



УКРАЇНА

(19) UA (11) 47187 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 10/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ВИНИКНЕННЯ АРИТМІЙ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ З ДЕПРЕСИВНИМИ ТА ТРИВОЖНИМИ РОЗЛАДАМИ

1

2

(21) u200906449

(22) 19.06.2009

(24) 25.01.2010

(46) 25.01.2010, Бюл.№ 2, 2010 р.

(72) ШМАЛІЙ ВАЛЕНТИН ІВАНОВИЧ, ДЕНЕСЮК ВІТАЛІЙ ІВАНОВИЧ, ДЕНЕСЮК ОЛЕНА ВІТАЛІЙВНА, ДЕНЕСЮК НАТАЛІЯ ВАЛЕРІЙВНА

(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ.М.І.ПИРОГОВА

(57) Спосіб прогнозування виникнення аритмій серця у хворих на ішемічну хворобу серця з депресивними та тривожними розладами, який полягає в тому, що хворим проводять добове моніторування ЕКГ з визначенням кількості та тривалості

больової та безбольової ішемії, кількості екстрасистол та нападів фібриляції передсердь за добу, а також за допомогою шпитальної шкали депресії та тривоги визначають рівень тривоги та депресії, анамнестично визначають кількість психоемоційних конфліктів за тиждень і при виявленні гострих психоемоційних стресів 2 і більше за тиждень, збільшення показників шкали HADS тривоги 10 балів і більше, депресії 9 балів і більше, кількості больової ішемії міокарда 2 епізоди і більше за тиждень, тривалості безбольової ішемії міокарда більше 6 хв за добу прогнозують виникнення екстрасистол і фібриляції передсердь.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до кардіології і може бути використана для прогнозування виникнення порушень ритму в хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) в поєднанні з депресивними розладами.

Відомий прямий зв'язок між збільшенням рівня стресу, депресивних і тривожних розладів та поширенням захворюваності і смертності від ІХС. Встановлено, що депресія, тривога можуть розглядатись як потенційно важливі фактори ризику ІХС [Agiyo A.A. et al., 2000; Ohira T. et al., 2001]. Наявність малої депресії підвищує ризик серцево-судинної смертності на 60%, а великий депресивний епізод може призвести до збільшення такої смертності в 3 рази [Penninx B.W. et al., 2001].

Механізми впливу депресії на стан серцево-судинної системи розглядають через гіперреактивність симпатико-адреналової системи, у тому числі на ритмогенну функцію серця та процес тромбоутворення через порушення регуляції серотонінових рецепторів тромбоцитів, а також збільшення в плазмі вмісту норадреналіну [Погосова Г.В., 2002; Денисюк В.І. і співавт., 2005; Lavoie K.L. et al., 2000]. Збільшення кількості нападів фібриляції передсердь (ФП), екстрасистол призводять до дестабілізації перебігу основного захворювання серця, погіршують якість життя та збільшують кількість госпіталізацій. Тому прогнозування збільшен-

ня розвитку частоти екстрасистолії та нападів ФП у хворих на ІХС з депресивними та тривожними розладами відкриває можливість більш ефективного протирецидивного лікування та попередження ускладнень і покращення якості життя.

Найближчий аналог запропонованого способу прогнозування аритмій у таких пацієнтів не відомий.

В основу корисної моделі «Спосіб прогнозування виникнення аритмій у хворих на ішемічну хворобу серця з депресивними та тривожними розладами» поставлено завдання виділити групу ризику пацієнтів, у яких збільшується виникнення нападів фібриляції передсердь та екстрасистол у хворих на ішемічну хворобу серця зі стабільною стенокардією напруги I-II-III функціональних класів за допомогою доступних практичним лікарям клініко-інструментальних методів (добового моніторування ЕКГ, ехокардіографії, шпитальної шкали депресії та тривоги (HADS), виявлення із анамнезу кількості психоемоційних конфліктів) Це досягається способом, який полягає в тому, що хворим проводять добове моніторування ЕКГ з визначенням кількості та тривалості больової ішемії, кількості екстрасистол та нападів фібриляції передсердь за добу, а також за допомогою шпитальної шкали депресії та тривоги визначають рівень тривоги та депресії, анамнестично визначають кількість пси-

(13) U

(11) 47187

(19) UA

хоемоційних конфліктів за тиждень, і при виявленні гострих психоемоційних стресів 2 і більше за тиждень, збільшення показників шкали HADS тривоги 10 балів і більше, депресії 9 балів і більше, кількості больової ішемії міокарду 2 епізодів і більше за тиждень, тривалості без больової ішемії міокарду більше 6хв за добу прогнозують виникнення екстрасистол і фібриляції передсердь.

