

Клинические аспекты применения этилметилгидроксипиридина сукцината у пациентов старческого возраста с патологией сердечно-сосудистой системы

Мартемьянова Е. Г.^{1,2}

¹ООО “Преображенская клиника”. Екатеринбург; ²ООО “МЦ Бивита”. Екатеринбург, Россия

Цель. Оценить эффективность и безопасность оригинального этилметилгидроксипиридина сукцината у пациентов кардиологического профиля в возрасте ≥ 75 лет.

Материал и методы. В наблюдательном исследовании в соответствии с этическими стандартами Хельсинкской декларации на условиях добровольного информированного согласия приняли участие 24 пациента в возрасте 75–88 лет. Критерии отбора: возраст ≥ 75 лет; установленный ранее диагноз ишемической болезни сердца (ИБС) и/или хронической сердечной недостаточности (ХСН); применение оригинального препарата этилметилгидроксипиридина сукцинат (Мексидол). Критериями исключения служили отсутствие информированного согласия, тяжелые конкурирующие заболевания. Средний возраст пациентов на момент включения в исследование составил $80,33 \pm 4,06$ лет; в группе наблюдения были 16 (66,7%) женщин и 8 (33,3%) мужчин. Пациенты последовательно обращались в клинику на амбулаторный прием врача-кардиолога с диагнозами: хроническая ИБС (I25.0–I25.9), ХСН с сохраненной систолической функцией (I50.0–I50.9). Все пациенты были консультированы неврологом, имели установленный диагноз цереброваскулярная болезнь (I 65–67). Для уменьшения симптомов старческой астении из рекомендаций невролога согласно рутинной клинической практики в схему лечения был включен оригинальный этилметилгидроксипиридина сукцинат. Мексидол назначался по схеме, рекомендованной производителем: внутривенные инфузии 500 мг 5 сут., далее перорально по 125 мг 3 раза/сут.; общий курс лечения — 8 нед.

Результаты. Статистически значимые результаты были зафиксированы через 6 мес. от начала исследования. Увеличилась пройденная дистанция в тесте 6-минутной ходьбы у мужчин с $304,00 \pm 87,09$ до $388,63 \pm 92,28$ м ($p=0,01$), у женщин с $346,06 \pm 56,81$ до $427,69 \pm 76,87$ м ($p=0,003$); также уменьшились проявления старческой астении. Не было ни одного пациента с клинически значимым ухудшением; за весь период наблюдения пациенты не вызывали бригады неотложной помощи или участковых врачей и не госпитализировались.

Заключение. У коморбидных пациентов в возрасте ≥ 75 лет на фоне терапии Мексидолом увеличилась дистанция в тесте 6-минутной ходьбы, уменьшились явления астении, что свидетельствует об эффективности препарата. Все пациенты отметили хорошую переносимость терапии, что служит подтверждением безопасности.

Безусловно, требуются масштабные клинические исследования для создания алгоритма ведения геронтологического пациента с хронической ИБС и ХСН в поликлинике.

Ключевые слова: Мексидол, сердечная недостаточность, старческая астения.

Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2018; 17(2): 57–62
<http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2018-2-57-62>

Поступила 27/02-2018

Принята к публикации 20/03-2018

Clinical aspects of ethylmethylhydroxypyridine succinate in elderly patients with cardiovascular pathology

Martemianova E. G.^{1,2}

¹LLC “Preobrazhenskaya Clinic”. Ekaterinburg; ²LLC “IC Bivita”. Ekaterinburg, Russia

Aim. To evaluate efficacy and safety of original ethylmethylhydroxypyridine succinate (Mexidol) in cardiological patients ≥ 75 year old.

