

бар екендігін көрсетеді, теңестірілген көрсеткіштердің өсуінің орташа жылдық қарқынының өсуге деген тенденциясының бар екендігі анықталды. Өңірлердегі трендтердің әр түрлі тенденциялары бар. Кеңістіктік-уақытша баға берілді және картограммаға арналған осы патологияның таралу дәрежелері анықталды: орташа көрсеткіш – 171,8‰ дейін, орташа – 171,8 мен 230,3‰ дейін, жоғарғы – 230,3‰ және одан жоғары. Жоғарғы көрсеткіштер Ақмола облысы мен Астана қаласында анықталған.

Сөйтіп, жүргізілген зерттеу осы патологияның республикадағы нақты көрінісін береді және оның уақыт бойынша өзгеруін сипаттайды, оны денсаулық сақтау менеджерлерінің жұмысында пайдалануға кепілдеме беріледі.

Негізгі сөздер: қан айналым жүйесінің туа біткен аномалийі, таралуы, трендтер, картограмма.

SUMMARY

N.S. IGISINOV^{1, 2, 3}, B.S. DUYSENBAYEVA³,
R.I. RAHIMZHANOVA³, T.B. DAUTOV⁴,
Z.A. BILYALOVA¹, E.S. YELSHIBAYEVA⁴

¹Central Asian Cancer Institute, Astana c.,

²Republican State Enterprise on the Right of Economic Jurisdiction "Research Institute of Traumatology and Orthopedics", Astana c.,

³Astana Medical University JSC, Astana c.,

⁴National Scientific Cardiac-Surgery Center JSC, Astana c., Kazakhstan

REGIONAL FEATURES OF THE PREVALENCE OF CONGENITAL ABNORMALITIES OF THE BLOOD CIRCULATORY SYSTEM IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Introduction. Studying the prevalence of congenital abnormalities of the blood circulatory system is of scientific and practical interest. As the epidemiological data of the prevalence of congenital abnormalities of the blood circulatory system enable the health authorities to take well-directed management decisions.

The aim of the study: the analysis of the prevalence of congenital abnormalities of the blood circulatory system in Kazakhstan at the regional level.

Materials and Methods: The material for investigation was the data on congenital abnormalities (malformations) of the blood circulatory system (Q20-Q28), registered in the medical organizations (annual form 12). The average values (P), the mean error (m), the confidence interval (95% CI) and the average annual rate of growth / decline ($T_{g/d}$, %) [6, 7] were calculated. A method of making cartograms proposed by Professor S.I. Igisnov in 1974 was used.

Results: It was found that in the whole country, in the dynamics, the prevalence tended to increase, so the average annual growth rate of aligned indicators tended to grow. The trends in the regions had different tendency.

The space-time assessment was given and the prevalence rates of this disease were determined for the cartogram: low – up to 171.8‰, average – from 171.8 to 230.3‰, high – from 230.3‰ and over. High rates are determined in Akmol region and Astana.

Thus, this study gives a clear idea of this disease in the country and characterizes it changes over time, which is recommended for use in the work of the health care managers.

Key words: congenital abnormalities of the blood circulatory system, prevalence, trends, cartogram.

УДК 616.12-008.46-085:615.22

Г.А. ДЖУНУСБЕКОВА, А.Х. ИСАБЕКОВА, А.У. КОНЫСБЕКОВА,
Б.С. КУТТЫБАЕВА, Д.М. МЕКЕБЕКОВА

Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней МЗ РК, г. Алматы

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЙБОТЕНА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Данная статья представляет совместную работу сотрудников отдела кардиологии и отдела функциональной диагностики НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК.

Представлен краткий обзор о кардиопротекторах и их роли в терапии сердечно-сосудистых заболеваний.

Дана информация об экзогенном фосфокреатинине Лайботен. Оценены эффективность и безопасность терапии данным препаратом. Представлены данные изменения ряда показателей кардиогемодинамики, качества жизни. Терапия Лайботеном показала положительную динамику структурно-функциональных показателей миокарда левого желудочка. Также нами отмечено преобладающее влияние Лайботена на значимое повышение ключевых показателей качества жизни.

