



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **64681** (13) **U**
(51) МПК
A61P 9/04 (2006.01)ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ**ОПИС**
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ ЛІТНЬОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ**

1

2

(21) u201105844

(22) 10.05.2011

(24) 10.11.2011

(46) 10.11.2011, Бюл.№ 21, 2011 р.

(72) ЄНА ЛАРИСА МИХАЙЛІВНА, КОНДРАТЮК
ВІТАЛІЙ ЄВГЕНОВИЧ, ГРУШОВСЬКА ВІКТОРІЯ
МИКОЛАЇВНА, АРТЕМЕНКО ВЛАДИСЛАВА ОЛЕ-
ГІВНА(73) ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ГЕРОН-
ТОЛОГІЇ НАМН УКРАЇНИ"**(57)** Спосіб лікування хронічної серцевої недостатності у хворих літнього та старечого віку з артеріальною гіпертензією, що включає призначення базисної медикаментозної терапії, який **відрізняється** тим, що пацієнтам додатково призначають триметазидин пролонгованої дії у дозі 35 мг двічі на добу.

Корисна модель належить до медицини, а саме, до кардіології та геріатрії, і може бути використана у лікуванні хронічної серцевої недостатності (ХСН) у хворих літнього та старечого віку з артеріальною гіпертензією (АГ).

Серед хворих із ХСН домінують люди літнього та старечого віку, в яких серцева недостатність діагностується вперше саме в зв'язку з госпіталізацією: 80 % з них представлені хворими віком старше 65 років. ХСН зі збереженою систолічною функцією - найбільш характерна для хворих з АГ - превалює в старості. Саме тому антигіпертензивна терапія зменшує ризик розвитку ХСН, знижуючи його більш ніж на 50 %. Це відноситься і до когорти хворих старше 80 років: в дослідженні HUYET активне лікування АГ поряд із зниженням загальної та серцево-судинної смертності, частоти фатальних інсультів, коронарних подій кількісно в найбільшій мірі вплинуло на зниження розвитку ХСН - на 64 %. Разом з тим, ці дослідження стосуються виключно хворих з систолічною ХСН. Принципи лікування ХСН, обумовленої діастолічною дисфункцією лівого шлуночка (ДДЛШ), мають в основному емпіричний характер, заснований на патофізіологічних механізмах формування діастолічної ХСН. В основу способів терапії ХСН за діастолічним варіантом у осіб літнього та старечого віку покладена корекція причинних та поглиблюючих факторів ДДЛШ, а саме: контроль рівня АТ і частоти серцевих скорочень, регрес гіпертрофії ЛШ, зменшення ішемії міокарду, зменшення гіперволемії та пригнічення нейрогуморальної активації.

Відомий "Спосіб лікування хворих хронічною серцевою недостатністю" (патент України на корисну модель № 10368). Недоліком даного рішення є неможливість впливати на усі патогенетичні ланки розвитку та прогресування діастолічної ХСН. Крім цього, використовують "Спосіб лікування хронічної серцевої недостатності у хворих похилого та старечого віку", (патент України на корисну модель № 14511). Цей спосіб не є достатньо ефективним, оскільки він не забезпечує покращання метаболічних процесів у міокарді та функціонального стану нирок.

Найближчим аналогом корисної моделі є "Спосіб лікування діастолічної серцевої недостатності у хворих на гіпертонічну хворобу" (патент України на корисну модель № 65023А). Спосіб-найближчий аналог має ряд недоліків, основним з яких є те, що він не призводить до повного запобігання патологічних процесів у міокарді, магістральних артеріях та нирках при ХСН і не враховує такий демографічний показник, як вік хворих. Додавання спіронолактону до інгібіторів АПФ може збільшувати ризик розвитку такого ускладнення як гіперкаліємія.

В основу корисної моделі поставлене завдання удосконалення способу лікування ХСН шляхом використання базисної терапії і додаткового лікарського препарату триметазидину, що забезпечить підвищення ефективності лікування хворих похилого та старечого віку.

Задачу, яку покладену в основу корисної моделі, вирішують тим, що у способі, який включає призначення пацієнту комбінованої антигіпертензивної терапії інгібітором АПФ (еналаприла мале-

(13) **U**(11) **64681**(19) **UA**

ат) з β -адреноблокатором (метопролола тартрат) і діуретиком, новим є те, що додатково призначається пролонгована форма триметазидину.

Триметазидин - парціальний інгібітор окислення вільних жирних кислот, основним механізмом терапевтичної дії якого є активізація енергетично більш вигідного, порівняно з окисленням жирних кислот, шляху утворення енергії в кардіоміоцитах - окислення глюкози, що запобігає розвитку внутрішньоклітинного ацидозу і підтримує продукцію АТФ і скоротливість міокарду.

