

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	4
Рецензия	6
Ключевые слова и список сокращений	9
Вместо предисловия	13
Кахексия: что мы знали о ней ранее и что знаем сегодня.	20
Путеводитель по кахексии	31
Особенности клинической картины отдельных заболеваний, сопровождающихся кахексией	42
Кахексия при онкологических заболеваниях	43
Кахексия при ВИЧ-инфекции	53
Кахексия при туберкулезе	58
Кахексия при хронической обструктивной болезни легких	63
Кахексия при синдроме старческой астении	73
Сердечная кахексия	82
Кахексия при алкогольной поливисцеропатии	86
Кахексия при нервной анорексии	91
Диагностический поиск при кахексии	102
Сбор анамнеза	105
Физикальное обследование	109
Методы диагностики саркопении	116
Возможности дополнительных методов исследования	122
Значение отдельных лабораторных показателей	126
Тактика ведения больного с кахексией	130
Нутритивная поддержка	134
Медикаментозная терапия	138
Послесловие	150
Литература	152
Приложения	155

ВВЕДЕНИЕ

Термин «кахексия» (cachexia) в переводе с греческого означает «kakos» — «плохой» + «hexis» — «состояние», то есть «плохое состояние». Известно, что масса тела и смертность — взаимосвязанные параметры, и пациенты со сниженной массой тела характеризуются крайне плохим прогнозом: высокой смертностью, частыми госпитализациями, серьезными осложнениями. По данным литературы, имеющийся дефицит массы тела в 45–50% случаев является фатальным.

Согласно статистике, даже пятипроцентное снижение массы тела стационарного больного увеличивает продолжительность госпитализации в 2 раза, а частоту осложнений — в 3,3 раза. Спектр заболеваний, сопровождающихся кахексией, обширен и находится в компетенции врачей самых разных специальностей: онколога,

хирурга, гинеколога, психиатра, невролога, инфекциониста и др. Тем не менее большинство таких больных до установления диагноза попадают на прием к терапевту поликлиники или являются пациентами терапевтических отделений стационара.

Большие диагностические трудности возникают в случаях, когда кахексия в течение длительного времени служит единственным проявлением болезни, расшифровать которую не удастся как после обычного, так, в ряде случаев, и после дополнительного обследования. Поэтому важно как можно скорее установить причину потери массы тела и своевременно начать лечение основного заболевания.

Поэтому мы надеемся, что данная книга послужит наглядным пособием для амбулаторных врачей и поможет улучшить своевременную диагностику причин кахексии у их пациентов.

Авторы приносят благодарность всем врачам терапевтических отделений ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого ДЗ Москвы и сотрудникам кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И. Евдокимова за неоценимую помощь в подготовке данной книги. Отдельная благодарность — д.м.н., профессору А.В. Топлянскому.

РЕЦЕНЗИЯ

Настоящее руководство посвящено кахексии — синдрому, сопровождающему многие патологические состояния. Прогрессирующая потеря массы тела у больных с тяжелой соматической патологией является актуальной проблемой клинической медицины на современном этапе.

«Пациенты часто обращаются к врачу со столь смутными и неопределенными симптомами, что он не в состоянии сразу решить, имеют ли они органическую или психологическую природу. К таким симптомам относят и потерю массы тела. В сбор анамнеза стандартно входит вопрос о весе на момент осмотра, ...еще важнее выяснить изменения веса в последнее время. Любая потеря более 5% массы тела требует выяснения ее причины» (Эрик Р. Бек и др.).

К сожалению, по причине длительного обследования помощь к таким пациентам зачастую

приходит слишком поздно, когда процесс потери массы тела становится необратимым. Именно в этой связи быстрая и качественная диагностика причин возникновения кахексии (в свете современных представлений) и есть та цель, к достижению которой надо непрерывно стремиться, поскольку своевременно начатая терапия может существенно улучшить прогноз лечения, пролонгировать жизнь и улучшить ее качество.

Данная книга, уже 20-я в серии «Библиотека амбулаторного врача», является результатом совместного труда сотрудников кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И. Евдокимова под руководством профессора А.Л. Верткина. Как и в других книгах этой серии, посвященных социально значимым патологиям, с которыми пациенты часто обращаются в поликлинику, в настоящем руководстве систематизированы знания о различных причинах кахексии, сопутствующих ей симптомах и синдромах при различных заболеваниях и патологических состояниях, акцентировано внимание на деталях осмотра, представлены рекомендации к проведению диагностических процедур, помогающих постановке диагноза.

