



Газета «Новости медицины и фармации» 13-14 (376-377) 2011

Оценка эффективности Тиотриазолина по данным тредмил-теста в комплексном лечении больных со стабильными формами ишемической болезни сердца

Авторы: Г.В. Дзяк, Л.И. Васильева, Л.В. Сапожниченко, С.В. Литвекова, С.А. Пивоварова Днепропетровская государственная медицинская академия

Резюме

Ведущей патологией в структуре заболеваемости и смертности пациентов в большинстве стран мира по-прежнему является ишемическая болезнь сердца (ИБС). В Украине за период 1985–2003 гг. заболеваемость ИБС увеличилась на 108 % — более чем в 2 раза, а смертность от сердечно-сосудистых заболеваний стабильно держится на уровне 60 % общей смертности и имеет тенденцию к нарастанию: 1,5–2 % ежегодно.

ИБС — патология сердца, в основе которой лежит поражение миокарда, обусловленное его недостаточным кровоснабжением из-за атеросклеротического поражения коронарных артерий и возникающим на этом фоне тромбозом и/или спазмом. По статистическим данным, около одной трети населения умирает от атеросклеротического заболевания коронарных артерий. За последние несколько десятилетий прогресс профилактики и лечения этих заболеваний привел к значительному улучшению прогноза для больных. Тем не менее риск развития сердечно-сосудистых осложнений остается высоким и, несмотря на применение аспирина, статинов и β -блокаторов, не удается контролировать процесс прогрессирования заболевания у всех больных ИБС. Достижением настоящего времени явилось внедрение в стандарт лечения больных со стабильными формами ИБС миокардиальных цитопротекторов, способных улучшить прогноз и повысить качество жизни этих больных. Одним из наиболее изученных кардиопротекторов сегодня является триметазидин, который рассматривается в качестве эталонного препарата, внесенного с 2006 года Европейским обществом кардиологов в рекомендации по лечению стабильной стенокардии. С 2008 года это положение также было закреплено в стандартах диагностики и лечения стабильных форм ИБС, принятых в Украине.

К кардиопротекторам принадлежит оригинальный препарат Тиотриазолин (Корпорация «Артериум»), история клинического использования которого насчитывает 16 лет. Эффективность Тиотриазолина доказана значительным числом экспериментальных и клинических исследований.

Использование Тиотриазолина у пациентов различных возрастных групп при разных клинических состояниях обусловлено, с одной стороны, его уникальными свойствами, а с другой — хорошей переносимостью различных лекарственных форм (таблетки, инъекции). Тиотриазолин является цитопротектором смешанного (прямого и непрямого) действия. Уменьшение скорости окисления жирных кислот посредством Тиотриазолина положительно влияет на обмен веществ ишемизированного миокарда, поскольку усиливается производство альтернативной энергии путем окисления глюкозы. В таких условиях миокард намного эффективнее использует кислород, количество которого ограничено. Кроме того, глюкоза не метаболизируется в лактат. На этих механизмах основано цитопротективное действие триметазидина на ишемизированные клетки.

В настоящее время хорошо изучена роль свободных радикалов при сердечно-сосудистой патологии. В частности, при стенокардии активация перекисных процессов обусловлена частыми ангинозными приступами, вызывающими гиперкатехоламинемию, стимулирующую липолиз, в результате которого увеличивается содержание свободных жирных кислот, являющихся доступным субстратом для окисления. При гипоксии (ишемии) миокарда окислительные процессы в митохондриях кардиомиоцитов нарушаются (как бы не доходят до конца), в результате чего накапливаются промежуточные метаболиты цикла Кребса, крайне легко подверженные восстановлению с образованием свободных радикалов и перекисных соединений, угнетающих систему антиоксидантной защиты. В конечном итоге создается парадоксальная ситуация — уменьшение кислорода в клетке приводит к увеличению содержания кислородных радикалов. Развивающаяся после каждого эпизода транзиторной ишемии реперфузия миокарда также сопровождается значительной активацией (в сотни раз) свободнорадикальных процессов и выбросом липопероксидов в кровоток. Выраженная активация процессов свободнорадикального окисления и следующая за ним реакция тканей и систем организма получили название оксидантного стресса.

Тиотриазолин активирует антиоксидантную систему ферментов (супероксиддисмутазу и каталазу, глутатионпероксидазу), тормозит процессы перекисного окисления липидов в ишемизированных участках миокарда, способствует экономизации расхода токоферола. Препарат тормозит образование начальных и конечных продуктов реакции перекисного окисления липидов в патологически

измененных тканях, тем самым защищает структурно-функциональную целостность мембран кардиомиоцитов, а также снижает чувствительность миокарда посредством адренергического кардиостимулирующего воздействия катехоламинов и препятствует прогрессивному угнетению сократительной функции миокарда. Таким образом, Тиотриазолин повышает устойчивость кардиомиоцитов к гипоксии.

Кроме антиоксидантного и антиишемического действия Тиотриазолин обладает противовоспалительными, мембранопротекторными и иммуномодулирующими свойствами. Как показывает анализ литературных источников, применение Тиотриазолина повышает эффективность лечения различных заболеваний, и в первую очередь кардиологических.

Цель исследования — оценить эффективность применения Тиотриазолина по 2 таблетки 3 раза в день (таблетки по 0,1 г производства ОАО «Киевмедпрепарат») в дополнение к базисной терапии у пациентов с ИБС и стабильной стенокардией напряжения II–III функционального класса (ФК) по результатам тредмил-теста, проведенного через 30 дней лечения.

