

ВОЛГМУ



**НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ПРИМЕНЕНИЮ ЦИТОПРОТЕКТОРОВ В
КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХСН С СОПУТСТВУЮЩИМ
МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

Стаценко М.Е.

Волгоградский государственный медицинский университет

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ХСН

- ПО ДАННЫМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В 2002 ГОДУ В РОССИИ НАСЧИТЫВАЛОСЬ 8,1 МИЛЛИОНОВ ЧЕЛОВЕК С ЧЕТКИМИ ПРИЗНАКАМИ ХСН, ИЗ КОТОРЫХ 3,4 МИЛЛИОНА ИМЕЛИ ТЕРМИНАЛЬНЫЙ, III-IV ФК.

Национальные Рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (второй пересмотр). ЖСН, №2, 2007

- ОДНОЛЕТНЯЯ СМЕРТНОСТЬ БОЛЬНЫХ С КЛИНИЧЕСКИ ВЫРАЖЕННОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В РОССИИ ДОСТИГАЕТ 26-29%, Т.Е. ЗА ГОД В РОССИИ УМИРАЕТ ОТ 880 ДО 986 ТЫСЯЧ БОЛЬНЫХ ХСН.

Национальные Рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (второй пересмотр). ЖСН, №2, 2007

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

- РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ЕВРОПЕЙСКИХ СТРАН СОСТАВЛЯЕТ 15% -25%.

Оганов Р.Г., 2007

- МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ РИСКА, КОТОРЫЙ СУЩЕСТВЕННО УХУДШАЕТ ТЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ ХСН.

Zimmet P, Shaw J, Alberti G. *Diabetic medicine* 2003;20(9):693-702.

Ingelsson E., Ärnlöv J., Lin L. et al. *Heart* 2006; 92:1409-1413.

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С МС

- ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ - ОПРЕДЕЛЯЕТ РАЗВИТИЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА.
- В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА «ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ» ЛЕЖИТ НАРУШЕНИЕ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО МЕТАБОЛИЗМА МИОКАРДА, ОПОСРЕДОВАННОЕ ФОРМИРОВАНИЕМ СИНДРОМА ЛИПОТОКСИЧНОСТИ, СИМПАТИЧЕСКОЙ ДИСРЕГУЛЯЦИИ, ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА И ВОСПАЛЕНИЯ, ЧТО ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПРЕОБЛАДАНИЕМ В НЕМ ПРОЦЕССОВ β -ОКИСЛЕНИЯ ЖИРНЫХ КИСЛОТ И РЕЗКИМ ПОДАВЛЕНИЕМ ОКИСЛЕНИЯ ГЛЮКОЗЫ.

Cai L, Kang YJ. *Cardiovasc Toxicol* 2001;1:181-193.

Fang ZY, Prins JB, Marwick TH. *Endocr Rev* 2004;25:543-567.

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С МС

- У ПАЦИЕНТОВ С «ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ» ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИОБРЕТАЕТ НАКОПЛЕНИЕ ПРОМЕЖУТОЧНЫХ ПРОДУКТОВ β -ОКИСЛЕНИЯ СЖК – АЦИЛ - КОА, АЦИЛКАРНИТИНА И ДР.
- В МИОКАРДЕ БОЛЬНЫХ С МС ОБНАРУЖИВАЮТ ДИФфузно-ОЧАГОВЫЙ ИНФИЛЬТРАТИВНЫЙ ФИБРОЗ, ГИПЕРТРОФИЮ КАРДИОМИОЦИТОВ И ЖИРОВУЮ ИНФИЛЬТРАЦИЮ. КАК СЛЕДСТВИЕ ПРОИСХОДИТ СНИЖЕНИЕ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ СЕРДЕЧНОЙ МЫШЦЫ, ВОЗНИКАЕТ РИСК РАЗВИТИЯ АРИТМИЙ, ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ХСН.

Guido Grassi; Gino Seravalle; Fosca Quarti-Trevano et.al. Excessive Sympathetic Activation in Heart Failure With Obesity and Metabolic Syndrome Characteristics and Mechanisms Hypertension. 2007;49:535-541.

Соколов Е.И., Симоненко В.Б., Зикова А.А., Средняков А.В. Патогенез гипоксии миокарда у больных с метаболическим синдромом. Кардиология 2009; 10: 35-40.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХСН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

- ТАКИМ ОБРАЗОМ, ОСОБЕННОСТЬЮ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ХСН В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЦИТОПРОТЕКТОРОВ, МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ КОТОРЫХ НАПРАВЛЕН НА ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ МИОКАРДА НЕ ЗА СЧЕТ ПРЯМОГО ИНОТРОПНОГО ЭФФЕКТА, А ЗА СЧЕТ ОПТИМИЗАЦИИ СИНТЕЗА АДЕНОЗИНТРИФОСФАТА В МИТОХОНДРИИ КАРДИОМИОЦИТОВ ПРИ МЕНЬШЕМ ПОТРЕБЛЕНИИ КИСЛОРОДА.

Голиков А.Л., Полумисков В.Ю., Михин В.Л. и др. Антиоксиданты- цитопротекторы в кардиологии. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2004;6: 66-74.

Мкртчян В.Р. Клиническая фармакология средств, улучшающих энергетический метаболизм миокарда.- М.-РМАПО. - 2004.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ ЭНЕРГОПРОДУКЦИИ В ИШЕМИЗИРОВАННОМ МИОКАДЕ

СДВИГ БАЛАНСА
ЭНЕРГОПРОДУКЦИИ В СТОРОНУ
МЕТАБОЛИЗМА
ГЛЮКОЗЫ С ↑
ИНТЕНСИВНОСТИ
АЭРОБНОГО
ГЛИКОЛИЗА

ГЛЮК
ОЗА

1. УВЕЛИЧЕНИЕ СНАБЖЕНИЯ МИОКАРДА ГЛЮКОЗОЙ (ГЛЮКОЗО-ИНСУЛИНОВЫЙ КОМПЛЕКС);
2. СТИМУЛЯЦИЯ ОКИСЛЕНИЯ ГЛЮКОЗЫ (L-КАРНИТИН, ГУТИМИН);

С Ж К

1. УМЕНЬШЕНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ СВОБОДНЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ (МИЛДРОНАТ, ЭТОМОКСИР);
2. СНИЖЕНИЕ ОКИСЛЕНИЯ СЖК (ТРИМЕТАЗИДИН, РАНОЛАЗИН)

А Т Ф

1. УВЕЛИЧЕНИЕ РЕСИНТЕЗА АТФ (МЕКСИКОР, РЕАМБЕРИН, ЦИТОХРОМ С);
2. УЛУЧШЕНИЕ ТРАНСПОРТА ЭНЕРГИИ (ФОСФОКРЕАТИНИН)

УВЕЛИЧЕНИЕ
ЭНЕРГООБ-
МЕНА И ↓ ИНТЕН-
СИВНОСТИ
ОКСИДАНТНОГО
СТРЕССА

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХСН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

- СРЕДИ НОВЫХ МИОКАРДИАЛЬНЫХ ЦИТОПРОТЕКТОРОВ ОСОБЫЙ ИНТЕРЕС ПРЕДСТАВЛЯЕТ ПРЕПАРАТ ИЗ ГРУППЫ ПРОИЗВОДНЫХ 3-ОКСИПИРИДИНА **МЕКСИКОР** (ЭКОФАРМИНВЕСТ, РОССИЯ), ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНО **СОЧЕТАНИЕ ДВУХ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ – АНТИГИПОКСИЧЕСКОГО И АНТИОКСИДАНТНОГО.**

МЕСТО МЕКСИКОРА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХСН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

- В КАЧЕСТВЕ **АНТИГИПОКСАНТА МЕКСИКОР** АКТИВИРУЕТ СУКЦИНАТДЕГИДРОГЕНАЗНЫЙ ПУТЬ ОКИСЛЕНИЯ ГЛЮКОЗЫ, ЧТО УМЕНЬШАЕТ КИСЛОРОДОЕМКИЙ ПРОЦЕСС ОКИСЛЕНИЯ ЖИРНЫХ КИСЛОТ (ОБЕСПЕЧИВАЕТ ПРОДУКЦИЮ ТОГО ЖЕ КОЛИЧЕСТВА АТФ ПРИ МЕНЬШЕМ ПОТРЕБЛЕНИИ O₂).
- В КАЧЕСТВЕ **АНТИОКСИДАНТА МЕКСИКОР** СНИЖАЕТ КОНЦЕНТРАЦИЮ ЛИПОПЕРОКСИДОВ В КРОВИ. ЭТО СПОСОБСТВУЕТ УМЕНЬШЕНИЮ ДЕГРАДАЦИИ И УЛУЧШАЕТ ЭНДОТЕЛИАЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ, ЧТО СПОСОБСТВУЕТ УВЕЛИЧЕНИЮ КРОВотоКА.
- ТАКИМ ОБРАЗОМ, ТЕРАПИЯ **МЕКСИКОРОМ** ОПОСРЕДОВАНО ПРИВОДИТ К **УЛУЧШЕНИЮ КОРОНАРНОГО КРОВотоКА**, А ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ МЕКСИКОРА ПРОЯВЛЯЕТСЯ **СНИЖЕНИЕМ УРОВНЯ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА И ЛИПОПРОТЕИНОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ**.