Material and methods. In the observational study, according to ethical standards of Khelsinki Declaration, with informed consent, 24 patients participated, age 75–88 y.o. Inclusion criteria: age ≥ 75 y.o.; already diagnosed coronary heart disease (CHD) and/or chronic heart failure (CHF); Mexidol usage. Exclusion criteria: absent informed consent, severe comorbidities. Mean age of the patients at inclusion $80,33 \pm 4,06$ y.o.; 16 (66,7%) females and 8 (33,3%) males. Patients consequently visited office of cardiologist with the diagnoses: chronic CHD (I25.0–I25.9), CHF with preserved systolic function (I50.0–I50.9). All patients were consulted by neurologist, had an established diagnosis of cerebrovascular disease (I65–67). To reduce the symptoms of frailty, among the neurologist recommendations, with accordance to routine

clinical practice, the original Mexidol was included. Mexidol was prescribed by a scheme of manufacturer: intravenous infusions 500 mg x 5 days, then per os 125 mg t.i.d.; overall treatment — 8 weeks.

Results. Statistically significant results were noted in 6 months from the study start. There was significant increase of 6 minute walking distance in men from $304,00 \pm 87,09$ to $388,63 \pm 92,28$ m ($p=0,01$), in women from $346,06 \pm 56,81$ to $427,69 \pm 76,87$ m ($p=0,003$); also there were less signs of frailty. No one patient showed significant worsening of the condition; during the overall follow-up, patients did not call emergency or primary care physicians and did not hospitalize.

Conclusion. In comorbidity patients aged ≥ 75 y.o. at Mexidol treatment, there was increase of 6-minute walking test distance, decrease of asthenia signs, that witness for the medication efficacy. All patients showed good tolerability of the drug that witness for safety.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

Тел.: +7 (912) 284-84-71

e-mail: martgordon@yandex.ru

[Мартемьянова Е. Г. — ¹к.м.н., кардиолог, ²кардиолог, главный врач].

Obviously, there are broad trials needed to sum up a gerontological algorithm of CHD and CHF patient management in outpatient setting.

Key words: Mexidol, heart failure, frailty.

Cardiovascular Therapy and Prevention, 2018; 17(2): 57–62
<http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2018-2-57-62>

АГ — артериальная гипертензия, АД — артериальное давление, ГБ — гипертоническая болезнь, ИБС — ишемическая болезнь сердца, ИМТ — индекс массы тела, МС — метаболический синдром, ОССН — Общество специалистов по сердечной недостаточности, РКО — Российское кардиологическое общество, СА — старческая астения, СД — сахарный диабет, ТШХ — тест 6-минутной ходьбы, ФК — функциональный класс, ФП — фибрилляция предсердий, ХИБС — хроническая ИБС, ХСН — хроническая сердечная недостаточность, NYHA — New York Heart Association — функциональная классификация ХСН Нью-Йоркской ассоциации сердца.

Введение

В амбулаторной практике кардиолога значительную долю пациентов составляют лица пожилого и старческого возрастов. Согласно возрастной классификации Всемирной организации здравоохранения пожилыми считаются люди 60–74 лет, возраст 75–90 лет является старческим, лица ≥ 90 лет относятся к долгожителям [1].

Общеизвестно, что полиморбидность является одной из актуальных проблем при ведении геронтологического пациента. По приблизительным оценкам, при обследовании пациентов пожилого и старческого возрастов одновременно диагностируются 4–6 болезней и патологических процессов. Как правило, такие пациенты принимают массу препаратов по назначению врачей разных специальностей, и кардиологу приходится учитывать особенности взаимодействия лекарств. Зачастую врач вынужден работать с пациентом, имеющим низкую приверженность лечению, что также является характерной проблемой в лечении пациентов пожилого и старческого возрастов. Взаимовлияние патологий различных органов и систем, атипичное течение ряда заболеваний, стертая клиническая картина могут создавать сложности для выбора оптимальных схем терапии. Поэтому соблюдение баланса эффективность–безопасность в терапии пациентов пожилого и старческого возрастов кардиологического профиля является важной задачей для клинициста.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности и безопасности оригинального этилметилгидроксипиридина сукцината (коммерческое название “Мексидол”) в применении у пациентов кардиологического профиля в возрасте ≥ 75 лет.