Ключевые слова: ХСН, терапия, препарат Лайботен, кардиопротекторы.

В настоящее время в патогенезе хронической сердечной недостаточности (ХСН) ведущая роль отводится гиперактивации нейрогормональных систем: симпатико-адреналовая система, ренин-ангиотензин-альдостероновая система. Однако современные исследования показали, что при ХСН в условиях хронической тканевой гипоксии помимо нейрогормональных расстройств существуют и другие адаптационно-дезадаптационные процессы, оказывающие существенное влияние на кардиомиоциты и миокард в целом, тем самым способствуя изменениям структуры и функции сердца как насоса и прогрессированию заболевания. В 90-х годах XX столетия возник интерес к пре-

паратам, способным поддерживать энергетику миокарда на уровне, обеспечивающем насосную деятельность сердца [1]. Вопрос о целесообразности и эффективности применения средств метаболической терапии в настоящее время является одним из наиболее дискуссионных как в научной медицинской среде, так и в практическом здравоохранении. С одной стороны, сама концепция метаболической терапии, подразумевающая непосредственное воздействие на обменные процессы на тканевом и клеточном уровнях, по-прежнему является очень интересной и перспективной, а с другой – ряд лекарственных средств, отнесенных к гетерогенной группе метаболических препаратов, к сожалению, не продемонстрировал

ожидаемых результатов ни в условиях клинических испытаний, ни в реальной клинической практике [2]. Оптимальный цитопротектор должен обладать как энергооптимизирующими (кислородсберегающими), так и антиоксидантными свойствами, позволяющими корригировать ключевые патогенетические звенья морфофункциональных нарушений миокарда при ишемии [3]. Известный рывок в лечении органических гипоксических поражений начался после внедрения в клиническую практику препаратов экзогенного фосфокреатина. Фосфокреатин, который содержится в нормальных кардиомиоцитах в высокой концентрации, следует рассматривать как один из естественных факторов стабилизации клеточных мембран. Исчезновение его из кардиомиоцитов при ишемии может являться одной из причин дестабилизации и повреждения их мембран. На основании значительных по объему и разносторонних экспериментальных исследований было показано, что экзогенный фосфокреатин, вводимый в кровь в больших дозах, оказывает существенное влияние на энергетику, структурную целостность мембран ишемических кардиомиоцитов и их сократительную функцию. На фоне действия экзогенного фосфокреатина происходит уменьшение функциональных проявлений ишемии миокарда, аритмогенной активности ишемического очага, избыточной активации ПОЛ [4]. В современных экспериментальных исследованиях прямой кардиопротекторный механизм действия установлен почти у 2000 молекул. В группу кардиометаболических протекторов включают лекарственные вещества, способные, с одной стороны, позитивно влиять на клеточный метаболизм, ионный гомеостаз, структуру и функцию мембран клеток, а с другой – препятствовать развитию их повреждения и реперфузии [5]. Сегодня под метаболической терапией в кардиологии понимают улучшение энергетического метаболизма кардиомиоцита (КМЦ) путем фармакологического управления процессами образования и переноса энергии на уровне самого КМЦ без влияния на перфузию сердечной мышцы и гемодинамические параметры (частота сердечных сокращений (ЧСС), пред- и постнагрузка) [6]. Как известно, необходимым условием нормального функционирования «исполнительных» клеток сердечной мышцы является поддержание должного (то есть соответствующего их потребностям) уровня синтеза, транспорта и утилизации АТФ – универсального носителя энергии в клетке. Исходными веществами, из которых в миокарде путем биохимического превращения с участием кислорода (окисления) образуется АТФ, являются захватываемые КМЦ из кровотока свободные жирные кислоты и глюкоза. Из жирных кислот (ЖК) вырабатывается 60–80% АТФ, из глюкозы – 20–40% (в том числе без участия кислорода, то есть путем анаэробного гликолиза – менее 10%). При этом образование АТФ через окисление глюкозы требует на 10–30% меньше кислорода, чем образование АТФ из ЖК. Поддержание стабильной концентрации АТФ в условиях ее постоянного потребления клеткой обеспечивается ее перманентным рефосфорилированием за счет креатинфосфата. Поэтому поддержание внутри клетки стабильного соотношения креатинфосфат/АТФ отражает адекватность энергетического метаболизма КМЦ [7].

