



ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России

Гериатрический статус онкологического больного

(основные гериатрические синдромы и их
коррекция)

Е. В. Ткаченко



Пролечено в НИИО им НН Петрова в 2016г

- Старше 60 лет 1882 пациента
- Из них: старше 70 лет – 731 пациент
 - Старше 80 лет: 165 пациентов
 - Старше 90 лет – 10 пациентов
- Прооперировано 2176 пациентов



Общие вопросы геронтологии и гериатрии

Геронтология

наука, изучающая биологические, социальные и психологические *аспекты старения* человека, его причины и способы борьбы с ним

Гериатрия

частный раздел геронтологии, занимающийся изучением, профилактикой и лечением *болезней старческого возраста*



Классификация возрастов согласно ВОЗ

| Возраст | Лет |
|-------------|---------------|
| молодой | 18 - 44 |
| средний | 45 - 59 |
| пожилой | 60 - 74 |
| старые люди | 75 – 89 |
| долгожители | старше 90 лет |



Основные предпосылки развития геронтологии

1) Особенности демографической ситуации последних десятилетий:

А. Существенное увеличение средней продолжительности жизни

| Эпоха | Средняя продолжительность жизни человека в Европе |
|---------------|---|
| Каменный век | 19 лет |
| Бронзовый век | 21.5 лет |
| античность | 27.5 |
| XVI век | 29 лет |
| XVIII век | 35.6 лет |
| 1890 г | 38.7 лет |
| 1970 г | 70 лет |
| 2000 г | 83 года |



Основные предпосылки развития геронтологии

Б. Увеличение демографической нагрузки за счет высокой доли лиц пожилого и старческого возраста в популяции:

- В России 1/5 часть населения составляют лица пенсионного возраста, около 3.3 млн граждан (11%) 80 лет
- Аналогичная ситуация в странах СНГ
- *Согласно ВОЗ жители планеты старше 50 лет:*

| | |
|----------|--|
| В 1950 г | 214 млн чел |
| В 1975 г | 350 млн чел |
| В 2000 г | 590 млн чел |
| К 2025 | число жителей планеты превысит 8 млрд человек При этом примерно <i>половина</i> из них <i>будет</i> в <i>возрасте 50 лет и старше</i> |



Основные предпосылки развития геронтологии

В. Отсутствие перспектив изменения демографической картины
- С учетом низкого уровня рождаемости и необеспечения
нормальных
темпов воспроизводства населения пожилые люди вскоре
сс





Основные предпосылки развития геронтологии

- 2) Высокая патологическая пораженность лиц пожилого и старческого возраста, когда у одного пациента регистрируется в среднем 7-8 хронических заболеваний
- 3) Значительные особенности фармакодинамики и фармакокинетики лекарственных препаратов у пожилых
- 4) Высокие темпы преждевременного старения
- 5) Социальная дезадаптация пожилых лиц в связи с «болезнью современного мира», сопровождающейся быстрым изменением привычных стереотипов, за которыми пожилой человек «не успевает», что приводит к развитию хронического стресса, психопатизации и соматизации
- 6) Высокий уровень (до 30%) потребления пожилыми людьми медицинских услуг, являющийся следствием высокой первичной и общей заболеваемости, временной нетрудоспособности и инвалидности



Современная гериатрия

- Основная цель гериатрической помощи – поддержание на максимально возможном уровне качества жизни пациента, находящегося в возрасте старше 65 лет
- Современная гериатрия является самостоятельной врачебной специальностью, для которой характерны собственные методологические подходы, позволяющие назначать возраст-специфические и реабилитационные мероприятия
- Для этого предназначен т.н. специализированный гериатрический осмотр (СГО) – *совокупность диагностических мероприятий, направленных на определение рисков снижения качества жизни, которые имеются у лиц пожилого и старческого возраста*
- СГО основан на применении опросников и шкал



«Старческая астения»

(«старческое одряхление», «старческая дряхлость») (англ. frailty)

Это специфическое состояние, которое может развиваться у человека

пожилого и старческого возраста, и характеризуется симптомами:

