

УДК 616.233-02-08:616.12-008.331.1

А.А.Ермолаев, С.В.Нарышкина

ВЛИЯНИЕ ДИРОТОНА® НА ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ*Амурская государственная медицинская академия, г. Благовещенск***РЕЗЮМЕ**

Проведено исследование, в ходе которого оценивались показатели качества жизни больных хроническим обструктивным бронхитом с легочной гипертензией. Качество жизни пациентов изучали с помощью методики SF-36. Приведены данные изменения параметров качества жизни у больных, получавших терапию Диротоном® (лизиноприлом, Гедеон Рихтер). Отражена зависимость показателей качества жизни от стадии легочной гипертензии.

SUMMARY

A.A.Ermolaev, S.V.Naryshkina

DIROTONE® EFFECT ON LIFE QUALITY VALUES IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE BRONCHITIS ACCOMPANIED WITH LUNG HYPERTENSION

We carried out a study to evaluate life quality values in patients with chronic obstructive bronchitis accompanied with lung hypertension. We used SF-36 technique to study patient life quality. Our study showed changes in patient life quality values after Dirotone® (lisinopril, Gedeon Richter) therapy. Life quality values depend on lung hypertension.

Легочная гипертензия (ЛГ) и недостаточность кровообращения при хроническом легочном сердце (ХЛС) являются основной причиной ранней инвалидизации и смертности больных с хронической бронхолегочной патологией. Хронические неспецифические заболевания легких, осложненные ХЛС, составляют 30% летальности от недостаточности кровообращения. В связи с этим приобретает чрезвычайную важность своевременная и адекватная коррекция выявленных признаков ХЛС [4].

Первоочередная роль в развитии ХЛС и легочной гипертензии принадлежит хроническим обструктивным болезням легких (ХОБЛ), причем от 70 до 82% из них приходится на хронический обструктивный бронхит и бронхиальную астму с развитием эмфиземы [4]. Нарушения бронхиальной проходимости, обусловленные бронхоспазмом, воспалительным или аллергическим отеком слизистой бронхов, обтурацией просвета бронхов слизью, рубцовой деформацией бронхов, являются теми причинами, которые способствуют развитию альвеолярной гиповентиляции и легочной гипертензии у этой категории больных.

Следует отметить, что в течение последних двух десятилетий появились новые и весьма существен-

ные данные, касающиеся патогенеза ХЛС. Накоплены свидетельства о роли ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) в генезе легочной гипертензии и сердечной недостаточности при ХЛС [3]. Установлено, что уровень ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) и компонентов РААС нарастает параллельно увеличению степени гипоксии [7]. Оказалось, что не только декомпенсированное легочное сердце, но и дыхательная недостаточность без признаков нарушения кровообращения сопровождаются у части больных ХОБЛ увеличением активности РААС, причем нарастают как плазменные, так и тканевые показатели [8]. У больных ХОБЛ, резистентных к медикаментам и оксигенации, закономерно обнаруживают высокую активность ренина [6]. Подобные изменения способствуют нарастанию ЛГ, стимулируют процессы фиброза в миокарде, нарушение функции желудочков сердца [4].

Учитывая установленную существенную роль увеличения активности РААС в патогенезе ХЛС, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) обоснованно включаются в комплексную терапию при ЛГ без недостаточности кровообращения и с декомпенсированным ХЛС [1, 3, 5]. На фоне приема ИАПФ наблюдается снижение давления в легочной артерии, общего легочного и периферического сопротивления, улучшается печеночная и почечная гемодинамика, увеличивается оксигенация тканей [9].

В анализируемых нами работах, чаще всего в поле зрения исследователей оказывались физикальные, лабораторные и инструментальные данные, описывающие состояние больных ХОБЛ с ЛГ, в терапии которых использовались ИАПФ. Одним из новых критериев оценки эффективности оказания медицинской помощи, является качество жизни (КЖ). Качество жизни, по определению ВОЗ, – это характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования, основанная на его субъективном восприятии. Показатели КЖ, так же как и характеристики картины заболевания, изменяются во времени в зависимости от состояния больного, что позволяет осуществлять мониторинг проводимого лечения. В клинической практике стандартными инструментами оценки КЖ являются опросники. Участие больного в оценке своего состояния также является ценным и надежным показателем его общего самочувствия.

