

УДК 616.89:616-006-052

DOI: 10.15587/2519-4798.2017.91024

## МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ДЛЯ ОНКОХВОРИХ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ЛІКУВАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

© І. Р. Мухаровська

*На різних етапах лікування потреби онкологічних хворих у психологічній допомозі відрізнялися, що відображалося на пріоритетності вибору форм, умов, тривалості та інтенсивності медико-психологічних заходів. Психологічна допомога залежала від етапу лікувального процесу, виду лікування, статі, потреб хворих. Важливим практичним завданням було формування позитивного відношення та доступності психологічних інтервенцій в якості мотивуючих чинників*

**Ключові слова:** медико-психологічна допомога, психоосвіта, психокорекція, онкологічні пацієнти, психоонкологія, протипухлинне лікування, онкологія

### 1. Вступ

Онкологічні захворювання становлять складну медичну, психологічну та психосоціальну проблему. В Україні реєструється вищий рівень захворюваності щодо онкології у порівнянні з світовими стандартами – 384,9 проти 229,3 100 тис. [1]. Загроза для життя, побічні ефекти протипухлинної терапії, постійна настороженість щодо повернення хвороби, викликають розвиток широкого спектру психодезадаптивних станів та клінічно окреслених психічних розладів [2, 3]. В наслідок зіткнення з онкологічною хворобою психологічно травмуються рідні хворого, високий психічний стрес реєструється серед медичного персоналу онкологічних відділень [4, 5]. Онкологічне захворювання змінює життєві цілі пацієнтів, лікування та боротьба з хворобою стають провідними життєвими завданнями [6]. Вплив онкологічної патології на психіку хворих та осіб, що оточують пацієнта обумовлює потребу у психологічній допомозі.

### 2. Обґрунтування дослідження

Численні дослідження наголошують на необхідності проведення психологічних заходів для онкологічних хворих у вигляді психоосвітніх програм, тренінгів, шкіл пацієнтів, груп психологічної підтримки, індивідуального та сімейного консультування [7, 8]. До позитивних наслідків психологічної допомоги відносять покращення емоційного та фізичного стану пацієнтів, зниження больових відчуттів, перебудову світосприйняття, нормалізацію відносини у сім'ї та з оточенням [9]. Для роботи з онкологічними пацієнтами застосовують різноманітні психотерапевтичні підходи: когнітивно-поведінкову, екзистенційну, гештальт, клієнт-центровану психотерапію, логотерапію, символдраму, арт-терапію, музикотерапію, психоаналіз, прогресивну м'язову релаксацію, дихальні техніки. Широко відома програма психологічної допомоги К. Саймонтона та С. Саймонтона. Новою хвилею у формі реалізації психологічних заходів стало застосування комп'ютерних та Інтернет технологій у якості каналів зв'язку з пацієнтами [10].

У сучасній медичній практиці особливого значення набуває формування партнерських відносин між лікарем і хворим, які ґрунтуються на співробітництві, поінформованій згоді та взаємній довірі [11]. Отримані дані, що від психологічного стану пацієнта залежить результат та безпека лікування [12]. В онкології особливо гостро постає проблема прихильності до протипухлинної терапії. Провідними психологічними факторами низького комплаєнсу серед онкологічних хворих визначено зниження суб'єктивної перспективи лікування, переживання відчуття приреченості, ірраціональні установки, страх перед побічною дією та ускладненнями протипухлинної терапії [13]. Відповідно, важливим завданням медико-психологічної допомоги є адаптація онкологічних хворих до протипухлинної терапії, налагодження ефективної взаємодії пацієнта та лікаря.

### 3. Мета дослідження

Виявити психологічні особливості онкологічних хворих на різних етапах лікувального процесу та визначити специфіку медико-психологічного впливу.

