



УКРАЇНА

(19) UA (11) 42972 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 5/16

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ СКРИНІНГОВОЇ ДІАГНОСТИКИ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА СОМАТИЧНУ ПАТОЛОГІЮ

1

2

(21) u200902392

(22) 17.03.2009

(24) 27.07.2009

(46) 27.07.2009, Бюл.№ 14, 2009 р.

(72) КОРНАЦЬКИЙ ВАСИЛЬ МИХАЙЛОВИЧ, ТРЕТЯК ІРИНА ВАСИЛІВНА

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ НАУКОВИЙ ЦЕНТР "ІНСТИТУТ КАРДІОЛОГІЇ ІМЕНІ АКАДЕМІКА М.Д. СТРАЖЕСКА" АМН УКРАЇНИ

(57) 1. Спосіб скринінгової діагностики тривожних розладів у хворих на соматичну патологію, що передбачає опитування хворих за показниками, які стосуються фізичного та психічного самопочуття досліджуваного, присвоєння рівня кожному визначеному розладу і проведення підрахунку загальної кількості балів, який **відрізняється** тим, що опитування хворих здійснюють за показниками: фізичне благополуччя, психологічне/емоційне благополуч-

чя, самообслуговування та незалежність в діях, працездатність, міжособистісна взаємодія, соціо-емоційна підтримка, суспільна та службова підтримка, самореалізація, духовна реалізація, сприйняття якості життя, далі проводять присвоєння рівня кожному зазначеному розладу за десятибальною шкалою, а після проведення підрахунку загальної кількості балів та при отриманій кількості балів 50 та більше вважають наявність тривожного розладу малоюмовірною, 49 балів та менше - вважають наявність тривожного розладу у досліджуваного високовірогідною, і проводять спеціалізоване обстеження психоемоційного стану такого досліджуваного.

2. Спосіб за п.1, який **відрізняється** тим, що дослідження показників здійснюють шляхом самооцінки хворим рівнів зазначених показників безпосередньо перед поліклінічним прийомом.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до соціальної медицини та кардіології, і може бути використана для встановлення наявності психоемоційних розладів тривожного спектру у хворих, які звертаються до лікарів загальної практики і кардіологів, та для оптимізації надання лікувально-профілактичної допомоги.

Розповсюдженість тривожних розладів настрою в загальнономедичній практиці становить 5-15% [Kessler R.C., Keller M.B., Wittchen H.U. The epidemiology of generalized anxiety disorder//Psychiatr. Clin.North. Am.-2001. -Vol.24. -P.19-39]. Поширеність субсиндромальної тривоги вдвічі вища, а, за деякими даними, симптоми тривоги відмічаються у 28-76% хворих загальнономедичної мережі охорони здоров'я [Старостина Е.Г. Генерализованное тревожное расстройство и симптомы тревоги в общемедицинской практике // РМЖ. -2004. -№22. -С.1277-1283]. Пацієнти з тривожними розладами дуже активно користуються ресурсами охорони здоров'я. Вони в 6 разів частіше звертаються до кардіолога, в 2 рази частіше до невролога, та в 1,5 рази частіше госпіталізуються [Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Дюкова Г.М., Федото-

ва А.В. Психоземotionalные расстройства у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями: масштабы проблемы, вопросы диагностики // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2005, - №4 (6), ч.І. - С.82-88]. Діагностику тривожного розладу утруднює те, що на прийом до лікаря такі хворі зазвичай приходять з великою кількістю соматичних скарг, і детальне клініко-інструментальне дослідження лише констатує невідповідність важкості клінічної симптоматики та об'єктивних даних. Крім того, показано, що розлади емоційної сфери є однією з основних причин низької схильності хворих до медикаментозного лікування та виконання немедикаментозних рекомендацій з вторинної профілактики захворювань [Погосова В.Г. Эмоции и сердце // Кардиоваскулярная терапия и профилактика.-2006. -№8. -С.70-73].