Материал и методы

В наблюдательном исследовании, выполненном в ООО “Преображенская клиника” г. Екатеринбурга, на условиях добровольного информированного согласия, в соответствии с этическими стандартами Хельсинкской декларации, приняли участие 24 пациента в возрасте 75–88 лет. Критериями отбора являлись следующие позиции: возраст ≥ 75 лет; установленный ранее диагноз ишемической болезни сердца (ИБС) и/или хронической сердечной недостаточности (ХСН); отсутствие острых заболеваний и обострений хронических заболеваний; прием препарата Мексидол по схеме, рекомендованной в инструкции к препарату. Критериями исключения служили

отсутствие информированного согласия, отказ пациента предоставить свои данные для статистической обработки, неконтролируемый сахарный диабет (СД) и тяжелые соматические и психические конкурирующие заболевания.

Средний возраст пациентов на момент включения в исследование составил $80,33 \pm 4,06$ лет, в группе наблюдения были 16 (66,7%) женщин и 8 (33,3%) мужчин; самому молодому участнику выборки было 75 лет, самому старшему — 88 лет. Пациенты последовательно обращались в клинику на амбулаторный прием врача-кардиолога для обследования, коррекции терапии и динамического наблюдения с диагнозами: хроническая ИБС (ХИБС, I25.0–I25.9), ХСН с сохраненной систолической функцией (I50.0–I50.9) без прогрессирования симптомов, фракция сердечного выброса $>50\%$ по Симпсону. Диагностику заболеваний проводили исходя из ретроспективного анализа анамнестических данных, полученных из медицинских карт согласно принятым клиническим рекомендациям по ведению пациентов с ХИБС и ХСН. Все пациенты были консультированы неврологом, имели установленный диагноз цереброваскулярной болезни (I 65–67).

У всех пациентов в медицинской документации присутствовало подписанное согласие на обезличенную обработку персональных данных в соответствии с требованиями Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006г “О персональных данных”; учтены требования Федерального закона № 13-ФЗ “О внесении изменений в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях”, вступившего в силу с 07.02.2017г; Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011г “Об основах охраны здоровья граждан в РФ”.

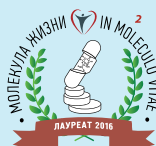
У всех пациентов был проведен унифицированный сбор анамнестических данных, включающий исследование факторов риска и оценку симптомов сердечно-сосудистых заболеваний, эндокринной патологии; также проводился сбор анамнеза по применению лекарственных средств. Кардиолог оценивал общий статус, жалобы пациента, параметры систолического и диастолического артериального давления (АД), пульса, антропометрические данные — рост, вес, индекс массы тела (ИМТ). Всем пациентам был проведен тест 6-минутной ходьбы (ТШХ). Дополнительно собиралась информация по выявлению старческой астении (СА) при расспросе и объективном осмотре:

- выявление синдрома падений, нарушения походки, гипотермии, недержания и неудержания мочи, синдрома мальнутриции, саркопении;
- определение когнитивного дефицита, деменции и депрессии [2, 3].

Лабораторные исследования выполняли согласно стандартным лабораторным методам, и включали общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови с оценкой следующих параметров: общий белок и фракции, общий холестерин, мочевины, креатинин, глюкоза, “печеноч-

МЕКСИДОЛ®

этилметилгидроксипиридина сукцинат

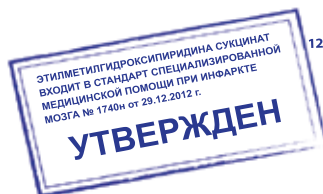


Реклама.



