

Антигипертензивная терапия у пациентки с синдромом старческой астении. Клинический случай

А.В. Лузина, О.Н. Ткачёва, Н.К. Рунихина

Российский геронтологический научно-клинический центр — ОСП ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва

Цель статьи: рассмотреть ведение пациентки старческого возраста с артериальной гипертензией (АГ) и синдромом старческой астении (ССА) в практике кардиолога.

Основные положения. АГ является основной причиной сердечно-сосудистых заболеваний и смерти у пациентов старше 65 лет. Снижение артериального давления (АД) эффективно в предотвращении инсульта и других сердечно-сосудистых событий. Однако при развитии ССА высокие цифры АД могут рассматриваться как компенсаторный механизм для поддержания перфузии головного мозга, а низкие уровни АД — как индикатор старения сердечно-сосудистой системы.

Тактика ведения пациентов старшего возраста зависит от функционального статуса, определяемого в ходе комплексной гериатрической оценки (КГО), что иллюстрируется описанием клинического случая.

Заключение. Тактика ведения пациентов с АГ и ССА основывается на определении функционального статуса по данным КГО.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, ортостатическая гипотония, старшие возрастные группы, синдром старческой астении, функциональный статус.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Лузина А.В., Ткачёва О.Н., Рунихина Н.К. Антигипертензивная терапия у пациентки с синдромом старческой астении. Клинический случай // Доктор.Ру. 2019. № 2 (157). С. 23–26. DOI: 10.31550/1727-2378-2019-157-2-23-26

Antihypertensive Treatment for a Female Patient with Frailty Syndrome: a Case Report

A.V. Luzina, O.N. Tkacheva, N.K. Runikhina

Russian Clinical Research Center for Gerontology (a Standalone Unit of the N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, a Federal Government-funded Educational Institution of Higher Education), Russian Ministry of Health; 16 Pervaya Leonova St., Moscow, Russian Federation 129226

Objective of the Paper: To describe the management strategy used by a cardiologist for a hypertensive female geriatric patient with frailty syndrome.

Key Points: Hypertension is the leading cause of cardiovascular morbidity and mortality in patients older than 65 years. Reducing blood pressure is an effective measure for preventing stroke and other cardiovascular events. In patients with frailty syndrome, however, high blood pressure can be viewed as a compensatory mechanism to maintain brain perfusion, while low blood pressure is an indicator of ageing of the cardiovascular system.

Management strategies for older patients depend on the patients' functional status, which is assessed during a comprehensive geriatric examination. Such an approach is well illustrated by this clinical case.

Conclusion: Management strategies for patients with hypertension and frailty syndrome are based on functional status parameters, which are determined during a comprehensive geriatric examination.

Keywords: hypertension, orthostatic hypotension, older age groups, frailty syndrome, functional status.

The authors declare that they do not have any conflict of interests.

For reference: Luzina A.V., Tkacheva O.N., Runikhina N.K. Antihypertensive Treatment for a Female Patient with Frailty Syndrome: a Case Report. Doctor.Ru. 2019; 2(157): 23–26. DOI: 10.31550/1727-2378-2019-157-2-23-26

Артериальная гипертензия (АГ) — основная причина сердечно-сосудистых заболеваний и смерти у пациентов старше 65 лет [1]. Снижение АД эффективно в предотвращении инсульта и других сердечно-сосудистых событий [2]. Однако у лиц 80 лет и старше значение АГ

как фактора риска сердечно-сосудистых событий неоднозначно, что обусловлено частым развитием синдрома старческой астении (ССА). У лиц старших возрастных групп высокие цифры АД могут рассматриваться как компенсаторный механизм для поддержания перфузии головного мозга, а низкие

Лузина Александра Вячеславовна — младший научный сотрудник лаборатории сердечно-сосудистого старения, врач-кардиолог РГНКЦ — ОСП ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России. 129226, г. Москва, ул. 1-я Леонова, д. 16. eLIBRARY.RU SPIN: 9575-3119. E-mail: alexalav@mail.ru

