

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КОМОРБІДНИХ СТАНІВ

ОСОБЛИВОСТІ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ СТЕАТОГЕПАТИТУ НА ФОНІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2-ГО ТИПУ

Літвинова А.М.

Харківський національний медичний університет,

*Кафедра загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб,
м. Харків*

Науковий керівник: професор Пасієшвілі Л. М.

Актуальність. Захворюваність і поширеність цукрового діабету в світі має стійку динаміку до зростання. Наслідки, до яких призводить цукровий діабет - величезні: мають великий вплив на тривалість і якість життя пацієнтів, призводять до втрати працездатності чи передчасної смертності. Доволі часто формування ЦД 2 типу розгортається на тлі ожиріння з формуванням стеатогепатозу, що ускладнює і прискорює перебіг цукрового діабету. Головною особливістю обох хвороб на ранньому етапі – малосимптомність, тому більшість пацієнтів легковажно відносяться до симптомів своїх захворювань. Не дивлячись на те, що проводиться достатня кількість досліджень, питання щодо профілактики, діагностики та підбору терапії залишаються відкритими.

Мета. Визначити особливості ранньої діагностики стеатогепатиту на фоні цукрового діабету 2-го типу на прикладі клінічного випадку.

Клінічний випадок. Пацієнт А., 51 р., звернувся зі скаргами на сухість у роті, часте сечовипускання, болі у суглобах, дискомфорт та тяжкість у шлунку, печію, гіркоту у роті, головокружіння, загальну слабкість, періодичне відчуття тривоги, сонливість, оніміння нижніх кінцівок, іноді судоми у м'язах гомілок, періодичне підвищення АТ до 150/100 мм. рт. ст. Вважає себе хворим приблизно 2 роки, коли вперше з'явилась сухість у роті. Глікемія – 12,0

ммоль/л. До лікаря не звертався. Самостійно почав приймати Глібенкламід (дозування не пам'ятає) по 1 табл. 1 р/д. Через деякий час відзначив погіршення стану, далі за рекомендацією знайомих приймав Глюкофаж 1000 мг, без поліпшення. Із об'єктивного огляду привертає увагу: ІМТ- 33,6 кг/м², збільшений живіт за рахунок підшкірно-жирової тканини; при пальпації м'який, безболісний. Печінка пальпаторно виходить з-під краю реберної дуги на 3-4 см. Пастозність гомілок. Лабораторні дослідження: клінічні дослідження крові та сечі – в межах норми. Біохімічний аналіз: АЛТ – 62,1 Од/л, АСТ – 54,3 Од/л, білірубін загальний – 56,89 мкмоль/л, непрямий – 45,79 мкмоль/л, прямий – 11,1 мкмоль/л. ГГТ – 73,2 Од/л, загальний холестерин – 6,1 ммоль/л, ЛПНЩ – 4,1 ммоль/л, інсулін – 29,07 мкМЕ/мл, С-пептид – 3,8 нг/мл, індекс НОМА – 15,4, глікований гемоглобін – 9,21 %. Інструментальні дослідження: УЗД ОБП– ехоознаки гепатомегалії (+5 см), спленомегалії (+3 см), дифузно-вогнищеві зміни паренхіми печінки, вірогідно як прояв хронічного гепатиту. Ехо-ознаки хронічного холецистопанкреатиту. ЕГДС: атрофія слизової шлунку. Після повторного збору анамнезу було з'ясовано, що пацієнт пов'язує появу розладу шлунково-кишкового тракту з початком роботи на лакофарбовому заводі. Далі рекомендовано проведення еластографії – УЗ-ознаки дифузних фіброзних змін печінки; за даними еластографії зсувної хвилі (ARFI-VTQ) - ступінь фіброзу печінки за шкалою METAVIR – F3.

Діагноз: Цукровий діабет 2 тип, середнього ступеня тяжкості, стадія декомпенсації. ІХС: дифузний кардіосклероз. Гіпертонічна хвороба II ст., 2 ст. СН II А ст. Ожиріння 2 ст., стеатогепатит із переходом у фіброз печінки (METAVIR – F3). Атрофічний гастрит без Нр-асоціації, стадія ремісії. На фоні проведеної терапії стан пацієнта покращився: сухість у роті не відзначає, сечовипускання нормалізувалось, зник дискомфорт та важкість в епігастральній області, інтенсивність болі у суглобах зменшилась, головокружіння, судоми та оніміння нижніх кінцівок не турбують. Рекомендовано: змінити умови праці, знизити вагу за рахунок раціонального харчування та помірної фізичної активності, дапагліфлозин + метформин

5/1000 мг 1 р/д, периндоприл + амлодипін + індапамід 4/5/1,25 мг 1 р/д, рифаксимін 200 мг 2 р/д, панкреатин 10000 ОД 3 р/д, адеметіонін 400 мг 2 р/д, аторвастатин 10 мг 1 р/д у вечері. Спостереження у сімейного лікаря.

Висновки. Не своєчасне звернення до лікаря при наявності клінічних симптомів цукрового діабету, його самолікування, яке не дозволяло контролювати глікемію та майже безсимптомний перебіг стеатогепатиту на тлі ожиріння призвело до декомпенсації захворювання. Тобто, не дивлячись на вік технологічного прориву, безмежної інформації на просторах інтернету, актуальним залишається просвітницька робота з населенням. Детальний та ретельний збір анамнезу дозволяє визначитись з тактикою обстеження та лікування, що прискорює вибір раціональної терапії і, тим самим, сприяє профілактиці розвитку подальших ускладнень.

ЗАГОСТРЕННЯ ХРОНІЧНОГО ПІЄЛОНЕФРИТУ У ХВОРОЇ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ У ПОЄДНАННІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ, ЩО СУПРОВОДЖУВАВСЯ ВИРАЖЕНОЮ ГІПЕРКАЛІЄМІЄЮ

Молодан Д.В.

*Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №1, основ біоетики та
біобезпеки ХНМУ*

Актуальність. Хронічна ниркова недостатність та хронічне захворювання нирок є досить розповсюдженою патологією та має стійку тенденцію до зростання. Через безсимптомний перебіг існують труднощі у виявленні таких хворих.

Клінічний випадок. Хвора Н., 69 років, пенсіонерка. Регулярно не обстежується, хворіє на цукровий діабет 2 типу, вторинноінсулінзалежний. Скарги на порушення ковтання твердої і рідкої їжі, відразу до м'ясного, риби, нудоту, блювання з'їденою їжею, погіршення загального самопочуття, схуднення більше 30 кг за 6 міс, задишку при незначному фізичному навантаженні, головний біль розпираючого характеру як правило - на фоні