

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



**МАТЕРІАЛИ
95 – ї
підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
(присвячена 70-річчю БДМУ)**

17, 19, 24 лютого 2014 року

Чернівці – 2014

УДК 001:378.12(477.85)
ББК 72:74.58
М 34

Матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2014. – 328 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Івашук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Андрієць О.А.
доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.
доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.
доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.
доктор медичних наук, професор Заморський І.І.
доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.
доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.
чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.
доктор медичних наук, професор Польовий В.П.
доктор медичних наук, професор Слободян О.М.
доктор медичних наук, професор Ташук В.К.
доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.
доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.
доктор медичних наук, професор Шаплавський М.В.

ISBN 978-966-697-533-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2014



Проведені генетичні дослідження для виявлення функціонального поліморфізму гена SERT свідчать, що за переважання проносів LL-генотип трапляється у 66,7% пацієнтів, SS-генотип – у 25,0%, і LS-генотип – у 8,3%; за переважання закрепів у 75,0% пацієнтів встановлено LS-генотип, у 25,0% – SS-генотип; за відсутності порушень моторно-евакуаторної функції кишечника в 78,6% випадків виявлено SS-генотип та в 21,4% – LS-генотип.

Проведені дослідження свідчать про наявність вегетативного дисбалансу, нейро-гуморальних порушень та різних видів поліморфізму гена SERT у хворих на тиреотоксикоз із синдромом подразненого кишечника, що залежать від типу порушень функціонального стану кишечника.

Нечіпай Ж. А., Хухліна О. С., Восвідка О.С.

ЕНДОТЕЛІАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ ГАСТРОПАТІЮ В ДИНАМІЦІ ЛІКУВАННЯ

*Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
Буковинський державний медичний університет*

Проблема прогресування цукрового діабету (ЦД) визначається поліорганним характером уражень, незворотністю змін багатьох функціональних систем та органів із розвитком судинних ускладнень. Наявність скарг на дискомфорт, біль в животі у хворих на ЦД визначається у 60-80%. Діабетична гастропатія (ДГ) обумовлює розлади моторно-евакуаторної функції шлунка та низку морфологічних змін слизової оболонки шлунка (СОШ), зумовлених розладами іннервації, кровопостачання, мікроциркуляції та репарації епітелію СОШ.

Метою нашого дослідження стало підвищення ефективності лікування ДГ шляхом усунення проявів ендотеліальної дисфункції (ЕД), метаболічних розладів та відновлення морфо-функціонального стану шлунка.

Нами обстежено 120 хворих на цукровий діабет (ЦД) типу 1 та 2, середньої тяжкості, субкомпенсований, віком від 37 до 63 років. Хворі були розподілені на дві групи. У хворих 1-ї групи (60 осіб) була встановлена ДГ на тлі ЦД 1 та 2 типів (1 група). Групу порівняння (2 група) склали 60 хворих на ЦД типу 1 та 2 без ознак ДГ. Групу контролю склали 20 практично здорових осіб.

Функціональний стан ендотелію вивчали за вмістом у крові стабільних метаболітів NO (нітритів, нітратів) за методом L.C.Green із співавт., активністю iNOS (DRG) та ET-1 (ELISA) методом імуноферментного аналізу. Для візуального контролю змін слизової оболонки шлунка (СОШ) всім хворим (100%) виконували ЕГФДС з прицільною біопсією 2-3 ділянок СОШ (дно, тіло, анtrum) з використанням фіброгастроскопів фірми „Olympus GIFQ20” (Японія). Гістологічні препарати вивчали світлооптичними методами, зміни ендотелію судин СОШ вивчали засобами комп'ютерного аналізу із застосуванням коефіцієнту варіації оптичної густини (КВОГ) забарвлення. За величиною КВОГ оцінювали ступінь організації ядерного хроматину ендотеліоцитів (І.С. Давиденко, 2008). У комплексну терапію хворих 1-ї групи включали засоби для корекції глікемічного профілю крові: метформін у таблетках по 500 мг 2 рази на день. За випадковою ознакою 1 група була розділена на дві підгрупи: 1А, яка отримувала ліпофлавін, розчинений у 20 мл ізотонічного розчину натрію хлориду, №10 та ребаміпід у таблетках по 100мг 3 рази на день упродовж 14 днів, та 1В, яка отримувала вітамін В6 5%, 2 мл.