Технічний результат корисної моделі полягає в тому, що додаткове призначення триметазидину у стандартній дозі 70 мг на добу у пацієнтів з ХСН призводить до більш вираженого покращання скоротливої здатності та діастолічної функції серця, тобто відзначається більш відчутний кардіопротекторний вплив.

Застосування триметазидину в комбінації з еналаприлом та метопрололом характеризувалося більш вираженим покращанням еластичних властивостей аорти та зменшенням товщини інтими-медії загальних сонних артерій, тобто справляє більш суттєвий вазопротекторний ефект.

Використання триметазидину в комбінації з еналаприлом та метопрололом демонструє більш значне збільшення швидкості клубочкової фільтрації, що свідчить про підсилення триметазидином нефропротекторної дії антигіпертензивних препаратів.

Отже, сукупність вищезазначених позитивних впливів дозволить підвищити ефективність терапії, поліпшити якість життя пацієнтів і зменшити витрати на терапію.

Запропонований спосіб був застосований у 47 і 26 хворих, відповідно похилого та старечого віку з АГ, що приймали триметазидин пролонгованої дії додатково до антигіпертензивної терапії еналаприла малеатом і метопролола тартратом протягом 9 місяців. Перший тиждень терапії дози інгібітору АПФ та β -адреноблокатора були мінімальними, щоб уникнути можливих побічних ефектів, і складала для еналаприлу малеату - 2,5 мг 2 рази на добу і метопрололу тартрату 6,25 мг 2 рази на добу. Починаючи з другого тижня, якщо не було досягнуто цільового рівня АТ доза еналаприлу малеату підвищувалася. Метопрололу тартрат титрувався до досягнення не нижче 56 уд./хв. На 2-у та 5 добу перебування в стаціонарі призначали петльовий діуретик фуросемід в дозі 20 мг вранці з метою зменшення периферичних набряків. Пацієнти додатково отримували триметазидин у дозі 35 мг двічі на добу.

Ефективність способу, що заявляється, ілюструють наступні приклади його клінічного використання.

Приклад 1.

У хворої Н., 75 років з діагнозом: Гіпертонічна хвороба II стадія, ступінь 2. Гіпертензивне серце (гіпертрофія ЛШ). Ішемічна хвороба серця: дифузний кардіосклероз, СН II А ст. із збереженою систолічною функцією ЛШ, ФК II, ризик 3. Через 9 місяців лікування препаратом триметазидин у дозі 35 мг двічі на добу, застосованим на фоні базисної антигіпертензивної терапії, відзначалось збільшення величини співвідношення швидкостей раннього та пізнього діастолічного наповнення ЛШ (Е/А) з 0,74 до 0,86 ум. од., зменшення нормалізованого за частотою серцевих скорочень часу ізovolюмічного розслаблення ЛШ (IVRT/RR) з 142,9 до 106,2 ум. од., збільшення фракції викиду ЛШ з 56,5 до 63,4 %, зменшення товщини інтими-медії загальних сонних артерій (TIM 3CA) з 0,97 до 0,92 мм, зменшення значення індексу жорсткості аорти (SIAo) з 12,0 до 9,1 ум. од., збільшення швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) з 54,0 до 63,2 мл/хв. Наведені дані свідчать про більш виражене покращання як діастолічної та систолічної функції ЛШ, так і структурно-функціонального стану магістральних артерій і нирок після додавання зазначеного препарату.

Приклад 2.

У хворої С., 75 років з діагнозом: Гіпертонічна хвороба II стадія, ступінь 2. Гіпертензивне серце (гіпертрофія ЛШ). Ішемічна хвороба серця: дифузний кардіосклероз, СН II А ст. із збереженою систолічною функцією ЛШ, ФК II, ризик 3. Через 9 місяців антигіпертензивної терапії, відзначалось збільшення величини Е/А з 0,74 до 0,82 ум. од., зменшення IVRT/RR з 136,6 до 108,2 ум. од., збільшення фракції викиду ЛШ з 58,5 до 62,5 %, тенденція до зменшення TIM 3CA з 0,97 до 0,94 мм, зменшення значення SIAo з 11,9 до 9,8 ум. од., збільшення ШКФ з 60,0 до 67,7 мл/хв. Наведені дані свідчать про менш суттєве покращання діастолічної та систолічної функції ЛШ, структурно-функціонального стану магістральних артерій і нирок за відсутності додавання зазначеного препарату.

Рекомендований для впровадження спосіб лікування ХСН у хворих літнього та старечого віку з АГ може бути широко використаний у практичній кардіології для підвищення ефективності терапії та зменшення кількості госпіталізацій у даного контингенту хворих.

Запропонований спосіб може бути використаний в клініко-діагностичних закладах та установах системи охорони здоров'я.