

ВЛИЯНИЕ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРА МЕТОПРОЛОЛА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

И.В. Вологодина

Кафедра терапии и клинической фармакологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования

Влияние бета-адреноблокатора метопролола на качество жизни пациентов старческого возраста с хронической сердечной недостаточностью

И.В. Вологодина

Кафедра терапии и клинической фармакологии, Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

Цель. Оценить влияние ретардированной формы кардиоселективного β -адреноблокатора метопролола тартрата на качество жизни пациентов старческого возраста с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), осложнившей течение ишемической болезни сердца (ИБС).

Материал и методы. В исследование включено 78 пациентов с ХСН III функционального класса (NYHA), осложнившей течение ИБС. Средний возраст пациентов составил $81,6 \pm 0,25$ года. Все больные имели клинические признаки депрессивных расстройств легкой и средней степени. Пациенты, включенные в исследование, были разделены на 2 сопоставимые по полу и возрасту группы. Рандомизация проводилась методом закрытых конвертов с учетом критериев включения и исключения. Пациентам 1-й группы ($n=43$) дополнительно к стандартной терапии назначали метопролола тартрат (Эгилек Ретард) в дозе 50-100 мг/сутки. Пациенты 2-й группы ($n=35$) получали только стандартную терапию. До начала и через 1 и 3 мес лечения регистрировали сумму баллов по шкале оценки клинического состояния (ШОКС), проводили тест с 6-минутной ходьбой, определяли фракцию выброса левого желудочка ФВ ЛЖ по ЭхоКГ, оценивали психический статус по тесту СМОЛ, Бека, шкале Гамильтона, шкале Спилберга-Ханина, качество жизни по Миннесотскому вопроснику (MLHFQ) и SF-36.

Результаты. У 31 (76,7%) пациента 1-ой группы и 23 (65,7%) пациентов 2-ой группы отмечали снижение функционального класса ХСН до второго. Переносимость препарата Эгилек Ретард была хорошей, случаев отмены не было. Через 3 мес лечения уменьшение тяжести клинического состояния по ШОКС было значительней в 1-ой группе по сравнению со 2-ой (29,5% против 11,5%, $p<0,001$). В 1-ой группе повышение толерантности к физическим нагрузкам оказалось больше чем во второй (34% и 17% соответственно, $p<0,001$). Наблюдалось значимое снижение тяжести депрессии по тесту СМОЛ и шкале Гамильтона, более выраженное в 1-ой группе. По результатам MLHFQ и SF-36 (шкалам физического функционирования, ролевого физического функционирования, социального функционирования) после 3 мес лечения в 1-ой группе улучшение качества жизни было значимо выше, чем во второй.

Заключение. Метопролол тартрат пролонгированного действия улучшает соматическое и психическое состояние и повышает качество жизни у пациентов старческого возраста с ХСН.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, старческий возраст, β -адреноблокаторы

РФК 2007;5:24-30

Effects of beta-blocker metoprolol on quality of life in elderly patients with chronic heart failure

I.V. Vologdina

Chair of Therapy and Clinical Pharmacology, St.-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Education

Aim. To study effect of cardioselective β -adrenoblocker metoprolol tartrate (in retarded formulation) on quality of life in elderly patients with chronic heart failure (CHF) of ischemic etiology.

Material and methods. 78 patients with CHF class III (NYHA) were involved in the study. Patients were $81,6 \pm 0,25$ y.o. in average. All patients had clinical signs of mild-to-moderate depressive disorders. Patients were split on 2 groups comparable in sex and age. Patients of the 1st group ($n=43$) received metoprolol tartrate (Egilok Retard), 50-100 mg/d additionally to standard therapy. Patients of the 2nd group ($n=35$) received only standard therapy. The somatic status was assessed before and after 1 and 3 months of therapy by clinical condition evaluated scale (CCES), 6-minute walking test, left ventricular ejection fraction (Echocardiography) as well as mental status by special tests (SMSP, BDI, Hamilton scale, C.D.Spilberger-Y.L.Hanin scale) and qualities of life (MLHFQ, SF-36).

Results. Reduction of CHF class from III to II was observed in 31 (76,7%) patients of the 1st group and in 23 (65,7%) patients of the 2nd group. Tolerability of Egilok Retard was good and there were not cessations because of side effects. In 3 months of therapy severity of the somatic status according to CCES reduced more significantly in the 1st group in comparison with the 2nd group (29,5 % vs 11,5 %, $p<0,001$). The exercise tolerance increased higher in the 1st group comparing with the 2nd one (34 % vs 17 %, respectively, $p<0,001$). The severity of depression reduced (according to SMSP, Hamilton scale) more significantly in the 1st group in comparison with this in the 2nd one. Quality of life also improved more significantly in the 1st group according to MLHFQ and SF-36 (physical functions, role physical functions, social function scales) at the end of therapy.

Conclusion. Metoprolol tartrate (in retarded formulation) improves somatic and mental status as well as quality of life in elderly patients with CHF.

