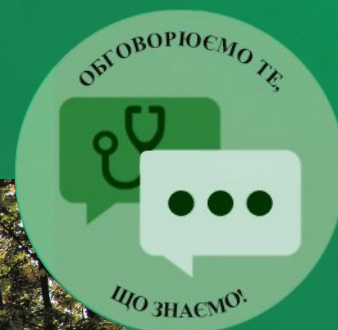


ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ



**ЗБІРНИК ТЕЗ
ТА ПОСТЕРНИХ РОБІТ**
**«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ
ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ
НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ»**

(березень-травень 2022 року)

ХАРКІВ – 2022

ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**ЗБІРНИК ТЕЗ
ТА ПОСТЕРНИХ РОБІТ**

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

(березень-травень 2022 року)

ХАРКІВ – 2022

УДК: 616.1/4-07-085

Відповідальний редактор: М'ясоєдов В.В., Железнякова Н.М.

Редакційна колегія: Молодан В.І., Рождественська А.О.

Відповідальні секретарі: Рождественська А.О., Тверезовська І.І.

Ідея проекту: Молодан В.І.

А33 «Актуальні питання діагностики та лікування внутрішніх хвороб на прикладі клінічного випадку» / збірник тез та постерних робіт, Харків ХНМУ, 2022. – 99 с.

До збірника включено тези і постери молодих вчених та лікарів-інтернів за результатами власних клінічних спостережень.

Надіслані до Оргкомітету матеріали публікуються без редакторської та коректорської правки, відповідальність за їх зміст несуть автори.

ЗМІСТ

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КАРДІОЛОГІЇ	8
СУЧАСНА ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ	8
Горозій В.В., Молодан Д.В.	8
ДЕКОМПЕНСАЦІЯ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОЇ COVID-ІНФЕКЦІЇ: КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД КОМБІНАЦІЇ КЛАСИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА НОВИХ ПРЕПАРАТІВ.	10
Редіна І.В., Молодан В.І.	10
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ВИКОРИСТАННЯ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОЇ МЕМБРАННОЇ ОКСИГЕНАЦІЇ ПІД ЧАС ПЕРВИННОГО ПЕРКУТАННОГО КОРОНАРНОГО ВТРУЧАННЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ КАРДІОГЕННОГО ШОКУ ПРИ ГОСТРОМУ ІНФАРКТІ МІОКАРДА	13
Старенький А.В.	13
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ РЕВМАТОЛОГІЇ	15
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК СИНДРОМУ ЧАРГА-СТРОССА З УРАЖЕННЯМ НИРОК	15
Паніна С.С., Гондуленко Н.О.	15
ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ОСТЕОПОРОЗУ: СУЧАСНІ ТЕРАПЕВТИЧНІ СТРАТЕГІЇ	17
Ткаченко О.І., Рождественська А.О.	17
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПУЛЬМОНОЛОГІЇ	19
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ЗАХВОРЮВАННЯ COVID-19, УСКЛАДНЕНОГО ДВОБІЧНОЮ ПНЕВМОНІЄЮ, ГІДРОТОРАКСОМ ТА ПОПНЕВМОТОРАКСОМ	19
Бабаєвська Ю.О., Тверезовська І.І.	19
ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ХВОРОГО З COVID-19-АСОЦІЙОВАНОЮ ДВОБІЧНОЮ ПНЕВМОНІЄЮ	22
Беляєв А. І.	22
ВИКОРИСТАННЯ ТОЦИЛІЗУМАБУ ПРИ ГОСТРОМУ РЕСПІРАТОРНОМУ ДИСТРЕС-СИНДРОМІ У ПАЦІЄНТІВ З COVID-19	24
Короткіх А. Є., Рождественська А.О.	24
СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА З КОРОНАВІРУСНОЮ ХВОРОБОЮ	26
Макаренко Н.І.	26
ЛЕГЕНЕВИЙ АСПЕРГІЛЬОЗ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ	28
Рапава К.Б.	28
СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ФАРМАКОТЕРАПІЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ТЯЖКОГО СТУПЕНЯ	30
Сахновська Є.О.	30
ПРОТИВІРУСНА ТА АНТИБАКТЕРІАЛЬНА ТЕРАПІЯ У ПАЦІЄНТА З ВАЖКИМ ПЕРЕБІГОМ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ COVID-19	32
Федосова Д.С.	32
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЕНДОКРИНОЛОГІЇ	35
РАЦІОНАЛЬНЕ ЗАСТОСУВАННЯ ДЕІНТЕНСИФІКОВАНОЇ СХЕМИ ІНСУЛІНОТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК	35
Гавриленко В. Є.	35
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ	38
ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ХВОРИХ З АУТОІМУННИМ ЦИРОЗОМ ПЕЧІНКИ	38
Гончаренко Ю.В., Лапшина К.А.	38

ОСОБЛИВОСТІ СПАЗМОЛІТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРОГО З ЗАГОСТРЕННЯМ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ	41
Кордюмова А.К. , Молодан В.І.	41
ВЕДЕННЯ ХВОРОЇ З НАБРЯКОВО-АСЦИТИЧНИМ СИНДРОМ НА ТЛІ ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ	43
Кошиль М.С.	43
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ПСЕВДОМЕМБРАННОГО КОЛІТУ	45
Макаренко Н.І.	45
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ГЕМАТОЛОГІЇ	47
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК НАБУТОЇ КОАГУЛОПАТІЇ З ДЕФІЦИТОМ ІХ ФАКТОРА ЗГОРТАННЯ КРОВІ	47
Касьянова А. С.	47
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КОМОРБІДНИХ СТАНІВ	50
PECULIARITIES OF POLYNEUROPATHY IN LONG COVID PATIENTS ON THE BACKGROUND OF T2DM.....	50
Fedotova M.M., Fedotov V.V., Rozhdestvenska A.O.	50
ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ НА ТЛІ ХРОНІЧНОЇ НИРКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ	51
Бабченко Є.О., Тверезовська І.І.	51
УСКЛАДНЕННЯ ІНФАРКТУ МІОКАРДУ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОЇ КОРОНАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ	54
Генералова М.Ю.	54
МОЖЛИВОСТІ СУЧАСНИХ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ В ЛІКУВАННІ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ПАЦІЄНТІВ З СУПУТНЬОЮ ХРОНІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ	56
Іванченко К.М., Рождественська А.О.	56
ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА З ЦИРОЗОМ ПЕЧІНКИ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ	59
Кісіль К.А. , Молодан В.І.	59
НЕГОСПІТАЛЬНА ПНЕВМОНІЯ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ: ЕФЕКТИВНІСТЬ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ПАЦІЄНТІВ МОЛОДОГО ВІКУ	62
Радюк М.З., Рождественська А.О.	62
ПОВ'ЯЗАНА ЗІ ЗДОРОВ'ЯМ ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ ТА ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ	65
Рождественська А.О., Железнякова Н.М., Тверезовська І.І.	65
ЗАСТОСУВАННЯ КЛІНІЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ВИПАДКУ ЗБЕРЕЖЕННЯ КІНЦІВКИ ПІСЛЯ ПЕРЕВ'ЯЗКИ ОСНОВНИХ СТОВБУРІВ СТЕГНОВОЇ АРТЕРІЇ ТА ВЕНИ ЗА РАХУНОК КОЛАТЕРАЛЬНОГО КРОВООБІГУ У НАРКОЗАЛЕЖНОГО ПАЦІЄНТА НА ФОНІ ВКРАЙ ВАЖКОЇ АНЕМІЇ В ПРОВЕДЕННІ ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ НА ДОДИПЛОМНОМУ ТА ПІСЛЯДИПЛОМНОМУ ЕТАПАХ	67
Рудіченко В.М., Рейзін Д.В., Рейзін В.І., Соколенко А.Л., Уліщенко В.В., Кушнерова М.О.	67
ДИДАКТИЧНЕ ВИКОРИСТАННЯ КЛІНІЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ВИПАДКУ ВАЖКОГО ВІДМОРОЖЕННЯ (ЗАВЕРШИВСЯ АМПУТАЦІЄЮ) У ПРОВЕДЕННІ ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ НА ДОДИПЛОМНОМУ ТА ПІСЛЯДИПЛОМНОМУ ЕТАПАХ.....	69
Соколенко А.Л., Рейзін Д.В., Рейзін В.І., Рудіченко В.М., Уліщенко В.В., Кушнерова М.О., Виноградова Г.М., Бик В.І.	69
ОСОБЛИВОСТІ МЕНЕДЖМЕНТУ ПАЦІЄНТА ІЗ ГІПЕРУРИКЕМІЄЮ НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ	71
Тверезовська І.І.	71

