

Авторы:



Евгения Викторовна
Екушева,
врач-невролог, д.м.н.,
Академия постдипломного
образования ФГБУ ФНКЦ
ФМБА России



Элен Арайковна Мхитарян,
врач-невролог, ФГАОУ ВО
РНИМУ им. Н. И. Пирогова,
ФГНКЦ

ПОЖИЛОЙ ПАЦИЕНТ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ: ОСОБЕННОСТИ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ВЕДЕНИЯ

В последние десятилетия во всем мире произошли значительные изменения возрастной структуры населения: группа лиц от 60 лет растет более высокими темпами, в связи с чем профилактика и лечение заболеваний у пожилых людей являются одними из наиболее важных задач современной медицины.

С возрастом во всем организме, и особенно в нервной системе, происходят анатомо-функциональные изменения и нарушения разнообразных биологических процессов, приводящие к ухудшению кровоснабжения головного мозга и последующему изменению мелких церебральных сосудов (микро- и макроангиопатии), приводящему к снижению микроциркуляторного кровотока, изменению сосудистой стенки [1–3].

НЕИЗБЕЖНЫЕ ПРОЦЕССЫ

При старении наблюдается широкий спектр негативных патофизиологических реакций в нейрональных структурах, что приводит к уменьшению объема и массы головного мозга, снижению плотности серого вещества головного и спинного мозга, истончению белого вещества в области сенсорных церебральных полей, уменьшению в размерах, повреждению и дегенерации нейронов различной степени выраженности, в первую очередь в лобной коре, гиппокампе и мозжечке, и к 90-летнему возрасту снижение общего количества нейронов в определенных церебральных областях достигает 45% [1–4]. Причем возрастной потере

нейронов больше подвержены филогенетически более «новые» структуры головного мозга, связанные с познавательной функцией, чем филогенетически «старые» (ствол мозга), так, в возрастной период от 60 до 90 лет отмечается редукция гиппокампа на 35%, коры – на 15%, белого вещества мозга – на 25% [5]. С возрастом происходит снижение числа синаптических соединений и модулей нейронов, в том числе ответственных за контроль когнитивной деятельности, способности формировать новые синапсы, редукция синаптической пластичности и межнейронального взаимодействия в различных областях центральной нервной системы (ЦНС), преимущественно в лобной доле [5]. Все это негативно влияет на динамичность нейрональных сетей и процессы адаптивной нейропластичности и объясняет возрастные нарушения пространственной памяти [6]. Кроме того, физиологические возрастные изменения протекают на фоне снижения функциональной активности нейромедиаторных систем, увеличения секреции воспалительных цитокинов и нарушения экспрессии соответствующих рецепторов и связанных с ними протеинов, нейротрофических и ростовых факторов, что приводит к развитию разнообразных нейродегенеративных проявлений [5; 7–9].

Структурно-функциональные изменения, мультифакториальный патогенез определяют клинические особенности и течение большинства заболеваний у пациентов пожилого и старческого возраста, терапия которых затруднена особенностями фармакокинетики, фармакоди-



Таблица 1. Особенности пациентов пожилого и старческого возраста

Структурно-функциональные изменения во многих органах и системах
Полиморбидность (наличие 2 и более заболеваний)
Хроническое течение большинства заболеваний
Атипичная или стертая клиническая картина заболеваний
Мультифакториальный патогенез большинства болезней
Изменение фармакокинетики, фармакодинамики в пожилом возрасте
Увеличение возможности неблагоприятных лекарственных взаимодействий при полипрагмазии
Социально-психологическая дезадаптация

намики и многочисленными нежелательными лекарственными взаимодействиями на фоне одновременного применения нескольких лекарственных средств (таблица 1).

СТАРЧЕСКАЯ АСТЕНИЯ (СА)

В начале 2000-х годов для описания состояния истощения внутренних резервов организма у людей пожилого и старческого возраста была предложена концепция старческой астении, позволяющая прогнозировать неблагоприятные исходы. Старческая астения – это ключевой гериатрический синдром, характеризующийся возраст-ассоциированным снижением физиологического резерва и функций многих систем, приводящим к повышенной уязвимости организма пожилого человека к воздействию эндо- и экзогенных факторов, и высоким риском развития неблагоприятных исходов для здоровья, потери автономности и смерти [10]. Старческая астения тесно связана с другими гериатрическими синдромами. Важно заметить, что при своевременном выявлении СА потенциально обратима и существенно влияет на тактику ведения пациента. Наличие заболевания помогает определить опросник «Возраст не помеха» (таблица 2). Старческая астения не является неотъемлемой частью процесса старения, а рассматривается как его неблагоприятный исход. При старении происходит постепенное снижение физиологического резерва организма. При развитии СА данный процесс значительно ускоряется. Этому способствуют различные заболевания, имеющиеся у пожилых пациентов.