Незважаючи на широку розповсюдженість психоемоційних розладів у хворих, які звертаються до загальнономедичних закладів, такі порушення в більшості випадків залишаються не виявленими. За даними дослідження КОМПАС, розлади депресивного спектру до включення у дослідження були діагностовані в загальнономедичній мережі лише у

(13) U

(11) 42972

(19) UA

5% хворих, які, за даними психометричної шкали, з високим ступенем вірогідності страждали на ці розлади [Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Шальнова С.А. и др. Депрессивные расстройства в общедицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога // Кардиология.-2005.-8. -С.38-44]. Тому наявність простого та доступного методу діагностики тривожних розладів у соматичних хворих дозволить оптимізувати надання медико-профілактичної допомоги населенню, скоротить економічні витрати на непотрібні дослідження та непрофільне лікування, та підвищить якість медичного обслуговування.

Для діагностики наявності тривожного розладу застосовують різноманітні способи. Відомий спосіб визначення рівня стресостійкості та соціальної адаптації Холмса та Прає [Клименко В.І. Медико-організаційні заходи профілактики та лікування кардіологічних хворих із стресовими станами // Методичні рекомендації. -Київ. -2008. -с.20], за яким проводять облік стресогенних подій, які відбулися з пацієнтом протягом року, та підраховують кількість балів, присвоєних кожній події. Перевищення певної кількості балів розцінюють як загрозу розвитку порушень психоемоційного стану.

Однак достовірний облік стресогенних подій, які відбулися з пацієнтом, складно отримати і слід врахувати, що вплив стресогенних подій, які відбулися (наприклад рік тому) суттєво зменшується в залежності від довжини терміну до дати дослідження наявності тривожного розладу.

Відомо, що наявність тривожних і депресивних розладів настрою негативно впливає на якість життя хворих [Погосова Г.В. Тревожные состояния у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями: диагностические и терапевтические аспекты// Кардиоваскулярная терапия и профилактика.-2006. -№5. -С.75-80]. В ряді робіт продемонстровано погіршення якості життя осіб з субсиндромальними тривожними станами та розгорнутими тривожними порушеннями в порівнянні із здоровими респондентами [Katerndal D.A., Realini J.P. Quality of life and panic-related work disability in subjects with infrequent panic and panic disorder// J. Clin. Psychiatry.-1997.-Vol.58.-P.153-158].

Однак застосувати цей показник для діагностики наявності тривожного розладу недоцільно тому що він не має чітко визначеної кількісної оцінки і є лише одним з другорядних чинників, які можуть вплинути на наявності тривожного розладу.

Відомий спосіб діагностики тривоги і депресії [RU2342903, МПК А61В5/16, дата публікації 2009.01.10], який передбачає опитування хворих за показниками характерними для тривоги та депресії. При цьому у усній або письмовій формі пропонують відповісти на наступні питання, характерні для тривоги: «Чи відчуваєте Ви велику частину часу за останніх 4 тижні занепокоєння і тривогу?»; «Чи часто у Вас буває відчуття напруженості, роздратованості і порушення сну?» і питання, характерні для депресії: «Чи часто у Вас буває тужливий, пригнічений настрій?»; «Вранці Ви відчуваєте себе краще всього?». При ствердних відповідях на всі питання діагностують наявність

тривоги і депресії, при 2-х ствердних відповідях на питання, характерні для тривоги, - тривогу, а при 2-х ствердних відповідях на питання, характерні для депресії, - депресію.

Недоліком такого способу є те, що хоча процедура обстеження на поліклінічному прийомі займає невеликий час, однак вона його все ж подовжує. При цьому невелика кількість показників дослідження та відсутність кількісного визначення загального рівня стану зменшує достовірність висновку по результатах досліджень.

