

Винахід відноситься до галузі медицини, а саме нефрології та кардіології, і може бути використаний у практичній діяльності лікарів для лікування хворих з артеріальною гіпертензією.

В генезі есенціальної та вторинної артеріальної гіпертензії значну роль відіграє багато чинників, серед яких порушення вегетативного гомеостазу, гуморально-метаболічні впливи (ренін-ангіотензинова система, концентрація катехоламінів в плазмі, система терморегуляції) на серцевий ритм [1]. Адекватний підбір антигіпертензивної терапії залишається актуальною проблемою на теперішній час, оскільки у ліки зазвичай призначають емпірично, покладаючись на фармакопейні властивості препарату без врахування індивідуальних особливостей організму та перебігу захворювання.

Відомий спосіб індивідуалізованого підбору антигіпертензивної терапії [2] -прототип, що включає визначення добового профілю артеріального тиску за допомогою добового моніторування артеріального тиску на фоні почергового фізичного та психоемоційного навантаження з наступним призначенням антигіпертензивних засобів в залежності від отриманих результатів і оцінкою динаміки тиску.

Недоліками вказаного способу є вибір антигіпертензивної терапії лише з врахуванням добового профілю артеріального тиску хворого і визначенням впливу стрес-факторів на коливання артеріального тиску без об'єктивного визначення стану вегетативного гомеостазу, неможливість проведення фізичного та психоемоційного навантаження в усіх хворих у зв'язку з можливими протипоказаннями.

Задача винаходу - поєднання визначення добового профілю АТ та оцінки стану вегетативної нервової системи за показниками кардіоінтервалографії.

Технічний результат - збільшення об'єктивізації орієнтирів для антигіпертензивного препарату при артеріальній гіпертензії без додаткового навантаження на організм хворого.

Заявлений спосіб диференційованого вибору антигіпертензивного препарату при артеріальній гіпертензії включає добове моніторування артеріального тиску у поєднанні з оцінкою стану вегетативної нервової системи за показниками кардіоінтервалографії (визначення спектральних показників варіабельності серцевого ритму), у разі

реєстрації підвищеного артеріального тиску на фоні гіперсимпатикотонії призначають β -адреноблокатор, гіперпарасимпатикотонії - антагоніст кальцію, переважання гуморально-метаболічних впливів - інгібітор ангіотензинперетворювального ферменту з уточненням оптимальної дози та часу приймання препарату в залежності від величин та добової динаміки артеріального тиску.

Суть винаходу пояснюється конкретними прикладами застосування способу.

Приклад 1. Хворий П., 56 років, історія хвороби №2361, поступив зі скаргами на головний біль в потиличній ділянці, періодично запаморочення. Діагноз: Хронічний гломерулонефрит, аннефротична форма, активність 2 ступеня, хронічна ниркова недостатність ОБ. Стабільна ренопаренхімна артеріальна гіпертензія. Хворіє на хронічний гломерулонефрит впродовж 8 років. Артеріальна гіпертензія - останні 3 роки. Приймав антагоністи кальцію (амлодипін по 5мг/добу) та діуретики (фуросемід по 40мг 2 рази на тиждень). Хворому було проведено добове моніторування артеріального тиску та визначення варіабельності серцевого ритму. Вихідні показники моніторингу артеріального тиску (АТ): середньодобовий АТ: 148,2/107,3мм рт. ст.; максимальний систолічний АТ: 169,0мм рт. ст.; максимальний діастолічний АТ: 127,0мм рт. ст.; добовий індекс: 4,2%; SD систолічного артеріального тиску: 3,8; SD діастолічного артеріального тиску: 4,9; індекс часу: 100%; індекс площі гіпертонії: 548,8мм. Hg год. Вихідні показники кардіоінтервалографії: (VLF-very low frequency):63 %; відсоткова частка хвиль низької частоти (LF-very low frequency): 20%; відсоткова частка хвиль високої частоти (HF-high frequency): 17%. Пацієнту було замінено антагоністи кальцію на ІАПФ (периндоприл 5мг/добу). Через два тижні після проведення лікування проводилась оцінка динаміки добового профілю артеріального тиску та варіабельності серцевого ритму. Отримані наступні результати: при моніторингу АТ середньодобовий АТ: 131,8/88,4мм рт. ст.; максимальний систолічний АТ: 139,0мм рт. ст.; максимальний діастолічний АТ: 92,0 мм рт. ст.; добовий індекс: 10,2%; SD систолічного артеріального тиску: 6,9; SD діастолічного артеріального тиску: 7,2; індекс часу: 0%; індекс площі гіпертонії: 24,2мм. Hg год.; при кардіоінтервалографії: (VLF-very low frequency): 37%; відсоткова частка хвиль низької частоти (LF-very low frequency): 35%; відсоткова частка хвиль високої частоти (HF-high frequency): 28%. Хворому було рекомендовано в подальшому приймати ІАПФ (периндоприл по 5мг/добу вранці).

