



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **92638** (13) **U**  
(51) МПК (2014.01)  
**A61K 31/00**

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

**(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**

<p>(21) Номер заявки: <b>u 2014 03247</b></p> <p>(22) Дата подання заявки: <b>31.03.2014</b></p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: <b>26.08.2014</b></p> <p>(46) Публікація відомостей про видачу патенту: <b>26.08.2014, Бюл.№ 16</b></p>	<p>(72) Винахідник(и): <b>Денесюк Олена Віталіївна (UA), Денесюк Віталій Іванович (UA), Шушковська Юлія Юріївна (UA), Плесна Альона Вікторівна (UA)</b></p> <p>(73) Власник(и): <b>ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018 (UA)</b></p>
--	--

**(54) СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ВИНИКНЕННЯ ПЕРВИННИХ КАРДІАЛЬНИХ КІНЦЕВИХ ТОЧОК У ХВОРИХ НА НЕСТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ З КОМОРБІДНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ**

**(57) Реферат:**

Спосіб профілактики виникнення первинних кардіальних кінцевих точок у хворих на нестабільну стенокардію з коморбідною артеріальною гіпертензією полягає у тому, що призначають бета-адреноблокатор бісопролол у дозі 5-10 мг/добу, інгібітор ангібензинперетворюючого фермента периндоприл - 5-10 мг/добу, протисклеротичний препарат аторвастатин - 20 мг/добу, ацетилсаліцилову кислоту у дозі 75 мг/добу протягом двох років.

**UA 92638 U**



Корисна модель належить до медицини, а саме до кардіології, і може використовуватись для прогнозування ефективності стандартного комплексного дворічного лікування в профілактиці виникнення первинних (основних) кардіальних кінцевих точок при нестабільній стенокардії (НС) з коморбідною артеріальною гіпертензією (АГ).

5 В останні роки, згідно з рекомендаціями доказової медицини, при НС з коморбідною АГ рекомендується проводити стандартне комплексне і тривале лікування, до якого належить застосування бета-адреноблокаторів (БАБ), інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту (АПФ), статинів та антиагрегантів. Із вказаних груп препаратів рекомендується застосування препаратів, ефективність яких доведена. При НС з коморбідною АГ доказана ефективність  
10 монотерапії із БАБ - бісопрололу, карведилолу; інгібіторів АПФ - периндоприлу та раміприлу; статинів - аторвастатину; антиагрегантів - ацетилсаліцилової кислоти. Однак ефективність стандартної комплексної дворічної терапії до теперішнього часу не встановлена. [Артеріальна гіпертензія. Оновлена та адаптована клінічна настанова заснована на доказах (2012 рік) // Артеріальна гіпертензія. - 2012. - № 1 (21). - С. 96-152].

15 Найближчий аналог запропонованого способу прогнозування ефективності стандартного комплексного дворічного лікування на профілактику виникнення первинних кардіальних кінцевих точок при цих коморбідних захворюваннях не відомий.

В основу корисної моделі "Спосіб профілактики виникнення первинних кардіальних кінцевих точок у хворих на нестабільну стенокардію з коморбідною артеріальною гіпертензією"  
20 покладено лікування цих пацієнтів з застосуванням стандартної комплексної терапії протягом 2-х років спостереження.

Спосіб профілактики виникнення первинних кардіальних кінцевих точок у хворих на нестабільну стенокардію з коморбідною артеріальною гіпертензією полягає в тому, що у таких пацієнтів після комплексного призначення бета-адреноблокатора бісопролола у дозі 5-10 мг/добу, інгібітора ангіотензинперетворюючого фермента периндоприла - 5-10 мг/добу, протисклеротичного препарату аторвастатина - 20 мг/добу та антиагрегента ацетилсаліцилової  
25 кислоти у дозі 75 мг/добу протягом двох років спостереження прогнозується відсоток зменшення серцево-судинної смерті в 1,4 %, нефатального інфаркту міокарда - в 11,2 %, інсульту - в 4,9 % та повторної госпіталізації в стаціонар у 42,0 %.

30 Результати ефективності впливу стандартної комплексної дворічної терапії на профілактику первинних кардіальних кінцевих точок наведені в табл. 1.

Як видно з наведених даних (табл. 1), у хворих на НС з коморбідною АГ під впливом проведеного стандартного комплексного дворічного лікування інгібітором АПФ периндоприлом у дозі 5-10 мг/добу, БАБ бісопрололу - 5-10 мг/добу, аторвастатину - 20 мг/добу та ацетилсаліцилової кислоти - 75 мг/добу виникають рідкі ускладнення, тобто первинні кардіальні  
35 точки:

серцево-судинна смертність - у 2 (1,4 %);  
розвиток нефатального інфаркту міокарда - в 16 (11,2 %);  
розвиток інсульту - в 7 (4,9 %);  
40 повторна госпіталізація хворих у стаціонар - у 60 (42,0 %).

