

Влияние Афобазола на качество жизни кардиологических больных в процессе стационарного лечения

Курская областная клиническая больница,
Курский государственный медицинский университет

Б.Д. Жидких, О.Е. Колесникова,
Т.А. Барбашина, И.В. Курьянова, Е.В. Швец

В настоящее время для лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями имеется большой арсенал препаратов с хорошей эффективностью в отношении контроля уровня артериального давления, устранения симптомов стенокардии, недостаточности кровообращения, предупреждения преждевременной смерти и общей выживаемости больных. Однако традиционные критерии оценки терапевтической эффективности, опирающиеся на широкий спектр лабораторных и инструментальных показателей, отражают лишь физическую составляющую картины болезни и не дают полного представления о жизненном благополучии пациента. **Улучшение качества жизни (КЖ) относится к одной из важных задач в лечении сердечно-сосудистой патологии**, делая его актуальным на всех этапах оказания медицинской помощи в виде прогностического признака, основы реабилитационных программ и, конечно, критерия эффективности проводимого лечения [8,13,16].

Короткое время пребывания больного в стационаре (около 2–3 недель) ставит перед лечащим врачом задачу поиска эффективных приемов, влияющих на КЖ при наиболее распространенных нозологических формах: гипертонической болезни (ГБ) и ишемической болезни сердца (ИБС). Данная патология сопровождается разнообразным спектром субъективных симптомов дезадаптации (общая слабость, повышенная утомляемость, ухудшение памяти и способности концентрации внимания, тревога, снижение настроения и другие), которые постоянно находятся в фокусе внимания больного, а не цифры артериального давления или кривой электрокардиограммы – важных объективных критериев с точки зрения врача. Подобное несоответствие во взглядах приводит к разрушению терапевтического союза врача и больного, разочарованию от контакта и формированию отрицательной установки на следование рекомендациям при выписке, независимо от правильно подобранной лекарственной терапии в соответствии со стандартами лечения.

Распространенность расстройств адаптации в кардиологической практике достигает 51%, терапия которых представляется трудной и вместе с тем актуальной задачей. В течение последних десятилетий при лечении пограничных психических расстройств приоритет отдается транквилизаторам бензодиазепинового ряда; с помощью эпидемиологических данных установлен постоянный рост их потребления. Многолетнее использование транквилизаторов показало их широкие терапевтические возможности. К отрицательным проявлениям клинического действия бензодиазепинов относятся побочные эффекты и среди них гипноседативные и

миорелаксирующие, угнетение когнитивных функций и снижение повседневной активности, изменение толерантности при длительном применении и наличие предрасположенности к аддитивным психическим расстройствам. В начале 80-х годов XX века в ведущих лабораториях мира был поставлен вопрос о создании препарата, соответствующего по своим противотревожным свойствам бензодиазепиновым транквилизаторам, но свободного от гипноседативного, миорелаксирующего

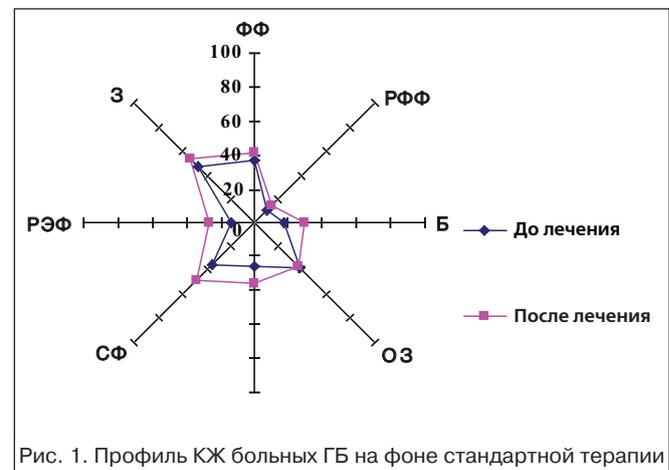


Рис. 1. Профиль КЖ больных ГБ на фоне стандартной терапии

Таблица 1. Результаты статистической обработки шкал теста SF-36 у больных ГБ на фоне стандартной терапии

Показатель теста SF-36	M±σ		t	P
	до лечения	после лечения		
Физическое функционирование (ФФ)	37,23±13,24	41,11±13,11	0,615	0,566
Ролевое физическое функционирование (РФФ)	10,17±8,34	15,44±9,24	1,225	0,275
Боль (Б)	17,24±11,13	29,27±14,41	1,955	0,108
Общее здоровье (ОЗ)	38,89±17,53	36,80±15,22	0,174	0,869
Жизнеспособность (Ж)	25,36±14,42	36,31±17,18	1,261	0,263
Социальное функционирование (СФ)	35,22±18,11	47,50±17,34	1,820	0,059
Ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ)	13,32±6,51	26,64±7,63	1,965	0,102
Психическое здоровье (ПЗ)	46,58±11,76	52,80±16,32	1,631	0,164

и «амнестического» эффектов. В ГУ НИИ фармакологии им. В.В. Закусова РАМН в результате 15-летних исследований получен оригинальный анксиолитик **Афобазол** с оптимальным соотношением безопасности и эффективности [12].