- Похудание (снижение массы тела темпом не менее, чем 4.5 кг/год)
 - Нарушение походки
 - Снижение мышечной силы и развитие выраженной саркопении
 - Развитие когнитивных расстройств и снижение мотивации
 - Утрата прежних жизненных интересов
 - Низкий уровень двигательной активности
-
- Синдром старческой астении имеет место при наличии 3-х и более симптомов
 - При наличии 1 или 2-х симптомов имеет место синдром



Прогноз

- В стадии преастении
вероятность летального исхода в течение 5 лет - 20.4%
- При развернутой клинической картине
синдрома старческой астении – 44.5%
- При ИСА > 4 на фоне нормального содержания холестерина и
альбумина высок риск хирургической летальности
- При быстром прогрессировании синдрома старческой астении
высока степень резистентности к терапии ее осложнений



Основные гериатрические синдромы

Наступление старческой астении

1) генетически запрограммировано,

но оно м.б. ускорено при развитии т.н. гериатрических с-в, которых насчитывается более 65:

головокружение, нарушение стула, афазия, амнезия, анорексия, апатия, апраксия, аспирационный с-м, хр болевой с-м, брадикинезия, возрастной андрогенный дефицит, дегидратация, пролежни, делирий, деменция, депрессия, дезориентация во времени и в пространстве, дисфагия, диспепсия, дизурия, с-м насилия над стариками, похудание, гипобулия, гипомобильность, гипотермия, с-м сексуальной дисфункции, недержание мочи, инсомния, нестабильность и падения, когнитивный дефицит, контрактуры, с-м мальнутриции, обстипационный с-м, ортостатическая гипотензия, одиночество, паранойяльный с-м, нарушения походки, нарушения слуха, зрения, саркопения, синкопальный с-м, тремор, травматический с-м, с-м зависимости от посторонней помощи, утрата смысла жизни др.



«Старческая астения»

2-я причина развития старческой астении:

совокупность приобретенного дефицита функций на фоне полиморбидности



Органы-мишени синдрома старческой астении

- Костно-мышечная система
снижается мышечная масса, происходят нарушения мышечной терморегуляции, снижается потребление мышцами кислорода, нарушается иннервация мышечной ткани, ее выносливость
- Иммунная система
снижается продукция и содержание иммуноглобулина А, G, интерлейкина 2, активизируется продукция противовоспалительных цитокинов (интерлейкин 6)
- Нейроэндокринная система
снижается продукция и содержание гормона роста, эстрогена и тестостерона, инсулиноподобного фактора роста – 1, vit D, происходит увеличение инсулинорезистентности, повышается симпатический



Синдром старческой астении

В основе развития синдрома старческой астении находятся 3 возраст-зависимых состояния:

- Синдром недостаточности питания (мальнутриции)
- Саркопения
- Снижение метаболического индекса и физической активности





Синдром мальнутриции

Это недостаточный объем и калораж принимаемой пищи, низкие значения индекса массы тела, лабораторные и антропометрические характеристики (гипохолестеринемия, гипоальбуминемия, уменьшение размера талии/бедер)

Распространенность:

до 20% у лиц в возрасте старше 60 лет,
при присоединении заболеваний – 20-40% (у половины пациентов в тяжелой степени)

Основные клинические проявления:

- снижение мышечной силы и выносливости,
- уменьшение объема физической активности,
- активности в повседневной жизни,
- снижение массы тела



Синдром мальнутриции

Причины развития

- Ухудшение стоматологического здоровья,
- Снижение вкусовой чувствительности к потребляемой пище
- Частые повторные госпитализации
- Тревожно-депрессивный синдром
- Деменция
- Физиологическое старение ассоциировано с синдромом «быстрого насыщения», при котором значительно снижается объем потребляемой пищи вследствие повышенной чувствительности центров насыщения продолговатого мозга
- Все это приводит к снижению аппетита, снижению объема и качества принимаемой пищи и синдрому недостаточности питания