ПОСТЕРНА СЕКЦІЯ: АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КАРДІОЛОГІЇ	74
СУЧАСНА ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ.....	75
Горозій В.В., Молодан Д.В.	75
ДЕКОМПЕНСАЦІЯ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОЇ COVID-ІНФЕКЦІЇ: КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД КОМБІНАЦІЇ КЛАСИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА НОВИХ ПРЕПАРАТІВ	76
Редіна І.В., Молодан В.І.....	76
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ВИКОРИСТАННЯ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОЇ МЕМБРАННОЇ ОКСИГЕНАЦІЇ ПІД ЧАС ПЕРВИННОГО ПЕРКУТАННОГО КОРОНАРНОГО ВТРУЧАННЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ КАРДІОГЕННОГО ШОКУ ПРИ ГОСТРОМУ ІНФАРКТІ МІОКАРДА	77
Старенький А.В.	77
ПОСТЕРНА СЕКЦІЯ: АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПУЛЬМОНОЛОГІЇ	78
ПОПНЕВМОТОРАКС НА ФОНІ ЗАХВОРЮВАННЯ НА COVID-19 УСКЛАДНЕНОГО ДВОСТОРОННІМ ЗАПАЛЕННЯМ ЛЕГЕНЬ	79
Бабаєвська Ю.О., Тверезовська І.І.	79
ВЕДЕННЯ ХВОРОГО З COVID-19 ДВОБІЧНОЮ ПНЕВМОНІЄЮ.....	80
Бєляєв А.І.....	80
СУЧАСНИЙ ПІДХІД ВВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА З КОРОНАВІРУСНОЮ ХВОРОБОЮ.....	81
Макаренко.Н.І.....	81
ПРОТИВІРУСНА ТА АНТИБАКТЕРІАЛЬНА ТЕРАПІЯ У ПАЦІЄНТА З ВАЖКИМ ПЕРЕБІГОМ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ COVID-19	82
Федосова Д.С.	82
ПОСТЕРНА СЕКЦІЯ: АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЕНДОКРИНОЛОГІЇ	83
ОСОБЛИВОСТІ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСУ ПАЦІЄНТКИ ІЗ СИНДРОМОМ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ.....	84
Чурсінова Т.В., Тулук Т.М.....	84
ПОСТЕРНА СЕКЦІЯ: АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ	85
ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ХВОРИХ З АУТОІМУННИМ ЦИРОЗОМ ПЕЧІНКИ	86
Гончаренко Ю.В., Лапшина К.А.	86
З ЗАГОСТРЕННЯМ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ	87
Кордюмова А.К. , Молодан В.І.....	87
ВЕДЕННЯ ХВОРОЇ З НАБРЯКОВО-АСЦИТИЧНИМ СИНДРОМ НА ТЛІ ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ.....	88
Кошиль М.С.	88
ПОСТЕРНА СЕКЦІЯ: АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ГЕМАТОЛОГІЇ	89
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК НАБУТОЇ КОАГУЛОПАТІЇ З ДЕФІЦИТОМ ІХ ФАКТОРА ЗГОРТАННЯ КРОВІ	90
Касьянова А. С.....	90
ПОСТЕРНА СЕКЦІЯ: АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КОМОРБІДНИХ СТАНІВ	91
ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ НА ТЛІ ХРОНІЧНОЇ НИРКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ	92
Бабченко Є.О., Тверезовська І.І.	92
МОЖЛИВОСТІ СУЧАСНИХ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ В ЛІКУВАННІ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ПАЦІЄНТІВ З СУПУТНЬОЮ ХРОНІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ	93
Іванченко К.М., Рождественська А.О.....	93
ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА З ЦИРОЗОМ ПЕЧІНКИ У РЕЗУЛЬТАТІ ХРОНІЧНОГО ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ С ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ	94
Кісіль К.А. , Молодан В.І.....	94

НЕГОСПІТАЛЬНА ПОЛІСЕГМЕНТАРНА ЛІВОБІЧНА ПНЕВМОНІЯ НА ФОНІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ: СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ І ДІАГНОСТИКИ ДАНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ	95
Радюк М. З., Рождественська А.О.	95
РІШЕННЯ ХІРУРГА СТОСОВНО ЕКОНОМНОСТІ АМПУТАЦІЇ ПІСЛЯ ВІДМОРОЖЕННЯ – ОСНОВА НАСТУПНОЇ УСПІШНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ (ВЛАСНІ КЛІНІЧНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ТА ДОСВІД ВИКЛАДАННЯ НА ДОДИПЛОМНОМУ ТА ПІСЛЯДИПЛОМНОМУ ЕТАПАХ)	96
Рейзін Д.В., Рейзін В.І., Рудіченко В.М., Соколенко А.Л., Уліщенко В.В., Кушнірова М.О., Виноградова Г.М., Бик В.І.	96
ВЗАЄМОДІЯ РІЗНИХ ВИДІВ ЛІКАРСЬКОЇ ДОПОМОГИ З МЕТОЮ ЗБЕРЕЖЕННЯ КІНЦІВКИ У НАРКОЗАЛЕЖНОГО ПАЦІЄНТА НА ФОНІ ТЯЖКОЇ КОМОРБІДНОСТІ (ВЛАСНІ КЛІНІЧНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ У ВИКЛАДАННІ НА ДОДИПЛОМНОМУ ТА ПІСЛЯДИПЛОМНОМУ ЕТАПАХ) 97	
Рудіченко В.М., Рейзін Д.В., Рейзін В.І., Соколенко А.Л., Уліщенко В.В., Кушнірова М.О.	97
ПОВ'ЯЗАНА ЗІ ЗДОРОВ'ЯМ ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ ТА ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ.....	98
Рождественська А.О., Железнякова Н.М., Тверезовська І.І.	98

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КАРДІОЛОГІЇ

СУЧАСНА ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Горозій В.В., Молодан Д.В.

Харківський національний медичний університет,
кафедра внутрішньої медицини №1, м. Харків

Актуальність. Серцево-судинні захворювання (ССЗ) є єдиною основною причиною смерті для людей будь-якого віку і статі у всьому світі. Близько однієї третини смертей щорічно є результатом ССЗ. Тому своєчасна діагностика та правильне лікування може покращити якість життя та зменшити показники смертності.

Мета. На прикладі представленого клінічного випадку розглянути особливості лікування пацієнта із хронічною серцевою недостатністю.

Клінічний випадок. Чоловік Т., 72 р. надійшов до КНП міської клінічної багатопрофільної лікарні №17 зі скаргами на загальну слабкість, задишку, прискорене серцебиття, сухий кашель, почуття дискомфорту за грудиною, перебої у роботі серця, набряки нижніх кінцівок. В анамнезі гіпертонічна хвороба (ГХ) багато років. На протязі останніх двох років з'явилося порушення ритму серця. Регулярно приймає бісопролол (конкор). З 20.10.21 з'явилися скарги на головний біль, підвищення температури тіла, нежить. З 22.10.21 по 05.11.21 був госпіталізований в стаціонар з діагнозом: негоспітальна двобічна інтерстиційна пневмонія 3 клінічна група. ЛН II Covid-19 вірус ідентифікований. (ПЛР від 22.10.21 позитивний). Було проведено лікування виписаний з рекомендаціями, але вищеперераховані кардіологічні скарги зберігались і наростали, тому хворий був направлений сімейним лікарем до стаціонару. Об'єктивно: Загальний стан тяжкий. Свідомість – ясна. Шкірні покриви бліді, чисті. Підшкірна клітковина не виражена. Периферичні лімфовузли не збільшені. Кістково - м'язова система: деформації немає.

Грудна клітка звичайної конфігурації. Дихання: жорстке, вислуховуються сухі хрипи більше зліва. Серцева діяльність аритмічна, за рахунок фібриляції передсердь, тони приглушені. АТ 170/95 мм рт.ст., пульс 110 за хв., аритмічний, не задовільного наповнення і напруги. Язик сухий, обкладений білим нальотом. Живіт при пальпації м'який, чутливий у правому підребер'ї. Печінка збільшена +4 см, чутлива при пальпації, селезінка не збільшена. Симптом Пастернацького негативний. Сечовипускання безболісне. набряки гомілок та стегон. Випорожнення-закрепи. Данні лабораторних та інструментальних методів досліджень: клінічний аналіз крові без особливостей, СРБ 5,5 мг/л. Антитіла Ig M та G SARS-CoV-2-позитивні. Д-димер -1417,460 нг/мл. ЕКГ: фібриляція передсердь, тахісistolічний варіант, вольтаж знижений, дифузні порушення процесів реполяризації. Електрична вісь серця відхилена вліво, ознаки гіпертрофії міокарда лівого шлуночка. Рентген органів грудної клітки: двобічна пневмонія. В синусах легень білатерально невеликий об'єм рідини більший зліва. Аортокардіосклероз. КТ органів грудної клітки: ознаки двобічної пневмонії до 75% , двобічного гідротораксу. Ехо-КГ: ознаки склерозу аорти. Регургітація на мітральному клапані 1-2 ст, на трикуспідальному 1-2 ст. Гіпертрофія міокарда лівого шлуночка. Дилатація лівих порожнин серця та правого передсердя. Ознаки помірної легеневої гіпертензії. Ознаки дифузного зниження скоротливості міокарду лівого шлуночку. ФВ 37%. Вільна рідина в лівій плевральній порожнині. УЗД органів черевної порожнини: Вільна рідина в правій плевральній порожнині. Гепатомегалія(кардіального генезу). Вільна рідина в черевній порожнині. Кіста правої нирки. На підставі скарг, анамнезу захворювання, об'єктивного стану, результатів лабораторних досліджень встановлено діагноз: Основне захворювання: гіпертонічна хвороба III ст., 3 ст. Гіпертензивне серце. ІХС: атеросклеротичний кардіосклероз, атеросклероз аорти у поєднанні з дилатаційною кардіоміопатією, фібриляція передсердь, постійна форма, тахісistolічний варіант. СН С зі зниженою систолічною функцією лівого шлуночку, ФВ 37% III ФК за NYHA. Супутній:

Негоспітальна двобічна пневмонія III клінічної групи. Середньої важкості. ЛН Іст. Двобічний гідроторакс. Проведене лікування: сакубітрил/валсартан; трифас; карведилол; еплеренон; емпагліфлозин ; еноксапарин; ривароксабан, меропенем; кверцетін; амброксолу гідрохлорид; вітамін С; нольпаза; глюкозо-інсулін-калієва суміш з дигоксином. На тлі проведеного лікування загальний стан покращився: зменшились задишка, набряки, нормалізувався АТ125/80 мм.рт.ст. Під час контрольного ультразвукового дослідження серця: ознак легеневої гіпертензії не виявлено ФВ лівого шлуночку 41%.