Материалы и методы

Нами проведено исследование, в ходе которого оценивались показатели КЖ, больных хроническим обструктивным бронхитом (ХОБ) с легочной гипертензией, получающих ингибитор АПФ – Диротон®

(лизиноприл, Гедеон Рихтер) в суточной дозе 5 мг. Лечение проводилось в течение 4 недель. Показатели КЖ оценивались перед началом курса приема препарата, и после его завершения. Для оценки КЖ использована методика Short Form (SF)-36 (Ware J.E., 1998). Критериями КЖ по опроснику SF-36 являются:

- PF (Physical Functioning) – физическое функционирование, отражающее степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей, а также переносимость значительных физических нагрузок);
- RP (Role-Physical) – влияние физического состояния на ролевое функционирование (работу, выполнение будничной деятельности);
- BP (Bodily Pain) – интенсивность боли и её влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома.
- GH (General Health) – общее состояние здоровья. Оценка пациентом своего состояния в настоящий момент и перспектив лечения; сопротивляемость болезни;
- VT (Vitality) – жизнеспособность (прилив жизненных сил). Подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив обессиленным;
- SF (Social Functioning) – социальное функционирование, определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение);
- RE (Role-Emotional) – влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование, предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой обычной повседневной деятельности, включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение её качества;
- MH (Mental Health) – характеристика психического здоровья (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций).

Оценка производится по 100 балльной шкале.

В исследование было включено 35 больных ХОБ (24 мужчин и 11 женщин) в возрасте от 43 до 72 лет (средний возраст 62,8±5,3 года), находящихся на лечении в пульмонологическом отделении. Больные были разделены на две группы. В контрольную группу вошли 12 больных (9 мужчин и 3 женщины), получавших традиционную терапию, в основную – 23 больных (15 мужчин и 8 женщин), которым наряду с традиционной терапией был назначен **Диротон**[®] в дозе 5 мг/сут в течение 4 недель. У всех обследуемых больных, клиническими и инструментальными методами исследования, были выявлены признаки ЛГ.

Результаты исследований и их обсуждение

В зависимости от стадии ЛГ больные ХОБ были распределены на три группы (рис.): первая группа – больные с транзиторной ЛГ (n=7); вторая группа – больные со стабильной ЛГ (n=17) и третья группа – больные со стабильной ЛГ с недостаточностью кровообращения (n=11) [2].

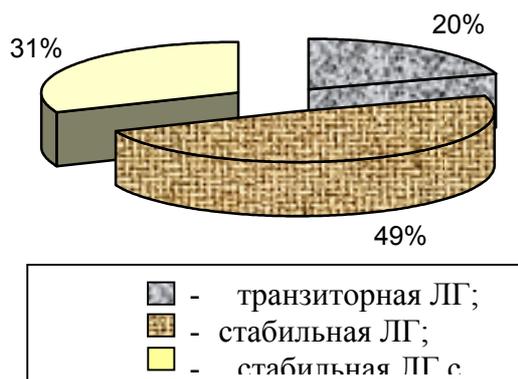


Рис. Распределение больных по стадиям ЛГ.

Нами были выявлены статистически значимые различия между первой и третьей группой по следующим шкалам SF-36: шкала физического функционирования (PF) (p<0,01); шкала влияния физического состояния на ролевое функционирование (RP) (p<0,05); шкала жизнеспособности (VT) (p<0,01). Показатели КЖ основной и контрольной групп до лечения были статистически неразличимы. После проведенной терапии, нами отмечена тенденция к улучшению показателей КЖ по шкалам физического функционирования (PF), ролевого функционирования (RP), общего состояния здоровья (GH) в основной группе, получавших **Диротон**[®] 5 мг/сут. В то же время, в контрольной группе наблюдались незначительные колебания параметров КЖ, после короткого курса (4 недели) традиционной терапии (p>0,05). Общеизвестно, что принимаемые лекарственные препараты помимо хорошей клинической эффективности должны иметь хорошую переносимость, удобный режим дозирования. Эти характеристики, несомненно, оказывают влияние на КЖ. Если в результате проводимой терапии ухудшается КЖ, то полезность такого лечения для больного существенно снижается и, наоборот, улучшение параметров КЖ стимулирует больных к приему лекарственных средств. Исследования, в которых учитывают только эффективность лекарственного препарата, не учитывая удовлетворенность пациента от проводимой терапии, являются в какой то мере не завершенными. Препараты, которые по данным клинических исследований улучшают или не влияют отрицательно на КЖ пациентов, имеют несомненные преимущества. Во время приема **Диротона**[®] могут отмечаться следующие побочные эффекты, изменяющие КЖ: головокружение, головная боль, утомление, понос, тошнота, рвота, кашель, в исключительных случаях кожные высыпания. В нашем исследовании в группе больных, принимавших **Диротон**[®] в дозе 5 мг/сут, отмечена хорошая переносимость данного препарата. Нами не было выявлено снижения показателей КЖ у больных основной группы после проведенного курса терапии.