У 78,6% хворих на ЦД із ДГ встановлена наявність ЕД за змінами вмісту NO, ET-1 та активністю iNOS у сироватці крові. Зокрема, у хворих 1-ї та 1А груп зареєстровано зростання вмісту в крові ET-1 відповідно у 1,4 та 1,8 рази порівняно з показниками ПЗО ($p < 0,05$). У хворих 1-ї групи спостерігалось підвищення вмісту NO у крові на 8,9% порівняно з показником ПЗО ($p > 0,05$), а в хворих 1А групи зареєстровано зростання вмісту в крові NO на 24,3%, однак зміни в міжгруповому аспекті були невірогідні. В обох групах спостерігалось вірогідне підвищення активності iNOS у 1,8 ($p < 0,05$) та 2,5 рази ($p < 0,05$) відповідно. Встановлено наявність кореляційного зв'язку між показником інфікування СОШ $H. pylori$, активністю iNOS, вмістом у крові NO ($r = 0,78, p < 0,05$; $r = 0,71, p < 0,05$). У результаті проведеного лікування в хворих основної групи під впливом ліпофлавіну та ребаміпіду значно швидше (на 7 днів) спостерігалось покращення самопочуття, відновлення апетиту, зменшення дискомфорту та болю в надчревіній ділянці. Зникнення або значне зменшення клінічних проявів ДГ наприкінці лікування в хворих 1 групи спостерігалось у 96,4% (29 пацієнтів), у хворих 1А групи – у 89,1% (27 пацієнтів) проти – 48,1% (10 осіб) та 44,3% (9 осіб) у контролі. За результатами ЕГФДС у хворих 1 групи після закінчення лікування нормалізацію стану СОШ (зникнення явищ гіперемії, запальної інфільтрації СОШ, епітелізація ерозій) було досягнуто у 87,9% (26 осіб), у хворих 1А групи – у 83,1% (25 осіб), у той час, як у хворих 2 групи зміни були невірогідні. Під впливом ліпофлавіну та ребаміпіду у динаміці лікування через місяць після лікування спостерігалась нормалізація ШЕШ у хворих 1 групи у 78,5% хворих. У хворих 1А групи, у яких відмічали сповільнення ШЕШ до лікування, спостерігалось істотне прискорення МЕФШ під впливом ліпофлавіну та ребаміпіду у 76% хворих. Позитивна динаміка спостерігалась у хворих основної групи щодо клінічного перебігу ЦД обох типів: нормалізація рівня глікемії натще та постпрандіально на 4-й день лікування, вмісту HbA_{1c} , концентрації в крові інсуліну, що вказує на істотний вплив ліпофлавіну в подоланні гіперінсулінемії та ІР.

Після проведеного лікування ліпофлавіном та ребаміпідом стан ендотелію слизової оболонки шлунка суттєво покращився, про що свідчать ендоскопічні дані, підвищення концентрації монооксиду нітрогену в сироватці крові та зменшення проявів функціональної диспепсії.



Окіпняк І.В.

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЕКВАТОРА У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ, ПОЄДНАНУ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
Буковинський державний медичний університет*

У дослідженні взяли участь 46 пацієнти з клінічно верифікованою есенціальною АГ II стадії (згідно з класифікацією та наказом № 436 МОЗ України від 3.07.2006 р.) у поєднанні з ІХС зі збереженою систолічною функцією ЛШ та цукровим діабетом II типу. У всіх пацієнтів формою ІХС була стабільна стенокардія напруги ПФК.

