

потребности в длительной оксигенотерапии. Если она назначалась только во время обострения при лечении в стационаре, то, как правило, ее следует продолжать в течение 1–3 мес после выписки.

2. Для профилактики обострений ХОБЛ необходимы: уменьшение воздействия факторов риска; оптимальная бронхолитическая терапия; ингаляционные глюкокортикоиды в комбинации с β_2 -адреномиметиками длительного действия (при ХОБЛ тяжелого и крайне тяжелого течения); ежегодная вакцинация от гриппа.

Литература:

1. Хроническая обструктивная болезнь легких. Федеральная программа/ Под ред. акад. РАМН, профессора А. Г. Чучалина. — 2-е изд., перераб. и доп. — М., 2004. — 61 с.

2. Чучалин А. Г., Сахарова Г. М., Новиков Ю. К. Практическое руководство по лечению табачной зависимости. — М., 2001. — 14 с.

3. Calverley P., Pauwels R., Vestbo J. et al. Combined salmeterol and fluticasone in the treatment of chronic obstructive pulmonary disease: a randomized controlled trial// Lancet. — 2003. — Vol 361. — N 9356. — P. 449–456.

4. Chronic obstructive pulmonary disease. National clinical guideline on management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care// Thorax. — 2004. — Vol. 59, suppl 1. — P. 1–232.

5. Celli B.R. MacNee W and committee members. Standards for diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of ATS/ERS position paper// EurRespir J. — 2004. — Vol. 23. — N 6. — P. 932–946.

6. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. NHLBI/WHO workshop report. — National Heart, Lung, and Blood Institute. Publication number 2701, 2001. — 100 p.

7. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. NHLBI/WHO workshop report. — National Heart, Lung, and Blood Institute, update 2004// www.goldcopd.com.

8. Løddenkemper R., Gibson G.J., Sibille et al. European Lung White Book. The first comprehensive survey on respiratory health in Europe, 2003. — P. 34–43.

Е.Б. Золотарева

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ БИСОПРОЛОЛА И КАРВЕДИЛОЛА ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Кафедра факультетской терапии

Уральский государственный медицинский университет

Екатеринбург, Российская Федерация

E.B. Zolotaryova

**COMPARISON OF BISOPROLOL AND CARVEDILOL EFFECTS DURING
THE LONG-TERM TREATMENT OF CHRONIC HEART FAILURE**

Intermediate therapy chair
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation

Контактный e-mail: ebzd@mail.ru

Аннотация. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) имеет широкое распространение среди пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Обследование 80 больных ХСН со сниженной фракцией выброса левого желудочка для сравнения их клинического состояния и качества жизни на фоне применения препаратов, рекомендованных в терапии ХСН (карведилол, бисопролол). Показано, что в обеих группах больных ХСН на фоне длительной терапии достоверно улучшилось клиническое состояние пациентов, комплаентность, толерантность к физической нагрузке.

Annotation. Chronic heart failure (CHF) is a wide-spread condition. We investigated 80 patients with systolic CHF to compare the clinical effect of their treatment with b-blockers – carvedilol or bisoprolol – and its influence on their quality of life. The clinical condition of the patients, their compliance, physical exercise tolerance improved in both groups during the long-term treatment.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, карведилол, бисопролол, качество жизни.

Keywords: chronic heart failure, carvedilol, bisoprolol, quality of life.

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одним из основных проявлений сердечно-сосудистых заболеваний [1,5,7]. Данное заболевание сопровождается повышенной смертностью и заболеваемостью, приводящими к увеличению числа госпитализаций, что зачастую сопровождается значительными финансовыми затратами как для пациентов, так и для членов их семьи [4,5,10,8,11]. В РФ насчитывается около 8 миллионов человек с признаками ХСН, из которых 42% больных имеют терминальный, III-IV ФК заболевания [1,6]. В 2003 году в Европе декомпенсация ХСН стала причиной госпитализаций в стационары, имеющие кардиологические отделения, почти каждого второго больного (49%), а ХСН фигурировала в диагнозе у 92% госпитализированных в такие стационары больных [9,2,3].

Цель исследования – сравнение клинических и функциональных параметров и качества жизни больных ХСН в динамике комплексного лечения.

Материалы и методы исследования

На базе МБУ «Центральная городская больница № 7» г. Екатеринбурга проведено проспективное сравнительное исследование, посвященное оптимизации лечения пациентов с ХСН со сниженной систолической

функцией. Обследовано 80 больных ХСН II-IV ФК по NYHA с ФВ ЛЖ менее 45% (53 мужчины и 27 женщин, средний возраст $66,6 \pm 10,1$ года). Рандомизация проводилась методом конвертов с помощью online-моделирования случайных событий (Online Calculator for Scientists, <http://graphpad.com>). После рандомизации пациенты группы А получали карведилол (Ведикардол® – ОАО «Синтез», Россия) с минимальной дозы 3,125 мг 2 раза в сутки до целевой 25 мг 2 раза в сутки, пациенты группы Б – бисопролол (Конкор® – «MERCK KGaA», Германия) с минимальной дозы 1,25 мг до целевой 10 мг 1 раз в сутки. Пациенты обеих групп также получали ингибитор АПФ эналаприл с минимальной дозы 2,5 мг 2 раза в сутки до целевой 10 мг 2 раза в сутки. Таким образом, 40 пациентов получали карведилол (группа А), 40 – бисопролол (группа Б).