Рунихина Надежда Константиновна — д. м. н., заместитель директора по гериатрической работе РГНКЦ — ОСП ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России. 129226, г. Москва, ул. 1-я Леонова, д. 16. eLIBRARY.RU SPIN: 7127-1801. E-mail: runishi@rambler.ru

Ткачёва Ольга Николаевна — д. м. н., профессор, директор РГНКЦ — ОСП ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России. 129226, г. Москва, ул. 1-я Леонова, д. 16. eLIBRARY.RU SPIN: 6129-5809. E-mail: tkacheva@rambler.ru



уровни АД — как индикатор старения сердечно-сосудистой системы. Тактика ведения пациентов старшего возраста меняется в зависимости от возрастной категории и наличия ССА.

Целью статьи является рассмотрение ведения пациентки пожилого возраста с артериальной гипертензией и синдромом старческой астении в практике кардиолога.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациентка Ш., 85 лет, поступила в кардиологическое отделение Российского геронтологического научно-клинического центра 06.09.2018 в плановом порядке с жалобами на головокружение, головные боли в затылочной области, общую слабость, выраженное ухудшение зрения, снижение памяти на текущие события.

Со слов сына, пациентка в последние 2–3 недели стала отказываться от приема пищи, выросла общая слабость, появились эпизоды нестабильных цифр АД (максимум — 220/120 мм рт. ст.).

Из анамнеза известно, что повышение АД у пациентки отмечается в течение 30 лет с максимальным подъемом до 220/120 мм рт. ст. При самоконтроле АД бывают эпизоды снижения до 112/70 мм рт. ст. Острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, падения, потери сознания в прошлом отрицает. Сопутствующие заболевания: сахарный диабет 2 типа (диагностирован с 2009 г.); атеросклероз артерий нижних конечностей, брахиоцефальных артерий (БЦА); гипотиреоз (?); оба глаза: начальная катаракта, возрастная макулодистрофия (влажная форма); левый глаз: периферическая витреохориоретинальная дистрофия, оперирована лазером.

Социальный статус: образование среднеспециальное, инвалид II группы (по общему заболеванию), проживает с сыном, уровень дохода средний, этаж проживания — 2-й, лифта нет.

Амбулаторно принимала: ацетилсалициловую кислоту (100 мг вечером), бисопролол (2,5 мг утром), эплеренон (25 мг утром), торасемид (10 мг утром), эналаприл (10 мг утром), моксонидин (0,4 мг вечером), вилдаглиптин (50 мг 2 раза в день), гликлазид (60 мг 1 раз в день); самостоятельно прекратила прием амлодипина (5 мг) 3 недели назад и прием левотироксина натрия 2–3 месяца назад. На фоне терапии пациентка отмечала неконтролируемое течение АГ на протяжении последних 2–3 месяцев, нарастание вышеописанных жалоб.

Следует отметить большое количество необоснованно назначенных лекарственных препаратов у пациентки старше 80 лет.

По результатам объективных исследований, состояние удовлетворительное. Повышенного питания, рост — 162 см, вес — 82 кг, ИМТ — 31,2 кг/м². Передвигается с опорой на трость. Кожные покровы физиологичны, периферических отеков нет. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Над легкими дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются, ЧДД — 18/мин, SpO₂ — 96%. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД — 180/100 мм рт. ст. на обеих руках, ЧСС — 60 уд/мин. Аппетит сохранен. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот увеличен за счет избытка подкожно-жировой клетчатки, участвует в акте дыхания всеми отделами, при пальпации мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Печень, селезенка не пальпируются. Стул оформленный, регулярный. Мочеиспускание свободное, безболезненное, учащенное — до 2 раз за ночь. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Оценивался психоэмоциональный статус. На момент осмотра сон не нарушен, аппетит снижен. Контакт доступен, эмоционально лабильна. Ориентируется в месте, во времени, в собственной личности, адекватно реагирует на обращенную речь. Внимание неустойчивое, память на текущие события снижена. Речь не нарушена, мимика ослаблена. Уровень общения не изменен. Настроение в момент беседы снижено, оценка по Герiatric Depression Scale, GDS (англ. Geriatric Depression Scale, GDS) — 7 баллов. Острой и продуктивной психической патологии не выявлено.

