



УДК 616.89

ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

С.Г. ГОРЕЛИК¹
А.Н. ИЛЬНИЦКИЙ²
Я.В. ЖУРАВЛЕВА³
К.В. ПЕРЕЛЫГИН⁴
Г.И. ГУРКО⁴

¹Городская клиническая
больница №1, г. Белгород

²Полоцкий государственный
университет, г. Новополоцк,
Беларусь

³Белгородский
государственный
национальный
исследовательский
университет

⁴Санкт-Петербургский
институт биорегуляции
и геронтологии СЗО РАМН

e-mail: a-ilnitski@yandex.ru

В статье изложены данные о клинических синдромах, наиболее часто встречающихся в повседневной практике врача у лиц пожилого и старческого возраста. Основными из них являются соматические, которые включают в себя синдром мальнутриции, пролежни, недержание мочи и кала, падения и нарушения ходьбы, головокружение и атаксию, болевой синдром, нарушения слуха и зрения, потерю сознания; психические: деменция, депрессия, делирий, нарушения поведения и адаптации; а также социальные: утрата самообслуживания, зависимость от помощи других, социальная изоляция, подверженность насилию, нарушение семейных связей. В данной статье рассмотрена группа соматических синдромов.

Ключевые слова: клинические синдромы, соматический синдром, лица пожилого и старческого возраста.

В настоящее время, по современным представлениям, можно выделить три значимых группы синдромов в гериатрической практике. К ним относятся соматические, которые включают в себя синдром мальнутриции, пролежни, недержание мочи и кала, падения и нарушения ходьбы, головокружение и атаксию, болевой синдром, нарушения слуха и зрения, потерю сознания; психические: деменция, депрессия, делирий, нарушения поведения и адаптации; а также социальные: утрата самообслуживания, зависимость от помощи других, социальная изоляция, подверженность насилию, нарушение семейных связей.

В данной статье рассмотрена группа соматических синдромов, первым из которых выделен синдром недостаточности питания – синдром мальнутриции – патологическое состояние, причиной которого является недостаточный объем и калораж принимаемой пищи, приводящие к низким значениям индекса массы тела. Данный синдром характеризуется гипохолестеринемией, гипоальбуминемией, уменьшением размера талии/бедер. Распространенность его до 20% у лиц в возрасте старше 60 лет, если нет сопутствующей патологии, а при полиморбидных состояниях – 20 – 40%, причем у половины пациентов в тяжелой степени. Основными причинами являются: дефицит поступления полноценных продуктов, недостаточное поступление белков при удовлетворительном калораже и отдельных веществ (витамины), а также крайняя форма мальнутриции (при различной патологии, например, раке), полипрагмазия, тиреотоксикоз и сенильная анорексия.

Существует классификация, в которой выделяют три степени, в зависимости от индекса массы тела. При легкой степени индекс массы тела (ИМТ) больше 18 – 20 кг/м², наблюдается отсутствие соматических и функциональных нарушений, вес не менее 80% от нормального; а также снижение веса на 10% не менее чем за 6 месяцев.

При средней тяжести ИМТ равен 16 – 18 кг/м, в то же время вес в пределах 70 – 80% от нормального. При тяжелой степени ИМТ менее 16 кг/м, отмечается атрофия подкожной жировой клетчатки и медленное заживление ран, пациента беспокоит выраженная слабость. Лечение данной патологии представляет собой комплекс мероприятий, направленных на коррекцию калоража, который высчитывается по формуле Гарриса-Бенедикта.

Основной обмен рассчитывается: для мужчин $66 + [13,7 \times \text{масса тела (кг)}] + [5 \times \text{рост (см)}] - [6,8 \times \text{возраст (годы)}]$, а для женщин $655 + [9,6 \times \text{масса тела (кг)}] + [1,8 \times \text{рост (см)}] - [4,7 \times \text{возраст (годы)}]$.

