

Оглавление

| | |
|--|------------|
| Участники издания | 4 |
| Предисловие | 6 |
| Список сокращений и условных обозначений | 8 |
| Глава 1. Гериатрические синдромы, ассоциированные с физическим (клиническим) состоянием | 9 |
| 1.1. Старческая астения | 12 |
| 1.2. Мальнутриция | 17 |
| 1.3. Пролежни | 21 |
| 1.4. Инконтиненция | 30 |
| 1.5. Головокружение | 38 |
| 1.6. Падения | 49 |
| 1.7. Синкопальные состояния | 52 |
| 1.8. Нарушения слуха | 70 |
| 1.9. Нарушения зрения | 79 |
| 1.10. Саркопения | 86 |
| 1.11. Хронический болевой синдром | 91 |
| 1.12. Остеопороз | 95 |
| 1.13. Полипрагмазия | 99 |
| 1.14. Дисфагия | 107 |
| Глава 2. Гериатрические синдромы, ассоциированные с психологическим состоянием и психическим статусом | 119 |
| 2.1. Деменция | 119 |
| 2.2. Делирий | 123 |
| 2.3. Депрессия | 128 |
| Глава 3. Гериатрические синдромы, ассоциированные с социальными факторами | 130 |
| 3.1. Утрата самообслуживания и зависимость от помощи других | 130 |
| 3.2. Социальная изоляция | 133 |
| 3.3. Подверженность насилию | 134 |
| 3.4. Нарушение/изменение семейных связей | 136 |
| 3.5. Нарушения поведения и адаптации | 138 |
| 3.6. Сочетание соматических, психических и социальных синдромов | 141 |
| Список литературы | 143 |

Участники издания

Редакторы

Лаптева Екатерина Сергеевна — кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности им. Э.С. Пушкиновой ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» («СЗГМУ им. И.И. Мечникова») Минздрава России

Арьев Александр Леонидович — доктор медицинских наук, профессор кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности им. Э.С. Пушкиновой ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России

Авторский коллектив

Арьев Александр Леонидович — доктор медицинских наук, профессор кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности им. Э.С. Пушкиновой ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России

Голованова Лариса Евгеньевна — доктор медицинских наук, доцент кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности им. Э.С. Пушкиновой ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России

Лаптева Екатерина Сергеевна — кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности им. Э.С. Пушкиновой ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России

Овсянникова Наталья Александровна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности им. Э.С. Пушкиновой ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России

Петрова Виктория Борисовна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности им. Э.С. Пушкиновой ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России

Решетова Татьяна Владимировна — доктор медицинских наук, профессор кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности им. Э.С. Пушкинковой ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России

Сафонова Юлия Александровна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности им. Э.С. Пушкинковой ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России

Хокканен Валентина Михайловна — доктор медицинских наук, профессор кафедры офтальмологии ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России

Цуцунава Марина Рагимовна — ассистент кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности им. Э.С. Пушкинковой ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России

Предисловие

Физиологическое старение — часть нормального биологического процесса, включающего физиологическую дегенерацию различных органов, не требующая лечения. Поскольку продолжительность жизни постоянно увеличивается, профилактика инвалидности составляет основу здорового старения.

Концептуализация гериатрических синдромов развивалась с течением времени, начиная с 2003 г. (Flacker J.M., 2003).

В общих чертах синдром определяют как «группу признаков и симптомов, которые возникают вместе и характеризуют конкретную аномалию» (Merriam-Webster's Medical Dictionary) или «совокупность симптомов и признаков, связанных с каким-либо болезненным процессом и составляющих вместе картину заболевания» (American Heritage Stedman's Medical Dictionary).

Таким образом, в современном медицинском использовании синдром относится к совокупности симптомов и признаков с единственной основной причиной, которая может быть пока неизвестна (Olde Rikkert M.G., 2003).

Гериатрические синдромы относятся к «многофакторным состояниям здоровья, которые возникают, когда накопленные последствия нарушений в нескольких системах делают (пожилого) человека уязвимым к ситуационным изменениям». Гериатрическое использование термина «синдром» подчеркивает множественную причинность единого проявления.

Одно из последних определений гериатрического синдрома — клинические состояния, развивающиеся в пожилом возрасте, широко распространенные и многофакторные, не вписывающиеся в категорию заболеваний, но связанные с множественными сопутствующими заболеваниями и ассоциированные с неблагоприятными исходами, которые могут быть скорректированы только при использовании многомерного подхода.

Гериатрический синдром обычно включает множество факторов с вовлечением нескольких органов и систем и характеризуется

уникальными особенностями распространенных проблем со здоровьем у пожилых людей. Эти синдромы затрагивают системы органов и границы различных медицинских дисциплин.