Схема проведения исследования

Исследование включало: отборочный период (скрининг); предварительный период, во время которого больные в течение 30 дней получали только базисную терапию; повторный скрининг, во время которого проведены парные нагрузочные пробы; период лечения исследуемым препаратом (30 дней).

Всем пациентам, которые прошли критерии отбора согласно протоколу исследования, назначали базисную терапию в соответствии с Рекомендациями Европейского общества кардиологов по лечению стабильной стенокардии (2006), включающую: b-адреноблокаторы, антиагреганты (аспирин 100 мг/сут), статины и нитроглицерин сублингвально для купирования приступов стенокардии. Как уже было указано, через 30 дней лечения всем пациентам проводили нагрузочные пробы (тредмил-тест). Пациенты с положительными результатами тредмил-теста (депрессия сегмента ST считалась диагностически значимой при горизонтальном снижении не менее чем на 1 мм) проходили обследование и были рандомизированы в основную или контрольную группы. Всем пациентам в соответствии с рандомизационной схемой назначали Тиотриазолин 0,1 г/плацебо по 2 таблетки 3 раза в день в течение 30 дней. Пациенты основной группы получали Тиотриазолин, пациенты контрольной — плацебо. Кроме этого, все пациенты продолжали принимать базисную терапию.

При проведении исследования не разрешалось применять любые другие лекарственные средства, влияющие на метаболизм миокарда (триметазидин, аргинин, милдронат, АТФ, кокарбоксилаза и др.).

Материал и методы исследования

В исследовании приняли участие 292 пациента (146 человек вошли в основную и 146 — в контрольную группы) с ишемической болезнью сердца, стабильной стенокардией напряжения II–III функционального класса. Диагноз ИБС был установлен на основании следующих критериев:

1. Документально (клиника, ЭКГ, анализы) подтвержденный инфаркт миокарда.
2. Коронароангиографически подтвержденные изменения коронарных артерий.
3. Больной перенес вмешательство по реваскуляризации миокарда (аортокоронарное шунтирование, ангиопластика/стентирование).

Функциональный класс стенокардии устанавливался по общепринятым критериям Канадской классификации.

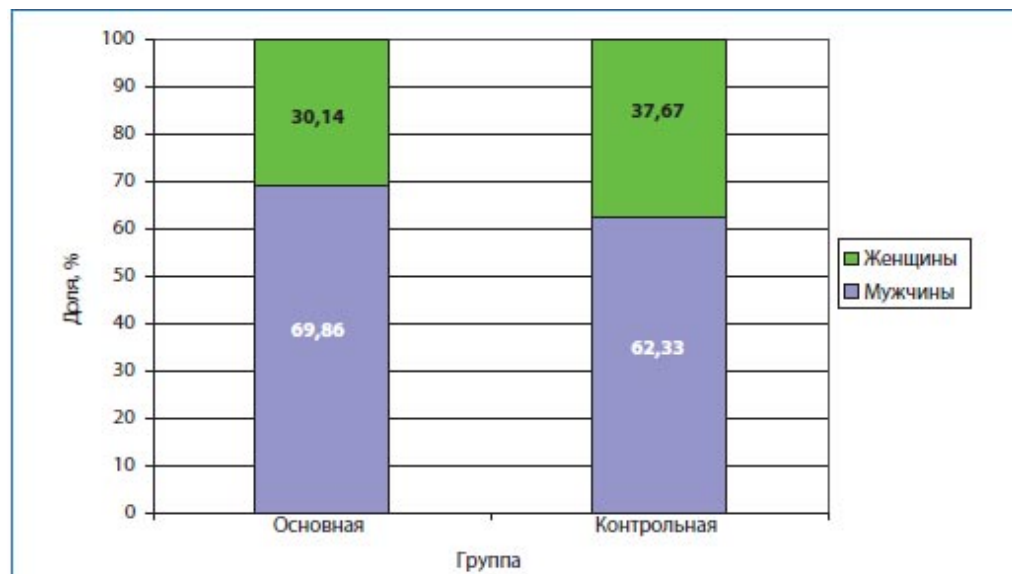
Анализ полученных данных проводился на персональном компьютере с использованием программной системы Excel for Windows XP. При анализе применялись методы описательной статистики. Для количественных переменных вычислялись показатели: n, среднее арифметическое (M), медиана, стандартное отклонение (CO), минимум и максимум, а для категориальных — частота и доля в процентах. Для оценки значимости отличий между группами использовались параметрические (t-критерий Стьюдента) и непараметрические методы (U-тест Манна — Уитни, критерий Уилкоксона) до и после лечения. При выполнении сравнений уровень значимости был принят 0,05 (p). Для анализа согласованности распределения данных с нормальным законом распределения применялся критерий Шапиро — Уилка при уровне значимости 0,01 (p).

В исследование было включено 193 мужчины и 99 женщин. Средний возраст составил 58,08 года (CO = 7,48 года) в основной группе и 58,33 года (CO = 6,94 года) — в контрольной.

Распределение пациентов по полу в группах приведено в табл. 1 и на рис. 1.

