
Случай из практики

УДК 616-053.9

DOI 10.52246/1606-8157_2026_31_2_56

СИНДРОМ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ, КОМОРБИДНЫЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И САХАРНОМУ ДИАБЕТУ 2-ГО ТИПА

С. Е. Ушакова, доктор медицинских наук, svetland1962@mail.ru,
М. В. Александров*, кандидат медицинских наук, Cat_Nick_home@mail.ru,
Г. А. Батрак, доктор медицинских наук, gbatrak@mail.ru

ФГБОУ ВО «Ивановский государственный медицинский университет» Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8

РЕЗЮМЕ Фармакотерапия у пациентов пожилого и старческого возраста представляет сложности для лечащих врачей. С одной стороны, для данной категории больных типично наличие нескольких хронических заболеваний (синдром полиморбидности), требующих постоянного приёма большого количества лекарственных препаратов. С другой – наличие сопутствующей патологии нередко ограничивает возможности и эффективность фармакотерапии. Представлен опыт лечения пациентки с сочетанной патологией: артериальной гипертонией, хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и сахарным диабетом 2 типа (СД 2). Применение STOPP/START-критериев позволило оптимизировать фармакотерапию и использовать препараты, эффективные при лечении нескольких имеющихся у больной нозологий (в частности, дапаглифлозин).

Ключевые слова: полиморбидность, синдром старческой астении, дапаглифлозин.

SENILE ASTHENIA SYNDROME COMORBID WITH CHRONIC HEART FAILURE AND TYPE 2 DIABETES MELLITUS

S. E. Ushakova, M. V. Aleksandrov, G. A. Batrak

ABSTRACT Pharmacotherapy in elderly and very elderly patients poses significant challenges for clinicians. This patient population is typically characterized by multimorbidity, necessitating the regular use of multiple medications. Conversely, comorbid conditions often constrain the feasibility and efficacy of drug therapy. We present the management of a female patient with arterial hypertension, chronic heart failure (CHF), and type 2 diabetes mellitus (T2DM). Application of the STOPP/START criteria facilitated pharmacotherapy optimization, enabling the use of agents with proven efficacy across multiple coexisting conditions, particularly dapagliflozin.

Keywords: multimorbidity, senile asthenia syndrome, dapagliflozin.

Полиморбидность – это сочетание у человека двух и более хронических неинфекционных нозологий. Его распространенность резко повышается с возрастом, достигая 55–98 % [1] и оказывает значительное влияние на течение синдрома старческой астении, ассоциированных с возрастом проблем и увеличивает эко-

номические затраты на лечение пожилых пациентов с синдромом полиморбидности, которое является одной из ключевых проблем в гериатрии. В настоящее время разработаны клинические рекомендации для лечения отдельных нозологий, но они не учитывают особенностей ведения пациентов с полиморбидностью. Реше-

ние данной проблемы в гериатрии возможно, если шире применять STOPP/START-критерии, разработанные для выявления нерациональных лекарственных назначений (STOPP) и упущенных возможностей для назначения полезных лекарств (START) у пожилых людей [2, 3]. Однако окончательное решение о назначении или отмене лекарств должно приниматься лечащим врачом с учётом индивидуальных особенностей пациента. Поэтому обсуждение каждого случая применения данного подхода представляется актуальным для медицинской общественности.

Клинический пример

Женщина 68 лет поступила в гериатрическое отделение с жалобами на боли во время ходьбы в области коленных суставов и поясничной области, отёки стоп и голеней, чувство нехватки воздуха во время ходьбы, снижение памяти на текущие события, плохой сон (спит сидя из-за одышки в горизонтальном положении) и общую выраженную слабость, не позволяющую выходить из дома без сопровождения.

Травм и падений в анамнезе не зафиксировано.

Более 15 лет отмечает повышение артериального давления (АД), пять лет назад перенесла острое нарушение мозгового кровообращения. Несколько лет назад стала отмечать одышку при ходьбе по улице и отёки стоп к вечеру. В последние два месяца появились постоянные отёки голеней. По этому поводу самостоятельно начала принимать фуросемид 1–2 раза в неделю. В последние месяцы незначительные физические усилия (одевание, гигиенические процедуры) стали провоцировать одышку, проходящую в течение 10 минут отдыха.