Таблица 1 – Клиническая характеристика групп больных с ХСН II-III ФК в зависимости от назначенной медикаментозной терапии

Критерий	Контрольная группа (базовая терапия, n=20)	Основная группа (базовая терапия + Лайботен, n=20)	p
Возраст (годы)	50,75±3,09	54,95±2,74	0,16
Мужчины (n, %)	14 (70%)	12 (60%)	0,74
Частота ИМ (n, %)	8 (40%)	12 (60%)	0,54
Частота АГ (n, %)	13 (65%)	15 (75%)	0,78
Частота СД (n, %)	4 (20%)	6 (30%)	0,66
ИМТ (кг/м ²)	34,5 ±1,43	32,9±0,8	0,63
ОТ (см)	97,1±6,31	94,1±7,01	0,54
Исход. САД (мм рт.ст.)	142,2±10,83	148,4±11,34	0,17
Исход. ДАД (мм рт.ст.)	93,6±11,1	90,1±10,18	0,46
ЧСС (уд./мин.)	85,1±10,4	83,7±8,7	0,41
Холестерин (ммоль/л)	5,1±1,23	5,2±1,89	0,65
ЛПНП (ммоль/л)	2,49±0,33	2,56±0,35	0,69
ТГ (ммоль/л)	1,09±0,59	1,33±0,68	0,76
Глюкоза (ммоль/л)	5,03±0,56	5,31±0,29	0,53
Креатинин (мкмоль/л)	91,6±13,56	93,3±12,33	0,73

В последние десятилетия научный поиск фармакологов, фармацевтов и клиницистов был направлен на синтез, создание и внедрение в медицинскую практику кардиопротекторов – средств, которые успешно устраняют нарушения клеточного метаболизма, ионного гомеостаза и функций мембран КМЦ, предупреждая развитие необратимых процессов в миокарде. И на сегодняшний день метаболическая терапия полноправно заняла ведущее место в схемах лечения сердечно-сосудистой патологии, войдя в международные рекомендации [6, 8, 9, 10].

Цель настоящего исследования – оценка клинической эффективности Лайботена (производитель «Harbin Laiboten Pharmaceutical Co., LTD») у больных с ХСН. Задачами данного исследования являлись оценка динамики клинических показателей больных ХСН на фоне терапии Лайботеном эхокардиографии (ЭхоКГ), ФК по NYHA, шкалы оценки клинического состояния (ШОКС), Миннесотского опросника качества жизни, 6-минутного теста ходьбы.

Материал и методы

В исследование включено 40 больных (26 мужчин, 14 женщин) с ХСН II-III ФК по NYHA, находящихся на стационарном лечении. Критериями включения являлись: амбулаторные и стационарные пациенты обоего пола в возрасте 45–70 лет; пациенты с хронической сердечной недостаточностью II-III ФК по NYHA и фракцией выброса менее 45%, со стабильной клинической картиной заболевания; отсутствием применения препаратов, влияющих на метаболизм миокарда в течение 3 месяцев до начала терапии. Все больные были рандомизированы методом «случайных конвертов» на 2 группы по 20 пациентов: основную и контрольную. Состав обеих групп был сопоставим по возрасту, полу, ИМТ, ОТ, ЧСС, клиническому АД пациентов, составу липидного спектра, уровням креатинина, базальной глюкозы крови, а также тяжести течения основного заболевания, применяемым дозам базисной терапии, сопутствующей патологией (артериальная гипертония, сахарный диабет) (табл. 1).

Пациенты обеих групп получали базисную терапию, включающую ИАПФ, бета-блокаторы, диуретик, антиагрегант. Кроме того, в основной группе больным дополнительно к базисной терапии назначался Лайботен в дозе 2 г 2 раза в день в течение 14 дней. В контрольной группе

Таблица 2 – Динамика клинических показателей групп больных хронической сердечной недостаточностью на фоне лечения с учетом назначенной медикаментозной терапии

Показатель	Контрольная группа (базовая терапия, n=20)		Основная группа (базовая терапия + Лайботен, n=20)	
	исходно	в динамике	исходно	в динамике
ИМТ (кг/м ²)	27,3±8,49	26,9±7,9	28,1±4,91	27,5±9,51
ОТ (см)	96,1±7,37	92,7±6,88	95,3±6,26	91,9±8,12
Исход. САД	146,2±9,83	127,8±7,65*	141,2±12,34	130,1±7,11*
Исход. ДАД (мм рт.ст.)	92,1±12,0	88,4±7,0	88,2±9,78	85,9±8,12
ЧСС (уд./мин.)	85,1±10,2	64,8±6,72*	81,6±6,7	66,4±7,13*
Глюкоза (ммоль/л)	5,13±0,49	5,17±0,54	5,31±0,89	5,26±0,33
Креатинин (мкмоль/л)	92,6±16,55	87,5±12,44	94,3±14,31	83,2±11,51
ШОКС (баллы)	8,76±3,8	1,68±4,2*#	9,01±3,12	2,8±2,68
Миннесотский опросник КЖ	23,2±9,24	11,6±5,2*#	22,7±9,02	13,7±6,98
6-минутный тест	171,25± 19,61	236,7±16,29	118,75±2,29	202,7±19,1 *
ФК по NYHA	2,9±0,68	2,1±0,45*	2,75±0,44	2,0±0,81*

Примечание: исходные значения показателей сопоставимы по группам; * – различия значимы (p<0,05) в сравнении с исходными параметрами; # – различия значимы (p<0,05) в сравнении с показателями группы А.

Таблица 3 – Динамика показателей качества жизни на фоне различных комбинаций медикаментозных препаратов в подгруппах больных со стрессиндуцированным течением АГ

Показатель (баллы)	Контрольная группа (базовая терапия, n=20)		Основная группа (базовая терапия + Лайботен, n=20)	
	исход	через 3 мес.	исход	через 3 мес.
Физическое функционирование	64,2±15,3	68,2±22,5	65,8±15,3	69,9±19,3
Общее здоровье	38,7±22,3	42,3±23,2	33,5±13,2	41,2±25,4
Жизнеспособность	44,7±15,4	48,7±13,9	42,2±15,7	51,7±14,3*

Примечание: исходные значения показателей сопоставимы по группам; * – различия значимы (p<0,05) в сравнении с исходными параметрами; # – различия значимы (p<0,05) в сравнении с показателями группы А.

пациенты получали базисную терапию без назначения каких-либо метаболических препаратов. Пациентам при поступлении в стационар и через 14 дней после начала лечения в проводили ЭКГ, ЭхоКГ, лабораторные исследования. Эхокардиографическое исследование выполняли на аппарате «Vivid 7» фирмы General Electric (США) по стандартной методике Американской ассоциации эхокардиографии (ASE) [11]. При выписке из стационара, через 14 дней терапии, определяли изменение клинического статуса, толерантность к физической нагрузке по тесту с 6-минутной ходьбой, а также проводили Миннесотский опросник качества жизни. Наибольшее использование для диагностики функционального состояния у больных ХСН получил тест 6-минутной ходьбы. Тест позволяет оценить уровень повседневной активности больных, а его результаты хорошо коррелируют с показателями качества жизни, кроме того, их можно использовать в качестве дополнительных критериев оценки эффективности лечения и реабилитации больных. Дистанции более 550 м за 6 мин преодолевают только здоровые люди (ФК 0 по NYHA), 6-минутная дистанция больных ХСН I ФК составляет от 426 м до 549 м, а ХСН II ФК – 301 м – 425 м. Для пациентов III и IV ФК по NYHA 6-минутная дистанция не превышает, соответственно, 300 м и 150 м [12]. Балльная оценка шкалы клинического состояния больного с ХСН (ШОКС) (модификация Мареева В.Ю., 2000), включающая 10 вопросов по симптомам заболевания, составила 7,31±3,34 балла, что в среднем соответствует третьему ФК ХСН. Согласно нормативам максимально больной с ХСН может набрать 20 баллов (терминальная ХСН); 0 баллов – полное отсутствие признаков ХСН; I ФК ≤ 3 баллов; II ФК 4–6 баллов; III ФК 7–9 баллов; IV ФК > 9 баллов [13]. Применение Миннесотского опросника качества жизни

