

Дополнительные ингаляции вентолина через небулайзер в режиме по требованию были необходимы 1-му пациенту из группы, получающей формотерол в виде порошка (DPI), и 2-м пациентам из группы, использующей формотерол HFA, через 5,2 ч. 2 пациента из группы сальметерола CFC прибегли к ингаляциям вентолина через небулайзер через 5,15 ч. после приема препарата.

У пациентов разных групп в динамике были показаны сравнимые увеличения ОФВ1 и ФЖЕЛ на протяжении 2-х ч. от момента использования препаратов, при этом не было выявлено статистически значимых различий между этими группами. К 4-му ч. наблюдения отметились снижение ОФВ1 и ФЖЕЛ, сравнимое с исходными значениями в группе пациентов, получающих салбутамол через небулайзер. Учитывая, что половине пациентов в группе салбутамол потребовалось использование этого бета-2-адреномиметика через небулайзер через 4 ч., статистический анализ через 6 ч. в этой группе не проводился из-за малого количества наблюдений. При сравнении через 6 ч. значений ОФВ1 и ФЖЕЛ у пациентов в группах сальметерола CFC, формотерола HFA и формотерола DPI статистически достоверной разницы не было получено (рис. 1, 2).

Выводы

1. Бронходилатирующий эффект формотерола HFA pMDI 12 мкг, формотеро-

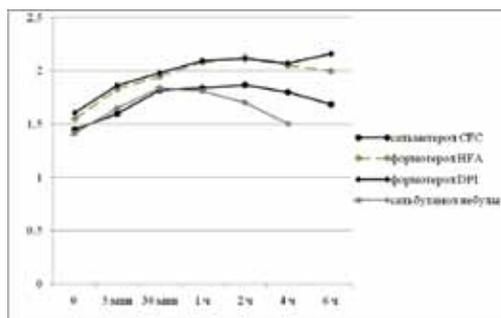


Рис. 1. Динамика ОФВ1 (л) на фоне приема салбутамола 2,5 мг через небулайзер и формотерола 12 мкг в виде DPI, pMDI HFA и сальметерола CFC pMDI 25 мкг.

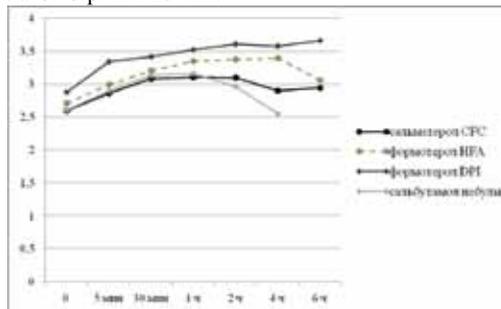


Рис. 2. Динамика ФЖЕЛ (л) на фоне приема салбутамола 2,5 мг через небулайзер и формотерола 12 мкг в виде DPI, pMDI HFA и сальметерола CFC pMDI 25 мкг.

ла DPI 12 мкг и сальметерола CFC pMDI 25 мкг развивается так же быстро, как и у салбутамола 2,5 мл через небулайзер.

2. Длительность бронходилатации для формотерола HFA pMDI 12 мкг, формотерола DPI 12 мкг и сальметерола CFC pMDI 25 мкг сохраняется на протяжении 6-ти ч., что превышает длительность действия небулизированного салбутамола почти на 2 ч. у пациентов с тяжелым обострением БА.

Comparison of pharmacodynamic changes of single dose of formoterol HFA pMDI, formoterol DPI, salmeterol CFC pMDI and nebulised salbutamol on severe exacerbation of asthmatic patients

N.G. Berdnikova, S.Yu. Serebrova, D.V. Tsiganko, G.V. Demidova, R.I. Elagin

The aim of this study was to compare the efficacy of single dose formoterol pMDI HFA 12µg (Modulite®) and formoterol DPI 12µg (Aeroliser®), salmeterol CFC pMDI 25µg versus nebulised salbutamol 2,5ml as reliever medication in patients presenting at an emergency dept with acute asthma. The study included a total of 66 adult patients, mean baseline forced expiratory volume in one second (FEV1) 43% predicted with acute asthma. In 5 min after taking β2-agonists we found increasing FEV1 L to: 10% after salbutamol, 6% after salmeterol CFC pMDI, 10% after HFA pMDI, 7% after DPI. The results of study show that formoterol HFA pMDI provides equivalent bronchodilating effect to the formoterol DPI and salmeterol CF pMDI. Formoterol and salmeterol has a similar onset of effect to salbutamol but a prolonged duration of action. Conclusion. Improvements in lung function were significantly longer after taking salmeterol, formoterol HFA pMDI and DPI (about 6 hours) than salbutamol (about 4 hours).

