

Распространенность респираторных симптомов у лиц с ХОБЛ и без ХОБЛ (у мужчин и женщин)

Симптом	Мужчины с ХОБЛ, n=25		p	Мужчины без ХОБЛ, n=190		Женщины с ХОБЛ, n=12		p	Женщины без ХОБЛ, n=223	
	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Кашель	20	80	<0,001	84	44,2	9	75,0	<0,001	58	26,0
Одышка	20	80	<0,001	87	45,8	11	91,7	<0,01	142	63,7
Мокрота	17	68	<0,001	47	24,7	7	58,3	<0,05	35	15,7

Таблица 10

Распространенность вредных производственных факторов у лиц, связанных с курением

Возраст, лет	Лица с ХОБЛ, связанные с курением, абс. число	Вредные производственные факторы у лиц с ХОБЛ, связанных с курением		p	Лица без ХОБЛ, связанные с курением, абс. число	Вредные производственные факторы у лиц без ХОБЛ, связанных с курением	
		Абс.	%			Абс.	%
20—39	0	0	0	—	0	0	0
40—49	2	1	50,0	>0,5	24	3	12,5
50—59	7	6	85,7	<0,01	47	11	23,4
60—69	8	1	12,5	>0,05	42	18	42,9
70—79	7	4	57,1	>0,5	12	4	33,3
Всего	24	12	50	>0,5	158	36	22,8

Таблица 11

Распространенность вредных производственных факторов у некурящих лиц с ХОБЛ и без ХОБЛ

Возраст, лет	Некурящие с ХОБЛ, абс. число	Вредные производственные факторы у некурящих с ХОБЛ		p	Некурящие без ХОБЛ, абс. число	Вредные производственные факторы у некурящих без ХОБЛ	
		Абс.	%			Абс.	%
20—39	0	0	0	—	34	4	11,8
40—49	2	2	100,	<0,001	33	6	18,2
50—59	4	3	75,0	<0,1	68	4	5,9
60—69	4	2	50,0	>0,5	55	9	16,4
70—79	3	2	66,7	—	28	0	0
Всего	13	8	61,5	<0,05	218	23	10,6

ще встречаются в мужской популяции. Наличие вредных производственных факторов чаще наблюдается у лиц с ХОБЛ независимо от того, курят они или нет. Курение, мужской пол, производственные вредности, возраст старше 50 лет являются факторами риска ХОБЛ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Статистика ХОБЛ // Официальный сайт «Российское респираторное общество». — 2004. — URL: [http://www.society.pulmonology.ru/\(http://www.hobl.info/\)](http://www.society.pulmonology.ru/(http://www.hobl.info/))
2. Краснова, Ю.Н. Распространенность хронической обструктивной болезни легких в Иркутской области / Ю.Н. Краснова, Е.В. Гримайлова, А.А. Дзизинский, Б.А. Черняк // Пульмонология. — 2006. — № 1. — С.98—102.
3. Глобальная инициатива по хронической обструктивной болезни легких: пер. с англ. / под ред. А.Г. Чучалина. — М.: Атмосфера, 2007.
4. Sifakas, N.M. Definition and differential diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease / N.M. Sifakas // Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. ERS Monograph 38. — L.; Hanover; Cambridge, 2008.

© Н.А. Кошелева, А.П. Ребров, 2011

УДК 616.12-008.46-036.12-08

ВЛИЯНИЕ ОБУЧЕНИЯ И АМБУЛАТОРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ НА ОПТИМИЗАЦИЮ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

НАТАЛЬЯ АНАТОЛЬЕВНА КОШЕЛЕВА, ассистент кафедры госпитальной терапии
ГОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Росздрава»
[8(845)2-51-49-60, e-mail: kosheleva2009@yandex.ru]

АНДРЕЙ ПЕТРОВИЧ РЕБРОВ, профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии
ГОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Росздрава»