Таким образом, критерии для определения гериатрического синдрома включают:

- возрастное расстройство;
- функциональное снижение;
- вовлечение нескольких систем;
- сложную многофакторную этиологию;
- неблагоприятный исход.

Тем не менее многие гериатрические синдромы поддаются коррекции/лечению.

Основные гериатрические синдромы:

- старческая астения;
- мальнутриция;
- падения;
- инконтиненция (недержание мочи и кала);
- болевой синдром;
- пролежни;
- делирий и др.

Общие факторы риска развития этих гериатрических синдромов:

- возраст;
- когнитивные нарушения;
- функциональные нарушения;
- нарушение мобильности.

Хрупкость (frailty) — общий конечный результат этих гериатрических синдромов. Главная особенность хрупкости — сниженная способность восстанавливать физиологический гомеостаз после стрессового и дестабилизирующего события. Возрастное снижение физиологического резерва и функций многочисленных органов у пожилых людей делает их неспособными справляться с острыми стрессами. Хрупкость, в свою очередь, может еще больше усилить общие факторы риска и гериатрические синдромы.

Список сокращений и условных обозначений

| | |
|---------|--|
| ♦ | — торговое наименование лекарственного средства и/или фармацевтическая субстанция |
| ☞ | — лекарственное средство, не зарегистрированное в Российской Федерации |
| АВ | — атриовентрикулярный |
| ВМД | — возрастная макулярная дегенерация |
| ДР | — диабетическая ретинопатия |
| КТ | — компьютерная томография |
| ЛС | — лекарственное средство |
| МКБ-10 | — Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра |
| МРТ | — магнитно-резонансная томография |
| ПОД | — послеоперационный делирий |
| СА | — старческая астения |
| СКФ | — скорость клубочковой фильтрации |
| СЛА | — слуховой аппарат |
| ТПС | — транзиторная потеря сознания |
| ЦНС | — центральная нервная система |
| ЭКГ | — электрокардиография |
| СКД-EPI | — Сотрудничество в области эпидемиологии хронических заболеваний почек (от англ. Chronic Kidney Disease EPIdemiology collaboration) |
| FIM | — шкала функциональной независимости (от англ. Functional Independence Measure) |
| START | — инструмент скрининга необоснованно не назначенных лекарственных средств (от англ. Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment) |
| STOPP | — инструмент скрининга необоснованных лекарственных назначений у пожилых (от англ. Screening Tool of Older Persons' Potentially inappropriate prescriptions) |
| FRAX | — компьютерный алгоритм оценки 10-летней вероятности переломов (от англ. Fracture Risk Assessment Tool) |
| SPPB | — краткий комплекс тестов для оценки физической работоспособности (от англ. Short Physical Performance Battery) |

**Глава
1**

ГерИАТРИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ФИЗИЧЕСКИМ (КЛИНИЧЕСКИМ) СОСТОЯНИЕМ

Гериатрический синдром — многофакторное возраст-ассоциированное клиническое состояние, ухудшающее качество жизни, повышающее риск неблагоприятных исходов (смерти, зависимости от посторонней помощи, повторных госпитализаций, потребности в долгосрочном уходе) и функциональных нарушений. В отличие от традиционного клинического синдрома, герИАТРИЧЕСКИЙ синдром не является проявлением патологии одного органа или системы организма, а отражает комплекс изменений в нескольких системах. Возникновение одного герИАТРИЧЕСКОГО синдрома повышает риск развития других. К герИАТРИЧЕСКИМ синдромам относятся следующие: старческая астения (СА), деменция, делирий, депрессия, синдром поведенческих и психических нарушений у пациентов с деменцией, остеопороз, саркопения, функциональные нарушения, снижение мобильности, нарушение равновесия, головокружение, ортостатический синдром (ортостатическая артериальная гипотония, ортостатическая тахикардия с симптомами или без них), сенсорные дефициты (снижение зрения, снижение слуха), инконтиненция (недержание мочи/кала), констипационный синдром, недостаточность питания (мальнутриция), дегидратация, хронический болевой синдром.

Термин «герИАТРИЧЕСКИЕ синдромы» был впервые предложен в 1965 г. британским герИАТРОМ профессором Бернардом Айзексом. Термин включал четыре клинические проблемы:

- неподвижность;
- нестабильность;
- недержание (мочи и кала);
- нарушение интеллекта или памяти.

Четыре описательных кластера синдромов, приведенных выше, были предложены для того, чтобы дать возможность врачам описать реальную картину «болезни», — описательный прагматический

инструмент для облегчения взаимопонимания между медицинскими работниками и пациентами. Первоначально Айзекс предположил, что при наличии соответствующих оценок все распространенные проблемы у пожилых людей будут относиться к одному или другому из этих четырех описательных терминов.