При поступлении пациентке была проведена комплексная гериатрическая оценка (КГО), по результатам которой выявлены следующие гериатрические синдромы: ССА (скрининг «Возраст не помеха» — 5 баллов), умеренная зависимость в повседневной жизни (индекс Бартел — 80 баллов), снижение инструментальной активности (шкала Лоутона — 4 балла), опасность недоедания (Краткая шкала оценки питания — 19 баллов), высокий риск падений и переломов (скорость ходьбы — 0,3 м/с; тест «Встань и иди» — 18 секунд), риск развития депрессии (GDS-15 — 7 баллов), ортостатическая гипотензия, выраженные когнитивные нарушения (Монреальская шкала оценки когнитивных функций — 16 баллов; Краткая оценка психического статуса — 22 балла).

При анализе жалоб, анамнеза пациентки, данных объективного осмотра и результатов КГО обращали на себя внимание неконтролируемое течение АГ, коморбидность и полипрагмазия; такие жалобы, как общая слабость и отсутствие аппетита, могли быть связаны с нарастанием депрессии, что подтверждалось результатами GDS-15.

КГО дает более полную картину в отношении функционального и когнитивного статуса пациентки, а также позволяет контролировать состояние на фоне назначенной терапии.

При детальном расспросе пациентки выяснилось, что она путается в лекарственных препаратах из-за выраженного снижения зрения, нередко принимает двойную дозу либо пропускает назначенную терапию ввиду забывчивости. Основной проблемой, тревожившей пациентку, было резкое снижение АД, сопровождавшееся выраженной общей слабостью.

Неконтролируемое течение АГ и наличие ортостатической гипотонии ассоциированы с нарушением равновесия в первые несколько секунд после вставания из-за невозможности поддержать адекватную перфузию головного мозга, что повышает риск травматизации и смерти [3, 4]. Снижение АД также может повлиять на риск развития деменции у пациентов без цереброваскулярных заболеваний [5, 6].

Согласно рекомендациям Европейского общества по артериальной гипертензии (англ. European Society of Hypertension, ESH) и Европейского общества кардиологов (англ. European Society of Cardiology, ESC), опубликованным в 2018 г. [7], в базовую антигипертензивную терапию входят пять классов препаратов: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ), блокаторы рецепторов ангиотензина II, блокаторы бета-адренорецепторов (ББ), антагонисты кальция и диуретики (тиазидные и тиазидоподобные) (уровень доказательности — IA). При этом в рекомендациях ESH/ESC (2018) обозначены некоторые изменения в позиции по ББ: они могут быть назначены в качестве антигипертензивных препаратов при специфических клинических ситуациях, таких как сердечная недостаточность, стенокардия, перенесенный инфаркт миокарда, необходимость контроля ритма сердца.

При анализе медикаментозной терапии пациентке было рекомендовано отменить диуретики (торасемид, эплере-

нон) и моксонидин, а также была снижена дозировка ББ с последующей отменой препарата (в связи с отсутствием показаний к его применению). Решено возобновить прием антагонистов кальция (лерканидипин в дозе 20 мг/сут) в комбинации с иАПФ (эналаприл в дозе 10 мг/сут) с контролем скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и уровня калия крови. Предписано продолжить сахароснижающую терапию гликлазидом (60 мг/сут) и вилдаглиптином (50 мг 2 раза в день) под контролем гликемии, а также, учитывая атеросклероз артерий нижних конечностей и БЦА, — прием ацетилсалициловой кислоты в дозе 100 мг/сут.

