

7. Елигулашвили Т.С. Неврологические аспекты синдрома апноэ во сне: клинико-физиологическое исследование: Дис. ... д-ра мед. наук. М.; 1998.
8. Monane M. Insomnia in the elderly. J. Clin. Psychiatry. 1992; 53: 238.
9. Полуэктов М.Г. Синдром обструктивного апноэ во сне: современные представления и роль. Ожирение и метаболизм. 2005; 1: 2—7.
10. Ковров Г.В., Левин Я.И. Инсомния и ее лечение. Качество жизни. Медицина. 2004; 4: 54—7.
3. Firsova L.D. Patients of the elderly age: the problem of sleep disorders. Consilium Medicum. 2008; 10 (in Russian).
4. Sokolova L.P., Stebletsov S.V., Kislyj N.D. Sleep disorders in the clinic of internal diseases. Consilium Medicum. 2007; 9 (8): 98—102 (in Russian).
5. Veyn A.M., ed. Diseases of the vegetative nervous system. M.: Medicine; 1991 (in Russian).
6. Levin Ya.I., Kovrov G.V., Poluektov M.G. et al. Insomnia: modern diagnostic and therapeutic approaches. 2005. M.: Jejdos Media (in Russian).
7. Eligulashvili T.S. Neurological aspects of sleep apnea syndrome: Clinical-physiological investigation: Dr. med. sci. dis. Moscow; 1998 (in Russian).
8. Monane M. Insomnia in the elderly. J. Clin. Psychiat. 1992; 53: 238.
9. Poluektov M.G. The syndrome of obstructive sleep apnea: current knowledge and role. Ozhirenie i metaboizm. 2005; 1: 2—7 (in Russian).
10. Kovrov G.V., Levin Ya.I. Insomnia and its treatment. Medicina. 2004; 4: 54—7 (in Russian).

Поступила 28.12.12

REFERENCES

1. Veyn A.M. Sleep Medicine: problems and prospects. A compilation of the clinical lectures «Sleep Medicine: new opportunities of therapy». Zhurn. nevroi. I psikiatr. im. S.S. Korsakova. 2002. Pril.: 3—16 (in Russian).
2. Sokolova L.P., Kislyj N.D. Sleep disorders in the elderly: the features of the therapy. Consilium Medicum. 2007; 9 (2): 133—7 (in Russian).

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЕГО

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 616.12-009.72-053.9-085.224-036.8

Я.В. Грозева, Д.И. Королев, М.В. Глик, С.Е. Ушакова

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КАК КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ АНТИАНГИНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, г. Иваново

Целью исследования являлась оценка динамики показателей качества жизни у пациентов пожилого и старческого возраста со стабильной стенокардией на фоне различных вариантов антиангинальной терапии с включением β-адреноблокаторов или ивабрадина. Качество жизни пациентов пожилого и старческого возраста со стабильной стенокардией улучшается при достижении полного антиангинального эффекта и целевой частоты сердечных сокращений. В зависимости от выбора антиангинальных препаратов изменяются различные составляющие качества жизни.

Ключевые слова: стабильная стенокардия, кардиореспираторная патология, ивабрадин, β-адреноблокаторы, качество жизни.

LIFE QUALITY AS A CRITERION OF DIFFERENT OPTIONS IN ANTIANGINAL THERAPY OF ELDERLY PATIENTS WITH STABLE ANGINA

Ya.V.Grozeva, D.I.Korolev, M.V. Glik, S. E.Ushakova

Ivanovo State Medical Academy, 153002, Ivanovo, Russian Federation

The aim of the study was to assess the dynamics of the quality of life in elderly patients with stable angina against the background of different variants of antianginal therapy with beta-blockers or ivabradine. Life quality of elderly patients with stable angina is improved by achieving a good antianginal effect and target heart rate. Depending on the choice of antianginal drugs various components of life quality change.

Key words: stable angina, cardiorespiratory pathology, ivabradine and beta-blockers, quality of life.

Качество жизни (КЖ) — это характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования, основанная на субъективном восприятии пациентом.

Включение пульсурежающих препаратов в схему антианги-

нальной терапии у пожилых больных улучшает прогноз и обеспечивает адекватный контроль заболевания и, следовательно, улучшает качество их жизни. Оценка показателей КЖ служит дополнительным критерием определения клинического состояния пациента и эффективности проводимого лечения.