К 2017 г. номенклатура изменилась и были предложены четыре новых герiatricческих синдрома:

- хрупкость (frailty);
- саркопения;
- анорексия старения;
- когнитивные нарушения.

Сегодня насчитывают более 85 различных герiatricческих синдромов. Далее представлены часто описываемые.

Основные герiatricческие синдромы

1. СА.
2. Деменция.
3. Делирий.
4. Депрессия.
5. Синдром поведенческих и психических нарушений у пациентов с деменцией.
6. Падения.
7. Остеопороз.
8. Саркопения.
9. Функциональные нарушения.
10. Снижение мобильности.
11. Нарушение равновесия.
12. Головокружение.
13. Ортостатический синдром (ортостатическая артериальная гипотензия, ортостатическая тахикардия с симптомами или без них).
14. Снижение зрения.
15. Снижение слуха.
16. Недержание мочи/кала.
17. Констипационный синдром.
18. Недостаточность питания (мальнутриция).
19. Обезвоживание.
20. Дисфагия.
21. Пролежни.
22. Нарушение сна.
23. Одышка.

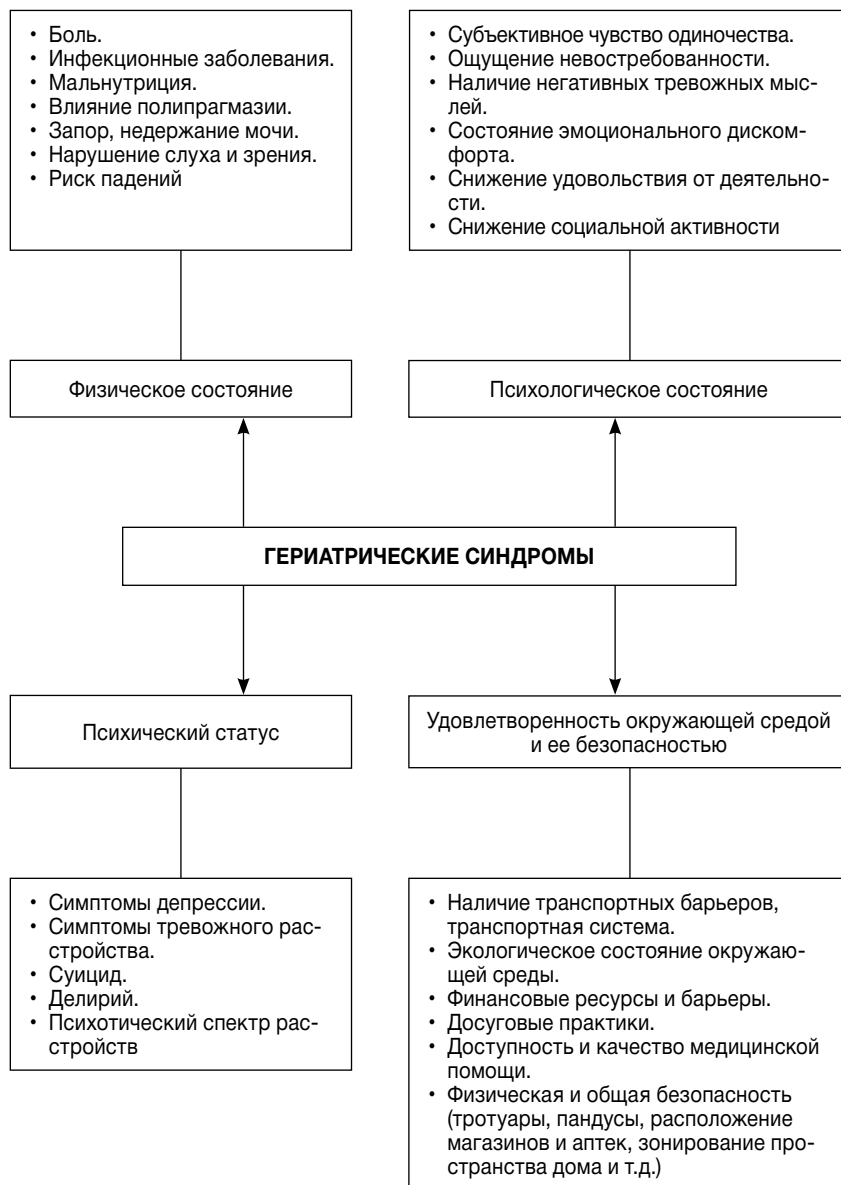


Рис. 1.1. Основные ассоциации герiatricческих синдромов в пожилом и старческом возрасте

24. Анемия.
25. Дегидратация.
26. Болевой синдром.
27. Полипрагмазия.
28. Одиночество.
29. Социальная изоляция.

