны для лиц специалистов со стажем до 5 лет, свыше до 10 лет и свыше 10 до 15 лет (23,2%, 23,1%, 24,1 % соответственно,  $p > 0,05$ ). А вот у врачей-онкологов со стажем работы свыше 15 лет он значительно отличается от такового для первых трех стажных групп, хотя и был недостаточным (30,2 %,  $p < 0,05$ ) (рис. 1). Это свидетельствовало о том, что знания в области гериатрии врачи-онкологи получали исходя из собственного практического опыта в процессе собственной трудовой деятельности.



*\* $p < 0,05$  по сравнению с другими стажевыми группами*

*Рис. 1. Зависимость уровня информированности специалистов онкологической службы в области гериатрии от стажа работы*

## **Заключение**

Таким образом, в реальной клинической практике химиотерапия пациентам пожилого и старческого возраста с раком легкого назначается достоверно реже, чем пациентам среднего возраста (23,7% и 86,5 соответственно), а среди тех, кому химиотерапия была назначена – таргетная терапия назначается в пожилом возрасте так же достоверно реже, чем в среднем возрасте (23,7% и в 76,3% соответственно). Уровень специализированной гериатрической диагностики в реальной клинической онкологической практике является недостаточным, частота диагностики и документации гериатрических синдромов является достоверно ниже реальной распространенности в 3,0-5,5 раза, при этом достоверно чаще диагностируются основные гериатрические синдромы, которые ассоциированы с основным заболеванием (пролежни, мальнутриция и депрессия), что связано с низким уровнем информированности врачей-онкологов в области гериатрии и требует внедрения в программу последиplomной подготовки специалистов специальных курсов тематического усовершенствования с целью повышение уровня компетентности в области основных гериатрических синдромов и таргетной терапии рака легкого у пациентов пожилого и старческого возраста.

#### Список литературы

1. Егоров В.В. Гериатрическая служба России. основные тенденции развития // Клиническая геронтология.-2007.-№3.-С. 67-72
2. Ильницкий А.Н., Кривецкий В.В., Варавина Л.Ю. и др. Особенности клинического осмотра пациента пожилого и старческого возраста // Успехи геронтологии. – 2013. - № 3. – С. 472–475.
3. Полторацкий А.Н., Рыжак Г.А., Ильницкий А.Н., Прощаев К.И., Чаплыгина М.А., Иванова М.А., Люцко В.В. Факторы, влияющие на клинический выбор врача при назначении специального лечения рака легкого в пожилом и старческом возрасте // Современные проблемы науки и образования. – 2012. - №4; <http://www.science-education.ru/104-6863>.
4. Прощаев К.И., Ильницкий А.Н., Жернакова Н.И. Основные гериатрические синдромы . Учебное пособие. - Белгород: Белгор.обл.тип., 2012. - 228 с.
5. Balducci, L., Extrmann, M. Management of cancer in older person: practical approach // Onc. 2000; 5(3):224–237.
6. Wildiers, H., Highley, M.S., Ernst, A. et al. Pharmacology of anticancer drugs in the elderly population // Clin. Pharmacokin 2003;42(14):1213–1242.

**Рецензенты:**

Куницына Н.М., д.м.н., главный врач медицинского центра "Поколение", г. Белгород;

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