Данные, полученные по этой формуле, являются «золотым стандартом». В лечении также используют фармакологическую стимуляцию аппетита: мегестрола ацетат в дозе до 800 мг в сутки и антидепрессант мirtазапин до 30 мг в сутки.

Следующим синдромом, который следует выделить, являются пролежни. Они являются результатом ишемического поражения тканей в местах длительного давления, причем у лиц пожилого возраста их образование происходит в течение нескольких дней. В данной патологии имеет место огромное количество факторов риска, из которых основными являются мальнутриция, длительная иммобилизация, неврологический дефицит, контрактуры, недержание мочи и кала, сахарный диабет, деменция, инфекционная патология, нарушения периферического кровообращения и применение медикаментов (глюкокортикоиды, цитостатики и пр.) По статистике 70% всех случаев пролежней встречается в возрасте старше 70 лет. По степени тяжести пролежни разделяют на шесть стадий: I стадия – эритематозная, можно достичь быстрого обратного развития; стадия 2 – поверхностной ulcerации, поражены эпидермис и дерма; стадия 3 – некротическая, сухой некроз, но в пределах кожи; стадия 4 – некротические изменения затрагивают не только кожу, но и более глубокие структуры.

Лечение складывается в зависимости от вышеперечисленных стадий. Так, при I стадии применяют коллоидные мази; в стадиях 2 – 3 для ускорения эпителизации используют гидроколоиды и полиуретаны; при инфицировании – антисептики; при формировании грануляций – полиуретаны, гидроколоиды, альгинаты, гидрогели; при некрозе – гидрогели, а при 3 – 4 стадиях только хирургическое лечение. Несмотря на возможность лечения пролежней, важным является их профилактика, которая включает в себя периодическое уменьшение давления на выступающие участки кожи – не менее чем на 15 секунд каждые 10 минут. При этом обязательным является изменение положения не реже каждых 2 часов, применение специальных противопролежневых матрасов и контроль физиологических констант – артериального давления, достаточный прием жидкости, лечение анемии, нутрициальная поддержка.

Не менее важным является синдром недержания мочи. В нем выделяют стрессовое недержание, характеризующееся недостаточностью сфинктера; ургентное недержание – это императивные позывы на мочеиспускание в течение дня; смешанные формы, а также рефлекторное недержание, которое является причиной дисфункции центральной нервной системы; функциональное недержание (делирий, нарушения адаптации при госпитализации); фармакологическое недержание (прием антихолинергических препаратов, гипнотиков, диуретиков, альфа-блокаторов, блокаторов кальциевых каналов). Лечение данной патологии начинается с нормализации питьевого режима, применения абсорбционных материалов и поведенческой терапии, включающей в себя приучение к частому мочеиспусканию. Иногда прибегают к фармакотерапии. Препаратами выбора являются селективные спазмолитики (детрузитол, смазмекс); трициклические антидепрессанты;



холиномиметики (неостигмин); альфа-симпатолитики (мидодрин); ингибиторы 5-альфа-редуктазы (дутастерид, финастерид). При несостоятельности терапии прибегают к хирургическому методу лечения.

Следующим клиническим синдромом являются падения, которые характеризуются неосознанным изменением положения тела. Падения могут сопровождаться травмами и чаще встречаются в возрасте 65 – 69 лет. В настоящее время выделяют огромное количество причин, приводящих к данному синдрому. Во-первых, кардиоваскулярная патология: синкопы, ортостатическая гипотензия, вертебробазиллярные инсульты, гиперчувствительность каротидного синуса. Во-вторых, неврологическая патология и психиатрические болезни: болезнь Паркинсона, периферическая нейропатия, деменция, депрессия. В-третьих, нарушения зрения: близорукость, катаракта, глаукома, макулярная дегенерация, патология полей зрения. К факторам риска относят: возраст, когнитивные нарушения, прием некоторых медикаментов (бензодиазепины, гипнотики, миорелаксанты, антигипертензивные, антигистаминные, опиоиды, дигоксин, периферические вазодилататоры).