«ГерИАТрическими гигантами» считают следующие:

- СА;
- саркопению;
- когнитивные нарушения;
- падения;
- депрессию;
- мальнутрицию;
- снижение физического функционирования.

Некоторые авторы характеризуют СА, или хрупкость (frailty), как «герИАТрический колосс» (Колосс Родосский — чудо света на глиняных ногах).

ГерИАТрические синдромы чаще всего ассоциированы с физическим и психологическим состоянием, психическим статусом и удовлетворенностью окружающей средой и ее безопасностью (рис. 1.1).

1.1. Старческая астения

Старческая астения (в переводе с англ. frailty — хрупкость) представляет собой герИАТрический синдром, характеризуемый возраст-ассоциированным снижением физиологического резерва и функций многих систем организма, приводящий к повышенной уязвимости организма пожилого человека к воздействию эндо- и экзогенных факторов и высокому риску развития неблагоприятных для здоровья исходов, потери автономности и смерти. Это один из ведущих герИАТрических синдромов, который тесно связан с другими состояниями у людей пожилого и старческого возраста, а также полиморбидностью и влияет на тактику ведения пациента. Развитию синдрома СА предшествует преастения, характеризующаяся наличием отдельных ее признаков, количественно не достаточных для установления диагноза СА. Важно отметить, что при своевременном выявлении и разработке индивидуального плана ведения пациента СА может быть потенциально

обратима. СА не считают неотъемлемой частью процесса старения, ее рассматривают как его неблагоприятный вариант.

Код по МКБ-10¹: R54 Старость.

Распространенность

- Общая заболеваемость в популяции от 4 до 58 на 100 тыс. человек, среди населения в возрасте 65 лет и старше — 10–13%. Предшествующее СА состояние (преастению) обнаруживают более чем у 48% пациентов старше 65 лет.
- В возрасте более 85 лет СА выявляют у 85% людей.
- У пожилых, пребывающих в домах престарелых, показатель заболеваемости выше — от 50 до 55%.
- СА несколько чаще выявляют у женщин, соотношение между мужчинами и женщинами составляет 1:1,5–1,7 случая.

Факторы риска

- Возраст.
- Хронические заболевания: онкологические, эндокринные, особенно сахарный диабет, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность, хроническая болезнь почек, хроническая обструктивная болезнь легких, болезни костно-мышечной системы.
- Образ жизни: низкий уровень физической активности, неправильный характер питания и наличие вредных привычек.
- Социально-экономические факторы: низкий уровень образования, проживание в одиночестве.
- Психологические факторы: тревога, депрессия.
- Полипрагмазия, полиморбидность.

Классификация

- Сохраненное здоровье.
- Хорошее здоровье. Люди с органическими заболеваниями в стадии стойкой ремиссии, несущественно уменьшающими функциональные возможности человека.
- Успешно пролеченные хронические заболевания. Есть симптомы хронической патологии, которые удовлетворительно контролируются назначенной терапией, но ощутимо ухудшают функциональное состояние.

¹ МКБ-10 — Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра.

- Старческая преастения. Сопровождается интермиттирующим течением синдрома СА, при котором возникают частые обострения хронических заболеваний, есть соматические заболевания в стадии декомпенсации с выраженным снижением функциональных возможностей.
- Легкая СА. Отличается умеренным уменьшением возможностей физической активности при сохранении полноценного самообслуживания.
- Умеренная СА. Человек нуждается в регулярном продолжительном постороннем уходе.
- Тяжелая СА. Характеризуется ярко выраженным ограничением двигательной активности, потребностью в постоянном бережном уходе.

Клиническая картина

Клинические проявления СА могут представлять собой сочетание разных герiatricических синдромов или признаков, которые формируются постепенно. Однако в условиях стресса, например во время госпитализации, при обострении хронических заболеваний или развитии инфекционного процесса, уровень функциональной активности у пациентов с СА может снижаться гораздо быстрее.

Наиболее распространенные признаки СА:

- общая слабость;
- повышенная утомляемость;
- потеря мышечной силы;
- потеря аппетита;
- непреднамеренное снижение массы тела на 4,5 кг и более за последние 12 мес;
- снижение зрения/слуха;
- частые падения;
- болевой синдром.

Диагностика

- Скрининг на СА с помощью опросника «Возраст не помеха».
- Клинико-лабораторное обследование:
 - ✧ функциональное и инструментальное исследования (аудиометрия, ортостатическая проба, SPPB-тесты¹ и тест «Встань

¹ SPPB (от англ. Short Physical Performance Battery) — краткий комплекс тестов для оценки физической работоспособности.