Таблица 2. Опросник «Возраст не помеха»

№	ВОПРОС	ОТВЕТ
1	Похудели ли Вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев?	да/нет
2	Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения или слуха?	да/нет
3	Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением, или падения без травм?	да/нет
4	Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель?	да/нет
5	Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?	да/нет
6	Страдаете ли Вы недержанием мочи?	да/нет
7	Испытываете ли Вы трудности в перемещении по дому или на улице (ходьба до 100 метров или подъем на 1 лестничный пролет)?	да/нет

При наличии 3 и более критериев диагностируется синдром СА, 1–2 критерия – преастения.

Таблица 3. Гериатрическая шкала депрессии (Geriatric Depression Scale, GDS-15)

1	В целом удовлетворены ли Вы своей жизнью?		НЕТ
2	Вы забросили большую часть своих занятий и интересов?	ДА	
3	Вы чувствуете, что Ваша жизнь пуста?	ДА	
4	Вам часто становится скучно?	ДА	
5	У вас хорошее настроение большую часть времени?		НЕТ
6	Вы опасаетесь, что с Вами случится что-то плохое?	ДА	
7	Вы чувствуете себя счастливым большую часть времени?		НЕТ
8	Вы чувствуете себя беспомощным?	ДА	
9	Вы предпочитаете остаться дома, нежели выйти на улицу и заняться чем-нибудь новым?	ДА	
10	Считаете ли Вы, что Ваша память хуже, чем у других?	ДА	
11	Считаете ли Вы, что жить – это прекрасно?		НЕТ
12	Чувствуете ли Вы себя сейчас бесполезным?	ДА	
13	Чувствуете ли Вы себя полным энергией и жизненной силой?		НЕТ
14	Ощущаете ли Вы безнадежность той ситуации, в которой находитесь в настоящее время?	ДА	
15	Считаете ли Вы, что окружающие Вас люди живут более полноценной жизнью в сравнении с Вами?	ДА	
Общий балл:			

1 балл зачисляется за ответ «нет» на вопросы 1, 5, 7, 11, 13 и за ответ «да» на вопросы 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15.

Интерпретация результатов: 0–4 балла – нет депрессии, ≥ 5 баллам – вероятная депрессия.

ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ЦВЗ)

ЦВЗ широко распространены у пациентов старшего возраста, причем у данной категории больных выявляется множество сосудистых факторов риска, каждый из которых может стать причиной развития разнообразной цереброваскулярной патологии. В связи с этим в данной возрастной группе трудно выделить один фактор риска развития ЦВЗ, поскольку в патологический процесс вовлечены несколько органов и систем, что проявляется широким спектром неврологических и соматических нарушений, способствующих развитию СА. Несмотря на многообразие причин, патогенез поражения церебральных структур при хронических цереброваскулярных расстройствах заключается преимущественно в комплексе патофизи-

зиологических и биохимических нарушений, обусловленных оксидантным стрессом, эндотелиальной дисфункцией, системным воспалением, глутаматной эксайтотоксичностью, нейротрансмиссерной недостаточностью, апоптозом.

Клиническая картина хронического цереброваскулярного поражения головного мозга представлена когнитивными, двигательными и психоэмоциональными расстройствами. Сосудистые когнитивные расстройства характеризуются снижением темпа когнитивных функций, проявляющемся медлительностью при умственной работе, нарушением внимания, снижением не только кратковременной, но и долговременной памяти. Двигательные расстройства чаще проявляются в изменении походки. Пациенты начинают ходить, широко расставляя ноги, мелкими шагами, отмечают



Таблица 4. Опросник тревоги в гериатрии

ВОПРОС	ВАРИАНТЫ ОТВЕТА
Я тревожен (–на) большую часть времени?	да/нет
Я слишком сильно беспокоюсь о мелочах?	да/нет
Я думаю о себе как о тревожном человеке?	да/нет
Я часто чувствую себя нервным (–ой)?	да/нет
Часто мне достаточно только мыслей, чтобы встревожиться?	да/нет

Интерпретация результатов: тревога присутствует при результате ≥ 3 баллам.

переступания при поворотах, вследствие чего резко повышается риск падений и переломов. Также характерным проявлением хронического сосудистого поражения головного мозга являются психоэмоциональные расстройства: снижение фона настроения разной степени выраженности – от субдепрессии до большого депрессивного расстройства, эмоциональной лабильности, часто в сочетании с повышенной раздражительностью, психической и соматизированной тревогой. Для выявления депрессивных нарушений в пожилом возрасте используется короткая гериатрическая шкала депрессии (таблица 3).