Приклад 2. Хворий К., 52р., історія хвороби №4458, поступив зі скаргами на періодичні головні болі, зниження зору. Клінічний діагноз: Гіпертонічна хвороба IIст. Хворіє 5 років. Лікувався амбулаторне. Приймав еналаприл по мг/добу та клофелін при різких підйомах АТ. Хворому проведено добове моніторування артеріального тиску та визначення варіабельності серцевого ритму. Вихідні показники моніторингу АТ: середньодобовий АТ: 151,3/94,5 мм рт. ст.; максимальний систолічний АТ: 170,0мм рт. ст.; максимальний діастолічний АТ: 99,0 мм рт. ст.; добовий індекс: 8,8%; SD систолічного артеріального тиску: 20,1; SD діастолічного артеріального тиску: 16,3; індекс часу: 93,2%; індекс площі гіпертонії: 394,3мм. Hg год. Вихідні показники кардіоінтервалографії: (VLF-very low frequency): 28%; відсоткова частка хвиль низької частоти (LF-very low frequency): 57%; відсоткова частка хвиль високої частоти (HF-high frequency): 15%. За результатами проведення добового моніторування артеріального тиску та визначення варіабельності серцевого ритму пацієнту було замінено ІАПФ еналаприл на кардіоселективний β -блокатор небіволулу гідрохлорид в дозі 5 мг/добу. Через два тижні після проведення лікування проводилась оцінка динаміки добового профілю артеріального тиску та варіабельності серцевого ритму. Отримані наступні результати: при моніторингу АТ - середньодобовий АТ: 128,1/83,4мм рт. ст.; максимальний систолічний АТ: 131,0мм рт. ст.; максимальний діастолічний АТ: 88,0мм рт. ст.; добовий індекс: 14,2%; SD систолічного артеріального тиску: 12,3; SD діастолічного артеріального тиску: 10,2; індекс часу: 0%; індекс площі гіпертонії: 0 мм. Hg год.; при кардіоінтервалографії: (VLF-very low frequency): 26%; відсоткова частка хвиль низької частоти (LF-very low frequency): 37%; відсоткова частка хвиль високої частоти (HF-high frequency): 37%. Хворому було рекомендовано в подальшому приймати β - адреноблокатори (небіволулу гідрохлорид в дозі 5мг/добу).

З наведених прикладів видно, що запропонований спосіб дозволяє підійти диференційовано до вибору антигіпертензивної терапії, покращити ефективність лікування хворих на артеріальну гіпертензію, нормалізувати добовий профіль артеріального тиску.

Ефективність заявленого способу перевірена у 30 хворих з артеріальною гіпертензією в умовах кардіологічного стаціонару. Порівняльна характеристика ефективності заявленого способу і прототипу представлена в табл.1.

Порівняльна характеристика ефективності використання запропонованого та відомого способу в клінічній практиці

Критерії	Запропонований спосіб	Відомий спосіб (прототип) [2]
Фармакологічне навантаження антигіпертензивними препаратами	Зменшення дозування засобів	Збереження дозування засобів
Наявність побічних ефектів	Відсутні	Можливі
Можливість проведення у хворих	у 100%	Менше 100% у зв'язку з наявністю протипорказань до навантажувальних проб

Список літератури

1. Коркушко О.В., Писарук А.В., Шатило В.К. и др. Анализ вариабельности ритма сердца в клинической практике (Возрастные аспекты). - Киев. - 2002. - 191с.
2. Ілащук Т.О., Тащук В.К. //Спосіб індивідуалізованого підбору антигіпертензивної терапії. - А.С. №39752, кл. А61В5/02, заявл. 02.02.2001. опубл. 15.06.2001, Бюл. №5.