- и иди», кистевая динамометрия для оценки мобильности, двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия);
- ✦ интенсивность болевого синдрома: визуально-аналоговая шкала, числовая рейтинговая шкала;
 - ✦ риск переломов по FRAX¹;
 - ✦ состояние питания: краткая шкала оценки питания (MNA — от англ. Mini Nutritional Assessment), определение индекса массы тела;
 - ✦ активность в повседневной жизни: базовая функциональная активность (индекс Бартел), инструментальная функциональная активность (шкала Лоутона);
 - ✦ когнитивные функции: тест Мини-Ког, краткая шкала оценки психического статуса (MMSE — от англ. Mini-Mental State Examination), Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA — от англ. Montreal Cognitive Assessment), комплекс тестов для оценки лобной дисфункции (FAB — от англ. Frontal Assessment Battery);
 - ✦ эмоциональное состояние: гериатрическая шкала депрессии (GDS-15 — от англ. Geriatric Depression Scale), шкала оценки здоровья (PHQ-9 — от англ. Patient Health Questionnaire), Корнельская шкала депрессии (CSDD — от англ. Cornell Scale for Depression in Dementia).

Выполнение комплексной гериатрической оценки рекомендуют проводить с использованием информационно-аналитической базы данных «Юпитер», предназначенной для выявления и мониторинга гериатрических синдромов и полиморбидных состояний в различных областях медицины с целью их комплексного анализа и дальнейшей разработки программы взаимодействия с пациентом. База дает возможность получить общую картину состояния пациента, опираясь на данные, полученные как от докторов узкой специализации, так и от врачей общей практики, что позволяет полностью отказаться от бумажной версии медицинской карты пациента. Она обеспечивает сбор данных от всех специалистов, задействованных в сопровождении или лечении человека пожилого возраста. Комплекс тестов и опросников, входящих в состав базы данных, можно пополнять и корректировать. База данных «Юпитер» расположена на группе серверов, обеспечивающих непрерывный доступ к ней авторизованных специалистов из различных географических

¹ FRAX[®] (от англ. Fracture Risk Assessment Tool) — компьютерный алгоритм оценки 10-летней вероятности переломов.

локаций. Также она обеспечивает надежное хранение, резервное копирование как на внутренние, так и на внешние информационные носители и защиту от несанкционированного проникновения.

Лечение

Немедикаментозная терапия

- Выполнение комплекса физических упражнений (лечебная физкультура) в объеме 150 мин/нед.
- Рациональное питание с потреблением белка до 1,0–1,5 г/кг в сутки при скорости клубочковой фильтрации (СКФ) не ниже 30 мл/мин/1,73 м², соблюдение питьевого режима.
- Организация безопасной окружающей среды (домашней обстановки и вблизи дома).
- Использование ортопедических средств передвижения.
- Когнитивный тренинг.

Медикаментозная терапия

- Лечение хронических заболеваний и состояний, ухудшающих функциональную активность и снижающих качество жизни людей пожилого и старческого возраста.
- Мониторинг лекарственной терапии хронических сопутствующих заболеваний с использованием STOPP/START-критериев¹.
- Прием колекальциферола с дозировкой в зависимости от уровня 25(OH)D в сыворотке крови.

Прогноз

При отсутствии лечения СА прогноз неблагоприятный. По статистике на стадии преаестении риск смерти в течение следующих 5 лет составляет 20%, в то время как при выраженной СА может достигать 45%. Без своевременной коррекции преаестении через 3–5 лет она трансформируется в развернутую СА.

Профилактика

Профилактика заключается в своевременном лечении хронических сопутствующих заболеваний, мониторинге принимаемых лекарственных средств (ЛС), выполнении комплекса физических

¹ STOPP (от англ. Screening Tool of Older Persons' Potentially inappropriate prescriptions) — инструмент скрининга необоснованных лекарственных назначений у пожилых. START (от англ. Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment) — инструмент скрининга необоснованно не назначенных лекарственных средств.

упражнений, соблюдении рационального режима питания, исключении социальной изоляции и прохождении ежегодных медицинских осмотров с определением физического, функционального и социально-психологического состояния.

1.2. Мальнотриция

Синдром мальнотриции — синдром недостаточности питания. Это одно из ключевых понятий современной гериатрии, обозначающее постепенное снижение массы тела не более чем на 10% на протяжении 6 мес при отсутствии сопутствующей соматической, неврологической или онкологической патологии. Данное патологическое состояние обусловлено несоответствием поступления и расхода питательных веществ и ведет к снижению массы тела, а также к изменению компонентного состава организма.