Серед обстежених жінок було 31 (67,39%), чоловіків – 15 (32,61%) віком від 54 до 72 років (у середньому $61,2 \pm 4,3$ роки). Пацієнти були розподілені на три групи: першу (15 осіб) склали хворі, які в якості терапії отримували лізиноприл 20 мг на добу, симвастатин 20 мг на добу і ацетилсаліцилову кислоту 75 мг на добу; другу (15 осіб) – пацієнти, які отримували амлодипін в дозі 10 мг, симвастатин 20 мг на добу і ацетилсаліцилову кислоту 75 мг на добу; третю (16 осіб) – пацієнти, які отримували екватор 10/5, симвастатин 20 мг на добу і ацетилсаліцилову кислоту 75 мг на добу. Пацієнти всіх груп знаходились на таблетованій гіпоглікемічній терапії, в залежності від потреби отримували нітропрепарати.

За вихідними даними клінічні прояви нозологій були конкордантні, так, у пацієнтів I групи на біль в ділянці серця скаржились 54,8%, головний біль турбував 47,5% хворих, набряки зустрічались у 24,6% пацієнтів, на серцебиття та перебої в роботі серця скаржились 42,7% хворих. Частота вищезначених симптомів у пацієнтів II та III клінічної групи вірогідно не відрізнялась від першої. Після проведеного курсу лікування встановлено перевагу терапії у III групі пацієнтів щодо усунення наступних симптомів: біль в ділянці серця (у порівнянні із I групою обстежених), набряки (у порівнянні із II групою обстежених), серцебиття та головний біль (у порівнянні із I та II групою обстежених). У хворих II та III груп спостерігали регресуючу динаміку ангінального синдрому, що проявлялось зменшенням кількості нападів стенокардії. Достовірну різницю отримали між пацієнтами I та III груп (кількість нападів стенокардії у хворих III групи зменшилась з $6,1 \pm 1,9$ до $3,3 \pm 1,6$ за добу ($p < 0,05$), приймання нітрогліцерину - з $5,3 \pm 1,8$ до $1,7 \pm 0,9$ таблетки на добу ($p < 0,05$)). Вказані клінічні симптоми мали підтвердження при аналізі проведеного щодобового моніторингу ЕКГ. У обраного нами контингенту хворих виявлено наявність як епізодів больової (БІМ), так і безбольової ішемії міокарда (ББІМ). Аналіз отриманих результатів через 2 тижні вказаної терапії засвідчив зменшення під впливом прийому амлодипіну середньої тривалості ішемічних епізодів у пацієнтів II (зменшилась з $15,02 \pm 2,11$ до $8,04 \pm 2,12$ хв. ($p < 0,05$)) та III груп (з $17,06 \pm 1,03$ до $9,01 \pm 1,02$ хв. ($p < 0,05$)), при цьому зменшувалась потреба у застосуванні нітропрепаратів. У пацієнтів I групи тривалість епізодів БІМ та ББІМ залежала від кількості прийнятих таблеток нітрогліцерину.

За результатами аналізу щодобового моніторингу АТ на початку дослідження показники САТ і ДАТ у пацієнтів трьох груп не мали статистично значущих відмінностей. Конкордантність спостерігалась також і стосовно відсотку хворих із non-dipper типом АГ (38,4% (хворих) у I групі, 35,7% (хворих) у II групі, 32,9% (хворих) у III групі ($p > 0,05$)).

Цільовий рівень АТ було досягнуто при застосуванні комбінованого антигіпертензивного препарату екватора у хворих на артеріальну гіпертензію, поєднану з ішемічною хворобою серця та цукровим діабетом. Для досягнення гіпотензивного ефекту у обраного контингенту хворих, була необхідність у застосуванні більших доз лізиноприлу чи амлодипіну при проведенні монотерапії. Безпечність застосування екватора пояснюється використанням гіпотензивних складових у менших дозах, ніж в оригінальних препаратах.

Оліник О.Ю.

