

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА СИНДРОМА МАЛЬНУТРИЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

^{1,2}Сатардинова Э.Е., ³Кривецкий В.В., ³Губарев Ю.Д., ⁴Козлов К.Л.

¹АНО «Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология», Москва, e-mail: nimcgerontologija@mail.ru;

²Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск, e-mail: irkmapo@irk.ru;

³ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», Белгород, e-mail: info@bsu.edu.ru;

⁴АННО ВО НИЦ «Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии», Санкт-Петербург, e-mail: ibg@gerontology.ru

В данной статье изложены результаты исследования по изучению распространённости факторов риска синдрома мальнутриции у неврологических пациентов при ишемическом инсульте, черепно-мозговой травме, дискогенном пояснично-крестцовом радикулите. Освещены вопросы этиологии развития факторов риска синдрома мальнутриции у таких больных. Превалирующими факторами риска развития синдрома мальнутриции выступали стоматологические проблемы, неврологический и когнитивный дефицит, а также снижение степени самообслуживания. При проведении исследования было выявлено, что с возрастом распространённость факторов риска синдрома мальнутриции увеличивается. Полученные данные по распространённости факторов риска синдрома мальнутриции у пациентов с ишемическим инсультом, черепно-мозговой травмой и дискогенным пояснично-крестцовым радикулитом являются важным доказательством необходимости оценки нутритивного статуса с целью оптимизации лечебно-реабилитационных мероприятий и оказываемой гериатрической помощи неврологическим пациентам.

Ключевые слова: пожилой и старческий возраст, синдром мальнутриции, факторы риска, неврологические пациенты, гериатрическая помощь.

PREVALENCE OF RISK FACTORS OF THE SYNDROME MALNUTRITION IN PATIENTS WITH NEUROLOGICAL DISORDERS

^{1,2}Satardinova I.E., ³Kriveckii V.V., ³Gubarev U.D., ⁴Kozlov K.L.

¹Autonomous non-commercial organization "Research medical center "Gerontology", Moscow, e-mail: nimcgerontologija@mail.ru;

²Irkutsk state medical Academy of postgraduate education, Irkutsk, e-mail: irkmapo@irk.ru;

³Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Professional Education «Belgorod National Research University», department of propaedeutics of internal diseases and clinical information technology, Belgorod, e-mail: info@bsu.edu.ru;

⁴Saint-Petersburg Institute of Bioregulation and Gerontology, Saint-Petersburg, e-mail: ibg@gerontology.ru

In this article the results of studies on the prevalence of risk factors of the syndrome malnutrition in neurologic patients with ischemic stroke, traumatic brain injury, discogenic lumbosacral radiculitis. The etiology of the development of risk factors syndrome malnutrition in these patients. Prevalent risk factors for the development of the syndrome malnutrition were dental problems, neurological and cognitive deficits, as well as decrease of self-service. The study revealed that with age, the prevalence of risk factors of the syndrome malnutrition increases. The obtained data on the prevalence of risk factors of the syndrome malnutrition in patients with ischemic stroke, traumatic brain injury and discogenic lumbosacral radiculitis are an important proof of the necessity of evaluating nutritional status to optimize treatment and rehabilitation and provide geriatric care of neurological patients.

Keywords: elderly age, malnutrition syndrome, risk factors, neurological patients, geriatric care.

Актуальность проблемы. Современная гериатрическая помощь основана на оказании синдромального подхода к пациентам старших возрастных групп [1]. У пациентов пожилого и старческого возраста неврологических отделений в большинстве случаев обнаруживается сочетание наиболее значимых гериатрических синдромов, основными из

них являются синдром падений, недержание мочи и кала, снижение слуха и зрения, тревожно-депрессивный синдром, а также синдром мальнутриции [5; 8; 10; 11]. По литературным данным зарубежных исследований, синдром мальнутриции высоко распространен среди пациентов неврологических отделений, перенесших ишемический инсульт, черепно-мозговую травму или страдающих дискогенным пояснично-крестцовым радикулитом [7-9; 11]. Пониженный статус питания выявляется у 80% людей пожилого и старческого возраста, госпитализируемых в неврологические отделения, причем именно развитие синдрома мальнутриции приводит к смертельному исходу [5; 6; 10]. Опасность синдрома мальнутриции заключается в том, что он является одной из составляющих развития синдрома старческой астении и способствует прогрессированию данного состояния, при этом многократно увеличивается зависимость пациентов пожилого и старческого возраста от постоянной посторонней помощи [1; 5; 7-9]. Все это приводит к присоединению и прогрессированию гериатрических синдромов, прежде всего синдрома падений, нарушений походки и устойчивости, синдрома саркопении и других [1-4]. Очень мало работ посвящено оценке факторов риска развития синдрома мальнутриции у неврологических пациентов, что подтверждает актуальность проведенного исследования.