Распространенность

Синдром мальнотриции среди пожилых людей — нередкое явление. До 30% случаев синдрома белковой энергетической недостаточности встречается среди пациентов, проживающих дома. В пансионатах по уходу за пожилыми людьми распространенность недостаточности питания варьирует от 16 до 70%, в условиях отделений интенсивной терапии до 60% пациентов старшего возраста имеют синдром мальнотриции. Распространенность риска развития данного синдрома среди свободно проживающих людей в возрасте 65 лет и старше составляет от 17,3 до 25,8%, а непосредственно недостаточности питания — 0,3–1,8%.

Этиология

Недостаточность питания — полиэтиологичное патологическое состояние, основными причинами развития которого бывают следующие факторы.

- Социальные: бедность, снижение повседневной активности, социальная изоляция и др.
- Медицинские: отсутствие аппетита, изменения вкусового и обонятельного рецепторных аппаратов, проблемы с отсутствием зубного ряда, дисфагия, прием некоторых ЛС и др.
- Психоземotionalные: депрессия, нарушение когнитивных функций и др.
- Нарушения пищевого поведения.

Сбалансированное, полноценное и разнообразное питание определяет состояние здоровья и самочувствие пожилых людей. Нарушения пищевого поведения способствуют прогрессированию многих заболеваний, также их считают одним из важных звеньев многофакторной этиологии саркопении и СА. Нарушения пищевого статуса ведут к увеличению риска развития инфекций, продолжительности пребывания в стационаре и частоты повторных госпитализаций, все это может приводить к снижению качества жизни и увеличению смертности.

Классификация

По причине развития:

- первичная — вызванная недостаточным потреблением питательных веществ;
- вторичная — результат заболеваний или приема ЛС, которые нарушают усвоение питательных веществ.

По степени тяжести:

- легкая;
- умеренная;
- тяжелая.

В табл. 1.1 представлена оценка степени тяжести мальнутриции.

Таблица 1.1. Оценка степени тяжести мальнутриции

| Показатели | Баллы | | | |
|--|----------|---------|-----------|-------|
| | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Фактическая масса тела/ рекомендуемая масса тела, % | 100–90 | 90–80 | 80–70 | <70 |
| Индекс массы тела, кг/м ² | 25–19 | 19–17 | 17–15 | <15 |
| Объем плеча, мужчины, см | 29–26 | 26–23 | 23–20 | <20 |
| Объем плеча, женщины, см | 28–25 | 25–22,5 | 22,5–19,5 | <19,5 |
| Толщина кожно-жировой клетчатки над трицепсом, мужчины, мм | 10,5–9,5 | 9,5–8,4 | 8,4–7,4 | <7,4 |
| Толщина кожно-жировой клетчатки над трицепсом, женщины, мм | 14,5–13 | 13–11,6 | 11,6–10,6 | <10,6 |
| Охват мышц плеча, мужчины, см | 25,7–23 | 23–20,5 | 20,5–18 | <18 |
| Охват мышц плеча, женщины, см | 23,5–21 | 21–18,5 | 18,5–16,5 | <16,5 |

Окончание табл. 1.1

| Показатели | Баллы | | | |
|-----------------------------------|-------|---------|---------|------|
| | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Общий белок, г/л | >65 | 65–55 | 55–45 | <45 |
| Альбумин, г/л | >35 | 35–30 | 30–25 | <25 |
| Трансферрин, г/л | >2 | 2–1,8 | 1,8–1,6 | <1,6 |
| Лимфоциты, $\times 10^9/\text{л}$ | >1,2 | 1,0–1,2 | 0,9–1,0 | <0,8 |

Примечание: легкая степень — 18–26 баллов; средняя степень тяжести — 9–17 баллов; тяжелая степень — менее 9 баллов.

Клиническая картина

Симптомы недостаточности питания могут быть системными или затрагивать определенные органы и системы: прогрессирующая потеря массы тела, астеновегетативный синдром, синдром полигландулярной эндокринной недостаточности, признаки атрофии органов пищеварения, нарушение процессов переваривания и всасывания (мальдигестия и мальабсорбция), признаки циркуляторной гипоксии органов и тканей, иммунодефицита, полигиповитаминоза.

Типичными жалобами пациентов бывают слабость, вялость, заторможенность, снижение массы тела, истончение конечностей, снижение работоспособности. Кожа теряет эластичность, происходит уменьшение толщины подкожной жировой клетчатки, появляются мелкие морщины, начинается шелушение, проявляется депигментация, ксероз, возможен фолликулярный гиперкератоз, склонность к петехиям, появлению синяков на фоне бледности кожных покровов.