Реферат. Терапевтическое обучение и амбулаторное наблюдение больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) способствуют повышению приверженности пациентов к лечению и улучшению прогноза. Цель — определить роль обучения и амбулаторного наблюдения в оптимизации терапии у больных ХСН, развившейся после перенесенного Q-инфаркта миокарда. 80 пациентов с ХСН I–IV функционального класса (ФК), развившейся после перенесенного Q-инфаркта миокарда, были разделены на две группы активного ($n=40$) и стандартного

($n=40$) ведения. Всем пациентам проводилось терапевтическое обучение. Больные группы активного ведения наблюдались амбулаторно посредством телефонных контактов с периодичностью 1 раз в месяц, в составе комплексной терапии им назначался иАПФ лизиноприл (листрил, Д-р Редди'с, Индия). У пациентов группы стандартного ведения не было регулярного наблюдения. Обследование больных проводилось при 1-м визите (неделя 0), 2-м визите (неделя 24), 3-м визите (неделя 52). Терапевтическое обучение и динамический контроль за выполнением пациентами рекомендаций врача позволили сохранить высокую приверженность пациентов к терапии. В группе больных активного ведения в большей степени улучшилось качество жизни, дистанция 6-минутной ходьбы, наблюдалось замедление прогрессирования ремоделирования сердца по сравнению с группой пациентов стандартного ведения. Активное наблюдение больных ХСН позволило в течение года уменьшить количество неблагоприятных событий как за счет уменьшения числа ухудшений ХСН (на 40,2%), так и дестабилизации ИБС (на 12,4%) по сравнению с группой пациентов стандартного ведения. Назначение лизиноприла в составе комплексной терапии показало хорошую переносимость и эффективность этого препарата.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, терапевтическое обучение, амбулаторное наблюдение.

IMPORTANCE OF THERAPEUTIC TRAINING AND OUTPATIENT OBSERVATION IN OPTIMIZATION OF TREATMENT OF PATIENTS WITH CONGESTIVE HEART FAILURE DEVELOPED AFTER Q-MYOCARDIAL INFARCTION

N.A.KOSHELEVA, A.P.REBROV

Abstract. Therapeutic training and outpatient observation of patients with congestive heart failure (CHF) contribute to their better treatment compliance and more favorable prognosis for the disease. Aim — to determine the importance of training and outpatient observation in optimization of treatment of patients with CHF developed after Q-myocardial infarction. 80 patients with Functional Classes I–IV CHF were divided into two groups: the 1st group was of active management ($n=40$) and the 2nd group was of standard management ($n=40$). All patients underwent therapeutic training. Patients of the active management group were followed-up outpatiently by means of telephoning once a month. They were administered ACE inhibitors –Lisinopril (Listril, Dr.Reddy's, India) as a part of complex treatment. Patients of the standard group management were not followed-up on a regular basis. Examination of the patients was carried out during visit 1 (week 0), visit 2 (week 24), visit 3 (week 52). Therapeutic training and dynamic patient monitoring adherence to treatment allowed to highly impact on patients' treatment compliance. Patients of the active management group showed better results in quality of life, and in the 6-minute walk test. They also showed the slowing down of the heart remodeling progression in comparison to the patients of the standard management group. Active management of the patients with CHF within one year enabled to decrease the number of unfavorable events due to progression of CHF (by 40,2%) as well as destabilization of IHD (by 12,4%) compared to the patients of the standard management. Being administered as a part of complex treatment, Lisinopril proved to be highly tolerant and efficient.

Key words: congestive heart failure, therapeutic training, outpatient observation.

По данным исследования ЭПОХА-ХСН, распространенность хронической сердечной недостаточности (ХСН) в Европейской части России составила 12,3% [1]. Эпидемиологические исследования показали, что, несмотря на повсеместное внедрение во врачебную практику самых эффективных средств терапии ХСН — иАПФ и β -блокаторов, однолетняя смертность больных в этой популяции остается по-прежнему высокой, достигая 30% в год [2]. Одним из эффективных методов улучшения качества лечения пациентов с ХСН стали программы лечения сердечной недостаточности, важнейшей частью которых является обучение пациентов и их родственников [3]. Как показывают данные многочисленных международных исследований внедрение программ обучения и амбулаторного мониторингования больных ХСН является эффективным и экономически выгодным механизмом повышения качества лечебной помощи [4]. Первым крупным российским многоцентровым исследованием эффективности использования обучения и мониторинга пациентов с ХСН стало исследование ШАНС (Школа и амбулаторное наблюдение больных с сердечной недостаточностью) [5]. Это исследование продемонстрировало высокую эффективность программ обучения и амбулаторного наблюдения по уменьшению выраженности симптомов ХСН, улучшению функционального состояния пациентов, повышению качества жизни, а также достоверному улучшению показателей

