

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ПЕРЕЛОМА ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА

Ми́насов Т.Б., Ги́ноян А.О., Ми́насов И.Б.

ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет Росздрава, г. Уфа

Недостаточность питания является распространенной патологией у лиц пожилого и старческого возраста и, по разным данным, встречается от 15% до 90% населения [1, 2]. Так в США внутрибольничная недостаточность питания регистрируется у 27-46% пациентов старшей возрастной группы [6]. В Великобритании данная патология выявляется более чем у половины пациентов с хроническими заболеваниями ЖКТ и у 27% хирургических больных [4]. Недостаточность питания является фактором риска многих осложнений как со стороны послеоперационной раны, так и общих соматических. Следствием этого является более длительное нахождение в стационаре, имеются данные об экономических потерях и даже о влиянии на показатели летальности [5].

Известно, что недостаточность питания вносит вклад в риск развития мышечной слабости и старческой атаксии, что несомненно увеличивает риск низкоэнергетических повреждений крупных сегментов. Недостаточное поступление белка приводит к снижению всасывания алиментарного кальция и других остеотропных минералов. Дефицит эноргонутриентов приводит к снижению толщины подкожной клетчатки, что также негативно влияет на риск переломов в области проксимального отдела бедра.

Очевидно, что пациенты с переломами проксимального отдела бедра зачастую являются представителями старшей возрастной группы и имеют как многочисленные сопутствующие соматические заболевания, так и метаболические заболевания скелета.

Повреждения скелета, несомненно, влияют на энергетический баланс. Известно, что при повреждении крупного сегмента

энергетическая потребность возрастает в 1,2 раза, при перитоните – до 1,4 раза и при распространенных ожогах – до 1,9 раз [3]. Таким образом, недостаточность питания среди пациентов старшей возрастной группы является весьма распространенной патологией, в то же время имеется недостаточно сведений, касающихся ее распространенности среди пациентов ортопедического профиля, сведения, доступные в литературе, – фрагментарные, результаты их неоднозначные.

Целью исследования послужило изучение распространенности недостаточности питания у пациентов ортопедического профиля, госпитализированных по поводу перелома бедра.

Материалы и методы. Были проанализированы результаты обследования 74 пациентов, госпитализированных в БСМП и ГГВВ г. Уфы по поводу перелома проксимального отдела бедра. Средний возраст пациентов 67,2 лет, мужчин госпитализировано 25 (33,8%), женщин – 49 (66,2%) (рис.1). Основной причиной госпитализации были бытовые травмы у 47 (63,5%) и уличные травмы у 18 (24,3%) пациентов, иные механизмы были отмечены у 9 (12,2%) пациентов. Наиболее частым типом повреждения в 65 случаях (87,8%) были переломы типа 32 А и 32 В по АО, переломы типа 23 С были выявлены у 9 (12,2%) пациентов.

Анализ нутритивного статуса производился при помощи клинико-лабораторных методов, рекомендованных “EPSEN”, а именно субъективной общей оценки, диагностики биохимических маркеров, таких как общий белок сыворотки и альбуминовая фракция. Забор крови на биохимию

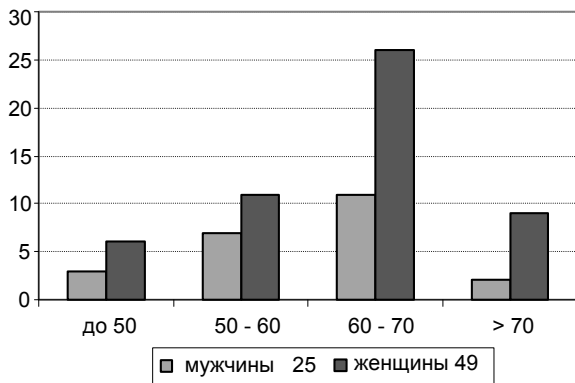


Рис. 1. Распределение пациентов по полу и возрасту.

