

Е.В. Мороз¹, М.В. Антонюк¹, Т.А. Захарычева²

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ II-III СТАДИИ И ИСХОДЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ В РАЗЛИЧНЫХ УСЛОВИЯХ ПРОЖИВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ

¹Владивостокский филиал ФГБНУ «Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания» –

НИИ медицинской климатологии и восстановительного лечения,
690105, ул. Русская, 73г, тел. 8-(4232)-78-82-05, г. Владивосток;

²Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-76-13-96, г. Хабаровск

Резюме

Изучены на протяжении 17-летнего периода качество жизни больных дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) II-III стадии и исходы заболевания у 215 пациентов пожилого и старческого возраста (60-85 лет) в трех группах наблюдения. Первая группа – подопечные дома-интерната для инвалидов и престарелых (85 человек). Вторая группа – лица, проживавшие с семьей или опекуном, наблюдавшиеся в поликлинике и выполнявшие все врачебные рекомендации (78). Третья группа – одинокие пациенты, ведущие нездоровый образ жизни (52). Проведенное исследование подтвердило не только неблагоприятное влияние ожирения, курения, приема алкоголя и отсутствие приверженности к лечению, но и значительную роль медицинских и социально-психологических факторов в жизни больных ДЭ II-III стадии.

Ключевые слова: дисциркуляторная энцефалопатия II-III стадии, пациенты пожилого и старческого возраста, качество жизни, исходы заболевания.

E.V. Moroz¹, M.V. Antonyuk¹, T.A. Zakharycheva²

LIFE QUALITY OF PATIENTS WITH DISCIRCULATORY ENCEPHALOPATHY OF II-III STAGE AND THE DISEASE OUTCOMES DEPENDING ON THE PATIENTS' LIVING CONDITIONS

¹Research Institute of Medical Climatology and Rehabilitation Treatment, Vladivostok;

²Far Eastern State Medical university, Khabarovsk

Summary

For the 17-year period, the quality of life of patients with stage II-III discirculatory encephalopathy (DE) and the outcomes of the disease were studied in 215 elderly and senile patients (60-85 years) in three observation groups. The patients of the first group was living in the wards of a boarding house for disabled and elderly people (85 persons). The second group consists of persons who lived with a family or a guardian, were regularly examined by a doctor and followed all medical recommendations (78). The third group consists of single patients who were having an unhealthy lifestyle (52). The study confirmed not only the adverse effects of obesity, smoking, alcohol intake and lack of adherence to treatment, but also the significant role of medical and socio-psychological factors in the life of patients with stage II-III DE.

Key words: stage III discirculatory encephalopathy, elderly and senile patients, quality of life, disease outcomes.

В современных условиях около 9 млн жителей земного шара страдают цереброваскулярными расстройствами, в связи с чем, хроническая недостаточность мозгового кровообращения или дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) приобретает важное социальное значение [2, 3, 7]. Когнитивные нарушения, неизбежно возникающие у лиц пожилого и старческого возраста на поздних стадиях ДЭ, приводят к уменьшению функциональной независимости пациентов вплоть до необходимости обеспечения круглосуточного ухода [5, 12]. В России, с ее экономическими и демографическими особенностями, проблема старения населения приобретает особую актуальность, а сохранение людей старшего возраста, как активной и полезной части общества, является важной социальной задачей [10, 11].

Известно, что старение зависит не только от биологических (конституциональный тип личности, тем-

перамент, состояние физического здоровья), но и от социально-психологических особенностей – образа жизни, семейно-бытового положения, наличия духовных интересов, творческой активности [9]. Неблагоприятные факторы жизнедеятельности негативно влияют на адаптационные возможности лиц пожилого возраста [1]. Поэтому в современных условиях основная задача правительства состоит в расширении сети и совершенствовании деятельности геронтологических центров, призванных активизировать реабилитационный процесс и переместить акценты с обслуживания на занятость пожилого населения [4, 8].

Цель исследования состояла в изучении качества жизни больных дисциркуляторной энцефалопатией II-III стадии и исходов заболевания в различных условиях проживания пациентов.

Материалы и методы

В 2002 году было начато проспективное наблюдение над 215 больными ДЭ-II стадии в возрасте от 60 до 85 лет. Все пациенты были разделены на три группы. Первая группа – подопечные дома-интерната для инвалидов и престарелых (85 человек). Вторая группа – лица, проживавшие с семьей или опекуном, наблюдавшиеся в поликлинике и выполнявшие все врачебные рекомендации (78). Третья группа – одинокие пациенты, которые

в отсутствие контроля не всегда выполняли врачебные назначения и нередко вели нездоровый образ жизни (52). Всем пациентам были даны одинаковые общие рекомендации (листочки) по режиму дня, физической активности и питанию [6]. Контакт врача-невролога с пациентами, их родственниками или опекунами, а также медицинскими и социальными работниками поддерживался на протяжении 17 лет – до 2018 года.

