



УКРАЇНА

(19) UA (11) 97063 (13) C2

(51) МПК

A61K 45/06 (2006.01)

A61P 25/22 (2006.01)

A61P 9/10 (2006.01)

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИОПИС
ДО ПАТЕНТУ НА ВІНАХІД

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ М'ЯЗОВИХ МІСТКАХ

1

2

(21) а201100659

(22) 20.01.2011

(24) 26.12.2011

(46) 26.12.2011, Бюл. № 24, 2011 р.

(72) ГОГАЄВА ОЛЕНА КАЗБЕКІВНА, ДЗАХОЄВА ЛЮДМИЛА СЕРГІЙВНА, РУДЕНКО АНАТОЛІЙ ВІКТОРОВИЧ, УРСУЛЕНКО ВАСИЛЬ ІВАНОВИЧ

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ ХІРУРГІЇ ІМ. М.М. АМОСОВА АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

(56) Griffet V. Myocardial bridging and coronary spasm on effort / V. Griffet, G.Finet, G.Rioufol [et al.] // Arch. Mai. Coeur. Vaiss. - 2006. - Vol. 99, N 1. - Р. Реферат 1 стр.

Zhang G. The effect of esmolol on hemodynamic of the myocardial bridging-mural coronary artery / G.H. Zhang, J.B.Ge, J.Y.Qian // Zhonghua Xin Xue Guan Bing Za Zhi. - 2005. - Vol. 33, N 2. - Р. реферат 1 стр.

RU 2288712 C2, 10.12.2006

RU 2161969 C1, 20.01.2001

Козлова С.Н., Голубев А.В., Крылова Ю.С. Влияние атаракса на тревожно-депрессивные расстройства у больных ишемической болезнью сердца.- Материалы 10-го Юбилейного научно-образовательного форума Кардиология 2008 [online] [Знайдений в internet 05.10.2011], http://www.mediexpo.ru/fileadmin/user_upload/content/pdf/thesis/car08.pdf

Медведев В.Э., Троснова А.П., Добровольский А.В. Психофармакотерапия тревожных расстройств у больных с сердечно-сосудистыми забо-

леваниями на модели Афобазола.- Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева Том 04/N 2/2007 [online] [Знайдений в internet 03.10.2011] <http://www.consilium-medicum.com/article/7105>Волков В.И., проф., канд. мед. наук, Строна В.И., канд. мед. наук, Ладный А.И. Роль анксиолитиков в комплексной терапии больных ишемической болезнью сердца // Проблемы сучасної медичної науки та освіти, № 3, 2009 [online] [Знайдений в internet 05.10.2011], http://olfa.ua/articles/Adaptol_0012.pdfГаранеева Н.П. Новая стратегия многофакторной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с тревожными и депрессивными расстройствами в условиях психосоциального стресса.- Клиническая фармакология. Социально-значимые заболевания.- 03 ноября 2008 г, том 16, № 25 [online] [Знайдений в internet 03.10.2011], http://www.rmj.ru/numbers_432.htmБурчинский С.Г., к. м. н., Институт геронтологии АМН Украины, г. Киев. Анксиолитики в кардиологической практике // Здоровье Украины. - 2008. - №11-1 за июль [online] [Знайдений в internet 10.10.2011], <http://health-ua.com/articles/2787.html>(57) Спосіб лікування психосоматичних розладів при м'язових містках, при якому хворому проводять медикаментозне лікування, який **відрізняється** тим, що призначають селективні анкіолітики у добовій дозі 30 мг, розділеній на 3 прийоми, курсом 6 тижнів, тричі на рік.

Винахід належить до медицини, зокрема до кардіології, і може бути використаний з метою лікування психосоматичних розладів при м'язових містках.

М'язовий місток (ММ) - сегмент міокарду, в межах якого проходить вінцева артерія, що характеризується наявністю систолічної компресії, та в залежності від її ступеня порушується коронарний кровотік, що може призвести до стенокардії спокою та напруги, інфаркту міокарду, важких порушень серцевого ритму та навіть раптової серцевої

смерті. Симптоматика ММ посилюється у зв'язку з виявленими психосоматичними розладами.

Відомий спосіб медикаментозного лікування ММ полягає в призначенні бета-блокаторів (Zhang G. The effect of esmolol on hemodynamic of the myocardial bridging-mural coronary artery / G.H. Zhang, J.B.Ge, J.Y.Qian [et al.] // Zhonghua Xin Xue Guan Bing Za Zhi. - 2005. - Vol. 33, N 2. - Р. 158-160), дія яких направлена на покращення міокардальної перфузії за рахунок подовження діастолі, завдяки від'ємній інотропній та хронотропній

(13) C2

(11) 97063

(19) UA

дії. Бета-блокатори призначають за стандартною схемою з поступовим титруванням дози до досягнення оптимального рівня частоти серцевих скорочень та артеріального тиску.