Синдром мальнутриции

Этиология

- * *Протеиново-энергетическая мальнутриция*
(дефицит поступления полноценных продуктов)
- * *Протеиновая*
(недостаточное потребление белков при удовлетворительном калораже)
- * *Парциальная*
(недостаточное поступление отдельных веществ (vit))
- * *Кахексия* (крайняя форма мальнутриции)
при различной патологии
- * *Полиппрагмазия*
- * *Тиреотоксикоз*
- * *Сенильная анорексия*



Синдром мальнутриции

Лабораторные данные

- Гипопротеинемия
- Гипоальбуминемия < 35-38 г/л
- Уровень трансферина < 1.5 г/л
- Снижение уровня общего холестерина
- Разнонаправленные колебания уровня глюкозы
- Лимфопения



Синдром мальнутриции

Лечение

- Увеличить общий калораж пищи
- Формула Гарриса-Бенедикта
- Достаточный прием жидкости (не < 30 мл/кг веса в день)
- Фармакологическая стимуляция аппетита





Синдром мальнутриции

Формула Гарриса-Бенедикта

- *Потребность больного в энергии* складывается из:
 - величин основного обмена
 - энергозатрат на физическую активность
 - и прибавление к этой сумме 10%
- *Основной обмен («золотой стандарт»):*
 - «м»: $66 + (13.7 \times \text{масса тела (кг)} + (5 \times \text{рост (см)} - (6.8 \times \text{возраст (годы)}))$
 - «ж»: $655 + (9.6 \times \text{масса тела (кг)} + (1.8 \times \text{рост (см)} - (4.7 \times \text{возраст (годы)}))$

При ИМТ 20 – 25 суточный калораж = «золотому стандарту»

При ИМТ > 25: суточный калораж = «золотой стандарт» – 30%

При ИМТ <20: суточный калораж = «золотой стандарт» + 30%



Принципы питания в пожилом и старческом возрасте

1) *Энергетическая сбалансированность между калорийностью потребляемых продуктов и фактическими энергозатратами организма*

Рекомендуемая калорийность:

- для мужчин старше 60 лет: 2000 - 3000 ккал
- для женщин – 1900 - 2000 ккал

2) *Подбор белковых компонентов пищи:*

Снижение нормы белка до 1 г/кг массы тела, соотношение животных и растительных белков 1:1, приготовление мясных блюд преимущественно в отварном виде, использование нежирных сортов мяса, ограничение потребления мяса и мясных продуктов (предпочтение рыбе), введение в рацион до 30% белка за счет молочных продуктов, использование неострых и несоленых сортов сыра, введение растительных белков главным образом за счет зерновых и бобовых



Принципы питания в пожилом и старческом возрасте

3) *Подбор жиров*

Общая потребность в жире примерно на 10% > белков, ограничение в первую очередь потребления животных жиров

4) *Подбор углеводов:*

использование продуктов из цельного зерна, картофеля и других овощей,

ограничение углеводов за счет сахара и сладостей, увеличение количества

сложных углеводов, содержащих клетчатку (пищевые волокна) 25-30 г/сут

5) *Использование vit и минеральных веществ*

6) *Использование БАД*

7) *Максимальное разнообразие питания*

8) *Использование продуктов и блюд, обладающих легкой перевариваемостью и усвояемостью*

9) *Обеспечение рационального питания пожилых при их пребывании во внедомашних условиях*



Принципы питания в пожилом и старческом возрасте

10) Антиатерогенная направленность питания

Снижение калорийности пищи, ограничение продуктов, содержащих

холестерин (печень, почки, мозги, жирные сорта мяса, икра рыб, яичные желтки), животных жиров, богатых насыщенными ЖК (говяжий, свиной, бараний, утиный, гусиный, куриный и др),

замена

их растительными маслами – источниками моно- и ПНЖК – 20-30 г/день. Полезно вводить в рацион животные источники ПНЖК – морскую жирную рыбу (скумбрию, сардину, сельдь иваси) по 300-400