Надеюсь, что эта книга займет достойное место среди руководств для непрерывного медицинского образования врачей как первичного звена, так и стационаров, а также клинических ординаторов, аспирантов, студентов и преподавателей медицинских учебных заведений.

Президент Российского научного
медицинского общества терапевтов
академик РАН
А.И. Мартынов



КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА И СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- АД — артериальное давление
- АНОР — анорексия
- АПФ — ангиотензинпревращающий фермент
- БИА — биоэлектрический импедансный анализ компонентного состава тела
- БМТ — безжировая масса тела
- БОМЖ — без определенного места жительства
- ВИЧ — вирус иммунодефицита человека
- ВМН — воспаление и метаболические нарушения
- ВПГ — вирус простого герпеса

- ГКС — глюкокортикостероиды
- ЗСН — застойная сердечная недостаточность
- ИГХ — иммуногистохимическое исследование
- ИЛ-1 — интерлейкин 1
- ИМТ — индекс массы тела
- ИФН- γ — интерферон- γ
- ИФР-1 — инсулиноподобный фактор роста первого типа
- КАЧЖ — качество жизни
- КТ — компьютерная томография
- КУМ — кислотоустойчивые микобактерии
- ЛЖ — левый желудочек
- МКБ — Международная классификация болезней
- MCV — средний объем эритроцитов
- МРТ — магнитно-резонансная томография
- МТ — масса тела
- НК — недостаточность кровообращения
- НП — нутритивная поддержка

- ОНМК — острое нарушение мозгового кровообращения
- ОРИТ — отделение реанимации и интенсивной терапии
- ПИКС — постинфарктный кардиосклероз
- ПМТ — потеря массы тела и тощей массы тела
- ПЦР — полимеразная цепная реакция
- САКОБ — синдром анорексии-кахексии у онкологических больных
- СКВ — системная красная волчанка
- СМП — скорая медицинская помощь
- СН — сердечная недостаточность
- СОЭ — скорость оседания эритроцитов
- СПИД — синдром приобретенного иммунодефицита
- СРБ — С-реактивный белок
- ССА — синдром старческой астении
- ТМТ — тощая масса тела
- SpO₂ — сатурация кислородом артериальной крови
- ТВС — туберкулез

- ТЭЛА — тромбоэмболия легочной артерии
- УЗИ — ультразвуковое исследование
- ФНО — фактор некроза опухоли
- ФР — физическая работоспособность
- ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких
- ХСН — хроническая сердечная недостаточность
- ЧДД — частота дыхательных движений
- ЧСС — частота сердечных сокращений
- ЭГДС — эзофагогастродуоденоскопия
- ЭКС — электрокардиостимулятор
- ЭП — энтеральное питание
- ЭПК — эйкозапентаеновая кислота
- ЭхоКГ — эхокардиография

ВМЕСТО ПРЕДИСЛОВИЯ: пациентка с кахексией на амбулаторном приеме у терапевта

Больная Г., 72 лет, поступила в приемное отделение многопрофильного стационара по каналу СМП с диагнозом: «Правосторонний гидроторакс неясного генеза, ДН 3».

Жалобы на одышку в покое, сердцебиение, снижение аппетита, выраженное похудение.

Из анамнеза известно, что в течение 10 лет наблюдалась в поликлинике по поводу артериальной гипертензии с максимальным повышением АД до 180/100 мм рт. ст. Назначался бисопролол 5 мг 1 раз в сутки, эналаприл 10 мг в сутки с хорошим эффектом. В 2012 году перенесла инфаркт миокарда. По поводу эпизодов брадикардии в 2015 году установлен постоянный ЭКС. С этого же времени отмечает появление одышки и отеков нижних конечностей.

