



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **97455** (13) **U**
(51) МПК (2015.01)
A61B 5/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

<p>(21) Номер заявки: u 2014 11816</p> <p>(22) Дата подання заявки: 31.10.2014</p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 10.03.2015</p> <p>(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 10.03.2015, Бюл.№ 5</p>	<p>(72) Винахідник(и): Денесюк Олена Віталіївна (UA), Денесюк Віталій Іванович (UA), Мостовий Юрій Михайлович (UA), Щербак Олексій Вікторович (UA), Шушковська Юлія Юріївна (UA)</p> <p>(73) Власник(и): ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018 (UA)</p>
---	--

(54) СПОСІБ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ РИТМУ СЕРЦЯ У ХВОРИХ З ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ З ВИКОРИСТАННЯМ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ

(57) Реферат:

Спосіб корекції порушень ритму серця у хворих з гострим коронарним синдромом з використанням немедикаментозного методу лікування полягає в тому, що хворим з гострим коронарним синдромом виконують електрокардіограму, діагностують різні порушення ритму серця і за показаннями проводять коронароангіографію та стентування коронарних артерій.

UA 97455 U

Корисна модель належить до медицини, а саме до кардіології, і може використовуватись для корекції порушень ритму серця у хворих з гострим коронарним синдромом (ГКС).

Відомо, що при ГКС, до якого належать нестабільна стенокардія та інфаркт міокарда, часто виникають різні порушення ритму серця. Найбільш небезпечними з них є шлуночкові екстрасистоли високих III-V градацій за Лауном, шлуночкові пароксизмальні тахікардії, фібриляція шлуночків; у меншій мірі - фібриляція та тріпотіння передсердь, синоатріальні та атріовентрикулярні блокади, блокада лівої ніжки пучка Гіса. До фатальних порушень ритму серця належать фібриляція шлуночків, асистолія та електромеханічна дисоціація, при яких дуже часто виникає раптова серцева смерть.

У теперішній час при аритміях серця для їх лікування використовують перш за все антиаритмічні препарати. При ГКС, згідно з сучасними даними, проводиться стентування коронарних артерій, яке нормалізує коронарний кровообіг, покращує клінічний перебіг захворювання та скоротливу здатність серця.

Незважаючи на те, що стентування коронарних артерій застосовується декілька десятків років, до цих пір не вивчено як впливає стентування коронарних артерій на перебіг різних аритмій серця.

Найближчий аналог корекції аритмій серця за допомогою стентування коронарних артерій невідомий.

Спосіб корекції порушень ритму серця у хворих з гострим коронарним синдромом полягає у тому, що за допомогою електрокардіограми діагностують різні порушення ритму серця і за показаннями проводять коронароангіографію та стентування коронарних артерій, яке призводить до достовірного зменшення шлуночкових екстрасистол та комбінованих порушень ритму серця, що свідчить про ефективність впливу стентування коронарних артерій в нормалізації порушень ритму серця.

Обстежено 30 хворих на ГКС, яким проводилось стентування коронарних артерій і визначався вплив його на перебіг аритмій серця (див. таблицю).

Таблиця

Динаміка аритмій серця у хворих на ГКС під впливом стентування коронарних артерій

Вид аритмії	Обстежено 30 хворих		p
	до лікування	після лікування	
Фібриляція шлуночків	4 (13,3 %)	0	>0,05
Шлуночкові екстрасистоли II-V градацій за Лауном	6 (20,0 %)	1 (3,33 %)	<0,05
АВ-блокада I ступеня	2 (6,67 %)	0	>0,05
АВ-блокада II-III ступенів	3 (10 %)	2 (6,67 %)	>0,05
Блокада лівої ніжки пучка Гіса	3 (10 %)	2 (6,67 %)	>0,05
Блокада правої ніжки пучка Гіса	3 (10 %)	2 (6,67 %)	>0,05
Комбіновані аритмії серця	9 (30 %)	3 (10 %)	<0,05

Як видно з наведених даних (див. таблицю), у хворих на ГКС під впливом стентування коронарних артерій визначається достовірне зменшення шлуночкових екстрасистол II-V градацій за Лауном та комбінованих порушень ритму серця ($p < 0,05$).

Клінічний приклад

Хвора С., 69 років, скаржиться на напади різкого болю за грудиною, який іррадіює в спину, не купується нітрогліцерином, на тлі підвищення артеріального тиску до 200/110 мм рт. ст., відчуття перебоїв у ділянці серця.

