

Случай из практики

УДК 616-01

DOI 10.52246/1606-8157_2023_28_4_59

ЗНАЧЕНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПОЖИЛОГО БОЛЬНОГО

С. Е. Ушакова^{1*}, доктор медицинских наук,
М. В. Александров¹, кандидат медицинских наук,
М. В. Жабурин¹, кандидат медицинских наук,
К. В. Варламов¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8

РЕЗЮМЕ Приведено клиническое описание ведения пациента пожилого возраста, направленного к гериатру с диагнозом «Синдром старческой астении». После комплексной гериатрической оценки признаков старческой астении у больного не обнаружено, но выявлена проблема, потребовавшая привлечения врачей других специальностей и оказания специализированной медицинской помощи.

Ключевые слова: комплексная гериатрическая оценка, старческая астения, гериатрический синдром, риск падений.

* Ответственный за переписку (corresponding author): svetland1962@mail.ru

По мере увеличения продолжительности жизни все более актуальной становится задача диагностики и лечения возраст-ассоциированных состояний у пожилых пациентов. Взвешенный и аргументированный подход к их ведению изложен в клинических рекомендациях «Старческая астения» [1]. В настоящее время разработаны показания для направления пожилого больного к гериатру, предложена методология комплексной гериатрической оценки (КГО), в ходе которой гериатр выявляет так называемые гериатрические синдромы, ухудшающие функциональную активность пациента. Это позволяет направить первоочередные усилия на коррекцию наиболее актуальных проблем, а междисциплинарное взаимодействие является основой индивидуализированного подхода к диагностике и коррекции значимых заболеваний и состояний у «хрупкого» пациента.

Приводим клиническое описание ведения пациента с предварительным диагнозом «Синдром старческой астении».

Пациент Ж, 76 лет, направлен терапевтом поликлиники на консультацию к гериатру с диагно-

зом «Старческая астения?», поскольку на этапе скрининга по опроснику «Возраст – не помеха» больной дал три положительных ответа (падения в анамнезе, проблемы с перемещением) [1].

Пациент предъявлял жалобы на эпизоды головокружения, которые стали причиной падений и резко ограничили не только выход из дома, но и самообслуживание. С целью предотвращения падений больной выходит на улицу только в сопровождении родственников. Также отмечает снижение слуха в последние пять лет, периодические головные боли.

В анамнезе у пациента артериальная гипертония в течение более 15 лет, гипотензивные препараты принимает нерегулярно. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Профессия требовала поддержания хорошей физической формы. В настоящее время не работает, но до последнего времени вел активный образ жизни с умеренной физической активностью.

Объективно: кожные покровы чистые. Периферических отеков нет. ЧД – 18 в мин, грудная клетка правильной формы. Над всей поверхностью легких перкуторно определяется лёгочный

звук, дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Пульс – 74 в мин, ритмичный, удовлетворительных качеств. АД – 170/80 мм рт. ст. Левая граница сердца определяется по левой срединно-ключичной линии в V межреберье. Выслушивается шум при аускультации сонных артерий. Тоны сердца приглушены, акцент II тона – над аортой. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень пальпируется по краю реберной дуги. Щитовидная железа не пальпируется.

Анализ крови и мочи – в пределах нормы. В биохимическом анализе крови – нормальный уровень глюкозы, общего белка, креатинина, показатель общего холестерина (ХС) – 6,96 ммоль/л, триглицеридов – 1,91 ммоль/л, ХС липопротеидов высокой плотности – 0,9 ммоль/л, ХС липопротеидов низкой плотности – 2,6 ммоль/л.

ЭКГ: электрическая ось сердца расположена горизонтально. Ритм синусовый с ЧСС 70 в мин. Признаки гипертрофии левого желудочка.

По данным эхокардиографии зафиксирована незначительная дилатация полости левого предсердия. Миокард левого желудочка (ЛЖ) утолщен. Сократительная функция ЛЖ сохранена. Диастолическая дисфункция ЛЖ 1-го типа. Склеродегенеративные изменения митрального клапана с недостаточностью 1–1,5 степени. Атеросклероз аорты с незначительным расширением корня и восходящего отдела.

При обследовании у гериатра установлен диагноз: «Гипертоническая болезнь II ст., неконтролируемая. Риск 4. ХИГМ 1 ст. сложного генеза».

Проведена КГО. Оценка инструментальной функциональной активности (шкала Lowton) – 7 баллов (норма – 8 баллов). Исследование по шкале Бартел не проводилось, поскольку нарушений базовой активности в анамнезе не было.

Зафиксировано расстройство равновесия, но не отмечено снижения силы мышц нижних конечностей. В положении стоп вместе и в полутандемном положении пациент удерживал равновесие менее 10 с, в тандемном положении – менее 3 с. Скорость ходьбы на 4 метра – 16 с, пятикратный подъем со стула занял менее 60 с. При антропометрии и динамометрии не выявлено саркопении. Индекс массы тела – 26,8 кг/м².

По шкале питания не выявлено опасности недоедания, показана антиатерогенная диета. При оценке психического здоровья выявлены уме-

ренные когнитивные нарушения по тесту Minimal State Examination (MMSE). Зафиксировано снижение слуха (тест на шепотную речь – высокая степень тугоухости). Имеющееся нарушение зрения корректируется очками.

Для оценки функции поддержания равновесия проведена стабилметрия. Выявлено умеренное нарушение функции равновесия, преобладание зрительного контроля: превышение референсных значений [2,3] по модулю показателей: площади статокинезиограммы с открытыми (S(o)) и закрытыми (S(z)) глазами, повышению скорости движения центра давления с открытыми (V(o)) и закрытыми глазами (V(z)), энергозатрат на поддержание равновесия с открытыми (Av(o)) и закрытыми глазами (Av(z)). Исходные показатели стабилограммы: S(o) – 109,4 мм², S(z) – 371,8 мм², V(o) – 15,7 мм/с, V(z) – 35,5 мм/с, Av(o) – 251,51 мДж/с, Av(z) – 1319,77 мДж/с.