Таблица 1. Распределение пациентов по полу

Пол	Основная группа		Контрольная группа		Достигнутый уровень значимости
	Количество	Доля, %	Количество	Доля, %	
Мужской	102	69,86	91	62,33	p = 0,216
Женский	44	30,14	55	37,67	
Всего	146	100	146	100	

**Рисунок 1. Распределение пациентов по полу в группах**

Анализ распределения пациентов по возрасту, росту и массе тела на момент включения в исследование методами описательной статистики (n, среднее арифметическое, медиана, стандартное отклонение, минимум и максимум) приведен в табл. 2.

Таблица 2. Анализ пациентов методами описательной статистики по демографическим показателям на момент включения в исследование

Показатель	Группа	N	Среднее арифметическое	Медиана	СО	Минимум	Максимум
Возраст, лет	Основная	146	58,08	58	7,48	41	76
	Контрольная	143	58,33	58	6,94	37	77
Рост, см	Основная	146	170,39	170	7,04	150	185
	Контрольная	143	170,50	170	7,71	154	195
Масса тела, кг	Основная	146	82,26	82	11,98	52	120
	Контрольная	143	83,06	82	12,09	60	125

Как видно из приведенных данных, статистически значимых отличий по полу, возрасту и массе тела в исследуемых группах не выявлено.

Средняя продолжительность заболевания составила 5,15 года (СО = 3,42 года) в основной группе и 5,29 года (СО = 4,64 года) — в контрольной.

По степени тяжести заболевания и сопутствующей сердечно-сосудистой патологии пациенты распределялись следующим образом: стенокардия напряжения II ФК наблюдалась у 84 (56,76 %) пациентов основной группы и у 85 (57,82 %) — контрольной, стенокардия III ФК — у 64 (43,24 %) пациентов основной и у 62 (47,18 %) — контрольной группы. Гипертоническая болезнь II стадии выявлена у 42 (28,38 %) больных основной группы и у 33 (22,45 %) — контрольной, III стадии — соответственно у 70 (47,30 %) и 67 (45,58 %) больных. Сердечная недостаточность I функционального класса (по классификации NYHA) отмечена у 65 больных, II функционального класса — у 184. Перенесенный инфаркт миокарда в анамнезе был зарегистрирован у 111 (76,03 %) пациентов основной группы и у 113 (77,40 %) — контрольной. Коронароангиографически подтвержденные изменения коронарных артерий — у 32 пациентов основной группы и у 43 пациентов контрольной. Оперативное вмешательство по поводу реваскуляризации миокарда перенесли 8 пациентов основной и 18 пациентов контрольной группы.

Данные распределения больных по функциональному классу стенокардии и сопутствующей патологии сердечно-сосудистой системы, а также результаты их анализа представлены в табл. 3.

Таблица 3. Распределение пациентов по функциональному классу стенокардии и сопутствующей патологии сердечно-сосудистой системы

Критерии ИБС и сопутствующая патология	Соответствие критерию	Основная группа		Контрольная группа		Значимость различий*
		Количество	Доля, %	Количество	Доля, %	
Функциональный класс стабильной стенокардии напряжения	II ФК	84	56,76	85	57,82	p = 0,943
	III ФК	64	43,24	62	42,18	
	Всего	148	100	147	100	
Больной перенес инфаркт миокарда	Нет	35	23,97	33	22,60	p = 0,890
	Да	111	76,03	113	77,40	
	Всего	146	100	146	100	
Коронароангиографически подтвержденные изменения коронарных артерий	Нет	114	78,08	103	70,55	p = 0,180
	Да	32	21,92	43	29,45	
	Всего	146	100	146	100	
Больной перенес вмешательство по реваскуляризации миокарда	Нет	138	94,52	128	87,67	p = 0,064
	Да	8	5,48	18	12,33	
	Всего	146	100	146	100	
Сердечная недостаточность	Нет	22	14,86	24	16,33	p = 0,783
	I ФК	35	23,65	30	20,41	
	II ФК	91	61,49	93	63,27	
	Всего	148	100	147	100	
Гипертоническая болезнь	Нет	36	24,32	47	31,97	p = 0,273
	II ст.	42	28,38	33	22,45	
	III ст.	70	47,30	67	45,58	
	Всего	148	100	147	100	

Примечание: * — оценена при помощи критерия хи-квадрат с поправкой на непрерывность Йейтса.

Среди сопутствующих заболеваний встречались также: хронический гастрит, хронический панкреатит, хронический холецистит, язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, сахарный диабет II типа, хроническое обструктивное заболевание легких, варикозное расширение вен нижних конечностей, остеохондроз позвоночника. Заболевания находились в стадии ремиссии и не требовали дополнительного лечения или изменения схемы постоянно принимаемого лечения. Отличия по частоте встречаемости вышеперечисленных заболеваний среди пациентов основной и контрольной групп не выявлено.

Всем пациентам проводилось общеклиническое обследование (анамнез, физикальное обследование, измерение АД и подсчет частоты сердечных сокращений (ЧСС)), регистрировалась ЭКГ в двенадцати отведениях, проводился тредмил-тест, определялись показатели анализов крови (общий анализ и биохимия) и мочи.

Анализ исходных данных у пациентов основной и контрольной групп позволил сделать заключение об однородности пациентов, включенных в данное исследование, по всем вышеперечисленным показателям.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ эффективности в группах по результатам тредмил-теста был выполнен по следующим переменным:

- продолжительность выполняемой нагрузки до появления депрессии сегмента ST ³ 1 мм и/или боли, мин;
- максимальная ЧСС, уд/мин;
- доля максимальной ЧСС от рассчитанной, %;
- максимальное систолическое артериальное давление (САД), мм рт.ст.;
- максимальное диастолическое артериальное давление (ДАД), мм рт.ст.;
- максимальная работа, МетЕд.