Напередодні ввечері виникли сильні періодичні болі за грудиною в стані спокою, які не знімались нітрогліцерином. В 5 год. ранку болі стали нестерпними, у зв'язку з чим через 2 год. хвора госпіталізована в інфарктне відділення на стаціонарне лікування. Протягом 14 років хворіє на гіпертонічну хворобу, з приводу якої не лікувалась.

Загальний стан хворої важкий. Свідомість ясна. Положення в ліжку пасивне. Пульс 76 за 1 хв., аритмічний. АТ складає 170/80 мм рт. ст. Межі відносної тупості серця зміщені вліво. І тон на верхівці ослаблений, аритмічний. Частота дихання 14 за хвилину. Над легенями визначається везикулярне дихання. Печінка і селезінка не пальпуються. Симптом Пастернацького негативний. ЕКГ-висновок: ритм синусовий, неправильний. Гострий Q-інфаркт міокарда задньої стінки лівого шлуночка. Шлуночкова екстрасистолія 3 градації за Лауном. Блокада передньої гілки лівої ніжки пучка Гіса.

Загальний аналіз крові та сечі без патологічних змін. Цукор крові - 5,4 ммоль/л. Білірубін загальний - 2,88 ммоль/л, прямий - 8,4 ммоль/л, непрямий - 20,4 ммоль/л. Тимолова проба - 4,18 ОД, АсАТ - 0,31 ммоль/л/год., АлАТ - 0,37 ммоль/л/год. Сечовина - 5,0 ммоль/л, креатинін - 0,052 ммоль/л. Холестерин - 4,8 ммоль/л, В-ліпопротеїни - 53 ОД. Тропінін I - 10 нг/мл.

5 Протромбіновий час - 28 с, час рекальцифікації плазми - 100 с, фібриноген А - 4,4 г/л, фібриноген В - негативний, фібринолітична активність - 2 год. 40 хв.

Результати коронароангіографії: субоклюзія передньої міжшлуночкової гілки лівої коронарної артерії, стеноз а. intermedia-30 %, стеноз огинаючої гілки лівої коронарної артерії - 50 %. Після предилатації виконано стентування проксимального відділу передньої міжшлуночкової гілки лівої коронарної артерії стент-системою Chopin діаметром 2,75 мм, довжиною - 18 мм, під тиском 16 атм. ТІМІ 3.

10 Результати ехокардіографії: корінь аорти - 2,8 см, висхідна аорта - 2,9 см, аортальний клапан - незначно ущільнений; ЛП - 3,9 см; ЛШ - 5,1 см; ТМШП - 1,2 см, ТЗСЛШ - 1,2 см; КДР - 5,1 см; КСР - 3,9 см; КДО - 124 мл; КСО - 65 мл; ФВ - 47 %. Висновок: виражений аортосклероз.

15 Незначний фіброз аортального клапана. Аортальна регургітація I ст. Потовщений міокард лівого шлуночка. Гіпокінез бокової стінки лівого шлуночка. Мітральна регургітація I ст. Діастолічна дисфункція лівого шлуночка I ст.

Основний діагноз: ІХС. Гострий Q-інфаркт міокарда задньої стінки лівого шлуночка. Коронаросклероз. Стеноз передньої міжшлуночкової гілки лівої коронарної артерії 99 %.

20 Гіпертонічна хвороба III ст., 3 ст., серцево-судинний ризик 4.

Ускладнення: СН II-А, III ФК за класифікацією NYHA. Шлуночкова екстрасистолія, III градація за Лауном.

Супутній діагноз: Цукровий діабет II типу, середнього ступеня важкості, стадія компенсації.

25 Проведене лікування: арікстра - 2,5 мг/добу, клопідогрель - 75 мг/добу, бісопролол - 5 мг/добу, раміприл - 10 мг/добу, аторіс - 20 мг/добу, нольпаза, клексан, метамакс в оптимальних дозах.

Після проведеного лікування: ЧСС складає 64 уд./хв., ритмічний; АТ - 130/80 мм рт. ст. ЕКГ: ритм синусовий, правильний. Ознаки Q-інфаркту міокарда задньої стінки лівого шлуночка, підгостра стадія. Екстрасистолія та блокада передньої гілки лівої ніжки пучка Гіса не визначаються.

30

Заключення: проведене стентування коронарної артерії призвело до відновлення вільного кровообігу та нормалізації ритму серця.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

35

Спосіб корекції порушень ритму серця у хворих з гострим коронарним синдромом з використанням немедикаментозного методу лікування, який полягає в тому, що хворим з гострим коронарним синдромом виконують електрокардіограму, діагностують різні порушення ритму серця і за показаннями проводять коронароангіографію та стентування коронарних артерій.

40

Комп'ютерна верстка М. Шамоніна

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