г/нед в запеченном или консервированном виде

Рекомендуемое суточное потребление белков, жиров, углеводов и энергии для лиц пожилого возраста



| Возраст | Белки, г | | Жиры, г | Углеводы, г | Энергия | |
|--------------------------|----------|-----------------|---------|-------------|---------|------|
| | Всего | В т.ч. животные | | | кДж | ккал |
| Мужчины 60-74 г | 69 | 38 | 77 | 333 | 9623 | 2300 |
| Мужчины 75 л и старше | 60 | 33 | 67 | 290 | 8368 | 2000 |
| Женщины 60 – 74 г | 63 | 35 | 70 | 305 | 8786 | 2100 |
| Женщины 75 л и старше | 57 | 31 | 63 | 275 | 7950 | 1900 |



Саркопения

это обусловленное возрастом дегенеративно - атрофическое изменение мышечной ткани

- Пик мышечной массы приходится на 25 лет
- к 50 годам она уменьшается на 10%,
- к 80 г – на 30%
- У мужчин и женщин относительное снижение мышечной силы одинаково, но ввиду большей исходной силы у мужчин абсолютная ее потеря более выражена





Саркопения

- Процесс старения сопряжен с провоспалительной цитокинемией, оксидативным стрессом, которые, совместно с мальнутрицией, обуславливают формирование возраст-ассоциированной мышечной слабости или саркопении
- Данное заболевание является пусковым патогенетическим фактором формирования нарушений баланса с синдромом падений, остеопении, снижается чувствительность периферических тканей к инсулину, интенсивность метаболических процессов



Саркопения

Патогенез

- *Алиментарные факторы*
 - не менее 15% людей в возрасте > 60 л потребляют < 75% от рекомендованного значения суточного количества белка
- *Возрастные изменения гормонального фона*
 - снижается уровень соматотропного гормона, соматомедина-С, эстрогенов, тестостерона; развивается провоспалительный статус, особенно за счет интерлейкинов 1и 6, повышается продукция С-воспалительного белка
- *Изменение функции мышечной ткани как белкового депо*
 - происходит нарушение баланса между анаболическими и катаболическими процессами; скелетная мускулатура является органом продукции соматомедина-С, его уровень зависит от физической активности
- *Снижение способности мышечной ткани к регенерации*
 - происходит нарушение процессов гиперплазии, т.е. формирование нового



Саркопения

Клиническая картина:

снижение мышечного объема и силы

Клиническая значимость:

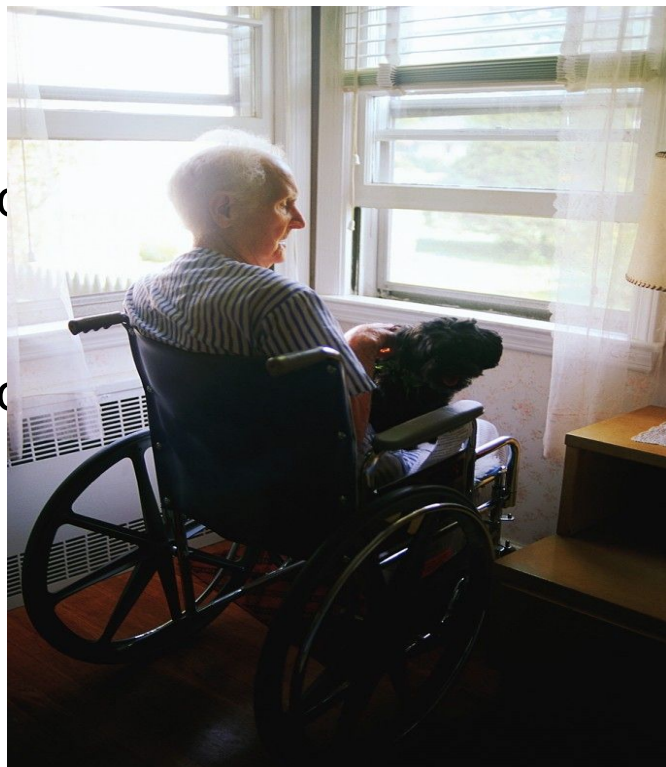
- увеличение частоты падений
- увеличение зависимости от посторонней помощи
- увеличение общего уровня нетрудоспособности

