

Э.В. Минаков, И.В. Кочеткова, Г.Н. Стрелецкая
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ
СЕРДЦА НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ИВАБРАДИНОМ

*ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко Минздрава России,
каф. госпитальной терапии и эндокринологии*

Резюме. Статья содержит результаты применения кораксана у больных ишемической болезнью сердца в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких после аортокоронарного шунтирования, основанных на оценке качества жизни данных пациентов.

Ключевые слова: кораксан, ишемическая болезнь сердца, хроническая обструктивная болезнь легких, аортокоронарное шунтирование.

Актуальность. В последние годы, в странах с высоким уровнем развития медицины, стал актуальным новый методологический подход к оценке результата медицинского вмешательства в клинических и эпидемиологических исследованиях – оценка качества жизни (КЖ); поскольку традиционные критерии эффективности лечебных мероприятий, отражающих изменения физического состояния, т.е. биологических функций, не дают полного представления о жизненном благополучии больного, о его не только физическом, но и психологическом и социальном состоянии [1]. Согласно определению ВОЗ, качество жизни (КЖ) — это совокупность факторов, определяющих физическое, психологическое, эмоциональное, социальное состояние больного и основанных на его субъективном восприятии [2].

Цель исследования: оценить влияние ивабрадина на качество жизни пациентов со стенокардией напряжения в сочетании с ХОБЛ.

Материалы и методы. Критерии включения: мужчины, средний возраст 57 ± 3 года, со стабильной стенокардией напряжения II-III ФК, с сопутствующей ХОБЛ, подписавшие информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения: наличие в анамнезе инфаркта миокарда, ОНМК, СД, ХПН, тяжелой артериальной гипертензии, тяжелых нарушений бронхо-легочной системы, фибрилляции предсердий, частой экстрасистолии высоких градаций.

При амбулаторном обследовании всем пациентам проводились клинико-лабораторные исследования – ОАК, ОАМ, б/х крови (АлАТ, АсАТ, ОХ, глюкоза, белок), электрокардиография в 12 отведениях.

Оценка качества жизни осуществлялась с использованием опросника SF-36. Результаты анкетирования представлены в виде 8 шкал (более высокая оценка указывает на более высокий уровень качества жизни):

- физическое функционирование (Physical Functioning — PF);
- ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning — RP);
- интенсивность боли (Bodily pain — BP);
- общее состояние здоровья (General Health — GH);
- жизненная активность (Vitality — VT);

- социальное функционирование (Social Functioning — SF);
- ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional — RE);
- психическое здоровье (Mental Health — MH).

Для удобства оценки физического и психологического компонентов здоровья шкалы опросника группируются в два показателя:

1. Физический компонент здоровья (Physical health — PH):

- физическое функционирование;
- ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием;
- интенсивность боли;
- общее состояние здоровья.

2. Психологический компонент здоровья (Mental Health — MH):

- психическое здоровье;
- ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием;
- социальное функционирование;
- жизненная активность.

На аппарате «ЭТОН» оценивалась ФВД (функция внешнего дыхания): - ФЖЕЛ выд. (форсированная жизненная емкость легких), ОФВ 1 выд. (объем форсированного выдоха за 1 сек), Пос выд. (пиковая объемная скорость), МОС25 выд. (максимальная объемная скорость при выдохе 25 %), МОС50 выд., МОС75 выд., СОС0,2-1,2 выд., СОС25-75 выд. (средняя объемная скорость), СОС75-85 выд., Тфжел выд. (время выполнения форсированного выдоха), ФЖЕЛ выд и др. Для оценки общего состояния функции внешнего дыхания В.Б. Нефедовым разработан индекс состояния (ИС), на базе линейных дискриминантных функций с учетом удельных весов признаков, реальных значений признаков и пороговых значений; для каждого пациента от 1 до 10. 1-2 – норма, 2-4 условная норма, 4-6 умеренное нарушение, 6-8-значительное, 8-10 резкое [3].

