

[и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2019. – Т. 1. – № 18. – с. 5-66.

3. Изможерова Н.В. Анализ эффективности и безопасности антикоагулянтной терапии при неклапанной фибрилляции предсердий у полиморбидных больных / Н.В. Изможерова, А.А. Попов, В.М. Бахтин // Кардиология. – 2020. – Т. 60. – № 2. – с. 61-68.

4. Patel M.R. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation / M.R. Patel, K.W. Mahaffey, J. Garg [et al.] // New England Journal of Medicine. – 2011. – Vol. 365. – № 10. – p. 883–891.

5. Granger C.B. Apixaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation / C.B. Granger, J.H., J.J.V. McMurray [et al.] // New England Journal of Medicine. – 2011. – Vol. 365. – № 11. – p. 981–992.

6. Connolly S.J. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation / S.J. Connolly, M.D. Ezekowitz, S. Yusuf [et al.] // New England Journal of Medicine. – 2009. – Vol. 361. – №12. – p. 1139–51.

УДК 616-053.9

**Казакова А.А., Казаков А.В., Федотова Л.В., Попов А.А., Ведерникова Л.Ф.
ОЦЕНКА ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО
ВОЗРАСТА И ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ**

Кафедра Госпитальной терапии и скорой медицинской помощи
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**Kazakova A.A., Kazakov A.V., Fedotova L.V., Popov A.A., Vedernikova L.F.
FULL ELDERLY AND SENILE PATIENTS NUTRITION ASSESSMENT
AND CORRECTION OPTIONS**

Department of Hospital Therapy and Emergency Medical Care
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: alxa93@mail.ru

Аннотация. В статье рассмотрены вопросы геродиететики, причинно-следственные связи недостаточности питания в пожилом и старческом возрасте и возможности их коррекции.

Annotation. The article deals with the issues of geriatric patients malnutrition and correction options.

Ключевые слова: питание, пожилой и старческий возраст, ожирение, недостаточная масса тела, лечебная физкультура.

Key words: nutrition, elderly patients, malnutrition, frailty, exercise.

Введение

В мире ежегодно увеличивается количество лиц, достигших преклонного возраста [1]. Уже сейчас в России по данным Федеральной службы государственной статистики доля пожилых граждан страны составляет четвертую часть населения (около 25%). Если говорить об основных проблемах стареющих людей, то наряду с такими, как материальная обеспеченность и одиночество, на первом месте все-таки определенно будет находиться здоровье.

В пожилом возрасте в организме человека происходят значительные изменения, ухудшаются самочувствие и состояние здоровья, ограничиваются физические возможности, изменяется образ жизни [1]. Кроме того, меняются социальное положение и статус, что имеет немаловажное значение для человека, с трудом приспособляющегося к возрастным ограничениям.

Избыток веса у пожилых пациентов зачастую приводит к развитию многих проблем со здоровьем, таким как заболевания опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой и бронхо-легочной систем, болезни желудочно-кишечного тракта и эндокринная патология. Зачастую в пожилом возрасте люди прибавляют в весе, но и недостаток массы тела приводит к обострению хронических болезней и развитию многих других проблем, связанным с физическим функционированием, качеством и продуктивностью жизни.

Распространенность недостаточности питания разной степени тяжести среди лиц в возрасте 60–74 лет, имеющих полиморбидные состояния, составляет 10–20 %, а среди пациентов старше 75 лет — около 40 %. Недостаточность питания у пожилых людей, проживающих в пансионатах и реабилитационных центрах, достигает 50 %. У пациентов с онкологическими заболеваниями недостаточность питания встречается почти в 90 % случаев [3]. Энергетическая потребность организма в старости уменьшается из-за снижения интенсивности обменных процессов и ограничения физической активности. В среднем калорийность дневного рациона каждое десятилетие жизни у лиц после 40 лет становится ниже на 7 %. Так, если энергетическая ценность дневного рациона в 30–40-летнем возрасте принять за 100 %, то в 60–70 лет она составит 80 %, а после 70 лет – около 70 %.

Вне зависимости от индекса массы тела (ожирение или недостаточная масса тела) у пациентов преклонного возраста имеет место старческая астения. Мышечная атрофия существенно ухудшает качество жизни пожилого человека и зачастую заканчивается полным отказом от любой активности. Кроме того, головокружение, неустойчивая походка из-за поражения опорно-двигательного аппарата, страх упасть и получить травму заставляют пациентов как можно реже передвигаться и даже выходить за пределы собственной квартиры. Большая проблема для престарелых пациентов – это недостаточность питания, одной из причин которой является социально-экономический статус. Если человек одинок и редко выходит за пределы жилища, он не может приобрести продукты питания, не может приготовить еду из-за проблем со здоровьем и лени. Как правило, к

развитию недостаточности питания в пожилом и старческом возрасте приводят не одна, а несколько причин, которые связаны между собой.

Цель исследования – определение причин недостаточности питания у лиц пожилого и старческого возраста, находящихся на лечении в Госпитале Ветеранов Войн г. Екатеринбурга и предложить методы коррекции этой проблемы.

Материалы и методы исследования

В одномоментное исследование по оценке недостаточности питания в рамках комплексной гериатрической оценки (КГО), предусмотренного порядком оказания гериатрической помощи, было включено 50 пациентов гериатрического отделения Свердловского областного клинического психоневрологического госпиталя для ветеранов войн (37 женщин и 13 мужчин) [2]. Средний возраст составил 78,9 лет. Все пациенты имели полиморбидную патологию. Заболевания сердечно-сосудистой системы, как и заболевания опорно-двигательного аппарата, наблюдались у всех пациентов (100%), патология желудочно-кишечного тракта – у 95%, заболевания мочевыделительной системы – у 86%, заболевания дыхательной системы – у 45%, заболевания крови – у 45%, новообразования – у 33%. Старческая астения диагностирована в 86% случаев. В то же время, 68% обследуемых имели различные степени ожирения, у 17% пациентов индекс массы тела соответствовал норме, а 15% имели недостаточную массу тела.