Цель исследования. Оценить влияние Афобазола на КЖ кардиологических больных в процессе стационарного лечения при наличии психосоматических расстройств.

Материал и методы

КЖ изучалось с помощью международной адаптированной методики SF-36 [8, 14, 15] у 95 кардиологических больных, находившихся на стационарном лечении (23 человека с гипертонической болезнью II стадии и 22 с ИБС, стенокардией II функционального класса), которым в течение первых 10 дней пребывания в ста-

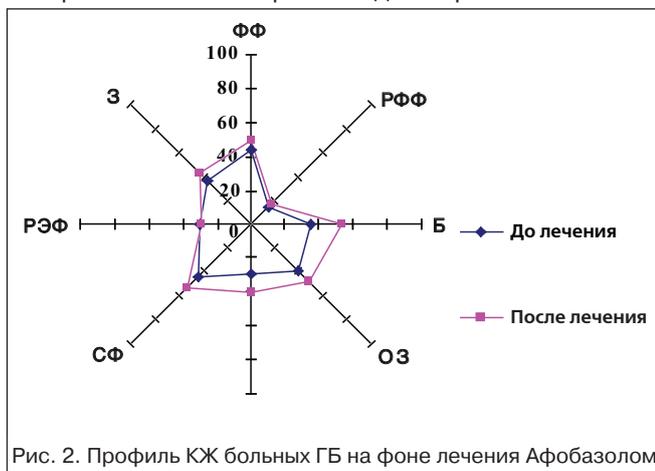


Рис. 2. Профиль КЖ больных ГБ на фоне лечения Афобазолом

Таблица 2. Результаты статистической обработки шкал теста SF-36 у больных ГБ на фоне приема Афобазола

Показатель теста SF-36	M±σ		t	P
	до лечения	после лечения		
Физическое функционирование (ФФ)	44,50±15,27	50,50±12,45	0,985	0,350
Роль физическое функционирование (РФФ)	15,00±7,45	17,50±9,17	0,361	0,726
Боль (Б)	36,75±16,31	53,75±18,54	3,361	0,009**
Общее здоровье (ОЗ)	39,00±17,65	49,50±16,44	3,351	0,016**
Жизнеспособность (Ж)	29,75±14,13	41,25±16,22	2,973	0,013**
Социальное функционирование (СФ)	44,45±16,44	54,50±15,15	1,720	0,089
Роль эмоциональное функционирование (РЭФ)	31,04±16,30	29,71±15,45	0,327	0,751
Психическое здоровье (ПЗ)	36,50±15,72	43,70±16,20	1,824	0,101

** соответствуют критерию достоверности при p<0,05

ционаре дополнительно назначался Афобазол в дозе 10 мг 3 раза в сутки в связи с наличием расстройств адаптации. Сравнительный анализ динамики КЖ за аналогичный период проводился в группе из 27 больных гипертонической болезнью II стадии и 23 больных с ИБС: стенокардией II функционального класса на фоне традиционного лечения с использованием феназепам 25 мг на ночь. Стандарная терапия по формулярной системе ГБ и ИБС включала β-блокаторы, ингибиторы АПФ, статины. Статистическая обработка данных проводилась с помощью парного критерия Стьюдента с использованием программного пакета SPSS, версия 10.0.