Отримані дані свідчать про те, що стандартне комплексне дворічне профілактичне лікування пацієнтів з НС і коморбідною АГ являється ефективним і дає змогу зменшити виникнення первинних кардіальних кінцевих точок.

Таблиця 1

Прогнозування ефективності впливу стандартного комплексного дворічного лікування на профілактику виникнення первинних кардіальних кінцевих точок у хворих на нестабільну стенокардію з коморбідною артеріальною гіпертензією

N	Первинні кардіальні кінцеві точки	Обстежені хворі n=143	
		n	%
1	Серцево-судинна смертність	2	1,4
2	Розвиток нефатального інфаркту міокарда	16	11,2
3	Розвиток інсульту	7	4,9
4	Повторна госпіталізація хворих у стаціонар	60	42,0

45

Клінічний приклад корисної моделі

Хворий О., 59 років, скаржиться на напади болю за грудиною тривалістю 3-5 хв після фізичного навантаження з ірадіацією у ліве плече і руку, які купуються прийомом однієї таблетки

нітрогліцерину, підвищений АТ до 190/110 мм рт. ст., задишку при ходьбі, набряки на ногах, що виникають під вечір. Напади болю за грудиною стали виникати часто за останні 2 тижні. Підвищений АТ у хворого спостерігається 5 років, інфаркт міокарда переніс 4 роки тому назад.

5 Загальний стан хворого середнього ступеня важкості. Пульс 72 за 1 хв. ритмічний, напружений. АТ складає 170/100 мм рт. ст. Межі відносної тупості серця зміщені вліво. І-й тон на верхівці серця послаблений, акцент ІІ тону над легеневою аортою. Частота дихання складає 18 за 1 хв. Дихання над легенями везикулярне, жорстке. Печінка виступає на 2 см із-під правого підребер'я, селезінка не пальпується. На гомілках визначаються набряки.

Результати клінічного обстеження.

10 Загальний аналіз крові та сечі в нормі. Після проведеного лікування цільовий рівень АТ досягнуто через 12 міс., напади стенокардії виникають 1 раз на тиждень, серцева недостатність за класифікацією NYHA із третього функціонального класу перейшла в 2-й.

15 Дані ехокардіографічного дослідження до і після дворічного лікування: кінцево-сistolічний об'єм - 34,6 і 24 мл/м<sup>2</sup>, кінцево-діастолічний об'єм - 66,8 і 53,6 мл/м<sup>2</sup>, товщина задньої стінки лівого шлуночка - 1,32 і 1,18 см, товщина міжшлуночкової перетинки - 1,35 та 1,15 см, індекс маси міокарда лівого шлуночка - 183,7 і 129,8 г/м<sup>2</sup>, фракція викиду - 48,3 і 53,8 %.

Ліпідний спектр крові: рівень загального холестерину - 5,90 і 5,0 ммоль/л, тригліцеридів - 2,1 і 1,81 ммоль/л, холестерин ліпопротеїнів низької щільності - 3,0 і 2,54 ммоль/л, холестерин ліпопротеїнів високої щільності - 0,95 і 0,82 ммоль/л.

20 Діагноз: ІХС, нестабільна стенокардія, післяінфарктний кардіосклероз. Гіпертонічна хвороба ІІІ стадії, ІІІ ступеня, ступінь ризику 4, концентрична гіпертрофія лівого шлуночка. Серцева недостатність ІІІ функціонального класу за класифікацією NYHA, яка перейшла в ІІ клас.

У хворого після проведення стандартної комплексної терапії впродовж 2-х років ускладнень, тобто первинні і кінцеві точки, не виникло.

25

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

30 Спосіб профілактики виникнення первинних кардіальних кінцевих точок у хворих на нестабільну стенокардію з коморбідною артеріальною гіпертензією, який полягає у тому, що призначають бета-адреноблокатор бісопролол у дозі 5-10 мг/добу, інгібітор ангібензинперетворюючого фермента периндоприл - 5-10 мг/добу, протисклеротичний препарат аторвастатин - 20 мг/добу, ацетилсаліцилову кислоту у дозі 75 мг/добу протягом двох років.

---

Комп'ютерна верстка С. Чулій

---

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

---

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601