Відомий спосіб діагностики наявності тривожного розладу [Райгородский Д.Я. (редактор-составитель) Практическая психодиагностика. Методика и тесты // Учебное пособие.- Самара.Издательский дом «БАХРАХ-М», 2002.-с.64-66], при якому шляхом опитування досліджують 50 показників, які стосуються фізичного та психічного самопочуття досліджуваного, наприклад, «Зазвичай я спокійний, і мене нелегко вивести з цього стану», або «Мене часто непокоїть шлунок». Навпроти кожного твердження стоїть варіант відповіді - «Так» або «Ні». Кожному показнику «Так» в переліку з 1 по 13 присвоюють 1 бал, а кожному показнику «Ні» в переліку з 14-50 присвоюють також 1 бал. Далі проводять підрахунок кількості балів, і, при сумі балів 40-50 вважають рівень тривоги дуже високим, 25-40 балів - високим, 5-15 балів - середнім, і 0-5 балів - рівень тривоги вважають низьким.

Недоліком даного способу є те, що процедура одного обстеження займає 15-30 хвилин, що робить його непридатним для використання з метою скринінгового обстеження, а також на поліклінічному прийомі.

В основу розробки покладено завдання створення способу скринінгової діагностики тривожних розладів у хворих на соматичну патологію, в якому шляхом застосування нового переліку показників дослідження, виду кількісного оцінювання досягається скорочення часу та підвищення інформативності результатів обстежень, отриманих з застосуванням цього способу.

Для вирішення цього завдання пропонується Спосіб скринінгової діагностики тривожних розладів у хворих на соматичну патологію, який передбачає опитування хворих за показниками які стосуються фізичного та психічного самопочуття досліджуваного, присвоєння рівню кожному визначеному розладу і проведення підрахунку загальної кількості балів.

Новим у способі є те, що опитування хворих здійснюють за показниками: фізичне благополуччя, психологічне/емоційне благополуччя, самообслуговування та незалежність в діях, працездатність, міжособистісна взаємодія, соціо-емоційна підтримка, суспільна та службова підтримка, самореалізація, духовна реалізація, сприйняття якості життя, далі проводять присвоєння рівня кожному зазначеному розладу за десятибальною шкалою а, після проведення підрахунку загальної кількості балів та при отриманій кількості балів 50 та більше вважають наявність тривожного розладу малоюмовірною, 49 балів та менше - вважають наявність тривожного розладу у досліджуваного

високо вірогідною, а досліджуваного - таким, що потребує подальшого спеціалізованого обстеження.

Внаслідок застосування нових ознак способу з'являється можливість отримати додаткову інформацію про психоемоційний стан пацієнта за досить короткий проміжок часу, що дозволить призначити цілеспрямоване додаткове обстеження та скоротить витрати часу і коштів на неефективне лікування і тим самим підвищить якість надання медико-профілактичної допомоги.

В конкретних варіантах застосування способу дослідження показників здійснюють шляхом самооцінки хворим рівнів показників безпосередньо перед поліклінічним прийомом.

Вказаний Спосіб скринінгової діагностики тривожних розладів у хворих на соматичну патологію ілюструється прикладами його здійснення. В Таблиці наведено отримані показники стану хворих та результати дослідження хворих.

При здійсненні способу було досліджено за способом 23 хворих. При цьому проводилось опитування хворих за показниками які стосуються фізичного та психічного самопочуття:

1. Фізичне благополуччя (енергійність, відсутність болю).

2. Психологічне/емоційне благополуччя (гарне самопочуття, злагода з собою).

3. Самообслуговування та незалежність в діях (виконання повсякденних життєвих задач).

4. Працездатність (можливість виконувати робочі та домашні обов'язки).

5. Міжособистісна взаємодія (можливість встановлювати та підтримувати гарні стосунки в сім'ї, з друзями, в колективі).

6. Соціо-емоційна підтримка (наявність людей, яким ви довіряєте, і які можуть Вас підтримати).

7. Суспільна та службова підтримка (приємні та безпечні сусіди, доступ до фінансових та інформаційних ресурсів).