После экстирпации матки и придатков в 45 лет начала отмечать резкую прибавку в весе, в 55 лет был диагностирован СД 2. 4 года назад проведено двухстороннее эндопротезирование коленных суставов.

Пациентка живёт в семье дочери в благоустроенной квартире на втором этаже. Продукты покупают, готовят, стирают, убирают квартиру дочь и внучка. Пенсию получает на электронную карту, деньги помогают снимать родственники, поскольку не выходит из дому из-за одышки и слабости, поликлинику посещает в сопровождении родственников. Пользуется телефоном,

смотрит телевизионные передачи, слушает радио; лекарства принимает самостоятельно, но пенал с лекарствами на день собирает внучка. Не курит, алкоголь последнее время не употребляет из-за СД.

Пациентка постоянно принимала эналаприл – 10 мг/сут, розувастатин – 5 мг/сут, метформин – 1000 мг/сут, мелоксикам – 15 мг/сут. Периодически, при нарастании отёков, – фуросемид по 40 мг 2–3 раза в неделю.

Физикальное обследование: состояние среднетяжёлое. Выявлены отёки до средней трети голени. Частота дыхательных движений – 23 в мин. Грудная клетка цилиндрической формы. Перкуторный звук лёгочный. При аускультации – дыхание везикулярное, ниже 7-го ребра по задней поверхности обеих лёгких выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Пульс удовлетворительного наполнения, напряжённый, ритмичный – 88 уд./мин. АД – 168/98 мм рт. ст. При перкуссии левая граница относительной сердечной тупости на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца глухие. Живот мягкий, безболезненный. Перкуторно нижняя граница печени определяется на 3 см ниже рёберной дугой. Рубцы после артропластики коленных суставов.

Лабораторное исследование позволило зафиксировать признаки атерогенной дислипидемии (повышение уровня общего холестерина до 7,5 ммоль/л; холестерина липопротеидов низкой плотности – до 4,7 ммоль/л и триацилглицеридов – до 1,9 ммоль/л), симптомы хронической болезни почек (ХБП) (уровень креатинина – 100,0 мкмоль/л; скорость клубочковой фильтрации – 51 мл/мин/1,73 м²), неэффективного лечения СД (уровень глюкозы в крови – 7,1 ммоль/л; гликированного гемоглобина – 8,3 %, гликемический профиль: в 8:00 – 6,22 ммоль/л, в 12:00 – 7,72 ммоль/л, в 17:00 – 9,3 ммоль/л, в 21:00 – 7,48 ммоль/л), что характерно для пациентов с аналогичной нозологией [4].

Проведение электро- и эхокардиографии позволили подтвердить гипертрофию и сниженную сократительную функцию миокарда левого желудочка (ЛЖ) (индекс массы миокарда ЛЖ – 126 г/м², фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) – 42 %).

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки зафиксировано увеличение тени сердца.

Анкета «Возраст – не помеха» позволила выявить ассоциированные с возрастом проблемы со зрением, памятью и перемещением [1].

Результаты комплексной гериатрической оценки [1] состояния пациентки:

1. Выявлены признаки морбидного ожирения 3-й степени: рост – 160 см, вес – 120 кг, индекс массы тела – 46,9 кг/м².
2. Диагностированы лёгкие когнитивные расстройства: по результатам краткой шкалы психического статуса (MMSE) – 25 баллов и «Теста рисования циферблата» – 5 баллов.
3. Оценка шкалы питания (Mini nutritional assessment) показала, что пациентка не соблюдает диетические рекомендации эндокринолога, в рационе – недостаток овощей.
4. Выявлено снижение базовой функциональной активности (индекс Бартела – 90/100 баллов) и умеренное снижение инструментальной функциональной активности (индекс Лоутона – 6 баллов), а именно: потребность в посторонней помощи (при одевании уличной обуви и одежды, работе по дому, принятии ванны). Нуждается в сопровождении родственников при выходе за пределы квартиры.
5. На основании краткой батареи тестов физического функционирования (The Short Physical Performance Battery, SPPB) сделано заключение о наличии синдромов старческой астении и риска падений.