МЕСТО МЕКСИКОРА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХСН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

- БЛАГОДАРЯ СВОИМ УНИКАЛЬНЫМ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИМ СВОЙСТВАМ **МЕКСИКОР** ОКАЗЫВАЕТ ВЛИЯНИЕ НА ОСНОВНЫЕ ЗВЕНЬЯ ПАТОГЕНЕЗА РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, СВЯЗАННЫХ С ГИПОКСИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ.
- УЖЕ ПРОВЕДЕНЫ ИССЛЕДОВАНИЯ, КОТОРЫЕ ПРОДЕМОНСТРИРОВАЛИ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ **МЕКСИКОРА** ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХСН, СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ, АРИТМИИ, НАРУШЕНИЯХ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА.
- **ОДНАКО ДАННЫХ О ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕКСИКОРА У ПАЦИЕНТОВ С ХСН И МС С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ВОЗДЕЙСТВИЯ КАК НА МС, ТАК И ХСН, В ДОСТУПНОЙ ЛИТЕРАТУРЕ МЫ НЕ ВСТРЕТИЛИ.**

В НАШЕЙ КЛИНИКЕ БЫЛО ПРОВЕДЕНО
ИССЛЕДОВАНИЕ, ЦЕЛЮ КОТОРОГО СТАЛО

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ
БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ
СИНДРОМОМ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИЕЙ И С
ВКЛЮЧЕНИЕМ МЕКСИКОРА

ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ

ИССЛЕДОВАНИЕ НОСИЛО РАНДОМИЗИРОВАННЫЙ ПРОСПЕКТИВНЫЙ,
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ ХАРАКТЕР.

ПРОТОКОЛ ОДОБРЕН РЕГИОНАЛЬНЫМ ЭТИЧЕСКИМ КОМИТЕТОМ.

БАЗИСНАЯ
ТЕРАПИЯ

+

МЕКСИКОР

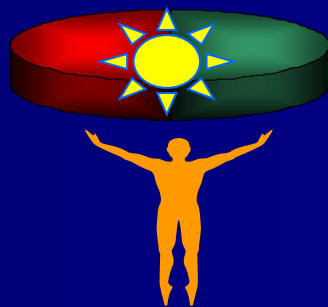
(0,4 г/сутки)

ВНУТРЬ ПО 200 мг 2 РАЗА
В ДЕНЬ В ТЕЧЕНИЕ 3 МЕСЯЦЕВ

60 БОЛЬНЫХ
ПОСЛЕ ИМ
С ХСН ФК II-III и МС

30

30



БАЗИСНАЯ
ТЕРАПИЯ:

- ЭНАЛАПРИЛ,
- БИСОПРОЛОЛ,
- АСПИРИН,
- СИМВАСТАТИН,

ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ
ДИУРЕТИКИ, НИТРАТЫ.

□ СРЕДНИЕ ДОЗЫ ПРЕПАРАТОВ
МЕЖДУ СОБОЙ
СТАТИСТИЧЕСКИ НЕ
РАЗЛИЧАЛИСЬ

ОПЫТНАЯ ГРУППА

1-Я

12 НЕДЕЛЬ

КОНТРОЛЬНАЯ ГРУППА

2-Я

◆ КРИТЕРИИ ВКЛЮЧЕНИЯ:

- БОЛЬНЫЕ 45 – 65 ЛЕТ ОБОЕГО ПОЛА,
- ИМЕЮЩИЕ ПРИЗНАКИ ХСН II – III ФК (ОССН, 2002)
- В ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ (4 НЕДЕЛЯ ОТ НАЧАЛА ИНФАРКТА МИОКАРДА)
- МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ (ВНОК, 2008)

КРИТЕРИИ ДИАГНОЗА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

(РОС. РЕК. ВНОК ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА, 2008 г.)

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ КРИТЕРИЙ

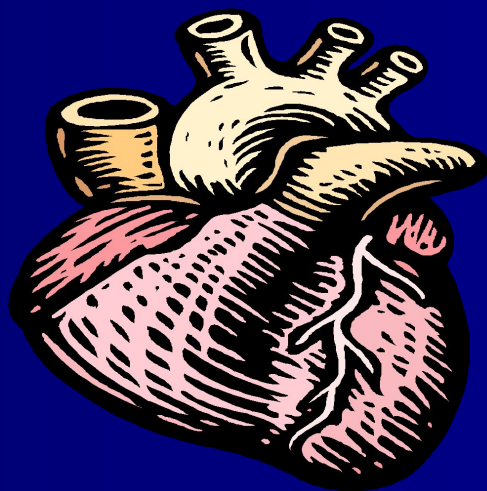
- АБДОМИНАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ – ОКРУЖНОСТЬ ТАЛИИ

- > 94 СМ У МУЖЧИН
- > 80 СМ У ЖЕНЩИН

+ ЛЮБЫЕ 2 ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ПРИЗНАКОВ:

- ТРИГЛИЦЕРИДЫ $\geq 1,7$ ММОЛЬ/Л
- ХОЛЕСТЕРИН ЛПНП $> 3,0$ ММОЛЬ/Л
- ХОЛЕСТЕРИН ЛВП
 - < 1,2 ММОЛЬ/Л У ЖЕНЩИН
 - < 1,0 ММОЛЬ/Л У МУЖЧИН
- АД $\geq 140/90$ ММ РТ. СТ.
- ГЛИКЕМИЯ НАТОЩАК $\geq 6,1$ ММОЛЬ/Л
- НАРУШЕНИЕ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ – ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА ПОСЛЕ ТТГ ГЛЮКОЗА $\geq 7,8$ И $< 11,1$ ММОЛЬ/Л

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ
МЕКСИКОРА
В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ
ХСН И МС**

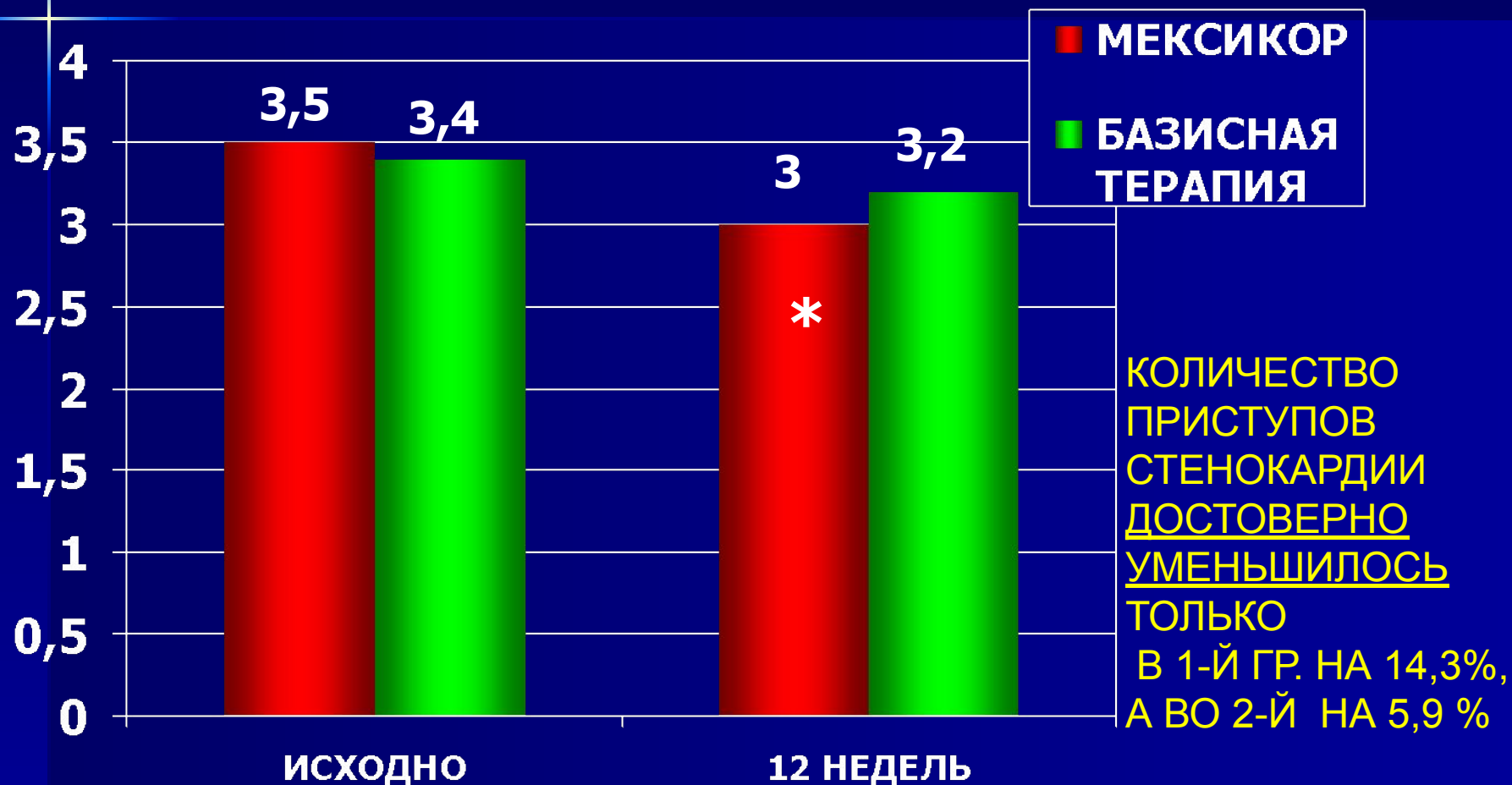


ДИНАМИКА ДИСТАНЦИИ ШЕСТИ МИНУТНОЙ ХОДЬБЫ

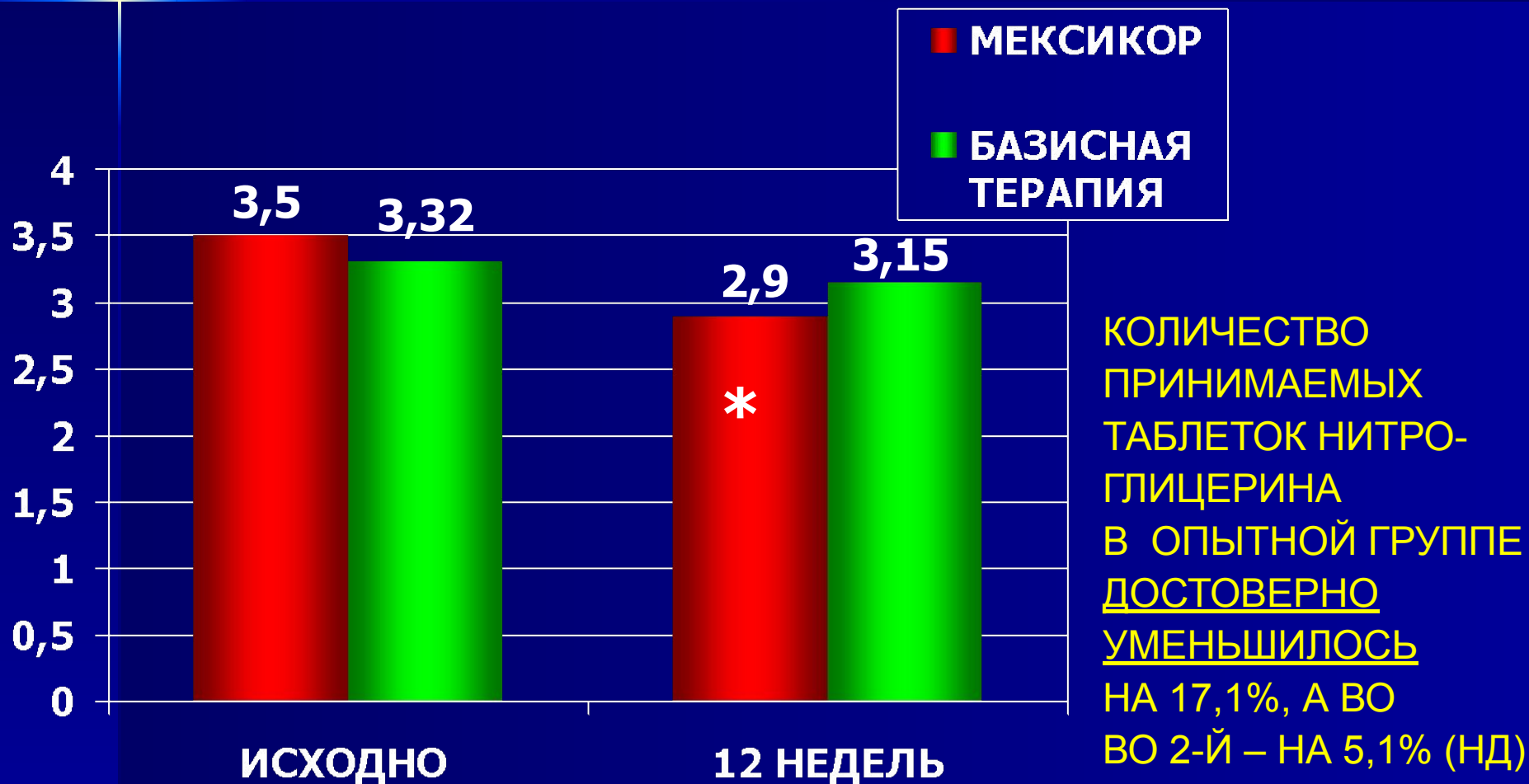


ОТМЕЧАЕТСЯ ДОСТОВЕРНОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ДИСТАНЦИИ ХОДЬБЫ В ОБЕИХ ГРУППАХ, НО БОЛЬШЕ В ОПЫТНОЙ – 20,1% VS 7,4%.

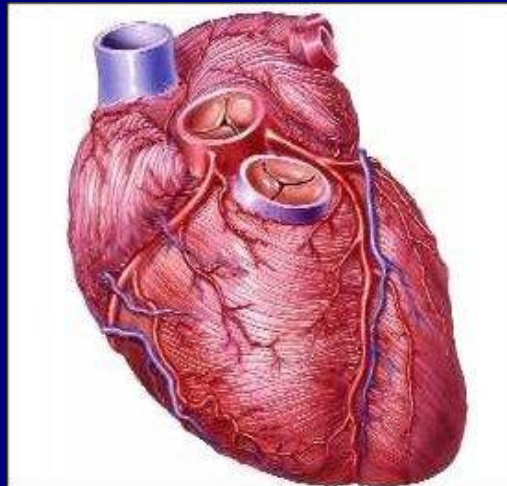
ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ НА КОЛИЧЕСТВО ПРИСТУПОВ СТЕНОКАРДИИ В НЕДЕЛЮ



ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ НА КОЛИЧЕСТВО ПРИНИМАЕМЫХ ТАБЛЕТОК НИТРОГЛИЦЕРИНА В НЕДЕЛЮ



ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ СЕРДЦА

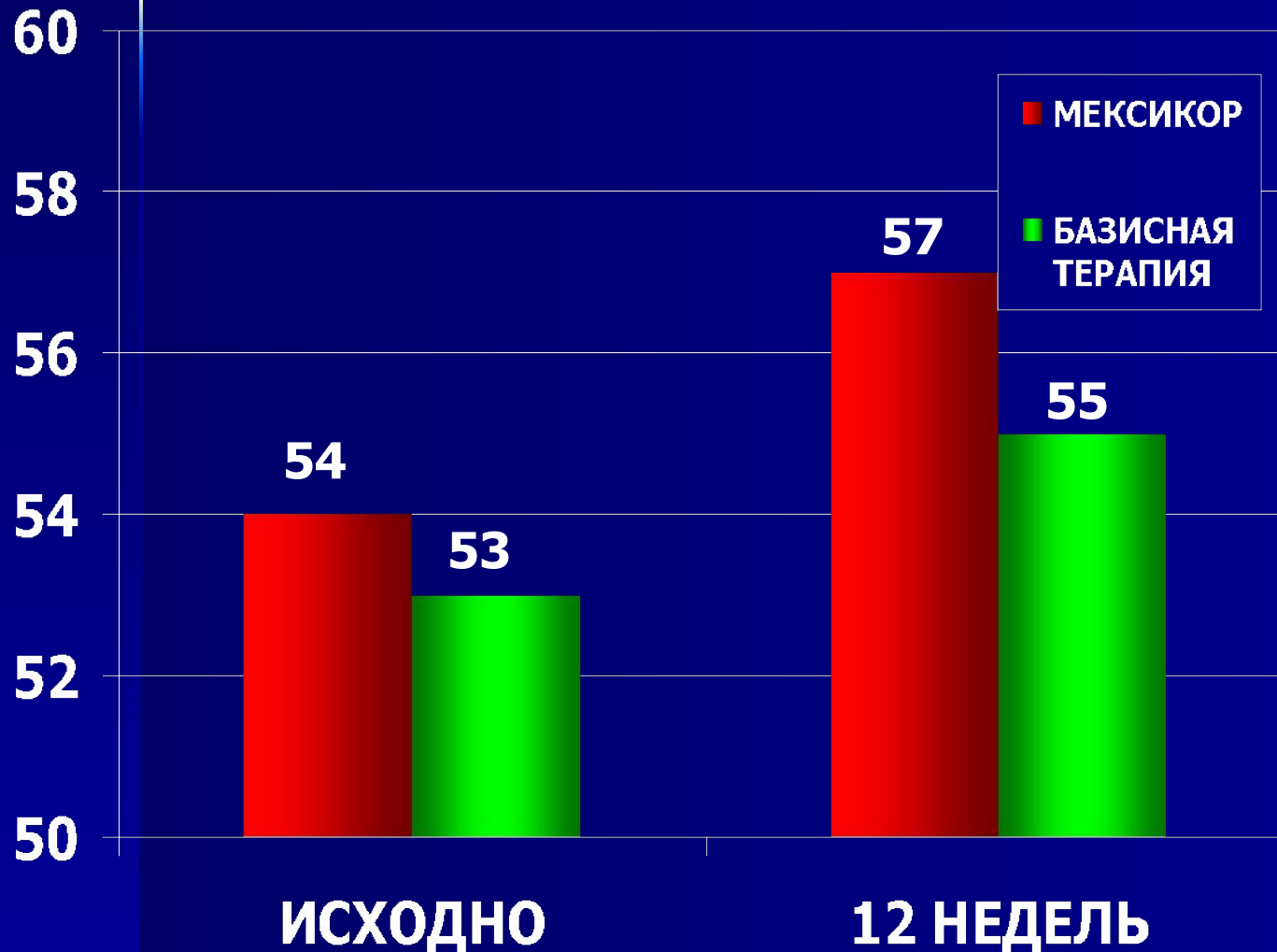


ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ СЕРДЦА

ПОКАЗАТЕЛЬ	МЕКСИКОР			КОНТРОЛЬНАЯ ГРУППА		
	ДО ЛЕЧЕНИЯ	ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ	Δ,%	ДО ЛЕЧЕНИЯ	ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ	Δ,%
КДР ЛЖ, мм	55,6±5,3	53,96±3,8	-2,9	55,3±5,2	54,1±4,9	-2,2
КСР ЛЖ, мм	39,17±4,3	38,03±3,8	-2,9	39,0±5,07	38,07±4,7	-2,4
ДТ, мсек	239,7±49,0	231,8±38,3	-3,3	239,3±29,5	232,0±22,1	-3,1
IVRT, мс	136,6±35,7	132,7±35,2	-2,9	137,3±18,5	133,6±18,1	-2,7