Как было сказано выше, падения сопровождаются травмами не менее чем в 50 % случаев. Падения вне зависимости от причины, их вызвавшей, сами по себе могут приводить к тяжелой дезадаптации больных в повседневной жизни. Примерно в 1 из 10 случаев они сопровождаются тяжелыми повреждениями, включая переломы (наиболее часто – проксимальных отделов бедренной, дистальных отделов рук, костей таза, позвонков), субдуральную гематому, тяжелые повреждения мягких тканей и головы. Частое возникновение переломов у лиц пожилого и старческого возраста обусловлено остеопорозом, общим похуданием, патологией суставов, особенно нижних конечностей. Риск переломов вследствие падений особенно значителен у пациентов, у которых имеются нарушения двигательных функций (парезы, атаксия) после перенесенного инсульта.

Во избежание падений важным мероприятием является профилактика, в которой используется применение технических средств, таких как трость, палочка, коляски. Также не стоит забывать об отмене препаратов, способных вызывать головокружение или потерю сознания. Эти два синдрома являются основными причинами падений. Факторы, вызывающие потерю сознания, это изменение положения тела (из положения лежа или сидя резкий переход в вертикальную позицию – постуральная гипотензия); лекарственные препараты, воздействующие на артериальное давление; заболевания сосудов ног у пожилых людей; обезвоживание; сахарный диабет; болезнь Паркинсона.

Наиболее часто встречаемые обмороки – например, ортостатический обморок – возникают при резком переходе из горизонтального положения в вертикальное, когда сердечно-сосудистая система не успевает перестроиться для полноценного обеспечения головного мозга. Особенно выражен при одновременном приеме бета-блокаторов, диуретиков, нитратов, так широко используемых пациентами в пожилом и старческом возрасте. Беттолепсия – это обморок, возникающий на фоне хронических заболеваний легких. Он обусловлен тем, что во время затяжных приступов кашля в грудной полости значительно повышается давление и венозный отток крови из полости черепа значительно затрудняется. Вазодепрессорный обморок – чаще бывает у детей, обычно возникает при переутомлении, недосыпании, эмоциональном напряжении, длительном пребывании в душном помещении. Судорожный обморок характеризуется присоединением к стандартной клинической картине обморока судорог (общих, генерализованных или единичных подергиваний отдельных мышц). Почти каждая гипоксия мозга (недостаток кислорода), продолжающаяся более 20-30 секунд, может привести к появлению подобных симптомов.

Синдром гиперчувствительности каротидного синуса – протекает по типу простого или, реже, судорожного обморока. Обусловлен гиперактивностью каротидного рефлекса (с каротидных синусов, расположенных на передне-боковых поверхностях шеи), что и вызывает внезапно возникающую брадикардию, кратковременную остановку сердца или аритмию. Дроп-атаки – это неожиданные, внезапные падения больных. При этом практически никогда не бывает потери сознания, хотя могут быть головокружения, резкая слабость. Данный вид потери сознания обычно наблюдаются у больных с остеохондрозом шейного отдела позвоночника, осложненного развитием вертебро-базиллярной недостаточности.

И последние клинические синдромы, которые следует выделить, – это нарушение слуха и зрения. В пожилом возрасте нарушение слуха занимает 4-е место по распространенности после артроза, артериальной гипертензии, хронической сердечной недостаточности. Причем в возрасте старше 60 лет страдает 30% пациентов, а старше 75 лет – более 35%.