Осуществлялась также суточная запись ЭКГ на аппарате «Холтер-ДМС» и оценка параметров ВРС. При этом оценивался временной анализ интервалов: 1. HR (Частота пульса) - Средний уровень функционирования системы кровообращения. 2. SDNN - Суммарный эффект вегетативной регуляции кровообращения. 3. RMSSD - Активность парасимпатического звена вегетативной регуляции. 4. pNN50 - Показатель степени преобладания парасимпатического звена регуляции над симпатическим (относительное значение). 5. СВВР – средняя взвешенная вариация ритмограммы [4]. ХСН соответствовала I ФК по NYHA. Длительность заболевания ИБС составила 6±2 года, ХОБЛ 4±1 г. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием прикладной программы Microsoft Excel 2010 и STATISTICA 6.0.

На рис.1 представлен дизайн исследования. После оценки функции внешнего дыхания были выделены: - 40 человек с увеличенным ИС с ХОБЛ после АКШ

возрастом 53 ± 2 года с выявленным ускоренным синусовым ритмом 87 ± 3 уд/мин. Пациенты рандомизированы в две группы: I) получавших стандартную терапию ИБС (сиднофарм 2 мг/2 р. в день/кардикет 1 кап 1 р. в день, и-АПФ/ сартаны 5 мг /2 р. в день, кардиомагнил 75/150 мг 1 р./в день триметазидин 35 мг 2р. в день и аторвастатин 20-40 мг в сутки) и терапию, направленную на улучшение бронхиальной проходимости - бронхолитики (тиотропия бромид или его комбинацию с β -2 агонистами длительного действия), муколитики; II) с добавлением ивабрадина в дозе 10 мг/сут (по 5 мг 2 раза в сутки) первый месяц, по 7,5 мг 2 раза в сутки в течение последующих 2 месяцев; - 40 человек с увеличенным ИС больных ИБС с ХОБЛ возрастом 55 ± 2 года с выявленным ускоренным синусовым ритмом. Случайным образом пациенты поделены в две подгруппы: III) получавших стандартную терапию ИБС IV) с добавлением ивабрадина в дозе 10 мг/сут (по 5 мг 2 раза в сутки) первый месяц, по 7,5 мг 2 раза в сутки в течение последующих 2 месяцев. Клинико-лабораторные данные не свидетельствовали об обострении ХОБЛ. Динамическое наблюдение осуществлялось каждый месяц (4 визита).