Для пациентов в возрасте старше 80 лет рекомендованы целевые цифры САД в пределах 130–139 мм рт. ст. при условии хорошей переносимости терапии, ДАД — менее 80 мм рт. ст. во всех случаях АГ независимо от степени риска и сопутствующих заболеваний [7].

В ходе лабораторных исследований у пациентки выявлены: неконтролируемое течение сахарного диабета (гликемический профиль: 10,0–8,9–15,4–11,3–9,8 ммоль/л), дефицит витамина Д, креатинин сыворотки крови — 66 мкмоль/л, СКФ (СКД-ЕРІ [8]) — 73 мл/мин/1,73 м², что соответствует начальному снижению СКФ.

УЗИ щитовидной железы. Ультразвуковые признаки умеренных диффузных изменений паренхимы с уменьшением в объеме щитовидной железы (по типу гипотиреоза либо инволютивные изменения).

Эхо-КГ. Аорта уплотнена, не расширена. Умеренная концентрическая гипертрофия левого желудочка. Небольшая недостаточность митрального, аортального, трикуспидального клапанов и клапана легочной артерии. Незначительный краевой кальциноз створок митрального и аортального клапанов. Признаки легочной гипертензии не выявлены. Нарушение диастолической функции левого желудочка по 2-му типу.

УЗДГ вен нижних конечностей. Ультразвуковые признаки атеросклероза артерий нижних конечностей с признаками стенозирования общей бедренной артерии, передней бедренной артерии с обеих сторон, подколенной артерии справа до 20% и слева до 55–60%, гемодинамически значимого стенозирования задней (ЗББА) и передней большеберцовой артерии справа, окклюзии ЗББА слева.

УЗДГ БЦА. Атеросклероз внечерепных отделов БЦА с признаками стенозирования каротидной бифуркации общей сонной артерии (ОСА), устья внутренней сонной артерии (ВСА) с обеих сторон до 50%. Признаки гипертонической макроангиопатии: S-образная извитость обеих частей ОСА, C-образная извитость ВСА с обеих сторон, эктазия внутренней яремной вены с обеих сторон. Непрямолинейность хода позвоночных артерий между поперечными отростками шейных позвонков, что, очевидно, обусловлено наличием остеохондроза шейного отдела позвоночника. Правая позвоночная артерия малого диаметра.

Двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия. Семиотика возрастных изменений.

ЭКГ. Ритм синусовый, с ЧСС 75 уд/мин. Электрическая ось сердца отклонена резко влево. Блокада правой ножки пучка Гиса. Гипертрофия левого желудочка.

Пациентка консультирована эндокринологом. Рекомендованы увеличение дозировки гликлазида до 90 мг утром, продолжение приема вилдаглиптина в дозе 50 мг 2 раза в день. Самоконтроль гликемии 2–3 раза в сутки (натощак и через 2 часа после еды), при повышении уровня гликемии выше 14 ммоль/л дополнительная инъекция инсулина растворимого (человеческого генно-инженерного) в дозе

4–6 ЕД п/к. Колекальциферол по 14 капель ежедневно в течение 2 месяцев, далее по 28 капель в неделю. Левотироксин натрия по 50 мкг/сут утром (под контролем уровня тиреотропного гормона 1 раз в 6 месяцев). Аторвастатин по 20 мг с вечерним приемом пищи (под контролем уровней АСТ, АЛТ, креатинфосфокиназы, липидного спектра через 1 месяц).

Повторная КГО, проведенная перед выпиской, показала стабильность функционального и когнитивного статуса на фоне проводившейся антигипертензивной терапии. Ортостатической гипотонии не отмечено. Произошла нормализация уровня гликемии (гликемический профиль перед выпиской: 10,0–8,9–10,4–10,3–9,8 ммоль/л). Цифры АД перед выпиской составили 140/80 мм рт. ст.

