

## КОМПЛЕКСНОЕ ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТА С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УСЛОВИЯХ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

Т.В. Харитонова, А.Н. Юрганова  
Гериатрический центр «Наша забота», Санкт-Петербург, Россия  
© Т.В. Харитонова, А.Н. Юрганова, 2017

В статье представлен клинический случай ведения пациента 77 лет с коморбидной патологией в условиях гериатрического центра.

**Ключевые слова:** гериатрический центр, коморбидность.

## COMPLEX MEDICAL CARE OF THE PATIENT WITH COMORBIDITY IN GERIATRIC CENTER

T.V. Haritonova, A.N. Yurganova  
Geriatric center "Nasha zabota", Saint Petersburg, Russia

The article presents the clinical case of treatment of 77-years old patient with comorbidity in geriatric center.

**Keywords:** geriatric center, comorbidity.

Известно, что особенностью лиц пожилого и старческого возраста является наличие коморбидности. По разным данным, она увеличивается от 10 % в возрасте до 19 лет до 80–90 % у пациентов старшей возрастной группы. У пожилых и старых людей встречается сочетание до 6–8 болезней одновременно. Поэтому в лечении таких пациентов важна роль врача-гериатра, проводящего комплексную оценку состояния пациента, берущего на себя синдромальный анализ с последующим формированием диагностической и лечебной концепции, учитывая потенциальные риски и отдаленный прогноз.

### Клиническая ситуация

Пациент В., 77 лет, переведен в гериатрический центр из городского стационара для сестринского ухода и лечения с жалобами на незаживающие язвенные дефекты в области обеих икроножных мышц, выраженные отеки и боли в нижних конечностях, усиливающиеся при любом движении, а также при пальпации, несколько уменьшающиеся в положении «ноги вниз». Беспокоят также выраженная слабость, малопродуктивный кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышка при незначительной физической нагрузке, тревожный сон.

Из анамнеза известно, что на протяжении последних трех лет у пациента образуются трофические язвы голеней и стоп. Неоднократно получал лечение по поводу хронической венозной недостаточности в стационарах города в условиях хирургических отделений, рекомендуемые препараты принимал нерегулярно.

По профессии художник, в разводе, есть две дочери, проживал в коммунальной квартире один, курить бросил 20 лет назад, алкоголь не употреблял, в последние 2 года из дома не выходил, к врачам не обращался, лекарственные препараты не принимал, за собой не следил, должного ухода со стороны родственников не получал.

Последняя госпитализация в октябре 2016 г. в хирургическое отделение городского стационара, откуда был доставлен в гериатрический центр. При поступлении: состояние средней тяжести, положение в постели пассивное, в сознании, контактен, ориентирован в личности, месте и времени. Оценка по шкале MMSE 22 балла. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледные, некоторая иктеричность склер. Лицо одутловатое, выражены отеки голеней, стоп, бедер до уровня средней трети. Пульсация на артериях стоп снижена с обеих сторон. В области обеих голеней и стоп имеются трофические изменения кожи в виде глубоких язв размером



Рис. 1. Кожные дефекты при поступлении

до 15 см с гнойным отделяемым и участками некроза. По передней поверхности обеих голей — кожные дефекты, напоминающие ожоги, покрытые гнойными корками, размером практически во всю поверхность голени. Имеются пролежни в области пяток и щиколоток с участками сухого некроза и гнойным отделяемым (рис. 1).

Пролежней в области крестца и лопаток нет. Обращает на себя внимание одышка при минимальной физической нагрузке (частота дыхания до 20–21 в минуту). АД 90/60 мм рт. ст., пульс 100 ударов в минуту, аритмичный, симметричный; ЧСС 118 ударов в минуту. Перкуторно границы сердца расширены влево до среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, аритмичные (фибрилляция предсердий, дефицит пульса 18, тахисистолия), акцент второго тона на аорте, систолический шум в точке Боткина – Эрба. Над легкими перкуторный тон с укорочением звука в нижних отделах, дыхание жесткое с обеих сторон, в нижних отделах ослаблено. Выслушиваются разнокалиберные влажные и сухие хрипы с обеих сторон. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот активно участвует в акте дыхания, несколько вздут, мягкий, чувствительный при пальпации в верхних отделах. Печень +7 см, край ров-

ный, гладкий. Физиологические отправления: стул — склонность к запорам; мочеиспускание — стресс-недержание, ноктурия.