### 4. Контингент та методи дослідження

Дослідження було проведено на базі Київського міського клінічного онкологічного центру протягом 2014–2016 рр. В опитуванні прийняло участь 422 онкологічні пацієнти, з них 80 хворих перебували на етапі діагностики та вибору методів протипухлинного лікування (Г1), 187 опитуваних проходили первинну (Г2) та 155 осіб – повторну терапію у зв'язку з прогресуванням онкопатології (Г3). За віком 13,7 % опитуваних знаходилися у віковому діапазоні 30–39 років, 30,3 % – 40–49 років, 48,6 % – 50–59 років та 7,3 % – 60–69 років. Протипухлинну терапію у вигляді лише хірургічного лікування отримували 26,9 % хворих, комплексне та комбіноване лікування проводилося 73,1 % пацієнтам. Тривалість онкологічного захворювання у Г2 становила від 1 до 5 років. За нозологічною структурою 17,5 % становили хворі з раком молочної залози, 17,3 % – немеланомними злоякісними новоутвореннями шкіри, 12,6 % – раком легенів чи бронхів, 9,4 % – раком ободової кишки,

8,2 % – раком предміхурової залози, 7,6 % – раком шлунка, 7,0 % – раком прямої кишки, 6,1 % – раком тіла матки, 3,8 % – раком шийки матки, 2,9 % – меланою, 2,6 % – раком сечового міхура, 2,6 % – раком яєчників, 2,3 % – раком підшлункової залози.

Для виявлення достовірності різниці застосовано t-критерій Стьюдента. Статистична обробка проводилася з використанням MS Excel v.8.0.3.

### 5. Результати дослідження

У табл. 1 наведені дані щодо вираженості проявів тривоги та депресії у онкологічних хворих на різних етапах лікувального процесу. Особливостями психоемоційного стану онкохворих було превалювання тривожного стану над депресивним, однак структура симптоматики у онкологічних пацієнтів протягом різних стадій лікування була подібною. Провідними проявами тривожного симптомокомплексу були інтенсивна тривога, внутрішнє напруження та неспокійні думки. В депресивних проявах провідну роль відігравали ангедонія, песимістичне сприйняття майбутнього та зниження життєвого тону. Діагностичний етап від стадії первинної терапії відрізняли високі рівні як тривоги так і депресії. Найнижчий рівень психопатологічної симптоматики зареєстровано у пацієнтів, які починали лікування. При повторному зверненні, обумовленому прогресування онкопатології, спостерігалися відновлення тривожної та наростання депресивної симптоматики.

Таблиця 1

Вираженість проявів тривоги та депресії за HADS,  $\bar{x} \pm \sigma$  (бали)

Рівень	Г1	Г2	Г3
Тривоги	14,2±3,31!	12,9±2,97!	13,4±3,37
Депресії	12,4±2,8!	11,5±2,63*!	12,7±2,91*

Примітка: \* – достовірність різниці на рівні  $p < 0,05$  між Г2 та Г3, ! – достовірність різниці на рівні  $p < 0,05$  між Г1 та Г2

На донозологічному рівні у онкологічних пацієнтів були присутні ознаки порушення психологічної адаптації, які включали зрушення у психологічному стані: інтенсивну тривогу, онкоасоційовані страхи, зниження чи лабільність настрою, дратівливість, порушення сну, поведінкову дезорганізацію – 100 %; болісні екзистенційні переживання (загроза смерті) – 100 %; надмірну активність чи навпаки пасивність у лікувальному процесі – 78,4 %; вибіркоче сприйняття психотравмуючої інформації – 75,3 %; зростання напруженості у сімейних відносинах – 64,7 %; звуження кола спілкування до сім'ї та близьких друзів, дистанціювання від оточення – 58,1 %; невпевненість у правильності призначеного лікування, часті, повторні консультації у профільних спеціалістів – 47,1 %; інтенсивне почуття провини за хворобу, відчуття себе тягарем для родини – 34,3 %; звернення до нетрадиційної медицини – 13,5 %.

