



УКРАЇНА

(19) UA (11) 50715 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 5/02
G01N 33/49

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ІЗ СТЕНОКАРДІЄЮ ТА АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ АТЕНОЛОЛОМ

1

(21) u200912352

(22) 30.11.2009

(24) 25.06.2010

(46) 25.06.2010, Бюл.№ 12, 2010 р.

(72) БИЧКО МИХАЙЛО ВАСИЛЬОВИЧ, СОСКИДА РОМАН ІЛЛІЧ, ВЕЛИКОКЛАД ЛАРИСА ЮРІІВНА, КОСТА ГАННА МИХАЙЛІВНА, БИЧКА ЯРОСЛАВ МИХАЙЛОВИЧ

(73) ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД "УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ"

(57) Спосіб оцінки ефективності лікування хворих на ішемічну хворобу серця із стенокардією та артеріальною гіпертензією атенололом, який вклю-

2

чає порівняння стану хворих до і після лікування, який **відрізняється** тим, що до лікування атенололом у хворого в стані спокою здійснюють забір 5мл крові з ліктьової вени і визначають рідинні властивості крові шляхом вимірювання в'язкості крові на ротаційному віскозиметрі при різних напругах зсуву від 0,020дин/см² до 8,8дин/см², далі після лікування атенололом проводять забір 5мл крові з ліктьової вени і проводять аналогічне дослідження, при цьому якщо в'язкість крові при нарузі зсуву 0,3дин/см² зменшиться на 10% в порівнянні з напругою до лікування, то гемореологічний результат та антиангінальний ефект оцінюють як позитивні.

Корисна модель відноситься до медицини, а точніше до кардіології і може бути використана для об'єктивної оцінки антиангінального ефекту атенололу у хворих ішемічною хворобою серця (ІХС) з стенокардією та артеріальною гіпертензією.

Відомий спосіб оцінки ефективності лікування хворих ІХС з стенокардією та артеріальною гіпертензією різними препаратами, в тому числі атенололом, який полягає в порівнянні даних проб з дозованим фізичним навантаженням до і після лікування [1] - прототип.

Спосіб оцінки ефективності лікування проводять за допомогою велоергометри в лежачому або сидячому положенні, або стоячи наступним чином на велоергометрі проводяться ступенево-наростаюче навантаження 5-6 хвилин для кожного ступеня. На кожному послідовному ступені навантаження збільшують на 150кГм·хв. і, визначають в скільки разів збільшується потреба в кисні в порівнянні з вихідними даними, обчислюють величину і оцінюють функціональний стан серця. Але такий спосіб не забезпечує достовірну інформацію дієвості антиангінального ефекту застосування препарату атенололу, так як приріст потужності порогового навантаження може бути лімітований підйомом артеріального тиску (АГ) (проба неадекватна), або може бути зовсім відсутнім при наяв-

ності позитивного антиангінального ефекту по суб'єктивних ознаках (тобто зникнення стенокардії - больових відчуттів).

Завданням корисної моделі є об'єктивізація антиангінального ефекту атенололу у хворих ІХС з стенокардією та артеріальною гіпертензією.

Поставлене завдання досягається таким чином, що спосіб оцінки ефективності лікування хворих на ішемічну хворобу серця з стенокардією та артеріальною гіпертензією, який включає порівняння стану хворих до і після лікування, згідно корисної моделі відрізняється тим, що до лікування атенололом у хворого у стані спокою здійснюють забір 5мл крові з ліктьової вени і визначають рідинні властивості крові шляхом вимірювання в'язкості крові на ротаційному віскозиметрі при різних напругах зсуву від 0,020дин/см² до 8,8дин/см², далі після лікування атенололом проводять забір 5мл крові з ліктьової вени і проводять аналогічне дослідження, при цьому якщо в'язкість крові при нарузі зсуву 0,3дин/см² зменшується на 10% в порівнянні з напругою до лікування, то гемореологічний результат та антиангінальний ефект оцінюють як позитивні.

Запропонований спосіб оцінки ефективності лікування хворих ІХС з стенокардією та артеріальною гіпертензією атенололом має суттєві переваги

(19) UA (11) 50715 (13) U

над способом - прототипом, а саме в дослідженні встановлено, що позитивний антиангінальний ефект атенололу по суб'єктивній ознаці завжди поєднується з позитивним гемореологічним результатом лікування, при цьому підвищення потужності порогового навантаження може і не бути.

Спосіб здійснюється слідуочим чином:

Приклад 1.

У хворого К. у висхідному стані відмічалось 5 нападів стенокардії на добу, вихідна потужність порогового навантаження (50 Вт) - сумнівна із-за значного підйому АТ, густина крові $[\eta]$ при напрузі зсуву $0,3 \text{дин/см}^2$ складала 27,2спз. Після застосування лікування атенололом напади стенокардії зникли. Але потужність порогового навантаження залишилась попередньою - 50Вт, тобто вона не стала відображенням клінічного покращення стану хворого. При цьому густина крові $[\eta]$ зменшилась до 18,0спз, тобто відмічалось співпадання клінічного та гемореологічного результатів лікування.

Приклад 2.

У хворого Л. у висхідному стані відмічалось 5 нападів стенокардії на добу, потужність порогового навантаження 50Вт поєднувалась з суттєвим підйомом АТ, густина крові при напрузі зсуву $0,3 \text{дин/см}^2$ складала 28,2спз. Після лікування атенололом напади стенокардії зникли, потужність порогового навантаження не змінилась, густина

крові при напрузі зсуву $0,3 \text{дин/см}^2$ зменшилась до 19,5спз.

Приклад 3.

У хворого Ш. у висхідному стані відмічалось 4 напади стенокардії на добу, потужність порогового навантаження 50Вт. Густина крові при напрузі зсуву $0,3 \text{дин/см}^2$ складала 27,8спз. Після лікування атенололом напади стенокардії зменшились до 1, потужність порогового навантаження не змінилась, густина крові зменшилась до 20,1спз.

У вказаних прикладах клінічний ефект підтверджується гемореологічним.

Запропонований спосіб достовірно об'єктивізує клінічне покращення стану хворих ІХС з стенокардією та артеріальною гіпертензією після проведеного лікування атенололом, зменшує кількість ускладнень, так як відпадає необхідність проведення хворому проби з дозованим фізичним навантаженням, що особливо небезпечно у хворих з аритміями, недостатністю кровообігу, артеріальною гіпертензією.

Корисна модель може бути використана у кардіологічних відділеннях лікувальних закладів, кардіологічних центрах тощо.

Джерела інформації:

1.Д.М.Аронов и соавт. Терапевтический архив, 1980, т.52, с.19-22 - Прототип.