Диагноз при выписке. Гипертоническая болезнь III стадии, 3-й степени, риск IV. Синдром старческой астении. Умеренная зависимость в повседневной жизни (индекс Бартел — 80 баллов), снижение инструментальной активности, опасность недоедания, наличие высокого риска падений и переломов. Риск развития депрессии. Выраженные когнитивные нарушения. Сенсорные дефициты. Сахарный диабет 2 типа. Диабетическая нефропатия, хроническая болезнь почек стадии С2. Диабетическая дистальная полинейропатия с выраженными сенсомоторными нарушениями. Диабетическая макроангиопатия: атеросклероз брахиоцефальных артерий, артерий нижних конечностей с признаками стенозирования общей бедренной артерии, передней бедренной артерии с обеих сторон, подколенной артерии справа до 20% и слева до 55–60%, гемодинамически значимого стенозирования задней и передней большеберцовых артерий справа. Целевой гликированный гемоглобин менее 8,0%. Экзогенно-конституциональное ожирение 1-й степени. Аутоиммунный тиреоидит, первичный гипотиреоз в стадии компенсации. Дефицит витамина Д. Оба глаза: начальная катаракта, возрастная макулодистрофия (влажная форма). Левый глаз: периферическая витреохориоретинальная дистрофия, оперирована лазером.

Рекомендации по медикаментозной терапии:

- эналаприл 10 мг по 1 табл. утром;
- лерканидипин 20 мг по 1 табл. вечером;
- гликлазид 90 мг по 1 табл. утром;
- вилдаглиптин 50 мг по 1 табл. утром, вечером;
- ацетилсалициловая кислота 100 мг по 1 табл. вечером;
- левотироксин натрия 50 мкг/сут утром (под контролем уровня тиреотропного гормона 1 раз в 6 месяцев);
- колекальциферол по 14 капель ежедневно в течение 2 месяцев, далее по 28 капель в неделю;
- мемантин 5 мг/сут.

Рекомендовано наблюдение врача-гериатра, эндокринолога по месту жительства.

ОБСУЖДЕНИЕ И РЕКОМЕНДАЦИИ

Пациенты 80 лет и старше нуждаются в особой индивидуальной тактике ведения АГ. При обследовании больных АГ пожилого и старческого возраста необходимо делать акцент на выявлении ССА с использованием скринингового опросника «Возраст не помеха» [9]. Положительные результаты опросника служат основанием для ведения таких пациентов врачом-гериатром с разработкой индивидуального плана ведения больного ССА. Индивидуальная тактика ведения пациентов с АГ и ССА подразумевает осуществление контроля за эффективностью и безопасностью лечения с применением КГО.

Состояние функционального и когнитивного статуса — это критерий безопасности антигипертензивной терапии

у пациентов старших возрастных групп. Особое внимание необходимо уделять профилактике падений и переломов, ортостатическим реакциям.

При наличии множества гериатрических синдромов, в частности сенсорных дефицитов и выраженных когнитивных нарушений, как в описанном клиническом случае, рекомендован контроль медикаментозной терапии со стороны ухаживающего лица.

Рекомендации по приему пищи. Ежедневный рацион должен включать не менее 50 г белка (птица, нежирные сорта мяса и рыбы, свежий творог, кисломолочные продукты, яйца, бобовые), крупы, овощи, фрукты. Следует ограничивать употребление легкоусвояемых углеводов, принимать пищу до 5 раз в сутки, соблюдать водный режим — не менее 1,5 л жидкости в сутки.

Рекомендации по физической активности предусматривают силовые упражнения и упражнения на тренировку баланса по 5–10 минут 2–3 раза в день или ходьбу длительностью не менее 30–45 минут 2–3 раза в неделю при условии стабильных цифр АД.