Keywords: chronic heart failure, the elderly, β -adrenoblockers

Rational Pharmacother. Card. 2007;5:24-30

Использование β -адреноблокаторов в сочетании с ингибиторами АПФ предусмотрено современными рекомендациями по лечению ХСН [1]. β -адреноблокаторы оказывают отрицательное инотропное и хронотропное действие, обеспечивая более экономную работу сердца, уменьшают сократительный асинхронизм миокарда, защищают кардиомиоциты от токсического влияния катехоламинов, положительно влияют на ак-

тивность цитокинов, обладают антиаритмическим эффектом, предупреждают развитие апоптоза.

Применение β -адреноблокаторов при лечении ХСН способствует достижению следующих целей: увеличению продолжительности жизни за счет снижения риска внезапной смерти; максимально возможной модуляции нейрогуморальных систем; предотвращению сердечно-сосудистого ремоделирования и обратному его

развитию; снижению темпов декомпенсации сердечно-сосудистых и других заболеваний.

В настоящее время в популяции увеличивается доля лиц в возрасте 80 лет и старше. ХСН является частым и тяжелым осложнением ИБС у больных пожилого и старческого возраста. При старении происходят значительные изменения практически во всех звеньях адренергической регуляции: повышается чувствительность к катехоламинам, уменьшается синтез норадреналина и его обратный захват терминалями, снижается концентрация адренергических медиаторов в миокарде. Ослабление обратного захвата катехоламинов может приводить к более длительной их циркуляции, что способствует удлинению адренергических реакций. У больных пожилого и старческого возраста не только уменьшается количество адренергических рецепторов, но и значительно снижается их чувствительность к действию катехоламинов. Описанные изменения ограничивают адаптационные возможности организма при старении и способствуют развитию и прогрессированию ХСН.

В условиях полиморбидности, характерной для больных пожилого и старческого возраста, предпочтение следует отдавать кардиоселективным β -адреноблокаторам, которые вызывают меньше побочных эффектов. Доказательства эффективности метопролола тартрата в снижении уровня смертности у пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском были получены в исследованиях MAPHY, GMT, MIAMI [2 – 5]. В исследовании MDC (Metoprolol in Dilated Cardiomyopathy) у 383-х пациентов с фракцией выброса (ФВ) не более 20% (III-IV степень сердечной недостаточности), получавших метопролола тартрат, отмечено снижение летальности на 34% ($p=0,058$) и числа госпитализаций, улучшилось качество жизни по сравнению с плацебо [6]. В Гетеборгском исследовании (Goteborg Metoprolol Trial) [3,4] было показано снижение смертности после инфаркта миокарда под влиянием метопролола тартрата, особенно у больных с выраженной сердечной недостаточностью (на 50%, $p=0,0099$). Результаты ряда отечественных исследований показали безопасность и эффективность использования метопролола тартрата в лечении ХСН [7,8]. Применение метопролола тартрата приводит к значимому улучшению клинического состояния больных ХСН; препарат хорошо переносится больными [9]. В настоящее время для лечения пациентов с ХСН рекомендован метопролола сукцинат CR/XL, который продемонстрировал свою эффективность в крупном рандомизированном плацебо-контролируемом исследовании MERIT-HF [10]. В сравнении с метопролола тартратом короткого действия метопролола сукцинат CR/XL при однократном приеме характеризуется равномерной в течение суток концентрацией в плазме. Метопролола сукцинат в отличие от тартрата вса-

сывается медленнее, что позволяет назначать его 1 раз в день. Основным недостатком обычного метопролола тартрата является относительно короткий период полувыведения. Увеличение длительности действия препарата за счет ретардных технологий способно привести к дополнительному улучшению результатов лечения. Преимущества пролонгированных форм препаратов метопролола связаны как с особенностями фармакокинетического профиля, так и с более стабильным адреноблокирующим эффектом. В нативном состоянии соль метопролола влияет на скорость всасывания и определяет фармакокинетические характеристики препарата, а использование ретардных технологий с длительным высвобождением лекарственного вещества (Эгилек Ретард) позволяет модифицировать фармакокинетический профиль метопролола тартрата и нивелировать роль соли [11] и повысить эффективность медикаментозного лечения.

Цель исследования.

Изучение влияния кардиоселективного β -адреноблокатора метопролола тартрата (Эгилек ретард) на качество жизни больных старческого возраста, страдающих ХСН IIIФК (NYHA), осложнившей течение ИБС.

Материал и методы

Из госпитализированных в кардиологическое отделение многопрофильного стационара было отобрано 86 пациентов, которые были разделены на 2 группы. Рандомизация проводилась методом закрытых конвертов с учетом критериев включения и исключения. Критерии включения: возраст старше 75 лет, тяжесть ХСН, соответствующая III функциональному классу (NYHA), наличие клинических признаков тревожно-депрессивных расстройств легкой и средней тяжести, выявляемых в результате клинической беседы. Критерии исключения: нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда или инсульт в предшествующие 2 месяца, неконтролируемая артериальная гипертензия, прием β -адреноблокаторов на догоспитальном этапе, наличие противопоказаний к назначению β -адреноблокаторов, серьезные изменения в лечении ХСН (например, присоединение нового препарата) в последние 2 нед, исходное систолическое АД менее 100 мм рт. ст и ЧСС менее 60 уд/мин, тяжелая сопутствующая соматическая патология.

Перед началом исследования в течение 7 дней добивались возможной стабилизации состояния больных с помощью применения стандартной схемы лечения, включающей ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов ангиотензина II, диуретики, верошпирон и, по показаниям, нитраты. Такая базовая терапия не менялась на протяжении исследования. Пациентам 1-й группы дополнительно к базовой терапии после стаби-

лизации клинического состояния назначали Эгилок Ретард в начальной дозе 12,5 мг 1 раз в сутки. После оценки эффекта первой дозы проводилось ступенчатое титрование дозы препарата каждые 10-14 дней от 25 до 100 мг/сут. Целевой дозы 100 мг/сут достигло 84% больных. На подготовительном этапе из 2-й группы исключено 8 пациентов (2 мужчин и 6 женщин) в связи с необходимостью назначения β -адреноблокаторов по поводу жизнеугрожающих аритмий. В исследование включено 78 пациентов с ХСН III ФК (NYHA), осложнившейся течением ИБС (41 мужчина и 37 женщин). Первую группу составили 23 мужчины (средний возраст $81,9 \pm 2,4$ г.) и 20 женщин (средний возраст $81,9 \pm 0,34$ г.). Во 2-ю группу вошли 18 мужчин (средний возраст $80,9 \pm 2,1$ г.) и 17 женщин (средний возраст $81,3 \pm 0,37$ г.). Давность ИБС у пациентов 1-й группы составила $18,4 \pm 0,5$ г., у пациентов 2-й группы – $19,3 \pm 0,6$ лет ($p > 0,05$). Длительность ХСН у пациентов 1-й группы составила $5,2 \pm 0,6$ года, у пациентов 2-й (группы – АК) – $6,1 \pm 0,9$ лет ($p > 0,05$). Все пациенты в течение многих лет страдали умеренной артериальной гипертензией; 83,7% пациентов 1-й группы и 82,8% 2-й в прошлом перенесли острый инфаркт миокарда; 44% пациентов 1-й группы и 42,5% 2-й были госпитализированы за год впервые, остальные – повторно, при этом 18,6% больных 1-й группы и 17,1% 2-й были госпитализированы 3 раза и более.

Тяжесть клинических проявлений болезни оценивали по шкале ШОКС [12]. Всем больным была выполнена ЭхоКГ (GE Logic 400, USA); о толерантности к физической нагрузке судили по результатам теста с 6-минутной ходьбой. Психический статус оценивался при помощи многостороннего исследования личности – СМОЛ (Сокращенный Многофакторный Опросник для исследования Личности), теста Бека, шкалы Гамильтона и шкалы Спилбергера – Ханина. Всем больным проводилась оценка качества жизни с помощью SF-36 Health Status Survey и Миннесотского опросника. Исследование проводилось при поступлении и через 1 и 3 мес от начала лечения. Полученные данные обрабатывали с помощью пакета программ STATISTICA for Windows (версия 5.11). Сравнение качественных параметров проводилось с помощью непараметрических методов χ^2 (при необходимости – с поправкой Йетса), критерия Фишера. Сравнение количественных показателей проводили с использованием критериев Манна-Уитни, медианного χ^2 , Крускала-Уоллеса и ANOVA. Сопоставление показателей в динамике выполнялось с помощью критерия знаков и критерия Вилкоксона. Различия считали статистически значимыми при уровне $p < 0,05$.

Результаты исследования

За 3 мес наблюдения клиническое состояние больных в обеих группах существенно улучшилось. Выбыв-

ших пациентов за период исследования не было. У 31-го (76,7%) пациента 1-й группы и 23-х (65,7%) 2-й отмечалось снижение функционального класса ХСН до второго. Переносимость препарата Эгилок Ретард была хорошей, случаев отмены не было. Выполнение правил назначения β -адреноблокаторов (стабильное состояние гемодинамики, низкая стартовая доза и медленное титрование в процессе терапии) позволило избежать первого этапа ухудшения. У 2-х пациентов на

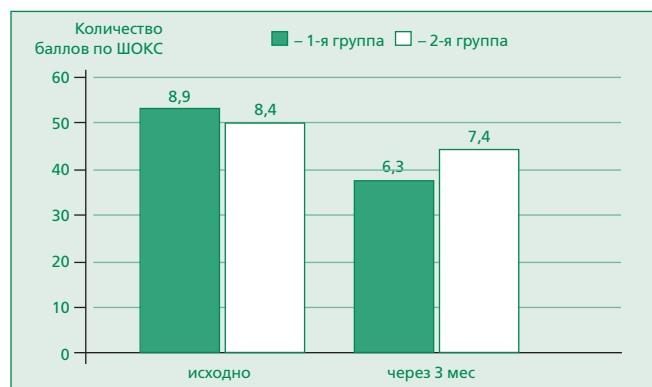


Рисунок 1. Динамика клинического состояния по ШОКС на фоне лечения

начальных этапах лечения отмечались кратковременные эпизоды головокружения, которые могли быть связаны с сопутствующей цереброваскулярной патологией и не требовали отмены препарата.

Исходно (рис. 1) значимого различия между группами по количеству баллов шкалы ШОКС не отмечалось. Количество баллов исходно соответствовало III ФК ХСН. Через 3 мес от начала лечения в обеих группах отмечалось существенное снижение количества баллов по сравнению с исходным до $6,28 \pm 0,16$ ($p < 0,001$) в 1-й группе и $7,43 \pm 0,14$ ($p < 0,01$) во 2-й, что свидетельствовало о значительном улучшении клинического состояния. В 1-й группе по сравнению со 2-й снижение количества баллов было более выраженным: 29,5% против 11,5% ($p < 0,001$). Проходимая за 6 минут дистанция до лечения в обеих группах была одинаковой ($125,3 \pm 3,2$ м и $126,9 \pm 2,7$ м) ($p > 0,05$). Через 3 мес от начала лечения в 1-й группе ее прирост по сравнению с исходным уровнем составил $68,8 \pm 3,4$ м, ($p < 0,001$), тогда как во 2-й – только $25,9 \pm 2,8$ м ($p < 0,05$). Выявлено значимое различие ($p < 0,001$) прироста проходимой дистанции между группами: на 34% в 1-й группе против 17% во 2-й (рис. 2). По результатам ЭхоКГ, ФВ ЛЖ была снижена у больных обеих групп и составила менее 36%. Значимого изменения ФВ ЛЖ после проведенного лечения не произошло. Группы по количеству баллов СМОЛ исходно не различались ($p > 0,05$). Через 3 мес по шкале депрессии в 1-й группе выявлено снижение на 27,8% ($p < 0,001$), во 2-й – на 16,6% ($p < 0,05$); различия между группа-

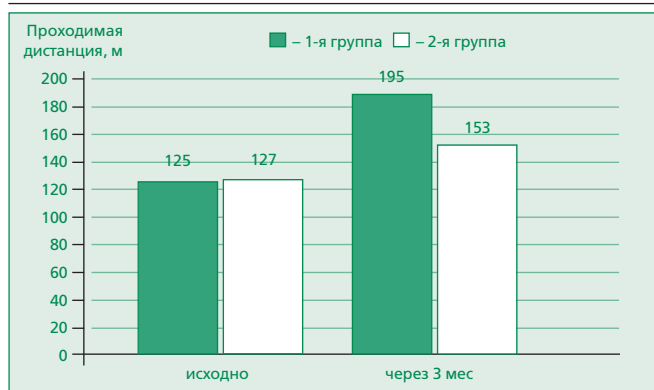


Рисунок 2. Динамика проходимой дистанции (тест с 6-минутной ходьбой) до и после лечения

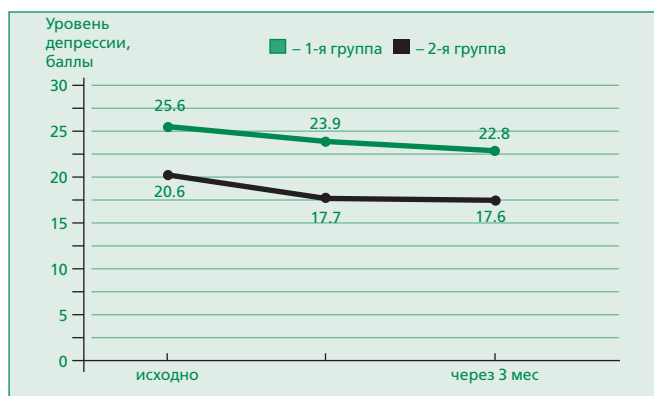


Рисунок 3. Динамика выраженности депрессивных расстройств по тесту Бека

ми оказались существенными ($p < 0,001$). По тесту Бека (рис. 3), исходно в обеих группах выявлена минимальная тяжесть депрессии (в 1-й группе – $20,6 \pm 1,47$, во 2-й – $25,6 \pm 2,01$ баллов). Через 3 мес. снижение количества баллов (на 18,6% и на 14,5%) оказалось незначительным ($p > 0,05$). По шкале Гамильтона (рис. 4), исходно средняя тяжесть депрессии в 1-й группе составила $23,8 \pm 1,2$ баллов, во 2-й – $22,6 \pm 1,8$ баллов. Значимого различия между группами не было ($p > 0,05$). Через 3 мес. в 1-й группе отмечалось снижение уровня депрессии до легкой степени: количество баллов снизилось на 34% и составило

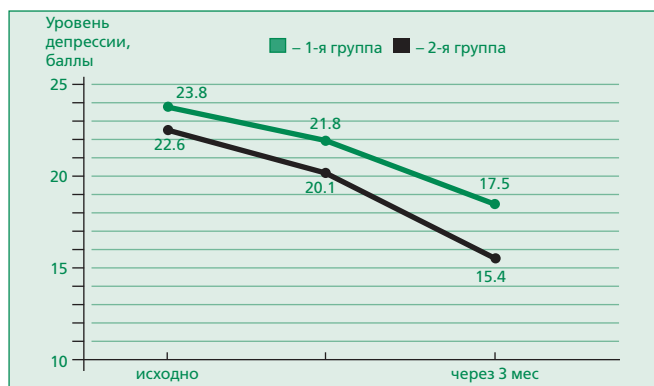


Рисунок 4. Динамика выраженности депрессивных расстройств по шкале депрессии Гамильтона

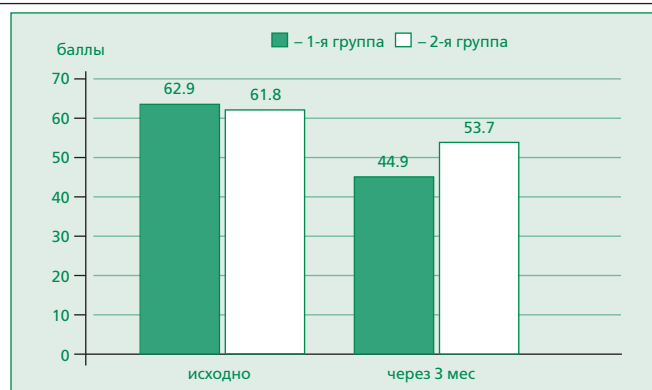


Рисунок 5. Динамика количества баллов по Миннесотскому опроснику качества жизни (MLHFQ)

$15,4 \pm 0,53$ ($p < 0,01$). Во 2-й группе также наблюдалось снижение до легкой степени (на 22,6%): количество баллов составило $17,5 \pm 0,71$ ($p < 0,05$). Группы различались по количеству набранных баллов ($p = 0,032$). У больных обеих групп выявлена высокая личностная и умеренная реактивная тревожность по шкале Спилбергера – Ханина. Достоверных различий по сравнению с исходным уровнем после лечения не произошло: через 3 мес. в 1-й группе отмечалось снижение реактивной тревожности на 13%, личностной тревожности – на 16,1%; во 2-й группе снижение реактивной тревожности составило 5%, личностной тревожности – 12,8%. По результатам MLHFQ (рис. 5), в обеих группах получено высокое количество баллов, свидетельствующее о низком качестве жизни ($62,9 \pm 0,9$ и $61,8 \pm 1,0$ в 1-й и 2-й группе, соответственно) ($p > 0,05$). После лечения отмечена положительная динамика: количество баллов составило в 1-й группе $44,9 \pm 1,3$ ($p < 0,001$), во 2-й группе $53,7 \pm 1,1$ ($p < 0,001$). Уменьшение количества баллов, свидетельствующее о повышении качества жизни, в 1-й группе было значимо выше, чем во 2-й (28,3% против 12,7%; $p < 0,001$). По результатам опросника SF-36 (рис. 6 и 7), в обеих группах установлено снижение количества баллов по всем шкалам по сравнению с показателями качества жизни населения Санкт-Петербурга сопоставимого возраста [13]. Наиболее выраженные изменения выявлены по шкалам физического функционирования и ролевого физического функционирования. По шкале физического функционирования после лечения в 1-й группе отмечалось увеличение количества баллов с $20,8 \pm 0,74$ до $31,6 \pm 0,78$ ($p < 0,001$); во 2-й – с $20,4 \pm 0,83$ до $22,9 \pm 0,92$ баллов ($p < 0,01$). Выявлены достоверные различия между группами ($p < 0,001$). По шкале ролевого физического функционирования, в 1-й группе отмечалось увеличение количества баллов от 0 до $19,8 \pm 2,43$ ($p < 0,001$), во 2-й группе – от 0 всего до $3,6 \pm 1,5$ ($p > 0,05$). Различия между группами статистически значимы ($p < 0,001$). Таким образом, в обеих группах отмечалось



Рисунок 6. Показатели качества жизни по опроснику SF-36 у пациентов 1-й группы

ФФ – физическое функционирование, РФФ – ролевое физическое функционирование, Б – боль, Ж – жизнеспособность, СФ – социальное функционирование, ОЗ – общее состояние здоровья, РЭФ – ролевое эмоциональное функционирование, ПЗ – психическое здоровье

увеличение количества баллов после лечения, что свидетельствует об улучшении качества жизни больных. По шкале социального функционирования также отмечалась положительная динамика в обеих группах; более выраженные изменения наблюдались в 1-й группе: увеличение количества баллов на 31,4% (с $35,5 \pm 1,5$ до $51,8 \pm 2,5$; $p < 0,001$). Во 2-й группе количество баллов увеличилось на 21,2% (с $30,8 \pm 3,1$ до $39,1 \pm 2,7$; $p < 0,001$). Через 3 мес. выявлена значимая разница между группами ($p < 0,001$).