Key words: exacerbation of asthma, salmeterol, phormoterol.

Динамика клинической картины и качества жизни больных инфарктом миокарда под влиянием барокамерной гипоксии

А.Д. Булатова¹, Д.И. Яковлев¹, М.Н. Бредихина², А.Б. Прокофьев³

¹ – Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург

² – Оренбургская областная клиническая больница № 2, Оренбург

³ – Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

Контактная информация: Яковлев Дмитрий Игоревич dm.yako@gmail.com

У 85-ти мужчин с инфарктом миокарда в периоде рубцевания изучали сравнительную динамику развития клинической картины и качества жизни под влиянием периодической барокамерной гипоксии (опытная группа) и физической реабилитации (группа контроля). Установлено, что у больных опытной группы положительный клинический эффект достигнут в 91% случаев. КЖ больных, получающих баротерапию, достоверно улучшалось сразу после завершения курса реабилитации, что не отмечалось в группе контроля.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, качество жизни, барокамерная гипоксия.

В последние годы всё большее число исследователей обращается к проблеме качества жизни (КЖ) больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ). Он приводит к изменению КЖ больных, степень

снижения которого в определённой мере связана с представлением больного о тяжести заболевания и его последствиях [2].

Известно, что КЖ больных является важным интегральным и независимым

показателем в оценке степени тяжести и эффективности лечения больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, в целом, и больных коронарной болезнью сердца в частности [4].

Цель. Изучение динамики клинической картины и показателей КЖ у больных с ИМ под влиянием адаптации к периодической барокамерной гипоксии (АПБГ).

Материал и методы

Обследовано 85 мужчин с инфарктом миокарда (2-4 мес. с момента развития), средний возраст которых составил 49,7±6,4 лет. В первую группу вошли 58 пациентов, которым проводился курс АПБГ, состоящий из 22 трехчасовых сеансов на «высоте» 3500 м (460 мм рт.ст.), проводимых ежедневно в барокамере пониженного давления «Урал-1». Контрольную группу составили 27 больных, проходивших курс реабилитации согласно Методическим рекомендациям МЗ РСФСР по физической реабилитации больных, перенесших ИМ [6].

Комплекс обследования включал клинический осмотр, электрокардиографию в 12-ти общепринятых отведениях, измерение АД, ЧСС. Качество жизни больных оценивалось с помощью «Медико-социологической анкеты», разработанной в Институте клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова [2], анкеты «Качество жизни больного стенокардией» [3], а также психологического теста СМОЛ [1].

Оценка клинического статуса и КЖ проводились у больных до и сразу после завершения курса реабилитации (4-5 недель).

Статистическую обработку результатов проводили с помощью прикладных пакетов статистических программ Statistica 6.1.

Результаты и обсуждение

При проведении АПБГ начало позитивных сдвигов в самочувствии больных ИМ варьировало в широких пределах (с 4 до 18 сеанса), а у части пациентов (7%) эффект фиксировался только по окончании курса баротерапии. Средний срок позитивных сдвигов составил 10,2±2,7 дня. После завершения курса АПБГ клинический эффект проводимого лечения отмечался у 91% больных.

Клиническая эффективность гипокситерапии у обследуемых лиц определялась уменьшением или исчезновением жалоб, обусловленных коронарной болезнью сердца, а также редукцией симптомов, которые носили неспецифический характер. Почти все больные зафиксировали более быстрое наступление обезболивающего эффекта при приеме нитроглицерина, больший объем физической нагрузки без загрудинных болей и других эквивалентов стенокардии, а 78% пациентов отчетливо отметили уменьшение интенсивности болевого синдрома. Полученный эффект, видимо, обусловлен увеличением емкости коронарного русла [5].

У пациентов отмечалось достоверное снижение САД, ДАД и ЧСС на 7%, 8% и 5% соответственно, тогда как в группе контроля достоверных изменений не отмечалось. Гипотензивный эффект АПБГ, вероятно, следует отнести к перекрестным эффектам адаптации к гипоксии, который реализуется за счет снижения функции супраоптического ядра гипоталамуса и клубочковой зоны коры надпочечников, в результате чего происходит удаление из организма натрия и воды, снижение миогенного компонента сосудистого тонуса [4].

Нами проведена также оценка влияния АПБГ у больных ИМ на показатели

КЖ в сравнении с физической реабилитацией. Установлено, что исходные значения суммарных показателей КЖ в двух группах достоверно не отличались. Опросник «Качество жизни больного стенокардией» позволил выявить конкретные причины нарушения в КЖ обследуемых больных. Так, достоверно больший вклад в ухудшение их КЖ внесли приступы загрудинных болей; необходимость ограничивать свои физические усилия; необходимость постоянно лечиться, принимать лекарства, периодически лежать в больнице; дополнительные материальные расходы, связанные с лечением. Показатели КЖ больных ИМ, оцененные с помощью опросника «Качество жизни больного стенокардией» и при использовании «Медико-социологической анкеты», достоверно улучшались сразу после проведения курса АПБГ, тогда как в группе контроля достоверных изменений не отмечалось.

Анализ данных, полученных с помощью психологического теста СМОЛ, показал, что у больных ИМ показатели психологического профиля не вышли за пределы нормальных значений ни по одной из шкал теста. Прежде чем оценить представленные результаты о влиянии АПБГ на качество жизни больных со стабильной стенокардией, необходимо вспомнить, что понятие «медицинские аспекты качества жизни» включает в себя влияние самого заболевания (его симптомов и признаков), влияние наступающего в результате заболевания ограничения функциональной способности, а также воздействие лечения на повседневную жизнедеятельность больного. С этих позиций положительный эффект АПБГ на КЖ больных ИБС объясняется влиянием на все три указанных компонента, определяющих уровень КЖ [7].

Выводы

1. Реабилитация больных ИМ методом АПБГ сопровождалась положительным клиническим эффектом у 91% больных
2. Барокамерная гипоксия приводит к достоверному снижению САД, ДАД и ЧСС.
3. Гипобаротерапия достоверно улучшает КЖ больных ИМ за счет уменьшения симптомов заболевания и их последствий.

Список литературы

1. **Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Рожанец Р.В.** Методика многопрофильного исследования личности. М. 1976.
2. **Гладков А.Г., Зайцев В.П., Аронов Д.М., Шарфнадель М.Г.** Оценка качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Кардиология. 1982. № 2. С. 100-103.
3. **Либис Р.А.** Качество жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями: Автореф. Дис. д.м. наук. Оренбург. 1998. 41 с.
4. **Меерсон Ф.З.** Адаптация, стресс и профилактика. М.: Наука. 1981. 278 с.
5. **Меерсон Ф.З., Устинова Е.Е.** Реабилитационный эффект адаптации к гипоксии при экспериментальном постинфарктном кардиосклерозе // Кардиология. 1987. № 3. С. 85-89.
6. Рекомендации по физической реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда: Методические рекомендации / МЗ РСФСР. М. 1986. 47 с.
7. **Scheidt S.** Ischemic heart disease: a patient-specific therapeutic approach with emphasis on quality of life considerations // Amer. Heart J. 1987. V.114. P.251-257.

Clinical symptoms and quality of life myocardial infarction under the influence of hypoxia in a decompression chamber

A.D. Bulatova, D.I. Yakovlev, M.N. Bredikhina, A.B. Prokofiev

85 men with myocardial infarction in the period of scarring, have the dynamics of comparative clinical and quality of life under the influence of periodic barokamernoy hypoxia (experimental group) and rehabilitation (control group) was studied. It was found that among patients of the experimental group the clinical benefit was achieved in 91% patients. QOL in patients receiving aeropiezotherapy significantly improved immediately after completion of rehabilitation, which was not the case in the control group.

Key words: myocardial infarction, quality of life, hypoxia in a decompression chamber.

Об особенностях сочетанного течения ГЭРБ с ИБС, АГ, ХОБЛ и РА у лиц пожилого и старческого возраста и вопросы терапии

И.Г. Бушнева, А.И. Шатихин

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

Контактная информация: Шатихин Андрей Ионович elmed@yandex.ru

Обследовано 2 группы больных ГЭРБ: 1-я группа – 58 больных в возрасте от 18-ти до 60-ти лет и 2-я группа – 72 больных в возрасте от 61-го до 88-и лет. Изучалась сочетанная ГЭРБ с ИБС (стабильная стенокардия I-й ФК), АГ 1-2-ой степени (класс. ВНОК, 2005), ХОБЛ и РА (ревматоидный артрит). Отмечена достоверная зависимость выраженности рефлюкс-эзофагита (по появлению изжоги) от принимаемых больными 2 группы лекарственных средств (ЛС) при сочетании с ИБС. АГ – от нитратов, β -блокаторов (ББ), блокаторов кальциевых каналов (БКК); при сочетании с ХОБЛ – от препаратов группы теофиллина и в обеих группах от принимаемых при РА – НПВС. Больным ГЭРБ пожилого и старческого возраста показано назначение ингибитора протонной помпы – нольпаза (пантопразола) в дозе от 40 до 80 мг/с в течение до полугода.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, пациенты пожилого возраста.

К пожилому и старческому возрасту у больных появляются заболевания, которые могут оказывать существенное отягощающее влияние на характер течения ГЭРБ. Полиморбидность, влияющая на течение ГЭРБ у пожилых и престарелых, обусловлена сочетанием с большим количеством факторов риска и сопутствующих заболеваний. Практический интерес представляют особенности те-

чения ГЭРБ у пожилых и стариков, сочетающейся с ИБС, АГ, ХОБЛ и ревматоидным артритом (РА) [2]. Указанные заболевания наиболее часто встречаются в практике интерниста, ревматолога, гастроэнтеролога, кардиолога, пульмонолога.

Цель. Оценить особенности течения и ведения ГЭРБ в сочетании с ИБС, АГ, ХОБЛ и РА.

Материалы и методы

Обследовано 2 группы больных ГЭРБ: 1-я группа – 58 больных в возрасте от 18-ти до 60-ти лет и 2-я группа – 72 больных в возрасте от 61-го до 88-и лет. Изучалась сочетанная ГЭРБ с ИБС (стабильная стенокардия I-й ФК), АГ 1-2-ой степени (класс. ВНОК, 2005), ХОБЛ и РА (ревматоидный артрит). Курение встречалось в обеих группах с одинаковой частотой, употребление алкоголя немного преобладало в 1-й группе; во 2-й группе достоверно чаще встречалось ожирение и ГПОД. Во 2-й группе обследованных (в возрасте от 61-го до 88-и лет) достоверно чаще встречалось ожирение, ГПОД, сахарный диабет.

Результаты исследования и обсуждение

Следует отметить, что если у больных молодого и среднего возраста ИБС с АГ, ХОБЛ и РА соответственно встречались в 19, 25,8 и 3,4% случаев, то у пожилых и стариков – в 70,8%, 52,8 и 15,3% случаев. При указанном сочетании ГЭРБ с ИБС, АГ, ХОБЛ и РА оценивалось влияние таких групп ЛС как нитраты, ББ, БКК, эуфиллин, НПВС. У больных ГЭРБ, сочетающийся с ИБС и АГ, назначаются нитраты, ББ (метопролол, атенолол), БМКК (нифедипин, коринфар), которые ослабляют тонус НПС, утяжеляют течение ГЭРБ, замедляют эпителизацию эрозий и рубцевание язв. В этой ситуации кардиолог может или увеличить дозу указанных препаратов, или приступить к поиску других кардиопротекторов. Однако необходим поиск более эффективных ИПП [2]. В этой группе выявлена прямая корреляционная связь между фактом приема нитратов и выраженностью рефлюкс-

эзофагита (РЭ) ($r=0,18$, $p<0,05$), в то время как в группе молодого и зрелого возраста такая взаимосвязь статистически не подтвердилась ($r=0,067$, $p>0,05$). Определялась прямая корреляционная связь между приемом ББ и выраженностью РЭ ($r=0,15$, $p<0,05$). При наличии у больных ГЭРБ хронической обструктивной болезни легких, как сопутствующего заболевания, оценивалось влияние препаратов эуфиллина (Э) – стимулятора желудочной секреции. Прием Э преобладает среди больных пожилого и старческого возраста. Выявлена прямая корреляционная связь между приемом Э и выраженностью РЭ среди лиц пожилого возраста ($r=0,12$, $p<0,05$). У больных молодого и зрелого возраста такая взаимосвязь не подтвердилась ($r=0,031$, $p>0,05$). При наличии у больных ГЭРБ РА, в качестве сопутствующего заболевания, оценивалось влияние приема НПВП (в основном, неселективного ряда). Прием НПВП преобладал среди больных пожилого возраста, длительно страдавших РА (12,5% против 1,7% у молодых и зрелых). Выявлена прямая корреляция между приемом НПВП и выраженностью РЭ – как среди больных пожилого возраста и старческого возраста ($r=0,26$, $p<0,05$), так и больных молодого и зрелого возраста ($r=0,21$, $p<0,05$).

Назначение ИПП при ГЭРБ признано наиболее эффективным и должно проводиться при всех ее стадиях. Не следует забывать, что эффективность разных ИПП при ГЭРБ неодинакова, что обусловлено различиями в их абсорбции, биодоступности, времени начала антисекреторного эффекта, метаболизма [3]. Следует особо остановиться на особенностях препарата нольпаза (пантопразол). Известно, что многие ИПП ингибируют молекулу K^+/H^+ АТФа-