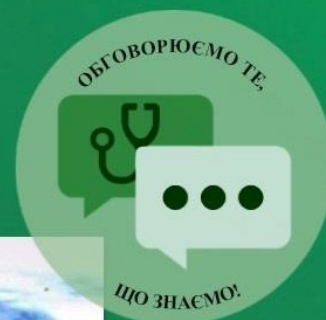


ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ



ЗБІРНИК ТЕЗ

«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ»

(березень-травень 2019 року)

ХАРКІВ - 2019

стискаючий біль за грудиною з депресією ST. Зміни на ЕхоКГ у П1: розмір лівого передсердя (РЛП) 3,6 см, маса міокарда лівого шлуночка (іММЛШ) 45 г/м^{2.7}, відносна товщина стінок (ВТС) 0,39, кінцево-діастолічний діаметр (іКДРЛШ) 2,3 см/м, фракція викиду (ФВЛШ) 55% без зон гіпокінезії, діастолічна дисфункція (ДД) I тип, кальциноз клапанів; у П2: РЛП 4,4 см, іММЛШ 48 г/м^{2.7}, ВТС 0,44, іКДРЛШ 2,5 см/м, ФВЛШ 48%, гіпокінез передньо-перегородкової стінки у середньому відділі і на верхівці, ДД II тип, мітральна недостатність легкого ступеня.

Висновки: при ПГН з ПТГ виявляються більш виражені метаболічні розлади, запалення, багатосудинне ураження, тяжчий перебіг ІХС, атріомегалія, ремоделювання і більш виражена дисфункція лівого шлуночка, чого не спостерігається при ізольованій ПГН, не зважаючи на однакові фактори ризику.

РАЦІОНАЛЬНИЙ ПІДХІД У ВИКОРИСТАННІ КОМБІНОВАНОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ

Літвинова А.М.

Харківський національний медичний університет,

кафедра загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб

Науковий керівник: професор Пасієшвілі Л. М.

Актуальність: Фібриляція передсердь – найпоширеніша форма тахіаритмії, її виявляють у 1-2% населення. Фібриляція передсердь різко підвищує ризик тромбоемболій, особливо інсультів, приводе до дисфункції лівого шлуночка. Не дивлячись на те, що проводиться достатня кількість досліджень, питання щодо підбору антиаритмічної терапії залишаються відкритими.

Мета: дослідити ефективність терапії фібриляції передсердь у хворого на ішемічну хворобу серця.

Клінічний випадок: Пацієнт 55 р., звернувся зі скаргами на задишку при підйомі на 2-3 поверх, періодичне відчуття перебоїв у роботі серця, що

посилюється при фізичних навантаженнях; періодичне підвищення артеріального тиску (АТ) до 160/80 мм.рт.ст., загальну слабкість.

Вважає себе хворим біля 6 років, коли вперше при профогляді виявили фібриляцію передсердь; приймав кардіомагніл. Погіршення самопочуття зазначає протягом останнього тижня, коли після фізичного та психоемоційного навантажень з'явилися вищезазначені скарги. Додаткових ліків не приймав. Самопочуття не покращилось, що було підставою звернення до лікаря. Об'єктивно: стан середньої тяжкості, свідомість ясна. Підвищеного харчування, ІМТ – 31,07 кг/м² ; Т – 36,7 С. Шкірні покриви, видимі слизові оболонки чисті, звичайного кольору; легкий ціаноз губ. Периферійні лімфовузли непальпуються. Щитовидна залоза без ущільнень. Пастозність стоп. Над легеньми дихання жорстке, хрипи не вислуховуються, перкуторно – легеневий звук з коробковим відтінком. ЧДД – 19 за хв. Межі відносної серцевої тупості розширені вліво на 1,5 см. Тони серця приглушені, акцент II тону над аортою, аритмія. АТ пр рука = 135/70 мм.рт.ст, АТ лів рука = 130/65 мм.рт.ст. ЧСС = 78 уд/хв, Ps = 104 уд/хв. Язик вологий, чистий. Живіт м'який, безболісний. Печінка на 1-1,5 см виступає з-під краю реберної дуги. Симптом поколювання негативний з обох сторін. Фізіологічні випорожнення не порушені. Лабораторні дослідження: загальні дослідження крові та сечі – в межах норми. Ліпідний профіль: Тригліцериди – 2,21 ммоль/л, загальний холестерин – 5,73 ммоль/л, ЛПВЩ = 1,07 ммоль/л, ЛПНЩ = 3,27 ммоль/л, КА = 4,36, ЛПДНЩ = 1,39 ммоль/л. Т3 вільний – 3,55 пг/мл, Т4 вільний = 12,8 нмоль/л, ТТГ = 1,08 мкМЕ/мл, АТ до ТПО = 38,2 ОД/мл. Інструментальні дослідження: ЕКГ-фібриляція передсердь, тахіситолічна форма, часті парні шлуночкові екстрасистоли. Порушення внутрішньо-шлуночкової провідності. ЕХО-КГ: дилатація лівого передсердя, відносна недостатність мітрального клапана, гіпертрофія міокарда лівого шлуночка. УЗД щитоподібної залози: об'ємне утворення лівої частки (вузол). Рекомендована біопсія щитоподібної залози. Діагноз: ІХС. Атеросклеротичний кардіосклероз, атеросклероз аорти та вінцевих артерій