По органам изменения следующие:

- волосы — диспигментация, выпадение, истончение;
- ногти — койлонихии, ломкие, бороздчатые, расслаивающиеся;
- голова — визуальное похудение лица, «заостренные» черты лица, увеличение околоушных желез;
- шея — увеличение щитовидной железы;
- глаза — бляшки Бито, ксероз склеры и конъюнктивы, кератомалиция, васкуляризация роговицы, аннулярное воспаление век, офтальмоплегия, светобоязнь;
- ротовая полость — хейлоз, ангулярный стоматит, гунтеровский глоссит, атрофия сосочков языка, «малиновый» язык,

- трещины языка, разрыхление и кровоточивость десен, ослабление фиксации и выпадение зубов;
- опорно-двигательный аппарат — чрезмерное выпячивание костей скелета, мышечная слабость, уменьшение мышц и конечностей в объеме (объем плеча у мужчин <26 см, у женщин <25 см), отеки конечностей, мышечная боль, судороги в мышцах;
 - психоневрологический статус — раздражительность, слабость, депрессия, нарушение сна и внимания, сонливость, снижение умственной и физической работоспособности, утрата глубоких сухожильных рефлексов, судорожный синдром, гиперестезии;
 - другие проявления — диарея или отсутствие стула, извращение вкуса.

Диагностика

Диагноз мальнутриции у пациентов герiatricческого профиля устанавливают на основании данных анамнеза, физикального обследования, лабораторных исследований, а также результатов скрининга синдрома мальнутриции с использованием рекомендованных инструментов. Наиболее часто используют краткую шкалу оценки питания (MNA — от англ. Mini Nutritional Assessment), это распространенный скрининговый и диагностический инструмент. Существует и универсальный скрининг недостаточности питания у проживающих дома (MUST — от англ. Malnutrition Universal Screening Tool), он основан на взаимосвязи между недостаточностью питания и нарушением функционирования. Также применяют скрининг нутритивного риска у госпитализированных пациентов (NRS-2002 — от англ. Nutritional Risk Screening-2002), он учитывает тяжесть их состояния.

Лабораторные диагностические исследования. Рекомендуют оценивать показатели общего (клинического) анализа крови (гемоглобин, лимфоциты) и биохимического анализа крови (содержание альбумина, общего белка, общего холестерина, триглицеридов, железа, общей железосвязывающей способности сыворотки, трансферрина, насыщение трансферрина железом).

Лечение

Необходимо рассчитывать энергетическую ценность рациона пациента герiatricческого профиля, ориентируясь на уровень 30 ккал/кг массы тела в сутки. Это значение следует корректировать в индивидуальном порядке в зависимости от пищевого статуса, уровня физической активности, статуса заболевания и переносимости.

Рекомендуют ориентироваться на количество не менее 1 г белка на 1 кг массы тела в сутки при расчете количества белка в суточном рационе с целью снижения риска недостаточности питания или ее коррекции. Количество белка в рационе подбирают индивидуально с учетом пищевого статуса, уровня физической активности и коморбидности. Восполняют дефицит отдельных микронутриентов с помощью пищевых добавок и/или ЛС, если этот дефицит подтвержден клиническими и/или лабораторными данными. В других случаях содержание микронутриентов в ежедневном рационе должно соответствовать нормам физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах.

Профилактика

Рекомендуют предлагать индивидуальное консультирование пациентов и людей, ухаживающих за ними, с целью стимуляции достаточного потребления пищи и улучшения или поддержания пищевого статуса. В рацион необходимо включать блюда с высокой калорийностью и/или дополнительные блюда в соответствии с должным уровнем потребления пищи в горячие обеды.

1.3. Пролежни

Пролежни — осложнение, чаще всего встречающееся у пациентов с хроническими заболеваниями, истощенных людей и пациентов с травмой позвоночника. Распространенность пролежней в развитых странах приблизительно одинакова и составляет 16% осложнений других заболеваний (США и Великобритания). Летальность у больных с пролежнями, по данным различных авторов, колеблется в широких пределах (21–88,1%). При этом по результатам специального исследования в США (Brandeis G.H. et al., 1990), если уходом за больными занимались специально обученные санитарки и сиделки, распространенность пролежней снижалась в 2–3 раза.

В 1987 г. Пэм Хиббс, медсестра, бакалавр, главный специалист сестринского дела (Великобритания) сделала два заявления. Они звучали следующим образом: «95% всех пролежней можно предотвратить» и «Пролежни — это эпидемия под простыней». Цифра 95% не была праздным заявлением: ей удалось снизить частоту пролежней с 16 до 1,8% за счет разумного применения профилактических

средств и, что более важно, за счет изменения отношения медсестер и улучшения сестринского ухода.