Результаты анализа динамики данных показателей методами описательной статистики приведены в табл. 4 для основной группы и в табл. 5 — для контрольной. Графически указанная динамика представлена: на рис. 2 — для продолжительности выполняемой нагрузки до появления депрессии сегмента ST ³ 1 мм и/или боли; на рис. 3 — для максимальной ЧСС; на рис. 4 — для доли максимальной ЧСС от рассчитанной, %; на рис. 5 — для максимального САД; на рис. 6 — для максимального ДАД; на рис. 7 — для изменения максимальной работы.

Таблица 4. Результаты анализа динамики показателей тредмил-теста методами описательной статистики в основной группе

Показатель	Визит	N	Среднее арифметическое	Медиана	CO	Минимум	Максимум
Продолжительность выполняемой нагрузки, мин	T-визит 3	136	4,68	4,60	2,33	0,23	11,00
	T-визит 5	136	5,97	6,00	2,59	0,65	15,00
	T5 — T3	136	1,29	1,15	1,76	-6,65	9,40
Максимальная достигнутая ЧСС, уд/мин	T-визит 3	143	117,37	119,00	16,22	72,00	150,00
	T-визит 5	143	119,76	122,00	18,80	65,00	150,00
	T5 — T3	143	2,39	4,00	13,55	-35,50	43,00
Доля максимальной ЧСС от рассчитанной, %	T-визит 3	143	81,48	82,50	11,50	49,66	99,31
	T-визит 5	143	83,16	84,29	13,34	44,83	99,31
	T5 — T3	143	1,68	2,76	9,38	-24,48	29,66
Максимальное САД, мм рт.ст.	T-визит 3	142	165,69	165,00	22,78	100,00	235,00
	T-визит 5	142	163,30	162,50	21,93	100,00	210,00
	T5 — T3	142	-2,39	0,00	17,68	-65,00	40,00
Максимальное ДАД, мм рт.ст.	T-визит 3	141	95,07	94,00	12,90	60,00	190,00
	T-визит 5	141	93,99	95,00	11,30	60,00	120,00
	T5 — T3	141	-1,08	0,00	13,67	-100,00	40,00
Максимальная работа, МетЕд	T-визит 3	84	7,67	6,20	10,41	3,75	100,00
	T-визит 5	84	7,93	6,40	10,45	3,80	100,00
	T5 — T3	105	0,21	0,00	0,63	0,00	3,15

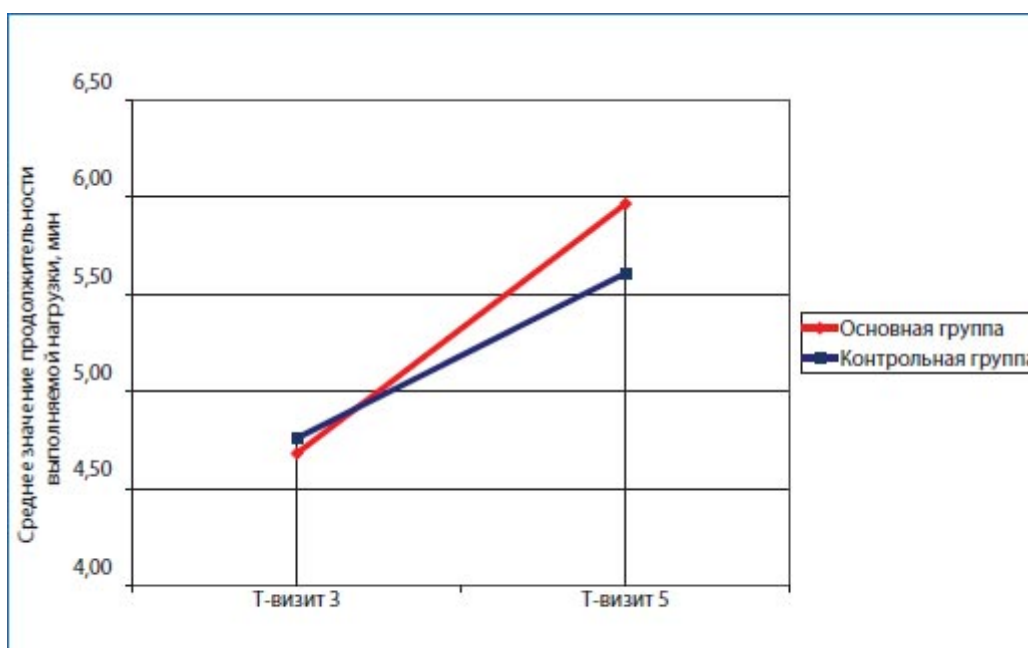
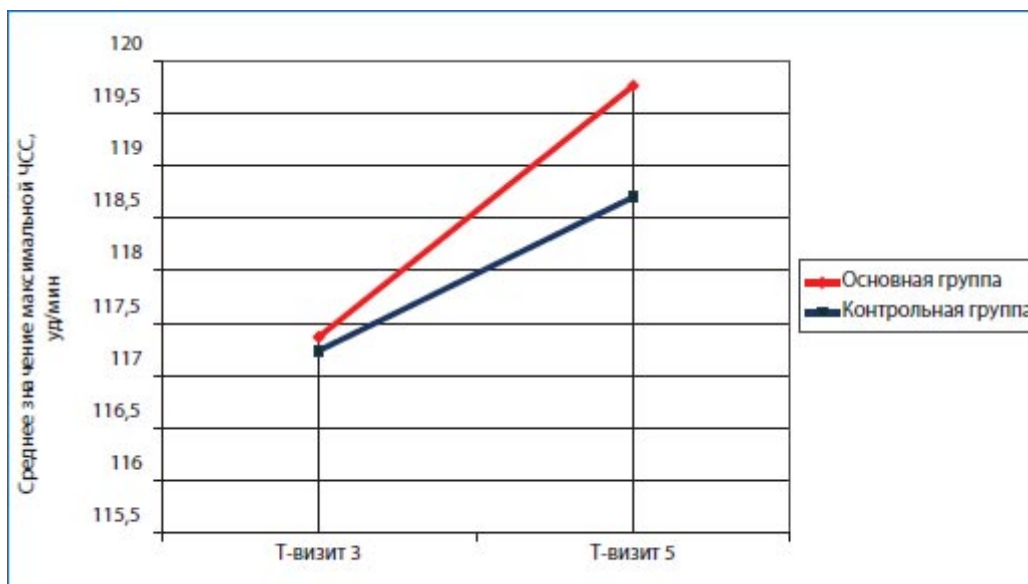
Рисунок 2. Динамика продолжительности выполняемой нагрузки до появления депрессии сегмента ST ≥ 1 мм и/или боли

Рисунок 3. Динамика максимальной ЧСС

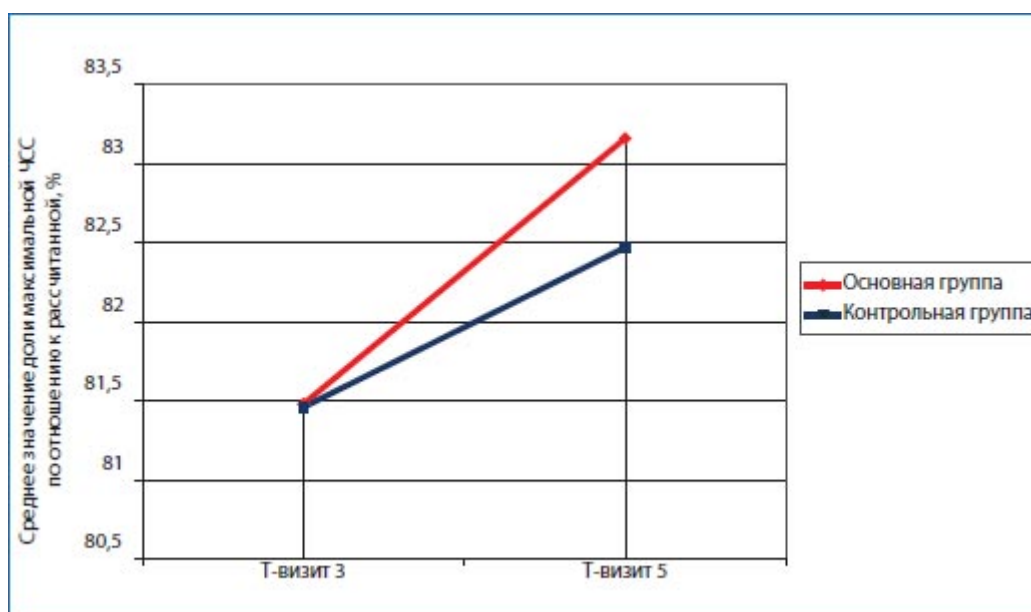


Рисунок 4. Динамика доли максимальной ЧСС от расчитанной

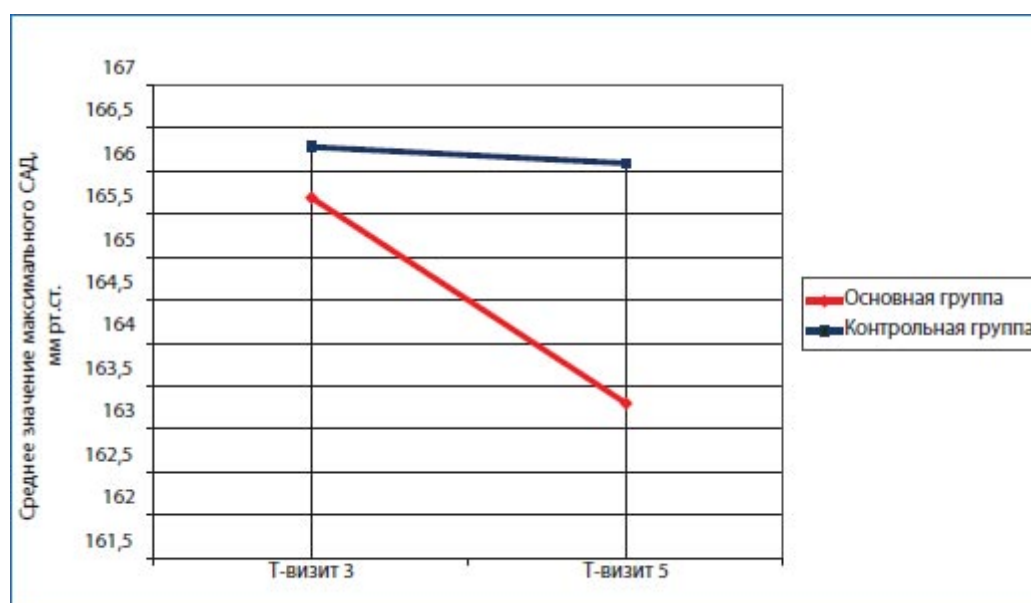


Рисунок 5. Динамика максимального САД

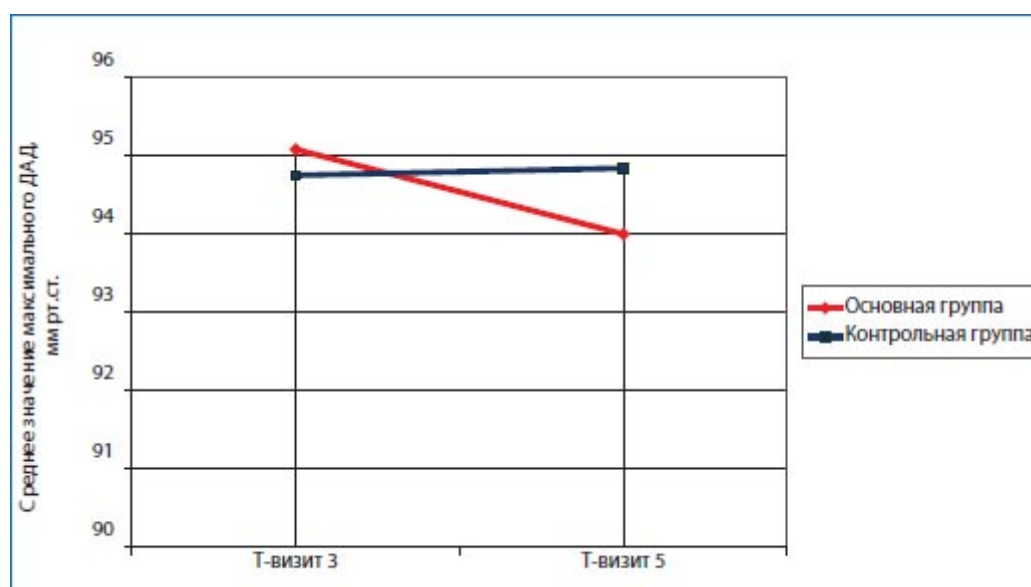


Рисунок 6. Динамика максимального ДАД

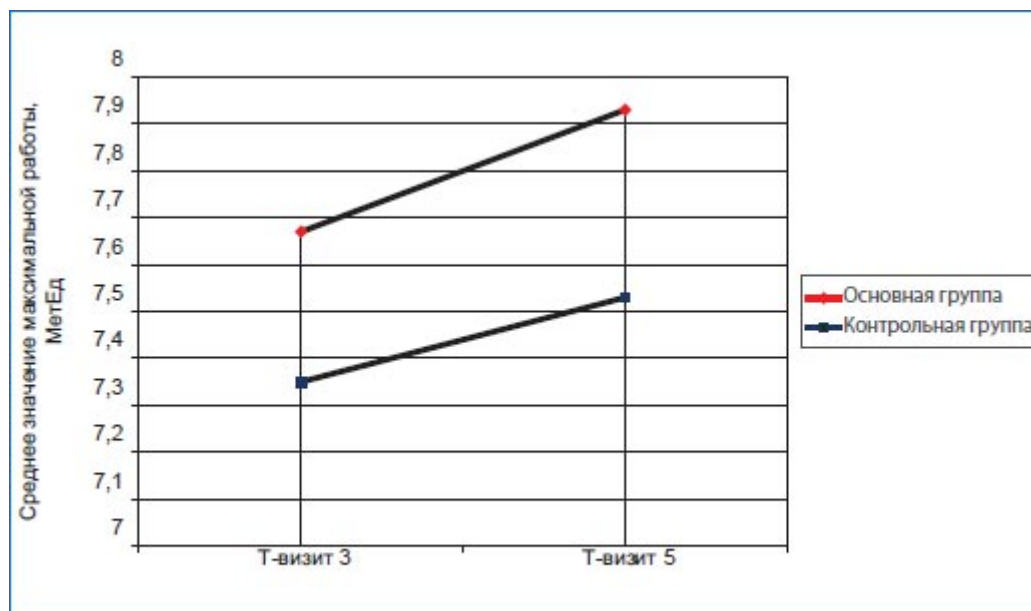


Рисунок 7. Динамика максимальной работы

Результаты статистического анализа данных (табл. 5, 6, рис. 2–7), полученных в ходе проведения тредмил-теста, свидетельствуют о большей эффективности лечения в основной группе по сравнению с контрольной. Так, в основной группе продолжительность выполняемой нагрузки до появления депрессии сегмента ST ≥ 1 мм и/или боли увеличилась в среднем на 1,87 мин, в то время как в контрольной — на 0,85 мин.