Обсуждение полученных результатов

В настоящее время β -адреноблокаторы наряду с ИАПФ относятся к основным средствам лечения ХСН. По меньшей мере, два типа β -адреноблокаторов – β_1 -кардиоселективные: бисопролол и метопролола сукцинат с замедленным высвобождением препарата и неселективный β_1 - и β_2 -блокатор с дополнительными свойствами 1-блокатора карведилол – доказали эффективность и безопасность, способность улучшать прогноз больных ХСН [14]. Тем не менее, врачи практического звена по-прежнему опасаются назначать β -адреноблокаторы пациентам пожилого возраста с ХСН. В литературе высказывается мнение о необходимости уточнения возможности применения β -адреноблокато-

ров у пожилых пациентов при ХСН [15] из-за опасений побочных эффектов [16]. В настоящее время метопролол является одним из наиболее изученных селективных β -адреноблокаторов [17]. В крупных многоцентровых исследованиях была показана безопасность и эффективность метопролола тартрата у пациентов пожилого и старческого возраста с умеренной артериальной гипертензией [18,19]. М. Kukin и соавт. [21] и J. Sanderson и соавт. [22] доказали не только влияние метопролола тартрата короткого действия на клинические и гемодинамические показатели у больных ХСН II-IV ФК, но и отсутствие достоверных различий по эффективности и частоте побочных эффектов по сравнению с метопрололом CR/XL и карведилолом. Н.А. Козилова и соавт. [20] нашли, что метопролол короткого действия у больных ИБС, осложненной умеренной ХСН, за 6 мес. эффективно устранял клинические симптомы, увеличивал толерантность к физической нагрузке, благоприятно влиял на систолическую функцию миокарда левого желудочка, улучшал качество жизни пациентов. В исследовании COMET продемонстрировано преимущество карведилола над метопролола тартратом короткого действия. Риск смерти у больных, принимавших карведилол, был на 17% меньшим, чем у пациентов, принимавших метопролол. Целевые

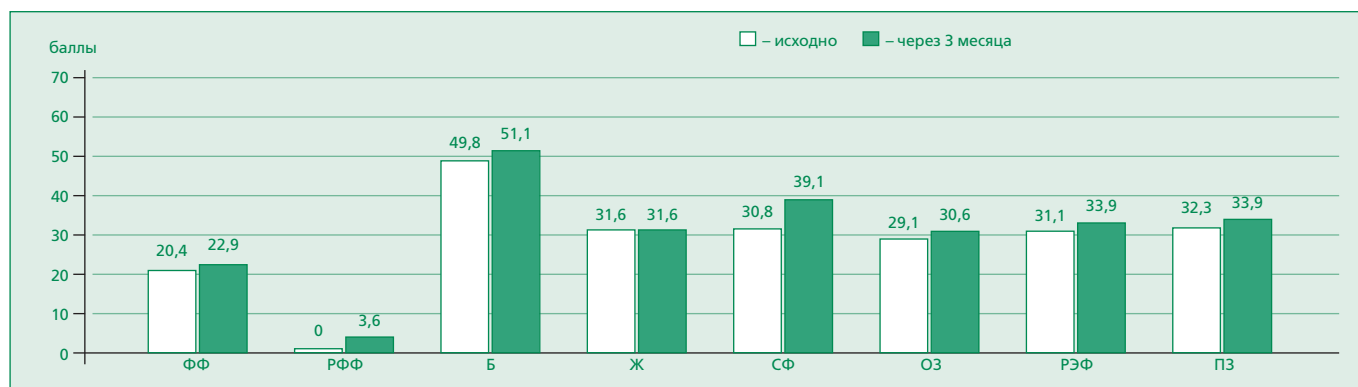


Рисунок 7. Показатели качества жизни по опроснику SF-36 у пациентов 2-й группы. Обозначения те же, что и на рис. 6

дозы препаратов были выбраны таким образом, чтобы обеспечить одинаковую степень воздействия на β -адренорецепторы [23]. В то же время, на отдельных этапах наблюдения карведилол по сравнению с метопрололом в большей степени снижал ЧСС и АД. Это может указывать на то, что выбранные дозы препаратов не обеспечивали запланированную одинаковую степень β -блокады [24]. Учитывая различную продолжительность периода полувыведения препарата и кратность приема (двукратного приема препарата не было ни в одном из контролируемых исследований), можно предположить, что в группе метопролола тартрата не была достигнута блокада β -рецепторов, эквивалентная β -блокаде в группе карведилола [25].