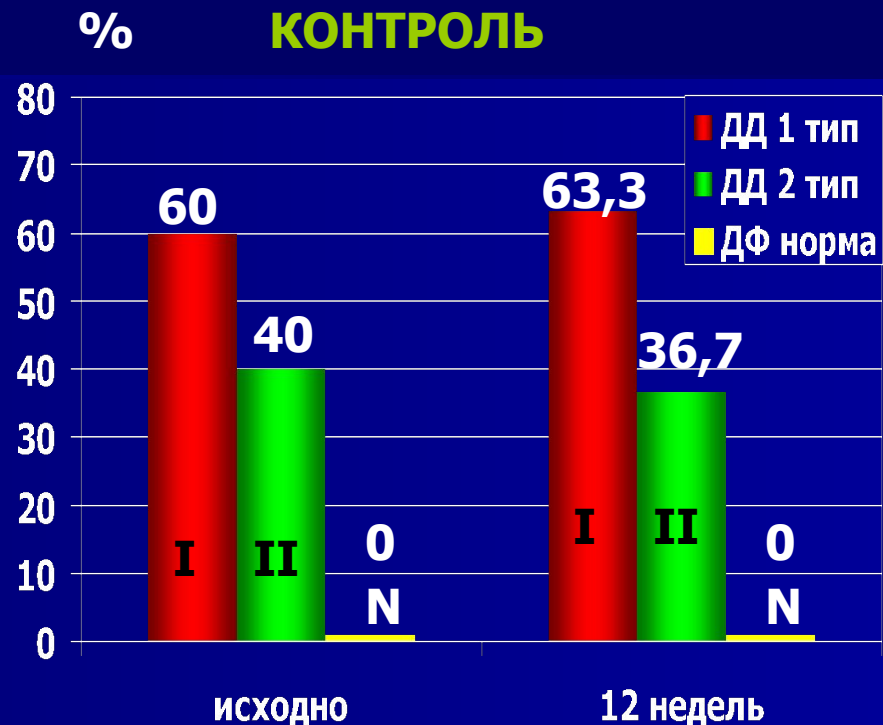
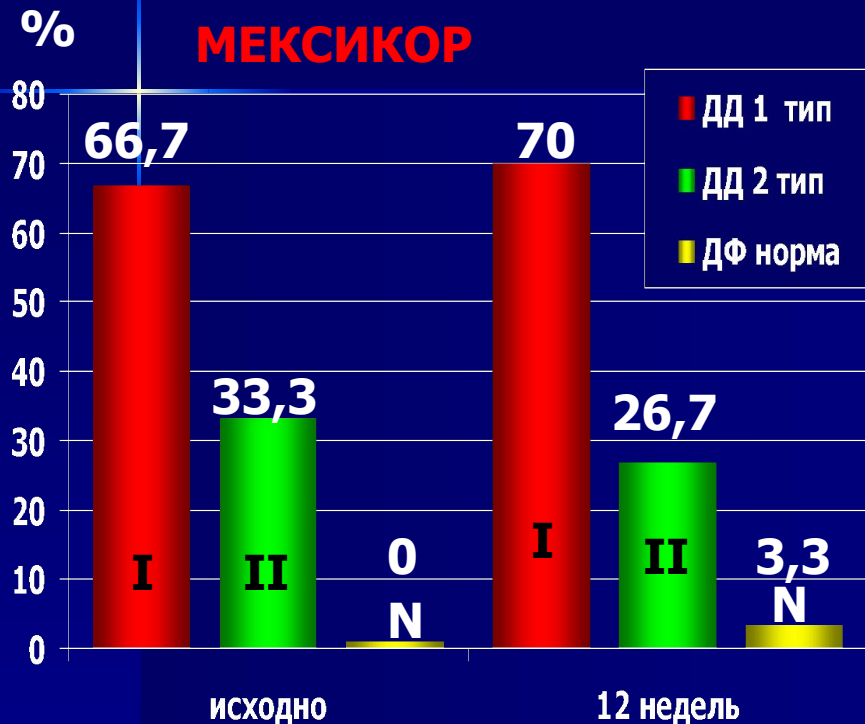
- В обеих группах по завершении исследования отмечалось уменьшение полостных размеров сердца (КДР ЛЖ, КСР ЛЖ), а также улучшение показателей ДТ и IVRT. Однако полученные результаты, как в основной, так и в контрольной группе были недостоверны.

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ НА ФВ ЛЖ



В ОБЕИХ ГРУППАХ ДОСТОВЕРНЫХ ОТЛИЧИЙ НЕ ВЫЯВЛЕНО, НО ЛУЧШАЯ ДИНАМИКА ОТМЕЧАЕТСЯ В ГРУППЕ «МЕКСИКОРА» - ФВ ЛЖ УВЕЛИЧИЛАСЬ НА 5%, А ВО 2-Й ГР. - НА 3,2%

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ НА ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ



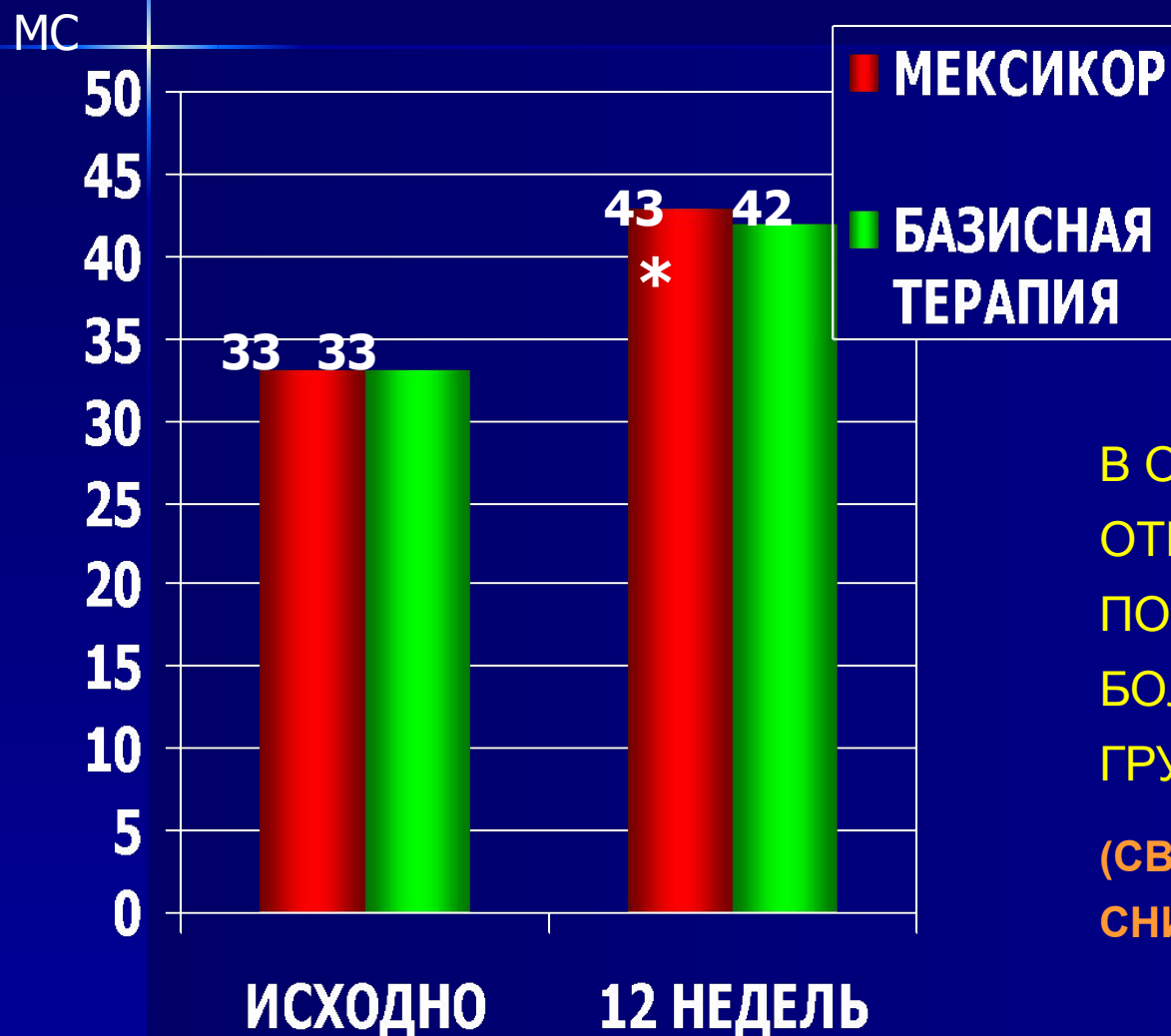
• **В ОБЕИХ ГРУППАХ ДО НАЧАЛА ЛЕЧЕНИЯ НЕ БЫЛО ПАЦИЕНТОВ С СОХРАННОЙ ДФ, - ЧЕРЕЗ 12 НЕДЕЛЬ ТЕРАПИИ В ТОЛЬКО ГРУППЕ «МЕКСИКОР» ПОЯВИЛИСЬ ПАЦИЕНТЫ С НЕНАРУШЕННОЙ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ (3,3% ПАЦИЕНТА).**

• **В ОБЕИХ ГРУППАХ КОЛИЧЕСТВО ПАЦИЕНТОВ С ДД I ТИПА УВЕЛИЧИЛОСЬ НА 3,3%**
 • **В ГРУППЕ «МЕКСИКОР» КОЛИЧЕСТВО ПАЦИЕНТОВ С ДД II ТИПА УМЕНЬШИЛОСЬ НА 6,6% VS 3,3% В ГРУППЕ КОНТРОЛЯ (P>0,05)**

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ
МЕКСИКОРА НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ
СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ
ХСН И МС



ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ НА УРОВЕНЬ SDNN - стандартное отклонение от средней длительности всех R-R интервалов



В ОБЕИХ ГРУППАХ
ОТМЕЧАЛСЯ РОСТ
ПОКАЗАТЕЛЯ SDNN, НО
БОЛЬШЕЙ В ОПЫТНОЙ
ГРУППЕ – НА 30% ($p < 0,05$).

(СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О
СНИЖЕНИИ АКТИВНОСТИ СНС)

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ НА СТРЕСС ИНДЕКС (SI)- ИНДЕКС НАПРЯЖЕНИЯ



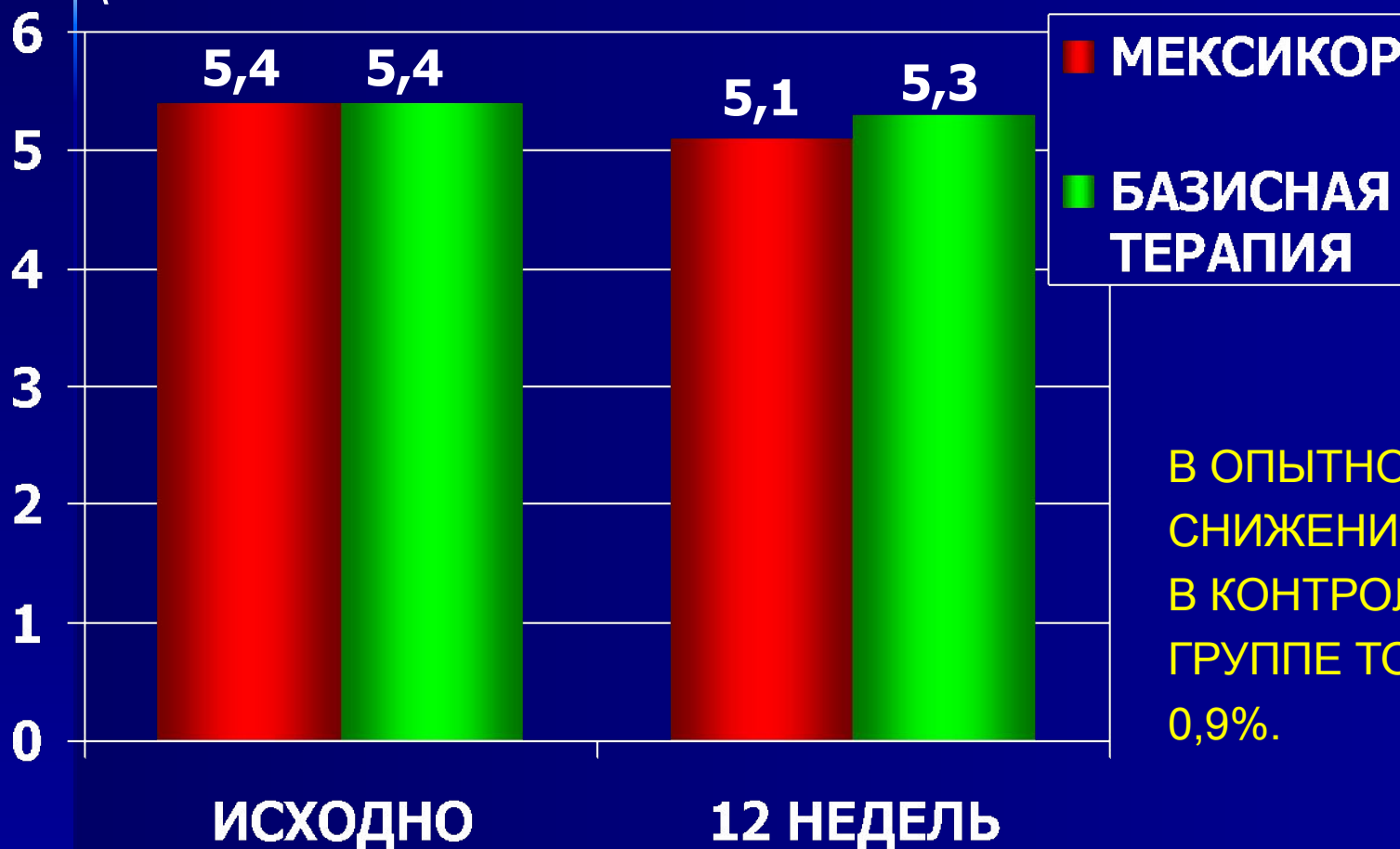
ТОЛЬКО В ГРУППЕ С ВКЛЮЧЕНИЕМ
МЕКСИКОРА ДОСТОВЕРНО
СНИЖАЛСЯ СТРЕСС-ИНДЕКС - НА
5,4% (ГОВОРИТ ОБ УМЕНЬШЕНИИ
АКТИВНОСТИ СИМПАТИЧЕСКОГО
ЗВЕНА ВНС), А КОНТРОЛЬНОЙ
ГРУППЕ SI УМЕНЬШИЛСЯ НА 1,7 %

ВЛИЯНИЕ МЕКСИКОРА НА УГЛЕВОДНЫЙ, ЛИПИДНЫЙ И ПУРИНОВЫЙ ОБМЕН У ПАЦИЕНТОВ ХСН И МС



ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ НА УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ НАТОЩАК

ММОЛЛЬ\Л



В ОПЫТНОЙ ГРУППЕ СНИЖЕНИЕ НА 4%, А В КОНТРОЛЬНОЙ ГРУППЕ ТОЛЬКО НА 0,9%.

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ НА ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ



В ОПЫТНОЙ ГРУППЕ
УРОВЕНЬ ИНСУЛИНО-
РЕЗИСТЕНТНОСТИ
ДОСТОВЕРНО
СНИЗИЛСЯ НА 10,5%, А
В ГРУППЕ КОНТРОЛЯ
ТОЛЬКО НА 1,7%!

Для определения инсулинрезистентности использовался критерий Нома [инсулин натощак (мЕд/мл) x глюкоза натощак (ммоль/л) / 22,5] в норме не превышает 2,77.

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ НА УРОВЕНЬ ТРИГЛИЦЕРИДОВ

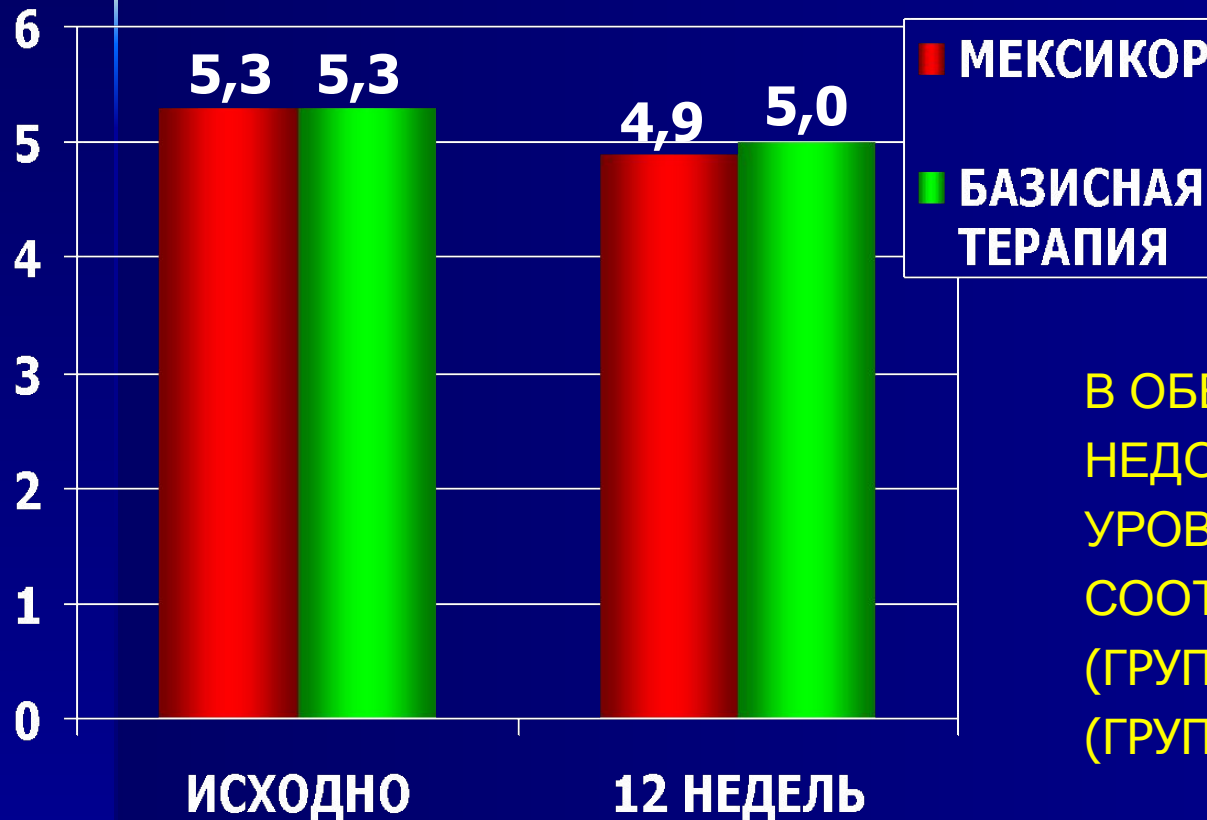
ММОЛЬ/Л



В ГРУППЕ С ВКЛЮЧЕНИЕМ МЕКСИКОРА ОТМЕЧАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ ТГ НА 19%, А В ГРУППЕ КОНТРОЛЯ – НА 5,8%.
Различия между группами достоверны ($p < 0,05$)

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ НА УРОВЕНЬ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА

ммоль\л



В ОБЕИХ ГРУППАХ
НЕДОСТОВЕРНО СНИЗИЛСЯ
УРОВЕНЬ ОХС –
СООТВЕТСТВЕННО НА 6,8%
(ГРУППА МЕКСИКОРА) И 6,0%
(ГРУППА КОНТРОЛЯ).

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ НА УРОВЕНЬ ЛПНП

ммоль/л



ДОСТОВЕРНО СНИЗИЛСЯ
УРОВЕНЬ ЛПНП ТОЛЬКО В
ОПЫТНОЙ ГРУППЕ НА 19% , А В
КОНТРОЛЬНОЙ ЛИШЬ НА 5%.

