



важливих соціальних, клінічних та психологічних характеристик людини. Він відображає ступінь активності особистості в самореалізації, а саме: прийняття рішень, відповідальність за вчинки, аналіз того що відбувається. Отже він має великий вплив на процес лікування та одужання.

Тому метою роботи стало порівняти рівень комплаєнсу з рівнем відповідальності у хворих похилого віку на ішемічну хворобу серця (ІХС) в залежності від статі. Було обстежено 25 жінок та 22 чоловіки хворих на ІХС, яка була представлена стабільною стенокардією напруження II-III ф.кл. Рівень комплаєнсу оцінювали за допомогою анкети, запропонованої X. Girerd та співавт. (2001). За наявності 3 та більше позитивних відповідей прихильність оцінювали як низьку, 1-2 позитивних відповідей як помірну, за відсутності позитивних відповідей — як високу. Рівень відповідальності хворих вивчався за допомогою методики визначення рівня суб'єктивного контролю (РСК).

На першому етапі дослідження згідно з результатами проведення тестування в групі у жінок отримали рівень комплаєнсу – високий (48%), середній (24%) та низький (28%), в групі чоловіків відповідно 27,2%, 36,4%, 36,4%. Отримані дані показали, що в групі чоловіків, на відміну від групи жінок, у більшості обстежених (16, або 73%) діагностувався екстернальний локус контролю, що відображало зниження здібності до відповідальності та регулювання своєї поведінки. В групі жінок достовірний позитивний кореляційний зв'язок був встановлений між показниками рівня комплаєнсу та показником загальної інтернальності. Високий показник за даною шкалою відповідає високому рівню суб'єктивного контролю за будь-якими значущими ситуаціями. Це означає, що жінки почували себе відповідальними за те, як складалося їхнє життя в цілому, а в процесі лікування при виконанні лікувальних інструкцій здатні були проявляти необхідну обов'язковість та старанність. В групі чоловіків позитивна кореляція була встановлена з показником інтернальності в галузі досягнень, що відповідало високому рівню суб'єктивного контролю над емоційно-опозитивними подіями та ситуаціями. Така установка відображає більш оптимістичний погляд на ефекти лікування та більшу впевненість чоловіків у собі. В той же час в групі жінок позитивна кореляція була встановлена з показниками шкал: – інтернальності в сімейних стосунках, що визначало відповідальність за події в сімейному житті; – інтернальності щодо здоров'я та хвороби. Ці дані свідчили про більшу відповідальності жінок за своє здоров'я та свій спосіб життя, з одного боку, та дотриманням ними терапевтичного режиму – з іншого.

Урахування даних результатів може служити основою для створення спеціальних психокорекційних програм, спрямованих на підвищення мотивації до лікування, оптимізацію терапевтичного співробітництва та збереження ремісії хворих на ішемічну хворобу серця похилого віку з урахуванням статі.

Ферфецька К.В.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ПАНКРЕАТОГЕННОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ: СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

*Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб
Буковинський державний медичний університет*

Панкреатогенний цукровий діабет (ЦД) є самостійною групою захворювань з різноманітною етіологією, виділений Американською діабетологічною асоціацією в окрему нозологію—цукровий діабет типу С (ЦД 3с). Згідно діючої класифікації Всесвітньої організації охорони здоров'я 1999 р. (з доповненнями), окрім ЦД 1-го типу та ЦД типу 2, розрізняють інші специфічні типи ЦД, до яких належать ЦД, які розвинулися на тлі захворювань екзокринної частини підшлункової залози (ПЗ): панкреатит, травма або панкреатектомія, пухлини, муковісцидоз (кістозний фіброз), гемохроматоз, фіброкалькульозна панкреатопатія. Таким чином, панкреатогенний ЦД є вторинним відносно основного захворювання ПЗ. У зв'язку з складностями верифікації діагнозу, ЦД 3с



виставляється клініцистами рідко. Це пов'язано ще й з недостатньою кількістю доказової інформації щодо генетичних розбіжностей між ЦД 1-го типу, ЦД типу 2 та ЦД 3с.