Цель исследования: изучить распространённость факторов риска синдрома мальнутриции у пациентов с неврологической патологией.

Материал и методы. Исследование было проведено на базе Белгородской городской поликлиники № 1. Пациенты были разделены на три группы – с ишемическим инсультом (инфарктом головного мозга), черепно-мозговой травмой и дискогенным пояснично-крестцовым радикулитом. В рамках медико-организационного раздела исследования были проведены следующие мероприятия. Каждая из групп была разбита на 2 подгруппы: пациенты пожилого и старческого возраста. Объемные показатели проведенного исследования следующие. Группа пациентов с ишемическим инсультом: пациентов пожилого возраста – 30 (66,1±1,4 года), пациентов старческого возраста – 32 человека (78,1±1,3 года); группа пациентов с черепно-мозговой травмой: пациентов пожилого возраста – 30 (66,3±1,5 года), пациентов старческого возраста – 32 человека (78,4±1,4 года); группа пациентов с дискогенным пояснично-крестцовым радикулитом: пациентов пожилого возраста – 32 (66,4±1,5 года), пациентов старческого возраста – 32 человека (78,3±1,4 года).

При проведении проспективного исследования нами был применен комплекс опросников и шкал, характерных для специализированного гериатрического осмотра в следующие сроки течения заболеваний:

- при ишемическом инсульте: в 3 месяца (ранний восстановительный период, стационарный этап реабилитации), в 6 месяцев (ранний восстановительный период,

амбулаторно-поликлинический этап ведения пациента), в 9 месяцев (поздний восстановительный период, амбулаторно-поликлинический этап), в 16 месяцев (резидуальный период, амбулаторно-поликлинический этап ведения);

- при черепно-мозговой травме: в 3 месяца (ранний восстановительный период, стационарный этап реабилитации), в 6 месяцев (ранний восстановительный период, амбулаторно-поликлинический этап ведения пациента), в 9 месяцев (поздний восстановительный период, амбулаторно-поликлинический этап реабилитации), в 16 месяцев (резидуальный период, амбулаторно-поликлинический этап реабилитации);

- при дискогенном пояснично-крестцовом радикулите: в 1 месяц (подострый этап течения заболевания, включая болевой синдром), в 6 месяцев (этап хронического, длительного болевого синдрома).

После подведения итогов по оценке гериатрического статуса нами были выделены и оценены факторы риска развития синдрома мальнутриции у таких пациентов, при этом оценка синдрома мальнутриции проводилась с помощью опросника Mini Nutritional Assessment (Шкала для оценки качества питания) [2; 4].

Результаты и обсуждение

Распространённость факторов риска синдрома мальнутриции у пациентов с ишемическим инсультом

При выявлении синдрома мальнутриции у пациентов пожилого и старческого возраста при ишемическом инсульте выявились следующие особенности. Проблема синдрома мальнутриции явилась значимой только на 16-й месяц наблюдения у таких пациентов, его распространенность соответственно в пожилом и старческом возрасте была $24,1 \pm 1,7\%$ и $41,9 \pm 2,5\%$, $p < 0,05$, по мере увеличения возраста.

Обращает на себя внимание, что при анализе факторов риска развития синдрома мальнутриции имели место управляемые факторы, относящиеся к сфере возраст-ориентированной организации неврологической помощи, и в частности приготовление пищи, которую способен проглотить и усвоить пациент старшего возраста. Вместе с тем отсутствие подобной пищи имело место в $40,5 \pm 3,8\%$ случаев среди пациентов пожилого и $40,6 \pm 3,7\%$ пациентов старческого возраста.