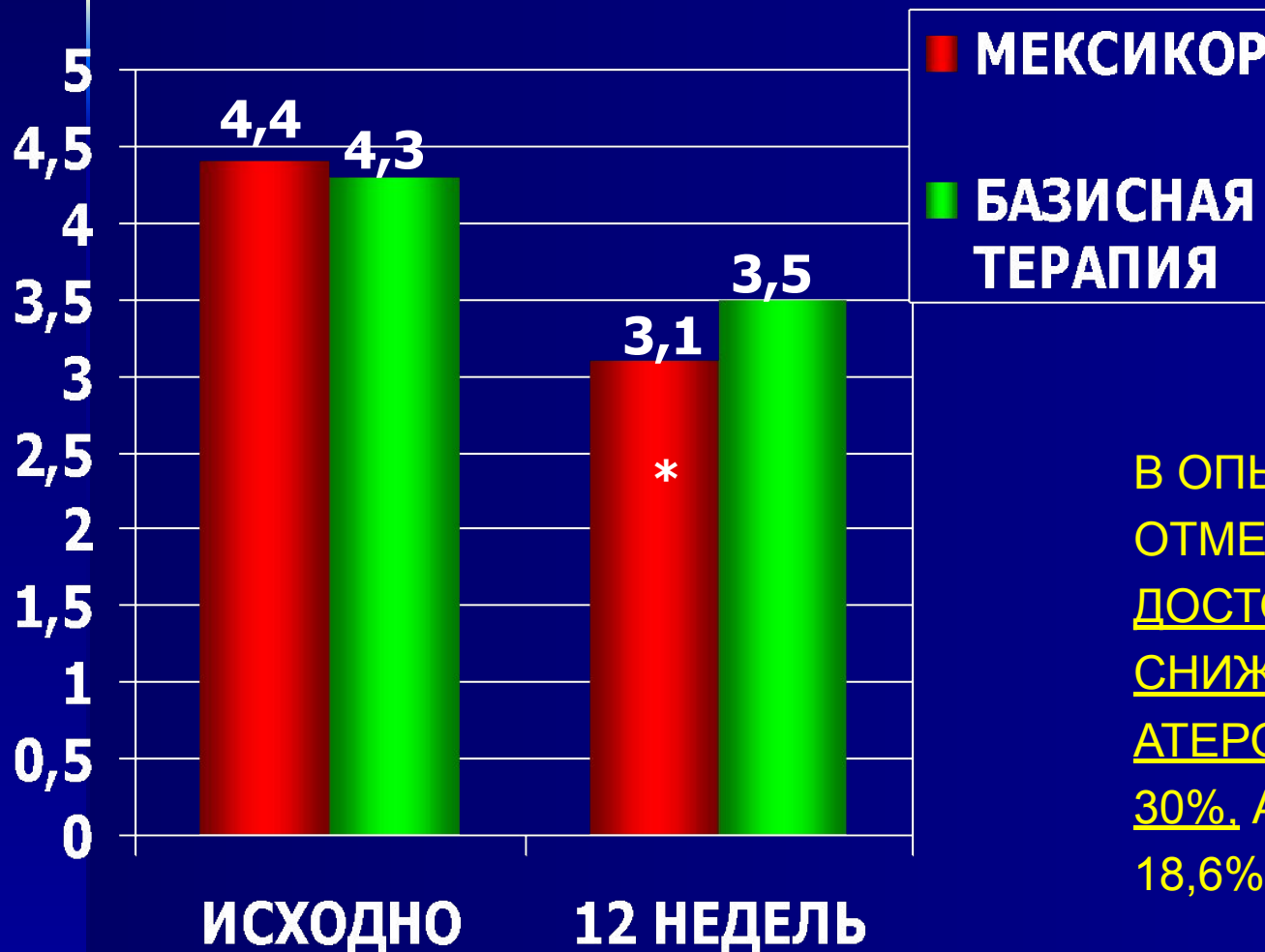
ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ НА УРОВЕНЬ ЛПВП

ММОЛЬ/Л



В ОБЕИХ ГРУППАХ
УВЕЛИЧИЛСЯ УРОВЕНЬ ЛПВП,
НО БОЛЕЕ ЗНАЧИМО В
ОПЫТНОЙ - НА 17% VS 12,5% В
КОНТРОЛЬНОЙ ГРУППЕ.

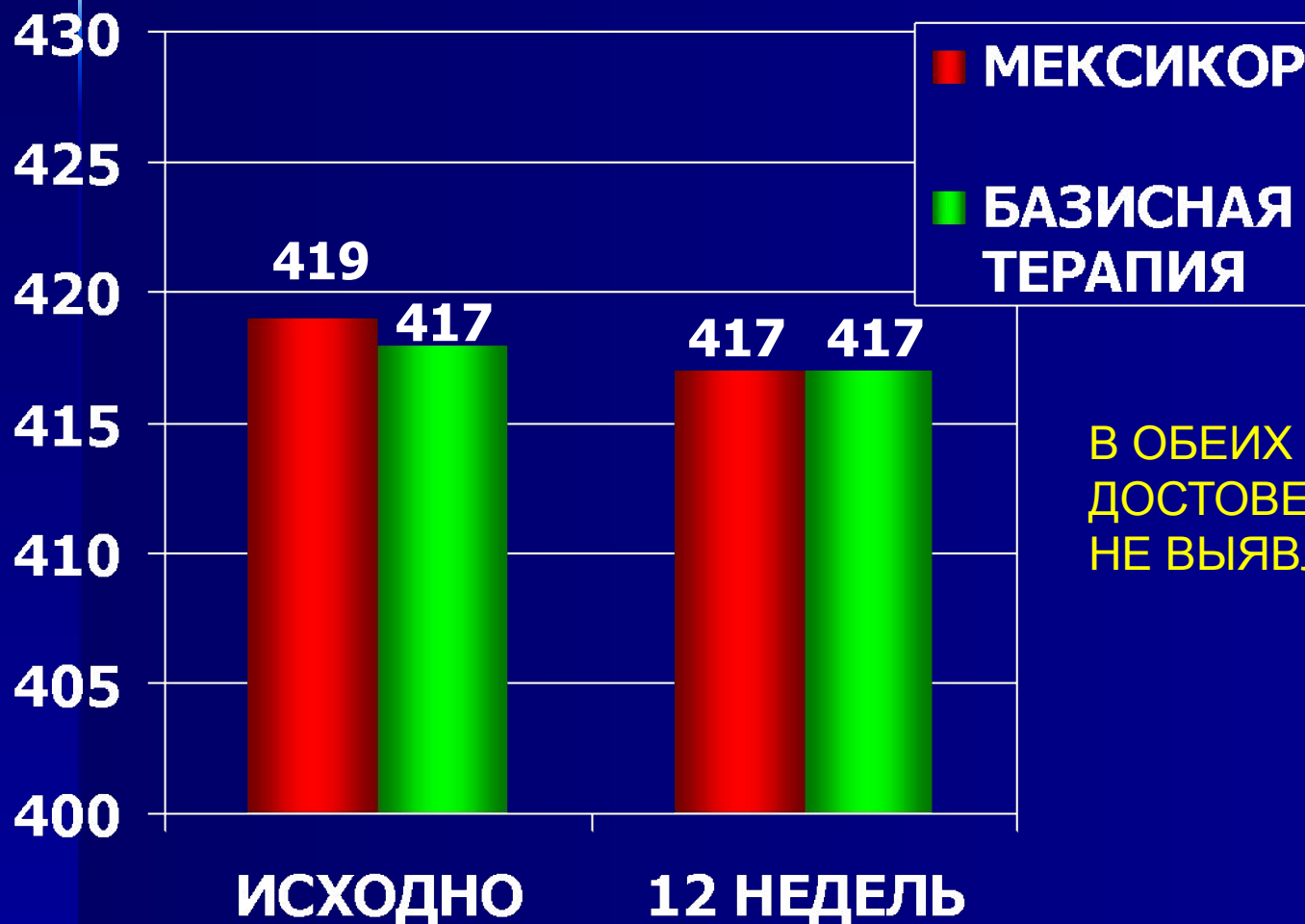
ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ НА ИНДЕКС АТЕРОГЕННОСТИ



В ОПЫТНОЙ ГРУППЕ
ОТМЕЧАЕТСЯ
ДОСТОВЕРНОЕ
СНИЖЕНИЕ ИНДЕКСА
АТЕРОГЕННОСТИ НА
30%, А ВО 2 ГРУППЕ – НА
18,6%.