Деадаптивний особистісний профіль було діагностовано у 12,7 % пацієнтів. Копінг з низькою опірністю стресу реєструвався у 24,6 % опитуваних. У 62,8 % онкологічних пацієнтів виявлено деадаптивні типи реагування на захворювання, 16,6 % мали поєднані форми реагування, що включали особистісну та міжособистісну деадаптацію, порушення інтрапсихічної адаптації превалювало над інтерпсихічною. Серед онкологічних пацієнтів найчастіше зустрічалися анозогностичний (13,0±3,4 %), тривожно-сензитивний (11,4±3,2 %), ергопатично-тривожний (10,4±3,1 %), сензитивний (7,8±2,7 %), тривожний (7,6±2,6 %) та іпохондричний типи (6,4±2,4 %).

Онкопатологія суттєво знижувала якість життя хворих, що відображалася на психоемоційному та фізичному стані, міжособистісних стосунках. На кожному з етапів протипухлинного лікування відзначалося погіршення параметрів якості життя, однак зі збільшенням тривалості хвороби негативний вплив прогресивно зростав, рис. 1.

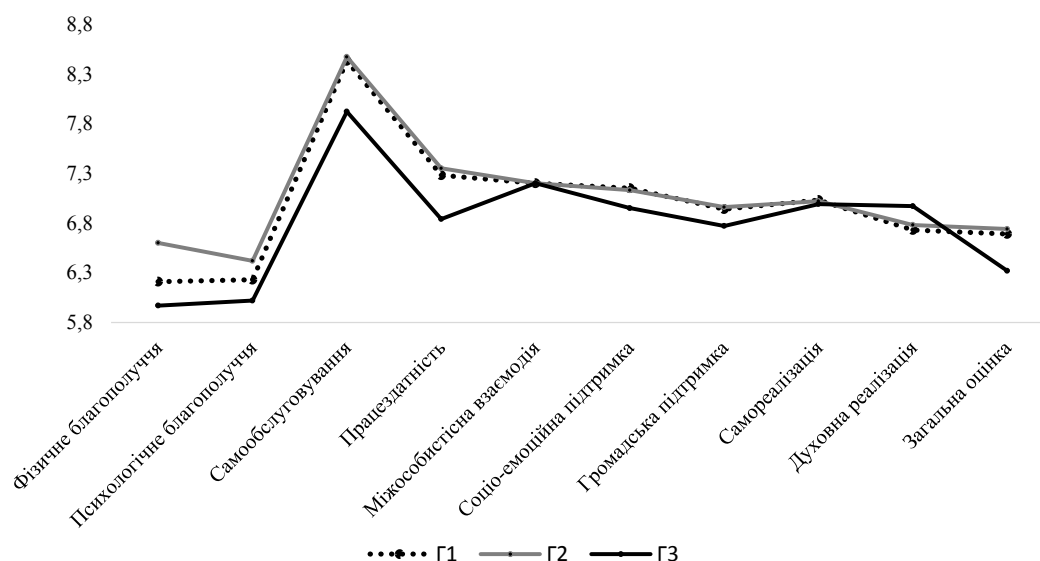


Рис. 1. Зміни у якості життя онкохворих у процесі перебігу захворювання, бали

Основні психосоціальні проблеми онкологічних пацієнтів включали зниження соціальної активності, зростання міжперсонального напруження у взаємодії з родиною, зменшення інтенсивності та зміна якості соціальної взаємодії, труднощі комунікації на тему онкологічного діагнозу, стигматизацію та самостигматизацію хворих.

#### **6. Обговорення результатів дослідження**

Основним психопатогенним чинником на діагностичному етапі була невизначеність стосовно онкологічного захворювання. Невідомість прогнозу та методів лікування супроводжувалися тривожністю, страхом, зниженням настрою, емоційною лабільністю, дратівливістю, психічним виснаженням. Страхі хворих зосереджувалися на факті остаточного та безповоротного підтвердження онкологічного діагнозу, стражданнях, які з собою несла хвороба, травматичному лікуванні, втраті працездатності та здатності до самообслуговування при прогресуванні хвороби, смерті, соціальній стигматизації.