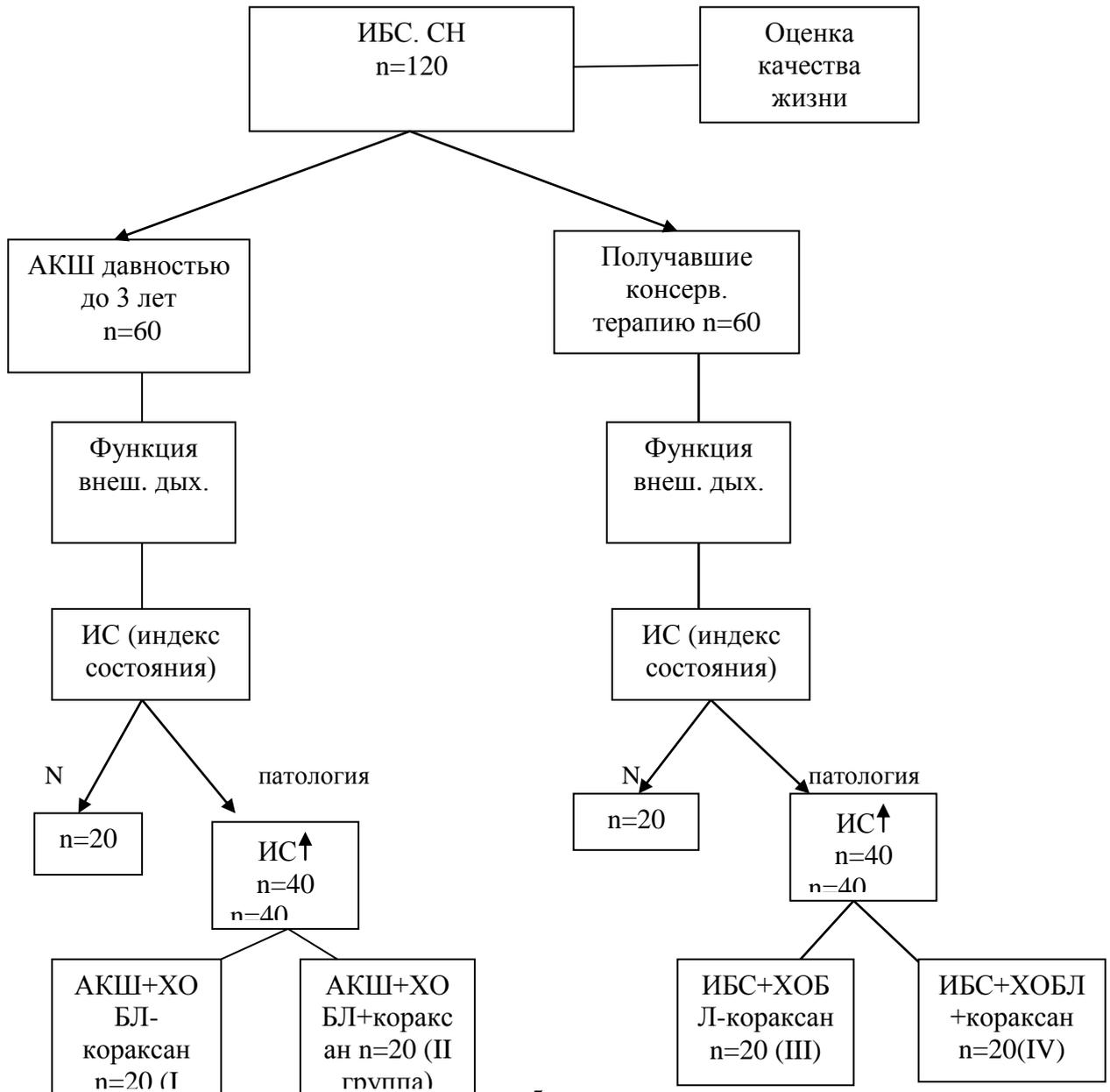




Рис.1 Схема исследования.

Результаты и их обсуждение.

Как свидетельствуют полученные результаты (таб.1), при сочетании патологии ИБС и ХОБЛ значительно снижаются показатели повседневной жизнедеятельности больных. Естественно, в первую очередь присутствует болевой синдром, что находит свое отражение в достоверном снижении показателей по шкале боли $10,05 \pm 1,35$ у больных ИБС и $41,8 \pm 0,69$ после АКШ. Однако, обращает на себя внимание достоверно значимое ограничение показателей повседневной физической активности, $27,85 \pm 2,08$ у больных ИБС и $38,3 \pm 3,8$ баллов после АКШ. Кроме того, достоверно значимо ухудшается эмоциональный статус и возможности выполнения своих повседневных социальных обязанностей. Несмотря на это, отмечается также достоверно значимое снижение показателей и качества жизни $37,85 \pm 2,3$ у больных ИБС и $37,9 \pm 1,1$ после АКШ.

Таблица 1.