мические маркеры осуществлялся в утренние часы, натощак, в течение первых суток после госпитализации. Сывороточный альбумин является важным параметром риска хирургического вмешательства, хотя напрямую не отражает степень недостаточности питания, в то же время замедленное восстановление показателя может быть следствием дефицита алиментарного азота. На показатель сывороточного альбумина влияют его динамическое перераспределение между сосудистым руслом и интерстициальным пространством, а также его разведение при изменении объема циркулирующей плазмы. Возрастающая скорость проникновения альбумина из сосудистого русла в интерстициальное пространство связана с цитокиновым ответом организма на травму, а разведение обуславливается введением жидкости в организм пациента. Альбумин имеет длительный период полураспада, скорость перераспределения его из кровотока в интерстициальное пространство и возвращение назад в сосудистое русло через лимфу в 10 раз выше скорости его синтеза. Белки с более коротким периодом полураспада, преальбумин и трансферрин, так же, как и альбумин, подвержены сильному влиянию перераспределения и разведения, они значительно чувствительнее отражают степень выраженности метаболического стресса, в то же время их применение затруднительно в клинической практике ввиду организационных причин.

Результаты исследования. В результате проведенного исследования было выявлено, что 7 (26,9%) пациентов моложе 60 лет и 22

(45,8%) старше 60 лет отметили снижение веса более чем на 5%, в то время как около 18% пациентов вообще не следили за весом в течение 6 месяцев, предшествующих госпитализации.

Недостаточность питания была выявлена у 2 (28,6%) пациентов моложе 50 лет, у 17 (81,1%) пациентов в возрастном диапазоне 50-60 лет, у 20 (71,4%) пациентов в диапазоне 60-70 лет и у 16 (88,9%) пациентов старше 70 лет. Недостаточность питания средней степени отмечена у 10 (47,6%) пациентов в группе до 60 лет, у 17 (60,7%) пациентов в возрастном диапазоне 60-70 лет, у 12 (66,7%) пациентов старше 70 лет (рис. 2).

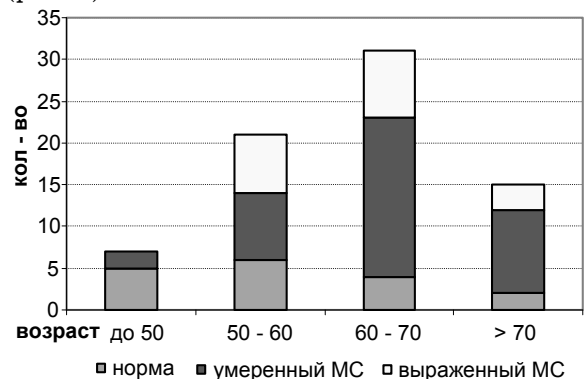


Рис. 2. Распределение обследованных пациентов по нутритивному статусу.

Гипоальбуминемия была отмечена у 16 (66,7%) пациентов в возрастной группе до 60 лет, у 26 (86,7%) пациентов в диапазоне 60-70 лет и у 12 (92,3%) пациентов старше 70 лет. Выраженная гипоальбуминемия, менее 30 г/л, выявлена у 6 (25%) пациентов моложе 60 лет, у 7 (23,3%) пациентов в диапазоне 60-70 лет и у 2 (15,4%) пациентов старше 70 лет (рис. 3).

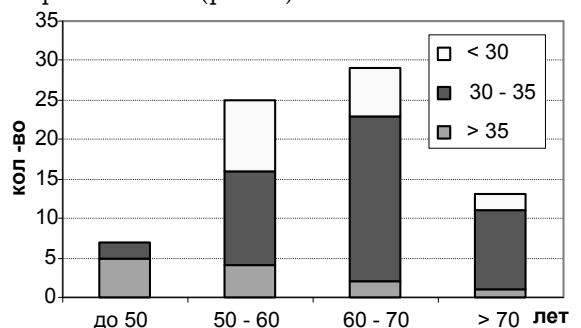


Рис. 3. Распределение пациентов по уровню сывороточного альбумина.