Результаты и их обсуждение

В клинических условиях показана безопасность и эффективность Афобазола в терапии пограничных пси-

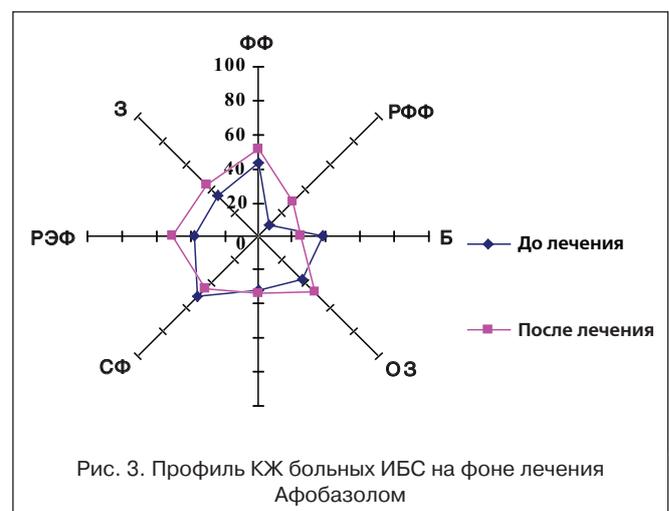


Рис. 3. Профиль КЖ больных ИБС на фоне лечения Афобазолом

Таблица 3. Результаты статистической обработки шкал теста SF-36 у больных ИБС на фоне приема Афобазола

Показатель теста SF-36	M±σ		t	P
	до лечения	после лечения		
Физическое функционирование (ФФ)	43,08±16,34	52,31±17,34	1,442	0,175
Роль физическое функционирование (РФФ)	9,62±6,21	28,85±14,35	1,412	0,183
Боль (Б)	37,62±17,22	25,19±14,23	1,051	0,314
Общее здоровье (ОЗ)	36,92±15,04	46,93±16,02	1,609	0,134
Жизнеспособность (Ж)	32,31±14,51	34,23±15,44	0,312	0,760
Социальное функционирование (СФ)	50,96±18,23	44,54±17,71	1,237	0,240
Роль эмоциональное функционирование (РЭФ)	38,12±9,67	50,80±14,33	1,862	0,087
Психическое здоровье (ПЗ)	34,62±16,42	42,54±16,21	1,803	0,097

новый оригинальный
отечественный
препарат

ВСЁ СЛОЖИТСЯ!

абсолютно
селективный анксиолитик

небензодиазепинового
ряда

АФОБАЗОЛ®

НЕ ТОКСИЧЕН

НЕ ФОРМИРУЕТ лекарственной
зависимости

НЕ РАЗВИВАЕТСЯ синдром отмены

УСТРАНЯЕТ

- ✓ тревогу
- ✓ раздражительность
- ✓ плаксивость
- ✓ чувство беспокойства
- ✓ страх

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:

- ✓ генерализованные тревожные расстройства
- ✓ тревожные расстройства при заболеваниях:
сердечно-сосудистой системы,
органов дыхания, органов пищеварения
- ✓ неврастения
- ✓ расстройства адаптации

УЛУЧШАЕТ

память, способность к концентрации внимания

**ОТПУСКАЕТСЯ
БЕЗ РЕЦЕПТА!**

Действие АФОБАЗОЛА отчётливо
наблюдается на 5-7 день от начала
лечения. Максимальный эффект
достигается к концу 4 недели лечения

 РОССИЙСКАЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ
Мастерфарм

ЗАО «МАСТЕРФАРМ»
Россия, 127473, г. Москва,
1-й Волконский пер., д. 11, стр. 2
тел.: (495) 781-10-93
отдел продаж - (495) 781-10-94



www.afobazol.ru

хических расстройств: в психиатрии, кардиологии, эндокринологии и акушерско-гинекологической практике [1–12]. Изучению влияния Афобазола на КЖ больных ГБ предшествовало исследование данного показателя у 27 больных на фоне стандартной терапии. Результаты статистической обработки данных представлены в таблице 1 и на рисунке 1.

Результаты статистической обработки теста SF–36 на фоне проводимой стандартной терапии выявили улучшение качества жизни по шкале СФ на уровне тенденции, критерий Р составил 0,059.

В группе больных, принимавших Афобазол, профиль КЖ достоверно изменился по нескольким показателям, что демонстрируют таблица 2 и рисунок 2.

Полученные данные свидетельствуют о достоверном улучшении КЖ больных по шкалам Б, ОЗ и Ж теста SF–36. Улучшение показателей по шкале Б свидетельствует об увеличении способности больных заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Шкала ОЗ отражает лучшую оценку больным своего состояния в настоящий момент и перспектив лечения, а рост показателей по шкале Ж – увеличение жизненной активности. На фоне терапии Афобазолом сохранялась тенденция при $p=0,089$ у больных к увеличению социальных контактов [8].

Десятидневная терапия больных ИБС не отразилась на улучшении их КЖ ни при использовании стандартных назначений, ни при дополнительном приеме Афобазола. Динамика КЖ после курса терапии Афобазолом в исследуемой группе больных представлена в таблице 3 и на рисунке 3.

На основании исследования показателей теста обнаружено на уровне тенденции ($p=0,68$) улучшение КЖ ролевого эмоционального функционирования, что предполагает уменьшение влияния эмоционального состояния больного на выполнение им повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества) и психического здоровья ($p=0,097$), что соответствует уменьшению тревожно-депрессивной симптоматики [8].

Заключение

Таким образом, курс терапии Афобазолом больных ГБ и ИБС в течение десяти дней на фоне стандартной терапии в условиях стационара позволяет получить достоверное улучшение КЖ у больных ГБ, его физического и психологического компонента. Учитывая, что максимум эффекта от приема данного препарата наступает через 4 недели, следует сделать вывод о потенциальной возможности данного препарата влиять на КЖ у больных ИБС, о чем, конечно, можно утверждать только после дальнейших исследований в условиях амбулаторного приема Афобазола до полной ликвидации симптомов дезадаптации или стабилизации психосоматического статуса.

Литература

1. Аведисова А.С. Новый анксиолитик «Афобазол» при терапии генерализованного тревожно-расстройства (результаты сравнительного исследования с диазепамом)/Журн. Психиатрия

и психофармакотерапия (экстравыпуск). – 2006. – С.13–16.

2. Аведисова А.С., Чахаева В.О. Применение анксиолитика афобазола при лечении генерализованного тревожного расстройства (информационное письмо). – М., 2006. – 12 с.

3. Аксрачкова Е.С. Афобазол – современная патогенетическая терапия больных нейродистонией/РМЖ. – Т.14, – №16. – 2006. – С.11–13.

4. Антонова К.В. тиреотоксикоз. Изменение психики. Возможности лечения/РМЖ. – Т.14, – №13. – 2006. – С.14–15.

5. Булдакова Н.Г. Психофармакотерапия в кардиологии/РМЖ. – Т.14, – №10. – 2006. – С.8–10.

6. Васильева А.В., Полторац С.В., Поляков А.Ю., Соломонова С.В. Применение афобазола в комплексном лечении расстройств адаптации/Журн. Психиатрия и психофармакотерапия (экстравыпуск). – 2006. – С.24–26.

7. Незнамов Г.Г., Сюняков С.А., Чумаков Д.В., Телешова Е.С., Давыдова И.А., Гришин С.А., Маметова Л.Э., Сюняков Т.С. Новый анксиолитик афобазол: результаты сравнительного клинического исследования с диазепамом при генерализованном тревожном расстройстве/Журн. Психиатрия и психофармакотерапия (экстравыпуск). – 2006. – С.17–23.

8. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – СПб.: Издательский Дом «Нева»; М.: «ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир», 2002. – 320 с.

9. Погосова Г.В. Современные подходы к диагностике и лечению расстройств депрессивного спектра в общей врачебной практике (методическое пособие для врачей)/Научно-практический рецензируемый медицинский журнал (приложение). – №1, 2007. – 24 с.

10. Серов В.Н., Баранов И.И. Транквилизаторы в акушерско-гинекологической практике/РМЖ. – Т.14, – №18. – 2006. – С.3–7.

11. Смулевич А.Б., Андрищенко А.В., Романов Д.В. Психофармакотерапия тревожных расстройств пограничного уровня (сравнительное исследование анксиолитического эффекта Афобазола и оксазепам у больных с расстройствами адаптации и генерализованным тревожным расстройством)/РМЖ. – Т.14, – №9. – 2006. – С.3–7.

12. Смулевич А.Б., Андрищенко А.В., Романов Д.В., Сираничева О.А. Терапия пограничных психических расстройств (исследование эффективности и переносимости афобазола)/Психические расстройства в общей медицине. – №1. – 2006. – С.10–16.

13. Nilsson P., Brandstrom H., Lingfors H., Erhardt L., Hedback B., Israelsson B., Sjoberg G. National programme of quality assurance in secondary prevention in Sweden. Gender differences in secondary prevention of coronary heart disease: reasons to worry or not?/Scand. J. Prim. Health Care. – 2003. – № 21. – P.37–42.

14. Ware J.E., Kosinski M., Keller S.D. SF–36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual/The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. – 1994; <http://www.rhinology.ru>

15. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. SF–36 Health Survey. Manual and interpretation guide/The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. – 1993.

16. Wehler M., Geise A., Hadzionerovic D., Aljucic E., Reulbach U., Hahn E.G., Strauss R. Health-related quality of life of patients with multiple organ dysfunction: individual changes and comparison with normative population./Crit. Care. Med. – 2003. – № 31. – P.1094–1101.