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ НА УРОВЕНЬ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ

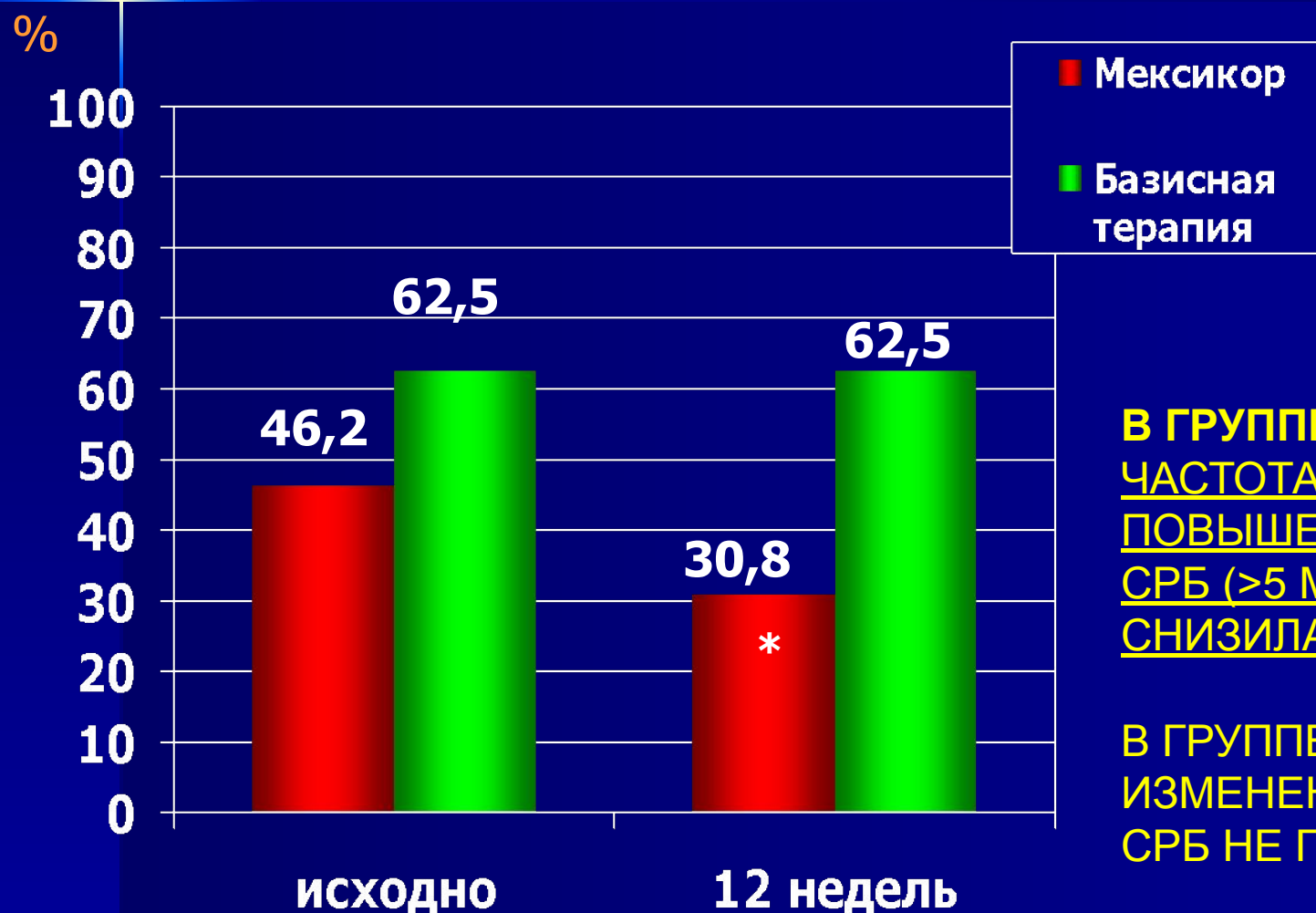
МКМОЛЬ/Л



В ОБЕИХ ГРУППАХ
ДОСТОВЕРНЫХ ОТЛИЧИЙ
НЕ ВЫЯВЛЕНО.

**ВЛИЯНИЕ МЕКСИКОРА НА
СЫВОРОТОЧНЫЕ МАРКЕРЫ
ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ
ХСН И МС**

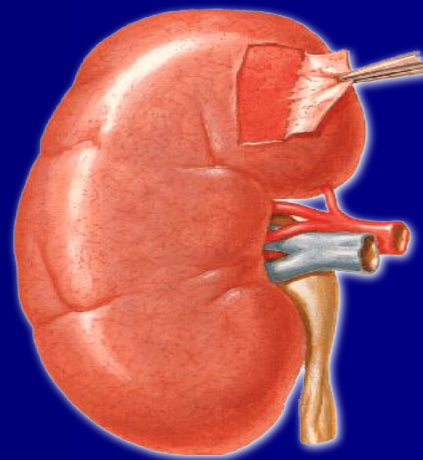
ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ НА УРОВЕНЬ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА



В ГРУППЕ «МЕКСИКОР» ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ПОВЫШЕННОГО УРОВНЯ СРБ (>5 МГ/Л) ЗНАЧИМО СНИЗИЛАСЬ НА 15.4 %

В ГРУППЕ КОНТРОЛЯ ИЗМЕНЕНИЙ УРОВНЯ СРБ НЕ ПРОИЗОШЛО

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ МЕКСИКОРА НА ФУНКЦИЮ ПОЧЕК



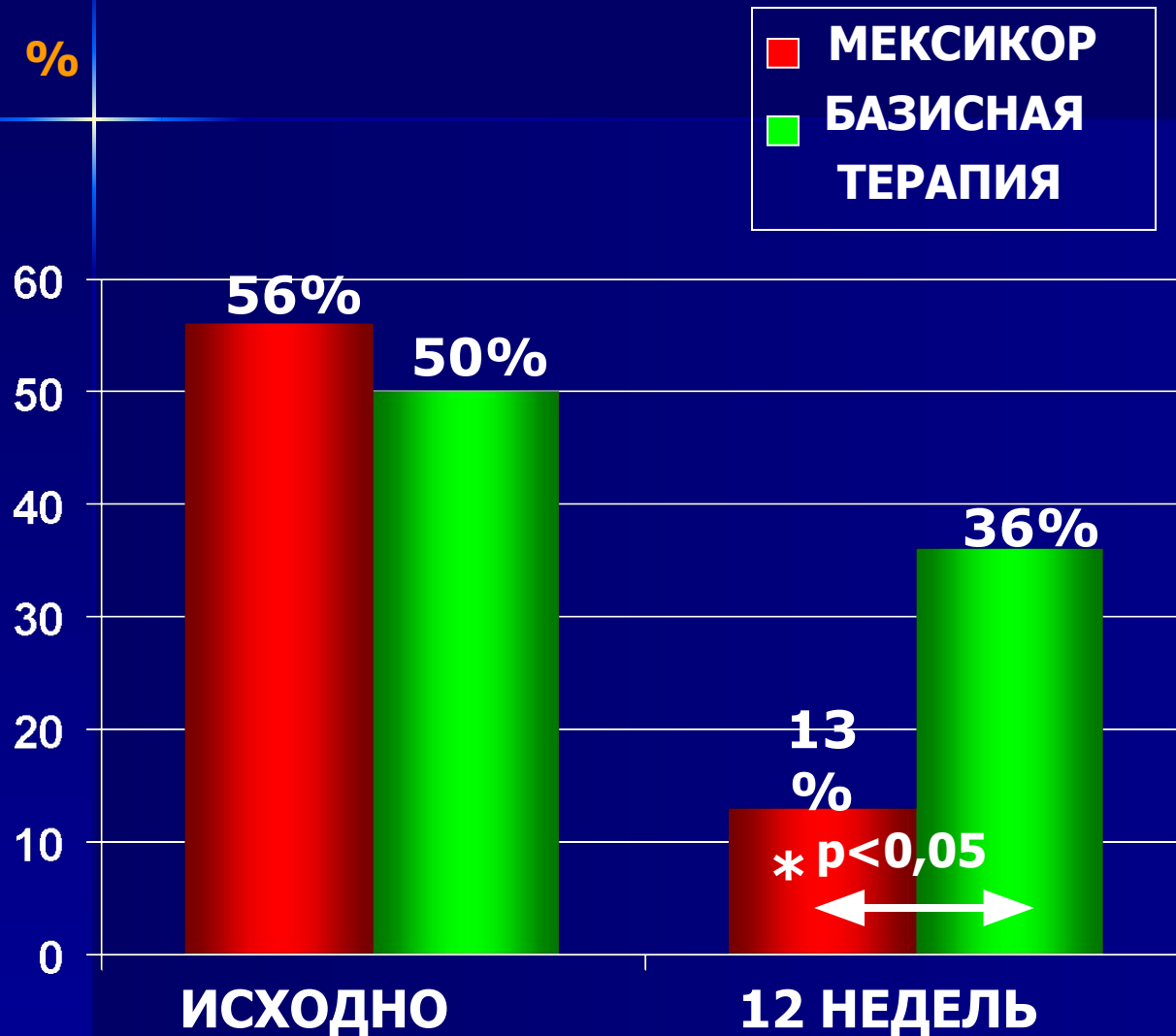
ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ НА СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ

мл/мин/1,73 м²



В ОПЫТНОЙ ГРУППЕ БОЛЕЕ ЗНАЧИТЕЛЬНО УВЕЛИЧИЛАСЬ СКФ- НА 11,7%, А В КОНТРОЛЬНОЙ ТОЛЬКО НА 3,7%.

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ НА СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ



ОТМЕЧАЕТСЯ ДОСТОВЕРНОЕ УМЕНЬШЕНИЕ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ СНИЖЕННОЙ СКФ (< 60 МЛ/МИН) В ГРУППЕ МЕКСИКОРА.

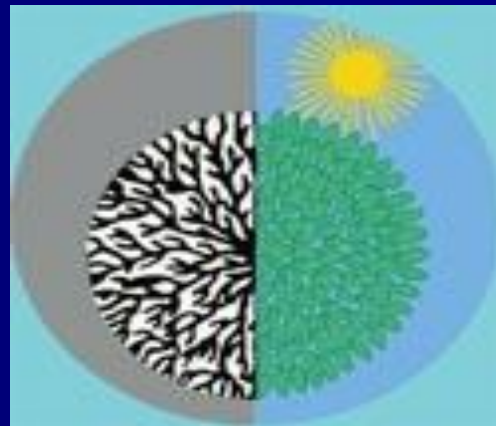
ИЗМЕНЕНИЯ МЕЖДУ ГРУППАМИ ДОСТОВЕРНЫ!

