



УКРАЇНА

(19) UA (11) 13376 (13) U  
(51) МПК  
A61P 9/10 (2006.01)

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС

### ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

#### (54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

1

2

(21) u200511624

(22) 07.12.2005

(24) 15.03.2006

(46) 15.03.2006, Бюл. № 3, 2006 р.

(72) Коновалов Сергій Вікторович

(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І.ПИРОГОВА

(57) Спосіб лікування ішемічної хвороби серця, що передбачає призначення лікувальних засобів, який відрізняється тим, що хворим диференційовано призначають метаболічні кардіоцитопротектори в

загальноприйнятих дозах: хворим із вираженим стенокардитичним синдромом, збільшенням дисперсії корегованого інтервалу Q-T, зниженням фракції викиду, активацією перекисного окислення ліпідів - триметазидин; хворим, які перенесли раніше інфаркт міокарда, зі збільшенням індексу кінцевого діастолічного об'єму та індексу маси міокарда лівого шлуночка - мілдронат; хворим зі збільшенням індексу атерогенності, підвищенням активності перекисного окислення ліпідів у поєднанні з нападами стенокардії - кардонат.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме - до кардіології, і стосується диференційованого підходу до призначення кардіоцитопротекторів з різним механізмом дії: триметазидину, мілдронату, кардонату для комплексної терапії ішемічної хвороби серця.

Відомо, що для лікування ішемічної хвороби серця використовують монотерапію пролонгованими нітратами,  $\beta$ -адреноблокаторами або антагоністами кальцію. При посиленні симптомів захворювання та неефективності монотерапії ці лікарські засоби комбінують. Однак, комбінована медикаментозна терапія ефективна незавжди - навіть одночасне призначення трьох перерахованих препаратів може не дати бажаного результату [Akhras F., Jackson G. Efficacy of nifedipine and isosorbide mononitrate in combination with atenolol in stable angina // Lancet. - 1991. - Vol.338. - P.1036-1039]. Крім того, збільшується вірогідність появи побічних реакцій. Все це разом вказує на актуальність пошуку нових підходів до фармакотерапії ІХС.

На теперішній час накопичено досвід клінічного застосування міокардіальних цитопротекторів - триметазидину, мілдронату та кардонату. Позитивний ефект цих препаратів зумовлений втручанням у метаболічні процеси в кардіоміоцитах шляхом оптимізації використання кисню та збереження енергетичного потенціалу [Амосова Е. Н. Метабо-

лическая терапия повреждения миокарда, обусловленного ишемией: новый подход к лечению ишемической болезни сердца и сердечной недостаточности // Укр. кард. журнал - 2000.- №4. - С.85-92] (прототип). Однак не конкретизовані покази до їх призначення, не проведена порівняльна оцінка їх кардіопротективної дії, не розроблена методика їх диференційованого застосування в залежності від виразності систолічної дисфункції, стану процесів ліпопероксидації, які визначають виразність апоптозу кардіоміоцитів.

В основу корисної моделі "Спосіб лікування ішемічної хвороби серця" поставлене завдання оптимізувати лікування хворих на ішемічну хворобу серця. Поставлене завдання вирішується шляхом диференційованого призначення засобів кардіоцитопротективної терапії на підставі вивчення їх впливу на показники гемодинаміки, електричну гетерогенність міокарду, процеси перекисного окислення ліпідів, за допомогою дисперсійного аналізу найбільш значущих клінічних, біохімічних та інструментальних показників на підставі оцінки впливу кожного з цих показників на стан хворого.

Встановлено, що ефективність триметазидину у хворих на ішемічну хворобу серця була більшою при виразному стенокардитичному синдромі, порушенні скоротливої спроможності міокарду, збільшенні дисперсії корегованого інтервалу Q-T, збільшенні перекисного гемолізу еритроцитів.

(19) UA (11) 13376 (13) U

Найбільший вплив на якість життя хворих на ішемічну хворобу серця, що приймали в комплексній терапії триметазидін, виявляли показники, що характеризують частоту нападів стенокардії, функціональний стан міокарду: індекс кінцевого систолічного об'єму, фракції викиду, початковий функціональний клас серцевої недостатності, толерантність до фізичного навантаження.

Мілдронат за впливом на толерантність до фізичного навантаження виявився більш ефективним у хворих, що мали в анамнезі перенесений інфаркт міокарду, з ознаками серцевої недостатності, при збільшеному індексі маси міокарду лівого шлуночка. Значимість частоти нападів стенокардії була меншою. На поліпшення якості життя хворих найбільший вплив мали вихідні величини індексу кінцевого діастолічного об'єму та функціональний клас серцевої недостатності, величина дисперсії корегованого інтервалу Q-T, наявність в анамнезі інфаркту міокарду, толерантність до фізичного навантаження.

Вплив кардонату на підвищення толерантності до фізичного навантаження був більш виразним у пацієнтів з порушенням ліпідного складу крові та процесів ліпопероксидації, збільшенні дисперсії корегованого інтервалу Q-T, при наявності в анамнезі інфаркту міокарду. В поліпшенні якості життя при застосуванні кардонату найбільшу прогностичну вагу мали такі вихідні показники, як толерантність до фізичного навантаження, частота нападів стенокардії, функціональний клас серцевої недостатності та біохімічні показники: індекс атерогенності (ІА) та маалоновий діальдегід (МДА).

Спосіб здійснюється таким чином. Після оцінки клінічних, інструментальних і біохімічних показників призначають або триметазидін в дозі 0,02 3

раза на добу, або мілдронат в дозі 1г на добу, або кардонат по 1 капсулі 3 рази на добу.

Приклад 1

У чоловіка 57 років з ішемічною хворобою серця, стабільною стенокардією напруги II функціонального класу, серцевій недостатності II ФК, під впливом терапії з триметазидіном спостерігається зменшення частоти нападів стенокардії з 4 до 1 випадка на добу, зменшення дисперсії корегованого інтервалу Q-T з 45,6 до 33,7мс<sup>1/2</sup>, зменшення ІКСО та збільшення ФВ з 30,0мм/м<sup>2</sup> та 46,7% до 28,05мм/м<sup>2</sup> та 49,1%, а також зменшення перекисного гемолізу еритроцитів з 7,3 до 6,0од.

Приклад 2

У чоловіка 59 років з ішемічною хворобою серця, стабільною стенокардією напруги III функціонального класу, післяінфарктний (1998р.) кардіосклероз, серцевій недостатності II ФК, під впливом терапії з мілдронатом зменшилась частота нападів стенокардії з 4 до 2 випадків на добу, зменшення дисперсії корегованого інтервалу Q-T з 43,6 до 21,6 мс<sup>1/2</sup>, збільшення ІКДО та ФВ з 113,2мм/м<sup>2</sup> та 42,0% до 123,9мм/м<sup>2</sup> та 52,0%, а також зменшення ІММЛШ з 116,5 до 102,25г/м<sup>2</sup>.

Приклад 3

У чоловіка 58 років з ішемічною хворобою серця, стабільною стенокардією напруги II функціонального класу, серцевій недостатності II ФК, під впливом терапії з кардонатом спостерігається зменшення частоти нападів стенокардії з 3 до 2 випадка на добу, зменшення дисперсії корегованого інтервалу Q-T з 41,7 до 33,4мс<sup>1/2</sup>, зменшення ІА з 5,4 до 4,1 та МДА з 4,67 до 3,27ммоль/л.

Таким чином, ефективність кардіоцитопротекторної терапії підвищується при диференційованому підході до їх призначення на підставі визначення вкладу показників в прогноз захворювання.