



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **14788** (13) **U**  
(51) МПК (2006)**A61K 31/4184** (2006.01)**A61K 47/38****A61P 9/04** (2006.01)**A61K 36/00****A61K 31/015** (2006.01)МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ**ОПИС****ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**видається під  
відповідальність  
власника  
патенту**(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ З СИСТОЛІЧНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА НА ТЛІ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ**

1

2

(21) u200600017

(22) 03.01.2006

(24) 15.05.2006

(46) 15.05.2006, Бюл. № 5, 2006 р.

(72) Ковалевська Людмила Андріївна

(73) ОДЕСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІ-  
ВЕРСИТЕТ(57) Спосіб лікування хронічної серцевої недостат-  
ності у хворих похилого віку з систолічною дисфу-

нкцією лівого шлуночка на тлі ішемічної хвороби  
серця та гіпертонічної хвороби шляхом викорис-  
тання блокаторів рецепторів ангіотензину, який  
**відрізняється** тим, що призначають препарат  
кандесар по 4-8 мг перорально, одноразово на  
добу протягом 5-6 місяців з повторенням курсу у  
разі декомпенсації хронічної недостатності.

Корисна модель відноситься до області меди-  
цини, а саме до кардіології, і може бути викорис-  
тана при лікуванні хронічної серцевої недостатно-  
сті (ХСН) у хворих з систолічною дисфункцією  
лівого шлуночка на тлі ішемічної хвороби серця та  
гіпертонічної хвороби.

З самого початку впровадження в клінічну  
практику блокаторів рецепторів ангіотензину II  
(БРА) використання при ХСН виглядало досить  
принадливим як з точки зору теоретичних мотивів  
(можливість повної переважно до інгібіторів ангіо-  
тензин-перетворюючого фермента (ІАПФ), блока-  
ди патологічних міокардіальних судинних і рена-  
льних ефектів ангіотензину II-гіпертрофії,  
кардіофіброза, вазоконстрикції, затримки Na і во-  
ди), так і з клінічних позицій (висока безпека ліку-  
вання, яка може бути співставлена з плацебо, за-  
стосування якого дозволяє знижувати легенево-  
капілярний тиск пацієнтів з ХСН, викликати регрес  
ремоделювання і збільшувати фракцію викиду  
(ФВ) лівого шлуночка (ЛШ), покращувати толеран-  
тність до фізичного навантаження (ТФН) [1].

Відомий метод дослідження, в якому викорис-  
товувався лозартан у пацієнтів з ХСН III-IV функ-  
ціонального класу (ФК) за Нью-Йоркською класи-  
фікацією (NYHA), призвів до недостойменного  
збільшення раптової серцевої смерті у порівнянні

з групою, якій призначали каптоприл на фоні бази-  
сної терапії.

Найбільш близьким до запропонованого техні-  
чного рішення є багато-центрове дослідження  
VaLHeFT у групі хворих з ХСН II-IV ФК з ФВ<40%,  
де використовували АПФ поряд з β-  
адреноблокаторами і додатково - валсартан.

Однак, при вказівному лікуванні збільшувала-  
ся частота виникнення смертельних виходів [2].

В основу корисної моделі поставлено задачу  
вдосконалення способу лікування хронічної сер-  
цевої недостатності шляхом включення до базис-  
ної терапії блокатору рецептора ангіотензину кон-  
десара, що дозволить покращити клінічний  
прогноз у хворих похилого віку з ХСН III-IV ФК на  
тлі ішемічної хвороби серця (ІХС), незалежно від  
ступеню збереження систолічної функції лівого  
шлуночка, збільшити ГФН, покращити якість життя  
хворих.

Поставлена задача вирішується тим, що, згід-  
но корисної моделі, хворому призначають препа-  
рат кандесар по 8 мг перорально, одноразово на  
добу на протязі 5-6 місяців з повторенням курсу у  
разі декомпенсації хронічної недостатності.

Спосіб використовується наступним чином.