центральной и периферической гемодинамики. В программу «ШАНС» и ряд подобных исследований включались пациенты с различной этиологией ХСН [6]. Влияние обучения и амбулаторного наблюдения на качество лечения у больных ХСН, развившейся после перенесенного Q-инфаркта миокарда, изучено недостаточно. Однако именно в этой группе у пациентов наиболее неблагоприятный прогноз, проявляющийся нарастанием симптомов ХСН, дестабилизацией ИБС, внезапной коронарной смертью.

Целью исследования явилось определение роли обучения и амбулаторного наблюдения в оптимизации лечения у больных ХСН, развившейся после перенесенного Q-инфаркта миокарда.

Материал и методы. В открытое проспективное рандомизированное исследование включены 80 больных с симптомами ХСН. Критерии включения: наличие симптомов ХСН, развившихся после перенесенного инфаркта миокарда с зубцом Q на ЭКГ, нарушение систолической функции (ФВ<45%), информированное согласие пациента на участие в исследовании. Критерии исключения: нестабильная стенокардия, повторный инфаркт миокарда в течение 3 мес перед исследованием. Отбор больных и включение их в исследование осуществлялись в кардиологическом отделении Саратовской областной клинической больницы после стабилизации состояния пациентов.

Все пациенты методом случайных чисел были рандомизированы в две группы: группа I — активного ведения, группа II — стандартного ведения. С пациентами группы I (активного ведения) проводилось обучение, включающее групповое занятие в «Школе больных ХСН», два индивидуальных занятия по 30 мин, амбулаторное наблюдение посредством телефонных контактов с периодичностью 1 раз в мес. При телефонном звонке оценивались состояние больного, проводимая терапия, давались рекомендации по лечению. В составе комплексной терапии назначался иАПФ — лизиноприл (листрил, Д-р Редди'с, Индия). С момента включения в исследование (неделя 0) по 24-ю нед лизиноприл предоставлялся больным, препарат принимали 100% пациентов этой группы. С 24-й нед по 52-ю нед пациенты приобретали препарат сами, 80% пациентов использовали листрил, 20% — принимали другие иАПФ.

С пациентами группы II (стандартного ведения) проводилось терапевтическое обучение, включающее групповое занятие в «Школе больных ХСН» и два индивидуальных занятия по 30 мин. После выписки из кардиологического отделения этим больным было рекомендовано в составе комплексной терапии продолжить прием иАПФ и наблюдение в условиях поликлиники по месту жительства. Большинство пациентов (55%) этой группы принимали эналаприл.

Исходно пациенты обеих групп были сопоставимы по полу, возрасту, курению, количеству перенесенных инфарктов миокарда, длительности ХСН, функциональному классу стабильной стенокардии, встречаемости артериальной гипертензии, ее длительности, наличию сахарного диабета, индексу массы тела (табл. 1).