Материал и методы

Обследован 131 пациент в возрасте от 60 до 85 лет (средний возраст $74,5 \pm 5,6$ года, 67% составили женщины) со стабильной стенокардией II—III функционального класса (ФК). У 36%

Для корреспонденции:
Грозева Яна Викторовна — аспирант каф. терапии и амбулаторной медицины ФДППО ГБОУ ВПО ИвГМА, терапевт-гериатр ОБУЗ ИКБ им. Кузавых; 153012, г. Иваново, Шереметевский пр-т, 8, e-mail: groyana1983@list.ru.

Общая характеристика больных, включенных в исследование

Показатель	1-я группа (n = 17)		2-я группа (n = 21)		3-я группа (n = 13)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Мужчины	5	29	9	43	3	23
Женщины	12	71	12	57	10	77
Средний возраст, годы	73,9 ± 5,9		73,5 ± 4,6		75,9 ± 4,1	
ССН II ФК	13	76	16	76	10	77
ССН III ФК	4	24	5	24	3	23
Предшествующий инфаркт миокарда	6	35	6	29	3	23
ХСН I стадии	2	18	3	14	1	8
ХСН IIIa стадии	15	82	18	86	12	92
Среднее САД, мм рт. ст.	166,2 ± 11,2		163,8 ± 13,7		149,6 ± 33,1	
Среднее ДАД, мм рт. ст.	92,4 ± 5,0		89,0 ± 9,3		83,5 ± 13,6	
ХОБЛ, среднетяжелой степени	0	0	12	57	0	0
Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей	0	0	6	29	0	0
Сахарный диабет	4	24	7	33	2	15

Примечание. ССН — стабильная стенокардия напряжения.

больных в анамнезе был острый инфаркт миокарда, 76 % больных имели стенокардию напряжения II ФК; у 87% пациентов была хроническая сердечная недостаточность IIIa стадии. 92% больных страдали гипертонической болезнью. У 30% больных хроническая обструктивная болезнь легких среднетяжелого течения, у 11% облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей, у 5% артериальная гипотония, у 25% больных был сахарный диабет 2-го типа (табл. 1).

Комплекс проводимых исследований, помимо стандартного клинического обследования, включал холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ), ЭхоКГ, оценку психоэмоционального статуса по шкале Гамильтона, когнитивных нарушений по MMSE, качества жизни по MOS SF-36, информированность пациентов о заболевании и приверженность к лечению методом анкетирования.

Все пациенты получали антиагреганты, статины, нитраты и/или антагонисты кальция, гипотензивную терапию, диуретики и препараты для лечения сопутствующей патологии. По видам

Эффективность антиангинальной терапии

Показатель	1-я группа (n = 17)		2-я группа (n = 21)		3-я группа (n = 13)	
	исходно	через 1 мес	исходно	через 1 мес	исходно	через 1 мес
Средняя ЧСС в минуту	70,1 ± 5,0	62,2 ± 3,9*	77,5 ± 9,1	63,9 ± 6,6*	75,9 ± 4,1	59,5 ± 1,3*
Доля пациентов с ЧСС 55—60 в минуту, %	6	88*	8	62*	0	92*
Среднее значение стенокардических болей в неделю	5,2 ± 2,0	3,4 ± 1,2*	5,0 ± 1,4	3,0 ± 1,6*	5,2 ± 1,8	2,6 ± 0,9*
Доля пациентов с частотой приступов более 6 в неделю, %	47	6*	42	14*	54	8*
Количество нитроглицерина, принятого для купирования приступов в неделю (таблетки)	3,9 ± 5,1	1,7 ± 0,7*	3,9 ± 2,4	2,1 ± 1,2*	3,3 ± 2,1	1,8 ± 1,3*

Таблица 1

пульсурежающей терапии пациентов разделили на 3 группы: 1-я группа из 47 пациентов со стабильной стенокардией получала бисопролол. Пациенты 2-й группы (58 человек с кардиореспираторной патологией) из-за наличия противопоказаний или плохой переносимости β-адреноблокаторов (БАБ) получали ивабрадин. Пациентам 3-й группы (26 человек) к БАБ через 1 мес добавляли ивабрадин при недостижении целевой ЧСС на фоне приема БАБ.

Оценку качества жизни проводили исходно, через 1 и 3 мес лечения с применением неспецифического опросника MOS SF-36. Опросник SF-36 включает 8 шкал, которые группируются в два результирующих показателя «физический компонент здоровья» и «психологический компонент здоровья».