Висновки. Клінічний випадок свідчить про високу ефективність сучасних терапевтичних підходів у консервативному лікуванні хворих із серцевою недостатністю. В нашому випадку проводилась тотальна нейрогуморальна блокада із використанням комбінації бета-адреноблокаторів, блокаторів рецепторів ангіотензину, антагоністів мінералокортикоїдних рецепторів. До схеми було також включено ряд інноваційних препаратів: сакубітрил/валсартан(юперіо) та інгібітор натрійзалежного котранспортеру глюкози 2-го типу - емпагліфлозин. І ми вважаємо, що саме завдяки цьому вдалось отримати максимальний результат.

ДЕКОМПЕНСАЦІЯ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОЇ COVID-ІНФЕКЦІЇ: КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД КОМБІНАЦІЇ КЛАСИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА НОВИХ ПРЕПАРАТІВ.

Редіна І.В., Молодан В.І.

Харківський національний медичний університет,

Кафедра внутрішньої медицини №1, м. Харків

Актуальність. На теперішній час серцеву недостатність (СН) можна віднести до частих причин інвалідизації та смертності в структурі уражень серцево-судинної системи. У розвитку захворювання значну роль відіграє ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба. В останні роки на виникнення та погіршення перебігу СН значний вплив має інфекція COVID-19. При цьому, інфекційний процес може негативно впливати на стан хворих та сприяти

виникненню і прогресуванню СН. Згідно з дослідженнями ВООЗ, смертність від СН залишається досить високою, що потребує розробки нових ефективних лікувальних програм і покращення стратегії проведення існуючих.

Мета. На прикладі клінічного випадку розглянути особливості ведення пацієнта з декомпенсацією СН після перенесеної COVID-інфекції.

Матеріали і методи. Хворий Л., 56 років, поступив до кардіологічного відділення «Обласного клінічного спеціалізованого диспансеру радіаційного захисту населення» 20.12.2021 р. зі скаргами на перебої серцевої діяльності, задишку, почуття нестачі повітря, більше в горизонтальному положенні, нічне апное, сухий кашель, періодично набряки нижніх кінцівок, головний біль, запаморочення, нестійкі цифри АТ, загальну слабкість, зниження толерантності до фізичного навантаження, судом у м'язах нижньої кінцівки. Вважає себе хворим з 2012 року, коли вперше були зареєстровані максимальні цифри АТ 190/120 мм рт.ст. Приблизно з 2016 р. - персистуюча форма фібриляції передсердь (ФП). У жовтні 2020 р. лікувався у кардіологічному відділенні «Обласної клінічної лікарні» з приводу гіпертонічної хвороби (ГХ) II ст, та ФП, де була проведена електрична кардіоверсія з приводу пароксизму ФП. В подальшому ФП з'являлась у вигляді коротких пароксизмів. Стан погіршився близько місяця тому, коли переніс Covid-19, лікувався амбулаторно. Госпіталізований ургентно у зв'язку з порушенням серцевого ритму у вигляді фібриляції передсердь з ЧСС ≥ 160 уд/хв, прогресуючим наростанням ознак СН. Результати дослідження. Загальний стан середньої тяжкості. Шкіра та слизові чисті, обличчя гіперемоване з синюшним відтінком, особливо в горизонтальному положенні. Лімфовузли не збільшені. Над легенями дихання везикулярне, ЧДР=20 д/хв. Тони серця глухі, аритмічні (фібриляція передсердь). Пульс=90 в 1'. ЧСС = 160 хв. АТ D=140/90 мм рт.ст. АТ S=130/90 мм рт.ст. Живіт збільшений за рахунок підшкірно-жирової клітковини, м'який, безболісний. Печінка +2 см. Лабораторні дослідження: Нв – 160 г/л, еритроцити – 5,0 Т/л, Нt – 46,6 %, Алт-32 Од/л, креатинін-112,2 мкмоль/л. SARS-CoV-2 IqG - 6,48 (позитивний), SARS-CoV-2 IqM - 0,54

(негативний). ЕКГ: Фібриляція передсердь, тахі-форма. ЧСС 160 уд/хв. Неповна блокада задньої гілки лівої ніжки пучка Гіса. Знижений вольтаж ЕКГ. Можливо, рубцеві зміни передньо-септальної ділянки. Гіпертрофія міокарду лівого шлуночка. Порушення процесів реполяризації міокарда нижньої стінки. ЕХОКГ: ознаки атеросклеротичного аортокардіосклерозу, дегенеративні зміни аортального клапану, недостатність аортального клапану, недостатність мітрального клапану, трикуспідального, ознаки дилатації камер, гіпертрофії міокарду обох шлуночків, легеневої гіпертензії. ФВ-22,9%. Діагноз. На підставі проведених досліджень встановлений діагноз: ІХС: Дилатаційна кардіоміопатія. Атеросклероз аорти. Дегенеративні зміни аортального клапану, недостатність аортального, мітрального та трикуспідального клапанів. Фібриляція передсердь, постійна тахістосістолічна форма. СНА2DS2-VASc:2. HAS-BLED:2. Гіпертонічна хвороба II стадії, II ступеня. Ризик IV. Гіпертензивне серце. Легенева гіпертензія. СН С ст. зі зниженою фракцією викиду лівого шлуночку (ФВ=22,9%). NYHA III. Лікування. джардінс (емпагліфлозин) - 10 мг вранці, карведилол 12,5 мг 2 р/д, еплеренон 50 мг вранці, клосарт (лосартан калію) 50 мг вранці, трифас (торасемід) 10 мг вранці. Аритміл (аміодарон) 150 мг + 200,0 5% р-ну глюкози в/в крапельно 1 р/д потім аритміл (аміодарон) 200 мг за схемою, ксарелто (ривароксабан) 20 мг ввечері. Хворий був виписаний з деяким покращенням: ФП тахістосістолічна форма переведена в нормосістолію, зменшилась задишка, набряки, стабілізувались цифри артеріального тиску, покращилось самопочуття та загальний стан.

Висновки. на прикладі клінічного випадку можна простежити особливості ведення хворого з прогресуванням СН на тлі ішемічної хвороби серця та гіпертонічної хвороби у поєднанні з фібриляцією передсердь, який переніс COVID-19. Було показано хороший результат проведення комбінованого лікування із включенням інгібітору натрійзалежного ко-транспортеру глюкози 2-го типу - емплагліфозину у поєднанні із карведилолом, еплереноном, лозартаном та використанням протиаритмічних препаратів (аміодарону) і перорального антикоагулянту (ривароксабану).

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ВИКОРИСТАННЯ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОЇ
МЕМБРАННОЇ ОКСИГЕНАЦІЇ ПІД ЧАС ПЕРВИННОГО ПЕРКУТАННОГО
КОРОНАРНОГО ВТРУЧАННЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ КАРДІОГЕННОГО
ШОКУ ПРИ ГОСТРОМУ ІНФАРКТІ МІОКАРДА

Старенький А.В.

Харківський національний медичний університет,

Кафедра внутрішньої медицини №1, м.Харків

Науковий керівник: Молодан В.І.

Актуальність. Кардіогенний шок (КШ) є грізним ускладненням гострого інфаркту міокарда (ГІМ) та однією з причин смерті. Його лікування є нагальним питанням медицини насьогодні. Вважається, що найбільш ефективним методом лікування гострого інфаркту міокарда ускладненим кардіогенним шоком є перкутанне коронарне втручання. Екстракорпоральна мембранна оксигенація (ЕКМО) - це методика життєзабезпечення хворих з тяжким кардіогенним шоком, яка підтримує кровообіг і оксигенацію та дозволяє провести одночасно реваскуляризацію й може значно знизити рівень смертності й підвищити виживаність хворих. ЕКМО є перспективним напрямом у вирішенні проблеми лікування КШ на тлі ГІМ.

Мета. Показати можливості та роль ЕКМО для забезпечення ефективного кровообігу та оксигенації при проведенні первинного перкутанного коронарного втручання у хворого з ГІМ ускладненим тяжким КШ.