ЕНДОСКОПІЧНА КАРТИНА УРАЖЕНЬ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

*Кафедра внутрішньої медицини
Буковинський державний медичний університет*

За останні десятиріччя відзначено істотне збільшення захворюваності на цукровий діабет як у світі, так і на Україні. У 2000 році кількість хворих на цукровий діабет на земній кулі дорівнювала 171 млн. (2,8 % від загальної кількості хворих), а через 30 років за прогнозами епідеміологічних досліджень вона зросте більш ніж на 100% та становитиме 366 млн. осіб (4,4 % від загальної кількості хворих). Водночас відзначено, що ці дані не відображають реальної поширеності захворювання. При цукровому діабеті добре вивчена патологія судин, серця, нирок, існують численні роботи, присвячені цим проблемам. Гастроентерологічні аспекти цукрового діабету досліджені значно гірше. Відомо, що найчастіше хворі на цукровий діабет звертаються до лікарів з диспепсичними скаргами, а при подальшому обстеженні в них визначають функціональні розлади приблизно у 80% випадків з боку гастродуоденальної області, а органічна патологія сягає майже 40 % випадків.

Метою нашого дослідження стало вивчення особливостей ураження шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) у хворих на цукровий діабет (ЦД).



Обстежено 20 хворих на ЦД з диспепсичними скаргами з боку шлунково-кишкового тракту та без даних в анамнезі про виразкову хворобу: 1-а група (11 осіб) – пацієнти з ЦД II типу, 2-а група (9 осіб) – пацієнти з ЦД I типу. Усім хворим для діагностики ураження шлунка та ДПК було проведено езофагогастродуоденоскопію (ЕФГДС).

У групі хворих з ЦД II типу було діагностовано 2 виразки ДПК (18 %) та 4 випадки ерозивного ураження шлунка (32 %). У всіх інших хворих був виражений гастродуоденіт (50%), у хворих з цукровим діабетом I типу було виявлено виражений гастродуоденіт у 5 хворих (55%), ерозивне ураження ДПК у 4 хворих (45%).

Отже, у всіх обстежених хворих на цукровий діабет I та II типів діагностовано ураження шлунка та ДПК, яке не спричиняє характерних скарг, тому виразки та ерозії залишаються поза увагою клініцистів, часто маніфестують кровоточащими, є надзвичайно небезпечними і потребують відповідної корекції у лікуванні.

Паліброта Н.М.

ЗАСТОСУВАННЯ АКТОВЕГІНУ В ЛІКУВАННІ ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВИХ УРАЖЕНЬ ШЛУНКА У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ НА ТЛІ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ

*Кафедра внутрішньої медицини
Буковинський державний медичний університет*

Серед причин смертності від хвороб органів травлення (крім пухлин) цироз печінки займає перше місце. Проблема порушень вуглеводного обміну є не менш актуальною в сучасній медицині. Актуальність поєднаної патології обумовлена частою можливістю одночасного перебігу двох і більше взаємно обтяжуючих патологій. Нерідко цироз печінки (ЦП) перебігає на тлі інсулінорезистентності (ІР), що призводить до ураження практично всіх органів і систем організму, в тому числі до розвитку уражень шлунка.

Мета роботи: удосконалити методику диференційованого лікування ерозивно-виразкових уражень шлунка (ЕВУШ) у хворих на ЦП на тлі ІР.

Обстежено 20 хворих на ЦП з ЕВУШ на тлі ІР: 1-а група (11 осіб) – отримувала базисну терапію, 2-а група (9 осіб) – додатково Актотегін 200 мг в/в 1 раз на день впродовж 10 днів з подальшим переходом на пероральний прийом 600 мг/добу впродовж 3-4 тижнів.

Позитивний вплив Актотегіну на морфо-функціональний стан еритроцитів підтверджується збільшенням деформабельності еритроцитів на 22,4% та зменшенням відносної в'язкості еритроцитарної суспензії на 13,3% в динаміці ($p < 0,05$). У хворих 2-ї групи вказані показники змінилися на 12,3% ($p < 0,05$) та 5,8% ($p > 0,05$) відповідно. У хворих 2-ї групи виявлено зменшення рівня ФВ на 35,3% ($p < 0,05$), у той час як в контрольній 1-й групі – лише на 16,2% ($p > 0,05$). Виявлені позитивні морфологічні зміни: покращення мікроциркуляції, зменшення набряку та альтерації. Вивчення ендоскопічної картини СОШ у пацієнтів основної групи показало, що після проведеного курсу лікування загоєння ерозивно-виразкових уражень шлунка впродовж 4 тижнів у 88,9% пацієнтів (за традиційного лікування – у 66,7% пацієнтів).

