



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **88080** (13) **U**  
(51) МПК (2014.01)  
**A61K 9/00**

## (12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: **u 2013 12563**  
(22) Дата подання заявки: **28.10.2013**  
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: **25.02.2014**  
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: **25.02.2014, Бюл.№ 4**

(72) Винахідник(и):  
**Долженко Марина Миколаївна (UA),**  
**Поташев Сергій Вікторович (UA),**  
**Лучинська Юлія Олександрівна (UA),**  
**Круглова Аксана Юріївна (UA),**  
**Лобач Лідія Євгенівна (UA)**  
(73) Власник(и):  
**НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ**  
**ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ІМЕНІ П.Л.**  
**ШУПИКА,**  
вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112 (UA)

## (54) СПОСІБ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТУВАННЯ ДЛЯ ПОПЕРЕДЖЕННЯ СТЕНОЗІВ ШУНТІВ

### (57) Реферат:

Спосіб медикаментозного лікування хворих після аорто-коронарного шунтування для попередження стенозів шунтів передбачає призначення стандартної антиангінальної, антитромбоцитарної і гіполіпідемічної терапії з додаванням блокатора рецептора ангіотензину 2. Як останній призначають валсартан в дозі 160-320 мг/добу.

**UA 88080 U**



Корисна модель належить до галузі медицини, зокрема терапії та кардіології і може бути використана у практичній медицині в лікуванні хворих після операції аорто-коронарного шунтування (АКШ) для попередження виникнення стенозів шунтів.

У зв'язку з більшою поширеністю у всьому світі проведення операції аорто-коронарного шунтування (АКШ), викликає інтерес вивчення впливу різних груп препаратів на прогноз і виживаність пацієнтів після АКШ та попередження виникнення стенозу шунтів. Рестенози після стентування та стенози шунтів після АКШ становлять серйозну проблему у 15-50 % пацієнтів протягом 6-9 місяців після оперативного втручання. [1, 2] Деякі фармакологічні підходи до зниження частоти рестенозів стентів були оцінені раніше, але на сьогоднішній день жоден ще не схвалений. [1, 2]

Найбільш близьким по суті до запропонованого, а тому прийнятий нами за прототип, є спосіб лікування пацієнтів після проведеного стентування. [3, 4, 5, 6, 7] Спосіб передбачає призначення базової антиангінальної, антитромбоцитарної та гіполіпідемічної терапії з одночасним призначенням блокатора рецептора ангіотензину II (БРАII) валсартану в дозі 80-320 мг/добу.

Недоліком даного способу є те, що до цього часу цей спосіб лікування недостатньо вивчений у хворих після АКШ. Усунення цього недоліку і є основною задачею запропонованого лікування.

Вирішення даної задачі, досягається за рахунок того, що у відомому способі лікування проводиться стандартна антиангінальна, антитромбоцитарна і гіполіпідемічна терапія пацієнтів після АКШ та додавання блокатора рецептора ангіотензину 2, згідно з запропонованим рішенням як останній призначають валсартан в дозі 160-320 мг/добу.

Технічний результат, який досягається запропонованим рішенням, є підвищення ефективності лікування хворих після АКШ для профілактики виникнення стенозів шунтів.

До запропонованого рішення автори прийшли проводячи дослідження: хворі після АКШ були розподілені на дві групи. Пацієнти першої групи поряд з базовою терапією отримували валсартан в дозі 80 мг/добу. Другу групу склали пацієнти, що приймали разом із базовою терапією валсартан в дозі 160-320 мг/добу.

Проведена мультиспіральна комп'ютерна томографія (МСКТ) із оцінкою ступеня стенозування коронарних судин до операції та через 12 місяців після АКШ. МСКТ проводилась на мультиспіральному комп'ютерному томографі "Light Speed-16" ("General Electric Company", США) при 16 зрізах на 200 кадрах.

Через 12 місяців спостереження, при проведенні повторної МСКТ визначена кількість пацієнтів із розвитком нових стенозів коронарних артерій та кількість хворих із наявністю стенозів у шунтах (стеноз вважали ангіографічно доведеним при зменшенні діаметра судини  $\geq 50\%$ ). Отримані результати оброблені статистично із застосуванням методу різниць та критерію Стьюдента.

Прикладом конкретного застосування способу може служити історія хвороби № 2539 ДУ "ННЦ Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеско" НАМІ України Горишного Генадія Олександровича, 1951 року народження, що звернувся для консультації на кафедру кардіології та функціональної діагностики ім. П.Л. Шупика з діагнозом: Ішемічна хвороба серця (ІХС): стенокардія напруги ФК 3, постінфарктний кардіосклероз (1986, 2002, 2007 рр.). Гіпертонічна хвороба 3 ст., 3 ст., ризик 4 (дуже високий). СН ІІА ст., ФК ІІІ по NYHA, із зниженою систолічною функцією лівого шлуночка.

При обстеженні: стан середньої важкості, тони серця приглушені ритмічні ЧСС = 72 уд/хв, везикулярне дихання, печінка не виступає з під краю реберної дуги. При проведенні ЕХО-КГ виявлено помірне зниження глобальної скоротливості лівого шлуночка, ФВ 38 %, акінез передньо-бокової стінки лівого шлуночка (ЛШ), аневризми верхівки ЛШ. Проведена МСКТ: субоклюзія ствола лівої коронарної артерії (ЛКА), ураження правої коронарної артерії та огинаючої гілки ЛКА до 70 % та передньої гілки ЛКА (70 %), аневризми лівого шлуночка.