Меры профилактики падений:

- убрать с пола посторонние предметы; кабели и провода должны проходить вдоль стен, чтобы не споткнуться о них;
- следить за тем, чтобы ковры не загибались и не скользили, коврики следует убрать или прочно приклеить к полу двусторонним скотчем;

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Parekh N., Page A., Ali K., Davies K., Rajkumar C. A practical approach to the pharmacological management of hypertension in older people. *Ther. Adv. Drug. Saf.* 2017; 8(4): 117–32. DOI: 10.1177/2042098616682721
2. Lawes C.M., Bennett D.A., Feigin V.L., Rodgers A. Blood pressure and stroke: an overview of published reviews. *Stroke.* 2004; 35(4): 1024.
3. Benvenuto L.J., Krakoff L.R. Morbidity and mortality of orthostatic hypotension: implications for management of cardiovascular disease. *Am. J. Hypertens.* 2011; 24(2): 135–44. DOI: 10.1038/ajh.2010.146
4. Shen S., He T., Chu J., He J., Chen X. Uncontrolled hypertension and orthostatic hypotension in relation to standing balance in elderly hypertensive patients. *Clin. Interv. Aging.* 2015; 10: 897–906. DOI: 10.2147/CIA.S81283
5. McGuinness B., Todd S., Passmore P., Bullock R. Blood pressure lowering in patients without prior cerebrovascular disease for prevention of cognitive impairment and dementia. *Cochrane*

- стараться хранить необходимые вещи на достаточно низком уровне, но не на полу;
- положить нескользящий резиновый или силиконовый коврик на дно ванны или в душе;
- оборудовать пространство рядом с ванной и туалетом поручнями;
- установить лампу в спальне возле кровати таким образом, чтобы до нее можно было легко дотянуться, и позаботиться о наличии хорошего освещения от кровати до санузла на случай, если потребуются встать ночью в туалет; исключить передвижение по дому в темноте;
- ходить в обуви с задниками, которая хорошо фиксирована на ноге;
- пользоваться ходунками при ходьбе.

Телефон должен находиться близко к полу, чтобы при падении до него можно было легко дотянуться.

Рекомендовано проконсультироваться у медицинского психолога, выполнять когнитивные тренинги, а также избегать социальной изоляции (в частности, посещать территориальный центр социального обслуживания, записаться в его кружки, бывать на мероприятиях).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У лиц пожилого возраста с артериальной гипертензией и синдромом старческой астении необходимо определять функциональный статус пациента по данным комплексной гериатрической оценки с дальнейшим выбором тактики ведения.

Database Syst. Rev. 2009; 4: CD004034. DOI: 10.1002/14651858.CD004034.pub3

6. Hughes T.M., Sink K.M. Hypertension and Its Role in Cognitive Function: Current Evidence and Challenges for the Future. *Am. J. Hypertens.* 2016; 29(2): 149–57. DOI: 10.1093/ajh/hpv180
7. Williams B., Mancia G., Spiering W., Agabiti Rosei E., Azizi M., Burnier M. et al.; ESC Scientific Document Group. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur. Heart J.* 2018; 39(33): 3021–104. DOI: 10.1093/eurheartj/ehy339
8. Levey A.S., Stevens L.A., Schmid C.H., Zhang Y.L., Castro A.F. 3rd, Feldman H.I. et al.; CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration). A new equation to estimate glomerular filtration rate. *Ann. Intern. Med.* 2009; 150(9): 604–12.
9. Остапенко В.С., Рунихина Н.К., Ткачёва О.Н., Шарашкина Н.В. Инструменты скрининга синдрома старческой астении в амбулаторной практике. *Успехи геронтологии.* 2016; 29(2): 306–12. [Ostapenko V.S., Runikhina N.K., Tkacheva O.N., Sharashkina N.V. Instrumenty skrininga sindroma starchyeskoj astenii v ambulatornoi praktike. *Uspekhi gerontologii.* 2016; 29(2): 306–12. (in Russian)] 