Выводы

1. Полученные данные свидетельствуют о том, что с утяжелением степени ЛГ наблюдается снижение уровня КЖ больных ХОБ по всем показателям

показателям опросника SF-36. В первую очередь, это касается возросшей роли физических и эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности и сниженной жизнеспособности пациентов.

2. Применение короткого курса (4 недели) терапии **Диротоном**[®] в дозе 5 мг/сут у больных ХОБ с ЛГ приводит к улучшению показателей КЖ, особенно по шкалам физического функционирования, ролевого функционирования и общего состояния здоровья.

3. **Диротон**[®] хорошо переносится больными и является безопасным лекарственным препаратом, не ухудшающим качество жизни пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кулес В.Г., Цой А.Н., Абросимов А.Г. Фармакологические эффекты периферических вазодилаторов у больных с вторичной легочной гипертензией сердца//Клиническая медицина.-1989.- №5.-С.52-56.
2. Палеев Н.Р., Царькова Л.Н., Чарейская Н.К. Легочные гипертензии при хронических obstructивных заболеваниях лёгких//Болезни органов дыхания: Руководство для врачей/Под ред. Н.Р.Палеева.-М.: Медицина, 1990.- Т.3.-С.245-287.
3. Тюрикова Т.И. Клинико-функциональная характеристика кардиореспираторной системы у больных бронхиальной астмой в процессе лечения инги-

биторами ангиотензинпревращающего фермента: Автореф. дис. ...канд.мед.наук.-Благовещенск, 2001.- 24 с.

4. Чучалин А.Г. Хронические obstructивные болезни легких.-М.: ЗАО Изд-во БИНОМ; СПб.: Невский диалект, 1998.-С.192-197.

5. Федорова Т.А., Громова Е.Н. Возможности фармакологической коррекции гемодинамических нарушений у больных с заболеваниями легких и легочной гипертензией//Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 6-й:Сборник резюме.-Новосибирск, 1996.-№542.

6. Farber M.O. Weinberger M.N. Hormonal abnormalities affecting sodium and water balance in acute respiratory failure due to chronic obstructive lung disease//Chest.-1984.-Vol.85.-P.49-54.

7. Rose C.E., Kimmel D.T. Synergistic effects of acute hypoxemia and hypercapnic acidosis in conscious dogs. Renal dysfunction and activation of the renin-angiotensin system//Circ. Res.-1983.-Vol.53.-P.202-213.

8. Raff H., Levy S.A. Renin-angiotensin-aldosterone and ACTH-cortisol control during hypoxemia and exercise in patients with chronic obstructive lung disease//Am. Rev. Respir. Dis.-1986.-Vol.133.-P.369-399.

9. Wang S. The effect of captopril on hemodynamics in patients of chronic obstructive pulmonary disease with pulmonary hypertension//Chuhg-Hua-Hei-Ko-Tsa-Chin.-1993.-Vol.32, №8.-P.545-548.



УДК 615.825.1:616.2

Н.Н.Вавилова

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕКОТОРЫХ ВИДОВ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК В ВОССТАНОВЛЕНИИ РАБОТОСПОСОБНОСТИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ

ГУ Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания СО РАМН

РЕЗЮМЕ

Методом эргоспирометрии проведено обследование у 23 больных хроническим бронхитом (ХБ), получавших соответствующую синдромно-патогенетической терапию на стационарном этапе лечения. На аппарате «Эргопневмотест» (Эрих Егер, Германия) определялась толерантность к физической нагрузке и ее максимальное кардиореспираторное обеспечение с оценкой деятельности аппарата вентиляции, гемодинамики и газообмена с анализом выдыхаемого воздуха по O₂ и CO₂. Результаты тренировок рассматривались на примере 3-х групп пациентов. Изучаемый лечебно-реабилитационный комплекс апробировался с применением индивидуально дозированных тренировок субмаксимальной мощности на велоэргометре (велотерапии) – 1-я группа, комплекса лечебной гимнастики – 2-я группа. Контрольная группа (3-я) – представлена пациентами, получавшими обычное стационарное лечение, направ-

ленное главным образом на восстановление бронхиальной проходимости и эвакуаторной способности, борьбу с инфекцией и общеукрепляющее лечение. Пациенты находились на обычном двигательном режиме. Сравнительный анализ эффективности использованных средств реабилитации по степени влияния на состояние кардиореспираторной системы и физическую работоспособность выявил достоверно лучшие результаты при применении курса интенсивных велоэргометрических тренировок у больных ХБ на стационарном этапе лечения.

SUMMARY

N.N.Vavilova

COMPARATIVE ANALYSIS OF EFFICIENCY OF DIFFERENT EXERCISES IN REHABILITATION OF PATIENTS WITH CHRONIC BRONCHITIS

With the help of ergospirometry we examined 23 patients with chronic bronchitis (CB) who re-