На основании отечественных клинических рекомендаций [1, 5–7] больной был сформулирован диагноз: «Гипертоническая болезнь III ст., неконтролируемая АГ. Остаточные явления острого нарушения мозгового кровообращения (2020 г.) Целевой уровень АД индивидуальный. Риск 4. ХСН 1-й стадии (Н – IIB по классификации Василенко – Стражеско, III функциональный класс по классификации NYHA). СД 2, целевой уровень HbA1C < 7,5 %. Ожирение 3-й ст. Нефропатия смешанного генеза (гипертоническая, диабетическая) ХБП – IIIA. Двусторонний гонартроз, эндопротезирование коленных суставов. Полисегментарный многоуровневый остеохондроз позвоночника. Люмбалгия. Старческая астения.

Снижение базовой функциональной активности (индекс Бартела – 90/100 баллов). Снижение инструментальной функциональной активности (индекс Лоутона – 6 баллов). Умеренные когнитивные нарушения. Высокий риск падений».

Гериатром обоснованы индивидуальные рекомендации для больной: разработаны персональные рекомендации по изменению рациона питания; проведено обучение тренировкам при ХСН; для профилактики падений рекомендована ходьба с тростью и меры по безопасности быта.

Основной проблемой терапии при поступлении в отделение была коррекция декомпенсации ХСН. Также у пациентки с очень высоким коронарным риском выявлен недостаточный контроль АД в сочетании с субъективно плохой переносимостью снижения систолического АД ниже 150 мм рт. ст. На фоне несоблюдения диетических рекомендаций (возможно, вследствие низкого образовательного ценза и когнитивных нарушений) у пациентки не удастся достичь эффективного контроля СД.

Для подбора лечения были использованы STOPP/START-критерии: все назначенные лекарственные средства соответствовали START-критериям для применения у лиц пожилого возраста, то есть их применение представлялось рациональным в контексте клинических показаний и не было явных противопоказаний.

1. На первом этапе лечения были назначены петлевые диуретики: фуросемид (40 мг внутривенно), торасемид (10 мг внутрь) в совокупности со спиронолактоном (100 мг внутрь).

Несмотря на наличие показаний к приему дапаглифлозина согласно START-критериям [2] (клинические проявления сердечной недостаточности независимо от наличия или отсутствия снижения ФВ ЛЖ и от наличия или отсутствия СД), на первом этапе он не был назначен, так как в инструкции к препарату сказано, что следует соблюдать осторожность у пациентов, получающих гипотензивную терапию, и у пожилых. Кроме того, необходимо было учесть STOPP-критерии и предостережения для назначения диуретиков у пожилых пациентов (недержание мочи, падения и переломы, гипокалиемия) [2]. Учитывая возраст больной, наличие нарушения функции почек (ХБП IIIA стадии), необходимость приёма трех диуретиков, в том числе двух «петлевых»,

был сделан вывод о том, что при назначении дапаглифлозина дополнительно повышался бы риск снижения объёма циркулирующей крови и развития артериальной гипотонии за счёт выраженного осмотического диуреза. Это могло бы привести как к дальнейшему снижению скорости клубочковой фильтрации, так и повышению риска падений и прогрессированию выраженности синдрома стерческой астении.

2. Вместо эналаприла был рекомендован рамиприл 5 мг/сут с последующей коррекцией дозы в зависимости от переносимости лечения, поскольку резкие колебания и существенное снижение АД пациентка связывала с ухудшением самочувствия. (Замена эналаприла рамиприлом объясняется тем, что у больной имеется ХБП IIIA стадии, а рамиприл имеет двойной путь элиминации и не требует снижения дозировок при развитии ХБП).

3. Доза розувастатина изменена с 5 до 10 мг/сут для достижения целевых показателей липопротеидов низкой плотности.

4. Пероральный приём противовоспалительных препаратов и анальгетиков заменили на трансдермальные обезболивающие и противовоспалительные пластыри в нижней части спины (по потребности).

5. Лечение метформином (1000 мг/сут) на первом этапе не было изменено.