Критерии включения:

- пациенты пожилого и старческого возраста;
- свободное владение устным и письменным русским языком;
- добровольное информированное согласие на обследование и лечение в отделении гериатрии

Критерии исключения:

- несоответствие критериям включения;
- больные, имеющие тяжелую патологию, тяжесть состояния которых не позволяла провести исследование.

Всем больным была проведена КГО, включающая сбор анамнеза, учет уровня образования, психологического состояния, эмоционального, физического функционирования, физикальное, лабораторное и инструментальное обследование.

Статистическую обработку данных осуществляли с помощью программы MicrosoftExcel.

Для проведения одномоментного исследования была создана анкета, состоящая из вопросов, посвященных вопросам общего характера – сведения о росте и весе пациента, его роде занятий, хобби, а также вопросов по питанию (режим питания, вкусовые предпочтения, способы обработки продуктов, как часто пациент принимает горячее питание, готовит ли самостоятельно, оценивает ли свое питание как здоровое).

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе анкет было выявлено, что 27 % пациентов питаются 3-4 раза в день, 60% - 5-6 раз, 13% - более 6 раз. Редкие приемы пищи больные связывают с выработанной годами привычкой питаться 3 раза в день, с плохим аппетитом, плохим самочувствием или довольствуются тем, что приготовили родственники или ухаживающие за пожилым человеком люди. Пациенты, питающиеся регулярно, чаще всего живут в семьях, где за ними хорошо ухаживают. Больные, питающиеся более 5 - 6 раз в сутки, имеют ожирение различной степени.

Плохой аппетит пациенты связывают со снижением чувства вкуса и обоняния, потерей зубов и некачественными зубными протезами, сухостью во рту, с одиночеством, тревогой и депрессией [3]. Кроме того, пациенты, строго выполняющие рекомендации врачей, соблюдают гипохолестериновую и гипосолевою диету, в связи с чем эта пища кажется им невкусной. Большинство пациентов (60%) употребляют в день до 5 гр. соли в сутки, но соленую пищу предпочитают 26,5% пациентов. 100% пациентов имеют дефицит поступления полноценного белка. 100% пациентов не употребляют ежедневно 4 порции овощей и фруктов. 65% пациентов употребляют кисломолочные продукты 1-2 раза в неделю и реже, ежедневно употребляют лишь 35%. Невозможность самостоятельно ходить за покупками из-за проблем со здоровьем, ограничивающим двигательные способности, отсутствие рядом с домом магазинов ограничивают пожилых людей в выборе продуктов питания.

100% пациентов не занимаются физическими упражнениями, хотя утверждают, что в более молодом возрасте среди увлечений были походы в лес, занятия растениеводством, танцами и другими видами активного досуга. У большинства из них преклонный возраст вызывает негативные ассоциации с мышечными и суставными болями. Данные проблемы усугубляются малоподвижным образом жизни престарелых людей. В результате этого мышцы теряют тонус, объем, массу и силу. Последствием перечисленных проблем обычно является мышечная атрофия и появление функциональных нарушений в работе организма. В случае уменьшения количества мышечной ткани большинство людей перестают заниматься повседневными делами, любимыми занятиями. Этот факт, в свою очередь, способствует развитию порочного круга [1, 3]. Поэтому двигательная активность, упражнения с дозированной физической нагрузкой вопреки болевому синдрому, помогают сохранить подвижность и физическую силу в любом возрасте. Независимо от индекса массы тела для предотвращения потери мышечной массы людям престарелого возраста необходимы не только полноценное питание (употреблять большое количество белка), но и регулярные физические нагрузки.

Выводы:

1. Среди основных факторов, влияющих на развитие недостаточности питания в пожилом и старческом возрасте, основные позиции занимают привычки, выработанные в течение жизни, незнание правил рационального питания, снижение вкуса и обоняния, трудности при приготовлении пищи

вследствие артритов и слабости мышц, стоматологические проблемы и социальные факторы (одиночество).

2. В результате возрастных изменений организма человека может формироваться как повышенный, так и пониженный аппетит, что сопровождается как увеличением, так и снижением массы тела. Физиологическое уменьшение массы тела с возрастом может быть связано со снижением аппетита и старческой астенией.

3. Пациентам престарелого возраста необходимо рекомендовать правильный режим питания; приемы пищи должны быть регулярными – 5 – 6 раз в день, важно исключить длительные промежутки между приемами пищи, обильные приемы пищи. Для этого нужны консультации диетологов с целью обучения подбора продуктов и приготовления блюд, которые могут быть не только полезными, но и вкусными.

4. Лечебная физкультура показана всем пациентам независимо от индекса массы тела, так как при недостаточности массы тела и при ожирении помогает улучшить кровообращение, укрепить мышцы, улучшить функцию суставов, повысить самооценку.

Список литературы:

1. Гериатрия : национальное руководство / под ред. О. Н. Ткачевой, Е. В. Фроловой, Н. Н. Яхно. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 608 с. : ил. - (Серия "Национальные руководства").

2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 января 2016 г. № 38н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия». М, 2016.

3. Турушева А.В., Моисеева И.Е. Недостаточность питания в пожилом и старческом возрасте // Российский семейный врач. – 2019. – Т. 23. – № 1. – С. 5–15. <https://doi.org/10.17816/RFD201915-15>.

УДК 616.12-008.331

Калабаева Н.Ю., Строкова О.А.
ВЛИЯНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ С
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней