



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **74418** (13) **U**  
(51) МПК (2012.01)  
**A61K 31/00**

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

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

<b>(21)</b> Номер заявки: <b>u 2012 04756</b>	<b>(72)</b> Винахідник(и): <b>Мазур Юлія Вікторівна (UA)</b>
<b>(22)</b> Дата подання заявки: <b>17.04.2012</b>	<b>(73)</b> Власник(и): <b>ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА,</b>
<b>(24)</b> Дата, з якої є чинними права на корисну модель: <b>25.10.2012</b>	<b>вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018 (UA)</b>
<b>(46)</b> Публікація відомостей про видачу патенту: <b>25.10.2012, Бюл.№ 20</b>	

**(54) СПОСІБ КОРЕКЦІЇ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ВИСОКОГО КАРДІАЛЬНОГО РИЗИКУ**

**(57) Реферат:**

Спосіб корекції когнітивних порушень у пацієнтів з гіпертонічною хворобою високого кардіального ризику передбачає призначення лікарських препаратів. Хворим додатково до антигіпертензивної терапії призначають препарат "Олатропіл" з розрахунку 1 капсула 3 рази на добу, за 10-15 хвилин до їжі, протягом 3 місяців.

**UA 74418 U**



Корисна модель належить до медицини, а саме до кардіології, і може використовуватись для корекції когнітивних порушень у пацієнтів з гіпертонічною хворобою високого кардіального ризику.

5 Артеріальна гіпертензія (АГ) - є одним з найважливіших факторів ризику атеросклерозу, головним чином ішемічної хвороби серця і ураження судин головного мозку, саме тому ці захворювання часто супроводжують один одного.

10 Цереброваскулярні захворювання - одна з найбільш актуальних проблем сучасної кардіології та неврології, враховуючи високу поширеність цієї патології в популяції та стрімке постаріння населення [Парфенов В.А., Старчина Ю.А., 2009]. Ці стани супроводжуються розладами системної гемодинаміки і призводять до хронічної гіперперфузії мозку. Тому актуальним залишається питання про те, що на фоні різноманітних змін серцево-судинної системи у пацієнтів з гіпертонічною хворобою прогресують пошкодження головного мозку, серед яких чинне місце займає порушення когнітивної діяльності (КП) та розвиток деменції різного ступеня [Захаров В.В., 2008].

15 Сучасна діагностика ускладнень перебігу АГ не повинна обмежуватися констатацією ознак хронічної ішемії мозку, визначенням її стадії і причини (атеросклеротичної, гіпертонічної чи змішаної), а також має включати дослідження когнітивної сфери.

20 Актуальність ранньої терапевтичної корекції при виявленні когнітивних порушень церебросудинного ґенезу є очевидною, через великий соціальний та медичний інтерес в ефективному лікуванні цих розладів, що можна було б проводити в загальній практиці. На сьогодні основними завданнями при лікуванні когнітивних порушень, що виникають на тлі серцево-судинної патології - є ефективно та безпечно покращення інтелектуально-мнестичних функцій на фоні комплексної терапії основного захворювання. Тому важливу роль відіграють лікарські засоби, що мають церебропротекторний вплив тЗ покращують біохімічні процеси, що лежать в основі реалізації вищих пізнавальних функцій [Бурчинський С.Г., 2009].

Відсутня доказова база щодо ефективності ноотропів на тлі базисної терапії АГ, також вплив церебропротекторів безпосередньо на перебіг АГ та органи-мішені. Тому розробка та застосування високоефективних і водночас безпечних ноотропів у хворих на ГХ з високим кардіальним ризиком - є важливим завданням сучасної медицини.

30 Іншим прототипом за Патентом 2197991 Росія, МПК А61К39/395 є "Средство для лечения дисциркуляторной энцефалопатии" / А.П. Ельчанов, В. К. Волков. - № 2002106189/14; Заявл. 01.03.2002; Опубл. 10.02.2003. Наведена схема має наступні недоліки:

- біологічно активні речовини є чітко специфічними для певних клітин організму, але прогноз позитивного ефекту при використанні останніх досить обмежений;

35 - призначення біологічно-активних речовин не має клінічно доведеної доказової бази, тому використання даних препаратів є цілком обмеженим;

- перераховані препарати не мають вегетостабілізуючого ефекту.

