

Винахід стосується медицини, а саме, кардіології, і може бути використаним у лікуванні гострого коронарного синдрому (ГКС) у хворих з артеріальною гіпертензією (АГ).

Лікування ГКС - нестабільної стенокардії та інфаркту міокарда без зубця Q на ЕКГ - у хворих з АГ є однією з найважливіших проблем сучасної кардіології, що можна пояснити суттєвим впливом АГ на найближчий та віддалений прогноз ГКС. Дані численних багатоцентрових досліджень свідчать про те, що якнайшвидше використання аденоблокаторів на тлі базисної терапії ГКС дозволяє суттєво знизити ризик виникнення фатальних ускладнень ГКС та летальність. За звичай у клінічній практиці використовують β -аденоблокатори (атенолол, метопролол) без додаткових вазоділатуючих властивостей. Однак, для лікування гострого коронарного синдрому у хворих з артеріальною гіпертензією вони недостатньо ефективні, а у деяких випадках їх використання призводить до виникнення побічної дії з боку периферичних судин, що викликало необхідність у розробці нових способів.

Відомий спосіб лікування гострого коронарного синдрому у хворих з артеріальною гіпертензією, який полягає у призначенні хворому базисної терапії та атенололу по 25 мг перорально 2 рази на добу (Чернов С.А. Нестабільна стенокардія: особливості патогенеза і лікування // Російський кардіологічний журнал. - 2002. - №1. - С.6-10.)

Суттєві ознаки аналога і винаходу, що збігаються, є такі:

- призначення хворому базисної терапії;
- призначення аденоблокатору.

Цей спосіб є недостатньо ефективним, тому, що не призводить до зниження діастолічного артеріального тиску (ДАТ) до цільового рівня (<90 мм рт.ст.), нормалізації добового індексу та варіабельності ДАТ, суттєвого зниження показників «навантаження тиском» (індекс площі та індекс часу) та показників ішемії міокарда за даними комбінованого добового моніторування АТ та ЕКГ та супроводжується периферичним вазоспазмом, завдяки чому не досягається бажаний антиангінальний, антиішемічний та антигіпертензивний ефект. Окрім того, цей спосіб лікування дуже часто призводить до виникнення вираженої брадікардії.

Найбільш близьким за технічною сутністю, та результатом, що досягається, є спосіб, який полягає у призначенні хворому базисної терапії та небіволулу по 5 мг перорально 1 раз на добу (Пархоменко А.Н., Лугай Я.М. Безпечність і ефективність застосування представника нового покоління блокаторів β -адренорецепторів со своїми властивостями модулятора метаболізму оксиду азоту небіволула (небіволула) у хворих з острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST на електрокардиограмме // Український медичний часопис - 2001 - №2 - С.24-28).

Спільними суттєвими ознаками прототипу і винаходу, що заявляється є такі:

- призначення хворому базисної терапії;
- призначення аденоблокатору.

Цей спосіб є недостатньо ефективним, тому, що не зважаючи на додаткові вазоділатуючі властивості цього лікарського засобу, при призначенні його хворим з добовим профілем ДАТ типу night-peaker та non-dipper перорально один раз на добу, цього режиму дозування виявляється недостатньо для утримання ДАТ на цільовому рівні у нічний час. А очікувані ефекти щодо нормалізації варіабельності ДАТ, суттєвого зниження показників «навантаження тиском» (індекс площі та індекс часу) та ішемії міокарда за даними комбінованого добового моніторування АТ та ЕКГ розвиваються через 3-4 тижня терапії.

В основу винаходу поставлено задачу удосконалення способу лікування гострого коронарного синдрому у хворих з артеріальною гіпертензією шляхом використання інших лікарських засобів, що забезпечить підвищення ефективності лікування, зменшить кількість ускладнень та покращить прогноз хворих.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі, який включає призначення хворому базисної терапії та аденоблокатора, новим є те, що як аденоблокатор призначають карведилол по 25 мг перорально 2 рази на добу протягом одного місяця.