Период наблюдения составил 52 нед, за это время каждому больным было проведено 3 визита: 1-й визит —

Таблица 1

Клиническая характеристика больных ХСН в зависимости от уровня NT-проМНП

Характеристика	Группа I (NT-проМНП ≤ 120 пг/мл), n=35	Группа II (NT-проМНП >120 пг/мл), n=34	p
Пол (мужчины/ женщины), абс. число	30/5	30/4	—
Возраст, лет	54,1 [46; 59]	58,0 [51; 67]	0,04
Курение, абс. число	19	19	
Количество перенесенных инфарктов миокарда, абс. число	1,3 [1,0; 2,0]	1,9 [1,0; 3,0]	0,01
Длительность проявлений сердечной недостаточности, лет	3,0 [0,5; 7,0]	3,0 [1,0; 10,0]	0,04
Стабильная стенокардия, функциональный класс	4 [3; 4]	4 [3; 4]	0,24
Артериальная гипертензия, абс. число	31	30	—
Длительность артериальной гипертензии, лет	7,0 [0,5; 27]	10,0 [1,0;28]	0,53
Сахарный диабет, абс. число	7	7	
Индекс массы тела, кг/м ²	27,6 [23; 34,7]	29,5 [23,5; 34]	0,53
САД, мм рт. ст.	120 [110; 140]	120 [105;140]	0,73
ДАД, мм рт. ст.	80 [70; 90]	80 [70;90]	0,57
ЧСС	68 [60; 80]	76 [60;88]	0,003
6-минутный тест, м	300 [150; 500]	300 [100;500]	0,28
Функциональный класс (ФК) NYHA:			
I	7	8	
II	8	7	
III	15	8	
IV	4	12	
УО, мл	76,0 [56; 97]	76,0 [60; 93]	0,99
КСР ЛП, см	4,4 [4; 4,9]	4,5 [3,9; 5,3]	0,054
КСР ЛЖ, см	5,03 [4,2; 6,2]	5,5 [4,3; 6,9]	0,02
КДР ЛЖ, см	6,3 [5,3; 7,2]	6,9 [5,8; 8,0]	0,03
КСО ЛЖ, мл	120,6 [79,3; 190,4]	148,5 [74; 250]	0,05
КДО ЛЖ, мл	203,8 [138; 274]	216 [167,5; 334]	0,05
ФВ, %	41,1 [29,2; 47]	36,1 [23; 45]	0,002
СДЛА, мм рт. ст.	42,9 [37,3; 52]	47,9 [41; 74,2]	0,007
Тзс	1,1 [0,8; 1,57]	1,0 [0,7; 1,4]	0,24
Тмжп	1,2 [0,8; 1,5]	1,1 [0,8; 1,5]	0,65
ИММ ЛЖ, г/м ²	141,8 [118,1; 185,7]	163,0 [124; 288,6]	0,002
СРБ, г/л	1,9 [0,6; 15,6]	11,6 [1,8; 53,7]	0,005

*Данные представлены в виде медианы [10 перцентиль; 90 перцентиль].

Примечание. УО — ударный объем;

КСР ЛП — конечно-систолический размер левого предсердия;

КСР ЛЖ — конечно-систолический размер левого желудочка;

КДР ЛЖ — конечно-диастолический размер левого желудочка;

КСО ЛЖ — конечно-систолический объем левого желудочка;

КДО ЛЖ — конечно-диастолический объем левого желудочка;

ФВ — фракция выброса;

СДЛА — систолическое давление в легочной артерии;

Тзс — толщина задней стенки;

Тмжп — толщина межжелудочковой перегородки;

ИММ ЛЖ — индекс массы миокарда левого желудочка.

иницирующий (неделя 0), 2-й визит — промежуточный (неделя 24), 3-й визит — заключительный (неделя 52).

За период наблюдения анализировалась динамика следующих параметров: клиническое состояние больных, качество жизни (Минесотский опросник качества жизни), дистанция в тесте 6-минутной ходьбы, объективные показатели структуры и функции сердца по данным эхокардиографии, приверженность пациентов к лечению (комплаентность в приеме основных групп лекарственных средств), развитие неблагоприятных событий — ухудшение ХСН, дестабилизация ИБС, смерть.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета программ Statistica 7.0. Применены описательные, параметрические и непараметрические методы статистики. Данные представлены в виде $M \pm SD$. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