Для діагностики ЦД 3с необхідно враховувати такі клінічні критерії, які можна поділити на основні та додаткові. До основних належать: наявність зовнішньосекреторної недостатності ПЗ (ЗНПЗ), підтверджена моноклональним тестом на фекальну еластазу-1 чи прямими функціональними тестами; патологічні структурні зміни ПЗ (при її візуалізації за допомогою ендоскопічного, ультразвукового дослідження, магнітно-резонансної чи комп'ютерної томографії); відсутність аутоімунних маркерів ЦД 1-го типу.

Додаткові критерії потребують гормональних обстежень: відсутність секретії панкреатичного поліпептиду (ПП); порушення секретії інкретинів (наприклад, глюканоподібний пептид 1); відсутність резистентності до інсуліну (за результатами НОМА-IR); порушення функції β -клітин (НОМА-В, співвідношення С-пептид/глюкоза); низький рівень жиророзчинних вітамінів (А, D, Е, К).

Згідно рекомендацій PancreasFest (2017), необхідно оцінювати стан вуглеводного обміну (глюкоза крові натще, рівень HbA_{1c} не рідше одного разу на рік), для виявлення порушень толерантності до глюкози проведення глюкозотолерантного тесту з навантаженням 75 мг глюкози. Для диференційної діагностики з ЦД типу 2 визначають рівень інсулін і/або С-пептид. Для ЦД 3с характерним є відсутність відповіді ПП на прийом змішаної їжі (за ЦД типу 2 відповідь, зазвичай підвищена, за ЦД 1-го типу може підвищуватися у відповідь на харчове навантаження).

Отже, повне обстеження пацієнтів із захворюваннями екзокринної частини ПЗ дозволить вчасно діагностувати ЦД 3с, що дозволить покращити відповідь на фармакотерапію, зменшити ризик ускладнень, найбільш грізним з яких є аденокарцинома ПЗ.

Хухліна О.С.

ОСОБЛИВОСТІ МЕТАБОЛІЗМУ КОМПОНЕНТІВ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ

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

Неухильне зростання частоти випадків коморбідного перебігу хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) та неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ) на тлі ожиріння у осіб працездатного віку в Україні та у світі зумовлює потребу в проведенні досліджень механізмів взаємообтяження та пошуку нових чинників патогенезу прогресування даної коморбідної патології.

Мета дослідження - встановити особливості обміну компонентів сполучної тканини у хворих із поєднаним перебігом стеатогепатиту, ХОЗЛ та ожирінням. Обстежено 100 хворих на ХОЗЛ, в тому числі 49 із НАСГ та ожирінням I ступеня: 1 група - 28 пацієнтів із ХОЗЛ (2D GOLD). 2 група - 23 хворих на ХОЗЛ (3D). 3 група - 25 пацієнтів із ХОЗЛ (2D) із НАСГ. 4 група - 24 хворих на ХОЗЛ (3D) із НАСГ. Контрольна група - 20 практично здорових осіб (ПЗО). Зміни метаболізму компонентів позаклітинного матриксу визначали за вмістом у крові вільного (ВОП) за С.С. Тетянець (1985) та білковозв'язаного оксипроліну (БЗОП) за М.С. Осадчуком (1979), гексозамінів (ГА) за О.Г. Архіповою (1988). Вміст у крові гідрогену сульфідну (H₂S) визначали спектрофотометричним методом.

Аналіз інтенсивності фіброзувальних реакцій у хворих на ХОЗЛ, залежно від наявності коморбідного НАСГ вказує на вірогідне збільшення вмісту в крові БЗОП у хворих усіх груп: у 1-й групі (61,88±2,54) в 1,5 рази у порівнянні з ПЗО (41,48±3,72) (p<0,05), хворих 2 групи (73,23±2,96) – у 1,8 рази (p<0,05), 3 групи (84,21±3,65) – у 2,0 рази (p<0,05), у хворих 4 групи (97,38±3,42) – у 2,4 рази (p<0,05). Водночас, показник вмісту в крові ВОП, який є біохімічним маркером катаболізму колагену, у хворих на ХОЗЛ 1 групи (15,27±0,43) був вищий від показника у ПЗО (12,39±0,34) у 1,2 рази (p<0,05), у хворих 2 групи (17,46±0,57) - у