

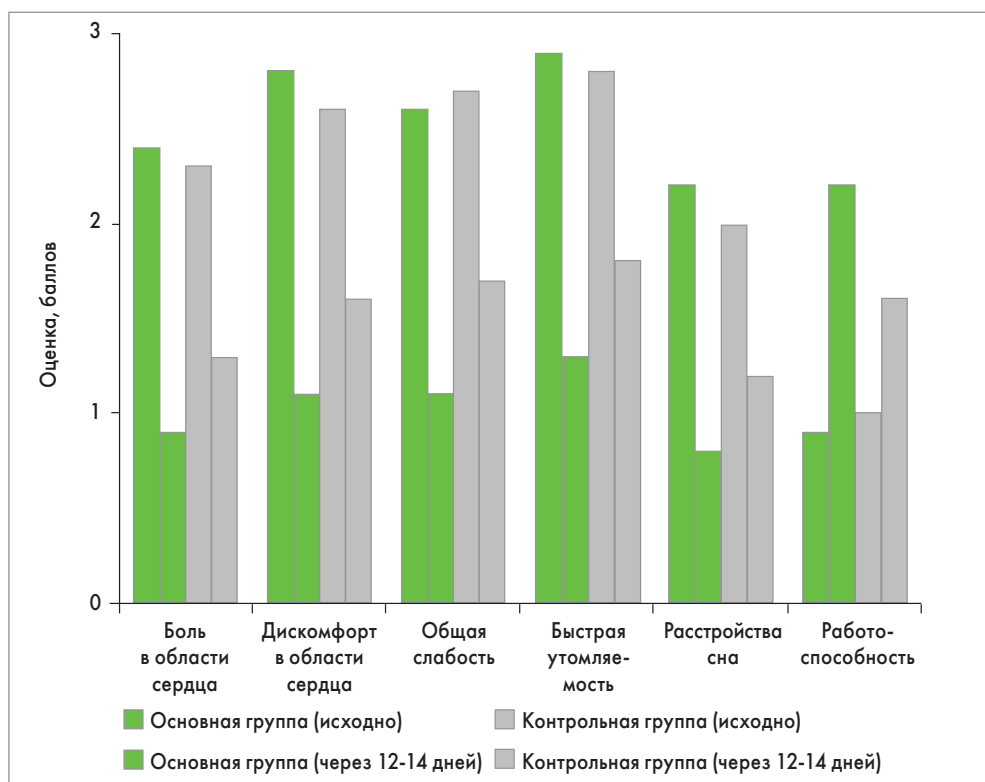


Рис. 1. Динамика клинической симптоматики у включенных в исследование пациентов на фоне лечения