По результатам клинического анализа крови выявлены: гипохромная анемия — гемоглобин 78 г/л, эритроциты  $2,9 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты  $10 \times 10^9$ /л; тромбоцитоз  $423 \times 10^9$ /л; СОЭ 69 мм/ч. Остальные показатели в пределах референсных значений. По результатам биохимического анализа крови: СРБ 109 мг/л, АЛТ 60 ЕД/л, АСТ 50 ЕД/л, билирубин 39 ммоль/л, холестерин 7,9 ммоль/л, креатинин 244 ммоль/л, мочевины 15,9 ммоль/л, калий 3,2 ммоль/л, натрий 139,5 ммоль/л, общий белок 51 г/л. В анализах мочи: лейкоцитурия, протеинурия, гематурия. ЭКГ — тахисистолическая форма фибрилляции предсердий с ЧСС 120 ударов в минуту. Ишемия в области переднебоковой стенки левого желудочка.

Доплерография вен нижних конечностей (сделана впервые за время наблюдения, в том числе в других клиниках) — данных за наличие хронического тромбофлебита не получено. Выявлен облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей. В связи с полученными данными было прекращено эластичное бинтование нижних конечностей, активизированы

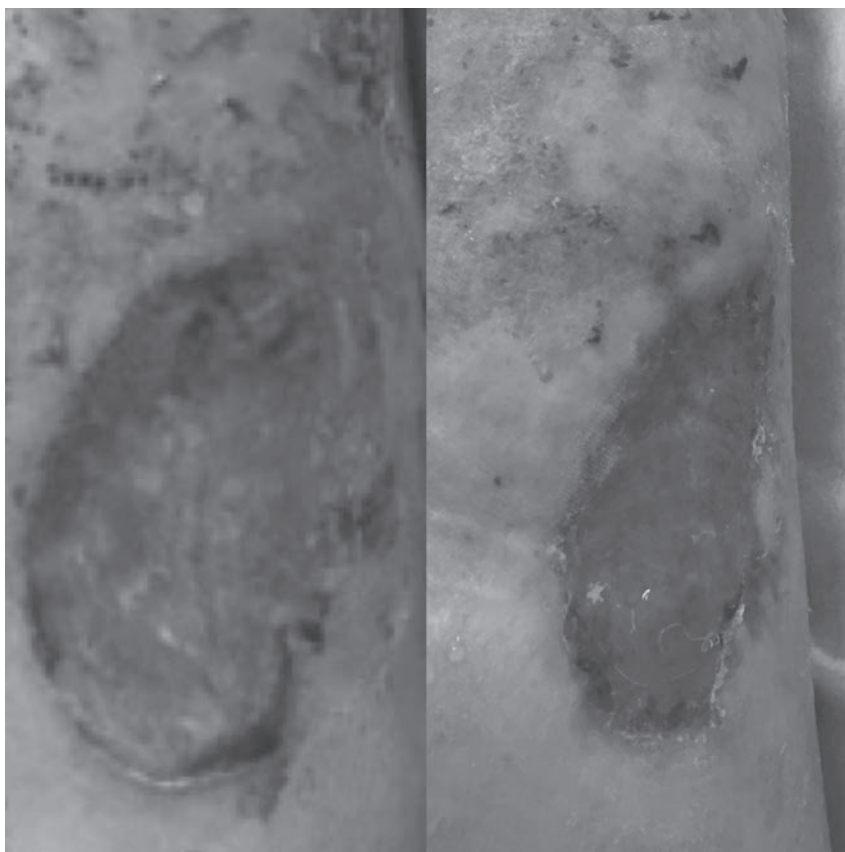


Рис. 2. Динамика дефекта кожи голени на фоне терапии фибробластами

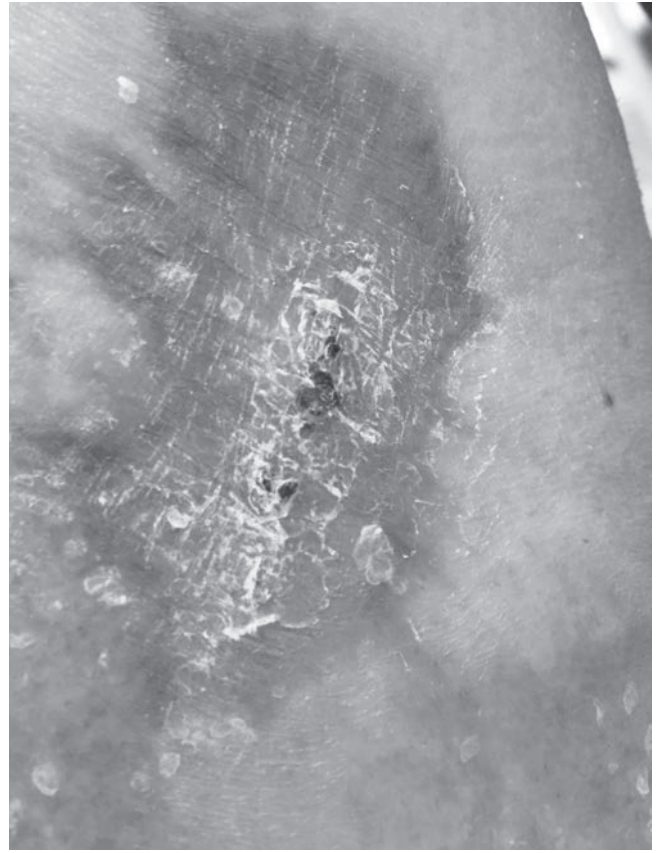
движения в ногах. Пациент вертикализован и приступил к проводимым в гериатрическом центре занятиям по адаптивной физической культуре.

### Представление о больном

Пациент с облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей, хронической артериальной недостаточностью III степени, осложненной образованием глубоких трофических язв обеих голеней, стоп и наличием пролежней в области пяток. Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь III ст. с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений, ишемическая болезнь сердца: постинфарктный кардиосклероз, постоянная форма фибрилляции предсердий, тахисистолия; декомпенсация сердечной деятельности — хроническая сердечная недостаточность 3-го ф. к. по NYHA, двусторонняя застойная пневмония, отечный синдром; хроническая гипохромная анемия средней степени тяжести, хроническая болезнь почек, хроническая почечная недостаточность (ХПН) III ст., гипоальбуминемия, доброкачественная гиперплазия предстательной железы; цереброваскулярная болезнь, хроническая ишемия мозга, умеренное когнитивное расстройство.

Был составлен план ведения пациента с учетом сочетанных поражений и коморбидности, который включал следующие направления и назначения:

- комплексная терапия хронической сердечной недостаточности: сердечные гликозиды — дигоксин, бета-блокаторы — бисопролол 5 мг/сут, иАПФ — эналаприл 5–10 мг/сут, нитраты — пектрол 40 мг/сут, сочетание диуретиков — торасемида 10 мг и гипотиазида 25 мг; спиронолактона в дозе 100 мг с последующим понижением дозы; поляризирующая смесь 100,0 мл;
- антибактериальная терапия препаратами широкого спектра действия (таваник 500 мг, амоксиклав 875 мг 2 раза в сутки);
- липидснижающая терапия — симвастатин 20 мг в сутки;
- лечение дезагрегантами и антикоагулянтами — гепарин, вессел дуэ, тромбо асс;
- лечение трофических изменений кожи с использованием различных методов, включая современную терапию стволовыми клетками;
- лечение препаратами, улучшающими репарацию тканей — актовегин 400–800 мг, солкосерил в виде инъекций и гелей;
- гепатопротективное лечение — гептрал 800 мг, артишок;