Результаты и обсуждение

Анализируя клиническую эффективность антиангинальной терапии, получили достоверное уменьшение средней частоты стенокардических болей в неделю и среднего количества принимаемого нитроглицерина для купирования болей в неделю в 1-й группе с 5,2 ± 2,0 до 3,4 ± 1,2 приступа и с 3,9 ± 1,5 до 1,7 ± 0,9 таблетки через 1 мес до 1,6 ± 0,6 приступа и до 0,9 ± 0,2 таблетки через 3 мес ($p < 0,05$); во 2-й группе с 5,0 ± 1,4 до 3,0 ± 1,6 приступа и с 3,9 ± 1,4 до 2,1 ± 1,2 таблетки через 1 мес и до 1,4 ± 0,5 приступа и до 1,0 ± 0,4 таблетки через 3 мес ($p < 0,05$); в 3-й группе с 4,9 ± 2,3 до 1,4 ± 0,5 приступа и с 1,7 ± 0,8 до 0,5 ± 0,1 таблетки через 3 мес ($p < 0,05$).

При достижении целевой ЧСС доля пациентов с высокой частотой приступов стенокардии в неделю (более 5 эпизодов) достоверно уменьшилась в 1-й группе с 47 до 25% через 1 мес и до 16% через 3 мес; во 2-й группе с 52 до 23% через 1 мес и до 14% через 3 мес; в 3-й группе с 45 до 12% через 3 мес (табл. 2).

Клиническая эффективность проводимой антиангинальной терапии подтверждалась по данным ХМ ЭКГ, где достоверно снизилось количество эпизодов ишемии миокарда (ИМ) и общая продолжительность суточной ИМ. (см. табл. 2).

Таблица 2

При оценке КЖ исходно оказалось, что большинство шкал были менее 50 баллов. Результирующие шкалы физического и психологического здоровья были низкими (PCS и MCS) и не имели достоверных различий у пациентов трех групп (табл. 3). Это свидетельствовало о низком качестве жизни пациентов пожилого и старческого возраста в трех группах наблюдения. Обращает на себя внимание то, что пациенты с кардиореспираторной патологией имели исходно достоверно более низкие показатели ролевого (RP) и эмоционального (RE) функционирования, а также социального функционирования (SF) что, возможно, обусловлено взаимным патогенетическим отягощением течения заболеваний.

Через 3 мес лечения выявлено достоверное улучшение показателей качества жизни только у пациентов, достигших полного клинического эффекта и целевой ЧСС. У них зафиксирована достоверная положительная динамика по шкалам: интенсивность боли, физическое функ-

Показатели качества жизни в динамике

Показатель	1-я группа (n = 17)		2-я группа (n = 21)		3-я группа (n = 13)	
	исходно	через 1 мес	исходно	через 1 мес	исходно	через 1 мес
PF	35,9 ± 1,5	42,2 ± 1,0*	41,8 ± 1,1	46,7 ± 2,3*	33,3 ± 1,8	48,8 ± 5,1*
RP	17,9 ± 1,9	35,9 ± 1,7*	6,3 ± 1,0	27,8 ± 2,9*	12,5 ± 2,1	25,0 ± 5,1*
BP	33,9 ± 1,2	42,6 ± 0,7*	39,5 ± 1,0	46,2 ± 1,3*	33,5 ± 1,3	43,8 ± 3,2*
GH	42,1 ± 0,6	40,6 ± 0,5	42,3 ± 0,9	43,8 ± 1,2	39,5 ± 1,4	53,0 ± 1,2*
VT	35,9 ± 1,3	40,0 ± 0,8	38,1 ± 1,3	48,3 ± 1,6*	32,5 ± 5,2	35 ± 3,6
SF	50,5 ± 0,9	55,5 ± 0,8	41,3 ± 1,4	52,7 ± 2,0*	56,3 ± 2,4	65,6 ± 3,9*
RE	31,3 ± 1,3	45,8 ± 2,1*	8,3 ± 1,9	44,5 ± 5,5*	20,8 ± 2,4	50,0 ± 4,8*
MH	54,0 ± 0,9	54,5 ± 0,8	51,5 ± 1,5	53,9 ± 1,9	53,3 ± 3,5	53,0 ± 2,8
PCS	29,9 ± 0,3	32,7 ± 0,3	32,1 ± 0,5	33,6 ± 1,0	30,4 ± 4,6	35,1 ± 1,9*
MCS	40,1 ± 0,5	41,6 ± 0,5	36,8 ± 0,6	42,1 ± 1,3*	35,8 ± 4,1	42,0 ± 3,8*

ционирование, ролевое функционирование и эмоциональное функционирование (см. табл. 3). У остальных пациентов, не достигших полного клинического эффекта, качество жизни через 3 мес лечения оставалось достоверно более низким.

Таким образом, эффективная антиангинальная терапия способствует улучшению тех аспектов качества жизни, которые были исходно низкими. Вероятно, это объясняется снижением числа ангинозных приступов, ограничивающих повседневную деятельность, что улучшило эмоциональный фон и позволило увеличить объем физических нагрузок.