Численные значения показателей качества жизни по данным SF-36 у больных ИБС

группы	GH	PF	RP	BP	SF	RE	VT	MH
ИБС+ХОБЛ-КОРАКСАН	$47,75 \pm 3,0$	$27,85 \pm 2,08$	0	$10,05 \pm 1,35$	$37,85 \pm 2,3$	0	$52,1 \pm 1,74$	$40,25 \pm 2,89$
ИБС+ХОБЛ+КОРАКСАН	$62,4 \pm 1,72^*$	$43,7 \pm 1,7^*$	$18,55 \pm 1,63^*$	$18,15 \pm 0,81^*$	$44,8 \pm 0,69^*$	$28,65 \pm 1,6^*$	$61,6 \pm 0,85^*$	$51,6 \pm 1,14^*$
АКШ+ХОБЛ-КОРАКСАН	$37 \pm 9,7$	$38,3 \pm 3,8$	0	$41,8 \pm 0,69$	$37,9 \pm 1,1$	0	$47,9 \pm 7,68$	$30,5 \pm 2,36$
АКШ+ХОБЛ+КОРАКСАН	$51,5 \pm 4,03^*$	$53,2 \pm 5,9^*$	$7 \pm 2,5^*$	$54 \pm 2,0^*$	$45,8 \pm 2,5^*$	0	$61,4 \pm 3,09^*$	$35,5 \pm 0,84^*$

Примечание: достоверность различия показателей между группами * $p \leq 0,001$

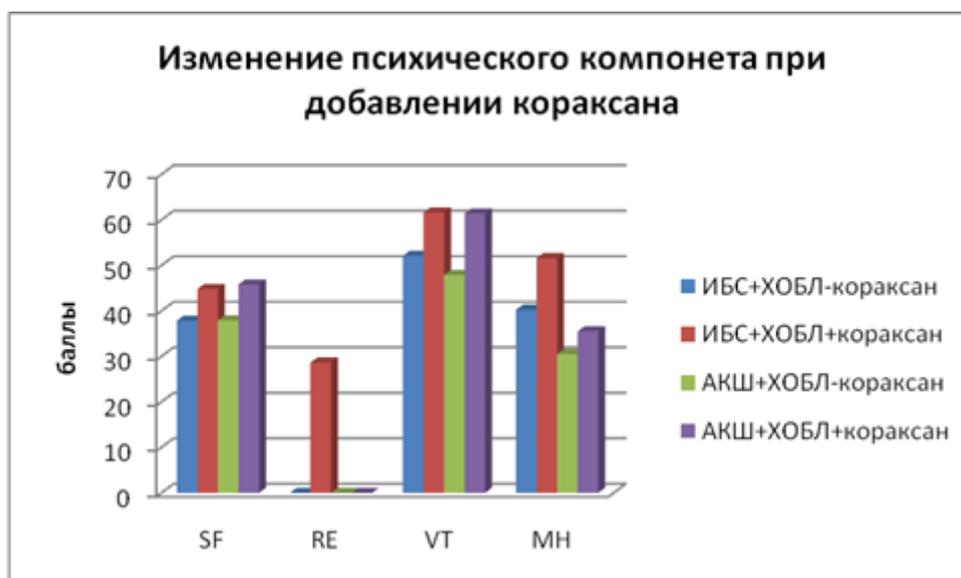


Рис. 2 Изменение психического компонента при добавлении кораксана через 3 месяца лечения.

На рис. 2 заметно достоверное увеличение показателей психического здоровья, у больных ИБС: SF возрос от $37,85 \pm 2,3$ до $44,8 \pm 0,69$ ($p \leq 0,001$), VT от $52,1 \pm 1,74$ до $61,6 \pm 0,85$ ($p \leq 0,001$), MH от $40,25 \pm 2,89$ до $35,5 \pm 0,84$ ($p \leq 0,001$); у больных после АКШ прослеживается аналогичная закономерность SF возрос от $37,9 \pm 1,1$ до $45,8 \pm 2,5$ ($p \leq 0,001$), VT от $47,9 \pm 7,68$ до $61,4 \pm 3,09$ ($p \leq 0,001$), MH от $30,5 \pm 2,36$ до $35,5 \pm 0,84$ ($p \leq 0,001$).



