



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **98305** (13) **U**
(51) МПК (2015.01)
A61K 31/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

<p>(21) Номер заявки: u 2014 11817</p> <p>(22) Дата подання заявки: 31.10.2014</p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 27.04.2015</p> <p>(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 27.04.2015, Бюл.№ 8</p>	<p>(72) Винахідник(и): Денесюк Олена Віталіївна (UA), Денесюк Віталій Іванович (UA), Мостовий Юрій Михайлович (UA), Щербак Віктор Петрович (UA), Щербак Олексій Вікторович (UA)</p> <p>(73) Власник(и): ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018 (UA)</p>
---	---

(54) СПОСІБ КУПУВАННЯ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ТА ЗНИЖЕННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ПРИ ГОСТРОМУ КОРОНАРНОМУ СИНДРОМІ З КОМОРБІДНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ПЕРЕД ПРОВЕДЕННЯМ КОРОНАРОАНГІОГРАФІЇ ТА СТЕНУВАННЯ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ

(57) Реферат:

Спосіб купування больового синдрому та зниження артеріального тиску при гострому коронарному синдромі з коморбідною артеріальною гіпертензією перед проведенням коронароангіографії та стентування коронарних артерій полягає в тому, що у таких пацієнтів при наявності сильних і тривалих болей в ділянці серця та підвищенні артеріального тиску перед проведенням коронароангіографії та стентування коронарних артерій вводять 10 мг ізокету на 20 мл фізіологічного розчину внутрішньовенно протягом 15-20 хв. та оцінюють дані зареєстрованої електрокардіограми. При недостатньому зменшенні болей в ділянці серця та пониженні артеріального тиску до цільового рівня повторно вводять 10 мг ізокету внутрішньовенно через 15-20 хв.

UA 98305 U

Корисна модель належить до медицини, а саме до кардіології, і може використовуватися для купування больового синдрому та зниження артеріального тиску при гострому коронарному синдромі (ГКС) з коморбідною артеріальною гіпертензією (АГ) перед коронароангіографією та стентуванням коронарних артерій.

5 Відомо, що ГКС з коморбідною АГ зустрічається приблизно в 60-70 % і частіше. Проте перед проведенням коронароангіографії та стентування коронарних артерій у таких хворих необхідно терміново зняти больовий синдром та понизити АТ до цільового рівня (менше 140/90 мм рт. ст.), що має виключно важливе значення, оскільки може розширюватись зона некрозу міокарда та виникати різні ускладнення. Проте в літературі така тактика лікування чітко не відпрацьована.

10 Тому у таких хворих з цією метою використовують β -адреноблокатори, інгібітори АПФ, блокатори рецепторів ангіотензину II [Коваленко В.Н. та співавт., 2010].
У хворих на ГКС з коморбідною АГ необхідно перш за все одночасно купувати як больовий синдром, так і понизити АТ до оптимального рівня за рахунок посилення синтезу і замісного введення нітратів, які збільшують синтез оксиду азоту в крові, що призводить до розширення коронарних і периферичних артерій. Найближчий аналог запропонованого способу купування больового синдрому та зниження АТ при ГКС з коморбідною АГ перед стентуванням коронарних артерій невідомий. В основу запропонованого способу покладено пониження АТ перед проведенням коронароангіографії та стентування коронарних артерій у хворих з ГКС та високим артеріальним тиском шляхом введення ізокету.

20 Спосіб купування больового синдрому та зниження артеріального тиску при гострому коронарному синдромі з коморбідною артеріальною гіпертензією перед проведенням коронароангіографії та стентування коронарних артерій, згідно з корисною моделлю, у таких пацієнтів при наявності сильних і тривалих болей в ділянці серця та підвищенні артеріального тиску перед проведенням коронароангіографії та стентування коронарних артерій вводять внутрішньовенно 10 мг ізокету на 20 мл фізіологічного розчину протягом 15-20 хв. для пониження і досягнення цільового рівня артеріального тиску менше 140/90 мм рт. ст. та оцінюють дані зареєстрованої електрокардіограми. При недостатньому зменшенні болей в ділянці серця та пониженні артеріального тиску до цільового рівня повторно вводять 10 мг ізокету внутрішньовенно через 15-20 хв.

30 Результати вивчення впливу ізокету на величину АТ у 15 хворих на ГКС з коморбідною АГ наведені в таблиці.

Таблиця

Вплив ізокету на величину АТ при ГКС з коморбідною АГ (M \pm m)

Показники АТ	До лікування n=15	Через 15 хв. n=15		Після лікування n=15	
			p ₁		p ₂
САТ, мм рт. ст.	147,1 \pm 3,72	127,1 \pm 1,49	<0,001	124,3 \pm 1,49	<0,001
ДАТ, мм рт. ст.	85,7 \pm 2,23	77,1 \pm 1,49	<0,01	77,1 \pm 0,74	<0,01
ПАТ, мм рт. ст.	58,6 \pm 2,23	50,0 \pm 1,49	<0,01	47,1 \pm 2,23	<0,01

Примітки:

- p₁ - результати змін АТ до лікування у порівнянні з даними, отриманими через 15 хв.;
- p₂ - результати динаміки АТ до та після лікування;
- ПАТ - пульсовий АТ;
- САТ - систолічний АТ;
- ДАТ - діастолічний АТ.

