

Л.П. ХОРОШИНИНА

СИМПТОМЫ И СИНДРОМЫ В ГЕРИАТРИИ

Утверждено учебно-методическим советом ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский
государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России
Протокол № 4 от 25 декабря 2019 года



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2020

Содержание

Список сокращений и условных обозначений	5
Раздел 1. Преждевременное старение	6
Раздел 2. Гериатрические синдромы	11
Раздел 3. Новообразования	32
Раздел 4. Поражения центральной и периферической нервной системы	61
Раздел 5. Заболевания кожных покровов и мышц	86
Раздел 6. Заболевания костной системы и суставов	97
Раздел 7. Сердечно-сосудистые заболевания	107
Раздел 8. Состояние вегетативной нервной системы	139
Раздел 9. Заболевания легких	145
Раздел 10. Острый живот	153
Раздел 11. Хронические заболевания желудочно-кишечного тракта	163

Раздел 12. Заболевания почек и мочевыводящих путей	177
Раздел 13. Эндокринные заболевания	184
Раздел 14. Заболевания органов слуха	191
Раздел 15. Заболевания органов зрения	194
Раздел 16. Зависимости и психические заболевания	198
Раздел 17. Другие заболевания	205
Список литературы	220

Список сокращений и условных обозначений

- ♦ — торговое наименование лекарственного средства
- АД — артериальное давление
- СОЭ — скорость оседания эритроцитов
- ЦНС — центральная нервная система

Раздел 1

ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ СТАРЕНИЕ

Синдромы

Синдром	Клиническая характеристика	Клиническое значение
Синдром Андраде	Периколлагеновая форма общего амилоидоза: парестезии, диссоциированные расстройства чувствительности, в том числе болевой, диарея, признаки колита, слабость сфинктеров, импотенция и преждевременная менопауза. На более поздних стадиях — вялые параличи конечностей	Аутосомно-доминантное наследование
Синдром Бека	Врожденные изменения эктодермального характера: раннее поседение, гипергидроз, пальмоплантарный кератоз, гиподонтия с аплазией малых коренных зубов	Аутосомно-доминантное наследование
Синдром Вернера	Острый нос, тонкая напряженная кожа, застывшая мимика, преждевременное поседение и выпадение волос, появление резкого голоса. Общая атрофия кожи (преимущественно нижних конечностей), пятнистая пигментация кожи с частыми изъязвлениями над костными	Наследственная форма кожной атрофии с преждевременными признаками старения и снижения интеллекта.

Синдром	Клиническая характеристика	Клиническое значение
	выступами, телеангиэктазии, ограниченный гиперкератоз, койлодермия, дистрофия ногтей, ограничение подвижности суставов, незначительная атрофия мускулатуры (особенно нижних конечностей), раннее проявление артериосклероза, частое развитие двусторонней катаракты. Различные эндокринные расстройства, такие как гипогонадизм, карликовый рост, инсулинозависимый сахарный диабет, нарушения функции щитовидной и паращитовидной желез	Как правило, одновременно у нескольких членов одной семьи. Начало заболевания — после 20 лет. Аутосомно-рецессивное наследование
Синдром Грама	Комплекс наследственных аномалий: сочетание болезненного ожирения, артроза коленных суставов, климактерической кератодермии и артериальной гипертензии	Возможное доминантное наследование
Синдром Деркума	Наследственная болезненная, часто симметричная гипертрофия жировой ткани на теле и конечностях (рис. 1.1, см. цв. вклейку) в сочетании с адинамией, астенией, депрессией, кожным зудом	Группа риска — преимущественно женщины в период менопаузы. Возможное аутосомно-доминантное наследование
Синдром Поттера (I)	Старческий облик новорожденных. При двусторонней агенезии почек вследствие нарушения у плода экскреции жидкости — маловодие, приводящее к компрессии плода. Это основное патогенетическое	Комплекс наследственных аномалий почек и лица. Группа риска — мальчики.

Синдром	Клиническая характеристика	Клиническое значение
	<p>звено в формировании характерной клинической картины агенезии почек. Характерные лицевые дизморфии для детей с этой патологией: выступающие лобные бугры, деформированные низко расположенные ушные раковины, широкий плоский нос, микрогнатия, гипертелоризм глаз, эпикант, одутловатость лица, старческий облик — «лицо Поттера». Вследствие маловодия и компрессии плода, наряду с типичным лицом, практически у всех детей с данным пороком — вторичная гипоплазия легких или отдельных долей легкого, деформация нижних конечностей (вывих тазобедренных суставов, косолапость), сращение ног, аномалии стоп, позвонков (грудных, поясничных, крестцовых), аномалии мочевыводящих путей, рудиментарные гениталии, гипоспадия, атрезия гортани, пищевода и анального отверстия, чрезмерная складчатость кожи и увеличение размера живота.</p> <p>Как правило, отсутствие клинических проявлений односторонней агенезии почки или экстраренальных аномалий, дающих выраженные патологические изменения. Диагностика случайная. В некоторых случаях единственная почка компенсаторно увеличена или порочно развита. Отмечаются случаи ее дисплазии, эктопии и удвоения</p>	<p>Почти половина детей с агенезией почек — недоношенные. Порок летальный в первые часы жизни.</p> <p>Предположительно аутосомно-рецессивное наследование</p>

Синдром	Клиническая характеристика	Клиническое значение
Синдром Пуэнте	Хейлит. Гипертрофия слизистых желез нижней губы, вокруг отверстий слизистых желез — белая кайма (гиперкератоз), при надавливании из них — отдельные капли слизи. Частое нагноение желез. Старческий облик лица	Происхождение не ясно
Синдром Фавра–Ракушо	Разновидность «болезней изнашивания»: на коже мелкие желтоватые точечные высыпания с расширенными волосными мешочками, атрофия сальных желез и кистозные изменения. Позже, на фоне грубой морщинистой кожи, — комедоны; наиболее частая их локализация — периорбитальная (рис. 1.2, см. цв. вклейку), темпоральная и ретроаурикулярная области, ушные мочки и затылок. При появлении их на задней части шеи — так называемая «кожа моряков». Гистологически — толстая плотная кожа, уменьшение числа эластических волокон в капиллярном слое и вокруг нервов и сосудов	Группа риска — преимущественно мужчины после 50 лет
Синдром Фальты	Преждевременное старение в результате атрофии желез внутренней секреции: сухая морщинистая кожа, выпадение зубов, ослабление половых функций, быстрая физическая и психическая истощаемость	Группа риска — женщины среднего возраста, нередко после родов

Синдром	Клиническая характеристика	Клиническое значение
Синдром Хатчинсона–Гилфорда	Старческая внешность у детей (рис. 1.3, см. цв. вклейку): тонкие седые волосы и кожные покровы, напоминающие кожу при склеродермии. Дистрофичные или атрофичные ногти, акромикрия, пропорциональный карликовый рост, запоздалое прорезывание зубов, долгое сохранение молочных зубов. Остановка роста уже в раннем детстве, несмотря на неокостенелость эпифизарных хрящей. Поздние навыки хождения и развития речи. Интеллект по возрасту. Часто — гипоплазия гениталий, остеопороз, слабое развитие скелетной мускулатуры, нередко — гидроцефалия с усиленным рисунком вен на голове. Ограничение подвижности суставов в связи с костными и соединительнотканными контрактурами. Осложненное течение атеросклероза, склонность к инсультам уже в молодости	Наследственная аномалия — это сенильный нанизм. Прогноз неблагоприятный, поскольку такие больные редко достигают 20-летнего возраста. Предположительно аутосомно-рецессивное наследование

Раздел 2

ГЕРИАТРИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

Синдромы

Синдром	Клиническая характеристика	Клиническое значение
Анорексия у стариков	У психически и физически сохранных старых людей — неожиданная потеря аппетита, стремительное похудание без видимой причины, слабость, апатия и, как следствие, смерть без своевременно принятых мер. Ранее считалось, что резкая потеря массы тела у людей старше 80 лет, названная анорексией, связана с уменьшением выработки гормона грелина, в результате чего притупляется чувство голода. Предполагается, что анорексия у пациентов старческого возраста обусловлена возрастным увеличением количества пептида YY, ответственного за ощущение сытости	Группа риска — люди 80 лет и старше. Анорексия у пациентов старческого возраста — результат биологических изменений в стареющем организме, а не следствие соматического заболевания или психического расстройства
Синдром возрастной саркопении	Постепенное, неуклонно нарастающее, генерализованное уменьшение мышечной массы (рис. 2.1, см. цв. вклейку), приводящее к пониженной функциональности верхних и нижних конечностей и прогрессированию слабости мышц.	Начальные процессы саркопении наблюдаются после 26–30 лет. Потеря мышц — менее 1% ежегодно

Синдром	Клиническая характеристика	Клиническое значение
	<p>Особенности: сокращение объема мышц, уменьшение мышечной силы и плотности костей, снижение синтеза белка, вызванного возрастными нейрогуморальными сдвигами в организме.</p> <p>Классификация потери мышечной массы при саркопении: первичная и вторичная</p>	
	<p>Примечание</p> <p>Процессы, связанные с саркопенией, увеличивают риск возникновения бытовых травм из-за утраты тонуса мускулатуры и ухудшения двигательной координации; вызывают проблемы, связанные с самообслуживанием, ухудшением качества жизни; способствуют развитию сахарного диабета 2-го типа, остеопороза, заболеваний сердца и сосудов, появлению никтурии и других заболеваний; повышают смертность в группе людей старших возрастных групп.</p> <p><i>Первичная саркопения</i> — необратимый процесс с нарастанием и усугублением симптомов. Вызывается:</p> <ul style="list-style-type: none"> • гормональными изменениями: снижением уровня половых гормонов и соматотропного гормона, повышением уровня кортизола, понижением общего количества витамина D и ухудшением рецепторной чувствительности к нему; • ускоренным процессом клеточной гибели с нарушением функции митохондрий; • дифференцировкой стволовой клетки мезенхимы в адипоцит; • постепенным замещением мышечной ткани жировой тканью у стареющих людей; • дегенеративными изменениями в нервной системе, нарушением нервных сообщений в мышцах, денервацией. <p><i>Вторичная саркопения</i> возникает не в силу возрастных изменений организма, а в результате воздействия других негативных факторов: дефицита белка в питании, гиподинамии, наличия злокачественных образований, вируса</p>	

Синдром	Клиническая характеристика	Клиническое значение
	<p>иммунодефицита человека (ВИЧ), общего истощения организма, голодания, тяжелой формы почечной недостаточности, тяжелого хронического обструктивного бронхита, воспалительных изменений в органах пищеварения, инсульта, остеопороза, остеоартроза.</p> <p>В отличие от вторичной саркопении, возникающей, например, при голодании, первичная саркопения вначале характеризуется уменьшением массы мышц, а потом мышечной силы, в то время как при развитии алиментарного истощения в самом начале уменьшается жировая ткань, а затем уже мышечная. При резко выраженном истощении (кахексии) всегда наблюдается саркопения, но не при всякой саркопении бывает кахексия.</p> <p>Первые признаки саркопении — ухудшение аппетита, замедление походки, периодические или частые «случайные» падения, снижение жизненной активности, нарушение терморегуляции, замедление основного обмена веществ, развитие остеопороза, проблемы с удержанием равновесия. Саркопения у пожилых людей усугубляется нарастающей склонностью к избыточной массе тела, ожирению, развитию депрессивных состояний.</p> <p>Классификация развития саркопении:</p> <ul style="list-style-type: none"> • I стадия (пресаркопения) — понижение мускульной массы с сохранением силы и функциональности мышц; • II стадия — понижение мускульной массы с появлением мышечной слабости и нарушением функциональности скелетных мышц; • III стадия — выраженное понижение всех трех параметров. <p>Диагностика саркопении: использование инструментальных методов определения жировой и тощей массы тела — компьютерная томография, магнитно-резонансная томография; двухфотонная рентгеновская абсорбциометрия. Дополнительные исследования для верификации саркопении: выделение калия с мочой, ручная динамометрия, изокинетическая динамометрия, тестирование «восходящей нагрузки»</p>	

Синдром	Клиническая характеристика	Клиническое значение
Синдром гиперчувствительности каротидного синуса	<p>Патологическое состояние, в основе которого лежит гиперчувствительность каротидного синуса, проявляющаяся проходящими предсинкопальными или синкопальными состояниями, с последующим спонтанным восстановлением. Проявления синдрома: эпизодические ощущения головокружения, слабости, вплоть до развития синкопальных состояний. При резком повороте головы, ношении тугих воротничков, галстуков, давлении на каротидный синус — ухудшение самочувствия</p>	<p>Синкопальные состояния, возникающие у пациентов с синдромом гиперчувствительности каротидного синуса, в 0,5–41% случаев требуют неотложной помощи, являются причиной 1–6% госпитализаций ежегодно; у 5–20% пациентов наблюдают спонтанное развитие клинических проявлений, которое в каждом четвертом случае заканчивается травматизацией больных</p>
<p>Примечание</p> <p>Клинические формы синдрома гиперчувствительности каротидного синуса:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кардиоингибиторная форма — снижение частоты и силы сокращений сердца, наблюдается у 60–70% больных с этим синдромом; • вазодепрессивная форма — выраженное снижение общего периферического сопротивления, отмечается у 5–10% больных; • смешанная форма — сочетание уменьшения числа сердечных сокращений и вазопрессивных проявлений, регистрируется у 20–40% больных 		

Синдром	Клиническая характеристика	Клиническое значение
Синдром Диогена	<p>Пренебрежительное отношение человека к бытовым вопросам (рис. 2.2, см. цв. вклейку).</p> <p>Клиническое состояние у одиноких старых людей, не способных ухаживать за собой.</p> <p>Группа риска — ранее активные люди, ориентированные прежде всего на работу и социально успешные, но постепенно в связи с отходом от профессиональной и общественной жизни перестающие заботиться о своем питании, внешности и жилище. У таких людей возникают необратимые изменения характера: появляются недоверчивость, необщительность, нереалистичность установок, в том числе по отношению к тем людям, которые предлагают им свою помощь. Следствие подобного образа жизни — алиментарная дистрофия с гипотрофией, летальный исход в связи с острыми заболеваниями (пневмонией, инсультом, острым животом)</p>	<p>Синдром был описан в 1955 г. (Clark A., Manikar G., Gray J.) и назван по имени древнегреческого философа из Синопа, жившего, по преданию, в бочке.</p> <p>При благоприятном течении острого заболевания и улучшении бытовых условий общий прогноз благоприятен</p>

Синдром	Клиническая характеристика	Клиническое значение
Недержание кала (энкопрез или анальная инконтиненция)	Утрата способности сознательно регулировать дефекацию, неспособность удержать содержимое толстой кишки	Более 40% людей с недержанием кала страдают комбинированным недержанием мочи и кала, то есть двойным недержанием. Недержание кала — вторая по распространенности, после старческого слабоумия, причина социальной изоляции пожилых людей
	<p>Примечание Причины возникновения:</p> <ul style="list-style-type: none"> • расстройства кишечника: <ul style="list-style-type: none"> — диарея при синдроме раздраженного кишечника; — диарея после холецистэктомии; — хронический запор; — запорная диарея при хроническом копростазе; • слабость анального сфинктера: <ul style="list-style-type: none"> — аномалия развития; — возрастозависимая (сенильная); • травмы анального сфинктера: <ul style="list-style-type: none"> — связанные с хирургическими процедурами; — геморроидэктомия; — сфинктеротомия; — фистулотомия; 	

Синдром	Клиническая характеристика	Клиническое значение
	<ul style="list-style-type: none"> • нетравматическая инконтиненция: <ul style="list-style-type: none"> — склеродермия; — истончение внутреннего непроизвольного анального сфинктера; • невропатия: сахарный диабет; • анатомические нарушения тазового дна: <ul style="list-style-type: none"> — свищи; — выпадение прямой кишки; — синдром опущения промежности; • аноректальное воспаление: <ul style="list-style-type: none"> — болезнь Крона; — неспецифический язвенный колит; — радиационный проктит; — аноректальные инфекции; • болезни центральной нервной системы (ЦНС): <ul style="list-style-type: none"> — деменция; — инсульт; — опухоли головного мозга; — поражения спинного мозга; — множественная системная атрофия; — синдром застенчивости Драгера; — рассеянный склероз. 	

Синдром	Клиническая характеристика	Клиническое значение
	<p>Классификация недостаточности анального сфинктера (Bharucha A.E. et al., 2015):</p> <ul style="list-style-type: none"> • по форме: <ul style="list-style-type: none"> – органическая; – неорганическая (функциональная); – смешанная; • по локализации дефекта мышц по окружности заднепроходного канала: <ul style="list-style-type: none"> – на передней стенке; – на задней стенке; – на боковой стенке; – на нескольких стенках; – по всей окружности; • по степени недержания кишечного содержимого (нарушение функции держания): <ul style="list-style-type: none"> – I степень — недержание газов; – II степень — недержание газов и жидкого кала; – III степень — недержание газов, жидкого и твердого кала; • по морфологическим изменениям запирающего аппарата прямой кишки и протяженности мышечного дефекта по окружности заднепроходного канала: <ul style="list-style-type: none"> – до 1/4 окружности; – 1/4 окружности; – до 1/2 окружности; – 1/2 окружности; – 3/4 окружности; – отсутствие сфинктера 	

Синдром	Клиническая характеристика	Клиническое значение
Недержание мочи (инконтиненция)	<p>Непроизвольное вытекание мочи, которое невозможно контролировать волевым усилием.</p> <p>Классификация: стрессовое, ургентное, смешанное, парадоксальное, временное, ложное и истинное недержание мочи.</p> <p>Люди пожилого и старческого возраста часто воспринимают недержание мочи как естественное возрастное изменение, что приводит к развитию психоэмоциональных расстройств, ухудшению качества жизни и фактической инвалидизации таких больных. Недержание мочи, вне зависимости от его этиологии, не является естественным проявлением, вызывается отклонениями структуры или функции некоторых органов и в большинстве случаев устраняется при подборе необходимых способов и методов лечения, причем эффективность терапевтических мероприятий при недержании мочи увеличивается при раннем обращении больного за медицинской помощью по поводу недержания мочи</p>	<p>Недержание мочи отмечается у 15–40% взрослых россиян, что является заниженным показателем, так как пациенты не всегда предъявляют эти жалобы. Группы риска: среди пациентов до 40 лет — женщины, старше 60 лет — мужчины из-за возрастных изменений предстательной железы</p>
	<p>Примечание</p> <p>Классификация Международного общества по проблемам держания мочи (International Continence Society, ICS; цитируется по Лебединец А.А, Прохоров Д.Г., 2019).</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ложное недержание мочи</i> — непроизвольное вытекание мочи при врожденных (тотальная эписпадия мочеиспускательного канала, экстрофия мочевого пузыря, эктопия устья мочеточника с выходом во влагалище или 	

Синдром	Клиническая характеристика	Клиническое значение
	<p>мочеиспускательный канал и т.д.) или приобретенных (мочевой свищ после травмы) дефектах мочеиспускательного канала, мочеточника или мочевого пузыря.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Истинное недержание мочи</i> развивается при отсутствии вышеперечисленных и подобных им грубых дефектов. • <i>Стрессовое недержание мочи</i> возникает при состоянии, которое сопровождается повышением внутрибрюшного давления (интенсивная физическая нагрузка, кашель, смех); позывы на мочеиспускание при этом отсутствуют. Возникает вследствие ослабления связок тазового дна при пониженном содержании коллагена в них, в случае чрезмерной подвижности шейки мочевого пузыря или несостоятельности сфинктера мочевого пузыря (тогда шейка мочевого пузыря растянута или смещена и сфинктер не может полноценно сокращаться), непосредственное повреждение сфинктера (при переломе тазовых костей, повреждении наружного сфинктера у мужчин во время операции на предстательной железе и т.д.), при дефиците аскорбиновой кислоты. • <i>Ургентное недержание мочи</i> возникает при повелительном (императивном) позыве на мочеиспускание: больной испытывает потребность помочиться немедленно и не может отложить мочеиспускание даже на очень короткий промежуток времени. У взрослых людей гиперактивность мочевого пузыря развивается при патологических процессах в центральной и периферической нервной системе. Провоцирующие факторы — нервное возбуждение, прием алкогольных напитков, звук текущей воды, выход из теплого помещения на холод. • <i>Смешанное недержание мочи</i> — сочетание симптомов ургентного и стрессового недержания мочи. • <i>Парадоксальное недержание мочи</i> (недержание переполнения) развивается у пожилых пациентов, страдающих заболеваниями мочеполовых органов чаще с аденомой простаты, реже — имеющих стриктуру мочеиспускательного канала различной этиологии и рак предстательной железы. В этих ситуациях мочевой пузырь перенаполняется и перерастягивается из-за длительно существующего препятствия оттоку мочи. • <i>Временное (транзиторное) недержание мочи</i> развивается при воздействии внешних факторов (острый цистит у пожилых людей, сильное алкогольное опьянение, запоры) и исчезает после устранения этих факторов. 	