На фоне терапии в стационаре самочувствие пациентки улучшилось: начала подниматься на второй этаж, поскольку уменьшилась одышка, исчезли «застойные» хрипы в лёгких, отёки убавились – пастозность стоп стала появляться только вечернее время. Фуросемид был отменён, доза спиронолактона уменьшена до 50 мг/сут. Однако адекватного контроля уровня гликемии достичь не удалось.

Закономерно встал вопрос о подборе поддерживающей терапии ХСН на амбулаторном этапе. Поскольку была достигнута компенсация ХСН, рекомендовано добавить бисопролол в начальной дозе 1,25 мг с последующим её титрованием. С целью коррекции СД и усиления терапии ХСН в соответствии со START-критериями предложен приём дапаглифлозина 10 мг/сут в сочетании с метформином 1000 мг/сут.

Дапаглифлозин относится к группе ингибиторов натрийзависимого переносчика глюкозы 2-го типа. Основным показанием для его назначения является СД 2 [8, 9]. Исходя из данных международного многоцентрового исследования DAPA-HF об эффективности назначения дапаглифлозина или эмпаглифлозина пациентам с ХСН с низкой ФВ ЛЖ, в том числе и без СД, которое сопровождалось снижением риска сердечно-сосудистой смерти и госпитализаций по поводу сердечной недостаточности, пациентам с ХСН с низкой ФВ ЛЖ и сохраняющимися симптомами сердечной недостаточности рекомендовано добавить дапаглифлозин или эмпаглифлозин к трёхкомпонентной схеме лечения (ИАПФ или БРА), β -адреноблокаторы, антагонисты альдостерона) [8, 10, 11].

На амбулаторном этапе пациентка получила следующие рекомендации: контроль уровня АД, ЧСС, гликемии и липидного профиля; регулярное мониторирование диуреза; коррекция дозы диуретиков и объёма потребляемой жидкости; продолжение приёма лекарственных препаратов в суточных дозах (рамиприл 5 мг, бисопролол 2,5 мг, торасемид 10 мг, спиронолактон 50 мг, розувастатин 10 мг, метформин 1000 мг, дапаглифлозин 10 мг), что соответствует STOPP/START-критериям и описанному клиническому опыту гериатров [2, 12].

Таким образом, полезным инструментом для оптимизации фармакотерапии у пожилых пациентов являются STOPP/START-критерии. Их использование в сочетании с мнением лечащего врача может повысить эффективность медицинской помощи, снизить риск побочных эффектов и улучшить качество жизни пожилых людей. При этом важно регулярное обновление сведений о препаратах в рамках STOPP/START-критериев и их адаптация к конкретной клинической ситуации в гериатрической практике.