больных с ХСН, предназначенного для оценки степени ограничения возможности пациента за последний месяц (лучшее качество жизни – 0 баллов; худшее качество жизни – 105 баллов), продемонстрировало ухудшение показателей качества жизни обследованных больных ХСН – 23,2±11,24 балла [14]. Тест 6-минутной ходьбы у пациентов составил 226,46±72,82 метра, что также соответствует в среднем третьему ФК.

Статистическая обработка полученных результатов производилась с использованием компьютерной программы «Statistica 6.0» («Statsoft», США). Рассчитывали среднее значение (M) и стандартное отклонение (SD). Данные представлены в виде M±σ. Достоверными считали различия при p<0,05.

Результаты и обсуждение

За время наблюдения было отмечено значимое улучшение клинического состояния больных в обеих группах, что обусловлено комплексным лечением хронической сердечной недостаточности. В процессе лечения приверженность к лечению составила 100%, что позволило оценить результаты терапии у всех больных. При опросе больных об изменении самочувствия на фоне лечения, большинство пациентов высказали мнение об улучшении состояния, только двое больных (по одному в каждой группе) оценили свое состояние как “без изменений”. Каких-либо побочных эффектов в процессе лечения не наблюдалось. Так динамический анализ клинических показателей групп на фоне назначенной медикаментозной терапии продемонстрировал значимое сопоставимое снижение систолического артериального давления и частоты сердечной сократимости, обусловленное скорее наличием в составе базисной терапии бета-блокаторов и ИАПФ (табл. 2).

Анализ в динамике клинических характеристик больных ХСН по группам в зависимости от получаемой терапии (табл. 2) показал значимое снижение в обеих группах ФК по NYHA, Миннесотского опросника качества жизни и показателя 6-минутного теста ходьбы. Аналогичная динамика отмечена в отношении шкалы ШОКС, отражающей выраженность у больного с ХСН 10 основных симптомов заболевания. Результаты теста с 6-минутной ходьбой продемонстрировали достоверное увеличение толерантности к физической нагрузке на фоне применения Лайботена. Средний показатель проходимой дистанции в ходе 6-минутной ходьбы в контрольной группе составил $236,7 \pm 16,29$ м при исходном значении $171,25 \pm 19,61$ м ($p=0,005$), в основной группе – $202,75 \pm 19,09$ м при исходном показателе – $118,75 \pm 2,29$ м ($p<0,05$).

Анализ показателей качества жизни по опроснику SF-36 у больных ХСН показал тенденцию к улучшению большинства показателей на фоне приема обеих исследуемых схем препаратов, а также значимое повышение ключевых показателей качества жизни (табл. 3).

Сравнительный анализ результатов ЭхоКГ-исследования на фоне терапии показал положительную динамику показателей структурно-функционального состояния миокарда левого желудочка: толщины межжелудочковой перегородки, индекса массы миокарда левого желудочка, соотношению периодов раннего и позднего наполнения ЛЖ (табл. 4).

При оценке результатов переносимости и эффективности терапии по группам выявлены значимое преобладание лиц с высокой переносимостью, меньшая частота пациентов с низкой переносимостью терапии на фоне приема Лайботена, а также преобладание больных ХСН, отметивших хорошую эффективность терапии (табл. 5).