Лечение

- *Заместительная терапия* анаболическими гормональными препаратами тестостерона, эстрогеном (для женщин), соматомедином-С
- Большое значение имеют *аэробные физические тренировки*, которые способствуют улучшению анаболического гормонального статуса, увеличивают уровень базального метаболизма, снижают провоспалительную активацию



Снижение интенсивности метаболических процессов и физической активности



является закономерным следствием синдрома мальнутриции,

также характерных для пожилого и старческого возраста множества

и хронических заболеваний, полипрагмазии

Данные процессы приводят к нарушению функционирования всех органов и систем, в т.ч. снижают когнитивные способности



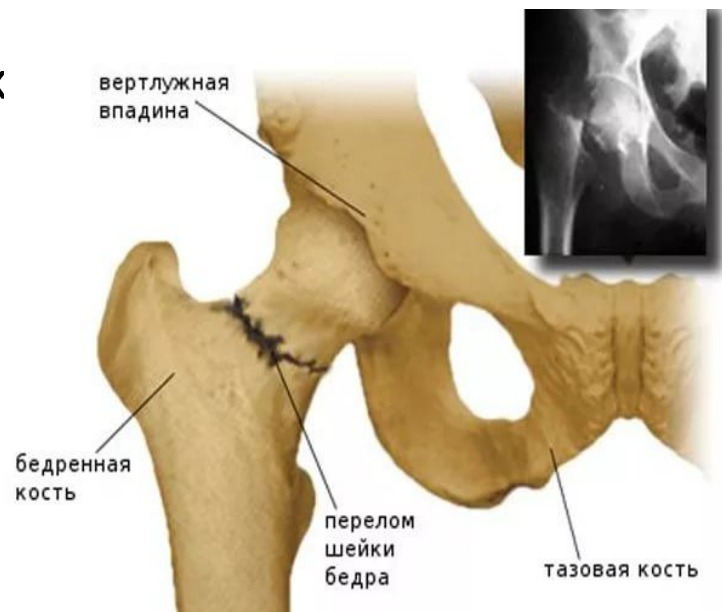
Синдром падений в пожилом возрасте

Это неосознанное изменение положения тела

- может сопровождаться травмами
- в возрасте 65-69 л встречается в 20-30% случаев
- в возрасте старше 85 л – в 50% случаев
- чаще встречается у женщин
- чаще в условиях жизни в социальных учреждениях

Осложнения

- Травмы мягких тканей
- Переломы костей
- Травма головы





Синдром падений в пожилом возрасте

Причины

- Кардиоваскулярная патология (синкопы, ортостатическая гипотензия, вертебробазилярные инсульты, гиперчувствительность каротидного синуса)
- Неврологическая патология (б-нь Паркинсона, периферическая нейропатия)
- Психиатрические болезни (деменция, депрессия)
- Патология ОДА (артроз, остеопороз)
- Периферические вестибулярные нарушения (вертиго, б-нь Меньера)
- Нарушения зрения
- Факторы риска
- Возраст
- Нарушения опорно-двигательного аппарата любой этиологии
- Когнитивные нарушения
- Прием некоторых медикаментов (бензодиазепины, гипнотики, миорелаксанты, антигипертензивные, антигистаминные, опиоиды, дигоксин, периферические вазодилататоры, некоторые антиаритмики)



Синдром падений в пожилом возрасте

Внешние факторы риска падений:

- низкое качество покрытия пола
- плохое освещение
- неприспособленные для пользования пожилыми людьми ванна и туалет
- неудобные для перемещения стулья и кровати
- неудобная обувь
- неисправные технические средства реабилитации (инвалидные кресла, трости, ходунки,...)
- неумение пользоваться некоторыми приспособлениями в условиях больницы,...