Спосіб здійснюється таким чином.

Хворим на ішемічну хворобу серця зі стабільною стенокардією I - III ФК, ускладнену порушеннями ритму серця, для оцінки психоемоційного стану, використовують шпитальну шкалу депресії та тривоги (HADS). Шкала складена з 14 тверджень, які обслуговують дві підпікали:

підпікала А - „тривога" (непарні пункти - 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13);

підпікала D - „депресія" (парні пункти - 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14).

Кожному твердженню відповідає 4 варіанти відповіді в залежності від важкості симптомів (від 0 - відсутність до 3 - максимальна вираженість). Хворий самостійно відповідає на запитання по даній шкалі. При інтерпретації даних враховують сумарний показник по кожній підшкالی з виділенням клінічних значень:

- від 0 до 7 - норма;

- від 8 до 10 - субклінічно виражена тривога/депресія;

- 10 і більше - клінічно виражена тривога/депресія.

Із анамнезу виявляємо кількість психоемоційних сімейних та професійних конфліктів

Примітка:

«0»- психоемоційні конфлікти відсутні.

«2»- психоемоційні конфлікти виникають 1-2 рази на тиждень;

«4»- психоемоційні конфлікти виникають щоденно або постійно.

Таким чином, запропонований скринінг дозволяє своєчасно діагностувати депресивні та тривожні розлади у хворих на ІХС зі стабільною стенокардією напруги I-II-III функціональних класів.

За допомогою добового моніторингу підраховують кількість та тривалість больової та без больової ішемії, кількість екстрасистол та нападів фібриляції передсердь за добу.

Згідно проведеного дослідження, нами запропоновані такі критерії прогнозування виникнення

аритмії серця у хворих на ІХС зі стабільною стенокардією напруги I-III ФК у поєднанні з депресивними та тривожними розладами такі:

1) збільшення показників за даними шпитальної шкали депресії та тривоги (HADS), більше 9 балів для депресії та більше 10 балів для тривоги

2) виникнення або посилення психоемоційних сімейних та професійних конфліктів 2 рази на тиждень і більше (2 бали і більше);

3) збільшення нападів стенокардії напруги після фізичних або психоемоційних перевантажень 2 рази на тиждень і більше.

При наявності вказаних 3- факторів ризику виникнення аритмії часті і політопні шлуночкові та суправентрикулярні або напади фібриляції передсердь зустрічаються в 86%; у випадку наявності тільки перших 2 х факторів ризику вказані порушення ритму серця зустрічаються у 52% обстежених; при відсутності всіх факторів ризику виникнення аритмії серця вказані аритмії зустрічались у 18% пацієнтів.

Клінічний приклад застосування корисної моделі.

У хворого Н., 58 років діагностували ІХС, стабільну стенокардію напруги III ФК, серцеву недостатність ПА ст. Із анамнезу було виявлено, що у хворого були постійні психоемоційні конфлікти на роботі Під час анкетування за допомогою шпитальної шкали депресії та тривоги було виявлено клінічно виражений рівень тривоги та депресії. За допомогою добового моніторингу було виявлено 8 нападів фібриляції передсердь, 825 шлуночкових та 308 надшлуночкових екстрасистол. Враховуючи, що хворий був занесений до групи високого ризику розвитку фібриляції передсердь та екстрасистол III-V класів та попереджений про це. Хворому було призначене лікування та повідомлено про наслідки в разі відмови від лікування. Запропонований спосіб надає можливість виділяти групи ризику серед хворих на ІХС зі стабільною стенокардією I-III ФК у поєднанні з депресивними та тривожними розладами по розвитку у них шлуночкової екстрасистолії та часторецидивуючої форми фібриляції передсердь та оптимізувати лікування для даної категорії хворих. Отже, у хворого з наявністю вказаних критеріїв виникло 8 нападів фібриляції передсердь за добу, та 825 шлуночкових та 308 надшлуночкових екстрасистол.