Пацієнти, які отримували протипухлинне лікування вперше, переживали виражений психічний стрес у зв'язку із терапією, яка супроводжувалася побічними ефектами. Первинні хворі мали брак інформації щодо онкологічного захворювання, не орієнтувалися в методах лікування, у них був відсутній досвід протидії онкологічному соматичному та психічному стресу. У значній мірі у своєму відрегуванні пацієнти на даному етапі орієнтувалися на соціальні міфи щодо онкологічних захворювань.

Переживання хворих, які очікували на хірургічне лікування, були прив'язані до запланованого оперативного втручання, післяопераційного самопочуття та наслідків операції. Пацієнтів, які мали отримати комбіновану чи комплексну протипухлинну терапію, турбувало розширення лікувальних заходів за рахунок хіміотерапії та променевої терапії, що асоціювалося з гіршим прогнозом та більшими психічними, фізичними та матеріальними затратами. Хворі з призначеною хіміотерапією чи променевою терапією були пригніченими в наслідок неможливості позбавитися пухлини якнайшвидше, радикально видалити її з організму. Негативний вплив на таких пацієнтів чинила інформація щодо побічних ефектів терапії, необхідність тривалий час приходити на процедури чи лікуватися у стаціонарі, і таким чином зіштовхуватися з обстановкою, що провокує інтенсивні негативні переживання.

Пацієнти, які госпіталізувалися повторно, в наслідок прогресування чи рецидиву онкологічного захворювання отримували повторну психологічну травму. У цій групі онкохворих спостерігалось наростання фізичного нездоров'я та зниження працездатності. Однак позитивними складовими виступало те, що пацієнти були більш інформовані щодо свого захворювання та методів лікування, мали досвід психологічної протидії онкологічному захворюванню, формували практично-орієнтовані індивідуалізовані рішення проблем, що виникають у зв'язку із хворо-

бою. Варто зазначити, що отриманий вперше досвід міг бути як допомагаючим у випадку формування адаптивних навиків, або дезадаптуючим – у разі присутності виражених непережитих психотравматичних станів.

Прогресування онкологічного захворювання обумовлювало ускладнення типів відповіді на хворобу шляхом злиття дезадаптивних типів і утворення їх змішаних форм з поєднанням інтра- та інтрапсихічного компонентів порушення адаптації, посилення тривожного, іпохондричного, меланхолічного, апатичного, параноїального, дисфоричного компонентів у складі психічного відреагування.

Діагностування у пацієнтів таких особистісних характеристик як інтроверсія, залежність чи навпаки відчуженість від людей, імпульсивність, емоційна нестійкість, експресивність та значна представленість копінг стратегій уникнення, соціальної замкнутості, «заїждженої пластинки», безпомічності, жалості до себе, самозвинувачення, агресії, прийому заспокійливих препаратів та засобів були прогностичними маркерами порушення психологічної адаптації.

Найбільш ураженою сферою функціонування у онкохворих було фізичне та психічне благополуччя. Соматичне нездоров'я знижувало працездатність та можливості самообслуговування і незалежності у діях. Хвороба актуалізувала відчуття неповної особистісної та духовної самореалізації. Гендерний аналіз виявив, що у жінок онкопатологією були нижчими показники якості життя щодо психологічного благополуччя, чоловіків – міжособистісної взаємодії, соціо-емоційної та суспільної підтримки.

Важливим психосоціальним аспектом онкологічних захворювань була стигматизація та самостигматизація. Проявами соціальної стигматизації щодо онкологічних пацієнтів були відчуження та дистанціювання оточення чи навпаки поява нетактовного інтересу. Самостигматизація проявлялася у самовільному психологічному тавруванні себе як приреченої людини, поєднувалася з невиправдано песимістичними прогнозами щодо результатів лікування, знецінюванням себе як особистості та корисного члена суспільства, який не зважаючи на хворобу є повноцінним соціально активним індивідом.