Многие факторы риска развития синдрома мальнутриции были обусловлены морбидными причинами (соответственно в пожилом и старческом возрасте в расчете на 100 пациентов, %): низкий уровень стоматологического здоровья – $41,2 \pm 3,9\%$ и $71,4 \pm 6,0\%$; нарушения глотания как комплексная соматическая и неврологическая проблема – $28,4 \pm 3,0\%$ и $51,2 \pm 4,8\%$; когнитивный дефицит – $37,5 \pm 3,7\%$ и $61,2 \pm 5,8\%$; неврологический дефицит на фоне перенесенного инсульта – $51,5 \pm 4,1\%$ и $75,2 \pm 6,2\%$; артроз мелких суставов кистей рук с

нарушением функции схватывания – $24,1 \pm 2,8\%$ и $52,3 \pm 4,7\%$; тревожно-депрессивный синдром – $22,3 \pm 2,5\%$ и $53,9 \pm 4,8\%$, $p < 0,05$ (табл. 1).

Таблица 1

Распространенность факторов риска синдрома мальнутриции у людей старших возрастных групп (в расчете на 100 пациентов, $M \pm m$, %)

| Фактор риска синдрома мальнутриции | Возраст | |
|---|-------------------|----------------------|
| | Пожилой (n=30) | Старческий (n=32) |
| Стоматологические проблемы | $41,2 \pm 3,9$ | $71,4 \pm 6,0^*$ |
| Нарушения глотания разного генеза | $28,4 \pm 3,0$ | $51,2 \pm 4,8^*$ |
| Когнитивный дефицит | $37,5 \pm 3,9$ | $61,2 \pm 5,8^*$ |
| Отсутствие возраст-ориентированного питания | $40,5 \pm 3,8$ | $40,6 \pm 3,7$ |
| Неврологический дефицит | $51,5 \pm 4,1$ | $75,2 \pm 6,2^*$ |
| Артроз мелких суставов кистей | $24,1 \pm 2,8$ | $52,3 \pm 4,7^*$ |
| Тревожно-депрессивный синдром | $22,3 \pm 2,5$ | $53,9 \pm 4,8^*$ |

* $p < 0,05$ между возрастными группами

Увеличение распространенности и степени выраженности синдрома мальнутриции в пожилом и старческом возрасте по мере развития восстановительного и резидуального периодов инсульта имеет принципиальное значение, так как это в совокупности с неврологическими последствиями заболевания способствует большей степени ухудшения качества жизни, снижению степени самообслуживания и других показателей жизнедеятельности, формирует синдром старческой астении, обуславливающий высокую степень уязвимости пациента пожилого и старческого возраста, подверженность прогрессированию имеющихся и присоединению новых заболеваний, коррелирует с высокой инвалидностью и смертностью.

Распространённость факторов риска синдрома мальнутриции у пациентов с черепно-мозговой травмой

Синдром мальнутриции нами был выявлен и у пациентов пожилого и старческого возраста с черепно-мозговой травмой, распространенность которого (в расчете на 100 пациентов) в пожилом возрасте была $26,1 \pm 2,4\%$, в старческом возрасте – $51,2 \pm 3,6\%$, $p < 0,05$ (рис. 1).