За допомогою запропонованого способу пролі-

(19) **UA** (11) **14788** (13) **U**

ковано 23 пацієнти з ХСН III-IV ФК зі збереженою і порушеною систолічною функцією лівого шлуночка (ФВ>40% і ФВ<40% відповідно). Хворим був призначений антагоніст рецепторів кандесар (виробництва Індії) в дозі 4 мг, перорально, одноразово на добу, курсом 5-6 місяців з повторенням курсу у разі „декомпенсації“ хронічної серцевої недостатності. Лікування проводилося на тлі базисної терапії - нітрати, діуретики, інгібітори АПФ, інгібітори альдостерона, серцеві глікозиди, метаболічні препарати, β-адреноблокатори, антикоагулянти).

При доброму перенесенні і хворим зі стійким синдромом артеріальної гіпертензії призначався кандесар по 8 мг одноразово на добу. Через 5 днів приймання кандесара у всіх хворих значно покращилася якість життя, знизився функціональний клас (ФК) ХСН, покращилися показники центральної геодинаміки (ехокардіограма), збільшилися ТФН (за тестом з 6-хвилинною ходьбою) і ВСР (холтеровське моніторування). Ознак застійної серцевої недостатності після 6 місяців не спостерігалось. Відмічалось зниження артеріального тиску (АТ) (у хворих із добовою одноразовою дозою кандесара 8 мг), ймовірне збільшення ФВ лівого шлуночка - на 8%, збільшення ТФН і ВСР, що, в свою чергу, визначило збільшення періода повторних госпіталізацій, а також зниження строків нахождення хворих в стаціонарі при наступних госпіталізаціях. Спостерігалась добре перенесення.

Приклад конкретного виконання способу.

Хворий Р., 69р. Діагноз: ІХС, стенокардія напруження, III функціонального класу (ФК). Постінфарктний кардіосклероз (з 1999р.) з порушенням прохідності, атріовентрикулярна блокада II ступеню, гіпертонічна хвороба III стадії (гіпертрофія ЛШ. Гіпертонічна ангіопатія сітківки. Дисциркуляторна енцефалопатія гіпертонічного генезу), артеріальна гіпертензія - III, НК II АСТ з порушенням систолічної функції лівого шлуночка ХСН - IV (NYHA).

Лікування - в стаціонарі нітратами, діуретиками і АПФ, інгібіторами альдостерона, серцевими

глікозидами, метаболічними засобами, антикоагулянтами на протязі 5 днів позитивного лікувального ефекта не дало. Якість життя, що оцінюється за Міннесотським опитуванням, знизилася ще на 15 балів. Після включення за пропонуванням способом кандесара (4мг, одноразово на протязі 3-х днів, потім 8мг, однократно за добу курсом 5 днів). Після закінчення курсу лікування значно покращилася якість життя пацієнта (суб'єктивна оцінка), нівельовані об'єктивні ознаки ХСН (суттєво зменшилися набряки, зменшилася в розмірах печінка). Крім того покращилися показники гемодинаміки (збільшилася на 8% ФВЛ повністю, знизився артеріальний тиск (сistolічний і діастолічний)), збільшилися ВСР (за даними холтеровського моніторування) і ТФН (згідно тесту, що включає 6-хвилинну ходьбу). Через 14 днів хворий з покращенням стану виписаний із військового шпиталю на амбулаторне лікування.

За запропонованою методикою хворий амбулаторне спостерігався 6 місяців. Ознак застійної СА не спостерігалось.

В порівнянні з найближчим аналогом заявлений спосіб лікування дозволяє знизити ФК ХСН (по NYHA) і АТ, збільшити ФК ХСН (за даними ехокардіографії, теста 6-хвилинною ходьбою, холтеровського моніторування). Відмічена добра переносність кандесара. Заявлений спосіб простий і безпечний, дозволяє швидше нівелювати ознаки ХСН (як суб'єктивні, так і об'єктивні), знизити строки госпіталізації, збільшити період повторних госпіталізацій з приводу ХСА.

Джерела інформації

1. Candesartan in Heart failure - Assessment of Reduction in Mortality and Morbidity (CHARM): rationale and design / K.K.Swedberg, M.Pfeffer, C.Granger et al. // J.Card.Fall. - 1999. - Vol.5(3). - P.276-282.

2. Asmi M.N., Waish M.J. A practical guide to echocardiography. - London: Chapman Hall Medical, 1995. - 260p.