



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