Синдром	Клиническая характеристика	Клиническое значение
	<p>Типы недержания мочи:</p> <ul style="list-style-type: none"> • стрессовое недержание (недержание напряжения); • ургентное недержание (императивное недержание); • недержание смешанного типа (стрессовое + ургентное); • недержание при переполнении мочевого пузыря (парадоксальная ишурия); • экстрауретральное недержание (при формировании мочевых свищей); • функциональное недержание (психогенная, алкогольная интоксикация и т.д.); • ночной энурез (преимущественно у детей). <p>Классификация стрессового недержания мочи у женщин:</p> <ul style="list-style-type: none"> • тип 0: <ul style="list-style-type: none"> — в покое дно мочевого пузыря выше лонного сочленения; — при кашле в положении стоя — незначительный поворот и дислокация мочеиспускательного канала и дна мочевого пузыря, при открытии шейки мочевого пузыря — отсутствие самопроизвольного выделения мочи; • тип 1: <ul style="list-style-type: none"> — в покое дно мочевого пузыря выше лонного сочленения; — при натуживании — опущение дна мочевого пузыря приблизительно на 1 см, при открытии шейки мочевого пузыря и мочеиспускательного канала — непроизвольное выделение мочи; цистоцеле может не определяться; • тип 2а: <ul style="list-style-type: none"> — в покое дно мочевого пузыря на уровне верхнего края лонного сочленения; — при кашле — значительное опущение мочевого пузыря и мочеиспускательного канала ниже лонного сочленения, при широком открытии мочеиспускательного канала — самопроизвольное выделение мочи; определяется цистоцеле; 	

Синдром	Клиническая характеристика	Клиническое значение
	<ul style="list-style-type: none"> • тип 2б: <ul style="list-style-type: none"> — в покое дно мочевого пузыря ниже лонного сочленения; — при кашле — значительное опущение мочевого пузыря и мочеиспускательного канала, что сопровождается выраженным самопроизвольным выделением мочи, при широком открытии мочеиспускательного канала — самопроизвольное выделение мочи; определяется цистоуретроцеле. <p>Классификация недержания мочи по тяжести течения заболевания:</p> <ul style="list-style-type: none"> • подкапывание (дриблинг) — потеря до 5 мл мочи; • легкой степени — потеря до 100 мл мочи; • средней степени — потеря до 100–200 мл мочи; • тяжелой степени — потеря более 200 мл мочи; • полное (тотальное) недержание 	
Ортостатические обмороки	<p>Кратковременная утрата сознания, наступающая при переходе человека из горизонтального положения в вертикальное или под влиянием длительного пребывания в вертикальном положении. Обязательна связь с ортостатическими факторами.</p> <p>Классификация симптомов по типу проявления синкопально-го синдрома:</p> <ul style="list-style-type: none"> • вазодепрессорный обморок или вазовагальное состояние — слабость, тошнота, схваткообразные боли в животе, длительность до 30 мин; 	<p>Основное патогенетическое звено ортостатической гипотензии — резкое перераспределение крови, когда в нижней части тела ее становится много, а головной мозг испытывает недостаток кровотока; при этом расширенные сосуды не успевают уменьшить свой диаметр и снизить емкость периферического кровяного русла, а сердце,</p>

Синдром	Клиническая характеристика	Клиническое значение
	<ul style="list-style-type: none"> • кардиогенные состояния (наиболее частые состояния у пожилых и старых людей) — больной перед обмороком чувствует слабость, учащенное биение сердца, боль в груди; • цереброваскулярные обмороки — транзиторные ишемические атаки с общей резкой слабостью, головокружением, нарушением остроты зрения и быстрой потерей сознания 	<p>ускоряющее свою работу, не справляется с ее правильным распределением по органам</p>
	<p>Примечание</p> <p>Ортостатический обморок может возникнуть у людей, злоупотребляющих диетами или голодающих, при тугом бинтовании нижних конечностей, может быть обусловлен низким объемом циркулирующей крови (потеря крови, обезвоживание), нарушенными рефлексам кровообращения, первичным падением периферического сопротивления, первичным уменьшением сердечного выброса, приемом лекарственных препаратов, заболеваниями нервной системы. У пожилых и старых людей ортостатические обмороки чаще всего бывают вызваны несколькими факторами: передозировкой лекарственных препаратов, органическими заболеваниями сердца и сосудов, анемией, гиповолемией, снижением чувствительности барорецепторов.</p> <p>Классификация ортостатической гипертензии по степени тяжести:</p> <ul style="list-style-type: none"> • I степень (легкая) — при изменении положения тела головокружение и предобморочное состояние, но человек не теряет сознания; • II степень (среднетяжелая) — редкие, эпизодические обмороки, которые возникают при длительном неподвижном вертикальном положении туловища или при резкой попытке встать; • III степень (тяжелая) — частые потери сознания, возникающие даже в положении сидя, при кратковременном неподвижном стоянии. 	

Синдром	Клиническая характеристика	Клиническое значение
	Если не определить причину и не предпринять меры к предупреждению сосудистых нарушений и развитию ортостатического коллапса, то частые обмороки могут осложниться травмами при падении, развитием инсульта по ишемическому типу, усугублением имеющихся неврологических заболеваний, когнитивными проблемами, вплоть до деменции	
Синдром падений	Состояние человека, внезапно для него самого оказавшегося на полу, земле, асфальте. Падение пациента старческого возраста редко имеет одну причину, часто является следствием сочетания возрастного снижения функций, заболеваний, побочных эффектов применения лекарственных препаратов, внешних воздействий, ситуационно обусловленных факторов, например падения при быстром движении к ванной комнате, при желании вымыть окна, быстро открыть входную дверь, неприспособленной среды обитания — наличие на полу скользкой поверхности, ковров и ковриков, шнуров, проводов, отсутствие поручней в ванной комнате	Падения наблюдаются у 30–40% пожилых людей, проживающих в сообществе, у 50% пациентов центров/отделений сестринского ухода. Частота травм увеличивается приблизительно на 10% в группе пожилых и старых людей через каждые 8–10 лет их жизни
	<p>Примечание</p> <p>Падения снижают двигательную активность старого человека, вызывают боязнь возможных будущих падений, увеличивающих вероятность получения новых травм. У людей с падениями отмечаются частая госпитализация и большая вероятность смерти. Вероятность падений увеличивается у пациентов с анемиями (в том числе с недостаточностью</p>	

Синдром	Клиническая характеристика	Клиническое значение
	<p>витамина В₁₂), аритмиями, гиперчувствительностью каротидного синуса, на фоне дегидратации, в случае развития пневмонии, сепсиса, сахарного диабета, заболеваний щитовидной железы, гипогликемии, постуральной гипотензии, постпрандиальной гипотензии, деменции, инсульта, хронической обструктивной болезни легких, острого лабиринтита, при наличии артрита, деформации стопы, мышечной слабости, мозжечковой дегенерации, миелопатии, болезни Паркинсона, периферической невропатии, вертебробазиллярной недостаточности, периферической невропатии, доброкачественного пароксизмального головокружения, потере слуха, болезни Меньера, катаракте, глаукоме, возрастной макулярной дегенерации. Известны классы лекарственных препаратов, способных увеличивать риск падений у старых людей, — это аминокликозиды, анальгетики (особенно опиоиды), противоаритмические, антихолинергические препараты, гипотензивные (особенно вазодилататоры), нейролептики, антидепрессанты, антипсихотики и бензодиазепины, диуретики вообще (особенно при обезвоживании пациента) и петлевые диуретики в частности (особенно в высокой дозе).</p> <p>Пациенты, рассказавшие об одном случившемся падении, должны быть обследованы на сохранение равновесия или нарушение походки с помощью основного теста «Поднимись и иди»: при проведении тестирования пациентов наблюдают, как быстро они поднимаются со стандартного кресла, проходят 3 м по прямой линии, разворачиваются, возвращаются к креслу и как садятся в него. Наблюдение позволяет врачу определить у пациента слабость нижних конечностей, дисбаланс в положении стоя или сидя, неуверенную походку. Иногда тест проводят с хронометрированием, и тогда время, превышающее 12 с, указывает на высокий риск падений. Для предупреждения синдрома падений особое внимание уделяют пациентам, которые испытывают трудности при прохождении теста «Поднимись и иди», сообщают о частых падениях в последнее время; таких пациентов обследуют или наблюдают после недавнего падения и получения лечения по поводу травмы, обусловленной падением</p>	

Синдром	Клиническая характеристика	Клиническое значение
Пролежни (decúbiti)	<p>Язвенно-некротические и дистрофические изменения тканей. Первые клинические проявления пролежня — ощущение покалывания в местах вероятного появления в связи с застоем крови и лимфатической жидкости, которые обеспечивают нервные окончания питанием; онемение кожного участка спустя 2–3 ч после начала образования пролежня; формирование венозной эритемы без четких границ, имеющей синевато-красный оттенок, с валиком по периферии и углублением в центре. Эритема появляется в местах, наиболее типичных для образования пролежня, то есть там, где костные и мышечные выступы пациента контактируют с постелью</p>	<p>Места возникновения — участки тела, которые подвергаются систематическому давлению; причина образования — нейротрофические нарушения у ослабленных, длительно лежащих больных</p>
	<p>Примечание В соответствии с приказом Минздрава России от 17.04.2002 № 123 «Об утверждении отраслевого стандарта “Протокол ведения больных. Пролежни”» используют две шкалы для правильной оценки риска развития пролежней — шкалу Ватерлоу (Waterlow Scale), которая применяется для оценки стадии и риска развития пролежней, дает полное описание состояния больного на момент оценки; шкалу Нортонa, по которой оценивают только риск развития пролежней, а оценочный список более краткий, не занимает много времени при заполнении. В отраслевом стандарте ОСТ 91500.11.0001-2002 «Протокол ведения больных. Пролежни» приведено полное описание патогенеза пролежневого процесса, перечислены факторы риска возникновения пролежней, даны подробные</p>	

Синдром	Клиническая характеристика	Клиническое значение
	<p>описания стадий пролежней и места их появления, представлены алгоритмы оказания медицинской помощи, указаны коды, которые используются для формирования плана лечения лежачих больных, перечислены и описаны все профилактические мероприятия, имеется памятка для пациента и его родственников, которые осуществляют домашний уход за больным.</p> <p>Высокий риск возникновения пролежней отмечается у тяжелобольных, вынужденных соблюдать строгий постельный режим, а также у людей, прикованных к инвалидному креслу, или у тех, кому необходима строгая фиксация конечностей ввиду приобретенных травм, когда сдавливаются ткани между костью и твердым покрытием. Некоторые заболевания, например сахарный диабет, способствуют более быстрому развитию пролежней. Участки некроза могут формироваться у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, травмами или функциональными сбоями в головном и спинном мозге, с избыточной массой тела, гипергидрозом, при обезвоживании, нарушенном рационе.</p> <p>Пролежни возникают из-за недостаточного ухода за пациентом — редкая или нерегулярная смена постельного белья, отсутствие гигиенических профилактических процедур (массаж, обработка лечебными растворами), твердое, неровное покрытие постели.</p> <p>Основные условия возникновения пролежней: неподвижность больного, анемия, дефицит массы тела, недержание мочи и кала, спастическое сокращение мышц, наличие костных переломов, сниженное артериальное давление (АД), гиповитаминоз аскорбиновой кислоты, патологические процессы в сосудах головного мозга (инсульт и др.), при возрастных изменениях кожи (повышение порога чувствительности, истончение кожных покровов), инфекции, болезни сердечно-сосудистой системы, сухость кожи, отечность. Наиболее частые места образования пролежней — в тканях ягодич, копчиковой области и на пятках (рис. 2.3).</p> <p>Локализация пролежней зависит от позы, в которой находится человек: при положении пациента лежа на спине пролежни могут образоваться в зонах выступающих позвонков крестцовой, копчиковой и грудной областей, пяток, иногда — затылка и лопаток; когда человек лежит на животе, процесс сдавливания может затронуть зону коленных</p>	