Застосування на тлі диференційованої базисної терапії Актотегіну зменшує вираженість ураження ендотелію, покращує морфо-функціональні властивості еритроцитів, кровообіг у слизовій оболонці шлунка та збільшує ефективність лікування ерозивно-виразкових уражень шлунка у хворих на цироз печінки на тлі інсулінорезистентності.

Патратій М.В.

ЗМІНИ МІКРОФЛОРИ ТОВСТОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ НА ТЛІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

*Кафедра внутрішньої медицини
Буковинський державний медичний університет*

Проблема «дисбактеріозу кишечника» залишається актуальною у вітчизняній гастроентерології. Незважаючи на велику кількість робіт із проблем змін мікрофлори товстої кишки, питання патогенезу, діагностики та особливо лікування повністю не вирішені. При усій важливості та розмаїтості її клінічних аспектів, доводиться визнати, що для деяких терапевтів і гастроентерологів «дисбактеріоз кишечника» перетворився в черговий діагноз, а призначене лікування, особливо антибіотиками, призводить замість «лікування від дисбактеріозу» до ще більшого погіршення кишкового дисбалансу. Труднощі пов'язані з неоднозначним підходом до самого поняття «дисбактеріоз кишечника», принципів діагностики і лікування цього патологічного стану.

Обстежено 46 хворих на неалкогольний стеатогепатит (НАСГ) на тлі метаболічного синдрому (МС) віком 42-67 років, які перебували на стаціонарному лікуванні у гастроентерологічному відділенні ОКУ «Обласна клінічна лікарня м. Чернівці». Діагноз НАСГ встановлювали на основі клінічних, лабораторних та інструментальних критеріїв (Ю.М. Степанов, А.Ю. Філіппова, 2004). Контрольну групу ($n=24$) склали хворі з МС без уражень печінки. Тривалість ураження печінки складала від 5 до 10 років. Крім загальноприйнятих методів дослідження, усім хворим проводили ректороманоскопію, іриграфію. Визначали локалізацію, поширеність та активність запалення. Видовий та якісний склад біоценозу товстої кишки вивчали шляхом посіву десятикратних розведень фекалій на диференційно-діагностичні середовища. Вираженість дисбактеріозу встановлювали у відповідності з класифікацією Г.Д. Звягінцевої (2000).



Результати дослідження показали зниження кількості біфідобактерій у 90% хворих основної групи, лактобактерій - у 70 % хворих, бактероїдів - у 25 % хворих та зростання кількості петококів - у 16 % хворих, пептострептококів - у 12 % хворих, ентеропатогенних штамів E.coli - у 21 % хворих, штамів E.coli з гемолітичними властивостями - у 18 % хворих порівняно з хворими контрольної групи.

Таким чином, ознаки порушення мікробіоценозу товстої кишки у хворих на НАСГ на тлі МС зустрічаються достовірно частіше, ніж у осіб контрольної групи. Даний перебіг захворювань потребує уваги клініцистів з метою розробки диференційованого підходу до профілактики та лікування можливих порушень мікробіоценозу товстої кишки у хворих з НАСГ на тлі МС.

Петринич О.А., Білецький С.В., Казанцева Т.В.

ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ПЕРОКСИДНОГО ОКИСНЕННЯ ЛІПІДІВ ТА АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ ІНСУЛІНЕМІЇ НАТЩЕ

*Кафедра сімейної медицини
Буковинський державний медичний університет*

Метою дослідження було вивчити особливості показників пероксидного окиснення ліпідів (ПОЛ) та антиоксидантного захисту (АОЗ) у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) залежно від рівня інсулінемії натще.

Обстежено 44 хворих на ГХ I-II стадій. Отримані результати порівнювалися з даними 24 практично здорових осіб, репрезентативних за віком і статтю, які сформували контрольну групу.