Терапевтом поликлиники к лечению были добавлены верошпирон 50 мг, ацетилсалициловая кислота 100 мг 1 раз в сутки. На фоне терапии — положительная динамика в виде уменьшения проявлений НК. Ухудшение в течение последних шести месяцев, когда вновь появилась и постепенно нарастала одышка. Отеков не было. Неоднократно обращалась к врачу поликлиники. Была усилена диуретическая терапия: к лечению добавлен фуросемид 40 мг, одышка сохранялась. За это время больная резко похудела, прогрессировала слабость, снизился аппетит. Последние две недели не вставала с постели, продолжала принимать мочегонные, несколько ночей спала сидя. В связи с выраженной одышкой и отсутствием эффекта от проводимой терапии родственники вызвали скорую помощь.

В приемном отделении осмотрена терапевтом: состояние расценено как тяжелое. В сознании, адекватна. Интеллектуально снижена. Имобилизирована. Сколиотическая деформация грудной клетки. Рост — 158 см, масса тела — 40 кг, ИМТ = 16 кг/м². Кожа бледная с землистым оттенком, тургор снижен. Отеков нет. ЧДД — 28 в минуту. При аускультации легких справа дыхание не проводится ниже угла лопатки, там же отмечается притупление перкуторного звука; слева в нижних отделах выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы, притупления перкуторного звука нет. SpO₂ — 82%. ЧСС — 96 ударов в минуту, нарушений ритма нет. АД = 80/40 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, мочится в памперс.

В связи с тяжестью состояния, наличием дыхательной недостаточности, гипотонии больная госпитализирована в ОРИТ.



В клиническом анализе крови: Hb — 108 г/л, эритроциты — $30 \times 10^{12}/л$, MCV — 91,0 фл., лейкоциты — $6,3 \times 10^9/л$, тромбоциты — $148 \times 10^9/л$, СОЭ — 48 мм/ч.

В биохимическом анализе крови: гипопроteinемия: общий белок — 46 г/л; альбумин — 14 г/л; глюкоза — 4,0 ммоль/л; остальные показатели в пределах нормы. Анализ мочи без существенных отклонений.

ЭКГ: синусовая тахикардия с ЧСС — 98 ударов в минуту. Гипертрофия миокарда ЛЖ. Рубцовые изменения миокарда передней стенки ЛЖ.

В связи с тяжестью состояния рентгенологическое исследование органов грудной полости выполнено в одной проекции. Определяется наличие тотального выпота в правой плевральной полости, тень ЭКС.



УЗИ органов брюшной полости и малого таза: диффузные изменения печени и поджелудочной железы, большое количество жидкости в правой плевральной полости и в синусах слева. Намечены точки для пункции.

Таким образом, у больной выявлены: кахексия; тотальный выпот в правой плевральной полости; нормоцитарная анемия, ускорение СОЭ, что в первую очередь требует исключения онкопатологии.

Для уточнения диагноза выполнена КТ легких, где выявлено образование, подозрительное на центральный рак правого легкого, а также большое количество жидкости в плевральной полости справа и в синусах слева.

Больная консультирована хирургом, выполнено дренирование правой плевральной полости, эвакуировано 1500 мл геморрагической жидкости, после чего одышка несколько уменьшилась.

На вторые сутки пребывания в стационаре состояние ухудшилось: зафиксировано снижение АД до 70/40 мм рт. ст., нарушение сознания. Несмотря на проводимые реанимационные мероприятия констатирована смерть.

На секцию сформулирован следующий клинический диагноз:

1. Центральный рак правого легкого Т3М1Т1. Метастатическое поражение плевры.
2. ИБС: постинфарктный кардиосклероз передней стенки ЛЖ. ЭКС от 2015 г. Фон: Гипертоническая болезнь 3 степени.



Осл.: Правосторонний метастатический плеврит, состояние после дренирования правой плевральной полости от 18.02.18. НК 2Б. Раковая интоксикация. Кахексия. Отек легких, отек головного мозга.

Патологоанатомический диагноз

1. Рак правого легкого, прорастающий в стенку пищевода (плоскоклеточный неороговевающий — гист.). Билатеральные метастазы рака в легкие, прикорневые лимфоузлы, канцероматоз плевры.
2. Крупноочаговый кардиосклероз в передней стенке левого желудочка. Атеросклероз венечных артерий сердца (до 70%). ЭКС.

Осл.: Раковая кахексия. Отек легких, головного мозга. Правосторонний метастатический плеврит (1000 мл). Ателектаз правого легкого. Параканкротная пневмония.



Центральный рак правого легкого



Метастазы в лимфоузлы



Постинфарктный кардиосклероз