Результаты и обсуждение

В исследовании преобладали лица мужского пола (60,93 %) в возрасте 60–70 лет (средний возраст – 65,4±4,8 лет); у женщин доминировала возрастная группа «66–70 лет» (средний возраст – 68,5±2,0 лет).

Все группы пациентов к началу исследования были валидны по возрасту, полу, степени тяжести артериальной гипертензии (II-III стадия) и ДЭ (II стадия).

Изучение факторов риска обнаружило следующее. Злоупотребление алкоголем выявлено в 66,97 % случаев и чаще регистрировалось среди мужчин (75,69 % и 24,31 % соответственно). Табакокурение – в 63,72 %, с преобладанием среди лиц мужского пола (87,59 % и 12,41 % соответственно). Ожирение – в 50,7 %, преимущественно у женщин (67,89 % и 32,11 % соответственно). Артериальная гипертензия II-III степени – у 60,47 %, в том числе 53,85 % мужчин и 46,15 % женщин. Сахарный диабет II типа средней степени тяжести – в 13,5% случаев, преимущественно у женщин (62,07 % и 37,93 % соответственно). В группах сравнения не было обнаружено достоверных различий по факту курения (57,65 %, 53,85 % и 57,69 % соответственно, $p>0,05$). При этом курящие женщины оказались только в составе третьей группы. Злоупотребление алкоголем среди пациентов первой группы регистрировалось в единичных случаях и носило эпизодический характер – в выходные и праздничные дни, во время пребывания подопечных дома-интерната в семье. Систематический прием алкоголя доминировал в третьей группе по сравнению со второй (8,97 % и 40,39 % соответственно, $p<0,001$). Повышенный индекс массы тела у пациентов третьей группы не регистрировался. В двух других группах ожирение встречалось с одинаковой частотой: в 52,94 % случаев во второй (все пациенты – мужчины) и в 51,28 % – в третьей (равновеликое количество, как мужчин, так и женщин). Сахарный диабет II типа средней степени тяжести также встречался с одинаковой частотой во всех группах сравнения ($p>0,05$).

Изучена динамика летальных исходов в группах по мере прогрессирования заболевания от ДЭ II до ДЭ III стадии за 17-летний период (табл. 1).

Наиболее неблагоприятными оказались исходы в группе одиноких пациентов, в которой к концу периода наблюдения умерли все. Пациентов, умерших в доме-интернате для инвалидов и престарелых, оказа-

лось почти в три раза меньше (100 % и 34,12 % соответственно, $p<0,05$). Лучший результат достигнут в группе лиц, проживавших в семьях или с опекуном, – через 17 лет умерли 26,92 % пациентов. Полученные данные могут свидетельствовать о значительной роли не только медицинских, но и социально-психологических факторов в жизни больных ДЭ II-III стадии. Хороший уход, наличие доверительных контактов и связей с родными и близкими людьми, несомненно, способствовали адаптации пациентов к своему состоянию и к окружающей среде, и в конечном итоге, – относительно благоприятному течению и исходам заболевания.

Таблица 1

Частота (%) летальных исходов в группах сравнения

Годы	Группы сравнения		
	1 – подопечные дома интерната (n=85)	2 – пациенты, проживающие в семье / с опекуном (n=78)	3 – одинокие пациенты из неблагополучных семей (n=52)
2002	-	-	1,92 (1 чел.)
2003	3,53 (3)	1,28 (1)*	5,77 (3)*
2004	1,18 (1)"	1,28 (1)*	5,77 (3)*"
2005	1,18 (1)"	1,28 (1)*	5,77 (3)*"
2006	2,35 (2)"	1,28 (1)*	5,77 (3)*
2007	1,18 (1)"	-	3,85 (2)
2008	2,35 (2)"	1,28 (1)*	7,69 (4)*"
2009	1,18 (1)"	1,28 (1)*	5,77 (3)*"
2010	4,71 (4)	2,56 (2)*	9,62 (5)*
2011	2,35 (2)"	2,56 (2)*	7,69 (4)*"
2012	1,18 (1)"	1,28 (1)*	5,77 (3)*"
2013	3,53 (3)"	2,56 (2)*	9,62 (5)*"
2014	1,18 (1)"	1,28 (1)*	5,77 (3)*"
2015	2,35 (2)"	2,56 (2)*	3,85 (2)
2016	1,18 (1)"	1,28 (1)*	3,85 (2)
2017	2,35 (2)"	3,85 (3)	7,69 (4)"
2018	2,35 (2)"	1,28 (1)*	3,85 (2)
Всего:	34,12 (29)"	26,92 (21)*	100 (52)*"

Примечание. Различия достоверны ($p<0,05$): * – между 3 и 2; " – между 3 и 1.

Нами был изучен спектр причин смерти от острой сердечной недостаточности, повторного инсульта и других неблагоприятных исходов в обследуемых группах больных. Результаты представлены в таблице 2.

Основные неблагоприятные исходы в группах сравнения

Исходы, %	Группы наблюдения		
	1 – подопечные дома интерната (n=85)	2 – пациенты, проживающие в семье / с опекуном (n=78)	3 – одинокие пациенты из неблагополучных семей (n=52)
Ампутация конечностей	7,06 (6)"	3,85 (3)*	40,39 (21)*
Прогрессирующая деменция	9,41 (8)"	5,13 (4)*	23,08 (12)*"
Смерть от острой сердечной недостаточности	9,41 (8)"	10,26 (8)*	19,23 (10)*"
Смерть от повторного инсульта	8,24 (7)"	6,41 (5)*	17,31 (9)*"
Всего:	32,94 (28)	26,92 (21)	100 (52)

Примечание. Различия достоверны ($p < 0,05$): * – между 3 и 2, " – между 3 и 1.

Частота поражения органов-мишеней, независимо от наличия/отсутствия лечебных и профилактических мероприятий, неуклонно нарастала во всех группах сравнения, что приводило к прогрессированию демен-

ции, ампутациям конечностей и смерти от острой сердечно-сосудистой недостаточности и повторных инсультов. В группе одиноких больных такие осложнения развивались в 1,6-4 раза чаще ($p < 0,05$).

Выводы

1. Многолетнее проспективное исследование качества жизни, проведенное в трех группах пациентов, подтвердило неблагоприятное влияние не только ожирения, курения, приема алкоголя и отсутствие приверженности к лечению, но и значительную роль медицинских и социально-психологических факторов в жизни больных ДЭ II-III стадии.

2. Качество жизни оказалось наиболее высоким у пациентов с ДЭ, проживающих в семьях или с опекуном. Менее благоприятными оказались исходы в группе одиноких пациентов и подопечных домов-интернатов для инвалидов и престарелых. Наихудшие результаты

получены у одиноких лиц, с отягощенным социальным анамнезом, не имеющих приверженности к лечению.

3. Пациентам пожилого и старческого возраста с ДЭ II-III стадии – одиноким, а также находящимся под опекой государства и семей, необходимо содействие медицинских и социальных работников в поддержании функциональной и социальной независимости в обществе.

4. В случаях ухудшения состояния одиноких лиц пожилого и старческого возраста с ДЭ-III, необходимо решение вопросов об их переводе в специализированные дома-интернаты.

Литература

1. Бобряков Н.А. Исследование биологического возраста у пациентов цереброваскулярными заболеваниями // Сибирский медицинский журнал – 2012. – № 3. – С. 28-32.
2. Будилова Е.В., Лагутин М.Б., Мигранова Л.А. Гендерные различия в продолжительности жизни и заболеваемость населения России // Журн. клиническая геронтология. – 2016. – Т. 22. – С. 8-9.
3. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шахпаронова Н.В. Реабилитация неврологических больных. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – С. 483-496.
4. Ким Я.В. Реабилитация больных с поражениями нервной системы (обзор литературы) // Вестник АГИУВ. – Спецвыпуск. – 2013. – С. 91-93.
5. Ливиненко М.А., Котов А.С. Когнитивные нарушения у пожилых больных с цереброваскулярными заболеваниями // Клиническая геронтология. – 2014. – № 5. – С. 30-37.
6. Мороз Е.В., Захарычева Т.А. Влияние питания на течение дисциркуляторной энцефалопатии у лиц пожилого возраста // Материалы 7-го Всероссийского конгресса «Политика здорового питания в России». – М., 2003. – С. 368-369.
7. Неверовский Д.В., Случевская С.Ф., Парфенов В.А. Дифференциальный диагноз дисциркулятор-

ной энцефалопатии в амбулаторной практике // Неврология, нейропсихиатрия и психосоматика. – 2013. – № 2. – С. 38-42.

8. Порядок организации медицинской реабилитации: приказ Министерства здравоохранения РФ от 29.12.2012 г. № 1705н.

9. Пузин С.Н., Шургая М.А., Торопова О.М. Актуальные вопросы медико-социальной реабилитации в амбулаторных условиях: пациенты, страдающие деменцией // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2015. – Т. 18, № 1. – С. 4-9.

10. Смирнов А.В., Григорьева Н.В., Горелик Е.В. Патологическая анатомия цереброваскулярной болезни, стратегии стимуляции нейрогенеза // Вестник Волгоградского ГМУ. – 2013. – Вып. 2 (46). – С. 3-8.

11. Черевашенко Л.А., Куликов Н.Н., Черевашенко И.А. Коррекция вегетативного статуса у пациентов с хронической дисциркуляторной энцефалопатией на этапе санаторно-курортной реабилитации // Вестник новых мед. технологий. Электронное издание. – 2014. – № 1. – С. 1-6.

12. Шмырев В.И., Васильев А.С., Крыжановский С.М. Ведение пациентов с хронической ишемией головного мозга // Русский мед. журн. «Медицинское обозрение». – 2014. – № 11. – С. 802-805.

Literature

1. Bobryakov N.A. The study of the biological age of patients with cerebrovascular diseases // Siberian Medical Journal. – 2012. – № 3. – P. 28-32.
2. Budilova E.V., Lagutin M.B., Migranova L.A. Gender differences in life expectancy and morbidity in the population of the Russian Federation // Clinical Gerontology. – 2016. – Vol. 22. – P. 8-9.
3. Kadykov A.S., Chernikova L.A., Shakhparonova N.V. Rehabilitation of neurological patients. – M., MEDpress-inform, 2014. – P. 483-496.
4. Kim Ya.V. Rehabilitation of patients with lesions of the nervous system (literature review) // Bulletin of the Almaty State Institute for Advanced Training of Doctors. – Special Issue. – 2013. – P. 91-93.
5. Livinenko M.A., Kotov A.S. Cognitive impairment in elderly patients with cerebrovascular diseases // Clinical Gerontology. – 2014. – № 5. – P. 30-37.
6. Moroz E.V., Zakharycheva T.A. The effect of nutrition on the course of discirculatory encephalopathy in the elderly // Materials of the 7-th All-Russian Congress «The policy of healthy eating in Russia». – M., 2003. – P. 368-369.
7. Neverovsky D.V., Sluchevskaya S.F., Parfenov V.A. The differential diagnosis of discirculatory encephalopathy in outpatient practice // Neurology, Neuropsychiatry and Psychosomatics. – 2013. – № 2. – P. 38-42.
8. The procedure for organizing medical rehabilitation: Order № 1705n of December 29, 2012 of the Ministry of Health of the Russian Federation.
9. Puzin S.N., Shurgaya M.A., Toropova O.M. Actual issues of medical and social rehabilitation on an outpatient basis: patients with dementia // Medical and Social Examination and Rehabilitation. – 2015. – Vol. 18. – № 1. – P. 4-9.
10. Smirnov A.V., Grigoryeva N.V., Gorelik E.V. Pathological anatomy of cerebrovascular disease, strategies for stimulating neurogenesis // Bulletin of the Volgograd State Medical University. – 2013. – Vol. 2 (46). – P. 3-8.
11. Cherevashchenko L.A., Kulikov N.N., Cherevashchenko I.A. Correction of vegetative status in patients with chronic discirculatory encephalopathy at the stage of sanatorium-resort rehabilitation // Bulletin of New Medical Technologies. E-edition. – 2014. – № 1. – P. 1-6.
12. Shmyrev V.I., Vasilyev A.S., Kryzhanovsky S.M. Management of patients with chronic cerebral ischemia // Russian Medical Review. – 2014. – № 11. – P. 802-805.

Координаты для связи с авторами: Мороз Елена Владимировна – аспирант Владивостокского филиала «Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания» – Научно-исследовательский институт медицинской климатологии и восстановительного лечения, e-mail: lena-mor@mail.ru; Антонюк Марина Владимировна – д-р мед. наук, проф., зав. лабораторией Владивостокского филиала «Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания» – Научно-исследовательский институт медицинской климатологии и восстановительного лечения, e-mail: antonykm@mail.ru; Захарычева Татьяна Адольфовна – д-р мед. наук, профессор кафедры дополнительного профессионального образования ИНПОА ДВГМУ, e-mail: dolika@inbox.ru.



<http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2020-3-102-105>

УДК 616-003.81-071-085:615.28

И.М. Давидович¹, Е.П. Хабибрахман², М.А. Морозов², А.М. Макаревич²

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БОРТЕЗОМИБА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СИСТЕМНОГО AL-АМИЛОИДОЗА

¹Дальневосточный государственный медицинский университет, 680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-76-13-96, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru;

²301 Военный клинический госпиталь МО РФ, 680000, ул. Серышева, 1, тел. 8-(4212)-39-47-82, г. Хабаровск

Резюме

Представлен опыт применения препарата бортезомиб (обратимого ингибитора химотрипсин-подобной активности 26S-протеасом клеток) у пациента с диагнозом системного амилоидоза AL типа с вовлечением в процесс сердечно-сосудистой системы, почек, печени, периферической нервной системы и кишечника. Обсуждаются особенности и трудности терапии.

Ключевые слова: AL-амилоидоз, химиотерапия, бортезомиб.