



по ОА (4) склали 28 осіб, хворих на ОА великих суглобів з нормальною масою тіла. Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб відповідного віку. Середній вік хворих (склав  $43,8 \pm 4,7$ ) року.

У хворих на хронічний панкреатит, поєднаний з ожирінням та остеоартрозом, встановлено максимально виражені ( $p < 0,05$ ) зміни сонографічної структури підшлункової залози: запальний набряк із збільшенням розмірів, діаметру вірсунгової протоки, посилення ехогенності ПЗ у результаті чергування гіпоехогенних (ділянки запалення та інфільтрації) та гіперехогенних (вогнища фіброзу та кальцифікації) ділянок на тлі змін паренхіми середньої ехогенності, зміни гістографічних показників (підвищення L у 1,5 рази, зниження показників N у 4,9 рази, K у 3,4 рази, F – у 8,8 рази), що вказує на максимальний ступінь фіброзування серед груп порівняння та значну жирову трансформацію підшлункової залози у порівнянні з ізольованим ХП, однак, яка була вірогідно нижчою у пацієнтів з коморбідністю ХП та ожиріння (зниження F – у 9,4 рази).

**Ткач Є.П.**

### **МОЖЛИВОСТІ ДОПЛЕРОГРАФІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ АТЕРОСКЛЕРОЗУ ЧЕРЕВНОГО СТОВБУРА**

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

Складність діагностики атеросклеротичного ураження непарних гілок черевної аорти полягає у відсутності діагностично значимих порушень кровотоку (більше 75% обструкції судини). Існує низка навантажувальних тестів, що дозволяють виявити приховані ознаки атеросклерозу в цьому судинному басейні при проведенні доплерографії судин.

Обстежено 38 пацієнтів основної групи на ішемічну хворобу серця з ознаками атеросклерозу мезентеріального судинного басейну та 18 пацієнтів групи контролю на ІХС без ознак атеросклерозу черевної аорти. До та через 45 хв ентєрального глюкозного навантаження (50 г глюкози в 200 мл кип'яченої води) реєструвались параметри імпульснохвильової доплерографії: пікова систолічна, кінцева діастолічна, середня швидкості кровоплину, індекси резистентності та пульсаційний індекс однієї з непарних гілок черевної аорти - черевного стовбура.

У хворих основної групи встановлено достовірно вищий рівень приросту пікової систолічної швидкості у черевному стовбурі (зростання на  $139,21 \pm 5,35\%$  проти  $112,83 \pm 1,73$ ) ( $p < 0,001$ ), кінцева діастолічна швидкість більш істотно наростала у групі контролю (на  $136,39 \pm 2,36\%$  проти  $116,17 \pm 2,11\%$ ) ( $p < 0,05$ ). Встановлено, що у контрольній групі при проведенні вуглеводневої навантажувальної проби з глюкозою, підвищуються лінійні швидкісні параметри кровотоку у черевному стовбурі переважно за рахунок діастолічного компоненту, а також знижуються показники індексів резистентності та пульсативності. У основній групі встановлено інші зміни: підвищуються лінійні швидкісні параметри кровотоку переважно за рахунок систолічного компоненту та середньої швидкості кровотоку, зростають показники індексів резистентності та пульсативності, що характеризують підвищений периферичний опір цього судинного басейну. Все зазначене свідчить про зміни стану судинного русла та порушення прохідності черевного стовбура.

**Трефаненко І.В.**

### **ПОРІВНЯННЯ РІВНЯ КОМПЛАЄНСУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ПОХИЛОГО ВІКУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАТІ**

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

Під комплаєнсом в медичному аспекті розуміють готовність, бажання, внутрішній обов'язок пацієнта виконувати призначення лікаря. На рівень комплаєнсу впливають різні фактори, які можна розподілити на специфічні та неспецифічні, вони можуть бути пов'язані з пацієнтом, з лікарем та з процесом лікування. Рівень відповідальності хворих є однією з



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