



**ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА
ПО ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ,
ПАТЕНТАМ И ТОВАРНЫМ ЗНАКАМ**

(12) ЗАЯВКА НА ИЗОБРЕТЕНИЕ(21), (22) Заявка: **2008112667/15, 04.09.2006**(30) Конвенционный приоритет:
02.09.2005 US 60/713,329(43) Дата публикации заявки: **10.10.2009** Бюл. № 28(85) Дата перевода заявки РСТ на национальную
фазу: **02.04.2008**(86) Заявка РСТ:
IV 2006/003673 (04.09.2006)(87) Публикация РСТ:
WO 2007/026265 (08.03.2007)

Адрес для переписки:
**129090, Москва, ул.Б.Спасская, 25, стр.3,
ООО "Юридическая фирма Городисский и
Партнеры", пат.пов. А.В.Мицу, рег.№ 364**

(71) Заявитель(и):

АВЕНТИС ФАРМА С.А. (FR)

(72) Автор(ы):

**БРЕЖО Мари Франс (FR),
ДИТРИХ-НЕТО Флавия (FR),
МОНТАЛЕСКО Жилль (FR),
СТЕГ Филипп Габриель (FR),
ТОРО-ФИГУЕРОА Луис О (FR)**

(54) СПОСОБЫ ПРОВЕДЕНИЯ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**(57) Формула изобретения**

1. Применение эноксапарина для приготовления терапевтического средства для проведения чрескожного коронарного вмешательства нуждающемуся в нем пациенту, которое включает внутривенное введение пациенту болюса, содержащего эффективное количество эноксапарина после введения зонда и перед чрескожным коронарным вмешательством.

2. Применение по п.1, где извлечение зонда производится сразу же после чрескожного коронарного вмешательства.

3. Применение по п.1, где извлечение зонда производится от 4 до 6 часов после чрескожного коронарного вмешательства.

4. Применение по п.1, которое включает введение второго болюса эноксапарина в течение чрескожного коронарного вмешательства.

5. Применение по п.4, в котором количество эноксапарина во втором болюсе меньше первоначально введенного количества эноксапарина и предпочтительно составляет примерно половину первоначально введенного количества эноксапарина.

6. Применение по п.1, в котором эноксапарин вводится в таких количествах, при которых у пациента достигается уровень анти-Ха от 0,5 до 1,8 МЕ/мл, более предпочтительно от 0,5 до 1,2 МЕ/мл.

7. Применение по п.1, в котором эноксапарин вводится в количествах, достаточных

для снижения основной конечной точки любого кровотечения по сравнению со схемой введения НФГ, скорректированной по ВАС.

8. Применение по п.1, в котором эноксапарин вводится в дозе 0,5 мг/кг.

9. Применение по п.1, в котором эноксапарин вводится в дозе 0,75 мг/кг.

10. Применение по п.1, при котором у пациента отмечается значительное уменьшение обширных кровотечений по сравнению с пациентом, которому вводился НФГ перед проведением чрескожного коронарного вмешательства, предпочтительно значительное снижение обширного кровотечения, по крайней мере на 25%, и еще более предпочтительно, по крайней мере от 40 до 55%.

11. Применение по п.1, далее предусматривающее введение по крайней мере одного дополнительного терапевтического средства.

12. Применение по п.11, в котором по крайней мере одно дополнительное терапевтическое средство выбрано из аспирина, тенопиридинов, клопидогрела и ингибиторов ГП IIb/IIIa.

13. Применение по п.12, в котором эноксапарин вводится примерно в том же количестве, что и в случаях, когда ингибитор ГП IIb/IIIa не вводится.

14. Применение по п.1, дополнительно предусматривающее имплантацию пациенту в кровеносный сосуд стента, выделяющего лекарство.

15. Применение по п.1, в котором у пациента достигается заданный уровень антикоагуляции со скоростью, значительно большей, по сравнению со скоростью, наблюдавшейся у пациента, получающего НФГ.

16. Применение по п.15, в котором у пациента достигается заданный уровень антикоагуляции со скоростью, по крайней мере в 2 раза превышающей скорость, наблюдавшуюся у пациента, получающего НФГ, и предпочтительно со скоростью по крайней мере от 3 до 4 раз большей, чем скорость, наблюдавшаяся у пациента, получающего НФГ.

17. Применение эноксапарина для лечения или профилактики тромбоза у нуждающегося в этом пациента-человека, которое включает внутривенное введение пациенту болюса, содержащего эффективное количество эноксапарина после введения зонда и перед чрескожным коронарным вмешательством.

18. Применение по п.17, где извлечение зонда производится сразу же после чрескожного коронарного вмешательства, предпочтительно от 4 до 6 ч после чрескожного коронарного вмешательства.

19. Применение по п.17, которое включает введение второго болюса эноксапарина в течение чрескожного коронарного вмешательства.

20. Применение по п.19, в котором количество эноксапарина во втором болюсе меньше первоначально введенного количества эноксапарина и предпочтительно составляет примерно половину первоначально введенного количества эноксапарина.

21. Применение по п.17, в котором эноксапарин вводится в таких количествах, при которых у пациента достигается уровень анти-Ха от 0,5 до 1,8 МЕ/мл, более предпочтительно от 0,5 до 1,2 МЕ/мл.

22. Применение по п.17, в котором эноксапарин вводится в количествах, достаточных для снижения основной конечной точки любого кровотечения по сравнению со схемой введения НФГ, скорректированной по ВАС.

23. Применение по п.17, в котором эноксапарин вводится в дозе 0,5 мг/кг, предпочтительно 0,75 мг/кг.

24. Применение по п.17, при котором у пациента отмечается значительное уменьшение обширных кровотечений по сравнению с пациентом, которому вводился НФГ перед проведением чрескожного коронарного вмешательства, предпочтительно значительное снижение обширного кровотечения по крайней мере от 25 до 55%.

25. Применение по п.17, далее предусматривающее введение по крайней мере одного дополнительного терапевтического средства.

26. Применение по п.25, в котором по крайней мере одно дополнительное терапевтическое средство выбирается из аспирина, тиенопиридинов, клопидогрела и ингибиторов ГП IIb/IIIa.

27. Применение по п.26, в котором эноксапарин вводится примерно в том же количестве, что и в случаях, когда ингибитор ГП IIb/IIIa не вводится.

28. Применение по п.17, дополнительно предусматривающее имплантацию пациенту в кровеносный сосуд стента, выделяющего лекарство.

29. Применение по п.17, в котором у пациента достигается заданный уровень антикоагуляции со скоростью, значительно большей по сравнению со скоростью для пациента, получающего НФГ, предпочтительно со скоростью, по крайней мере от 2 до 4 раз большей, чем наблюдавшаяся у пациента, получающего НФГ.

RU 2008112667 A

RU 2008112667 A