



1 балл - 100%. Крім віку, у пацієнтів другої групи було виявлено більше супутньої патології, що також являється модифікуючим фактором, але не враховується в оцінній шкалі CURB 65 (CRB 65).

Висновки: лікарю терапевту і загальної практики при

веденні пацієнтів з внегоспітальною пневмонією при виборі тактики ведення слід враховувати ступінь ризику летальності і ускладнень за шкалою CURB 65 (CRB 65) і аналізувати інші модифікуючі фактори. Пацієнти старше 65 років потребують госпіталізації з перших днів захворювання.

УДК: 616.12-008.331.1 – 084(-22)

М.І. Грицюк, І.В. Навчук, Ж.А. Ревенко, Д.І. Навчук, Сах Суман

ПРОБЛЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я
(науковий керівник – доц. М.І. Грицюк)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Стійка тенденція до зростання показників захворюваності на хвороби системи кровообігу насамперед пов'язана із збільшенням числа пацієнтів, що мають підвищений артеріальний тиск (АТ).

Особливо актуальною ця проблема є для сільського населення, оскільки якість профілактичної та лікувально-діагностичної допомоги, що пропонується їм, потребує докорінного покращення, зокрема спеціалізована медична допомога повинна стати доступною для сільських жителів.

Захворюваність на артеріальну гіпертензію (АГ) набула загрозливого характеру через несприятливу соціально-економічну ситуацію на селі та низьку обізнаність сільських жителів щодо профілактичних медичних технологій, а також через невміле та недостатнє їх застосування хворими на АГ. Тому особливе значення має впровадження профілактичних медичних технологій серед сільського населення, бо, на нашу думку, успішно вирішити будь-яку проблему медицини сьогодні можливо тільки у профілактичній площині.

Мета нашого дослідження – вивчення обізнаності сільського населення щодо профілактичних медичних технологій артеріальної гіпертензії та їх застосування.

Дослідження проводилось за медико-соціологічним методом з використанням анонімної анкети у п'яти районах Чернівецької області, що мають добре розвинену мережу лікувально-профілактичних закладів та соціально-економічну інфраструктуру.

Зазначимо, що необхідність вивчення обізнаності

сільського населення щодо профілактичних технологій АГ є доцільним, тому що такі дані – це основа для їх розробки, удосконалення та впровадження.

Як свідчать дані опитування, основною причиною звернень хворих на АГ до медичних працівників є підвищення АТ (становить 73,7%). Друге місце займає необхідність консультацій щодо лікування АГ (46,4%). На останньому, третьому, місці – потреба рекомендацій щодо режиму праці, відпочинку, харчування тощо (9,2%).

Враховуючи результати проведеного дослідження, можна сказати, що 3/4 сільських жителів, хворих на АГ, мають ті чи інші ускладнення від цієї хвороби, оскільки не виконували рекомендації лікаря з лікування та профілактики згаданого захворювання.

Показово також, що 2/3 опитаного населення, хворого на АГ, не володіє знаннями про лікування та профілактику свого захворювання, що, на наше переконання, є вагомою причиною зростання захворюваності сільських жителів на АГ.

Аналіз отриманих даних дає підстави стверджувати, що для успішної профілактики та лікування АГ у сільського населення необхідно забезпечити його доступними засобами контролю АТ, чітко визначити відповідальних за проведення санітарної освіти й забезпечення санітарно-просвітницькими матеріалами, а також чітко визначити відповідальних за систематичний контроль показників АТ у сільських жителів та забезпечити доступність якісної медичної допомоги, сучасних лікарських засобів, створити умови для покращення соціально-економічного стану села.

УДК: 616.127-005.8-06:616.12-008.64-092

І.І. Гуйванюк

РОЛЬ НАВАНТАЖУВАЛЬНИХ ТЕСТІВ У ВИЗНАЧЕННІ ГЕМОДИНАМІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини
(науковий керівник – доц. Н.А. Турубарова-Леунова)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Ішемічна хвороба серця (ІХС) займає чільне місце серед серцево-судинних захворювань. Проте, дотепер залишається недостатньо висвітленим механізм дестабілізації гострих форм ІХС з подальшим формуванням серцевої недостатності (СН).

З метою визначення особливостей гемодинаміки у хворих на гострий інфаркт міокарда (ГІМ) в залежності від функціонального резерву міокарда обстеже-

но 65 пацієнтів. Всім хворим впродовж першої доби від початку захворювання проводилася ехокардіографія (ЕхоКГ) в стані спокою та на фоні антиортостатичного навантаження. Функціональний стан ЛШ оцінювали відповідно динаміки ФВ на навантаження. Залежно від змін ФВ на об'ємне навантаження, динаміка вважалася позитивною при зростанні ФВ на 5% і більше (І група), негативною – при зменшенні



ФВ на 5% і більше (III група) та незміненою при коливаннях цього показника в межах $\pm 5\%$ (II група).

Оцінка функціонального резерву проводилася за результатами тесту з дозованим фізичним навантаженням на велоергометрі «ВЭ – 02» (Україна), яка проводилася на 25-ту добу захворювання. Аналізувалися рівень досягнутого навантаження (ДН) і толерантність до фізичного навантаження (ТФН) при проведенні велоергометрії (ВЕМ).