Рис. 3 Изменение физического компонента при добавлении кораксана через 3 месяца лечения.

На рис. 3 заметно достоверное изменение показателей физического здоровья, у больных ИБС: GH возрос от $47,75 \pm 3,0$ до $62,4 \pm 1,7$ ($p \leq 0,001$), PF от $27,85 \pm 2,08$ до $43,7 \pm 1,7$ ($p \leq 0,001$), RP от 0 до $18,55 \pm 1,63$ ($p \leq 0,001$), BP от $10,05 \pm 1,35$ до $18,15 \pm 0,81$ ($p \leq 0,001$); у больных после АКШ прослеживается аналогичная закономерность GH возрос от $37 \pm 9,7$ до $51,5 \pm 4,03$ ($p \leq 0,001$), PF от $38,3 \pm 3,8$ до

53,2±5,9 (p ≤ 0,001), RP от 0 до 7±2,5 (p ≤ 0,001), ВР от 41,8±0,69 до 54±2,0 (p ≤ 0,001).



*Примечание: для наглядности масштаб оси ординат для ВР уменьшан в 10 раз.

Рис. 4 Интенсивность боли и число приступов стенокардии на фоне терапии кораксаном у больных ИБС и ХОБЛ.

На рис.4 отражено соотношение интенсивности боли по данным опросника и числа приступов стенокардии у наших пациентов с достоверными различиями между первым и четвертым визитами (p = 0,0001). Статистически достоверная разница в динамике отмечается уже на 2 визите, которая прослеживается к 3 визиту и не изменяется к 4. Отмеченная нами динамика может быть определена эффектом ивабрадина.

Выводы: Таким образом, данные оценки качества жизни в ходе динамического наблюдения при добавлении к стандартной терапии кораксана, позволяют сделать вывод о достоверно (p<0,05) позитивном влиянии препарата на физическое и психическое здоровье пациентов ИБС в сочетании с ХОБЛ.

Литература.

1 Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. С.-Пб, М.: «Олма-Пресс», 2002. С. 18–21.

2 Новик А. А., Ионова Т. И. Исследование качества жизни в медицине / Под редакцией акад. РАМН Ю. Л. Шевченко. М.: Гэотар-Мед., 2004. С.12–13.

3 Рабочая инструкция по проведению и интерпретации результатов исследования функции легких на аппаратах серии «Этон», В. Б. Нефедов 2001 г.

4 Соболев, А. В. Проблемы количественной оценки variability ритма сердца при холтеровском мониторинге, ВА-N26 от 12/04/2002, стр. 21-25 /.

Abstract

Minakov EV, Kochetkova I.V., Streletskaya G.N.

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE THERAPY
IVABRADINI

Voronezh state medical Academy, The Department of hospital therapy and endocrinology

Resume: the Article contains the results of the application ivabradini in patients with coronary heart disease in combination with chronic obstructive pulmonary disease after coronary bypass, based on the evaluation of the quality of life of these patients.

Key words and phrases: ivabradin, ischemic heart disease, chronic obstructive pulmonary disease, coronary artery bypass grafting.

References:

1 Novik A. A., Ionova T. I. guide to the study of quality of life in medicine. S.-Pb, M.: "OLMA-Press", 2002. P. 18-21.

2 Novik A. A., Ionova T. I. quality of life assessment in medicine / edited by Acad. RAMS Yu. I. Shevchenko. M.: GEOTAR-Med., 2004. With.12-13.

3. working instructions for conducting and interpreting the results of pulmonary function tests on devices series "Eton", Nefedov, V. B. 2001.

4 Sobolev, A. V. Problems of quantitative assessment of heart rate variability with Holter monitoring, VA-N26 from 12/04/2002, pp. 21-25 /.

Сведения об авторах: Кочеткова Ирина Владимировна – аспирант кафедры госпитальной терапии и эндокринологии ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко, iri4217@yandex.ru,