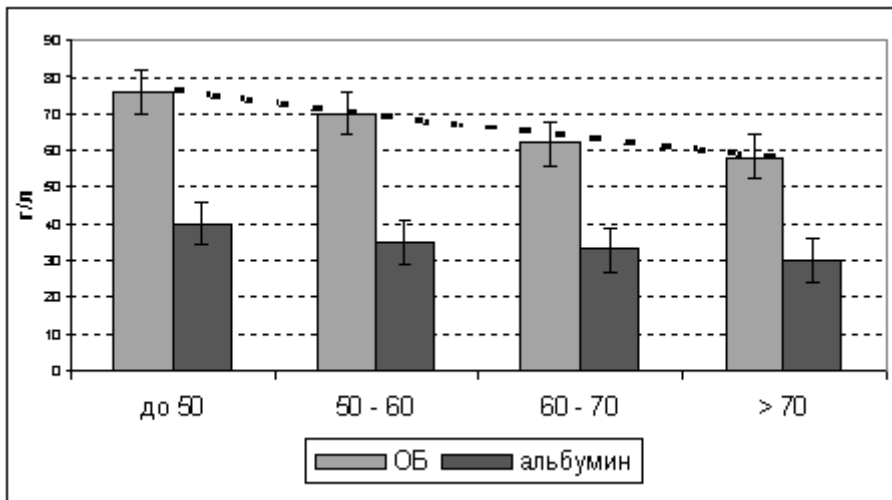


Рис. 4. Связь сывороточного альбумина с возрастом обследованных пациентов.

Обсуждение. Средние значения общего белка сыворотки и альбуминовой фракции, несмотря на вариабельность индивидуальных параметров и режимы гемоделиции, прямо и негативно коррелировали с возрастом обследуемых, при этом зависимость была линейной с отрицательным трендом (рис. 4).

Таким образом, выявленные данные свидетельствуют о том, что недостаточность питания часто встречается у пациентов с малоэнергетическими переломами проксимального отдела бедра. Различная степень выраженности метаболического стресса была отмечена более чем у 70% пациентов в возрастной группе старше 60 лет. В структуре пациентов с недостаточностью питания в более чем половине случаев была отмечена недостаточность питания средней степени выраженности.

Относительно небольшое количество пациентов с декомпенсированной недостаточностью питания в возрастной группе старше 70 лет, по-видимому, связано с недостаточным количеством наблюдений в выборке, что несомненно не отражает истинную распространенность данной патологии в популяции.

По всей видимости, наибольшую опасность представляет метаболический стресс средней степени выраженности, так как зачастую протекает хронически и бессимптомно, не сопровождаясь выраженной клинической симптоматикой или изменениями

лабораторных показателей, в то же время вполне вероятна декомпенсация в дооперационном периоде в связи с катаболическим стрессом вследствие острой реакции организма на травму и целого ряда неблагоприятных факторов, таких как болевой синдром, отсутствие аппетита, ятрогенная гиподинамия и ряд других.

В связи с этим всех пациентов, поступающих в стационар по поводу перелома проксимального отдела бедра, по видимому, следует тщательно обследовать с целью выявления факторов риска развития недостаточности питания. Процесс обследования, по всей видимости, должен быть регламентирован некими стандартами с последующей разработкой плана коррекции имеющихся или возможных метаболических нарушений, с целью профилактики наиболее вероятных послеоперационных осложнений, снижения показателей летальности, снижения длительности госпитализации и стоимости лечения.

Литература

1. Barreto P.J. The Cuban group for the study of hospital malnutrition. The state of malnutrition among Cuban hospitals. // Nutrition. – 2005. – 21. – P. 487–497.
2. Correia M.I.T., Campos A.C.L. Prevalence of hospital malnutrition in Latin America: the multicenter ELAN study. // Nutrition. – 2003. – 19. – P. 823–825.
3. Lawson R. et al. The effect of unselected post-operative nutritional supplementation on nutritional status and clinical outcome of surgical patients. // Clin Nutr. – 2003. – 22. – P. 39–46.
4. Pennington C.R., McWhirter J.P. Malnutrition is common, unrecognised, and treatable in hospital patients. // BMJ. – 1997. – 314. – P. 752.
5. Schiesser M. et al. Studies show nutrition intervention can improve outcomes and help reduce hospitalizations. // Surgery. – 2009. – 145. – P. 519–526.
6. Westergren A. et al. Prevalence of eating difficulties and malnutrition among persons within hospital care and special accommodations. // J Nutr Health Aging. – 2008. – 12. – P. 39–43.