40 В основу корисної моделі "Спосіб корекції когнітивних порушень у пацієнтів з гіпертонічною хворобою високого кардіального ризику" поставлена задача виявити когнітивні порушення у пацієнтів з гіпертонічною хворобою високого кардіального ризику та своєчасна корекція цих відхилень на фоні комплексної гіпотензивної терапії.

Поставлена задача досягається способом, який полягає у додатковому призначенні до антигіпертензивної терапії препарату "Олатропіл" з розрахунку 1 капсула 3 рази на добу за 10-15 хвилин до їжі, протягом 3 місяців.

45 Препарат "Олатропіл" виготовлений АТ "Олайнфарм", (Латвія), належить до фармакотерапевтичної групи - психостимулюючі та ноотропні засоби. В 1 капсулі міститься 0,125 г гамма-аміномасляної кислоти (ГАМК) (аміналон, гамалон) і 0,25 г 2-оксо-1-піролідінілацетамід (пірацетам). "Олатропіл" - комбінований нейрометаболічний лікарський засіб, який об'єднує ноотропний препарат змішаного типу з широким спектром ефектів ("нейропротектор") - ГАМК і ноотропний препарат з домінуючим мнестичним впливом - пірацетам. При комплексній взаємодії обох компонентів посилюються ноотропні, судинорегулюючі і антигіпоксичні процеси, підвищується фізична працездатність, покращується переносимість стресових ситуацій різного ґенезу.

50 Спосіб здійснюється наступним чином: до антигіпертензивної терапії артеріальної гіпертензії у пацієнтів середнього та зрілого віку додають "Олатропіл". Оптимальне призначення препарату 1 капсула 3 рази на добу, при необхідності дозу препарату можна збільшити до 6 капсул на добу. Курс лікування триває від 2 тижнів до 3 місяців, курс можна повторювати через 6-8 тижнів.

60 Спосіб корекції когнітивних порушень у пацієнтів з гіпертонічною хворобою високого кардіального ризику, що передбачає призначення "Олатропілу", є високоефективним, оскільки дає можливість запобігти розвитку важких когнітивних змін та деменції.

Такий спосіб лікування проводиться в кардіологічному відділенні Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова з 2009 року і його успішно використано у 79 хворих з гіпертонічною хворобою високого кардіального ризику.

#### Приклад

5 Хвора Н., 46 років, карта стаціонарного хворого №3374, перебувала на стаціонарному лікуванні у Вінницькій обласній клінічній лікарні ім. М.І. Пирогова з 21.02.2011 по 06.03.2011.

Діагноз: Гіпертонічна хвороба II ст., 2 ступінь. Гіпертензивне серце. Ішемічна хвороба серця. Стабільна стенокардія напруги, атеросклеротичний міокардіосклероз, склероз аорти, коронарних судин, II функціональний клас. Ожиріння I ст. Серцева недостатність I ст. Хронічне порушення мозкового кровообігу I ступеня, легкі когнітивні порушення.

10 При госпіталізації скарги на головний біль, запаморочення, болі в ділянці серця, що тривають близько 15 хвилин, задишка при підвищенні АТ, перепади АТ від 140/90 мм рт. ст. до 90/60 мм рт. ст., шум у вухах, погіршення пам'яті, забудькуватість на буденні події, зниження працездатності.

15 Анамнестично: хворіє близько року, амбулаторно лікувалась (кардіомагніл, берліприл, новопасит), попередньо госпіталізована в відділення однієї з ЦРЛ, але лікування без вагомого результату, причину хвороби чітко не вказує.

20 Вперше діагноз гіпертонічна хвороба виставлений в 2010 році, короткими курсами по (2 тижні) отримувала гіпотензивну терапію берліприл по 1 табл., (еналаприлу малеат - 10 мг, гідрохлортиазид - 25 мг) 1 раз на добу та кардіомагніл по 1 табл., (ацетилсаліцилова кислота - 75мг, магнію гідроксид - 15,2 мг) на ніч. Гіпотензивна терапія була в амбулаторних умовах у вигляді каптопресу (1 табл. 2рази/день) чи ніфедипіну (1-2 табл. 1 раз/добу), але перепади АТ стали частішими до 4-3 разів/тиждень, майже щоденно. Анамнестично, будь-які захворювання чи травми центральної нервової системи документально не зафіксовані.