Выводы

У пациентов с ХСН II-III функциональных классов по NYHA на фоне приема Лайботена («Harbin Laiboten Pharmaceutical Co., LTD») отмечаются следующие значимые различия клинических показателей: снижение клинических проявлений ХСН по шкале ШОКС; лучшие показатели качества жизни по Миннесотскому опроснику; достоверное уменьшение темпа дезадаптивного ремоделирования миокарда. Включение в состав базового лечения больных с хронической сердечной недостаточностью прямого кардиопротектора Лайботена обуславливает статистически значимое увеличение толерантности к физическим нагрузкам. Кроме того, на фоне названной терапии выявлена положительная динамика структурно-функциональных показателей миокарда левого желудочка. Также отмечено преобладающее влияние Лайботена на значимое повышение ключевых показателей качества жизни.

Таблица 4 – Сравнительная динамика показателей структурно-функционального состояния миокарда левого желудочка

Показатель	Контрольная группа (базовая терапия, n=20)		Основная группа (базовая терапия + Лайботен, n=20)	
	исход	через 3 мес.	исход	через 3 мес.
ТМЖПд (см)	$1,33 \pm 0,04$	$1,29 \pm 0,05^*$	$1,30 \pm 0,06$	$1,25 \pm 0,03^*$
ТЗСЛЖд (см)	$1,22 \pm 0,051$	$1,13 \pm 0,038$	$1,16 \pm 0,06$	$1,21 \pm 0,04$
КДР (см)	$5,3 \pm 0,65$	$4,95 \pm 0,62$	$5,4 \pm 0,67$	$4,92 \pm 0,28$
КСР (см)	$3,98 \pm 0,84$	$3,06 \pm 0,87$	$3,93 \pm 0,82$	$3,08 \pm 0,17$
КДО (мл)	$128,1 \pm 26,1$	$114,9 \pm 18,01$	$125,23 \pm 21,14$	$109,13 \pm 22,1^*$
КСО (мл)	$41,1 \pm 11,4$	$38,2 \pm 11,9$	$39,8 \pm 11,2$	$38,12 \pm 9,53$
УО (мл)	$84,04 \pm 12,14$	$87,12 \pm 13,23$	$79,12 \pm 13,16$	$89,1 \pm 11,22^*$
МО (л/мин)	$5,7 \pm 0,13$	$5,6 \pm 0,39$	$5,9 \pm 0,3$	$5,8 \pm 0,12$
ФВ (%)	$59,1 \pm 6,11$	$62,4 \pm 5,15$	$60,5 \pm 7,27$	$62,9 \pm 7,12$
ΔS (%)	$33,6 \pm 3,13$	$35,7 \pm 5,33$	$34,1 \pm 4,25$	$35,9 \pm 4,15$
ИММЛЖ (г/м ²)	$126,2 \pm 11,33$	$116,5 \pm 10,03^*$	$124,5 \pm 14,23$	$114,1 \pm 11,16^*$
Е (см/с)	$79,5 \pm 9,84$	$83,6 \pm 13,12$	$74,5 \pm 13,4$	$87,7 \pm 11,41^*$
А (см/с)	$68,8 \pm 10,12$	$62,2 \pm 11,43$	$72,2 \pm 2,35$	$63,12 \pm 1,72$
Е/А	$1,01 \pm 0,27$	$1,13 \pm 0,26$	$1,02 \pm 0,18$	$1,22 \pm 0,11^*$

Примечание: исходные значения показателей сопоставимы по группам; * – различия значимы ($p<0,05$) в сравнении с исходными параметрами; # – различия значимы ($p<0,05$) в сравнении с показателями группы А.

Таблица 5 – Переносимость и безопасность терапии кардиометаболизмом у больных ХСН

Показатели		Контрольная группа (базовая терапия, n=20)	Основная группа (базовая терапия + Лайботен, n=20)
Переносимость терапии	высокая	11 (55%)	18 (90%)*
	удовлетв.	5 (25%)	2 (10%)
	низкая	4 (20%)	0*
Эффективность терапии	хорошая	12 (60%)	17 (85%)*
	удовлетв.	8 (40%)	3 (15%)
	неудовлетв.	-	-