8. Самореалізація (відчуття власної врівноваженості, гармонічності та отримання задоволення від сексу, мистецтва та ін.).

9. Духовна реалізація (віра, релігійність, вихід за межі повсякденного матеріального життя).

10. Загальне сприйняття якості життя (ступінь задоволення життям в цілому). Опитування проводилось шляхом надання опитувальника опитуваним. Дослідження показників здійснювали шляхом самооцінки хворим рівнів зазначених показників за десятибальною шкалою. Далі проводили підрахунок загальної кількості балів за всіма параметрами, отриману кількість балів порівнювали з пороговими значеннями за способом, а висновки дослідження застосовували для оптимізації надання медико-профілактичної допомоги хворим.

Таблиця

Хворі	Рівень показника в дослідженнях										Висновки	
	Фізичне благополуччя	Психологічне благополуччя	Самообслуговування та незалежність в діях	Працездатність	Міжособистісна взаємодія	Соціо-емоційна підтримка	Суспільна та службова підтримка	Самореалізація	Духовна реалізація	Сприйняття якості життя	Сума показників	Рівень тривожного розладу
О.А.І.(54р.)	7	7	10	9	8	8	8	7	5	8	77	розлад малойм.
Ч. А.П. (50р.)	2	2	3	3	3	3	3	3	4	5	31	потр. спец. обстеж
Г.С.А.(56р.)	9	7	8	6	8	9	7	10	3	6	73	розлад малойм.
Г. З.П.(50р.)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	потр. спец. обстеж
Щ.М.Н. (45р.)	8	8	6	8	8	9	9	8	7	9	81	розлад малойм.
П.П.В.(57р.)	3	3	5	3	4	3	3	4	5	4	37	потр. спец. обстеж
П.Л.В.(38р.)	9	10	10	7	10	10	10	9	10	9	94	розлад малойм.
Я.О.Т.(64р.)	1	1	3	3	2	3	3	3	3	3	25	потр. спец. обстеж
Л. В.Н. (58р.)	10	10	10	10	10	7	7	10	6	9	89	розлад малойм.
Р.М.І. (47р.)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	потр. спец. обстеж
З.О.Т.(60р.)	4	3	9	4	5	9	4	8	8	8	62	розлад малойм.
В.Ю.С.(61р.)	3	3	5	3	4	3	2	5	5	4	37	потр. спец. обстеж
А. А.П. (47р.)	8	9	8	8	10	10	9	9	5	5	81	розлад малойм.
Г.Л.К.(49р.)	3	3	4	3	3	3	3	4	2	2	30	потр. спец. обстеж

Продовження таблиці

В.А.В.(64р.)	7	5	9	5	8	5	5	8	9	5	60	розлад малойм.
Ж.Т.И.(51р.)	4	4	5	3	3	3	2	4	3	3	34	потр. спец, обстеж
М. Р.К. (56)	8	9	10	9	9	9	8	6	6	9	83	розлад малойм.
Ж.В.И.(62р.)	2	2	3	2	3	2	2	3	3	3	25	потр. спец, обстеж
Т. В.Р. (48р.)	9	8	10	10	9	7	8	7	8	8	84	розлад малойм.
Л.В.Н.(52р.)	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	17	потр. спец, обстеж
П.Н.И.(50р.)	6	5	8	9	8	6	4	8	9	4	67	розлад малойм.
С.В.Н.(47р.)	3	3	4	2	3	3	2	3	2	2	27	потр. спец, обстеж
М.О.К.(56р.)	5	4	5	7	6	7	6	9	4	4	57	розлад малойм.

Як показують результати застосування способу в прикладах, внаслідок застосування нових ознак способу з'являється можливість отримати додаткову інформацію про психоемоційний стан пацієнта за досить короткий проміжок часу, що

дозволить призначити цілеспрямоване додаткове обстеження та скоротить витрати часу і коштів на неефективне лікування і тим самим підвищить якість надання медико-профілактичної допомоги.