Препарат выбора №1, 2014¹

- ☞ **Референтный (оригинальный) препарат**^{3, 4}
- ☞ **Противоишемическое действие, антигипоксанта́ный и антиоксидантный эффекты**^{5, 6}
- ☞ **Максимальное количество показаний в инструкции по медицинскому применению (для соответствующих лекарственных форм препаратов с группировочным наименованием "этилметилгидроксипиридина сукцинат")**^{7, 9, 10}
- ☞ **Инъекционная и таблетированная лекарственные формы, возможность последовательной терапии**^{8, 9, 10}
- ☞ **Возможность использования максимальной суточной дозировки при парентеральном введении и приеме per os**^{7, 9, 10}



1. Награда Russian Pharma Awards 2014 за достижения в области фармации. 1 место в номинации «Препарат выбора при лечении ишемических расстройств, вызванных спазмом сосудов головного мозга». 2. Премия Молекула жизни® за достижения в области фармации в номинации Препарат года, 2016 г. Учредитель премии: Российское научное медицинское общество терапевтов (РНМОТ). 3. Письмо Минздрава России №20-3/1262 от 19.09.2016 г., Письмо ФГБУ «НЦЭСМП» Минздрава России №13586 от 09.09.2016 г. Данные находятся в досье компании. 4. Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» (ред. от 28.12.2017 г.). 5. Погорелый В.Е., Арлыт А.В., Гаевый М.Д. с соавт. Экспериментальная и клиническая фармакология, 1999, Том 62, №5, стр.15-17. 6. Нечипуренко Н.И., Василевская Н.А. с соавт. Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 2006, Приложение 1. 7. Инструкция по медицинскому применению препаратов с группировочным наименованием: этилметилгидроксипиридина сукцинат. Источники информации: Государственный реестр лекарственных средств, www.grls.rosminzdrav.ru, на 30.05.2017 г. 8. Стаховская Л.В., Шамалов Н.А., Хасанова Д.Р., Мельникова Е.В. с соавт. Журнал неврологии и психиатрии, 2017; 3 (2):55-64. 9. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Мексидол®, раствор для в/в и в/м введения 50 мг/мл Р N002161/01 от 14.03.2008 г., дата переоформления 29.08.2017 г. 10. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Мексидол®, таблетки, покрытые пленочной оболочкой 125 мг ЛСР-002063/07 от 09.08.2007 г., дата переоформления 08.12.2015 г. 11. Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2017 год, распоряжение Правительства РФ от 28.12.2016 г. №2885-р. 12. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29.12.2012 г. №1740н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при инфаркте мозга».

Рег. №: таблетки, покрытые пленочной оболочкой 125 мг - ЛСР-002063/07 от 09.08.2007 г., дата переоформления 08.12.2015 г.

Рег. №: раствор для в/в и в/м введения 50 мг/мл - Р N002161/01 от 14.03.2008 г., дата переоформления 29.08.2017 г.

Информация предназначена для специалистов здравоохранения. Перед назначением ознакомьтесь с инструкцией по медицинскому применению.

ООО «ВекторФарм», 121069, г. Москва, Новинский бульвар, д. 18, стр. 1, помещение VIII, тел: +7 (495) 626-47-50.

ООО «ВЕКТОРФАРМ»
дистрибьютор лекарственных препаратов
ООО «НПК «ФАРМАСОФТ»



ные ферменты”, щелочная фосфатаза, билирубин общий и фракции, амилаза, тиреотропный гормон, уровень витамина Д — 25(OH)D. Всем пациентам проводили электрокардиографию с регистрацией 12 отведений в покое на аппарате Shiller Cardiovit AT — 101, ультразвуковое исследование сердца на аппарате Sonoline — G60S (“Siemens”), суточное мониторирование электрокардиограммы на системе “Кардиотехника” (Инкарт, г. Санкт-Петербург).

Ведение пациентов осуществлялось согласно клиническим рекомендациям: Методические рекомендации для врачей амбулаторной практики по лечению пациентов со стабильной ИБС, 2015г; Клинические рекомендации Российского кардиологического общества (РКО) и Общества специалистов по сердечной недостаточности (ОССН) “Хроническая сердечная недостаточность”, утвержденные на конгрессе ОССН “Сердечная недостаточность 2016” [4, 5].

Вопросы по питанию, отказу от курения и регулярной физической активности обсуждались согласно Национальным рекомендациям по кардиоваскулярной профилактике, РКО, 2011г [6]. При наличии избыточной массы тела и/или ожирения пациентам назначалась диетотерапия и регулярные физические нагрузки. При дефиците массы тела и выявлении саркопении пациентам рекомендовали лечебное питание, увеличение энергетической ценности блюд, посильные силовые упражнения. Всем пациентам предлагали увеличить двигательный режим (пешая ходьба, “скандинавская ходьба” или эквивалентная неинтенсивная физическая нагрузка по 30 мин в сут. 5-7 сут. в нед.) согласно Национальным рекомендациям по кардиоваскулярной профилактике, РКО, 2011г [6]. При наличии показаний в соответствии с принятыми стандартами назначалась гиполлипидемическая терапия: розувастатин или аторвастатин согласно рекомендациям “Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации. VI пересмотр, 2017г” [7]. Всем курящим пациентам был рекомендован отказ от курения. Все пациенты из группы наблюдения отрицали регулярное употребление алкоголя в период проведения исследования.

Каждому пациенту была предложена индивидуальная схема восполнения дефицита витамина Д для лечения и профилактики остеопороза. При определении остеопороза пациенты получали антирезорбтивные препараты (золедроновая кислота) и препараты кальция согласно Федеральным клиническим рекомендациям по диагностике и лечению остеопороза [8].

Пациентам с артериальной гипертензией (АГ) рекомендовали ограничение употребления поваренной соли до 5 г/сут. Участники исследования получали антигипертензивную терапию и лечение по поводу ХСН в виде монотерапии или комбинированной терапии с использованием препаратов следующих групп: ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (периндоприл), сартаны (валсартан, лозартан), диуретики (гидрохлортиазид, торасемид), антагонисты альдостерона (спиронолактон), β-адреноблокаторы (бисопролол, карведилол, метопролола сукцинат), антагонисты кальция (амлодипин). Препараты назначали с учетом Национальных рекомендаций по диагностике и лечению АГ, 2010г; Клинических рекомендаций РКО и ОССН “Хроническая сердечная недостаточность”, 2016г [5]. При диагностике нарушений углеводного обмена пациентам с избыточной массой тела и ожирением было рекомендовано соблюдение определенных диетических принципов питания.

При наличии СД 2 типа пациенты принимали по назначению эндокринолога метформин в дозе от 500 до 1000 мг/сут. в комбинации с видаглиптином или ситаглиптином. Пациенты с фибрилляцией предсердий (ФП) находились на терапии дигоксином, амиодароном; в качестве профилактики тромбоэмболических осложнений все пациенты принимали пероральные антикоагулянты (ривароксабан) согласно Национальным рекомендациям по диагностике и лечению ФП, 2012г. По поводу ХИБС пациентам назначали стандартную терапию; из 24 больных ни один не принимал нитраты в постоянном режиме. По поводу нарушений ритма — суправентрикулярная, желудочковая экстрасистолия, назначалась стандартная терапия с использованием антиаритмических препаратов.

Все пациенты до включения в исследование находились на “базисной” терапии, но при этом имели ряд жалоб, характерных для СА, как например, низкая оценка своих сил и показателей своего здоровья, недооценка собственных возможностей (показательным в этом плане стал ТШХ). Для уменьшения симптомов СА из рекомендаций невролога согласно рутинной клинической практике в схему лечения был включен препарат из фармакотерапевтической группы антиоксидантных средств, оригинальный этилметилгидроксипиридина сукцинат. В качестве средств, уменьшающих проявления астении, антиоксиданты используются в практике врача-невролога достаточно давно. Механизм действия Мексидола обусловлен его антиоксидантным, антигипоксическим и мембранопротекторным действием. Точка приложения антигипоксикантов в кардиологии — попытка предотвращения метаболических последствий ишемии.

Препарат под названием Мексидол назначали всем пациентам со СА по схеме, рекомендованной производителем: первоначально внутривенно капельно 500 мг в разведении 0,9% раствором натрия хлорида 200 мл курсом на 5 инфузий, далее прием препарата пациенты продолжали *per os* по 125 мг 3 раза в сут., общий курс лечения составлял 8 нед.

Коррекцию лечения врач проводил при необходимости во время визита пациента. Интересно, что дозы антигипертензивных препаратов существенно не отличались от исходных в течение периода наблюдения, поскольку все пациенты находились на изначально подобранной “базисной” терапии.

Средняя частота визитов к врачу составила 1 раз в 2-3 мес. Помимо очных визитов, пациенты могли связаться с врачом-кардиологом по телефону или через Интернет. Эффективность терапии врач и пациент оценивали через 4, 12 и 24 нед.

При статистической обработке использовали пакет “Statistica for Windows 6.0”. При нормальном распределении результаты приведены в виде средних и стандартных отклонений.

Результаты

В исследовании приняли участие 24 пациента, средний возраст 80,33±4,06 лет. Антропометрические параметры представлены в таблице 1. Среди пациентов, включенных в группу наблюдения, метаболический синдром (МС) имели 10 (41,6%) человек, причем в группе женщин МС был диагностирован у 33,3%, в группе мужчин — всего у 2 чело-

Таблица 1

Антропометрические характеристики пациентов на момент включения в исследование

Пол (n=24)	Возраст	Рост	Вес	ИМТ	Число лиц с МС
Женщины (16)	80,88±4,18	158,0±3,85	61,9±12,01	24,69±4,05	8 (33,3%)
Мужчины (8)	80,00±3,42	161,0±4,00	63,46±13,7	24,48±5,26	2 (8,3%)

Таблица 2

Распределение пациентов по нозологиям

Пол (n=24)	ПИКС	СД 2 типа	ИБС+ХСН	ИБС+ФП	ИБС+ХСН+ФП	ФП (постоянная/ пароксизмальная)	Экстрасистолия
Женщины (n=16)	3	5	16	5	5	4/1	14
Мужчины (n=8)	2	0	8	2	2	1/1	4

Примечание: ПИКС — постинфарктный кардиосклероз.

Таблица 3

Результаты ТШХ и оценка астении врачом и пациентом в начале исследования и через 6 мес.

Показатели	Участники (n=8/16)	Исходно	Через 24 нед.	p
Дистанция, м	Муж	304,00±87,09	388,63±92,28	0,01
	Жен	346,06±56,81	427,69±76,87	0,003
Оценка астении (баллы)	Муж	2,25±1,28	1,38±1,06	0,007
	Жен	1,56±0,53	1,06±0,77	0,095
ФК ХСН	Муж	2,25±1,28	1,75±0,89	0,007
	Жен	2,25±0,45	1,44±0,63	0,001

Примечание: в крайней правой колонке отображены результаты двухвыборочного t-теста с различными дисперсиями; n — количество пациентов, p — оценка различий по сравнению с исходными данными.

век (8,3% от общей численности группы). Средние значения ИМТ в группах мужчин и женщин практически не различались.

Распределение пациентов по нозологическим группам представлено в таблице 2. На момент включения в исследование все пациенты имели установленный ранее диагноз ХИБС, ХСН I-II функциональных классов (ФК) по NYHA, гипертоническая болезнь 3 ст. Пять пациентов имели в анамнезе постинфарктный кардиосклероз — 20,83%, 5 больных наблюдались эндокринологом по поводу СД 2 типа; у 5 пациентов из 24 имелась постоянная форма ФП; у 2 — пароксизмальная форма ФП без пароксизмов на момент исследования. Сочетание ИБС и ФП имели 7 (29,17%) человек (5 женщин и 2 мужчины). У 18 больных на момент начала исследования была зарегистрирована экстрасистолическая аритмия (суправентрикулярная и желудочковая) по результатам суточного мониторирования электрокардиограммы.

Явления СА различной степени выраженности наблюдались у всех пациентов, включенных в исследование. Ввиду отсутствия динамометрии индекс астении не вычислялся, между тем ТШХ по оценке врача и пациентов оказался наиболее наглядным методом оценки не только ФК ХСН, но и выраженности СА. В этой работе использован опрос, где результат оценивали в баллах сам пациент: 0 — нет слабости, хороший физический тонус; 1 — присутствует незначительная слабость, несколько снижен

физический тонус; 2 — слабость выражена умеренно, физический тонус снижен; 4 — слабость значительная, значительно снижен тонус. Результаты оценки состояния пациентов в начале исследования и через 6 мес. представлены в таблице 3. В крайней правой колонке отображены результаты двухвыборочного t-теста с различными дисперсиями; n — количество пациентов, p — оценка различий по сравнению с исходными данными.

Обсуждение

При анализе результатов, полученных в ходе выполнения работы, статистически значимые были зафиксированы через 6 мес. от начала исследования. Особенный интерес для исследователя представили показатели ТШХ, традиционно используемые в кардиологии для оценки ФК ХСН. В ходе наблюдения удалось установить увеличение пройденной дистанции у мужчин от 304,00±87,09 до 388,63±92,28 м (p=0,01), у женщин от исходных показателей 346,06±56,81 до 427,69±76,87 м (p=0,003). Увеличение этого параметра сказалось на изменении ФК ХСН у ряда пациентов, что может свидетельствовать о стабилизации процессов течения ХСН.

Немаловажно, что все пациенты отметили улучшение общего тонуса, настроения, уменьшение слабости. Клинически значимое улучшение было достигнуто по контролю АД. Кроме того, важен факт отсутствия госпитализаций по причине прогрессиру-

вания ХИБС и/или ХСН. Не было ни одного пациента с клинически значимым ухудшением; за весь период наблюдения пациенты не вызвали бригады неотложной помощи или участковых врачей. Возможно, такой факт имеет объяснение в том, что исходно пациенты, отобранные в группу наблюдения, были соматически и психически сохранны, без тяжелых сопутствующих заболеваний в фазе декомпенсации. Все пациенты принимали качественные оригинальные препараты и имели хорошую приверженность лечению и выполнению немедикаментозных рекомендаций врача. Все пациенты были из социально благополучных семей и имели поддержку близких родственников (и/или супругов). Отдельно следует заметить, что усиленная регулярная физическая нагрузка, восполнение энергетического дефицита в случае мальдигестии и борьба с саркопенией — потерей мышечной массы — значительно улучшают активность у пациентов этой возрастной группы, что незамедлительно сказывается на повышении общего тонуса.

Малочисленность наблюдаемой группы пациентов и критерии отбора не позволяют позиционировать результаты, полученные в этой работе, на всю когорту пациентов старческого возраста с ХИБС и ХСН, но актуальность подобных исследований очевидна. Вероятно, интерес будет представлять изучение уровня натрийуретического пептида и его фракции для оценки наличия прогрессирования ХСН. Автор считает перспективным применение ТШХ как одного из методов оценки СА у соматически сохранных пациентов в возрасте ≥ 75 лет.

Литература

1. Health services must stop leaving older people behind, news release: WHO (World Health Organisation), 2017. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/health-older-people/en/> (29.09.2017).
2. Ilnitsky AN, Proshchaiev KI. Specialized geriatric examination. V.F. Kuprevich Gerontological journal. 2012; 4-5: 66-84. (In Russ.) Ильницкий А. Н., Прошаев К. И. Специализированный гериатрический осмотр. Геронтологический журнал им. В. Ф. Купревича 2012; 4-5: 66-84.
3. Ilnitsky AN, Proshchaiev KI. Senile asthenia (Frailty) as the concept of modern gerontology. Gerontology 2013; 1, 1: 5-16. (In Russ.) Ильницкий А. Н., Прошаев К. И. Старческая астения (Frailty) как концепция современной геронтологии. Геронтология 2013; 1, 1: 5-16.
4. Stable ischemic heart disease. Guidelines for physicians-patient practice. M.: LLC "Medikom", 2015. 28 p. (In Russ.) Стабильная ишемическая болезнь сердца. Методические рекомендации для врачей амбулаторной практики. М.: ООО "Медиком", 2015. 28 с. ISBN 978-5-91264-068-1.
5. Clinical recommendations. Chronic heart failure (CHF). ICD CODE-150.0/150.1/150.9 OH. Moscow. Publication Of the Russian society of cardiology 2016; 5-92. (In Russ.) Клинические рекомендации. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН). КОД МКБ — 150.0/150.1/150.9. Москва.

Заключение

В исследовании приняли участие 24 пациента в возрасте ≥ 75 лет с диагнозом ХИБС и ХСН с сохраненной систолической функцией левого желудочка. С учетом коморбидности и наличия прогностически неблагоприятных заболеваний, на фоне "базисной терапии" ХИБС и ХСН удалось продемонстрировать улучшение субъективных и объективных параметров оценки статуса пациентов вследствие добавления к терапии оригинального этилметилгидроксипиридина сукцината, что свидетельствует об эффективности препарата.

Все пациенты отметили хорошую переносимость терапии Мексидолом; при парентеральном и пероральном введении препарата не было выявлено лекарственных взаимодействий, побочных эффектов и осложнений лечения. Этот факт расценивается как подтверждение безопасности применения адекватных доз Мексидола у пациентов старческого возраста с ХИБС и ХСН стабильного течения.

Безусловно, требуются масштабные клинические исследования для создания алгоритма ведения геронтологического пациента с ХИБС и ХСН в условиях поликлинического учреждения. Поиск новых решений по лечению пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, улучшению качества жизни и увеличению ее продолжительности, равно как и выявление геропротективных свойств известных уже препаратов и открытие новых средств для поддержания жизни является трендом современной медицины.

- Издание Российского кардиологического общества 2016: 5-92. <http://ossn.ru/upload...003/РекомендацииОССН...30012017.pdf> (29.09.2017).
6. Cardiovascular prevention. The national guidelines. All-Russian scientific society of cardiologists. Cardiovascular Therapy and Prevention 2011; 10 (6): 6-64. Suppl. 2 (In Russ.) Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации. Всероссийское научное общество кардиологов. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2011; 10 (6): 6-64. Приложение 2. ISSN 1728-8800.
7. Diagnosis and correction of lipid metabolism disorders in order to prevent and treat atherosclerosis. Russian guidelines. VI revision, 2017. National society of atherosclerosis. Atherosclerosis and dyslipidemia 2017; 3: 5-22. (In Russ.) Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации. VI пересмотр, 2017: Национальное общество по изучению атеросклероза. Атеросклероз и дислипидемии 2017; 3: 5-22.
8. Federal clinical guidelines for the diagnosis and treatment of osteoporosis. Research Institute of rheumatology. V.A. Nasonova. Moscow, 2014. <http://www.rheumatolog.ru/experts/klinicheskie-rekomendacii/>. (29.09.2017). (In Russ.) Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению остеопороза. Научно-исследовательский институт ревматологии им. В. А. Насоновой. Москва, 2014. <http://www.rheumatolog.ru/experts/klinicheskie-rekomendacii/>. (29.09.2017).