Таблица 5. Результаты анализа динамики показателей тредмил-теста методами описательной статистики в контрольной группе

Показатель	Визит	N	Среднее арифметическое	Медиана	CO	Минимум	Максимум
Продолжительность выполняемой нагрузки, мин	Т-визит 3	135	4,76	5,00	2,27	1,00	12,00
	Т-визит 5	135	5,61	6,00	2,73	0,65	18,00
	T5 — T3	135	0,85	0,96	1,68	-4,47	7,40
Максимальная достигнутая ЧСС, уд/мин	Т-визит 3	144	117,24	116,00	15,94	72,00	145,00
	Т-визит 5	144	118,70	118,00	16,87	72,00	148,00
	T5 — T3	144	1,47	0,00	11,38	-35,00	40,00
Доля максимальной ЧСС от рассчитанной, %	Т-визит 3	144	81,46	79,46	11,18	49,66	99,31
	Т-визит 5	144	82,47	81,86	11,75	49,66	99,31
	T5 — T3	144	1,01	0,00	7,84	-22,89	25,97
Максимальное САД, мм рт.ст.	Т-визит 3	144	166,28	170,00	19,42	110,00	205,00
	Т-визит 5	144	166,09	170,00	23,47	110,00	210,00
	T5 — T3	144	-0,19	0,00	17,24	-70,00	50,00
Максимальное ДАД, мм рт.ст.	Т-визит 3	144	94,74	95,00	10,49	60,00	120,00
	Т-визит 5	143	94,83	100,00	13,89	60,00	190,00
	T5 — T3	144	-0,57	0,00	14,13	-87,50	95,00
Максимальная работа, МетЕд	Т-визит 3	93	7,35	5,90	8,67	2,30	75,00
	Т-визит 5	93	7,53	6,40	8,66	2,30	75,00
	T5 — T3	111	0,15	0,00	0,42	-0,25	2,70

Таблица 6. Результаты статистического анализа

Переменная	Наличие увеличения	Основная группа		Контрольная группа		Значимость различий*
		Количество	Доля, %	Количество	Доля, %	
Увеличение продолжительности выполняемой нагрузки на 1 минуту и более	Нет	52	38,24	70	51,85	p = 0,028
	Есть	84	61,76	65	48,15	
	Всего	136	100	135	100	
Увеличение продолжительности выполняемой нагрузки на 2 минуты и более	Нет	78	57,35	101	74,81	p = 0,003
	Есть	58	42,65	34	25,19	
	Всего	136	100	135	100	
Увеличение продолжительности выполняемой нагрузки на 3 минуты и более	Нет	113	83,09	120	88,89	p = 0,220
	Есть	23	16,91	15	11,11	
	Всего	136	100	135	100	

Примечание: * — оценена при помощи точного критерия Фишера.

Качественный анализ изменения продолжительности выполняемой нагрузки

Главной переменной данного исследования согласно протоколу является продолжительность выполняемой нагрузки до появления депрессии сегмента ST ³ 1 мм и/или боли, оцениваемая в минутах.

Для качественной оценки величины продолжительности выполняемой нагрузки было создано три категориальных переменных:

- увеличение продолжительности выполняемой нагрузки на 1 минуту и более (есть/нет);
- увеличение продолжительности выполняемой нагрузки на 2 минуты и более (есть/нет);
- увеличение продолжительности выполняемой нагрузки на 3 минуты и более (есть/нет).

Результаты анализа данных переменных методами описательной статистики приведены в табл. 6.

Графически распределения, приведенные в табл. 6, представлены на рис. 8.

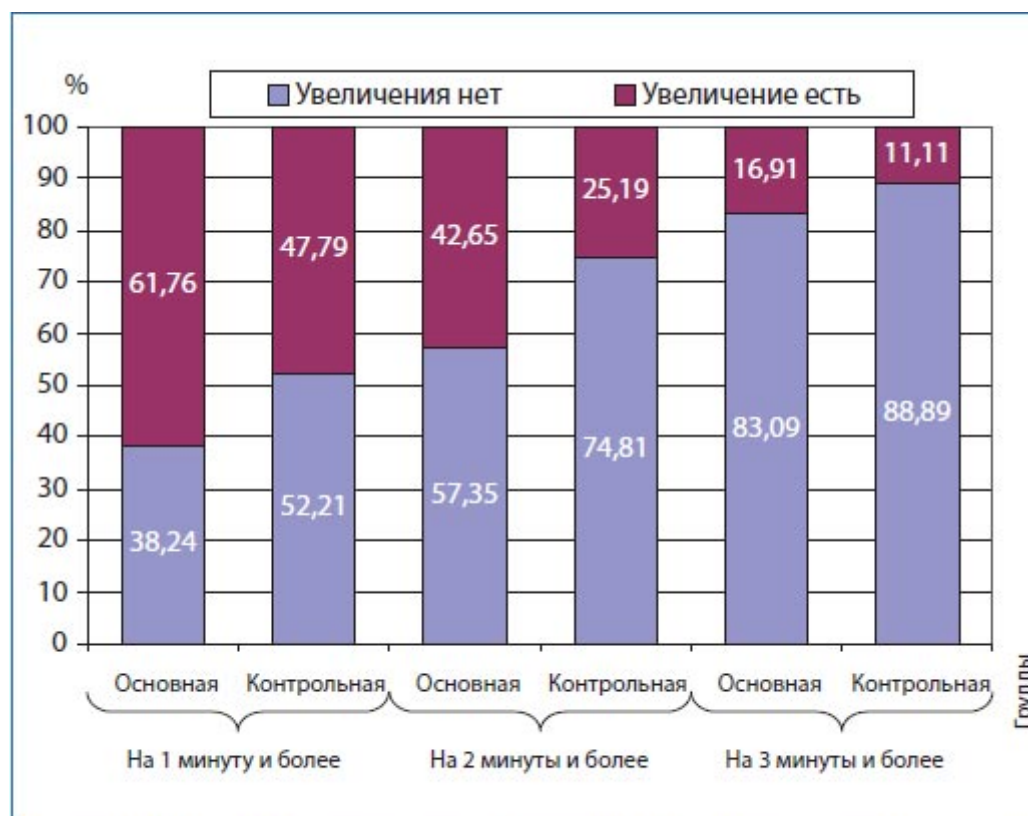


Рисунок 8. Распределение пациентов в группах для переменных «увеличение продолжительности выполняемой нагрузки»