Був направлений до "Національного інституту серцево-судинної хірургії імені М.М. Амосова", у відділення хірургії ІХС. Проведена операція АКШ 09.10.2008 р. із накладанням 4-х шунтів і резекцією аневризми. Хворому була призначено стандартна базова терапія, а також валсартан в дозі 320 мг 1 раз на добу. Через 12 місяців: при проведенні повторної МСКТ не виявлено стенозу шунтів і нових стенозів у коронарних артеріях.

Другий приклад - Малиш Віктор Іванович, 1945 року народження, історія хвороби № 6155 ДУ "ННЦ Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеско" НАМІ України. Звернувся на кафедру кардіології та функціональної діагностики ім. П.Л. Шупика з діагнозом: ІХС: стенокардія напруги ФК 3, постінфарктний кардіосклероз (26.03.08). Гіпертонічна хвороба 2 ст., 3 ст., ризик 3 (високий). СН ІІА ст., ФК ІІІ по NYHA із зниженою систолічною функцією лівого шлуночка.

При обстеженні: стан задовільний, тони серця приглушені ритмічні ЧСС 72 уд/хв, везикулярне дихання, печінка не виступає з під краю реберної дуги. При проведенні ЕХО-КГ виявлено помірне зниження скоротливості лівого шлуночка, ФВ 38 %, гіпокінез передньо-бокової стінки лівого шлуночка. При проведенні МСКТ встановлена наявність оклюзії передньої міжшлуночкової гілки ЛКА (100 %) та ураження огинаючої гілки та ствола ЛКА до 70 %.

Був направлений до "Національного інституту серцево-судинної хірургії імені М.М. Амосова", у відділення хірургії ІХС, де проведена операція АКШ із накладенням 3-х шунтів. Хворому було призначено до стандартної терапії валсартан в дозі 80 мг на добу. Через 12 місяців проведена МСКТ та встановлений стеноз 1-го шунта та ознаки стенозуючого атеросклерозу у коронарних артеріях (поява нових атеросклеротичних бляшок).

Слід відмітити, що серед хворих, що приймали валсартан в дозі 160-320 мг/добу не було жодного випадку появи стенозів шунтів і статистично достовірно менше випадків утворення нових стенозів в коронарних судинах, при порівнянні із групою хворих, що приймала 80 мг/добу. При застосуванні валсартану в дозі 160-320 мг/добу не зареєстровано випадків розвитку побічних або негативних ефектів, які призвели до відміни препарату.

Спосіб апробовано на кафедрі кардіології та функціональної діагностики Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика на 65 хворих.

Як видно із отриманих результатів застосування БРАII валсартану у хворих після операції АКШ є новим ефективним і безпечним медикаментозним способом для попередження стенозу шунтів і цей ефект є дозозалежним, тобто найкраще проявляється при прийомі валсартану в дозі 160-320 мг/добу. Позитивний результат апробації заявленого способу дозволяє рекомендувати його для впровадження у практичну охорону здоров'я.

Джерела інформації:

1. В.П. Лупанов \ Ведение больных ишемической болезнью сердца после оперативного вмешательства на сосудах в амбулаторных условиях \ Consilium Medicum \ том 12 \ № 5 \ 2010

2. Miceli A, Capoun R, Fino C, et al. Effects of angiotensin-converting enzyme inhibitor therapy on clinical outcome in patients undergoing coronary artery bypass grafting. J Am Coll Cardiol 2009; 54:1778-1784.

3. Peters S, Götting B, Trümmel M, Rust H, Brattström A. \ Valsartan for prevention of restenosis after stenting of type B2/C lesions: the VAL-PREST trial \ J Invasive Cardiol. 2001 Feb;13(2):93-7.

4. Valsartan Versus ACE inhibition after bare metal stent implantation. J Invasive Cardiol. 2005 Feb; 98(2):331-335.

5. Peters S., Trummel M., Meyners W., Koehler B., Westermann K./ Valsartan versus ACE inhibition after bare metal stent implantation - results of the VALVACE trial // Int J Cardiol. 2005 Feb 15; 98 (2): 331-5.

6. Peters S., Gotting B., Trummel M, Rust H., Bratt-strom A. / Valsartan for prevention of restenosis after stenting of type B2/C lesions: the VAL-PREST trial //J Invasive Cardiol. 2001 Feb; 13 (2): 93-7.

7. Valsartan for prevention of restenosis after stenting of type B2/C lesions: the VAL-PREST trial. J Invasive Cardiol. 2001 Feb; 13(2): 93-7.

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб медикаментозного лікування хворих після аорто-коронарного шунтування для попередження стенозів шунтів, що передбачає призначення стандартної антиангінальної, антитромбоцитарної і гіполіпідемічної терапії з додаванням блокатора рецептора ангіотензину 2, який **відрізняється** тим, що як останній призначають валсартан в дозі 160-320 мг/добу.

---

Комп'ютерна верстка Д. Шеверун

---

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

---

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601