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ НА УРОВЕНЬ МАУ

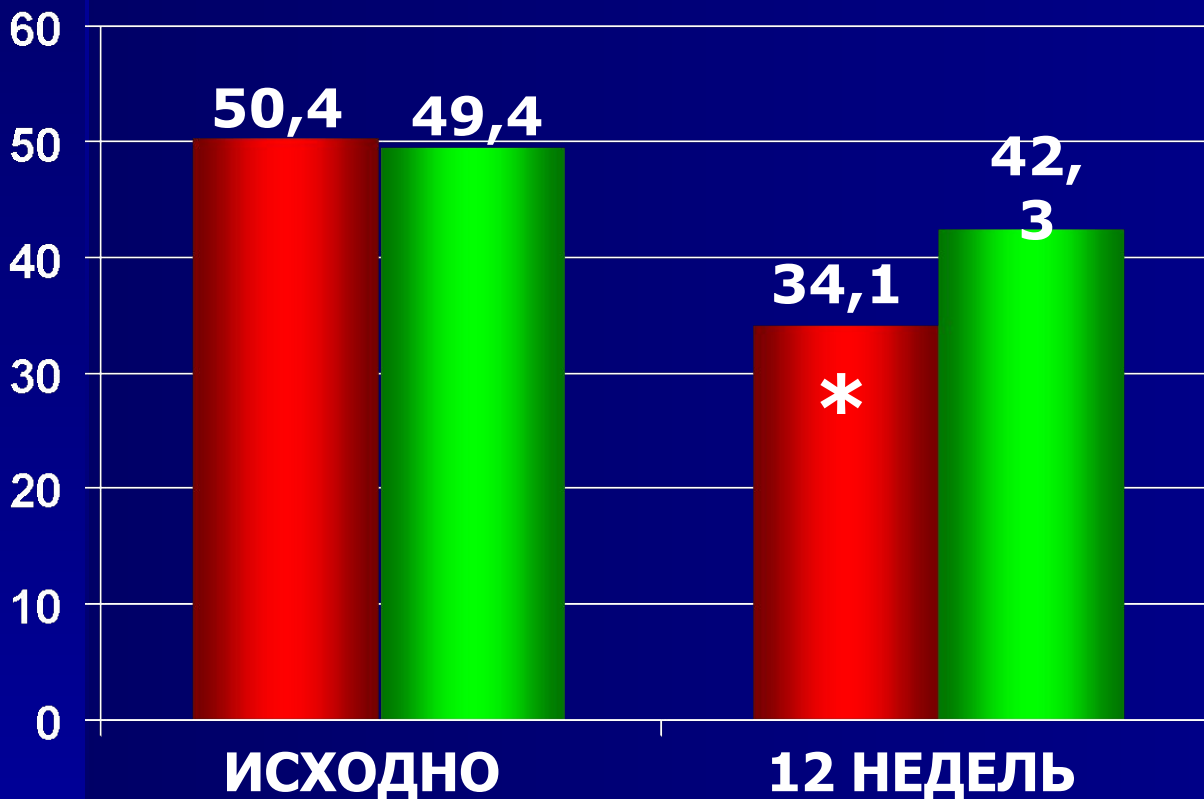


В ОБЕИХ ГРУППАХ
ВЫЯВЛЕНО СНИЖЕНИЕ
УРОВНЯ МАУ, НО БОЛЕЕ
ВЫРАЖЕННОЕ В
ОПЫТНОЙ ГРУППЕ - НА
8% VS 2,3% В КОНТРОЛЕ.

ВЛИЯНИЕ ВКЛЮЧЕНИЯ МЕКСИКОРА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ ХСН И МС

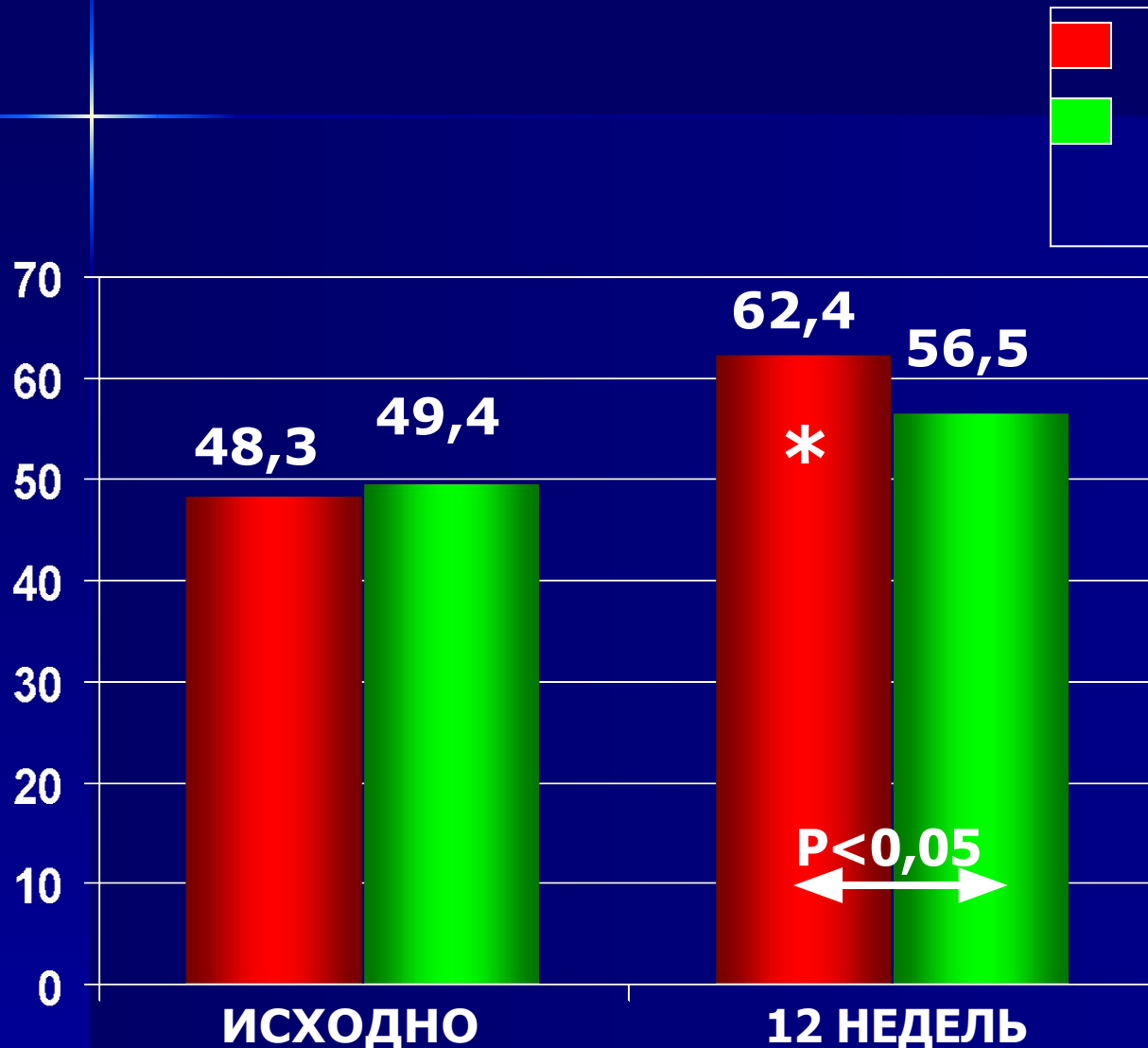


КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПО ДАННЫМ МИНЕССОТСКОГО ОПРОСНИКА (КЖ ПРИ ХСН)



В ОПЫТНОЙ ГРУППЕ
ДОСТОВЕРНО
УМЕНЬШИЛСЯ
СРЕДНИЙ БАЛЛ НА
32,5% VS 14% В
КОНТРОЛЬНОЙ
ГРУППЕ.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПО ДАННЫМ СИЕТЛОВСКОГО ОПРОСНИКА (КЖ ПРИ СТЕНОКАРДИИ)



МЕКСИКОР
БАЗИСНАЯ
ТЕРАПИЯ

В ОПЫТНОЙ ГРУППЕ
ДОСТОВЕРНО
УВЕЛИЧИЛСЯ СРЕДНИЙ
БАЛЛ НА 29,2% VS
14,4% В КОНТРОЛЬНОЙ
ГРУППЕ.
РАЗЛИЧИЕ МЕЖДУ
ГРУППАМИ
СТАТИСТИЧЕСКИ
ЗНАЧИМО!

ВЫВОДЫ ПО ИССЛЕДОВАНИЮ

ВКЛЮЧЕНИЕ В БАЗИСНУЮ ТЕРАПИЮ У БОЛЬНЫХ ХСН И МС МИОКАРДИАЛЬНОГО ЦИТОПРОТЕКТОРА МЕКСИКОРА ПОЗВОЛЯЕТ ДОСТИЧЬ БОЛЬШЕЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ, ЧТО ПРОЯВЛЯЕТСЯ:

1. Улучшением клинического состояния пациентов, уменьшением ФК ХСН, повышением толерантности к физической нагрузке. Приводит к достоверному улучшению качества жизни.
2. Применение мексикора у пациентов с ХСН и МС сопровождается достоверным ростом антиангинального эффекта, увеличением сократимости миокарда и уменьшением выраженности диастолической дисфункции.

ВЫВОДЫ ПО ИССЛЕДОВАНИЮ

3. Применение мексикора в составе комплексной терапии ХСН и МС приводит к достоверному уменьшению индекса напряжения регуляторных систем, что свидетельствует об улучшении автономной регуляции сердечной деятельности.
4. Применение в составе комбинированной терапии мексикора способствует уменьшению количества пациентов со сниженной СКФ, оказывает антипротеинурический эффект.
5. Мексикор в составе комплексной терапии ХСН уменьшает частоту обнаружения повышенного СРБ, оказывает благоприятное влияние на липидный и углеводный обмен, снижает выраженность инсулинорезистентности, что имеет важное значение для больных ХСН с метаболическим синдромом.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ !