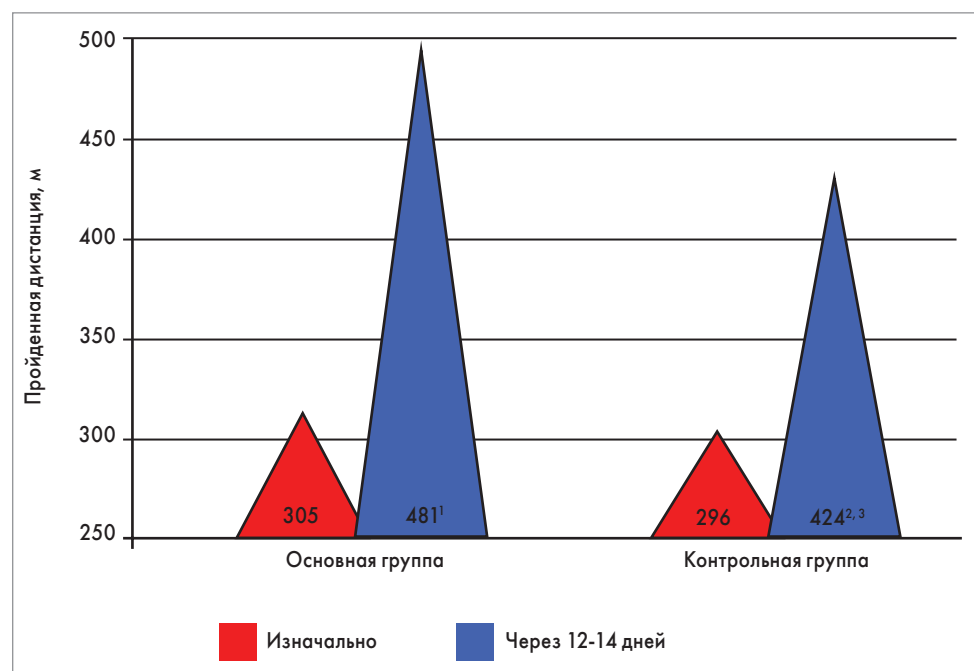


Рис. 4. Изменение пройденной дистанции по данным 6-минутного теста с ходьбой у включенных в исследование пациентов

Примечания: ¹ статистически достоверная ($p < 0,05$) разница между исходными данными и данными через 12-14 дней наблюдения у пациентов основной группы; ² статистически достоверная ($p < 0,05$) разница между исходными данными и данными через 12-14 дней наблюдения у пациентов контрольной группы; ³ статистически достоверная ($p < 0,05$) разница между данными через 12-14 дней наблюдения у пациентов основной и контрольной групп.

трофику органов и тканей, оказывает анальгезирующий и сосудорасширяющий эффекты, способствует устранению синдрома хронической усталости [13].

Метаболическая коррекция хронической сердечной недостаточности (ХСН) при ИБС проводится с целью оптимизации процессов образования и расхода энергии. Подавление окисления свободных жирных кислот, которое приводит к уменьшению их содержания в крови и поступления в КМЦ, снижает риск гибели клеток миокарда, вызванной ишемией [16, 22]. При применении Кокарнита усиливается окисление глюкозы, повышается синтез АТФ, уменьшается образование свободных радикалов, недоокисленных продуктов обмена; нормализуются трансмембранные, ионные потоки, снижается внутриклеточный ацидоз. Таким образом, применение Кокарнита в комплексной терапии улучшает метаболические процессы в миокарде, приводит к повышению защитных свойств миокарда в условиях гипоксии [4, 6, 13].

Целью исследования было изучить эффективность и безопасность Кокарнита в комплексном лечении пациентов с ИБС и ХСН.

Материалы и методы

В исследование было включено 60 больных (40 мужчин и 20 женщин, средний возраст — $59,1 \pm 7,3$ года) с ИБС (стабильная стенокардия напряжения II-III функционального класса — ФК) и ХСН (II-III ФК по классификации NYHA). Из них 36 пациентов страдали эссенциальной артериальной гипертензией (АГ) 1-2 ст., стаж существования которой составил в среднем $7,5 \pm 4,1$ года.

Набор больных проводился в кардиологических отделениях Днепровской клинической больницы на железнодорожном транспорте филиала «Центр здравоохранения» АО «Украинская железная дорога» и КУ «Днепровская городская клиническая больница № 11» Днепровского городского совета. В исследование не включались пациенты, в предыдущие 6 мес перенесшие острое нарушение мозгового кровообращения или острый коронарный синдром, а также больные с клинически значимыми пороками сердца, декомпенсированным сахарным диабетом, хроническими неспецифическими заболеваниями легких, дыхательной недостаточностью, хронической почечной недостаточностью, хроническими заболеваниями печени, злоупотребляющие алкоголем, принимающие наркотические вещества и имеющие выраженные когнитивные или психические расстройства.

Всем больным проводили общеклинические, лабораторные (общий анализ крови и мочи, липидный, печеночный, почечный комплексы, коагулограмма, глюкоза крови) и инструментальные (электрокардиография — ЭКГ, эхокардиография, суточное мониторирование ЭКГ) исследования, а также анкетирование и 6-минутный тест с ходьбой.

Пациенты были разделены на две группы, сопоставимые по возрасту, гендерному профилю, частоте встречаемости АГ, клиническому течению ИБС и ХСН. В контрольную группу вошли 30 больных, которым было

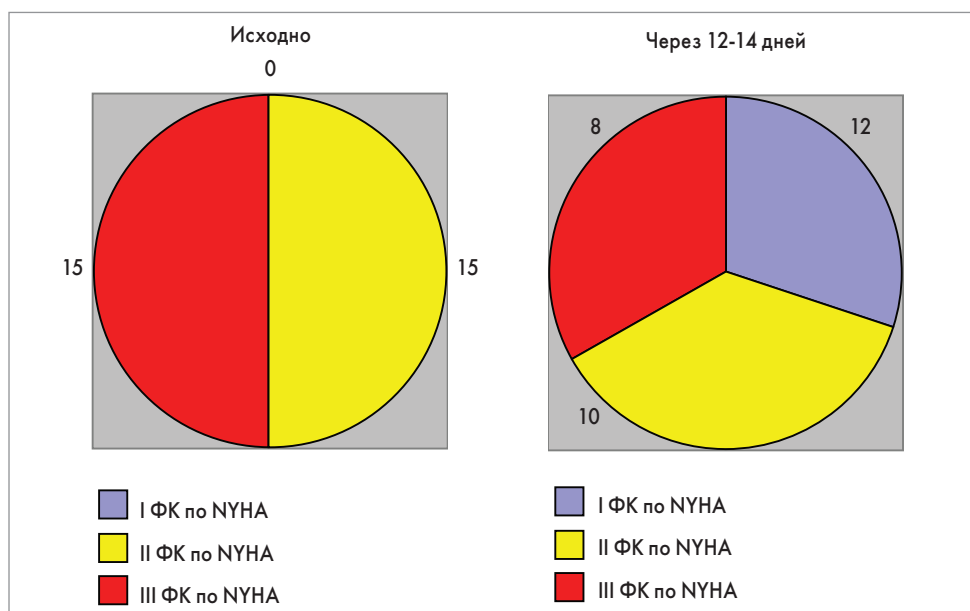


Рис. 2. Изменение ФК ХСН на фоне лечения у пациентов основной группы

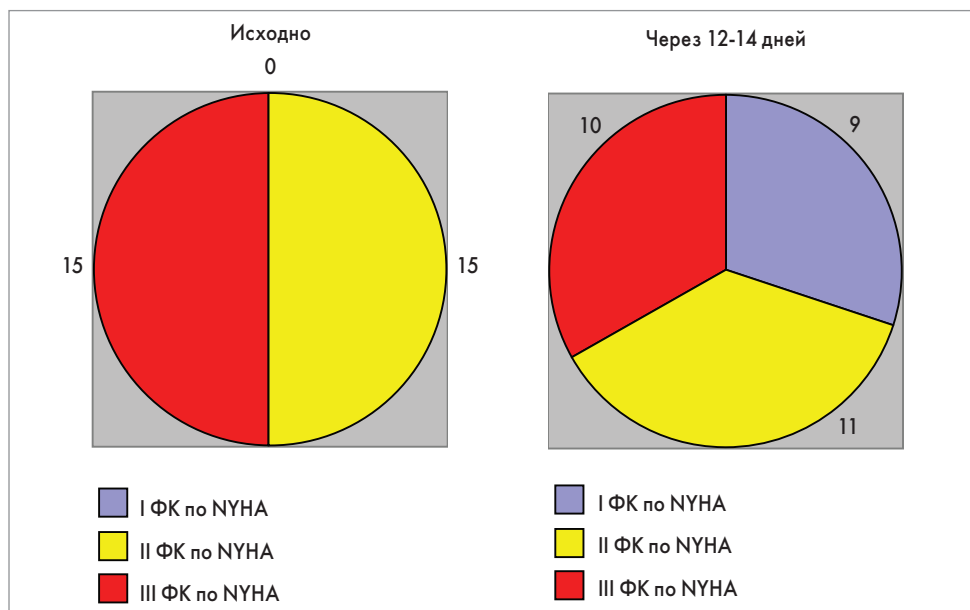


Рис. 3. Изменение ФК ХСН на фоне лечения у пациентов контрольной группы

назначено комплексное лечение: антитромбоцитарная терапия (аспирин 100 мг/сут), β -адреноблокатор (бисопролол 5-10 мг/сут в зависимости от исходного уровня ЧСС и артериального давления (АД) с предшествующей титрацией дозы), ингибитор ангиотензинпревращающего фермента (рамиприл 5-10 мг/сут в зависимости от исходного уровня АД с предшествующей титрацией дозы), статин (аторвастатин 40 мг/сут); при необходимости были рекомендованы нитраты и диуретики. Основную группу составили 30 пациентов, которые на фоне вышеуказанной базисной терапии принимали Кокарнит (по 1 ампуле препарата внутримышечно 1 р/сут).

До включения в исследование пациенты систематически не лечились. Период наблюдения составил 12-14 дней (средняя длительность госпитализации). Оценку эффективности лечения проводили на основе изменения

качества жизни пациентов (улучшение самочувствия, уменьшение интенсивности боли и дискомфорта в области сердца, нормализация сна, повышение работоспособности, снижения количества и длительности приступов стенокардии, потребности в короткодействующих нитратах; улучшения ФК сердечной недостаточности, увеличения пройденной дистанции во время выполнения 6-минутного теста).

Степень выраженности жалоб определяли согласно шкале, где 0 — отсутствие жалоб, 1 — незначительная выраженность, 2 — умеренная выраженность, 3 — значительная выраженность симптома.

Переносимость назначенного лечения оценивали следующим образом: «отлично» — побочные эффекты в течение периода наблюдения не возникали; «хорошо» — возникали побочные эффекты, не требующие отмены

препарата; «неудовлетворительно» — возникали побочные эффекты, требующие отмены лечения.

Статистическую обработку полученных результатов выполняли на персональном компьютере с использованием формул теории статистики. Оценивали средние значения полученных данных (M), их стандартные отклонения (m), достоверность статистических показателей (p) с использованием t -критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение

На фоне рекомендованной терапии отмечались улучшение самочувствия пациентов, уменьшение интенсивности боли и дискомфорта в области сердца, повышение работоспособности, нормализация сна, причем положительная динамика была более выражена у пациентов, принимающих Кокарнит (рис. 1).

Через 12-14 дней лечения у пациентов основной группы в сравнении с участниками контрольной наблюдалось достоверное уменьшение количества и продолжительности приступов стенокардии, уменьшение потребности в короткодействующих нитратах (табл.).

В конце периода наблюдения у 63,3% (19 из 30) пациентов основной группы и у 46,7% (14 из 30) больных контрольной группы улучшился ФК ХСН (рис. 2, 3). У участников основной и контрольной групп на фоне рекомендованной терапии достоверно увеличивалась дистанция пройденной ходьбы по данным 6-минутного теста, однако у пациентов основной группы улучшение этого показателя было более выраженным в сравнении с больными контрольной группы (рис. 4).

Существенная разница в биохимических показателях у пациентов основной и контрольной групп как в начале исследования, так через 12-14 дней наблюдения выявлена не была.

Переносимость назначенной терапии расценивалась как «отличная» у 93,3% больных основной группы и 96,7% пациентов контрольной группы (побочные эффекты не возникали) и «хорошая» у 6,7% пациентов основной группы и 3,3% — контрольной (на начальных этапах лечения наблюдались тошнота и головная боль умеренной интенсивности, что не привело к необходимости отмены рекомендованного лечения).

Выводы

1. Применение Кокарнита (1 ампула препарата внутримышечно ежедневно на протяжении 12-14 дней) в составе комплексного лечения больных с ИБС и ХСН способствовало:

- улучшению качества жизни;
- уменьшению количества и длительности ангинозных атак, снижению потребности в короткодействующих нитратах;
- улучшению ФК ХСН;
- увеличению пройденного расстояния по данным 6-минутного теста.

2. Комплексное лечение пациентов с ИБС и ХСН с использованием Кокарнита хорошо переносилось пациентами и не вызывало побочных явлений, требующих отмены терапии.

Список литературы находится в редакции.