25 Об'єктивно: загальний стан середнього ступеня важкості, свідомість ясна. Шкіра бліда, чиста, видимі слизові оболонки блідо-рожеві, чисті. При перкусії над ділянкою серця: ліва межа зміщена на 1 см, вліво по середньоключичній лінії, верхівковий поштовх - не змінений, але палькується на 1 см, лівіше від норми. При аускультатії - I тон ослаблений на верхівці, ритмічний, акцент II-го тону на аорті, додаткових шумів немає. ЧД - 20 рухів за хв., ЧСС - 85 уд./хв. АТ 130/80 мм рт. ст. При аускультатії легень: дихання везикулярне, хрипів немає. Живіт м'який, безболісний. Печінка та селезінка не збільшені. Пастозність нижньої третини обох гомілок. Діурез та випорожнення в нормі.

35 Проведено ряд лабораторних та інструментальних обстежень. При біохімічному дослідженні встановлене порушення ліпідного обміну: загальний холестерин - 7,6 ммоль/л. За даними ЕКГ: зміщення сегменту ST на 0,1 від ізолінії, дифузне зниження зубця T, ЕКГ ознаки гіпертрофії лівого шлуночка. Показники ДМАТ вказували на наявність артеріальної гіпертензії (середньодобові значення САТ-150 мм рт. ст., варіабельність ДАТ 16,6 мм рт. ст., швидкість ранкового підйому САТ-11 мм рт. ст. недостатнє нічне зниження систолічного АТ - ДІ САТ 0,93 %, надмірне нічне зниження діастолічного АТ - ДАТ 26,55 %) та ЕХОКГ-ознаки концентричного ремоделювання лівого шлуночка (виявлено збільшення індексів ЛП - 16, КДО - 40 54, КСО - 17). За допомогою УЗД екстракраніальних та екстрацеребральних судин встановлено - УЗЛ-ознаки вертебробазиллярної недостатності зліва, ектазія яремної вени справа, венозна гіпертензія зліва.

45 На основі нейрокогнітивного тестування встановлено легкі когнітивні порушення - 24 бали за MMSE, середній час роботи з таблицями Шульте - 78 секунд, ефективність роботи - 81,2 сек., впрацьованість - 0,99, психічна стійкість - 1,0. Індекс самооцінки здоров'я - 17 балів, сумарний бал за анкету Вейна - 41.

50 Хворій крім антигіпертензивної терапії (інгібітор АПФ, Р-адрноблокатор, антагоніст кальцію) додали олатропіл по 1 капсулі 3 рази на добу протягом 3 місяців. При повторному обстеженні через 3 місяці загальний стан хворої покращився, болі в серці зменшилися, запаморочення та шум в голові майже не турбували, перепади АТ зникли, підвищилась загальна працездатність, фоновий настрій, емоційне самопочуття. Робочий АТ-120/70 мм рт. ст. Показники ДМАТ мали тенденцію до покращення: середньодобовий САТ 140 мм рт. ст., Вар САТ і ВАР ДАТ була 12 мм рт. ст., ШРП САТ 8 мм рт.ст., ДІ САТ-4 %, ДІ ДАТ - 15 %. ЕХО КГ ознаки мали теж позитивну динаміку: ІЛП 14,9, ІКСО 14,1). При УЗД екстракраніальних та екстрацеребральних судин встановлено незначну вертебробазиллярну недостатність зліва, ектазію яремної вени справа.

55 Основним було - покращення інтелектуально-мнестичних функцій - 27 балів за MMSE, середній час роботи з таблицями Шульте - 71 секунда, ефективність роботи - 76,6 сек., впрацьованість - 0,98, психічна стійкість - 1,0. Індекс самооцінки здоров'я - 15 балів, сумарний бал за анкету Вейна - 27.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

- 5 Спосіб корекції когнітивних порушень у пацієнтів з гіпертонічною хворобою високого кардіального ризику, що передбачає призначення лікарських препаратів, який **відрізняється** тим, що хворим додатково до антигіпертензивної терапії призначають препарат "Олатропіл" з розрахунку 1 капсула 3 рази на добу, за 10-15 хвилин до їжі, протягом 3 місяців.

---

Комп'ютерна верстка Г. Паяльніков

---

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