Клінічний випадок. Хворий А., 40 років, поступив у відділення інтервенційної кардіології зі скаргами на біль за грудиною. З анамнезу відомо, що виражені болі з'явилися 2 години тому, викликав бригаду естреної медичної допомоги. Цукровий діабет, туберкульоз, вірусні гепатити заперечує, палить. Був доставлений до інтервенційного відділення з діагнозом «ІХС: гострий передній інфаркт міокарда. Кардіогенний шок. Набряк легень». Після перекладання хворого на операційний стіл - кардіальний арест. Проведено серцево-легеневу реанімацію (СЛР), хворий заінтубований і переведений на штучну вентиляцію легень. Було прийнято рішення щодо

підключення хворого до апарату для проведення вено-артеріальної ЕКМО. Була канолювана внутрішня яремна вена та стегнова артерія. Була проведена коронарографія - стовбур лівої коронарної артерії (ЛКА) стеноз 99%, середня частина правої коронарної артерії (ПКА) - 100% стеноз. Було проведене пряме стентування стовбуру ЛКА стентом без лікувального покриття (BMS). Після кровотік ТІМІ-I. Постановка внутрішньоаортального балонного контрпульсатора (ВАБК). Після цього тривалі компресії грудної клітини. Поява фібриляції шлуночків, проведена множинна послідовна дефібриляція - відновлення ритму. Після чого повторні фібриляції шлуночків з неодноразовими спробами дефібриляції. Після трьох годин СЛР - відновлення ритму (синусова тахікардія). Через 2 доби - зупинення ЕКМО, вилучення канюлей із судин. Переведення хворого на самостійне дихання. Ще через 2 доби зупинення і вилучення ВАБК. На 7 добу була проведена балонна ангіопластика у стенті стовбура ЛКА. Кровотік після ТІМІ-3. Поступово стан хворого покращувався, больові приступи не повторювались, ехокардіографічно фракція викиду лівого шлуночка підвищилась до 53% і на 13 добу у задовільному стані хворий був переведений у кардіологічне відділення для подальшого лікування і спостереження.

Висновки. ЕКМО дозволяє забезпечити необхідний кровообіг і оксигенацію при ГІМ та КШ, коли серце фактично не може функціонувати адекватно. У сукупності з одночасно проведеною реваскуляризацією є ефективним методом лікування. Цей випадок підкреслює, що ЕКМО може бути проведена ургентно в найкоротші терміни і є важливою ланкою у лікуванні критичних хворих з ГІМ та тяжким КШ та значно підвищує шанси пацієнта на сприятливі результати. Методика потребує подальшого вивчення і дослідження на предмет ефективності, безпеки, можливих ускладнень та для мінімізації недоліків.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ РЕВМАТОЛОГІЇ

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК СИНДРОМУ ЧАРГА-СТРОССА

З УРАЖЕННЯМ НИРОК

Паніна С.С.¹, Гондуленко Н.О.²

Дніпровський державний медичний університет,

1- кафедра внутрішньої медицини №3, 2- кафедра ендокринології, м. Дніпро

Актуальність. Синдром Чарга-Стросса (СЧС) – гранульоматозне запалення дихальних шляхів, пов'язане з астмою, еозинофілією та некротизуючий васкуліт дрібних та середніх судин. Розповсюдженість СЧС у світі становить 1-3 випадки на 1 млн населення. У зв'язку з тим, що дане захворювання рідко зустрічається, на практиці виникають труднощі з його діагностикою, що призводить до неадекватного ведення та погіршення прогнозу.

Мета. Метою нашої публікації є аналіз клінічного випадку Синдрому Чарга-Стросса з ураженням нирок.

Клінічний випадок. Наводимо випадок із нашої практики діагностики СЧС. Хворий Б., 46 років, електрик, упродовж 15 років хворів на бронхіальну астму (БА), сезонний риніт. Постійно приймав Серетид у дозі 25/250 мкг двічі на день. Приступів ядухи не відзначав, БА носила контрольований перебіг. Напередодні хворий упродовж 10 днів лікувався з приводу позашпитальної пневмонії, відзначалися висока t^0 та еозинофілія 20% (яку не було винесено в діагноз, глюкокортикостероїди (ГКС) не призначалися). Стан хворого покращився, проте через 3-4 дні після виписки зі стаціонару знову спостерігалось підвищення t^0 до 39^0C . При надходженні скарги на різку слабкість, задишку, підвищення t^0 тіла до $37,5^0\text{C}$, пітливість, зниження апетиту та маси тіла. При огляді – блідий колір шкіри, відсутність висипів. Над легеньми дихання везикулярне, ослаблене у н/відділах. ЧДР – 16 за хв. При аускультатії серця тони приглушені, помірна тахікардія. ЧСС = 100 уд. за хв. АТ – 130/80 мм рт. ст., в іншому без особливостей. Ро-графія ОГП в 2х пр-

ціях: Синдром «патології кореня» легені ліворуч, даних за пневмонію немає. У крові: Ер $4,2 \times 10^{12}/л$, Нв 122 г/л, ЦП 0,87, Лей $20,3 \times 10^9 /л$, Еоз 32%, ШОЕ 38 мм/год, Тр $407 \times 10^9/л$. У сечі: білок – 0,16; Ер 50-60 у п/з; Лей 15-25 у п/з; циліндри гіал. – од.; циліндри зерн. – од. У зв'язку з високою еозинофілією призначені парентеральні ГКС. Динаміка еозинофілів під впливом лікування: 32% – 0% – 3% – 13%. Динаміка Ер у сечі: 50-60 – 5-8 – 12-18 – 10-15-30 у п/з. Динаміка ШОЕ: 38–37–31–22–40–38 мм/г. При зменшенні дози ГКС відразу відзначалося підвищення Еоз - у крові, Ер - у сечі, підвищення ШОЕ. Раніше у хворого патології нирок. Біохімія крові: загальний білок – 80 г/л; γ -глоб. – 27,3%; білковий коефіцієнт – 0,91; СРП ≥ 96 ; РФ < 8 ; ПІ по Квіку – 76%; фібриноген – 4,88 г/л; креатинін крові – 149; СКФ – 47 мл/хв/1,73м² (СКД-ЕРІ). Динаміка креатиніну крові: 149–123–120 мкмоль/л. Функціональне обстеження: ЕКГ – без особливостей. УЗД обстеження: Ехо-ознаки хронічного пієлонефриту, виражених дифузних змін у щитовидній залозі, тиреоїдиту. Гормони щитовидної залози: ТТГ – 44,8 (N=0,27-4,2); Т4в. – 12,04 (N=12,0-22,0). Через 6 днів після надходження у хворого розвинувся гострий тромбоз суральної вени лівої гомілки – у лікування був підключений низькомолекулярний гепарин. До кінця терміну перебування хворого у стаціонарі надійшли аналізи: At до ANCA – більше 1:32. At ANA – не виявлені. З попереднім діагнозом «Ймовірний системний васкуліт ANCA-асс. (більше даних на користь Чарга Стросса), розгорнута стадія, акт. II ст. з ураженням нирок (гломерулонефрит у поєднанні з нефритом ХНН I ст.), легень (БА III ст.), рецидивуючий поліноз, еозинофілія ($>30\%$); ураженням судин (тромбоз суральних вен лівої гомілки), гіпотиреоз в/в, ст. декомпенсації» хворий був скерований до ревматологічного відділення для подальшого дообстеження та підбору лікування.

Висновки. У наведеному випадку у хворого упродовж 15 років провідним синдромом була бронхіальна астма, періодичне виникнення еозинофілії пояснювали проявами астми та рецидивуючого полінозу. Розгорнута стадія захворювання проявилась упродовж останніх трьох тижнів у вигляді

еозинофілних інфільтратів з високою еозинофілією, ураженням нирок, розвитком ниркової недостатності, сечовим синдромом та ураженням судин у вигляді тромбозу вен лівої нижньої кінцівки.

ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ОСТЕОПОРОЗУ: СУЧАСНІ ТЕРАПЕВТИЧНІ СТРАТЕГІЇ

Ткаченко О.І., Рождественська А.О.

Харківський національний медичний університет, м.Харків, Україна

Вступ. Остеопороз вражає близько 20 мільйонів людей у світі (переважно жінок у постменопаузальному періоді: до 25% у світі, до 40% в Україні) та викликає близько 8,9 мільйонів переломів щорічно. Патологія характеризується безсимптомним перебігом та нерідко діагностується вже після інвалідизуючих травм, тому таким пацієнтам необхідно забезпечити ефективне лікування та профілактику травматичних ускладнень.

Мета. Оцінити сучасні принципи лікування та профілактики остеопорозу.

Матеріали та методи. Аналіз сучасних наукових джерел за допомогою пошуку інформації щодо лікування та профілактики остеопорозу у наукометричних базах («PubMed», «Cochrane Library»).

Результати. Основною метою лікування остеопорозу є зниження ризику виникнення переломів. Сучасні терапевтичні стратегії дозволяють успішно впливати на характеристики мінеральної щільності кісткової тканини, пригнічуючи кісткову резорбцію. Серед основних засад лікування та вторинної профілактики остеопорозу визначають: немедикаментозні заходи – корекція стилю життя (відмова від паління, зловживання алкоголем, малорухомого способу життя (помірні фізичні навантаження дозволені пацієнтам), тривалого голодування), дієта (вживання продуктів з високим вмістом кальцію, вітамінів D, С, В2 та джерел мінеральних речовин Р, К, Zn, Cu), корекція кальцієвого балансу (завдяки багатьом дослідженням виявлено, що недостатність кальцію викликає порушення мінералізації кісток внаслідок

накопичення остеоїду, також дефіцит кальцію викликає розвиток вторинного гіперпаратиреозу – активатора кісткової резорбції), призначення вітамінів групи D (D₂, D₃), застосування базисних антиостеопоротичних препаратів (бісфосфонатів). Новітні методи лікування остеопорозу включають застосування препаратів з анаболічною дією: рекомбінантного паратиреоїдного гормону (Терипаратид – впливає на формування кісткової тканини за рахунок прямого впливу на остеобласти; Абалопаратид – синтетичний аналог паратгормон-спорідненого білку PTHrP(1-34), дозволяє збільшувати мінеральну щільність кісткової тканини та мінералізацію), а також людських моноклональних антитіл до склеростину (Ромозозумаб – не тільки знижує резорбцію кісткової тканини, а й одночасно збільшує швидкість її синтезу).