35 Як видно з наведених даних (табл.), у хворих на ГКС з коморбідною АГ після введення 10 мг ізокету внутрішньовенно через 15 хв. наступило достовірне зниження САТ (p<0,001), ДАТ (p<0,01) та ПАТ (p<0,01), а перед випискою із стаціонару воно ще більше понижувалось у результаті планового застосування β -адреноблокатора карведілолу (12,5 мг/добу) та інгібітора АПФ раміприлу (5-10 мг/добу) у порівнянні з даними до застосування ізокету, в результаті чого зменшився больовий синдром у ділянці серця у 13 із 15 обстежених хворих та досягнуто

40 цільовий рівень АТ у всіх пацієнтів.

Клінічний приклад корисної моделі

Хворий Д., 56 років, був прийнятий в інфарктне відділення зі скаргами на появу різкого печучого болю за грудиною, який не знімався нітроглицерином і тривав більше 3 год., задишку в

спокої, головний біль, підвищення АТ. Страждає гіпертонічною хворобою протягом 5 років, переніс інфаркт міокарда 3 роки тому назад. В останній тиждень наростали напади стенокардії по частоті і тривалості, які знімались нітрогліцерином та прийомом бісопрололу дозою 10 мг/добу. В останню добу після важкого фізичного навантаження виник сильний біль пекучого

5 характеру за грудиною, який не знімався нітрогліцерином. Хворий викликав швидку допомогу і був госпіталізований в інфарктне відділення через 4 год. після появи больового синдрому.

Загальний стан хворого важкий. Пульс 70 за 1 хв., напружений, ритмічний. АТ складає 180/100 мм рт. ст. Межі відносної тупості серця зміщені вліво. І тон на верхівці значно ослаблений. Вислуховується короткий систолічний шум на верхівці серця, який нікуди не

10 проводиться, акцент ІІ тону над легеневою артерією. Частота дихання 20 за хвилину. Дихання над легенями жорстке, вислуховуються поодинокі сухі хрипи. Печінка виступає із-під правого підребер'я на 2 см, на ногах - пастозність. Селезінка не пальпується. В крові визначається збільшення лейкоцитів - 10×10^9 , ШОЕ - 15 мм/год. Аналіз сечі без особливостей. Тропонін І складає 5 нг/мл. На ЕКГ патологічний зубець Q в I, aVL, V₁₋₄ відведеннях, сегмент ST

15 знаходиться на 5 мм над ізолінією, зубець T двофазний в V₁₋₄.
Внутрішньовенно введено 10 мг ізокету. Біль за грудиною значно зменшився, АТ понизився до 135/85 мм рт. ст.

Результати коронароангіографії: оклюзія тупого краю огинаючої лівої коронарної артерії.

Діагноз: ІХС, гострий (повторний) передньо-перегородочний Q-інфаркт міокарда. Гіпертонічна хвороба ІІІ ст., 2 ступеня, серцево-судинний ризик 4. СН ІІІ функціонального класу за класифікацією NYHA.

20 Проведена реканалізація двох гілок тупого краю огинаючої лівої коронарної артерії. Імплантовано стент Resolute діаметром 2,5, довжиною 24 мм, під тиском 11 атмосфер. Перша гілка тупого краю - ТІМІ-3, друга - ТІМІ-2. Медикаментозне лікування: плавікс, роксера, небіволл, арикстра, ізокет, трифас, кардіомагніл в оптимальних дозах. АТ через 15 хв. складав

25 130/80 мм рт. ст., при виписці із стаціонару - 120/80 мм рт. ст.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

30 Спосіб купування больового синдрому та зниження артеріального тиску при гострому коронарному синдромі з коморбідного артеріального гіпертензією перед проведенням коронароангіографії та стентування коронарних артерій, який полягає в тому, що у таких пацієнтів при наявності сильних і тривалих болей в ділянці серця та підвищенні артеріального тиску перед проведенням коронароангіографії та стентування коронарних артерій вводять 10 мг

35 ізокету на 20 мл фізіологічного розчину внутрішньовенно протягом 15-20 хв. та оцінюють дані зареєстрованої електрокардіограми, при недостатньому зменшенні болей в ділянці серця та пониженні артеріального тиску до цільового рівня повторно вводять 10 мг ізокету внутрішньовенно через 15-20 хв.

Комп'ютерна верстка Л. Бурлак

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

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