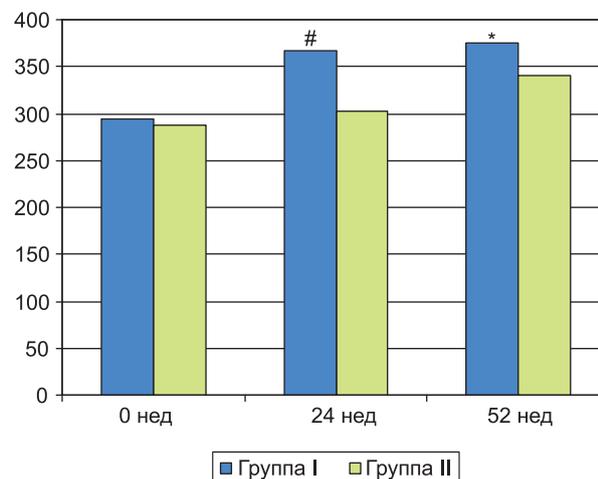
Результаты и их обсуждение. Основными задачами образовательных программ для пациентов является формирование партнерства между врачом и пациентом, осознанное отношение пациента к лечению, повышение приверженности терапии. Однако только обучением реализации этих положений добиться сложно, необходимо не только подкрепление информации, но и регулярный контроль, возможность своевременной коррекции проводимой терапии. Именно для реализации такого подхода с больными группы I осуществлялся дополнительный активный телефонный контакт. Различие между больными двух групп при динамическом наблюдении вылилось в разную приверженность терапии, в разную частоту приема препаратов, что отражено в табл. 2. Кроме указанных в таблице препаратов, все больные получали антиагрегантную терапию, 80% обследуемых принимали нитраты с учетом имеющейся у них стенокардии напряжения III—IV функционального класса (ФК), один пациент принимал сердечные гликозиды и только трое больных — ингибиторы рецепторов ангиотензина II.

Больные группы активного наблюдения в течение первых 24 нед принимали иАПФ в 100%, это обусловлено тем, что лизиноприл предоставлялся пациентам, при этом была отмечена хорошая переносимость и безопасность этого препарата. К 52-й нед наблюдения двое больных перестали принимать иАПФ из-за снижения артериального давления. В группе I β -блокаторы принимали 90% пациентов, антагонисты альдостерона — 60% больных, статины — 85% пациентов.

В группе обычного ведения приверженность пациентов к терапии была значительно хуже. Одна треть больных не принимала иАПФ и β -блокаторы, половина пациентов — статины, на 20% снизился прием верошпирона. При этом потребность в мочегонных (фуросемид, торасемид, гипотиазид) у больных этой группы существенно выросла к 24-й нед наблюдения.

Таким образом, обучение и динамический контроль за выполнением пациентами рекомендаций врача позволили реально сохранить достаточно высокую приверженность пациентов к терапии. Как это сказалось на течении заболевания и его исходах?

При оценке клинического состояния, дистанции 6-минутной ходьбы исходные данные больных обеих групп были практически идентичны, но в процессе наблюдения и лечения были выявлены существенные различия (рисунки).



* $p < 0,05$ — достоверность различий дистанции 6-минутной ходьбы у больных группы I относительно исходной дистанции (неделя 0);

$p < 0,05$ — достоверность различий дистанции 6-минутной ходьбы у больных группы I и больных группы II на 24-й нед наблюдения.

Результаты теста 6-минутной ходьбы у больных активного (группа I) и стандартного (группа II) ведения в динамике

У больных группы I значительно улучшилась переносимость физической нагрузки. Дистанция 6-минутной ходьбы у больных активного ведения к 24-й и 52-й нед существенно увеличилась по сравнению с исходной дистанцией. У пациентов группы II со стандартным ведением отмечена только тенденция к увеличению дистанции 6-минутной ходьбы, но прирост величины дистанции статистически незначим. При этом дистанция 6-минутной ходьбы у больных группы I на 24-й нед наблюдения достоверно больше, чем у больных группы II.

Улучшение качества жизни (КЖ), по данным Минесотского опросника, в группе активного наблюдения к 24-й нед отмечено на 14,7%, а к 52-й нед — уже на 28% по сравнению с исходными данными. У больных группы II также выявлено улучшение КЖ, но только на 8 и 15% соответственно.