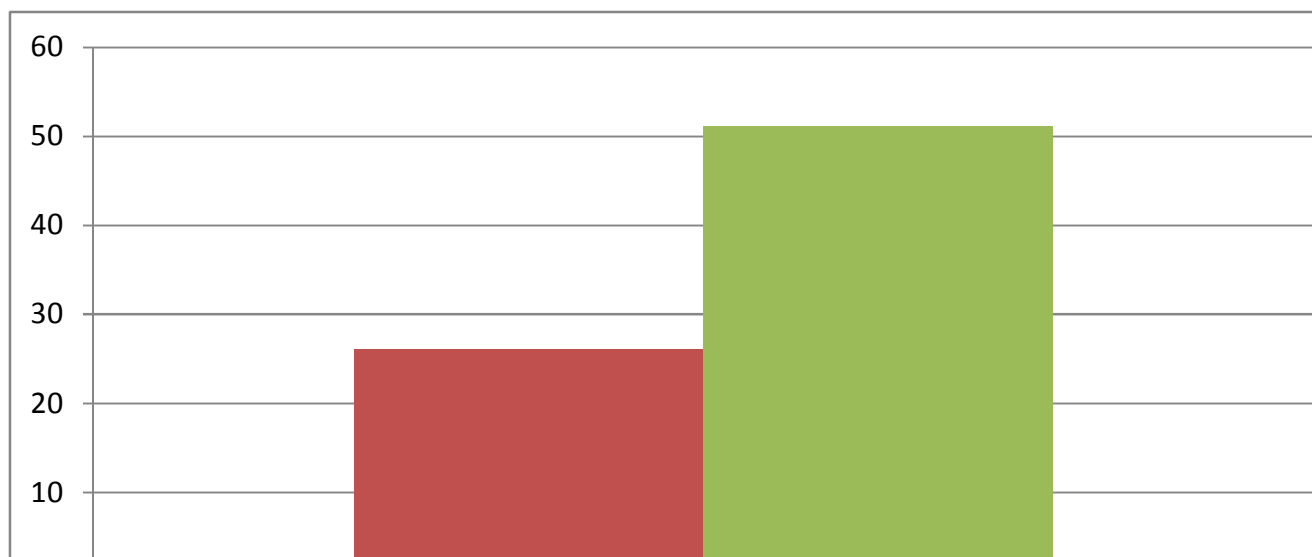


Рис. 1. Частота синдрома мальнутриции у пациентов разного возраста, $p < 0,05$

Наиболее значимыми факторами риска данного синдрома явились следующие (в расчете на 100 пациентов пожилого и старческого возраста): проблемы стоматологического плана – $42,5 \pm 3,6\%$ и $72,3 \pm 5,8\%$, нарушения глотания - $15,3 \pm 2,1\%$ и $23,1 \pm 1,7\%$, когнитивный дефицит - $40,1 \pm 3,5\%$ и $69,1 \pm 5,6\%$, отсутствие учета возрастных особенностей питания и приготовления пищи - $40,6 \pm 3,5\%$ и $41,2 \pm 3,4\%$, наличие неврологического дефицита - $52,3 \pm 4,0\%$ и $75,2 \pm 6,0\%$, артроз мелких суставов кисти с нарушением функции схватывания - $25,2 \pm 2,7\%$ и $54,1 \pm 4,6\%$, тревожно-депрессивный синдром - $18,3 \pm 2,2\%$ и $35,7 \pm 3,1\%$, $p < 0,05$ (табл. 2).

Таблица 2

Распространенность факторов риска синдрома мальнутриции у людей старших возрастных групп с черепно-мозговой травмой (в расчете на 100 пациентов, $M \pm m$, %)

| Фактор риска синдрома мальнутриции | Возраст | |
|--|-------------------|----------------------|
| | Пожилой (n=30) | Старческий (n=32) |
| Стоматологические проблемы | $42,5 \pm 3,6$ | $72,3 \pm 5,8^*$ |
| Нарушения глотания разного генеза | $15,3 \pm 2,1$ | $23,1 \pm 1,7^*$ |
| Когнитивный дефицит | $40,1 \pm 3,5$ | $69,1 \pm 5,6^*$ |
| Отсутствие возраст-ориентированного питания и приготовления пищи | $40,6 \pm 3,5$ | $41,2 \pm 3,4$ |
| Неврологический дефицит | $52,3 \pm 4,0$ | $75,2 \pm 6,0^*$ |
| Артроз мелких суставов кистей | $25,2 \pm 2,7$ | $54,1 \pm 4,6^*$ |
| Тревожно-депрессивный синдром | $18,3 \pm 2,2$ | $35,7 \pm 3,1^*$ |

* $p < 0,05$ между возрастными группами

Из приведенных данных следует, что в старших возрастных группах при черепно-мозговой травме важное значение в отношении развития синдрома мальнутриции приобретают такие факторы, как стоматологические проблемы, отсутствие должного питания, целесообразного для гериатрического контингента пациентов, а также когнитивный и неврологический дефициты. Такие факторы, как питание и стоматологические проблемы, являются курабельными, и их разрешение во многом способно предупредить развитие и прогрессирование синдрома мальнутриции.

Распространённость факторов риска синдрома мальнутриции у пациентов с дискогенным пояснично-крестцовым радикулитом

По данным нашего исследования, распространённость синдрома мальнутриции на фоне дискогенного пояснично-крестцового радикулита в расчете на 100 пациентов в пожилом возрасте – $26,7 \pm 2,1\%$, в старческом возрасте – $51,8 \pm 3,5\%$, $p < 0,05$ (рис. 2).