Потреби онкологічних хворих на різних етапах лікування відрізнялися, що відображалось на пріоритетності вибору форм, умов, тривалості та інтенсивності медико-психологічних заходів. Психосвіта була найбільш затребуваною для пацієнтів, які зіштовхнулися з онкологічною хворобою вперше, в подальшому зростали значимість психокорекції та психологічного тренінгу. Медико-психологічні заходи інтенсифікувалися у кризові періоди – рецидиву, прогресування захворювання, переходу на паліативну допомогу, появу хронічного больового синдрому, інвалідизацію. Тривалість психологічних інтервенцій враховувала фізичний стан онкологічних пацієнтів, що відображалось на модифікації класичних правил сетінгу.

На основі отриманих даних було розроблено клініко-психологічні протоколи для пацієнтів, які враховували первинність та повторність звернення, стадію захворювання та етап лікувального процесу. Для первинних онкохворих завданнями медико-психологічної допомоги були: зниження психічного дистресу, навчання способам зниження психоемоційного напруження, формування реалістичних уявлень щодо онкологічного захворювання та адаптивного стилю поведінки під час лікувального процесу. Для пацієнтів, які госпіталізувалися повторно, акцент медико-психологічної допомоги був зміщений на трансформацію психотравматичних переживань щодо захворювання, психокорекцію неадаптивних форм психічного реагування та поведінки під час лікування, інтервенції спрямовані на психосоціальну адаптацію та дестигматизацію. Щодо пацієнтів, які проходили діагностичний етап, провідним завданням медико-психологічної допомоги було встановлення та підтримання контакту з хворим, забезпечення супровідної психологічної підтримки та у разі необхідності проведення кризового консультування.

Медико-психологічними аспектами, пов'язаними з оперативним лікуванням були питання психологічної підготовки до операції, феномени перед- та післяопераційної тривожності, «операційні» страхи, пристосування до наслідків післяопераційного статусу. Психологічна допомога при хіміотерапії та променевої терапії включала психологічну підготовку до процедур, підвищення мотивації до лікування, в тому числі курсового, зниження психоемоційного та психофізіологічного стресу під час терапії, корекцію хибних уявлень щодо протипухлинної терапії, побудова моделей поведінки, спрямованих на подолання негативних наслідків даного виду лікування.

Важливим практичним завданням було формування позитивного відношення, створення позитивного іміджу та привабливості психологічної допомоги, які б мотивували пацієнтів на участь у медико-психологічних заходах. Значимим фактором виступала доступність психологічної допомоги: проінформованість пацієнтів про наявність спеціаліста з психічного здоров'я, графік проведення психологічних заходів, наявність психоосвітних матеріалів безпосередньо у відділеннях. Створення ефективної системи медико-психологічної допомоги також включало роботу не лише з пацієнтами, але і їх оточенням – близькими та медичними працівниками.

## 7. Висновки

1. Онкологічне захворювання чинило суттєвий вплив на психічний стан пацієнтів, що відображалося на особистісному, поведінковому та психосоціальному рівнях функціонування хворих.

2. Медико-психологічна допомога залежала від етапу лікувального процесу, статі, потреб та установок хворих щодо психологічних інтервенцій.

3. На різних етапах лікування потреби онкологічних пацієнтів у психологічній допомозі відрізнялися, що відображалося на пріоритетності вибору форм, умов, тривалості та інтенсивності медико-психологічних заходів.

4. Медико-психологічна допомога була комплексною, так як психологічного травмування також зазнавало близьке оточення онкологічного пацієнта – сім'я та медичний персонал.

5. Важливим практичним завданням було формування позитивного відношення та доступності психологічної допомоги, які б мотивували пацієнтів на участь у медико-психологічних заходах.