ТРЕВОЖНЫЕ НАРУШЕНИЯ

Особую сложность для диагностики представляют соматические (вегетативные) проявления тревожных расстройств, характеризующиеся приливами жара или холода, потливостью, приступами сердцебиения, вариабельностью артериального давления, одышкой, ощущением

«кома» в горле, дрожью в теле, нарушением мочеиспускания или желудочно-кишечными проявлениями. К сожалению, данные симптомы чаще расцениваются докторами как обострение имеющихся соматических заболеваний и проводится коррекция сердечных, гипотензивных и других лекарств. Для выявления тревожных нарушений у пожилых пациентов необходимо применять опросник тревоги в гериатрии (таблица 4).

Таким образом, при ведении больных пожилого и старческого возраста врачу приходится решать разнообразные клинические, а также психологические, деонтологические и другие проблемы пациентов, что, безусловно, требует профессиональных умений и навыков, учитывающих особенности лиц данного возраста. При этом важно учитывать наличие коморбидных состояний, высоко распространенных у пациентов старшего возраста с хронической цереброваскулярной патологией, что позволяет выбрать наиболее безопасную стратегию ведения, которую демонстрирует рассматриваемый клинический пример.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР



Кто
Пациентка З.
Доцент кафедры
информационных
технологий и систем

Возраст
74 года

Жалобы: на повышенную забывчивость, рассеянность и угнетаемость последние 2 года. Все эти явления появились исподволь, без видимой причины и постепенно нарастают

Со слов дочери, мама и раньше была рассеянной, но в последнее время забывает, куда положила свои вещи, изменилась в характере, стала требовать к себе повышенного

внимания, стала излишне болтливой. В последний год 2 раза упала и резко похудела. Также дочь отмечает повышенную тревожность мамы. При этом З. считается прекрас-

ным преподавателем на своей кафедре, упоминает все детали своей биографии без каких-либо затруднений. Нарушения памяти возникли приблизительно на одном и том же уровне в течение последних полутора лет; 7 месяцев назад Э. проходила диспансеризацию в поликлинике по месту жительства, где ей была рекомендована терапия сосудистыми и ноотропными препаратами, через 2 месяца приема которой наблюдала положительный, но недолгий эффект.

Анамнез

Известно, что пациентка длительное время страдает артериальной гипертонией. Диагноз установлен в 47 лет, назначена гипотензивная терапия. В это же время впервые выявлена гиперлипидемия, в связи с чем старается соблюдать диету, статины принимает нерегулярно, считая, что это вредно для печени. В семейном анамнезе – артериальная гипертензия у мамы, тети и родной сестры.

Клинико-неврологический осмотр

Сознание ясное, при общении контактна, адекватна, критична, в месте и времени ориентирована правильно. Пониженного питания: масса тела – 48 кг при росте 165 см. Черепная иннервация интактна, за исключением оживления рефлексов орального автоматизма: хоботковый рефлекс, двусторонний симптом Маринеску – Радовичи. Выявляются нарушения походки в виде апраксии ходьбы (ходьба на широкой базе, мелкими шагами, нарушены повороты). Чувствительных, координаторных нарушений нет. Тазовые функции контролирует. Выявляется сниженный фон настроения, также повышенная тревожность. Оценка по гериатрической шкале депрессии – 8 баллов, по шкале тревоги – 4 балла, по опроснику «Возраст не помеха» – 3 балла (положительно ответила на вопросы о потере веса, нарушениях памяти и психоэмоциональном состоянии).

Нейропсихологическое тестирование

Согласно краткой шкале оценки психического статуса (КШОПС – англ. MMSE) – 27 баллов из 30 возможных (не вспомнила 2 слова из трех и ошиблась при счете). По Монреальской шкале оценки когнитивных функций (MoCA-тест) – 23 балла из 30 возможных. Тест рисования часов – 8 баллов (максимальный балл – 10),

батарея лобной дисфункции – 15 баллов (максимальный балл – 18). В тесте «12 слов» самостоятельно вспомнила только 7, но с помощью подсказок припомнила остальные 5 слов. После отвлечения внимания на 3–4 минуты: самостоятельно вспомнила 3 слова, с помощью подсказок – остальные 9 слов.

Методы исследования

MPT головного мозга (1,5 Тесла): умеренное расширение боковых желудочков и субарахноидальных пространств, умеренный субкортикальный и перивентрикулярный лейкоареоз.