Таким образом, по завершении КГО выявлены значимые нарушения слуха, равновесия; последнее, однако, не соответствует по степени выраженности и срокам развития с другими признакам старения организма, в частности, с фактом отсутствия других нарушений – саркопении, когнитивных и поведенческих расстройств [4, 5].

Поэтому гериатром совместно с терапевтом было принято решение продолжить поиск причин развития синдрома падений как основного фактора ухудшения качества жизни пациента, а именно: выполнение дополнительных исследований для выявления транзиторной гипоперфузии головного мозга [6].

В связи с наличием сенсорных дефицитов пациент осмотрен оториноларингологом и сурдологом, установлен диагноз: «Двусторонняя хроническая сенсоневральная тугоухость 1-й степени смешанного генеза». Рекомендовано слухопротезирование (слуховые аппараты заушные цифровые средней мощности открытого протезирования).

Выполнено дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий с цветным доплеровским картированием кровотока. Выявлены признаки стенозирующего атеросклероза брахиоцефальных артерий на экстракраниальном уровне, стенозы в бифуркации общей сонной артерии (справа – 45 %, слева – 60%), во внутренней сонной артерии (ВСА) (до 70 % D и S), наружной сонной артерии (50 % D и S). При ангиографии артерий шеи с контрастированным усилением

зафиксирована КТ-картина стеноза правой ВСА (до 80 % – по ECST, до 71% – по NASCET) и левой ВСА (до 63 % – по ECST, до 42 % – по NASCET). Рекомендовано проведение реконструктивной операции на правой ВСА с целью первичной профилактики ишемического инсульта.

Пациенту выполнена каротидная эндартерэктомия по ДеБейки справа.

Рекомендован прием дезагрегантов, гиполипидемическая терапия, подобрана антигипертензивная терапия.

В течение последующего года наблюдения пациент не отмечал приступов головокружения, падений не было. Проведено слухопротезирование. Больной чувствует себя удовлетворительно. Целевой уровень АД определен как 140–150/80 мм рт. ст., на фоне приема статинов ХС липопротеидов низкой плотности – 1,6 ммоль/л.

Повторная стабилметрия позволила зафиксировать улучшение функции равновесия, что выразилось в уменьшении показателей: $S(o) - 55,2 \text{ мм}^2$, $S(z) - 19,0 \text{ мм}^2$, $V(o) - 8,9 \text{ мм/с}$, $V(z) - 9,6 \text{ мм/с}$, $Av(o) - 149,76 \text{ мДж/с}$, $Av(z) - 155,04 \text{ мДж/с}$.

В приведенном клиническом примере продемонстрировано взаимодействие терапевта, гериатра и узких специалистов при решении проблемы головокружений и нарушения равновесия у пожилого пациента. Гериатром были выявлены классические гериатрические синдромы: риск падений, сенсорные дефициты, верифицированные нарушения равновесия, но при этом данных для установления диагноза старческой астении оказалось недостаточно. Последний факт побудил гериатра и терапевта провести поиск других причин нарушения равновесия. В итоге работы нескольких специалистов была установлена причина падений: расстройство кровообращения в системе сонных артерий, что и было эффективно устранено в ходе хирургического лечения.

Данный случай демонстрирует значение профессионального гериатрического подхода и эффективность работы мультидисциплинарной бригады при ведении лиц пожилого возраста, что позволило избежать преждевременного вынесения диагноза старческой астении и одновременно реализовать принципы профилактики сердечно-сосудистых осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Старческая астения: клинические рекомендации. М.; 2021:170.
2. Скворцов Д.В. Стабилметрическое исследование. М.: Маска; 2010:176.
3. Ястребцева И.П., Кривоногов В.А., Белова В.В., Филимонов Е.С., Карпунина Ю.В. Возрастные различия результатов стабилметрического тренинга при реабилитации пациентов с ишемическим инсультом. Вестник Ивановской медицинской академии. 2018;23(4):50-51.
4. Gurina NA, Frolova EV, Degryse JM. A roadmap of aging in Russia: the prevalence of frailty in community-dwelling older adults in the St. Petersburg district the «Crystal» study. J Amer Geriatr Soc. 2011;59 (6):980-988.
5. Пайкова А.С., Ушакова С.Е. Распространенность старческой астении и нарушений мобильности у лиц старших возрастных групп. Вестник Ивановской медицинской академии. 2019;24(3):37-40.
6. Brignole M, Moya A, de Lange FJ, Deharo JC, Elliott PM, Fanciulli A, Fedorowski A, Furlan R, Kenny RA, Martín A, Probst V, Reed MJ, Rice CP, Sutton R, Ungar A, van Dijk JG; ESC Scientific Document Group. 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. Eur Heart J. 2018;39(21):1883-1948.

SIGNIFICANCE OF COMPLEX GERIATRIC ASSESSMENT IN MANAGEMENT TACTICS DETERMINATION IN ELDERLY PATIENTS

S. E. Ushakova, M. V. Aleksandrov, M. V. Zhaburina, K. V. Varlamov

ABSTRACT Authors adduced a clinical description of management tactics in an elderly patient who was referred to a geriatrician with diagnosis «Senile asthenia syndrome». After complex geriatric assessment the signs of senile asthenia were not revealed, but another problem was detected and it required the consultations of other specialists and the administration of specialized medical aid.

Key words: complex geriatric assessment, senile asthenia, geriatric syndrome, risk of falls.