## Література

1. Федоренко, З. П. Рак в Україні 2014–2015 [Текст] / З. П. Федоренко, Л. О. Гулак, Ю. Й. Михайлович, С. Л. Горох, А. Ю. Рижов, О. В. Сумкіна, Л. Б. Куценко; ред. О. О. Колеснік. – К.: Національний інститут раку, 2016. – Режим доступу: [http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL\\_17/index.htm](http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_17/index.htm)
2. Савин, А. И. Особенности психогенно обусловленных психических расстройств и психологические характеристики онкологических больных при разных опухолевых локализациях (подход к проблеме) [Текст] / А. И. Савин, Б. Ю. Володин // *EruditioJuvenium*. – 2015. – № 3. – С. 82–86.
3. Campbell, G. The prevalence and correlates of chronic pain and suicidality in a nationally representative sample [Text] / G. Campbell, S. Darke, R. Bruno, L. Degenhardt // *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. – 2015. – Vol. 49, Issue 9. – P. 803–811. doi: 10.1177/0004867415569795
4. Nipp, R. D. Factors associated with depression and anxiety symptoms in family caregivers of patients with incurable cancer [Text] / R. D. Nipp, A. El-Jawahri, J. N. Fishbein, E. R. Gallagher, J. M. Stagl, E. R. Park et. al. // *Annual of Oncology*. – 2016. – Vol. 27, Issue 8. – P. 1607–1612. doi: 10.1093/annonc/mdw205
5. Russell, K. Perceptions of Burnout, Its Prevention, and Its Effect on Patient Care as Described by Oncology Nurses in the Hospital Setting [Text] / K. Russell // *Oncology Nursing Forum*. – 2016. – Vol. 1, Issue 43 (1). – P. 103–109. doi: 10.1188/16.onf.103-109
6. Rand, K. L. Life and treatment goals of patients with advanced, incurable cancer [Text] / K. L. Rand, D. A. Banno, A. M. Shea, L. D. Cripe // *Supportive Care in Cancer*. – 2016. – Vol. 24, Issue 7. – P. 2953–2962. doi: 10.1007/s00520-016-3113-6
7. Хомич, Г. О. Психологічна допомога онкохворим у процесі консультування [Текст] / Г. О. Хомич // *Проблеми сучасної психології*. – 2011. – № 13. – С. 596–605.
8. *Psycho-Oncology* [Text] / J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen, P. B. Jacobsen, M. J. Loscalzo, R. McCorkle, P. N. Butow (Eds.). – Oxford University press, 2015. – 772 p. doi: 10.1093/med/9780199363315.001.0001
9. Трифонова, Н. Ю. Влияние социальной поддержки на эффективность лечения онкологических больных [Текст] / Н. Ю. Трифонова, В. И. Бутрина, В. В. Люцко // *Фундаментальные исследования*. – 2014. – № 4. – С. 371–374.

10. Grossert, A. Web-based stress management for newly diagnosed cancer patients (STREAM-1): a randomized, wait-list controlled intervention study [Text] / A. Grossert, C. Urech, J. Alder, J. Gaab, T. Berger, V. Hess // BMC Cancer. – 2016. – Vol. 16, Issue 1. – P. 838. doi: 10.1186/s12885-016-2866-0

11. Артюхова, В. В. Особливості формування терапевтичного альянсу у лікарів-неврологів з пацієнтами [Текст] / В. В. Артюхова // Наукові записки Харківського університету Повітряних Сил. Соціальна філософія, психологія. – 2009. – Т. 2, № 33. – С. 209–214.

12. Шестопалова, И. М. Прогностическое влияние тревоги и депрессии на исход хирургического лечения онкологических больных с сопутствующей ишемической болезнью сердца [Текст] / И. М. Шестопалова, Г. А. Ткаченко // Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. – 2008. – Т. 19, № 3. – С. 75–79.