По классификации выделяют сенсоневральные нарушения, возникающие по таким причинам, как пресбиакузии, за счет дегенеративных изменений ЦНС и слухового аппарата, инфекционных поражений слухового нерва, невритом, болезни Меньера, травм, приема медикаментов (аминогликозидов, фуросемида). Также существуют проводниковые нарушения слуха – нарушение проведения звука ко внутреннему уху: отосклероз, ревматоидный артрит, нарушения слуха на уровне центральной нервной системы: деменция, нейродегенеративные процессы. В настоящее время разработано большое количество методов профилактики, улучшающих качество жизни пациентов. Чаще всего применяют слуховые аппараты разного типа, специальные телефоны, наушники – во время просмотра телевизора и установку кохлеарного импланта. У пожилых людей нарушение слуха в 97% сочетается с патологией зрения. Основными причинами, вызывающими синдром нарушения зрения, являются острые нарушения мозгового кровообращения, приступ глаукомы, кровоизлияние в сетчатку глаза, нарушения рефракции, катаракта, макулярная дегенерация, диабетическая ретинопатия, открытоугольная глаукома. В зависимости от этиологии возникновения синдрома назначаются различные методы лечения. Так, при катаракте применяют хирургическое лечение, а при диабетической ретинопатии – контроль гликемии, лазеротерапию. Открытоугольная глаукома лечится с помощью лазерной трабекулопластики и лазерной иридотомии.

Сочетание у пожилого больного различных соматических, психических и социальных синдромов вызывает синдром взаимного отягощения, оказывающий влияние на качество жизни, затрудняющий своевременную и правильную диагностику различных заболеваний вследствие невозможности проведения полноценного обследования и, главное, влияющий на выбор адекватного лечения. При этом стертыми иногда оказываются и клинические симптомы острых хирургических заболеваний, что приводит к запоздалому началу лечения, неблагоприятно отражается на исходе болезни и служит причиной высокой смертности. Трудности диагностики острой хирургической патологии порой связаны еще и с тем, что сам больной пожилого возраста подчас не может четко провести границу между здоровьем и болезнью, объясняя возникшее недомогание чисто «возрастными» причинами. Поэтому важным является своевременное выявление хирургических заболеваний у лиц пожилого и преклонного возраста и их плановое оздоровление.

Литература

1. Галкин Р.А. Хирургические болезни пожилых / Р.А. Галкин [и др.]. – Самара: ГП «Перспектива». – 1999. – 187 с.



2. Горшунова, Н.К. Геронтология и гериатрия в общей врачебной практике / Н.К.Горшунова, М.Н. Киндрас, Н.В.Медведев // учеб. пособие для врачей. – Курск: КГМУ, 2009. – 199 с.
3. Тейлор, Р.Б. Обморок / Р.Б. Тейлор // Трудный диагноз. – М. – 1992. – С. 199–213.
4. Kapoor, W.N. Syncope and hypotension // Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. 5th ed. / Ed. By Braunvald E. –Philadelphia. – 1996.

BASIC CLINICAL SYNDROMES IN GERIATRICS

S.G. GORELIK¹
A.N. ILNITSKII²
YA.V. JURAVLOVA³
K.V. PERELGIN⁴
G.I. GURKO⁴

¹⁾ *Municipal hospital №1,
Belgorod*

²⁾ *Polotsk State University,
Novopolotsk, Belarus*

³⁾ *Belgorod National
Research University*

⁴⁾ *St.Petersburg Institute
of Bioregulation
and Gerontology,
NMB of RAMS*

e-mail: a-ihnitski@yandex.ru

In article are stated about the clinical syndromes most often meeting in daily practice of the doctor at persons of elderly and senile age. The cores from them are somatic which include a syndrome malnutrition, decubituses, an incontience of urine and feces, falling and walking infringements, dizziness and an ataxy, a painful syndrome, a hearing disorder and sight, consciousness loss; the mental:dementia, depression, behavior and adaptation infringements; and as the social: self-service loss, dependence on the help of others, social isolation, susceptibility to violence, infringement of family connections. In given article the group of somatic syndromes is considered.

Keywords: clinical syndromes, a somatic syndrome, persons elderly and senile age.