Таблица 2

Развившиеся неблагоприятные события у больных ХСН в зависимости от уровня NT-проМНП

Параметры	Группа I (NT-проМНП ≤ 120 пг/мл), $n=35$	Группа II (NT-проМНП > 120 пг/мл), $n=34$	p
Общее число неблагоприятных событий	11	19	0,03
Ухудшение ХСН	4	11	0,03
Нестабильная стенокардия	6	5	0,5
Повторный инфаркт миокарда	0	5	0,02
Летальный исход	1	8	0,01

Таким образом, у больных ХСН, находившихся под активным наблюдением, на фоне проводимой терапии установлено существенно лучшее функциональное состояние и большая переносимость физических нагрузок по сравнению с пациентами, прошедшими только обучение.

Достаточная продолжительность настоящего исследования позволила получить доказательства возможности сдерживания прогрессирования процессов ремоделирования сердца при проведении адекватной терапии. На момент включения в исследование у больных обеих групп отмечались значительные морфофункциональные изменения сердца. У всех включенных в исследование пациентов имелась выраженная дилатация полостей сердца, тяжелая диастолическая дисфункция и нарушение систолической функции (ФВ<45%).

У больных группы активного наблюдения к 24-й нед отмечено существенное улучшение таких параметров, как конечно-систолический размер левого предсердия (КСР ЛП), конечно-систолический размер левого желудочка (КСР ЛЖ), систолическое давление в легочной артерии (СДЛА) по сравнению с параметрами больных группы стандартного ведения. При этом у больных группы I фракция выброса (ФВ) стала достоверно больше, чем ФВ у больных группы II. При дальнейшем наблюдении у больных группы II сохранялась неблагоприятная динамика изменений эхокардиографических параметров, особенно повышение давления в легочной артерии.

Таким образом, соблюдение больными лечебных рекомендаций позволяет в реальной клинической практике добиться определенного вмешательства в процессы ремоделирования сердца.

Влияет ли различная тактика ведения больных ХСН на их прогноз, развитие неблагоприятных событий? Да, даже за такой относительно непродолжительный период отмечены различия в результатах лечения больных. Общее число неблагоприятных событий в группе стандартного ведения достоверно выше, чем в группе активного наблюдения как на 24-й нед, так и к 52-й нед наблюдения.

На 24-й нед у больных группы стандартного ведения преобладают неблагоприятные события, обусловленные ухудшением течения ХСН. Число случаев декомпенсации ХСН к 6-му мес наблюдения достоверно больше в группе стандартного ведения (у 12 пациентов) по сравнению с группой активного наблюдения (у 2 больных).

К 24-й нед наблюдения число больных в обеих группах с развившейся нестабильной стенокардией и повторным инфарктом миокарда было сопоставимым. В первые 6 мес наблюдения фатальных исходов среди обследованных пациентов не было.

К 52-й нед наблюдения в группе больных стандартного ведения также преобладали неблагоприятные события, обусловленные ухудшением течения ХСН. В группе стандартного ведения было 9 больных с декомпенсацией ХСН, а в группе с активным наблюдением — только 4 пациента ($p>0,05$). В период с 24-й по 52-ю нед в группе активного наблюдения нестабильная стенокардия зафиксирована у 4 пациентов, повторных инфарктов миокарда не было, зарегистрирован один случай смерти как исход инфаркта миокарда. В группе стандартного ведения за аналогичный период нестабильная стенокардия развилась у 5 пациентов, повторный инфаркт

миокарда отмечен у 3 больных, зарегистрировано 3 летальных исхода. Причиной фатальных осложнений в этой группе были в двух случаях повторный инфаркт миокарда и внезапная коронарная смерть.

В течение одного года наблюдения у пациентов в группе стандартного ведения неблагоприятные события развились у 92,4% больных, у 55,2% пациентов — ухудшение ХСН, у 37,4% пациентов — дестабилизация ИБС. За этот же период в группе активного наблюдения неблагоприятные события зафиксированы у 40% пациентов, у 15% — ухудшение ХСН, у 25% больных — дестабилизация ИБС.