Висновок. Таким чином, сучасні стратегії ведення пацієнтів з остеопорозом є недосконалими, оскільки існуючий терапевтичний арсенал не дозволяє впливати на усі патогенетичні ланки захворювання та достатньою мірою не забезпечує вторинної профілактики патології. Новітні методи лікування остеопорозу потребують подальшого вивчення та розвитку для широкого впровадження ефективних методів терапії даної когорти пацієнтів.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ

ПУЛЬМОНОЛОГІЇ

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ЗАХВОРЮВАННЯ COVID-19, УСКЛАДНЕНОГО
ДВОБІЧНОЮ ПНЕВМОНІЄЮ, ГІДРОТОРАКСОМ ТА
ПІОПНЕВМОТОРАКСОМ

Бабаєвська Ю.О., Тверезовська І.І.

Харківський національний медичний університет,
кафедра внутрішньої медицини №1, м. Харків

Науковий керівник: Молодан В.І.

Актуальність. Коронавірусна інфекція — COVID-19 (англ. COrona VIrus Disease 2019)— потенційно тяжка гостра респіраторна інфекція, викликана збудником SARS-CoV-2. Захворювання визнано пандемією XXI ст. Різноманітність та непередбачуваність ускладнень COVID-19 являє справжню проблему для лікарів. А обтяжений анамнез пацієнта може спровокувати швидко прогресуюче погіршення стану, що ускладнює ефективність допомоги хворому.

Мета. Проаналізувати особливості клінічного перебігу та можливості лікувально-діагностичних заходів тяжкого варіанту захворювання COVID-19, ускладненого двобічним запаленням легень, гідротораксом та піопневмотораксом.

Клінічний випадок. Хворий С. Вік - 40 років, поступив 12.04.2021 р. у стаціонар КПН «Міська клінічна лікарня швидкої та невідкладної медичної допомоги ім. проф. О.І.Мещанінова» ХМР зі скаргами на виражену задишку, що підсилюється при фізичній активності, підвищення температури тіла до 38 °С, сухий надсадний кашель, загальну слабкість, швидко втому,

запаморочення, періодичні набряки гомілок. Із анамнезу: Вважає себе хворим протягом тижня, коли з'явилися вищезазначені скарги. За словами пацієнта, має наркотичну залежність з 34 років, вживання ін'єкційних наркотиків заперечує протягом року, назву препаратів, які вживає, не вказав. Об'єктивно: Загальний стан середньої тяжкості. Шкіра та видимі слизові бліді, чисті, вологі. Температура тіла – 37,2°C. Над легенями перкуторно легеневий звук з притупленням над нижньою долею лівої легені. Аускультативно дихання жорстке з різнокаліберними вологими хрипами над середньою долею правої легені та верхньою долею лівої легені з повною відсутністю дихання над нижньою долею зліва. ЧДД 24/хв. SpO₂ – 94 %. В ділянці серця аускультативно визначається шум регургітації в проекції аортального та тристулкового клапанів. ЧСС – 98 уд/хв, АТ (dexter) – 140/80 мм рт. ст., АТ (sinister) – 130/80 мм рт. ст. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Фізіологічні випорожнення без особливостей. Периферичних набряків немає. У лабораторних дослідженнях визначено: зниження рівню гемоглобіну, лейкоцитоз, тромбоцитоз, еритроцитурія, підвищення креатиніну. ПЛР до вірусу SARS-CoV— позитивна. У бактеріальному посіві мокротиння виділено *Enterobacter clostridia*. На ЕХО-КГ візуалізуються дрібні патологічні елементи на тристулковому та аортальному клапанах вірогідно бактеріального генезу (вегетації). Дилатація обох передсердь та лівого шлуночка (ЛШ). Гіпертрофія міокарда обох шлуночків. Фракція викиду (ФВ) ЛШ – 59%. Рентгенографія органів грудної клітки (на момент надходження): ознаки двобічної пневмонії. Лівобічний гідроторакс з підозрою на піопневмоторакс зліва. Після проведених обстежень було встановлено діагноз: Позагоспітальна двобічна нижньодольова пневмонія, спричинена інфікуванням SARS-CoV-2 (ПЛР від 13.04.2021 – позитивний), III клінічна група, середнього ступеня тяжкості. Лівобічний плеврит. Піопневмоторакс зліва. Легенева недостатність 1 ст. Дихальна недостатність 2 ст. Вегетації тристулкового та аортального клапанів. Серцева недостатність II-A ст. зі збереженою ФВЛШ, NYHA II ФК. Після першої рентгенографії та консультації торакального хірурга було прийняте

рішення про плевральну пункцію та встановлення плеврального дренажу за Бюлау. Пацієнта переведено до відділення торакальної хірургії ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т.Зайцева НАМНУ». Рентгенографія органів грудної клітки (після встановлення дренажу): ознаки двобічної пневмонії. Встановлений плевральний дренаж зліва. Лівобічний плеврит. Підшкірна емфізема зліва. Лікування в стаціонарі: Розчин (Р-н) Метилпреднізолону («Солу-медрол») за схемою: 1000 мг×1р/добу №2, 500 мг×1р/добу №3, 250 мг×1р/добу №3, 125 мг×1р/добу №3 в/в крапельно (крап.); Р-н елекролітів («Реосорбілакт») - 200 мл в/в крап. №5, Р-н Левофлоксацину («Левопро») 750 мг×1р/добу в/в крап. №7, Меропенем 1000мг×1р/добу в/в крап. №7, Тайгециклін («Тайгецил») за схемою: 100 мг в/в крап. №1, 50 мг кожні 12 год. №5, Торасемід («Трифас») 20 мг внутрішньом'язово (в/м) №3, Фуросемід в/м 40 мг №3, Еноксапарін На («Клексан») за схемою: 0,6 мл×2р/добу підшкірно (п/шк) №7, 0,4 мл×2р/добу п/шк №5, 0,2 мл×2р/добу п/шк №6. Після проведеного лікування стан пацієнта покращився, зменшилась задишка та кашель, пройшло запаморочення, практично зникли аускультативні феномени над легенями. Рекомендовано нагляд у сімейного лікаря, кардіолога та нарколога за місцем проживання.

Висновки. Особливістю даного клінічного випадку є наявність у хворого наркотичної залежності, що в свою чергу сприяло ураженню багатьох органів та систем. Приєднання коронавірусної інфекції спровокувало розвиток двосторонньої пневмонії з плевральним випотом та піопневмотораксом. Потужна антибактеріальна та гормональна терапія, своєчасне хірургічне втручання дозволило пролікувати пацієнта максимально ефективно.

ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ХВОРОГО З COVID-19-АСОЦІЙОВАНОЮ ДВОБІЧНОЮ ПНЕВМОНІЄЮ

Беляєв А. І.

Харківський Національний Медичний Університет,

Кафедра внутрішньої медицини №1, м. Харків

Науковий керівник: Молодан В.І.

Актуальність. При появі нової коронавірусної інфекції, і, як результат, пандемії, спричиненої збудником SARS-CoV-2, медичний світ зіштовхнувся з новим викликом, щодо розробки ефективної лікувальної стратегії цього захворювання. Знання механізмів патогенезу захворювання, клінічних проявів та можливих ускладнень – запорука успішного менеджменту пацієнта із коронавірусною інфекцією.

Мета. Проаналізувати перебіг пневмонії при Covid-19 та, враховуючи скарги, дані об'єктивних, лабораторних та інструментальних досліджень, підібрати найбільш ефективну терапію

Клінічний випадок. Пацієнтка Н., вважає себе хворою близько двох тижнів, коли з'явилися скарги на виражену загальну слабкість та підвищену втомлюваність, задишку, відчуття нестачі повітря, малопродуктивний кашель, запаморочення, лихоманку. Лікувалась амбулаторно, без ефекту. Стан хворої погіршився у зв'язку з чим була госпіталізована до стаціонару. Супутні захворювання: ІХС, атеросклеротичний кардіосклероз. СН ІА ст. Гіпертонічна хвороба ІІ ст., 2ст., ризик 3. Дисциркуляторна енцефалопатія ІІ ст. Результати дослідження: SpO₂ – 86%, ЧДР – 25/хв, Т – 38,6. Вислуховуються вологі хрипи у н/в з обох боків. Результати додаткових методів обстеження: Клінічний аналіз крові: Нв – 125 г/л, еритроцити – $4,51 \times 10^{12}/л$, кольоровий показник – 0,92, лейкоцити – $13,8 \times 10^9/л$: паличкоядерні – 8%, сегментоядерні – 75%, лімфоцити – 28% швидкість осідання еритроцитів – 12 мм/год. С-реактивний білок – 95,81 мг/л, тромбокрит <0,100нг/мл, D-димер – 580 нг/мл. ПЛР-тест на РНК вірусу SARS-CoV-2 – позитивний. На рентгенограмі органів грудної клітки ознаки двобічної