В настоящем исследовании использована новая форма метопролола тартрата – Эгилок Ретард с замедленным высвобождением метопролола и стабильной концентрацией препарата в плазме в течение суток, что позволяет сократить кратность приема до 1 раза в день. Следует отметить хорошую переносимость препарата. Побочных реакций, требовавших прекращения лечения, на фоне проводимой терапии не отмечено.

Рациональное лечение пациентов пожилого и старческого возраста требует интегративного подхода к пациенту с учетом соматического, социального и психического статуса. У пациентов 1-й группы, получавших Эгилок Ретард, клинические показатели (средний балл по шкале ШОКС и ФК ХСН) улучшились по сравнению с исходными данными и группой сравнения. По результатам теста с 6-минутной ходьбой исходно в обеих группах отмечалось уменьшение проходимой дистанции на 25-27% по сравнению с общепринятыми для данного функционального класса нормативами [14], что, вероятно, можно связать с сопутствующей патологией опорно-двигательного аппарата. На фоне приема Эгилока Ретарда отмечался прирост пройденной дистанции по сравнению с исходным уровнем и со 2-й группой. Достоверного изменения ФВ ЛЖ через 3 мес. от начала лечения в обеих группах не произошло, что, по-видимому, связано с относительно небольшим сроком наблюдения.

Данные о высокой депрессогенной активности β -адреноблокаторов неоднократно публиковались на протяжении последних 20 лет. Однако в большинстве таких публикаций представлены материалы неконтролируемых исследований на ограниченном числе случаев, а иногда и отдельные наблюдения. Об истинной частоте такого побочного депрессивного эффекта β -адреноблокаторов дает представление мета-анализ, в который включили 15 крупных исследований, отвечавших строгим методическим требованиям и охватывающих более 35 тыс. больных. Оказалось, что назначение β -адреноблокаторов достоверно не влияло на ежегодный риск появления симптомов депрессии [26]. В на-

стоящем исследовании в обеих группах больных на фоне проводимой терапии отмечалось достоверное уменьшение уровня депрессии по тесту СМОЛ и шкале Гамильтона; более выраженная положительная динамика была достигнута в группе пациентов, получавших Эгилок Ретард. По тесту Бека, достоверного отличия от исходного уровня не выявлено в обеих группах. Полученные данные свидетельствуют о необходимости использования шкал объективной оценки для более точной диагностики уровня депрессии.

Через 3 мес. приема Эгилока Ретарда отмечалось уменьшение количества баллов по Миннесотскому опроснику, свидетельствовавшее о повышении у пациентов самооценки своего состояния и восприятия своих возможностей в реальной жизни. Результаты использования опросника SF-36 свидетельствуют о том, что ограничение физической активности вносит наиболее существенный вклад в снижение качества жизни у больных старческого возраста с ХСН, что подтверждается данными других исследований [27].

В геронтологической практике необходимо учитывать специфику пациента, его личностные и возрастные особенности, стремиться помочь ему в поддержании и, если возможно, развитии сохранившиеся способности к самостоятельной жизнедеятельности. Улучшение качества жизни у таких больных имеет не меньшее значение, чем увеличение продолжительности жизни, а в ряде случаев является приоритетным [28]. Эгилок Ретард увеличивает толерантность к физическим нагрузкам, и его прием сопровождается ростом удовлетворенности больных своей способностью к физическому и социальному функционированию.

Заключение

Полученные результаты свидетельствуют об улучшении клинического состояния у всех больных ХСН старческого возраста при режиме постоянной поддерживающей терапии, однако дополнительный прием β -адреноблокаторов позволяет достичь большего эффекта. Улучшение соматического статуса на фоне терапии Эгилоком Ретард может привести к уменьшению выраженности депрессивных расстройств. Изучение качества жизни свидетельствует о низкой оценке уровня своего физического, психического и социального функционирования пациентами старческого возраста с ХСН. На фоне терапии Эгилоком Ретардом выявлено улучшение не только по шкале физического, ролевого физического, но и социального функционирования, что должно способствовать не только улучшению течения ХСН, но и интеграции пациентов в общество.

Для оптимизации лечения пациентов старческого возраста необходимо применять комплексный подход, включающий оценку клинического состояния, психического статуса и качества жизни.