серця, відносна недостатність мітрального клапану. СН ІА ст., Фібриляція передсердь, постійна тахіформа. Вузлове воло. Еутіреоз. Ожиріння І ст. Назначені препарати: ривароксабан 20 мг, карведилол 12,5 мг, еплеренон 25 мг, аторвастатин 10 мг, торасемід 2,5 мг. На тлі призначеної терапії пацієнт відмітив відсутність перебоїв у роботі серця та нормалізацію АТ. Але на ЕКГ зберігається фібриляція передсердь, нормоситолічна форма, поодинокі шлуночкові екстрасистоли.І

Висновки: Перебіг ІХС може дебютувати порушенням ритму, яке може виявлятися випадково. Враховуючи вік хворого, безсимптомний перебіг аритмії та наявність змін у щитоподібній залозі необхідно виключення захворювання останньої. При лікуванні хворих з фібриляцією передсердь ішемічного генезу є доцільним використання статинів, бета-блокаторів, діуретиків, препаратів калію та антикоагулянтів.

СИНДРОМ КОУНІСА

Мігенько Л. М., Мігенько Б.О.

Тернопільський національний медичний університет

імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль

Науковий керівник: проф. Бабінець Л.С.

Актуальність: За даними сучасних наукових джерел 10,0 % до 35,0 % усього населення світу страждають на алергічні захворювання. Чільне місце серед етіологічних варіантів алергій займає харчова алергія, проте неухильно росте доля медикаментозних алергій, що часто ускладнює підбір оптимальної терапії. Також відмічається значний приріст за останні роки частоти гострого коронарного синдрому (ГКС). Клінічна маніфестація ішемії міокарду, що супроводжується алергічними реакціями або розвивається на тлі алергії (гіперсенсibiliзації) описана в кардіологічній літературі як синдром Коуніса (СК) або алергічний інфаркт міокарду (ІМ)/ нестабільна стенокардія.

Мета: Знання клініко-діагностичних особливостей синдрому Коуніса дозволить більш диференційовано підходити до лікування таких хворих

ЗМІСТ:

ДЕФІЦИТ ВІТАМІНУ D ПРИ ХРОНІЧНІЙ СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ І МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЕРИТРОЦИТІВ ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ.....	4
Барила Н.І.	4
ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ДОБОВОГО МОНІТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ПАЦІЄНТІВ З РЕЗИСТЕНТНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ.....	6
Більченко А.О.¹, Магдаліц Т.І.²	6
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЬНОГО С РАННИМ ПОСТИНФАРКТНЫМ ПЕРИКАРДИТОМ.....	8
Гуньоко А.В., Голенко Т.Н.	8
СІМЕЙНА ГЕТЕРОЗИГОТНА ГІПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМІЯ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ.....	10
Ждан В.М., Кітура Є.М., Бабаніна М.Ю., Кітура О.Є., Ткаченко М.В.	10
ФЕНОТИП ВПЕРШЕ ВИЯВЛЕНОГО ПРЕДІАБЕТУ У ЧОЛОВІКІВ МОЛОДОГО ВІКУ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ (ІХС).....	12
Королюк О.Я.	12
РАЦІОНАЛЬНИЙ ПІДХІД У ВИКОРИСТАННІ КОМБІНОВАНОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ.....	14
Літвинова А.М.	14
СИНДРОМ КОУНІСА.....	16
Мігенько Л. М., Мігенько Б.О.	16
ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ТЕРАПІЇ ВАРФАРИНОМ НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ.....	18
Охрямкіна Т.М., Молодан В.І.	18
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО С Q-ПОЗИТИВНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И ОСТРОЙ АНЕВРИЗМОЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА.....	20
Постолаки М.А., Визир М.А.	20
КАРДІОХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТА З ХРОНІЧНОЮ РЕВМАТИЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ.....	22