пневмонії. Згідно зі скаргами, результатами огляду та досліджень, був поставлений клінічний діагноз: COVID-19 вірус ідентифікована позагоспітальна двобічна пневмонія, III клінічна група, тяжкий перебіг. Легенева недостатність II ст. Дихальна недостатність III ст. Призначене лікування: замісна киснева терапія за допомогою штучної вентиляції легень (ШВЛ), Парацетамол («Інфулган») 500 мг×2 рази на добу внутрішньовенно крапельно (в/в крап.), Ремдесевір за схемою: 200 мг перший день, 100 мг/добу наступні дні в/в крап., Цефтріаксон по 1 г×2 рази в/в струминно, Левофлоксацин («Супралев») 500 мг в/в крап., Дексаметазон 16 мг в/в струминно, розчин Рінгера 200,0 мл в/в крап., розчин Аргініну гідрохлориду 100,0 мл в/в крап., Мельдоній 500 мг («Тризипін») в/в струминно, Ацетілцистеїн («Інгаміст») 300 мг в/в крап., Фраксипарин («Фленокс») 0,6 мл підшкірно, Омепразол 40 мг перорально вранці. Незважаючи на відносне покращення лабораторних показників: зниження рівня лейкоцитів до $9,2 \times 10^9$ /л, швидкості осідання еритроцитів – 6 мм/год, С-реактивного білку до 38 мг/л, -- стан хворої залишався тяжким. Пацієнтку продовжувала турбувати виражена задишка, відчуття нестачі повітря. Зберігалась лихоманка (38,2°C) та зниження сатурації (SpO₂ – 80% при ШВЛ). Було прийняте рішення призначити хворій Меропенем 1000 мг/добу в/в крап. та перевести з лікування Дексаметазоном на терапію Метилпреднізолоном («Солу-медрол») 125 мг в/в крап. Через наявність у харкотинні хворої домішок крові, додатково була призначена Транексамова кислота («Циклокапрон-Здоров'я») 500 мг в/в крап., а також зменшена доза Фраксипарину до 0,4 мл. Після коригування терапії, у пацієнтки була відмічена позитивна динаміка загального стану: нормалізувалась температура тіла, мокротиння стало прозорого кольору, за результатами рентгенологічного обстеження зменшився об'єм інфільтрату в легенях, покращились результати лабораторних досліджень. На тлі проведеного лікування у хворої зберігалась задишка, відчуття нестачі повітря та кашель під час фізичного навантаження, загальна слабкість. На рентгенограмі органів грудної клітки було визначено деформацію легеневого

малюнку по типу пост-пневмонічного фіброзу. На УЗД легень визначені залишкові інтерстиціальні зміни. Хвора виписана з відносним покращенням, були надані рекомендації.

Висновки. Важливо пам'ятати, що перебіг COVID-19 залежить від багатьох факторів, які треба враховувати при підборі лікування. Терапевтична стратегія повинна бути направлена на усунення запалення у легенях, надання хворому кисню, якщо у цьому є потреба, усунення бактеріальних чинників, які приєднуються на тлі вірусної інфекції, запобігання утворення тромбів, підтримку стабільного для хворого функціонування серцево-судинної системи, та, якщо є можливість, на ранніх етапах захворювання рекомендовано призначати антивірусні препарати. Також для полегшення перебігу захворювання, необхідно контролювати стан супутньої патології за необхідності проводити симптоматичне лікування. В свою чергу хворий має своєчасно звертатися у лікарню за медичною допомогою та в жодному разі не займатися самолікуванням. Своєчасне звернення за допомогою та госпіталізація хворого, правильна інтерпретація лікарем об'єктивних, лабораторних, інструментальних даних, та подальше призначення ефективної терапії – є запорукою успіху у лікуванні коронавірусної хвороби.

ВИКОРИСТАННЯ ТОЦИЛІЗУМАБУ ПРИ ГОСТРОМУ РЕСПІРАТОРНОМУ ДИСТРЕС-СИНДРОМІ У ПАЦІЄНТІВ З COVID-19

Короткіх А. Є., Рождественська А.О.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Актуальність. Відповідно до Наказу МОЗ України від 02.04.2020 №762 (у редакції Наказу МОЗ України від 06.04.2021 №638), застосування тоцилізумабу слід розглянути у пацієнтів з тяжким перебігом COVID-19, зокрема, за умови підвищення рівня інтерлейкіна-6 (ІЛ-6). На практиці, у більшості хворих на COVID-19 не тільки тяжкого, а й середнього ступеню тяжкості захворювання ще до отримання результатів ПЛР-тестування на РНК

SARS-CoV-2, оцінюють сироватковий рівень ІЛ-6 для оцінки доцільності застосування тоцилізумабу – рекомбінантного моноклонального антитіла до рецепторів ІЛ-6, здатного блокувати його прозапальні ефекти.

Мета. Оцінити доцільність використання тоцилізумабу для лікування хворих на COVID-19 з гострим респіраторним дистрес-синдромом (ГРДС).

Матеріали і методи. Ретроспективний аналіз медичної документації пацієнтів з COVID-19.

Результати. За результатами досліджень, у більшості з пацієнтів з COVID-19 на КТ ОГК виявляється картина інтерстиціального ураження паренхіми легень, і за умов залучення у патологічний процес більше 15% легеневої тканини показники ІЛ-6 підвищуються більш ніж в 3 рази ($N < 6$ пг/мл). Ознаки ГРДС у таких хворих відзначаються на 5-7 день захворювання навіть при своєчасному отриманні медикаментозної допомоги (в т. ч. препаратів глюкокортикостероїдів, неінвазивної киснетерапії) та проявляються вираженим наростанням задишки, епізодами задухи, зниженням сатурації більш ніж на 10% протягом доби, лихоманкою до 38-40°. У разі його призначення тоцилізумабу (торгівельна назва препарату – «Актемра») 162 мг підшкірно або 400 мг внутрішньовенно, відзначається покращення стану, зменшення задишки, підвищення сатурації, зниження лихоманки. Клінічні приклади: 1. Пацієнтка 68 років, захворіла від 08.04.2021, результат ІЛ-6 від 12.04.2021: 143,5 пг/мл. 13.04.2021 введено Актему 162/0,9 мл п/ш. Результат ІЛ-6 від 16.04.2021: 61,57 пг/мл; від 21.04.2021: 7,82 пг/мл. 2. Пацієнт 45 років, захворів від 22.10.2021, результат ІЛ-6 від 19.10.2021: 176,1 пг/мл. 21.10.2021 введено Актему 400/20 мл в/в. Результат ІЛ-6 від 05.11.2021: 4,94 пг/мл. 3. Пацієнт 75 років, захворів від 12.01.2022, результат ІЛ-6 від 15.01.2022: 203,2 пг/мл. 18.01.2022 введено Актему 400/20 мл в/в. Результат ІЛ-6 від 28.01.2022: 16,71 пг/мл. Усі хворі після проведеного лікування відзначили покращення загального стану протягом доби, зниження лихоманки до субфебрильного рівня або її відсутність, полегшення дихання, рідше самостійно користувались киснетерапією.

Висновок. Отже, використання тоцилізумабу обумовлює позитивну динаміку в процесі лікування пацієнтів з COVID-19 при розвитку ГРДС. Однак високий ризик побічних реакцій та недостатня доступність препарату через економічний аспект та непостійну наявність в аптечних мережах є основними перешкодами для його широкого застосування.

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА З КОРОНАВІРУСНОЮ ХВОРОБОЮ

Макаренко Н.І.

Харківський національний медичний університет,

кафедра внутрішньої медицини №1, м. Харків

Науковий керівник: Молодан В.І.

Актуальність. Поширення коронавірусного захворювання, нові «маски» вірусу SARS CoV-2 спричиняють появу різноманітних клінічних варіантів хвороби, до яких потрібно знаходити індивідуальні підходи в ході госпіталізації, діагностики та лікування.

Мета. Вивчення вітчизняних протоколів лікування коронавірусної хвороби та порівняння рекомендації з реальною практичною картиною, визначення основних проблем для подальшого їх вирішення.

Клінічний випадок. До лікарні надійшов пацієнт 41 років зі скаргами на задишку змішаного характеру; підвищення температури тіла до 39; кашель з відходженням серозного мокротиння; біль у грудях під час дихання; перебої роботи серця; загальну слабкість. Об'єктивно: загальний стан важкий за рахунок дихальної недостатності. Шкіра та видимі слизові оболонки ціанотичні. ЧДР=30/хв, у акті дихання беруть участь м'язи верхнього плечового поясу. Аускультативно дихання ослаблене з обох сторін, в нижніх відділах - крепітація. SPO₂- 78%, SPO₂ (O₂)- 90%. ЧСС=Ps=115/хв, ритмічний. АТ справа=зліва=120\70 мм.рт.ст. Аускультативно тони серця ритмічні, гучні. Травний тракт без особливостей. Пацієнту були проведені лабораторні

дослідження: клінічний аналіз крові (виражений лейкоцитоз, підвищене ШОЕ); клінічний аналіз сечі (без патологічних змін); біохімічне дослідження крові (гіпопротеїнемія, підвищення АсАТ, АлАТ, гіперглікемія); специфічні маркери запалення (прокальцитонін - 0,284 нг/мл, С-реактивний білок - 45,5 мг/л; Д-димер - 330 нг/мл; інтерлейкін 6 - 6 пкг/мг); коагулограма (протромбін - 83%, фібриноген А - 5,3 г/л, фібриноген В - позитивний). Були проведені інструментальні дослідження: ЕКГ (синусова тахікардія (ЧСС - 91/хв). Ішемія міокарду передньо-септальної області. Ознаки гіпертрофії міокарду лівого шлуночка. Зниження трофіки міокарду бокової області); рентгенографія (двобічна полісегментарна пневмонія). Пацієнту був виставлений діагноз - негоспітальна двобічна полісегментарна пневмонія ІІІ ФК, ЛН ІІ ст. Коронавірусна хвороба (ПЛР РНК SARS CoV-2 позитивний), важкий перебіг. У лікуванні ми виділили основні етапи:

1. Забезпечення оптимальної кисневої підтримки (10-15 л/хв, поступово знижуючи).
2. Антибіотикотерапія (цефоперазон/сульбактам 2 г + 20 мл 0,9% NaCl x 2/добу в/в струминно + тобраміцин 80 мг x 2/добу в/м), стан хворого після проведення антибіотикотерапії не покращився, зберігалась фебрильна температура. Переведено на іншу схему антибіотикотерапії - меропенем 1 г + 20 мл 0,9% NaCl x 3/добу в/в струминно + лінезолідин 600 мг x 2/добу в/в краплинно).
3. Специфічна етіотропна терапія (ремдесивір за схемою в/в краплинно).
4. Гормональна терапія (дексаметазон 16 мг + 20 мл 0,9% NaCl x 1/добу в/в струйно, поступово знижуючи дозу).
5. Симптоматично при температурі призначали парацетамол 1 г в/в краплинно. Додатково омепразол для гастропротекції 40 мг x 1/добу per os; флуконазол 200 мг x 1/добу в/в краплинно; ацетілцистеїн - 300 мг + 200 мл 0,9% NaCl в/в краплинно).
6. Антикоагулянтна терапія - еноксипарин 0,4 x 2/добу п/ш.

Висновки. Представлене лікування відповідає державному протоколу, дотримання рекомендацій сприяє одуженню пацієнтів, сповільненню поширення антибіотикорезистентності, ірраціональному призначенню препаратів, зниженню кількості летальних випадків.

ЛЕГЕНЕВИЙ АСПЕРГІЛЬОЗ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ

Рапава К.Б

Харківський національний медичний університет

Кафедра внутрішньої медицини №1, м. Харків, Україна

Актуальність. За останні два десятиріччя спостерігається зростання захворюваності і летальності від інвазій, викликаних грибами. Аспергільоз займає перше місце серед усіх інвазивних мікозів та має високий ризик летальності. Однак діагностика саме аспергільозної пневмонії нерідко буває утруднена та часто недооцінюється в популяції і може виявитися знахідкою на автопсії.

Мета. Оцінити можливості ранньої діагностики та підбір дієвого лікування в умовах сучасних можливостях лікарень.

Клінічний випадок. Хворий П., 70 років. Скарги на момент госпіталізації: на виражену слабкість, підвищення температури тіла до 39°C, задишку, сухий кашель, пітливість, біль в грудній клітині зліва (особливо на вдиху), неможливість лежати. Через нестерпний біль доставлений в терапевтичне відділення міської лікарні для подальшого обстеження та лікування.

Об'єктивно. На момент госпіталізації: Стан хворого - тяжкий. Свідомість збережена; Положення у ліжку-пасивне. $t=38,6^{\circ}\text{C}$. Шкіра чиста, блідо-рожева. Периферичні лімфовузли — не пальпуються. Тони серця приглушені, серцевий ритм ритмічний. Ліва межа відносної серцевої тупості зміщена на 1,5 см вліво від нормальних кордонів. АТ= 150/90 мм.рт.ст., ЧСС=110 за 1 хв. Грудна клітина правильної форми. Дихання носом вільне, ЧДР = 25/хв. Форма грудної клітки — нормостенічна. Однакова участь обох половин грудної клітки в акті дихання. Тип дихання — змішаний. Дихання жорстке, вологі хрипи ліворуч та праворуч. Послаблене дихання в нижніх відділах з обох сторін. $\text{SpO}_2 = 94\%$. Язик сухий. Живіт—нормальної форми. При пальпації живіт м'який та безболісний. Печінка—не збільшена. Селезінка— не пальпується. Фізіологічні відправлення: збережено. Діурез-збережено.

Дослідження. ПЛР дослідження на SARS-CoV 2—негативний. Клінічний аналіз крові (КАК) : Ер – $4,88 \cdot 10^{12}/л$; Нб 150– г/л; лейкоц – $16,7 \cdot 10^9$; Тр– 330 ; л–17%; ШОЕ –30 м/год; с–86;п–20;л–17;м–3;еоз –15%. КАК (через 9 днів на тлі терапії): Ер – $4,70 \cdot 10^{12}/л$; Нб 145– г/л; лейкоц – $10,6 \cdot 10^9$; Тр– 335; л–11%; ШОЕ –20 м/год; с–74;п–10;л–17;м–2;еоз –3%. Біохімія: глюкоза натще –7 ммоль/л; заг.білок – 54,8 г/л; сечовина 5,0– ммоль/л; креатинін – 94ммоль/л;. АЛТ – 23,4 Е/л; АСТ–44,2 Е/л; Заг. білірубін–8,3 ммоль/л; пр. білірубін–3,2 ммоль/л; калій –3,90 мг-екв/л; СРБ-30 мг/л. ЕКГ: синусова тахікардія, ЧСС-125 за хв. Ro ОГК –лівобічна пневмонія. Ro ОГК (через 6 днів на фоні терапії) слабо позитивна динаміка. УЗД плевральних порожнин—гідроторакс. Аналіз мокротиння: лейкоцити — небагато; еритроцити — поодинокі; елементи епітелію — небагато; макрофаги — поодинокі; мікобактерії туберкульозу — негативний; інша флора — спори та місцями гриби. Бактеріоскопія на наявність кислото-стійких бактерій: негативна. КТ органів грудної клітки — ознаки лівобічної деструктивної пневмонії з формуванням багатьох порожнин (аспергільоз?), двобічний гідроторакс, гідроперикард, пневмофіброз, плевральні зрощення. Лікування: грандазол 100,0 в/в, фуросемід 4,0 в/в, (після отримання висновку КТ, було вирішено додати до лікування: ітраконазол 200 мг 3р/д протягом 4 діб, потім перехід на 200 мг 2 р/д), дексаметазон 2,0 в/в. інфулган 100.0 в/в, розчин Рінгера 400.0 в/в, метоклопрамід 2.0 в/в, кетанов 1.0 в/м. Надалі після стабілізації стану пацієнта, хворий був переведений до профільного пульмонологічного відділення для подальшого, більш детального обстеження та корекції терапії.

Висновок. Не дивлячись на те, що кількість хворих на аспергільоз зростає, виникають певні труднощі для ранньої діагностики через велику різноманітність його клінічних симптомів, низьку специфічність рентгенологічних і лабораторних ознак, технічних можливостей лікарень, що погіршує прогноз і нерідко призводить до летальних наслідків. Саме тому важливе подальше накопичення досвіду і більш детальне вивчення даної патології.

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ФАРМАКОТЕРАПІЇ
БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ТЯЖКОГО СТУПЕНЯ

Сахновська Є.О.

Харківський національний медичний університет,
кафедра внутрішньої медицини №1, м. Харків

Науковий керівник: Молодан В.І.

Актуальність. Проблема бронхіальної астми зберігає надзвичайну актуальність, оскільки захворюваність від неї постійно зростає у всьому світі та вражає, здебільшого, пацієнтів працездатного віку, що призводить до інвалідизації населення.

Мета. Вибрати сучасний персоніфікований підхід для досягнення і підтримки повного контролю над бронхіальною астмою тяжкого ступеня.

Клінічний випадок. Чоловік Н.(58 років) був госпіталізований до терапевтичного відділення КНП «Харківська міська студентська лікарня» ХМР 08.01.22 зі скаргами на напади задухи до 5-6 раз на добу, також в нічний час, відчуття хрипів, свистів в грудній клітці, “нестачі повітря”. З анамнезу відомо, що діагноз бронхіальна астма встановлений в 1984р., довготривало базисно отримував серетид 50/500 (сальметерол/флютіказон) та лікував напади ядухи вентоліном 6-10 доз по 100 мкг (сальбутамол). Загострення 3 – 4 рази на рік. З 2015 року є інвалідом 3 групи. Спостерігається амбулаторно. У жовтні перехворів на коронавірусну хворобу. Погіршення відмічає біля 10 днів, коли зросли напади ядухи, також вночі, зросла потреба в швидкодопоміжних інгаляторах. Не палить. Алергологічний, спадковий анамнез не обтяжені, інфекційні хвороби заперечує. Об’єктивно: стан середньої тяжкості. ІМТ 32 кг/м². Одутловатість обличчя, легкий ціаноз губ. ЧДР 22 - 24 в хвилину. SpO₂ = 90% Над легенями перкуторно - ясний легеневий звук, з коробковим відтінком. Аускультативно - дихання ослаблене, сухі розсіяні хрипи, видих подовжений. Тони серця приглушені, діяльність аритмічна. Межі серця розширені вліво на 0,5 см. АТ sin - 160/90, dex - 155/90 мм. рт. ст. ЧСС= 78 уд./хв. Інші системи органів в нормі. У клінічному аналізі