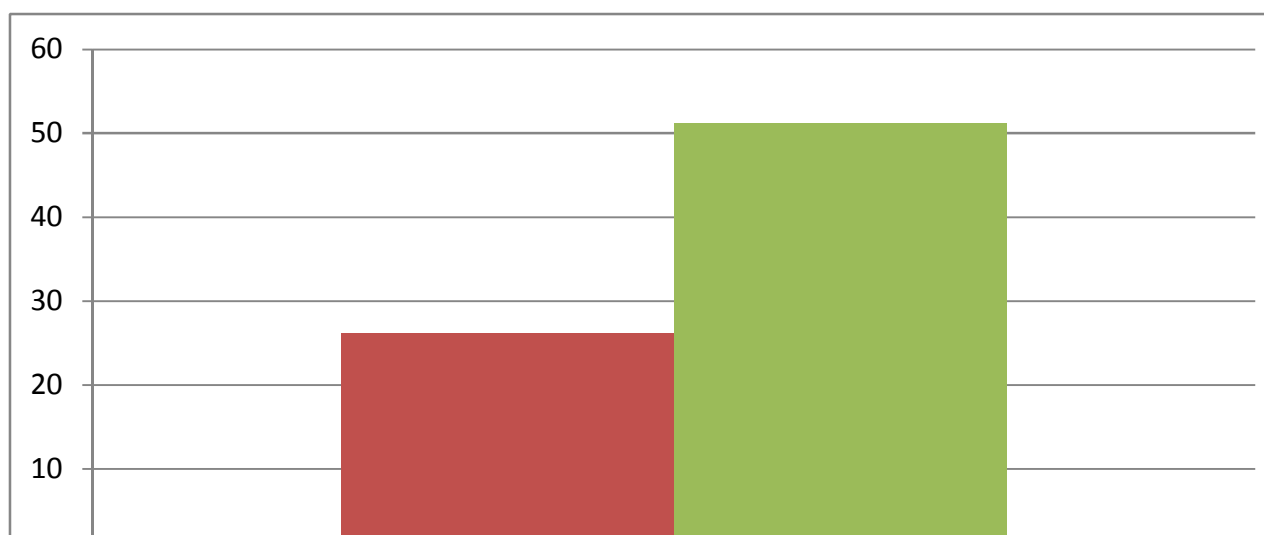


Рис. 2. Частота синдрома падений у пациентов разного возраста, $p < 0,05$

Основными факторами риска синдрома мальнутриции явились: стоматологические проблемы – $41,6 \pm 3,2\%$ и $71,5 \pm 5,3\%$, когнитивный дефицит - $40,4 \pm 3,1\%$ и $68,7 \pm 5,2\%$, отсутствие учета возрастных особенностей питания и приготовления пищи - $40,9 \pm 3,4\%$ и $42,1 \pm 3,1\%$, ограничения самообслуживания - $52,1 \pm 3,9\%$ и $75,1 \pm 5,8\%$, артроз мелких суставов кисти с нарушением функции схватывания - $26,1 \pm 2,3\%$ и $56,2 \pm 4,5\%$, сопутствующий длительной боли в нижней части спины тревожно-депрессивный синдром - $18,2 \pm 2,0\%$ и $36,1 \pm 3,2\%$, $p < 0,05$ (табл. 3).

Таблица 3

Распространённость факторов риска синдрома мальнутриции у людей старших возрастных групп с дискогенным пояснично-крестцовым радикулитом (в расчете на 100 пациентов, $M \pm m$, %)

| Фактор риска синдрома мальнутриции | Возраст | |
|--|-------------------|----------------------|
| | Пожилой (n=32) | Старческий (n=32) |
| Стоматологические проблемы | 41,6±3,2 | 71,5±5,3* |
| Когнитивный дефицит | 40,4±3,1 | 68,7±5,2* |
| Отсутствие возраст-ориентированного питания и приготовления пищи | 40,9±3,4 | 42,1±3,1 |
| Нарушение самообслуживания | 52,1±3,9 | 75,1±5,8* |
| Артроз мелких суставов кистей | 26,1±2,3 | 56,2±4,5* |
| Тревожно-депрессивный синдром | 18,2±2,0 | 36,1±3,2* |

* $p < 0,05$ между возрастными группами

Следует отметить, что полученные нами данные свидетельствуют о высоком риске развития синдрома мальнутриции среди пациентов пожилого и старческого возраста с неврологической патологией, а именно при ишемическом инсульте, при черепно-мозговой травме и дискогенном пояснично-крестцовом радикулите. При ишемическом инсульте и черепно-мозговой травме наиболее распространёнными факторами риска были стоматологические проблемы, неврологический и ишемический дефициты. При дискогенном пояснично-крестцовом радикулите на первый план вышли такие факторы риска, как стоматологические проблемы и нарушение самообслуживания. Причём с возрастом распространённость факторов риска развития синдрома мальнутриции увеличивалась. Это обусловлено многими причинами, а именно присоединением ряда соматических коморбидных заболеваний, физиологическими особенностями пожилого возраста, когда нарастают явления серотонинергического дефицита в головном мозге, нарушается гипоталамический контроль чувства насыщения, указанные возрастные изменения усугубляются провоспалительной гиперцитокинемией, которая способствует развитию тревожно-депрессивного синдрома, снижению аппетита, вызывает нарушения межмолекулярной сигнализации, обеспечивающей моторно-секреторную деятельность желудочно-кишечного тракта [1; 7-9; 11]. Все вышеперечисленные причины развития синдрома мальнутриции у пациентов старших возрастных групп с неврологической патологией дополняются также социальными факторами, приводящими к неполноценному несбалансированному питанию [5; 6; 10].

Выводы

1. У пациентов старших возрастных групп с неврологической патологией с возрастом увеличивалась распространённость факторов риска синдрома мальнутриции. Превалирующее место занимали стоматологические проблемы.
2. При ишемическом инсульте и черепно-мозговой травме наиболее распространёнными факторами риска у пациентов старших возрастных групп были стоматологические проблемы, неврологический и ишемический дефициты, которые были выявлены более чем у 71,4±6,0 пациентов старческого возраста в расчёте на 100 человек. При дискогенном пояснично-крестцовом радикулите на первый план вышли такие факторы риска, как стоматологические проблемы и нарушение самообслуживания, которые также были выявлены более чем у 71,5±5,3 пациента старческого возраста в расчёте на 100 человек.
3. Полученные особенности распространённости факторов риска синдрома мальнутриции у пациентов с ишемическим инсультом, черепно-мозговой травмой и дискогенным пояснично-крестцовым радикулитом являются важным доказательством необходимости оценки нутритивного статуса с целью оптимизации лечебно-реабилитационных мероприятий и оказываемой гериатрической помощи неврологическим пациентам.

Список литературы

1. Горелик С.Г., Ильницкий А.Н., Журавлёва Я.В. Основные клинические синдромы в гериатрической практике // Научные ведомости Белгородского государственного университета. – 2011. – № 22 (117). – С. 100-105.
2. Ильницкий А.Н., Прощаев К.И. Специализированный гериатрический осмотр // Геронтологический журнал им. В.Ф. Купревича. – 2012. – № 4-5. – С. 66-84.
3. Крулевский В.А., Губарев Ю.Д., Горелик С.Г., Кветной И.М. Роль современной диагностики в гериатрии с позиций таргетности // Клиническая геронтология. – 2015. – № 3 (2). – С. 44-51.
4. 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. – № 3. – С. 79-82.
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. Gomes F., Emery P., Weekes C. Risk of Malnutrition Is an Independent Predictor of Mortality, Length of Hospital Stay, and Hospitalization Costs in Stroke Patients // *J Stroke Cerebrovasc Dis.* – 2016. – № 25 (4). – P. 799-806.
8. Mosselman M., Kruitwagen C., Schuurmans M., Hafsteinsdottir T. Malnutrition and risk of malnutrition in patients with stroke: prevalence during hospital stay // *J Neurosci Nurs.* – 2013. – № 5 (4). – P. 194-204.
9. Paquereau J., Allart E., Romon M., Rousseaux M. The long-term nutritional status in stroke patients and its predictive factors // *J Stroke Cerebrovasc Dis.* - 2014. - № 23 (6). - P. 1628-1633.
10. Tomasovic N. Geriatric-palliative care units model for improvement of elderly care // *Coll. Antropol.* – 2004. – № 29 (1). – P. 277–282.
11. Yang J., Wang S., Zhou X. The risk factors for malnutrition in post-stroke patients // *Zhonghua Nei Ke Za Zhi.* - 2009. - № 48 (12). – C. 1016-1018.