**Рис. 3.** Окончательный результат через 1,5 месяца

- лечение анемии комплекс-содержащими препаратами активферрином, сорбифером;
- витаминотерапия — вит. В<sub>6</sub>, В<sub>1</sub>, С;
- метаболическая терапия — мексидол, цитофлавин;
- коррекция когнитивных нарушений и сна — акатинол мемантин 20 мг, карбамазепин 200 мг;
- расширение двигательного режима — ЛФК;
- коррекция диеты с ограничением соли, углеводов и сбалансированным питьевым режимом.

Все дозы указанных препаратов корректировались в зависимости от тех или иных показателей.

Состояние пациента на фоне проводимой терапии постепенно стабилизировалось. Достигнута компенсация сердечной деятельности на уровне 2-го ф. к. по NYHA; компенсирована ХПН до II ст. Пациент стал самостоятельно передвигаться и обслуживать себя.

Кожные дефекты в области голени уменьшились в размерах и через 1,5 месяца затянулись вторичным натяжением (рис. 3). Пациент был выписан для домашнего наблюдения в удовлетворительном состоянии по настоянию родственников с небольшим (менее 2 см) дефектом в области пятки. Даны рекомендации

по лекарственной терапии: верошпирон (спиронолактон) 25 мг/сут, дигоксин 250 мкг по 1/2 таб./сут, зилт (клопидогрель) 75 мг /сут, конкор (бисопролол) 5 мг/сут, симвастатин 20 мг/сут, актовегин 400 мг по 1 драже 8.00 и 13.00, финлепсин (карбамазепин) 200 мг 20.00, энап-Н (эналаприл 1–9 мг + гидрохлортиазид 25 мг), торасемид 5 мг/сут. В домашних условиях пациент большую часть времени был предоставлен сам себе, перестал следить за собой, не принимал препараты и спустя месяц был повторно госпитализирован в гериатрический центр в связи с появлением новых язвенных дефектов и отеков обеих голени. Был проведен повторный курс терапии, психотерапии, занятий ЛФК в течение 2 месяцев с положительным эффектом. Достигнуто полное заживление ран. С родственниками пациента проведена беседа о необходимости контроля за пациентом, проведено их обучение. В настоящее время пациент взят на диспансерное наблюдение гериатрического центра «Наша забота», проживает в своей комнате под контролем участкового терапевта, сиделки и родственников. Получает все назначенное лечение. Повторных язв голени нет, общее состояние удовлетворительное, может частично себя обслуживать, стал проявлять интерес к прежней профессии, рисует небольшие картины.

### Заклучение

При лечении гериатрических пациентов с сочетанной патологией очень важен комплексный подход, позволяющий проводить как местное лечение, так и коррекцию нарушений со стороны всех органов и систем. Необходимым условием является соблюдение клинического

минимума обследования и контроля состояния. Крайне важен процесс обучения родственников и ухаживающего персонала, который позволяет снизить на амбулаторном этапе количество рецидивов, приводящих к повторным госпитализациям, и не только сохранить, но и улучшить качество жизни пациента.

---

### Информация об авторах

Татьяна Валентиновна Харитоновна — канд. мед. наук, врач-гериатр, гериатрический центр «Наша забота», Санкт-Петербург. E-mail: info@nashazabota.ru.

Анна Николаевна Юрганова — семейный врач высшей категории, главный врач гериатрического центра «Наша забота», Санкт-Петербург. E-mail: info@nashazabota.ru.

---

### Information about the authors

Tatiana V. Haritonova — PhD, geriatrician, geriatric center “Nasha zabota”, Saint Petersburg. E-mail: info@nashazabota.ru.

Anna N. Yurganova — family doctor, chief physician of geriatric center “Nasha zabota”, Saint Petersburg. E-mail: info@nashazabota.ru.