Дапаглифлозин является оптимальным средством терапии у пациента с СД 2 типа и коморбидностью, позволяет добиться целевых значений гликемии, одновременно снижая риск сердечно-сосудистой смерти и госпитализаций по поводу декомпенсации сердечной недостаточности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ткачева О.Н., Котовская Ю.В., Рунихина Н.К., Фролова Е.В., Наумов А.В., Воробьева Н.М., Остапенко В.С., Мхитарян Э.А., Шарашкина Н.В., Тюхменев Е.А., Переверзев А.П., Дудинская Е.Н. Клинические рекомендации «Старческая астения». Российский журнал гериатрической медицины. 2020;(1):11-46.
2. Сычев Д.А., Ткачева О.Н., Котовская Ю.В., Малая И.П. Фармакотерапия у лиц пожилого и старческого возраста. Москва: КОНГРЕССХИМ; 2024:124.
3. Ткачева О.Н., Ушакова С.Е., Александров М.В. Фармакотерапия у пациента с синдромом старческой астении: опыт применения STOPP/START-критериев. Лечебное дело. 2023; 2: 21-28.
4. Gilyarov MYu. It's very complicated. Non Nocere. New Ther J. 2023;6-7:104-115.
5. Кобалава Ж.Д., Конради А.О., Недогода С.В., Шляхто Е.В., Арутюнов Г.П., Баранова Е.И., Барбараш О.Л., Бобкова Н.В., Бойцов С.А., Бубнова М.Г., Вавилова Т.В., Виллевалде С.В., Галявич А.С., Глезер М.Г., Гринева Е.Н., Гринштейн Ю.И., Драпкина О.М., Жернакова Ю.В., Звартау Н.Э., Иртыга Щ.Б., Кисляк О.А., Козиолова Н.А., Космачева Е.Д., Котовская Ю.В., Либис Р.А., Лопатин Ю.М., Небиридзе Д.В., Недошивин А.О., Никулина С.Ю., Остроумова О.Д., Ощепкова Е.В., Ратова Л.Г., Саласюк Ф.С., Скибицкий В.В., Ткачева О.Н., Троицкая Е.А., Чазова И.Е., Чесникова Е.И., Чумакова Г.А., Шальнова С.А., Шестакова М.В., Якушин С.С., Янишевский С.Н. Артериальная гипертензия у взрослых. Клинические рекомендации – 2024. Российский кардиологический журнал. 2024;29(9):6117.
6. Дедов И.И., Шестакова М.В., Майоров А.Ю., Шамхалова М.Ш., Сухарева О.Ю., Галстян Г.Р., Токмакова А.Ю., Никонова Т.В., Суркова Е.В., Кононенко И.В., Егорова Д.Н., Ибрагимова Л.И., Шестакова Е.А., Клефтортова И.И., Скляник И.А., Ярек-Мартынова И.Я., Северина А.С., Мартынов С.А., Викулова О.К., Калашников В.Ю., Бондаренко И.З., Гомова И.С., Старостина Е.Г., Аметов А.С., Анциферов М.Б., Бардымова Т.П., Бондарь И.А., Валеева Ф.В., Демидова Т.Ю., Мкртумян А.М., Петунина Н.А., Рюаткина Л.А., Суплотова Л.А., Ушакова О.В., Халимов Ю.Ш. Сахарный диабет 2 типа у взрослых. Сахарный диабет. 2020;23(25):4-102.
7. McMurray JJV, Solomon SD, Inzucchi SE, Køber L, Kosiborod MN, Martinez FA, Ponikowski P, Sabatine MS, Anand IS, Bøhlhávek J, Böhm M, Chiang C-E, Chopra VK, de Boer RA, Desai AS, Diez M, Drozd J, Dukát A, Ge J, Howlett JG, Katova T, Kitakaze M, Ljungman CEA, Merkely B, Nicolau JC, O'Meara E, Petrie MC, Vinh PN, Schou M, Tereshchenko S, Verma S, Held C, DeMets DL, Docherty KF, Jhund PS, Bengtsson O, Sjöstrand M, Langkilde A-M. Dapagliflozin in patients with heart failure and reduced ejection fraction. New Engl J Med. 2019;381(21):1995-2008. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1911303>.
8. Петрик Г.Г., Павлищук С.А. Способ раннего прогнозирования развития сосудистых поражений в дебюте эндокринопатий URL: https://www1.fips.ru/fips_servl/fips_servlet?DB=RUPAT&DocNumber=2426123&TypeFile=html.
9. Packer M, Anker SD, Butler J, Filippatos G, Pocock SJ, Carson P, Januzzi J. Cardiovascular and Renal Outcomes with Empagliflozin in Heart Failure. New Engl J Med. 2020;383(15):1413-1424. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2022190>.
10. Zannad F, Ferreira JP, Pocock SJ, Anker SD, Butler J, Filippatos G, Brueckmann M, Ofstad AP, Pfarr E, Jarmal W, Packer M. SGLT2 inhibitors in patients with heart failure with reduced ejection fraction: a meta-analysis of the EMPEROR-Reduced and DAPA-HF trials. Lancet. 2020;396(10254):819-829. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31824-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31824-9).
11. Котова А.С., Григорович М.С. Возможности персонализированного подхода к профилактике старческой астении на основе выявления и коррекции гериатрических синдромов и дефицитов. Вятский медицинский вестник. 2022; 2 (74): 105-110.
12. Котова А.С., Григорович М.С. Возможности персонализированного подхода к профилактике старческой астении на основе выявления и коррекции гериатрических синдромов и дефицитов. Вятский медицинский вестник. 2022;2(74):105-110.