Примечание: * – значимое различие между группами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Шилов А.М., Осия А.О., Еремина И.В., Черепанова Е.В. Возможности применения препаратов с метаболической направленностью (триметазидин) при лечении хронической сердечной недостаточности // Русский медицинский журнал. – 2010. – №25. – С. 14-93
- 2 Житникова Л.М. Метаболическая терапия, или кардиопротекция – как необходимый компонент комбинированной терапии сердечно-сосудистых заболеваний // Русский медицинский журнал. – 2012. – №4
- 3 Ланкин В.З., Тихазе А.К., Беленков Ю.Н. Свободно-радикальные процессы в норме и при патологических состояниях. – М.: РКНПК МЗ РФ, 2001
- 4 Горчакова Н.А., Гудивок Я.С., Гунина Л.М. и др. Фармакология спорта / под. общ. ред. С.А. Олейника, Л.М. Гуниной, Р.Д. Сейфуллы. – К.: Олимп. Л-ра, 2010. – 649 с.
- 5 Туровская Т.В. Современные аспекты применения метаболической терапии у больных с ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией // Артериальная гипертензия. – 2012. – №6 (26)
- 6 Лишневецкая В.Ю. Метаболическая терапия при ИБС – из прошлого в будущее // Consilium medicum, Ukraina. – 2008. – №1

7 Cargnoni A., Pasini E., Ceconi C. et al. Insight into cytoprotection with metabolic agents // Eur. Heart J. – 1999. – Vol. 1. – P. 40–48

8 Амосова Е.Н. Метаболическая терапия поврежденной миокарда, обусловленной ишемией. Новый подход к лечению ишемической болезни сердца и сердечной недостаточности // Укр. кардиол. журнал. – 2000. – № 4. – С.86–92

9 Lee L., Horowitz J., Frenneaux M. Metabolic manipulation in ischaemic heart disease, a novel approach to treatment // Eur. Heart J. – 2004. – Vol. 25. – P. 634–641

10. Садовникова И.И. Кардиопротекторы. Недооцененные возможности // РМЖ. – 2009. – Т.17, № 18. – С. 1132–1135

11 Henry W.L., DeMaria A., Gramiak R. et al. Report of the American Society of Echocardiography Committee on Nomenclature and Standards in Two-dimensional Echocardiography //Circulation. – 1980. – Vol. 62. – P. 212-223

12 Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю. К вопросу о классификации хронической сердечной недостаточности на рубеже веков // Сердечная недостаточность. – 2000. – Том 2. – №3

13. Российские национальные рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (третий пересмотр). www.cardiosite.ru

14. Rector Th., Cohn J. Assessment of patient outcome with the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire: Reliability and validity during a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of pimobendan //Am Heart J. – 1992. – 124 (4). – 1017-1024

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

**Г.А. ЖҮНІСБЕКОВА, А.Х. ИСАБЕКОВА,
А.У. ҚОНЫСБЕКОВА, Б.С. ҚҰТТЫБАЕВА,
Д.М. МЕКЕБЕКОВА**

ҚР ДМ Кардиология және ішкі аурулар

ғылыми-зерттеу институты

**СОЗЫЛМАЛЫ ЖҮРЕК КЕМІСТІГІНЕ ШАЛДЫҚҚАН
НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУДЕ ЛАЙБОТЕНДІ ҚОЛДАНУ**

Зерттеу мақсаты. СЖК науқастарында Лайботеннің клиникалық тиімділігін бағалау (өндіруші «Harbin Laiboten Pharmaceutical Co., LTD)

Материал мен әдістер. Зерттеу NYHA бойынша СЖК II-III ФК стационарлық емдеуде жатқан 40 науқасты (26 ер адамды, 14 әйел адамды) қамтыды. Қамту критерийлері мыналар болды: екі жыныстың да 45-70 жастағы стационарлық және амбулаториялық науқастары; NYHA бойынша I-III ФК созылмалы жүрек кемістігі мен шығару фракциялары 45%-дан кем, тұрақты клиникалық ауру көрінісі бар науқастар; терапияның басталуына дейін 30 ай бойы миокард метаболизміне әсер ететін препараттардың қолданылмауы. Барлық науқастар «кездейсоқ конверттер» әдісімен 20 науқастан 2 топқа рандомизирленді: негізгі және бақылау. Екі топтың құрамы да жасы, жынысы, ДСИ, ОТ, ЖЖЖ, науқастардың АД, липидттік спектр құрамы, креатинин деңгейі, қанның базальды глюкозасы, сондай-ақ ілеспе патологиясымен (артериялық гипертония, қант диабеті), базистік терапия дозаларында қолданылатын негізгі ауруының ауыртпалығы салыстырмалы болды.