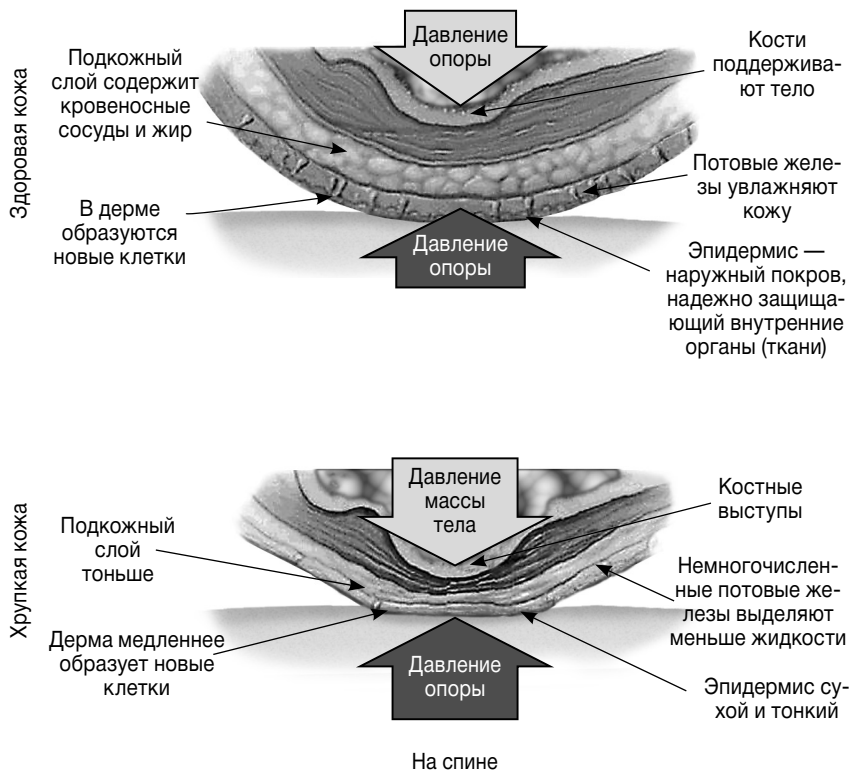
Большинство превентивных мер должно быть независимыми сестринскими действиями. И эти же меры следует предпринять в фазе лечения при необходимости.

Пролежни — область клеточного некроза. К развитию пролежней могут предрасполагать многие факторы (рис. 1.2).

Существуют определенные пациенты, которые попадают в группу высокого риска. В целом любого больного, чье состояние ухудшилось, следует отнести к группе высокого риска. Подсчитано, что у 70% гериатрических пациентов пролежни появляются в течение 2 нед после госпитализации. Результаты исследований также показали, что пролежни, образовавшиеся после поступления в стационар, чаще протекают тяжелее, и процесс заживления более продолжительный по сравнению с пролежнями, с которыми пациент был госпитализирован.

Каждому знакомы ощущения, которые вызывает продолжительное положение в одной позе. В результате нарушения кровообращения в определенной области и по мере развития ишемии появляются предупреждающие сигналы — боль, покалывание или онемение. Реагируя на эти «послания», мы, осознанно или неосознанно, меняем положение, дабы избежать необратимых последствий. Патологические изменения могут вмешаться в этот естественный защитный механизм, например у людей с нарушенным сенсорным восприятием. Они с трудом или вообще не могут воспринимать физиологические сигналы, упомянутые выше, поэтому не догадываются о том, что нужна смена положения. Нарушения чувствительности возникают у пациентов с травмой позвоночника или разными неврологическими заболеваниями (после инсульта, например).

Другую группу риска составляют пациенты, которые в состоянии распознать сенсорные сигналы, однако на фоне паралича или слабости не могут изменить положение самостоятельно. У пациентов с нарушенной чувствительностью и двигательной активностью, что может быть вызвано медикаментами, анестезией и отсутствием сознания, возникает усугубляющая проблема: кроме физиологических состояний, перечисленных выше, на способность реагировать соответствующим образом на физиологические предупреждающие сигналы могут влиять психологические нарушения, вызванные глубокой депрессией.



Запомните!
Точки давления — потенциальные места развития пролежней.

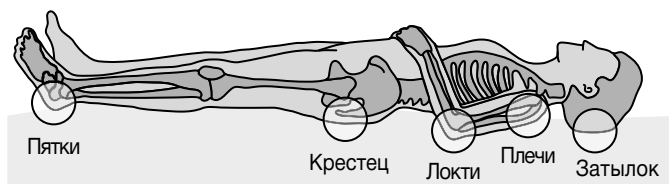


Рис. 1.2. Факторы, способствующие образованию пролежней (Источник: ГОСТ Р 56819-2015 «Надлежащая медицинская практика. Инфологическая модель. Профилактика пролежней»)