Синдром падений в пожилом возрасте

Профилактика

- анализ принимаемых медикаментов и отмена тех препаратов, которые могут приводить к падениям
- мобильная эрготерапия



- кинезотерапия, ориентированная на нормализацию движений в суставах, нормализацию координации движений и пр.
- образовательные программы
- применение технических средств реабилитации





Синдром падений в пожилом возрасте

Нозоспецифические особенности предупреждения падений

- *При постуральной гипотензии:* постепенное изменение положения, у лежачих больных – приподнимание головного конца кровати до 30° , употребление достаточного количества жидкости, минеральных вод, тщательный анализ медикаментозного лечения и четкое представление о том, какие препараты могут приводить к постуральной гипертензии, в тяжелых случаях – назначение препаратов кофенина, ГКК
- *При полипрагмазии:* исключение препаратов, которые способны вызвать с-м падения
- *При саркопении:* кинезотерапия, ориентированная на нормализацию движений в суставах, нормализацию координации движений и пр.



Пролежни в пожилом возрасте

Это ишемическое поражение тканей в местах длительного давления

- развитие пролежней в пожилом возрасте связано не только с нередко тяжелым соматическим статусом, но и с возрастными изменениями кожи
- в пожилом возрасте могут образовываться в течение нескольких часов
- наблюдаются у 2-4% госпитализированных
- риск смерти повышается на 50%

Факторы риска

- Возраст (70% всех случаев пролежней в возрасте > 70л)
- Мальнутриция
- Длительная иммобилизация, неврологический дефицит, контрактуры, недержание мочи и кала, СД, деменция, инфекционная патология, нарушения периферического кровообращения, медикаменты (ГКК, цитостатики, и пр.)



Пролежни в пожилом возрасте

Профилактика

- периодическое уменьшение давления на выступающие участки кожи
- у лежачих больных изменение положения тела не реже, чем каждые 2 часа
- применение специальных противопролежневых матрасов
- контроль физиологических констат (АД, достаточный прием жидкости, лечение анемии,





Пролежни в пожилом возрасте

Лечение

- *1 стадия*
коллоидные мази
- *2-3 стадия*
 - для ускорения эпителизации: гидроколоиды, полиуретаны
 - при инфицировании: антисептики
 - при формировании грануляций: полиуретаны, гидроколоиды, альгинаты, гидрогели
 - при некрозе: гидрогель
- *3-4 стадия*
хирургическое лечение
- *Во всех случаях*
стабилизация соматического состояния и уход

Пролежни

I степень



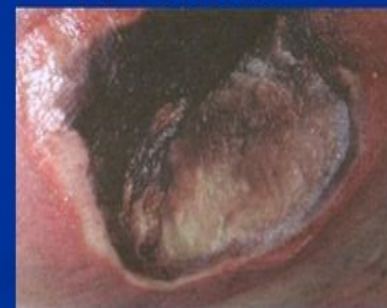
II степень



III степень



IV степень





Пролежни в пожилом возрасте

Прогноз

- исходы лечения тесно связаны с основным заболеванием
- спонтанное заживление пролежней происходит крайне редко
- при хорошем уходе и адекватном лечении состояние больных в 80% случаев улучшается, у 40% излечиваются



Клиника и диагностика

При сборе анамнеза необходимо помнить, что к развитию ССА способны приводить около 65 гериатрических синдромов

При осмотре по органам и системам

- наличие когнитивной дисфункции
- эпизодов снижения настроения
- депрессии
- выявление снижения зрения и слуха

- определение мышечной силы

Лабораторные исследования

- общий анализ крови и мочи
- б/х исследование крови (почечные и печеночные маркеры, уровень альбумина, холестерина и его фракций)
- маркеры воспаления
- уровень тиреотропного гормона, vit D, B12



Клиника и диагностика

Инструментальные исследования

необходимы для своевременного выявления последствий старческой астении, которые являются следствием значительного снижения резервов организма, например, ИМ, опухоли и пр.