Недоліком цього способу лікування є те, що бета-блокатори безпосередньо не впливають на емоційний статус хворого, не мають седативного ефекту, а наявність гіпотензивного та антиаритмічного ефекту обмежує їх призначення хворим з ММ на тлі нормо- та гіпотензії. Більш того, при слабкості синусового вузла, виразковій хворобі шлунку та дванадцятипалої кишки, облітеруючому ендаартеріїт нижніх кінцівок препарати цієї групи протипоказані.

Інший відомий метод медикаментозного лікування - призначення блокаторів повільних кальцієвих каналів (Griffet V. Myocardial bridging and coronary spasm on effort / V. Griffet, G.Finet, G.Rioufol [et al.] // Arch. Mal. Coeur. Vaiss. - 2006. - Vol. 99, N 1. - P. 65-67), які шляхом блокування потрапляння кальцію в клітину сприяють вазодилатаційному ефекту.

Недоліком цього методу лікування є розвинення рефлекторної синусової тахікардії, яка в свою чергу призводить до скорочення фази діастолі та погіршення вінцевого кровотоку. Препарати цієї групи не мають дії на психосоматичний статус.

В основу винаходу поставлена задача створити метод лікування психосоматичних розладів при ММ, що буде доступним, ефективним та дешевим та дозволить значно поліпшити якість життя пацієнтів з ММ, не викликаючи звикання, залежності чи симптомів відміни.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі лікування психосоматичних розладів при м'язових містках проводиться медикаментозне лікування. Згідно з винаходом додають селективні анксиолітики у добовій дозі 30 мг, розділених на 3 прийоми, курсом 6 тижнів, тричі на рік. В результаті цього забезпечується протитривожна дія з легким активуючим ефектом зі зменшенням соматичних, вегетативних та когнітивних реакцій.

Причинно-наслідковий зв'язок між пропонованим методом лікування і результатом полягає в покращенні якості життя пацієнтів з ММ, шляхом зменшення психосоматичних розладів, що буде

доступним, ефективним, дешевим та не викликає тим звикання, залежності чи симптомів відміни.

Спосіб здійснюється таким чином: пацієнту з підтвердженим симптоматичним м'язовим містком проводять медикаментозне лікування з додаванням селективних анксиолітиків у добовій дозі 30 мг, що розділена на 3 прийоми, курсом 6 тижнів, по 3 курси на рік. В результаті цього забезпечується протитривожна дія з легким активуючим ефектом зі зменшенням соматичних, вегетативних та когнітивних реакцій. Спосіб ілюструється прикладами його конкретного виконання.

Приклад 1.

Хвора Б., 32 р., госпіталізована до НІССХ з діагнозом: ІХС, нестабільна стенокардія, гіпертонічна хвороба з частими симпатоадреналовими гіпертензивними кризами, панічні атаки. При обстеженні діагностували м'язовий місток над середньою третьою передньою міжшлуночною гілкою лівої вінцевої артерії (ПМШГ ЛВА) з систолічною компресією до 30 %. Призначена медикаментозна терапія, до якої додали селективний анксиолітик у добовій дозі 30 мг. На третю добу від початку лікування хвора відзначила значне покращення самопочуття у вигляді відсутності нападів стенокардії, стабілізації артеріального тиску, відсутності тривоги, панічних атак. При контрольному огляді через місяць пацієнтка не пред'являла скарг, емоційно стабільна. Рекомендовано повторювати курси анксиолітиків 3 рази на рік.

Приклад 2.

Хворий Т., 34 р., повторно госпіталізований до НІССХ з діагнозом: ІХС, стенокардія спокою та напруги ІІІ Ф.К., стан після стентування ПМШГ ЛВА, емоціональна лабільність. При проведенні коронарографії даних щодо рестенозу в стенті нема, кровотік по вінцевим артеріям збережений у повному обсязі. Призначена додаткова медикаментозна терапія селективним анксиолітиком в дозі 10 мг 3 рази на добу, курсом 6 тижнів. Стан хворого значно покращився, напади стенокардії, тривожні реакції та передчуття смерті зникли.

Таким чином, спосіб лікування, що пропонується, є доступним, ефективним, дешевим та дозволяє значно поліпшити якість життя пацієнтів з психосоматичними розладами на фоні м'язових місточків, не викликає звикання, залежності чи симптомів відміни.