Кров для біохімічного дослідження брали з ліктьової вени вранці натще через 12 годин після останнього прийому їжі. Рівень у крові імунореактивного інсуліну (ІРІ) натще визначали з використанням стандартних наборів фірми DRG International Inc (США) методом імуноферментного аналізу. Нормальними величинами концентрації інсуліну натще вважали для чоловіків до 25 мкОд/мл, для жінок – до 23 мкОд/мл. Вміст у крові продуктів ПОЛ – сполук з ізолюваними подвійними зв'язками, дієнових кон'югатів, кетодієнів та спряжених трієнів вивчали за методом І.А.Волчегорського і співавт., маленового альдегіду (МА) плазми та еритроцитів – за Ю.А.Владимировим, А.І.Арчаковим. Активність глутатіону відновленого (ГВ) досліджували титраційним методом за О.В.Травіною в модифікації І.Ф. Мешшенина, глутатіонпероксидази (ГП) та глутатіон-S-трансферази (ГТ) – за І.Ф.Мешшениним, каталази – за М.А.Королюк та співавт.

Оцінку різниці сукупностей вибірки проводили, використовуючи t-критерій Стьюдента. Відмінність між вибірками вважалася статистично вірогідною при $p < 0,05$.

Щоб оцінити вплив рівня інсуліну на процеси ПОЛ та АОЗ у хворих на ГХ їх розподілили на дві підгрупи: з нормо- (19 осіб) та гіперінсулінемією (25 осіб) натще. У хворих на ГХ з підвищеним рівнем ІРІ натще порівняно з пацієнтами із базальною нормоінсулінемією спостерігалася вірогідне зростання рівня МА в еритроцитах на 10,80 %, зниження вмісту ГВ на 8,33 %. Концентрація ГП та ГТ у хворих на ГХ була вірогідно нижчою порівняно з контрольною групою (на 14,74 % та 8,70 % відповідно) лише за наявності гіперінсулінемії.

Отже, зростання рівня ІРІ у хворих на ГХ супроводжується зростанням показників ПОЛ зі зниженням АОЗ.

Полішук О.Ю.

ВИЯВЛЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ ЗА ДОПОМОГОЮ ОПИТУВАЛЬНИКА ЦУНГА

*Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини
Буковинський державний медичний університет*

Опитувальник Цунга призначений для самооцінки депресії та розроблений з метою диференційної діагностики депресивних розладів та станів, наближених до депресії, для скринінг-діагностики, часто використовується для попередньої, долікарської діагностики. Тест «Шкала Цунга» за даними різних авторів має високу чутливість та специфічність та дозволяє уникнути додаткових економічних та часових витрат, а також пов'язаних з медичним дослідженням етичних проблем. У тексті опитувальника є 10 позитивно сформульованих та 10 негативно сформульованих запитань. Кожне питання оцінюється за шкалою від 1 до 4 (за відповідями: «ніколи», «іноді», «часто», «постійно»). Результати шкали від 20 до 80 балів поділяються на 4 діапазони: 20-49 - норма; 50-59 - легка депресія; 60-69 - помірна депресія; 70 і вище - тяжка депресія. Враховуючи потенційний вплив депресії на подальший перебіг захворювання, якість життя пацієнтів Американська Асоціація Серця з 2008 року рекомендує проводити рутинний скринінг депресії усім кардіологічним хворим.

Робота базується на обстеженні 120 хворих (54 чоловіка та 64 жінки), що знаходились на стаціонарному лікуванні в Чернівецькому обласному клінічному кардіологічному диспансері з діагнозами «гострий інфаркт міокарда» або «післяінфарктний кардіосклероз». Згідно результатів проведеного дослідження у 74 (61,7%) обстежених хворих не виявлено симптомів депресії, депресія легкого ступеню встановлена у 43 осіб (35,8%), помірна депресія встановлена лише у 3 (2,5%) осіб, депресивний розлад важкого ступеню за результатами опитувальника Цунга у обстежених хворих не зустрічався взагалі.