Результати дослідження свідчать про наявність суттєвих відмінностей функціонального резерву серед хворих трьох сформованих груп. Якщо розрахункове навантаження (РН) було майже однаковим у хворих 3-х груп, і складало в I групі – $139,7 \pm 6,3$ Вт, в II – $130,7 \pm 3,5$ Вт ($p > 0,2$) і в III – $137,4 \pm 4,2$ Вт ($p > 0,5$), то згідно з отриманими даними, ДН виявилось значно більшим у обстежених I групи ($116,8 \pm 19,8$ Вт), меншим в II групі ($75,1 \pm 8,8$ Вт, $p > 0,05$) і мінімальним у

хворих III групи ($66,5 \pm 11,0$ Вт, $p < 0,05$). ТФН також виявилася найбільшою в I групі ($82,9 \pm 8,7\%$) і найменшою в III групі ($53,3 \pm 6,8\%$, $p < 0,01$). Хворі II групи займали проміжне місце ($61,7 \pm 5,2\%$, $p < 0,05$, при співставленні з I групою). Отже, у хворих із II та III типами гемодинаміки відбувалося зниження функціонального резерву. Серед обстежених із визначеним I типом гемодинаміки функціональний резерв був збережений.

Таким чином, використання комплексного обстеження за допомогою ЕхоКГ в умовах проведення антиортостатичного навантаження та ВЕМ об'єктивізує подальший несприятливий прогноз за розвитком ранньої СН у хворих на ГІМ, з визначенням спрямованості гемодинамічних змін та виявленням особливостей функціонального резерву, що дає можливість прогнозувати подальший перебіг захворювання.

УДК: 616.33:616.329-002-008.22-009.2-072.1-039.52-06:616.3-008.6-07-085-035

Д.Т. Джанелидзе

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОГИ, ИХ КОРРЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С НЕЭРОЗИВНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СОЧЕТАННОЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ

Кафедра гастроэнтерологии, диетологии и эндоскопии
(научный руководитель – проф. Н. В. Харченко)

НМАПО имени П.Л. Шупика, Киев, Украина

Лидирующие позиции среди функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта занимает функциональная диспепсия (ФД), течение которой может сочетаться с другой патологией – неэрозивной рефлюксной болезнью (НЭРБ). Наличие этих двух заболеваний одновременно получило название перекрестного синдрома – ФД/НЭРБ. Распространённость перекрестного синдрома (ФД/НЭРБ) составляет около 40-50% от числа всех пациентов, страдающих гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

Клиническое исследование проводилось как открытое, простое, не контролируемое. В исследовании принимали участие 34 пациента (25 женщин и 9 мужчин), в возрасте от 19 до 35 лет, (средний возраст 27 лет) с установленным диагнозом функциональной диспепсии, сочетанной с неэрозивной рефлюксной болезнью.

У всех пациентов проводились следующие обследования: общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, копрограмма, stool test на Н.р., УЗИ брюшной полости, ЭЭДС с биопсией, экспресс и суточная рН-метрия пищевода и желудка, С13-октановый тест; было оценено эмоциональное состояние, определяемое при помощи госпитальной шкалы тревоги и депрессии. Шкала разработана Zigmond A. S. и Snaitch R. P. в 1983 году для выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги. Шкала составлена из 14 утверждений, оценивающих 2 подшкалы: тревога и депрессия. Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа, отражающие степень выраженности признака от 0 (отсутствие) до 3 (максимальная выраженность). При интерпретации результатов учитывается суммарный показатель по каждой подшкале, при этом выделяется 3 облас-

ти его значений: 0-7 - норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии); 8-11 - субклинически выраженная тревога/депрессия; 11 и выше - клинически выраженная тревога/депрессия.

При анализе эффективности терапии препаратом «Мебикар» (тетраметилтетраазобидиклооктандион), учитывали динамику следующих жалоб: напряженность, беспокойство, страх, заторможенность, апатия, вялость.

Шкала заполнялась до и после лечения. При интерпретации результатов до лечения у 20 (58,8%) пациентов, (16 женщин и 4 мужчин), выявлена субклинически выраженная депрессия, у 12 (35,3%), (7 женщин и 5 мужчин), субклинически выраженная тревога, а у 2 (5,9%) женщин клинически выраженная депрессия.

Препарат назначался по 1 таблетке (0,3г) 3 раза в день независимо от приёма пищи в течение 21 дня. Эффективность лечения оценивали после окончания курса.

Позитивный эффект выявился через 7-10 дней. После окончания курса лечения значительное улучшение состояния отмечалось у 31 больного (91,2%), (22 женщины и 9 мужчин), при оценке результатов выявлено отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии; слабо выраженные симптомы сохранились у 3 (8,8%) женщин. Отсутствие эффекта от исследуемого препарата не зарегистрировано. «Мебикар» хорошо переносится пациентами, побочных эффектов во время исследования не выявлено. Исследуемый препарат способствовал исчезновению тревожно-депрессивных симптомов или значительно уменьшал их выраженность у пациентов с ФД/НЭРБ.