Приверженность к лечению оценивали при помощи опросника Мориски - Грина, качество жизни – с помощью Миннесотского опросника «Жизнь с сердечной недостаточностью» (MLHFQ), толерантность к физической нагрузке – с помощью теста 6-минутной ходьбы (ТШХ). Конечный систолический и конечный диастолический размеры (КСР и КДР), конечный систолический и конечный диастолический объемы (КСО и КДО) и их индексы (ИКСО, ИКДО), размер левого предсердия (ЛП), фракцию выброса (ФВ) – по данным Эхо-КГ. Клиническое состояние при ХСН оценивалось по шкале ШОКС в модификации В. Ю. Мареева. Также всем больным определяли уровень мозгового натрийуретического пептида (МНУП) в крови в начале наблюдения и в динамике лечения через 6 мес.

Статистический анализ результатов проводился с помощью программы Excel-XP (Microsoft, USA). Рассчитывали значения средних арифметических величин, их стандартных отклонений и ошибки средней арифметической ($M \pm m$), а также t-критерий Стьюдента (достигнутый уровень значимости p принимал значение менее 0,05).

Результаты исследования и их обсуждение

Исследуемые группы больных (А и Б) были полностью сопоставимы по полу и возрасту, стажу ХСН, уровню АД, МНУП, рСКФ, основным параметрам ЭХО-КГ, ИМТ, параметрам качества жизни (табл. 1).

Таблица 1.

Характеристика групп больных до начала лечения ($M \pm \sigma$)

Параметр	Группа А (n=40)	Группа Б (n=40)	p^*
Возраст, годы	$68,3 \pm 10,6$	$65,0 \pm 9,4$	$> 0,05$
Пол: мужчины, %	67,5	65,0	$> 0,05$
женщины, %	32,5	35,0	$> 0,05$
Стаж ХСН, годы	$4,0 \pm 3,8$	$5,4 \pm 5,9$	$> 0,05$
Систолическое АД, мм рт.ст	$122,3 \pm 18,1$	$122,7 \pm 17,4$	$> 0,05$
Диастолическое АД, мм рт.ст.	$75,8 \pm 9,2$	$78,7 \pm 10,1$	$> 0,05$

Частота сердечных сокращений / мин	73,2±12,0	71,2±10,8	> 0,05
ИМТ, кг/м ²	28,3±4,9	28,3±5,8	> 0,05
рСКФ, мл/мин/1,73м ²	78,6±22,5	79,3±26,5	> 0,05
КСР, мм	48,5±12,0	48,5±14,5	> 0,05
КДР, мм	61,7±12,0	60,7±14,3	> 0,05
КСО, мл	139,5±76,7	130,7±56,0	> 0,05
КДО, мл	209,3±109,8	191,0±66,7	> 0,05
ИКСО	77,4±41,8	74,5±26,4	> 0,05
ИКДО	114,9±53,0	107,4±26,4	> 0,05
ЛП, мм	49,1±9,2	46,7±7,3	> 0,05
ФВ, %	36,9±9,3	34,5±9,0	> 0,05
СрДЛА, мм рт.ст.	40,4±14,0	38,2±15,0	> 0,05
ТШХ, м	295,8±102,5	308,7±104,6	> 0,05
МНУП, пг/мл	553,2±454,4	479,3±419,6	> 0,05
Качество жизни:			
ФШ, баллы	19,0±7,8	17,6±8,2	> 0,05
СПШ, баллы	20,0±12,9	17,5±12,8	> 0,05
ШОКС, баллы	5,2±2,3	5,3±2,8	> 0,05
Шкала Мориски-Грина, баллы	2,2±1,5	2,8±1,3	> 0,05

*р – достоверность различий между группами

Сравнение клинико-функциональных показателей больных в группах А и Б через 6 месяцев показало (табл. 2), что на фоне приема бисопролола достоверно лучше многие показатели структурно-функционального состояния левого желудочка сердца. Тем не менее, клинико-функциональная характеристика в виде ТШХ достоверно повышается на фоне приема карведилола. Параметры качества жизни по обеим шкалам также достоверно лучше у пациентов, принимавших карведилол.

Таблица 2.

Клинико-функциональные показатели больных ХСН в обеих группах в динамике лечения

Параметр	Группа А (n=40)	Группа Б (n=40)	р*
ТШХ, м	389,4±104,7	333,0±120,1	<0,01
КСР, мм	52,2±9,8	43,6±9,1	< 0,001
КДР, мм	65,5±8,5	58,0±8,2	< 0,001
КСО, мл	139,6±19,0	103,5±48,8	< 0,001
ИКСО	76,0±12,1	48,3±17,9	< 0,001
ИКДО	114,0±13,8	81,0±22,8	< 0,001
ЛП, мм	46,7±3,5	43,0±6,2	< 0,01
ФВ, %	41,5±9,8	46,1±10,8	< 0,05
Качество жизни,	20,9±11,1	31,3±21,8	< 0,01

балл			
Физическая шкала, баллы	11,2±7,2	15,5±9,8	< 0,05
Социально-психологическая шкала, баллы	9,5±5,5	15,8±13,1	< 0,01

*р – достоверность различий в группах после лечения

Следует отметить, что средняя доза карведилола в группе А составила $18,6 \pm 10,3$ мг/сут, бисопролола в группе Б – $5,1 \pm 2,6$ мг/сут, то есть в обоих случаях чаще всего использовались малые и средние дозы препаратов. Дальнейшее увеличение доз препаратов приводило к нежелательному избыточному гипотензивному эффекту. Переносимость лечения была хорошей, аллергических реакций зафиксировано не было.

Выводы:

1. В обеих группах больных ХСН на фоне длительной терапии достоверно улучшилось клиническое состояние пациентов, также имеет место повышение комплаентности пациентов, увеличение толерантности к физической нагрузке.

2. В группе больных, принимавших карведилол, помимо клинико-функционального улучшения и, особенно, повышения толерантности к физической нагрузке, было продемонстрировано значительное улучшение параметров качества жизни за счет физической и социально-психологической составляющих.

3. В группе пациентов с ХСН, принимавших бисопролол, наблюдалась положительная динамика многих клинических показателей, особенно достоверное улучшение структурно-функциональных параметров левого желудочка. Но достоверно меньшее увеличение ТШХ могло стать причиной менее значимых изменений качества жизни на фоне терапии.

Литература:

1. Агеев Ф. Т., Даниелян М. О., Мареев В. Ю. Больные с хронической сердечной недостаточностью в российской амбулаторной практике: особенности контингента, диагностики и лечения (по материалам исследования ЭПОХА-О-ХСН) // Сердечная недостаточность. 2004. N 5. С. 4-7.

2. Акинина А. В., Терещенко С. Н., Жиров И. В., Котаева Е. А. Дифференцированное применение бета-адреноблокаторов при хронической сердечной недостаточности // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2007. Т.8, N 6. С. 93-98.

3. Маколкин В. И., Зябрев Ф. Н. Применение бета-адреноблокаторов при хронической сердечной недостаточности: фокус на бисопролол // Лечащий врач. 2012. N 2. С. 12-14.

4. Национальные рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (второй пересмотр) // Сердечная недостаточность. 2007. Том 8, N 1. С. 4-41.

5. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. СПб.: Нева, М.: Олма-Пресс. 2002. С. 315.
6. Оганов Р. Г., Беленков Ю. Н. Национальные клинические рекомендации // М.: ГЭОТАР-Медиа. 2010. С. 146-221.
7. Сизова Ж. М. Место бета-адреноблокаторов в лечении хронической сердечной недостаточности // Медицинский алфавит. Больница — все для ЛПУ. 2012. N 3. С. 3-6.
8. Beygui F, Anguita M, Tebbe U, Comin-Colet J, Galinier M, Bramlage P, Turgonyi E, Lins K, Imekraz L, de Frutos T, Böhm M. A real-world perspective on the prevalence and treatment of heart failure with a reduced ejection fraction but no specific or only mild symptoms. // Heart Fail Rev. 2015. Vol. 20(5). P. 545-552.
9. Ewen S, Linicus Y, Böhm M. Update on therapy of chronic heart failure : Innovations and studies from last year. // Herz. 2015. Vol. 40(8). P. 1084-1089.
10. Fang J, Mensah GA, Croft JB, Keenan NL. Heart failure-related hospitalization in the US, 1979 to 2004. // J Am Coll Cardiol. 2008. Vol. 5. P. 428-34.
11. Hunt S. A. ACC/AHA 2005 guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult: a report of the American College of Cardiology American Heart Association Task Force on Practice Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure // J Am Coll Cardiol. 2005. Vol. 46. P. 1-82.

УДК 616.379-008.64:616.62

Н.Е. Зотова, А.Б. Плетнев, Т.И. Северина
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ
ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Кафедра факультетской терапии и эндокринологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

N.E. Zotova, A.B. Pletnev, T.I. Severina
CLINICAL FEATURES OF URINARY TRACT PATHOLOGY IN PATIENTS
WITH DIABETES

Department faculty therapy and endocrinology
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

Контактный e-mail: natalia0392@mail.ru