



УКРАЇНА

(19) UA (11) 64619 (13) U
(51) МПК
A61B 5/02 (2006.01)
G01N 33/49 (2006.01)

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ БЕТАКСОЛОЛОМ ВАГІТНИХ ЖІНОК, ХВОРИХ НА СТЕНОКАРДІЮ ТА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ПОРУШЕННЯМ ДІАСТОЛІЧНОЇ ФУНКЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ПО "ГІПЕРТРОФІЧНОМУ" ТИПУ

1

(21) u201105188
(22) 26.04.2011
(24) 10.11.2011
(46) 10.11.2011, Бюл.№ 21, 2011 р.
(72) МАЛЯР ВІТАЛІЙ ВАСИЛЬОВИЧ, БИЧКО ЯРОСЛАВ МИХАЙЛОВИЧ, БИЧКО МИХАЙЛО ВАСИЛЬОВИЧ
(73) ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД "УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ"
(57) Спосіб оцінки ефективності лікування вагітних жінок, хворих на стенокардію та артеріальну гіпертензію, з порушенням діастолічної функції лівого

2

шлуночка по "гіпертрофічному" типу бетаксололом, який включає порівняння стану хворих до і після лікування, який **відрізняється** тим, що до лікування бетаксололом у хворі в стані спокою проводять доплерехокардіографію і визначають трансмітральний кровоплин шляхом вимірювання швидкості раннього діастолічного наповнення, далі після лікування бетаксололом проводять аналогічне дослідження, при цьому, якщо швидкість раннього діастолічного наповнення лівого шлуночка збільшиться на 9,3 % і більше в порівнянні з швидкістю до лікування, то гемодинамічний результат та антиангінальний ефект оцінюють як позитивні.

Корисна модель належить до медицини, а точніше до кардіології і може бути використана для об'єктивної оцінки антиангінального ефекту бетаксололу у вагітних жінок хворих на стенокардію та артеріальну гіпертензію з порушенням діастолічної функції лівого шлуночка (ДФЛШ) по "гіпертрофічному" типу.

Відомий спосіб оцінки ефективності лікування вагітних жінок хворих на стенокардію та артеріальну гіпертензію з порушенням ДФЛШ по "гіпертрофічному" типу, різними препаратами, в тому числі бетаксололом, який полягає в порівнянні даних проб з дозованим фізичним навантаженням до і після лікування [1] – найближчий аналог.

Спосіб оцінки ефективності лікування проводять за допомогою велоергометрії в лежачому або сидячому положенні, або стоячи слідуючим чином: на велоергометрії проводиться 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 бетаксололу, так як приріст потужності порогового навантаження може бути лімітований

підйомом артеріального тиску (АТ) (проба неадекватна), або може бути зовсім відсутнім при наявності позитивного антиангінального ефекту по суб'єктивних ознаках (тобто зникнення стенокардії - болювих відчуттів).

В основу корисної моделі поставлена задача - об'єктивізація антиангінального ефекту бетаксололу у вагітних жінок хворих на стенокардію та артеріальну гіпертензію з порушенням ДФЛШ по "гіпертрофічному" типу.

Поставлена задача вирішується тим, що спосіб оцінки ефективності лікування вагітних жінок, хворих на стенокардію та артеріальну гіпертензію, з порушенням ДФЛШ по "гіпертрофічному" типу, який включає порівняння стану хворих до і після лікування, згідно корисної моделі до лікування бетаксололом у хворі у стані спокою проводять доплерехокардіографію, визначають трансмітральний кровоплин в діастолу - визначають швидкість раннього діастолічного наповнення (Е), далі після лікування бетаксололом проводять аналогічне дослідження, при цьому якщо швидкість раннього діастолічного наповнення (Е) збільшується на 9,3 % і більше в порівнянні з швидкістю до лікування, то гемодинамічний результат та антиангінальний ефект оцінюють як позитивні.

Запропонований спосіб оцінки ефективності лікування бетаксололом вагітних жінок хворих на

UA (11) 64619 (13) U

стенокардію та артеріальну гіпертензію з порушенням ДФЛШ по "гіпертрофічному" типу має суттєві переваги над способом – найближчим аналогом, а саме в дослідженні встановлено, що позитивний антиангінальний ефект бетаксолу по суб'єктивній ознаці завжди поєднується з позитивним гемодинамічним результатом лікування, при цьому підвищення потужності порогового навантаження може і не бути.

Спосіб здійснюють наступним чином:

Приклад 1. У хворої Б. у висхідному стані відмічалось 5 нападів стенокардії на добу, вихідна потужність порогового навантаження (50 Вт) - сумнівна із-за значного підйому АТ, швидкість раннього діастолічного наповнення (Е) складала 57,0 см/с. Після застосування лікування бетаксолу напади стенокардії зникли. Але потужність порогового навантаження залишилась попередньою - 50 Вт, тобто вона не стала відображенням клінічного покращення стану хворої. При цьому швидкість Е збільшилась до 84,9 см/с, тобто відмічалось співпадіння клінічного та гемодинамічного результатів лікування.

Приклад 2. У хворої М. у висхідному стані відмічалось 5 нападів стенокардії на добу, потужність порогового навантаження 50 Вт поєднувалась з суттєвим підйомом АТ, швидкість Е складала 59,1 см/с. Після лікування бетаксолу напади стенокардії зникли, потужність порогового навантаження

не змінилась, швидкість Е збільшилась до 83,4 см/с.

Приклад 3. У хворої В. у висхідному стані відмічалось 4 напади стенокардії на добу, потужність порогового навантаження 50 Вт. Швидкість раннього діастолічного наповнення Е складала 54,7 см/с. Після лікування бетаксолу напади стенокардії зменшились до 1, потужність порогового навантаження не змінилась, швидкість Е збільшилась до 85,6 см/с.

У вказаних прикладах клінічний ефект підтверджується гемодинамічним.

Запропонований спосіб достовірно об'єктивізує клінічне покращення стану вагітних жінок хворих на стенокардію та артеріальну гіпертензію з порушенням ДФЛШ по "гіпертрофічному" типу після проведеного лікування бетаксолу, зменшує ризик та кількість ускладнень, так як відпадає необхідність проведення хворій 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.