

10. Каралин А.Н. Синдром «гусиной лапки» // Тез. докл. III пленума Ассоциации ортопедов и травматологов Российской Федерации. – Уфа, 1998. – С. 23-24.
11. Левит К., Захсе И., Янда В. Мануальная медицина. – М.: Медицина, 1993. – С. 319.
12. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы – М.: Медицина, 1993. – С. 349-350.
13. Ситель А.Б. Мануальная медицина. – М.: Медицина, 1993. – С. 215-216.
14. Хабиров Ф.А., Хабиров Р.А. Мышечная боль. – Казань: Книжный дом, 1995. – 273 с.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КАРДИОСЕЛЕКТИВНОГО β-АДРЕНОБЛОКАТОРА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС, ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ХОБЛ С ПОМОЩЬЮ ОПРОСНИКА SF-36

© Трапезникова Б.В.*, Ильина Э.А.♦

Медицинский институт Сургутского государственного университета,
г. Сургут

Оценивали влияния кардиоселективного β₁-адреноблокатора небиволола на качество жизни у пациентов с ИБС и гипертонической болезнью с сопутствующей ХОБЛ. Нами использовался наиболее распространенный в настоящее время опросник качества жизни Version 2 of the SF-36 Medical Outcome Study Short-Form Health Survey. После 6 месяцев наблюдения отмечено достоверное улучшение показателя качества жизни в шкале «физическое функционирование» у пациентов, получавших небиволол, по сравнению с группой контроля (верапамил).

Актуальность: известно, что тяжесть и прогноз ХОБЛ определяются экстрапульмональной патологией, а адекватные лечебные программы при ХОБЛ в значительной степени зависят от сопутствующих заболеваний, на фоне которых она протекает.

Проблему в клинической практике представляет тактика медикаментозной терапии больных с кардиоваскулярной патологией и ХОБЛ: гипертонической болезнью (ГБ) и ишемической болезнью сердца (ИБС). Лекарственные препараты, доказавшие свою эффективность при лечении паци-

* Аспирант кафедры Госпитальной терапии.

♦ Врач-пульмонолог, старший преподаватель кафедры Госпитальной терапии, кандидат медицинских наук.

ентов с сердечно-сосудистой патологией (β -адреноблокаторы в частности) традиционно рассматриваются как препараты отрицательно влияющие на легочную функцию у больных ХОБЛ.

В многочисленных мета-анализах показано отсутствие неблагоприятных влияний кардиоселективных β -адреноблокаторов на респираторные симптомы и показатели ОФВ₁ у больных ХОБЛ [1-3]. Ряд других крупных исследований продемонстрировали, что ведущей причиной смертности больных с ХОБЛ являются сердечно-сосудистые заболевания, а не дыхательная недостаточность [4-5]. В последние годы получены данные о прямом влиянии об β -адреноблокаторов на снижение тяжести ХОБЛ и смертности от этого заболевания [6].

При оценке различных вариантов лечебной тактики больного ХОБЛ в последнее время все более активно оценивают качество жизни (КЖ). К настоящему времени русскоязычным пациентам с обструктивными заболеваниями легких могут быть предложены лишь некоторые опросники зарубежных авторов, прошедшие полный цикл культурной адаптации (русифицированные версии SF-36, AQLQ, SGRQ).

Установлено большое значение SF-36 в исследовании КЖ пациентов с ХОБЛ. Важным достоинством SF-36 является его сопоставимость со «специфическими» респираторными опросниками. [7,8].

Цель исследования: оценить влияние кардиоселективного β -адреноблокатора небиволола в составе комплексной терапии больных с ИБС и ГБ с сопутствующей ХОБЛ на качество жизни с помощью русскоязычного опросника SF-36.