Фармакологическое сопровождение

- Избегать полипрагмазии и высоких доз препаратов
- При нарушении сна целесообразно применение тразодона или золпидема
- Гигиенические мероприятия по восстановлению сна
- При тревожно-депрессивном с-ме целесообразно применение ингибиторов обратного захвата серотонина
- При снижении массы тела необходимо применять энтеральные смеси
- При наличии дефицита vit D необходима его коррекция
- Кинезотерапия д. б. направлена на тренировку баланса с целью предупреждения падений
- Максимально возможное восстановление мышечной силы и выносливости



Профилактика развития синдрома старческой анемии

FRAILTY

- Foodintakemaintenance – контроль приема пищи и регуляция рациона
- Resistanceexercises – физическая активность
- Atherosclerosisprevention - профилактика атеросклероза
- Isolationavoidance – избегать социальной изоляции
- Limitpain – купировать болевой синдром
- Tai-chiorotherbalanceexercises – выполнение физических упражнений
- Yearlyfunctionalchecking – регулярные медицинские осмотры





Старческая астеня

В нашей стране пока по отношению к гериатрическому контингенту пациентов сохраняет традиционный, общетерапевтический подход, заключающийся в купировании отдельных симптомов патологии путем этиопатогенетического или симптоматического воздействия, при этом в обычной практике такие понятия, как качество жизни или социализация гериатрического больного находятся вообще за рамками внимания



Из соц сетей

«Моей бабушке через 3 недели исполнится 96 лет...

В воскресенье и в понедельник ей было плохо... Такое случилось в первый раз... Оказывается, для пожилых людей старше 65 лет есть особый доктор – гериатр... Сегодня к бабуле приезжал такой.

Рассказываю в чем разница между ним и терапевтом в красках:

Бабуля: Я вот не очень хорошо слышу...

ЛОР: Ну так что вы хотели в таком возрасте?

Врач гериатр: Да, в вашем возрасте бывают подобные изменения. Слуховой аппарат поможет вам с этим справиться. Они легко подбираются по разным параметрам. Вам будет комфортно с ним, они легкие и незаметные. Есть программы по бесплатному обеспечению, а можно купить за деньги.



Из соц сетей

Бабуля: У меня катаракта, вроде можно сделать операцию. Но я переживаю.

Окулист: **Ну так что вы хотели в таком возрасте?** Конечно, страшно и непонятно, как оно все будет.

Врач гериатр: Вы волнуетесь, это понятно, но медицина не стоит на месте. Операция эта не сложная, идет под местным наркозом. Вы ничего не почувствуете, но при этом всегда будете в сознании и не будет тяжелого выхода из под наркоза. Сердце у вас работает хорошо, поэтому для волнений нет повода. А вот хорошее зрение намного улучшит качество вашей жизни. Вы сможете снова читать книги и разгадывать любимые кроссворды. Глаза и голова перестанет болеть от постоянного напряжения. Вы будете спокойнее чувствовать себя на улице и дома, когда сможете четко видеть все предметы и объекты.



Из соц сетей

Бабуля: Ноги болят, хожу мало.

Терапевт: **Ну так что вы хотели в таком возрасте?** Лежите больше и не ходите никуда.

Врач гериатр: Ноги болят, потому что не ходите. Чем больше лежите, тем им сложнее ходить. Все атрофируется. Мышцы теряют тонус. Вам надо больше двигаться, гулять каждый день. Сначала по чуть-чуть около дома. Вышли, до лавочки дойти, с соседками поговорили, на солнышке посидели или даже с зонтом под дождиком, прошлись немного и домой. Потом немного прибавили шагов. Потом еще чуть-чуть. Да и зарядку бы хорошо делать.



Из соц сетей

Бабуля: Сплю много...

Терапевт: **Ну так что вы хотели в таком возрасте?** Поели, да и ложитесь отдыхать, что еще делать-то.

Врач гериатр: Да, такое бывает. В пожилом возрасте сон затягивает. Нужно обязательно ходить гулять, читать, если не можете – заниматься цветами, например, разговаривать с людьми, обсуждать новости. Надо нагружать и тренировать свой мозг и тело постоянно.

Совсем другой подход, чувствуете? Человеческий, а не «овощной»».



ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России

Благодарю за внимание

Вопросы?