Зерттеу нәтижелері. Лайботенді қабылдау жағдайында («Harbin Laiboten Pharmaceutical Co., LTD) функциялық

кластарының NYHA бойынша СЖК II – III шалдыққан науқастарда клиникалық көрсеткіштердің келесідей мәнді айырмашылықтары байқалды: ШОКС шәкілі бойынша СЖК клиникалық көрінулерінің төмендеуі; Миннесотск сауалнамасы бойынша өмір сапасының ең үздік көрсеткіштері; миокардтың дезадаптивті ремодельдеу екінің анық төмендеуі..

Қорытынды. Созылмалы жүрек кемістігіне шалдыққан науқастарды базальдық емдеу құрамына лайботеннің тура кардиопротекторын қосу физикалық жүктемелерге төзімділіктердің статистикалық мәнді ұлғаюын шарттайды. Сонымен қатар, аталған терапия аясында сол қарынша миокардының құрылымдық-функционалды көрсеткіштерінің оң динамикасы анықталды. Сондай-ақ Лайботеннің өмір сапасының негізі көрсеткіштерін айтарлықтай жоғарылатуға басым әсері анықталды.

Негізгі сөздер: СЖК, терапия, Лайботен препараты, кардиопротекторлар.

S U M M A R Y

**G.A. DZHUNUSBEKOVA, A.Kh. ISABEKOVA,
A.U. KONYSBEKOVA, B.S. KUTTYBAYEV,
D.M. MEKEBEKOVA**

*Research Institute of Cardiology and Internal Diseases
of MH of the RoK, Almaty c.*

**LAIBOTEN USE IN THE TREATMENT OF PATIENTS
WITH CHRONIC HEART FAILURE (CHF)**

The purpose of the study. Evaluation of LAIBOTEN clinical efficacy (manufacturer “Harbin Laiboten Pharmaceutical Co., LTD”) in patients with CHF.

Material and methods. The 40 patients (26 men, 14 women) with chronic heart failure of II-III NYHA functional class underwent in-patient treatment were included into the study. The inclusion criteria were: outpatient and hospital patients of both sexes aged 45-70 years; patients with chronic heart failure of II-III NYHA functional class and with ejection fraction less than 45% and a stable clinical picture of the disease; absence of drugs use that affect the metabolism of myocardium for 3 months prior to initiation of therapy. All patients were randomized by the “random envelopes” into 2 groups of 20 patients: the main and control group. The composition of both groups were comparable in age, sex, BMI (body mass index), WC (waist circumference), HR (heart rate), clinical BP (blood pressure) of patients, the composition of lipid profile, creatinine levels, basal blood glucose, as well as the severity of the primary disease, used doses of basic therapy, concomitant diseases (hypertension, diabetes diabetes).

The results of the study. There are noted the following significant differences in clinical indicators of patients with CHF of II – III NYHA functional class while taking LAIBOTEN (“Harbin Laiboten Pharmaceutical Co., LTD”): reduction of clinical manifestations of chronic heart failure on a scale SHOKS; better quality of life for Minnesota questionnaire; a significant decrease of the rate of maladaptive myocardial remodeling.

Conclusion. The inclusion in the structure of basic treatment of patients with chronic heart failure the direct cardioprotector LAIBOTEN causes a statistically significant increase in exercise tolerance. Moreover, a positive dynamics of structural and functional parameters of the left ventricular myocardium were revealed on a background of entitled therapy. Also the predominant influence of LAIBOTEN on the significant increase of the key indicators of quality of life was noted.

Key words: chronic heart failure, therapy, drug LAIBOTEN, cardioprotectors.