Литература

1. 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 (Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure). J Am Coll Cardiol 2005;46(6):e1-e82.
2. Wikstrand J., Warnold I., Tuomilehto J. et al. Metoprolol versus thiazide diuretics in hypertension. Morbidity results from the MAPHY study. Hypertension 1991;17:579-88.
3. Hjalmarson A., Elmfeldt D., Herlitz J. et al. Effects on mortality of metoprolol in acute myocardial infarction: a double-blind randomized trial. Lancet 1981;2:823-27.
4. Herlitz J., Waagstein F., Lindqvist J. et al. Effect of metoprolol on the prognosis for patients with suspected acute myocardial infarction and indirect signs of congestive heart failure (subgroup analysis of the Göteborg Metoprolol Trial). Am J Cardiol 1997;80(9B): 40J-44J.
5. The MIAMI Trial Research group: Metoprolol in acute myocardial infarction (MIAMI): A randomized placebo-controlled international trial. Eur Heart J 1985;6:199-226.
6. Waagstein F., Bristow MR, Swedberg K: Beneficial effects of metoprolol in idiopathic dilated cardiomyopathy. Metoprolol in Dilated Cardiomyopathy (MDC) Trial Study Group. Lancet 1993;342: 1441-46.
7. Смоленская О.Г., Жданова И.В., Семяникова Н.М., Силкина Н.Н. Эгилон в лечении хронической сердечной недостаточности у больных ИБС с нормальным и повышенным уровнем артериального давления. Росс кардиол журн 2002;4:48-52.
8. Нагайцева Е.Б., Вологодина И.В., Малыкина М.Д., Гончарова И.В. Применение метопролола тартрата у больных пожилого и старческого возраста при лечении ишемической болезни сердца, осложненной хронической сердечной недостаточностью. Росс кардиол журн 2003;3:45-9.
9. Стаценко М.Е., Старкова Г.В., Спорова О.Е., Беленкова С.В. Сравнительное исследование карведилола и метопролола тартрата у больных сердечной недостаточностью: особенности изменений кардиогемодинамики и функции почек. Фарматека 2006;(3):76-9.
10. The MERIT-HF investigators. Effect of metoprolol in chronic heart failure: Metoprolol CR/XL Randomised intervention Trial in Congestive Heart Failure (MERIT-HF). Lancet 1999;353:2001-7.
11. Белоусов Ю.Б., Леонова М.В., Менешина А.В. и др. Метопролола сукцинат и тартрат: влияет ли соль на эффективность препарата? Фарматека 2006;(19):14-9.
12. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю. Принципы рационального лечения сердечной недостаточности. М.: Медиа Медика; 2000.
13. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. СПб.: Нева; 2002.
14. Национальные рекомендации по диагностике и лечению ХСН (Второй пересмотр). Журнал Сердечная недостаточность 2007;6(4):4-42.
15. Терещенко С.Н. Как мы назначаем β-адреноблокаторы при ХСН? Журнал Сердечная недостаточность 2004;5(4):123.
16. Лопатин Ю.М. Симпато-адреналовая система при сердечной недостаточности: роль в патогенезе и возможности коррекции. Журнал Сердечная недостаточность 2003;4(2): 105-6.
17. Мартынов А.И. Метопролол: результаты контролируемых клинических исследований. Клиническая фармакология 2004;(3):48-55.
18. Wilstrand J., Westergren G., Berglund G. et al. Antihypertensive treatment with metoprolol or hydrochlorothiazide in patients aged 60 to 75 years. Report from a double-blind international multicenter study. JAMA 1986;255:1304-50.
19. LaPalio L., Schork A., Glasser S., Tift C Safety and efficacy of metoprolol in the treatment of hypertension in the elderly. J Am Geriatr Soc 1992;40:354-8.
20. Козиолова Н.А., Пермякова Ю.Н. Эффективность, безопасность и фармакоэкономический анализ лечения метопрололом больных хронической сердечной недостаточностью ишемической этиологии. Сердечная недостаточность 2002;3(4):183-5.
21. Kukin M.L., Manino M.M., Freudenberg R.S. et al. Hemodynamic comparison of twice daily metoprolol tartrate with once daily metoprolol succinate in congestive heart failure. J Am Coll Cardiol 2000;35:45-50.
22. Sanderson J.E., Skiva K.W., Chan R.N. et al. Beta-blockade in heart failure. A comparison of carvedilol with metoprolol. J Am Coll Cardiol 1999;34:1522-8.
23. Poole-Wilson P.A., Swedberg K., Cleland J.G. et al. Comparison of carvedilol and metoprolol on clinical outcomes in patients with chronic heart failure in the Carvedilol Or Metoprolol European Trial (COMET): randomized controlled trial. Lancet 2003;362:7-14.
24. Dargie H. -blockers in heart failure. Lancet 2003;362:2-3.
25. Арутюнов Г.П. Проблемные вопросы исследования COMET. Журнал Сердечная недостаточность 2004;5(1):32-4.
26. Ko D.T., Coffey C.S., Sedrakyan A, Curtis J.P., Krumholz H.M. -blockers therapy and symptoms of depression, fatigue and sexual dysfunction. JAMA 2002;288(15):1845-6.
27. Jenkinson C., Jenkinson D., Shepperd S. et al. Evaluation of treatment for congestive heart failure in patients aged 60 years and older using generic measures of health status (SF-36 and COOP charts). Age Ageing 1997;26(1):7-13.
28. Дворецкий Л.И. Пожилые больные в практике терапевта. РМЖ 1997; 5(20): 1299-305.