13. Walter, F. The Andersen Model of Total Patient Delay: a systematic review of its application in cancer diagnosis [Text] / F. Walter, A. Webster, S. Scott, J. Emery // Journal of Health Services Research & Policy. – 2012. – Vol. 17, Issue 2. – P. 110–118. doi: 10.1258/jhsrp.2011.010113

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук, професор Маркова М. В.  
Дата надходження рукопису 22.12.2016*

**Мухаровська Інна Романівна**, кандидат медичних наук, Київський міський клінічний онкологічний центр, вул. Верховинна, 69, м. Київ, Україна, 03115  
E-mail: mukharovska.i@gmail.com

УДК 616-005.4:616.127+616.379-008.64]:575.113.2  
DOI: 10.15587/2519-4798.2017.90965

## ПОЛІМОРФІЗМ ГЕНУ *LEPR Q223R* У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ З ПІСЛЯІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

© А. А. Аль Салім, М. А. Станіславчук, Н. В. Заїчко

*Метою роботи було встановити поширеність однонуклеотидного поліморфізму гену лептинових рецепторів *LEPR Q223R* у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) з післяінфарктним кардіосклерозом залежно від коморбідності з ЦД 2 типу. Результати отримані в когортах хворих показали, що носійство генотипу *RR* гену *LEPR Q223R* є потенційним немодифікованим чинником, який прискорює розвиток та підвищує важкість перебігу ІХС, асоційованої з ЦД 2 типу, у чоловіків*

**Ключові слова:** ішемічна хвороба серця, лептинові рецептори, поліморфізм, адипонектин, лептин

### 1. Вступ

Одним із незалежних чинників ішемічної хвороби серця (ІХС) є цукровий діабет (ЦД) 2 типу, поширеність якого неухильно зростає в різних країнах. У 70–80 % хворих на ЦД 2 типу виникає ІХС, яка зазвичай має атиповий початок та більш важкий перебіг [1, 2]. З іншого боку, частота ЦД 2 типу у хворих на стабільну ІХС за різними даними коливається від 18,2 до 34 % [3, 4]. Належна корекція вуглеводного обміну у хворих на ЦД 2 типу не завжди профілактує розвиток ІХС та її ускладнень, тому вивчення клініко-патогенетичних аспектів коморбідності цих станів і досі залишається актуальним.

### 2. Обґрунтування дослідження

Накопичується все більше даних, що спільними чинниками ІХС та ЦД 2 типу може виступати поліморфізм генів адипоцитокінів та їх рецепторів, через які реалізується адипокіновий сигналінг. Зокрема, ген лептинових рецепторів *LEPR*, який розташований у хромосомі 1р31, відіграє важливу роль в регуляції маси тіла, харчової поведінки, енергетичного гомеостазу та метаболічних проце-

сів [5]. Ідентифіковано 6 алельних поліморфізмів гена *LEPR* – rs1137100 (*K109R*), rs1137101 (*Q223R* або *Gln223Arg*), rs1805134 (*S343S*), rs8179183 (*K656N*), rs1805096 (*P1019P*) та делеція/ вставка в пентануклеотиді СТГТА в 3 – нетрансльованому сайті (3'*UTR Del/Ins*), однак їх поширеність та клініко-діагностичне значення в різних етнічних групах є дискусійним [5, 6]. У більшості досліджень відмічається зв'язок поліморфізму гену *LEPR Q223R* з факторами кардіоваскулярного ризику – ожирінням, метаболічним синдромом, дисліпідемією [6–8]. Засвідчений зв'язок поліморфізму гена *LEPR Q223R* з розвитком серцевої недостатності у хворих на ІХС та дилатативну кардіоміопатію [9]. В той же час, питання щодо поширеності та значення поліморфізму гену *LEPR* у хворих на ІХС за умов коморбідності з ЦД 2 типу, в тому числі в українській популяції, остаточно не з'ясовано.

### 3. Мета дослідження

Встановити поширеність однонуклеотидного поліморфізму гену лептинових рецепторів *LEPR Q223R* (*Gln223Arg*, *rs1137101*) у хворих на ІХС з після-