Причинно-наслідковий зв'язок між сукупністю ознак, що заявляються, та технічним результатом полягає у такому.

Призначення карведилолу по 25 мг перорально 2 рази на добу дозволить адекватно контролювати ДАТ як вдень, так і вночі, нормалізувати добовий індекс та варіабельність ДАТ, навіть у пацієнтів з добовим профілем ДАТ типу night-peaker та non-dipper, суттєво знизити показники «навантаження тиском» (індекс площі та індекс часу) та показників ішемії міокарда, за даними комбінованого добового моніторування АТ та ЕКГ, вже у перші 24-48 годин після призначення, завдяки чому будуть досягнуті виражені антиангінальний, антиішемічний та тривалий антигіпертензивний ефекти. Окрім того, карведилол володіє антиоксидантними властивостями, завдяки чому реалізується його кардіопротекторна дія.

Таким чином, сукупність вищезначених позитивних впливів дозволить підвищити ефективність лікування, знизити кількість ускладнень, та покращити прогноз при лікуванні гострого коронарного синдрому у хворих з артеріальною гіпертензією.

Спосіб здійснюють таким чином.

Хворому призначають базисну терапію та карведилол по 25 мг перорально 2 рази на добу, протягом 1 місяця.

Приклад. Хворий К., 1939 р.н., був госпіталізований у міську клінічну лікарню №5 16.09.2003 зі скаргами на інтенсивний біль давлячого, пекучого характеру, який виникає при незначному фізичному навантаженні та у спокої до 10 раз на добу, біль триває 5-15 хвилин, позбавитися болю на короткий час допомагає сублінгвальний прийом нітрогліцерину 0,5 мг та ненаркотичні анагетичні; підвищення артеріального тиску до 160/100 мм рт.ст. після ретельного клініко-біохімічного обстеження був встановлений діагноз: «Гострий коронарний синдром. Артеріальна гіпертензія» та призначений курс лікування за способом, що пропонується, а саме: базисна терапія: інфузія ізокету - 20 мг у першу добу, а потім кардікет - 60-120 мг/добу, аспірин - 250 мг/добу, гепарин - внутрішньовенно 5000 ОД (болюс) з наступною інфузією 1000 ОД на годину (24 години), потім 5000 ОД x 4 рази/добу протягом 5 діб, та карведилол по 25 мг перорально 2 рази на добу, протягом 1 місяця. Болювий

синдром повністю зник у перші 24 години лікування. Рівень офісного САТ і ДАТ знизився на 9,3% та 12,5% відповідно, ЧСС - на 6,8% у перші 48 годин. За даними комбінованого добового моніторування АТ та ЕКГ, яке проводилось у першу та п'яту добу перебування хворого у стаціонарі, середньодобові показники САТ і ДАТ знизились на 12,2% та 14,7%, середньоденні САТ і ДАТ - на 12,4% та 14,4%, середньонічні САТ і ДАТ - на 11,7% та 15,2% відповідно; індекс часу САТ і ДАТ зменшились на 30,2% та 43,5%, індекс площі САТ і ДАТ - на 28,5% та 48,3% відповідно. Що свідчить про значне зменшення «навантаження тиском» протягом доби. Добовий профіль САТ і ДАТ пацієнта відповідав типу non-dipper (добовий індекс - 8,2% та 6,3% відповідно), при повторному обстеженні добовий індекс САТ - 12,4%, ДАТ - 14,8%, що відповідає типу dipper. Спостерігалось значне зниження показників ішемії міокарда: загальної тривалості ішемії - на 78,6%, загальної площі ішемії - на 86,2%, кількості епізодів ішемії - на 72,5%. Протягом перебування хворого у стаціонарі не було зафіксовано жодних ускладнень захворювання. Бажані ефекти від лікування були досягнуті набагато раніше та значно перевищували результати використанні інших адреноблокаторів на тлі базисної терапії.

Через 21 добу лікування хворий був виписаний у задовільному стані.