Таким образом, более активное наблюдение больных ХСН позволило в течение года уменьшить количество неблагоприятных событий как за счет уменьшения числа ухудшений ХСН, так и дестабилизации ИБС. Учитывая, что ухудшением ХСН считали нарастание симптомов сердечной недостаточности, повлекшее госпитализацию, то более активное ведение пациентов является экономически эффективным за счет снижения числа госпитализаций.

Пациенты обеих групп в одинаковой степени проходили обучение в группе и индивидуально, различия заключались в организации амбулаторного наблюдения. В качестве объяснений причин низкой приверженности лечению больные группы II высказывали следующие: отсутствие кардиолога в поликлинике, не были назначены все группы лекарственных средств врачом поликлиники, недооценка степени тяжести своего состояния пациентом, утрата знаний, полученных при терапевтическом обучении.

Напротив, сочетание обучения и амбулаторного наблюдения за больными ХСН, развившейся после перенесенного Q-инфаркта миокарда, привело к высокой приверженности пациентов к терапии. Назначение лизиноприла в составе комплексной терапии показало хорошую переносимость и эффективность этого препарата, что подтверждено международным клиническим исследованием ATLAS [7]. Высокая комплаентность пациентов привела к уменьшению выраженности симптомов ХСН, увеличению физической активности, повышению качества жизни, замедлению процессов ремоделирования миокарда, уменьшению числа неблагоприятных событий.

Выводы.

1. Проводимая программа обучения и амбулаторного наблюдения у больных ХСН, развившейся после перенесенного Q-инфаркта миокарда, способствует повышению приверженности пациентов медикаментозной терапии, уменьшению числа неблагоприятных событий в течение года и улучшению прогноза.

2. Назначение лизиноприла в составе комплексной терапии показало хорошую переносимость и эффективность этого препарата.

3. Показана экономическая эффективность используемой программы, что подтверждается снижением числа госпитализаций.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Фомин, И.В.* Распространенность хронической сердечной недостаточности в Европейской части Российской Федерации — данные ЭПОХА-ХСН / И.В. Фомин, Ю.Н. Беленков, В.Ю. Мареев, Ф.Т. Агеев // Сердечная недостаточность. — 2006. — № 3. — С.112—115.
2. *Long, P.* Prognosis and determinants of survival in patients newly hospitalized and mortality for heart failure: a population — based study / P. Long, E. Vowinkel, P.P. Liu

- [et al.] // Arch. Intern. Med. — 2002. — Vol. 162 (15). — P.1689—1694.
3. Rumsfeld, I.S. Heart failure disease management works, but will it succeed? / I.S. Rumsfeld, F.A. Masoudi // Eur. Heart J. — 2004. — Vol. 25 (18). — P.1565—1567.
 4. Gontheth, J. The effectiveness of disease management programmes in reducing hospital re-admission in older patient with heart failure: a systematic review and meta-analysis of published reports / J. Gontheth, P. Guallar-Castillon [et al.] // Eur. Heart J. — 2004. — Vol. 25 (18). — P.1570—1595.
 5. Беленков, Ю.Н. Влияние специализированных форм активного амбулаторного ведения на функциональный статус, качество жизни и показатели гемодинамики больных с выраженной сердечной недостаточностью. Результаты Российской программы «ШАНС» / Ю.Н. Беленков, Ф.Т. Агеев, Г.Т. Банщиков [и др.] // Сердечная недостаточность. — 2007. — № 3. — С.112—116.
 6. Никулина, Н.Н. Эффективность терапевтического обучения и амбулаторного наблюдения больных с ХСН III—IV функциональным классом: клинические и инструментальные доказательства / Н.Н. Никулина, С.С. Якушин, Н.В. Зайцева [и др.] // Сердечная недостаточность. — 2004. — № 5. — С.240—243.
 7. Packer, M. Comparative effects of low and high doses of the angiotensin-converting inhibitor, lisinopril, on morbidity and mortality in chronic heart failure. ATLAS Study Group / M. Packer, P.A. Poole-Wilson, P.W. Armstrong [et al.] // Circulation. — 1999. — Vol. 100. — P.2312—2318.