Выявлены различия динамики качества жизни в зависимости от выбора антиангинальной терапии. У пациентов с кардиореспираторной патологией, получавших ивабрадин, помимо шкал интенсивности боли, физического и ролевого функционирования, эмоционального функционирования в большей степени изменились шкалы, характеризующие психологический компонент здоровья, а именно социального функционирования и жизнеспособности (VT с 38,1 ± 1,3 до 48,3 ± 1,6; SF с 41,3 ± 1,4 до 52,7 ± 2,0; $p < 0,05$). Наблюдалось достоверное улучшение по результирующей шкале психологического здоровья (MCS с 36,8 ± 0,6 до 42,1 ± 1,3; $p < 0,05$).

У пациентов со стабильной стенокардией, получавших БАБ, больший прирост достигнут по шкалам, входящим в физический компонент здоровья, а именно физического функционирования и интенсивности боли (BP с 33,9 ± 1,2 до 42,6 ± 0,7; PF с 35,9 ± 1,5 до 42,2 ± 1,0; $p < 0,05$).

У пациентов со стабильной стенокардией, получавших сочетание БАБ и ивабрадина, улучшилось КЖ по шкалам, характеризующим как физический, так и психологический компонент здоровья. Достоверно улучшились результирующие показатели физического и психологического здоровья (PCS с 30,4 ± 4,6 до 35,1 ± 1,9; MCS с 35,8 ± 4,1 до 42,0 ± 3,8). Наблюдался более значимый прирост показателей КЖ по шкалам физического функционирования, интенсивности боли, социального функционирования, эмоционального функционирования. Кроме того, в отличие от пациентов других групп, дополнительно достоверно повысились показатели по шкале общего состояния здоровья (GH с 39,5 ± 1,4 до 53,0 ± 1,2; $p < 0,05$), которая характеризует физическое здоровье.

Заключение

Повышение качества жизни является дополнительным критерием эффективности проводимой антиангинальной терапии пациентов пожилого и старческого возраста с кардиореспираторной патологией.

В зависимости от выбора антиангинальных препаратов изменяются различные составляющие качества жизни.

Актуальной представляется разработка дифференцированного подхода к выбору фармакотерапии пациентов пожилого и старческого возраста со стабильной стенокардией с учетом состояния качества жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Комитет экспертов ВНОК. Диагностика и лечение стабильной стенокардии. Российские рекомендации. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2004; прил.
2. Гуревич М.А., Архипова Л.В. Особенности течения и фармакотерапии ИБС у пожилых. Российский кардиологический журнал. 2010; 1: 88—91.
3. Карпов Ю.А., Деев А.Д. Программа АЛЬТЕРНАТИВА — исследование антиангинальной эффективности и переносимости кораксана (ивабрадина) и оценка качества жизни пациентов со стабильной стенокардией: результаты эпидемиологического этапа. Кардиология. 2008; 5: 30—5.
4. Фрид С.А., Муталова Э.Г., Садыкова А.А. Клиническая оценка антиангинальной эффективности и безопасности ивабрадина у пожилых пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца. Consilium Medicum. 2010; 12 (1).
5. Шангина О.А. Современные возможности оптимизации качества жизни в процессе терапии пожилых пациентов с ишемической болезнью сердца и депрессивными расстройствами. Псих. расстройства в общей медицине. 2008; 2.

REFERENCES

1. Committee of experts of VNOK. Diagnostics and treatment of stable stenocardia. Russian recommendations. Kardiovaskulyarny therapy and prevention. 2004; appendix (in Russian).
2. Gurevich M.A., Arhipova L.V. Features of a current and coronary heart disease pharmacotherapy at the elderly. Rossijskiy kardiologicheskij zhurnal. 2010; 1: 88—91 (in Russian).
3. Karpov Yu.A., Deev A.D. The ALTERNATIVE program — research of efficiency by Antianginalna and shipping кораксана (ивабрадина) and an assessment of quality of life of patients with stable stenocardia: results of an epidemiological stage. Kardiologiya. 2008; 5: 30—5 (in Russian).
4. Frid S.A., Mutalova Je.G., Sadykova A.A. Clinical assessment of antianginalny efficiency and safety ивабрадина at the elderly patients having coronary heart disease. Consilium Medicum. 2010; 12 (1) (in Russian).
5. Shangina O.A. Modern possibilities of optimization of quality of life in the course of therapy of elderly patients with coronary heart disease and depressive frustration. Psihicheskie rasstroystva v obshchey medicine. 2008; 2 (in Russian).

Поступила 03.09.12