Основываясь на результатах статистического анализа данных (табл. 6, рис. 8), можно сделать вывод, что имеются статистически значимые различия между группами по переменным:

- увеличение продолжительности выполняемой нагрузки на 1 минуту и более;
- увеличение продолжительности выполняемой нагрузки на 2 минуты и более.

Так, доля пациентов, у которых продолжительность выполняемой нагрузки увеличилась на 1 минуту и более, составила 61,76 % (95% ДИ: 53,38–69,50 %) в основной группе против 48,15 % (95% ДИ: 39,89–56,51 %) — в контрольной. Доля пациентов, у которых продолжительность выполняемой нагрузки возросла на 2 минуты и более, составила 42,65 % (95% ДИ: 34,65–51,05 %) в основной группе против 25,19 % (95% ДИ: 18,62–33,12 %) — в контрольной.

Принимая во внимание доли пациентов с положительным эффектом, можно сделать вывод, что эффективность лечения пациентов в основной группе (терапия включает Тиотриазолин) статистически значимо выше, чем в контрольной группе (плацебо).

Различия между группами по переменной «увеличение продолжительности выполняемой нагрузки на 3 минуты и более» являются статистически незначимыми.

Анализ общей эффективности

Общая эффективность оценивалась по категориальной шкале, описание которой приведено в табл. 7.

Таблица 7. Описание шкалы оценки общей эффективности

Категория	Описание категории
Достаточная эффективность	1. Увеличение продолжительности выполняемой нагрузки при проведении тредмил-теста до появления депрессии сегмента ST ≥ 1 мм или приступа стенокардии к окончанию курса лечения не менее чем на 2 минуты. 2. Уменьшение количества эпизодов ишемии в неделю к окончанию курса лечения не менее чем на 50 %
Недостаточная эффективность	Не выполняется ни одно из вышеперечисленных условий

Доля пациентов с положительным эффектом в основной группе составила 42,65 %, в то время как в контрольной группе — 25,19 %. Это свидетельствует о том, что Тиотриазолин существенно повышает эффективность базисных средств терапии ИБС.

Анализ переносимости

В соответствии со схемой обследования пациентов во время 2, 3, 4 и 5-го визитов регистрировалось АД и ЧСС. На основании полученных результатов статистического анализа данных можно констатировать, что клинически значимых изменений анализируемых показателей (АД и ЧСС) во время 3, 4 и 5-го визитов по сравнению со 2-м визитом не наблюдалось. Проводимое лечение не оказало отрицательного влияния на артериальное давление и частоту сердечных сокращений. В обеих группах наблюдалась некоторая тенденция к снижению уровня анализируемых показателей, которая была клинически незначимой.

В ходе исследования производился подробный опрос и осмотр пациентов с целью выявления возможных побочных реакций/явлений. На основании полученных данных можно констатировать, что только у одного пациента основной группы наблюдалась побочная реакция легкой степени выраженности, которая могла быть связана с применяемой терапией, не потребовавшая отмены препарата. За период наблюдения не зарегистрировано неблагоприятных изменений лабораторных показателей.

Выводы

Данные, полученные в результате исследования по сравнительной оценке эффективности и переносимости препарата Тиотриазолин (таблетки 0,1 г производства ОАО «Киевмедпрепарат») или плацебо в дозе по 2 таблетки 3 раза в день, применяемых в комплексном лечении ИБС, стабильной стенокардии напряжения II–III ФК, позволяют сделать следующие выводы:

1. Антиишемическая активность Тиотриазолина подтверждается достоверным ($p = 0,007$) увеличением продолжительности выполняемой физической нагрузки до появления депрессии сегмента ST ≥ 1 мм или боли при проведении тредмил-теста на 27,48 % по сравнению с исходными данными; в то время как в группе больных, которые получали плацебо, этот показатель составил 17,48 %.
2. Лечение с использованием Тиотриазолина в дополнение к базисной терапии у пациентов с ИБС, стабильной стенокардией напряжения II–III ФК является более эффективным. Доля пациентов основной группы с положительным эффектом лечения составила 42,65 %, в контрольной группе этот показатель был равен 25,19 %.
3. Применение Тиотриазолина в комплексной терапии больных с ИБС отличается хорошей переносимостью. В обеих группах пациентов на протяжении 30 дней лечения не было зарегистрировано серьезных побочных реакций, так же как и неблагоприятных изменений лабораторных показателей.

Рекомендации

Для улучшения прогноза и качества жизни пациентов со стабильной стенокардией II–III функционального класса в дополнение к базисной терапии рекомендуется применение эффективного, хорошо переносимого и безопасного препарата Тиотриазолин (0,1 г) по 2 таблетки 3 раза в день на протяжении 30 дней.