© Е.В. Жилыев, К.А. Фомина, К.И. Теблоев, 2011

УДК 616.24-007.271-036.12+616.24-008.4-07

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ. РЕЗУЛЬТАТЫ ДОЛГОСРОЧНОГО КОГОРТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

ЕВГЕНИЙ ВАЛЕРЬЕВИЧ ЖИЛЫЕВ, докт. мед. наук, профессор кафедры госпитальной терапии № 2 ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет», врач Консультативно-диагностического отделения ГУ «Главный клинический госпиталь МВД России» (+7-916-620-14-93; e-mail: zhilyayev@mail.ru)

КСЕНИЯ АНАТОЛЬЕВНА ФОМИНА, аспирант кафедры госпитальной терапии № 2 ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет»

КОНСТАНТИН ИНАЛОВИЧ ТЕБЛОЕВ, докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии № 2 ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет»

Реферат. Динамика показателей функции внешнего дыхания у больных хроническими обструктивными заболеваниями легких представляет большой медико-социальный интерес в системе здравоохранения, а также в качестве показателя эффективности лечения. Цель — оценить скорость прогрессирования нарушений функции внешнего дыхания у больных бронхиальной астмой (БА) и хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и влияние на нее наиболее часто используемых лекарственных средств. Дизайн — долгосрочное открытое когортное исследование. Случайная выборка из пациентов с ХОБЛ и БА, повторно проходивших лечение в ГКГ МВД РФ с 01.01.1993 по 31.12.2008 г., с подтвержденным диагнозом: хронический обструктивный бронхит (код 491, J44.0, J44.8) и бронхиальная астма (код 493, J45.1) в соответствии с Международной классификацией болезней 9-го и 10-го пересмотра по кодам, обозначающим выписные диагнозы. Включались пациенты, которым спирометрия была проведена не менее чем в двух госпитализациях. Анализировались показатели функции внешнего дыхания (ФВД) при повторных госпитализациях, данные лабораторного обследования, антропометрии, данные о всех препаратах, принимавшихся больным на протяжении наблюдения. Включено 44 пациента. Средняя продолжительность наблюдения составила $(6,7 \pm 3,1)$ года. Отмечено закономерное нарастание как рестриктивных, так и обструктивных нарушений ФВД. Выявлена корреляция средней частоты приема (СЧП) ингаляционных ГК (будесонид, бекламетазон, флутиказон) с динамикой РЕФ ($r = -0,339$, $p = 0,03$). Отмечена также связь СЧП ингаляционных бронхолитиков (сальбутамол, сальметерол, формотерол, ипратропиума бромид, тиотропиума бромид) со снижением форсированного объема выдоха за 1 с — FEV_1 ($r = +0,344$, $p = 0,027$). Подтверждено закономерное нарастание рестриктивных и обструктивных нарушений ФВД у больных ХОБЛ и сочетанием ХОБЛ и БА. Выявлена связь между более частым использованием ингаляционных ГК и ускоренным снижением РЕФ, а также между использованием ингаляционных бронхолитиков и замедлением падения FEV_1 .

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, бронхиальная астма, функция внешнего дыхания, когортное исследование.

CHANGES OF RESPIRATORY FUNCTION IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASES. RESULTS OF LONG-TERM COHORT STUDY

E.V. ZHILYAEV, K.A. FOMINA, K.I. TEBLOYEV

Abstract. Changes of respiratory function in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and asthma during a long follow-up are of particular interest for public health and for estimation of therapy efficacy. Aim: to assess the rate of respiratory function deterioration in patients with chronic obstructive pulmonary disease and asthma and influence by routine medical treatment on it. Design — long-term open cohort study. Random sampling of the patients with proven diagnosis of COPD or asthma (codes 491 and 493 of ICD-9 and codes J44.0, J44.8, J45.1 of ICD-10 according discharge