Материал и методы исследования: в группу исследования было включено 47 пациентов с ХОБЛ, по половозрастному признаку, длительности и степени тяжести заболевания группы были сопоставимы. В исследование не включались больные с тяжелой клиникой ИБС (стенокардия напряжения более III ФК), лица с перманентной формой фибрилляции предсердий, хроническими постоянно-возвратными желудочковыми тахикардиями. Группу контроля составили 27 пациентов, которым назначался антагонист кальция (верапамил) в средних суточных дозах. Группу сравнения составили 20 пациентов, получающих небиволол в средней дозе 5 мг/сут под контролем показателей функции внешнего дыхания. В начале исследования и через 6 месяцев после его начала, оценивались: ФВД, данные ЭХО-КГ, толерантность к физической нагрузке, качество жизни с помощью опросника SF-36. В качестве критерия субъективной самооценки больных был использован опросник качества жизни Version 2 of the SF-36. Анкетирование проводилось в первый день поступления больного и через 6 мес наблюдения. Профили SF-36 после 6 месяцев лечения сравнивались между группами.

Статистические расчеты: расчет нормальности распределения вычисляли путем подсчета коэффициента асимметрии. Для групп с ненор-

мальным распределением средние показатели вычисляли путем определения медианы и первого и третьего квартиля. Каждый показатель опросника SF-36 оценивали самостоятельно с использованием U критерия Mann-Whitney. Подсчет и статистическая обработка данных производились в программе Biostat, SPSS.

Результаты: различия по полу, возрасту, длительности заболевания между группами пациентов получающих верапамил ($n = 27$) и небивалол ($n = 20$), оцененные с помощью критериев Хи квадрат и U критерия Mann-Whitney, оказались недостоверными (табл. 1). За 6 месяцев наблюдения в обеих группах наблюдения отмечалась тенденция к некоторому ухудшению показателя ОФВ1 (статистически незначимый). Связи ухудшения ФВД с приемом небиволола установлено не было.

Таблица 1

Клиническая характеристика больных

	Группа контроля (верапамил)	Группа сравнения (небивалол)	Значение p
Возраст (годы) Медиана (первый и третий квартили)	60,0 (49,0-73,0)	59,3 (47,0- 72,0)	Не достоверно
Пол (%)			
Мужчины	63	59	Не достоверно
Женщины	37	41	
Длительность «анамнеза» ИБС (годы)	6,5	6,8	Не достоверно
Длительность «анамнеза» ГБ (годы)	8,7	9,1	Не достоверно

Средние показатели изменений показателей здоровья на фоне терапии верапамилом и небивололом представлены в табл. 2, 3.

Значение p – возможность наблюдать подобное распределение при нулевой гипотезе ($p < 0,05$).

Таблица 2

Динамика показателей качества жизни по данным опросника SF-36 (группа контроля)

Шкалы опросника SF 36	Группа контроля (верапамил)		Значение p
	Первичное анкетирование ($n = 27$)	Повторное анкетирование ($n = 21$)	
Физическое функционирование (PF)	50 (5-100)	50 (5-95)	$P = 0,867$
Роль физическое функционирование (RP)	0 (0-100)	25 (0-100)	$P = 0,65$
Интенсивность боли (BP)	41 (22-100)	41 (21-100)	$P = 0,650$
Общее состояние здоровья (GH)	30 (0-72)	30 (0-72)	$P = 0,622$

Продолжение табл. 2

Шкалы опросника SF 36	Группа контроля (верапамил)		
	Первичное анкетирование (n = 27)	Повторное анкетирование (n = 21)	Значение p
Жизненная активность (VT)	45 (0-80)	50 (0-90)	P = 0,551
Социальное функционирование (SF)	50 (0-100)	50 (0-100)	P = 0,95
Роловое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	0 (0-100)	33,33 (0-100)	P = 0,699
Психическое здоровье (MH)	52 (0-88)	52 (4-92)	P = 0,697

Баллы по шкале SF-36 Медиана (первый и третий квартили).

Значение p – возможность наблюдать подобное распределение при нулевой гипотезе.

Таблица 3

Динамика показателей качества жизни по данным опросника SF-36 (группа сравнения)

Шкалы опросника SF 36	Группа сравнения (небиволол)		
	Первичное анкетирование (n = 20)	Повторное анкетирование (n = 19)	Значение p
Физическое функционирование (PF)	40 (0-70)	55 (15-85)	P = 0,025*
Роловое физическое функционирование (RP)	0 (0-50)	25 (0-25)	P = 0,05
Интенсивность боли (BP)	41 (0-74)	42 (22-80)	P = 0,058
Общее состояние здоровья (GH)	35 (20-52)	40 (5-62)	P = 0,315
Жизненная активность (VT)	40 (20-60)	45 (25-85)	P = 0,372
Социальное функционирование (SF)	50 (25-75)	62,5 (12,5-87,5)	P = 0,203
Роловое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	33,33 (0-67)	33,33 (0-100)	P = 0,33
Психическое здоровье (MH)	44 (24-68)	48 (24-80)	P = 0,777