Биохимический анализ крови: повышение показателей холестерина, липопротеинов низкой и очень низкой плотности, триглицеридов и коэффициента атерогенности. Иные исследования (клинические анализы крови и мочи, гормоны щитовидной железы, витамин В₁₂, фолиевая кислота, коагулограмма, серологические обследования, электрокардиография) значимой патологии не выявили.

Дуплексное исследование брахиоцефальных артерий: утолщение комплекса интимамедиа. S-образная извитость сонных артерий с двух сторон. Нестенозирующий атеросклероз (30% просвета) левой сонной артерии в области бифуркации на внутреннюю и наружную сонные артерии.

Таким образом, у больной выявляются умеренные когнитивные расстройства, двигательные, психоэмоциональные нарушения и саркопения. Отмечается также артериальная гипертензия, атеросклероз церебральных артерий и гиперлипидемия. Выявление множественных гериатрических синдромов у данной пациентки (когнитивные нарушения, синдром падений, депрессия и саркопения) свидетельствует о наличии у пациентки СА.

Рекомендовано

Сбалансированное питание, регулярная физическая активность не менее 150 минут в неделю, ношение трости для предупреждения последующих падений, ежедневный прием гипотензивной терапии и статинов. С целью улучшения церебрального кровотока и одновременного воздействия на астеническую симптоматику и тревожные нарушения Э. была назначена последовательная терапия препаратами Мексидол® и Мексидол® ФОРТЕ 250: сначала внутримышечные инъекции Мексидола по 5 мл в течение 14 дней (фаза насыщения), затем пероральный прием препарата Мексидол® ФОРТЕ 250



по 250 мг 3 раза в сутки в течение 8 недель (фаза максимизации терапевтического эффекта).

Выбор оригинального отечественного препарата Мексидол® определялся наличием у данного лекарственного средства широкого спектра клинических эффектов, продемонстрированных у большого количества пациентов с ЦВЗ [11–14], в частности, антиоксидантного, мембранопротективного, антигипоксического, противоишемического. Однако решающим в выборе препарата стало его хорошее анксиолитическое (противотревожное), вегетостабилизирующее и гиполипидемическое действие [12–14]. Наличие большого количества мультимодальных воздействий у препарата Мексидол® особенно

З. сообщила, что правильно питается, регулярно совершает пешие прогулки и плавает в бассейне. Повторные лабораторные исследования подтвердили достижение целевых значений и нормализацию суточного профиля артериального давления и липидограммы. При нейропсихологическом тестировании также выявлялась положительная динамика (таблица 5). Таким образом, соблюдение рекомендаций по нелекарственной терапии (питанию, физической активности), как и регулярный прием антигипертензивной, гиполипидемической терапии вместе с лекарственным средством Мексидол®, обладающимплейотропным и мультимодальным воздействием, продемонстрировали существенный эффект про-

ЭФФЕКТИВНАЯ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕПАРАТОМ МЕКСИДОЛ® НАЧИНАЕТСЯ С ИНЪЕКЦИЙ С ПОСЛЕДУЮЩИМ ПЕРЕХОДОМ НА ТАБЛЕТКИ

важно в терапии пациентов с хронической цереброваскулярной патологией и разнообразными коморбидными заболеваниями, в свою очередь являющимися факторами риска развития и прогрессирования цереброваскулярной патологии. При этом назначение одного препарата с мультимодальным действием поможет избежать полипрагмазии у пожилых.

При повторной консультации через 2,5 месяца пациентка отметила улучшение общего состояния, настроения, концентрации внимания и повышение работоспособности, реже забывает, куда положила важную для нее вещь.

водимой терапии и улучшение качества жизни больной З. Было рекомендовано: продолжить соблюдение данных рекомендаций.

Представленный клинический пример показывает важность диагностики всех имеющихся патологических состояний и заболеваний у пациентов старшей возрастной группы и дальнейшей рациональной терапии имеющихся нарушений лекарственными средствами с доказанной эффективностью и мультимодальным воздействием, что позволит избежать полипрагмазии, улучшить самочувствие, повысить качество жизни и комплаентность данных пациентов.

Таблица 5. Нейропсихологические показатели пациентки З. до и после лечения

Тестирование	До лечения	Через 2,5 месяца лечения
Краткая шкала оценки психических функций	27	28
Монреальская шкала оценки когнитивных функций	23	26
Тест рисования часов	8	9
Батарея тестов на лобную дисфункцию	15	16
Гериатрическая шкала депрессии	8	5
Опросник тревоги в гериатрии	4	2