Таблица 4

Динамика компонентов качества жизни по данным опросника SF-36

Шкалы опросника SF 36	Группа контроля (верапамил)			Группа сравнения (небиволол)		
	Первичное анкетирование (n = 27)	Повторное анкетирование (n = 21)	Значение p	Первичное анкетирование (n = 20)	Повторное анкетирование (n = 19)	Значение p
Физический компонент здоровья (PCS)	32 (18,8-55,9)	29 (19,3-52,3)	P = 0,55	23,8 (21,2-52)	28,55 (15-38,6)	P = 0,022*
Психологический компонент здоровья (MCS)	32,1 (6,6-55,8)	36,4 (6,9-61,4)	P = 0,575	35,4 (25-52,4)	33,8 (21,7-50,3)	P = 0,944

Примечание: * различия достоверны (p < 0,05).

Через 6 мес лечения отмечалось статистически значимое ($p < 0,05$) улучшение одного показателя из восьми, а именно: «физическое функционирование» (PF) у пациентов, получавших небиволол, по сравнению с группой, получавшей верапамил (U критерий Mann-Whitney). Все остальные показатели не имели статистической ($p > 0,05$) значимости, хотя имели некоторую тенденцию к улучшению. Что также отразилось на «физическом компоненте здоровья» (табл. 4). Улучшение по шкале «физическое функционирование» характеризовалось повышением физической активности пациента в повседневной жизни (переносимость физических нагрузок, поднятие тяжестей и т.д.).

Заключение: использование небиволола в комплексной терапии больных с ИБС и ГБ сопутствующей ХОБЛ привело к некоторому повышению КЖ у пациентов. Статистически значимое улучшение отмечено по показателю «физическое функционирование». Улучшение физического функционирования на фоне приема небиволола может быть, предположительно, связано с известным положительным влиянием β -адреноблокатора на сердечно-сосудистую систему и повышением толерантности к физическим нагрузкам.

Список литературы:

1. Salpeter S.R., Ormiston T.M., Salpeter E.E. et al. Cardioselective β -blockers for chronic obstructive pulmonary disease: a meta-analysis // Ann. Inter. Med. – 2002. – V. 137 – P. 715-725.
2. Salpeter S.R., Ormiston T.M., Salpeter E.E. et al. Cardioselective β -blockers for chronic obstructive pulmonary disease: a meta-analysis // Respir. Med. – 2003. – V. 97 (10). – P. 1094-1101.
3. Salpeter S.R., Ormiston T.M., Salpeter E.E. Cardioselective beta-blockers for chronic obstructive pulmonary disease // Cochrane Database Syst. Rev. – 2005. – V. 19 (14). – CD003566.
4. Sidney S., Sorel M., Queaenberyy P. COPD and incident Cardiovascular Disease hospitalizations and mortality: Kaiser Permanente Medical Care Program / Thorax. – 2005. – V. 12. – P. 2068-2075.
5. McGarvey L.P., John M., Anderson J.A. et al. Ascertainment of cause-specific mortality in COPD: operations of the TORCH Clinical Endpoint Committee // Thorax. – 2007. – V. 62. – P. 411-415.
6. Houman A., Andonis G. Beta-blocker therapy of cardiovascular diseases in patients with bronchial asthma or COPD: the pro viewpoint // Prim. Care Respir. J. – 2005. – V. 14 (5). – P. 236-241.
7. Mancuso C.A., Peterson M.G., Charlson M.E. Comparing discriminative validity between a disease-specific and a general health scale in patients with moderate asthma // J. Clin. Epidemiol. – 2001. – V. 54 (3). – P. 263-274.
8. Hajiro T., Nishimura K., Tsukino M. et al. A comparison of the level of dyspnea vs disease severity in indicating the health-related quality of life of patients with COPD // Chest. – 1999. – V. 116 (6). – P. 1632-1637.