крові звертає на себе увагу підвищенні прозапальні показники: еозінофілія (12%), лейкоцитоз (10,2), ШОЕ (19 мм/год). Дані біохімічного аналізу крові та аналізу сечі без особливостей. У результаті спірометрії визначається порушення дихання змішаного типу, значного ступеня прояву, підозра на значну генералізовану обструкцію бронхіального типу з більш вираженими обструктивними змінами верхніх дихальних шляхів на тлі рестриктивних обмежень значного ступеню прояву (ОФВ1 48% => 51%). На підставі скарг, анамнезу, клінічних та лабораторно-діагностичних досліджень, встановлений діагноз: Бронхіальна астма ІV ст, важка, персистуючий перебіг, стадія загострення, неконтрольована, гормон-залежна. Дифузний пневмосклероз. Емфізема легень. ЛН ІІ ст. Проведено відповідне патогенетичне та симптоматичне консервативне лікування киснем, середніми дозами інгаляційних глюкокортикостероїдів та β-агоністів: інгаляції будесонідом (0,4 мг 2р/д) та формотеролом (12 мкг. 2 р/д), та додатково тіотропію бромід (5 мкг 1р/д). Виписаний з поліпшенням, у зв'язку із закінченням лікування. Зберігається позитивна динаміка - перестали турбувати напади ядухи, зросла сатурація та підвищилась толерантність до помірного фізичного навантаження. Рекомендовано: базисна терапія формотерол та будесонід у комбінації («Симбикорт Турбухалер» 160/4,5 мкг) по 1 вдиху 2 р/д. При потребі використовувати цю ж комбінацію, це і є режим SMART - терапія переважного вибору в лікуванні бронхіальної астми. Така терапія дозволяє використання до 12 добових інгаляцій (доза 160/4,5: 4 базисно і 8 за потребою), що дозволить пацієнту чітко розуміти коли час звертатись до лікаря.

Висновки. SMART – терапія буде доречною для пацієнтів ІІІ-ІV ступеня важкості. Це збільшує прихильність хворого до лікування, його якість життя та комфорт, а також, це економічно вигідно. Сучасні настанови рекомендують використовувати режим «єдиного інгалятора» з комбінацією низьких або середніх доз інгаляційних кортикостероїдів та швидкодіючих β2-агоністів для контролю бронхіальної астми та «за потребою».

ПРОТИВІРУСНА ТА АНТИБАКТЕРІАЛЬНА ТЕРАПІЯ У ПАЦІЄНТА З
ВАЖКИМ ПЕРЕБІГОМ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ COVID-19

Федосова Д.С.

*Харківський національний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини №1, м.Харків, Україна*

Науковий керівник: доц.Молодан В.І.

Актуальність. Поширеність інфікування на коронавірусну хворобу COVID-19 на початок 2022 року становить 8,92% від загальної кількості населення України, 96089 смертельних випадків по Україні. Враховуючи те, що дане захворювання передбачає вплив на механізми патогенезу супутніх захворювань, вищу ймовірності ускладнень та зростання летальності, зменшення якості та тривалості життя, питання тактики ведення пацієнта та вибору адекватної терапії при лікуванні коронавірусної хвороби COVID-19 є важливою проблемою сучасної медицини.

Мета. Дослідити ефективність противірусної та антибактеріальної терапії у пацієнта з важким перебігом коронавірусної хвороби COVID-19.

Клінічний випадок. Пацієнт Ш., 42 роки, був госпіталізований до КНП ХОР Обласний клінічний спеціалізований диспансер радіаційного захисту населення (ОКСДРЗН) 30.09.2021 року зі скаргами на задишку, кашель із невеликою кількістю мокротиння, підвищення t тіла до 39°C , загальну слабкість, головний біль. Анамнез хвороби: Захворів гостро 25.09.21, коли з'явилися та почали наростати вищезазначені скарги. Лікувався амбулаторно – без ефекту. 30.09.2021 р. загальний стан погіршився, наростала задишка, ургентно госпіталізований до спеціалізованого відділення №1 КНП ХОР ОКСДРЗН. Об'єктивно: стан тяжкий. Шкірні покриви бліді, чисті. Тони серця приглушені, ритмічні. АТ ліворуч = 130/70 мм рт. ст., АТ праворуч = 130/70 мм рт. ст. Пульс = 90 уд/хв, ЧСС = 90 уд/хв. У легенях ослаблене дихання з обох боків. ЧДР = 22 д/хв., $\text{SpO}_2 = 90\%$. Язик чистий, вологий. Живіт м'який, безболісний при пальпації. Печінка та селезінка не пальпуються. С-м

Пастернацького негативний з обох боків. Набряків немає. Фізіологічні відправлення без особливостей. 11.10.2021 р. стан погіршився, переведений до відділення анестезіології і інтенсивної терапії, 11.10.2021 розпочато неінвазивну ШВЛ в режимі CPAP (Fi O₂ – 100%, PEEP – 10 мм рт. ст.). 24.10.2021 р. переведений на дотацію зволоженого кисню 10-15 л/хв. 16.11.2021 у зв'язку з покращенням переведений до загальної палати. Клінічний діагноз: Негоспітальна двобічна полісегментарна пневмонія IV клінічна група. ЛН III ст. Коронавірусна хвороба COVID 19 (ПЛР РНК вірусу SARS-CoV-2 від 01.10.2021р.), важкий перебіг. Проведено лікування: Moxifloxacin 400 мг*1 р/д в/в крапельно+ Cefoperazone + beta-lactamase inhibitor 2/2 г*2 р/д в/в струминно, Amikacin 1,5 г*1 р/д в/в крапельно+ Cefepime 2 г*2 р/д в/в струминно, Meropenem 1 г*3 р/д в/в струминно+ Linezolid 600 мг*2 р/д в/в крапельно+ Doxycycline 100 мг*1 р/д в/в крапельно, Remdesivir 100 мг*1 р/д в/в крапельно (5 днів), Varicitinib 4 мг*1 р/д (7 днів), Acetylcysteine 300 мг*1 р/д в/в крапельно, Enoxaparin 0,8 мл*2 р/д п/ш, Dexamethasone 24 мг*1 р/д в/в крапельно, Ambroxol 2,0*2 р/д в/в струминно, Theophylline 5,0*1 р/д в/в струминно, Clopidogrel 75 мг*1 р/д per os, Sterofundin Isotonik 500,0*1 р/д в/в крапельно, Chlorprothixene 50 мг*1 р/д per os, Methylprednisolone 1000 мг*1 р/д в/в крапельно, Furosemide + Heparin 20 мг+5000*2 р/д в/в крапельно, Arginine hydrochloride + Levocarnitine 100,0*1 р/д в/в крапельно, Budesonide 1 небула*1 р/д, Metamizole sodium + Diphenhydramine 2,0+1,0 в/м, Lactic acid producing organism, combinations 1,5 г*2 р/д per os, Paracetamol 1000 мг в/в крапельно, Esomeprazole 40 мг*2 р/д в/в струминно, Fluconazole 100,0*1 р/д в/в крапельно, Omeprazole 40 мг*2 р/д в/в струминно, Cetirizine 5 мг*1 р/д per os, Salmeterol + Fluticasone 25/125 мкг*1 р/д 2 вдихи, Serrapeptase 10 мг*1 р/д per os. Пацієнта виписано з поліпшенням (позитивна клінічна, лабораторна та рентгенологічна динаміка) під нагляд сімейного лікаря за місцем проживання.

Висновок. Наше спостереження показало ефективність лікувальної стратегії згідно до протоколу МОЗ України, що стосується ведення хворих на

коронавірусну хворобу COVID-19 ускладнену пневмонією (негоспітальна двобічна полісегментарна пневмонія IV клінічна група). Хороший результат вдалось отримати за рахунок використання протівірусних препаратів (Remdesivir+ Baricitinib) у поєднанні із кортикостероїдами і антибактеріальними препаратами.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ

ЕНДОКРИНОЛОГІЇ

РАЦІОНАЛЬНЕ ЗАСТОСУВАННЯ ДЕІНТЕНСИФІКОВАНОЇ СХЕМИ ІНСУЛІНОТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК

Гавриленко В. Є.

Київський міський центр нефрології та діалізу

Актуальність. Цукровий діабет 2 типу (ЦД2) займає перше місце у світі, як причина розвитку хронічної хвороби нирок Vд. стадії (ХХН Vд ст.). Пацієнти з ЦД2 та ХХН Vд ст. застосовують, у переважній більшості, інсулінотерапію, що призводить до виникнення важких гіпоглікемічних станів під час сеансів програмного гемодіалізу (СПГД). Нами було прийнято рішення зменшити частоту появи цих станів за допомогою застосування деінтенсифікованої схеми інсулінотерапії.

Мета. Описати клінічний випадок та оцінити ефективність фіксованої комбінації агоністу рецептору глюкагоноподібного пептиду-1 та інсуліну деглюдек у пацієнтів з ЦД2 та ХХН Vд ст..

Клінічний випадок. Пацієнтка Г., 62 роки, звернулась до ендокринолога зі скаргами на швидку втомлюваність, загальну слабкість, спрагу, порушення зору, постійне підвищення артеріального тиску, тривалу гіперглікемію, що турбує більше 4х місяців. Анамнез хвороби: пацієнтка хворіє на ЦД2 більше 15 років, 2 роки тому була госпіталізована до КМКЛ №3 з інфарктом міокарду, де вперше було виявлено ХХН Vд ст.. У КМЦ Н та Д було сформовано АВ-фістулу та розпочато сеанси програмного гемодіалізу з 01.04.2020 року. Хвора направлена до ендокринолога лікарем-нефрологом у зв'язку з гіперглікемією, що не піддається медикаментозній компенсації більше 5 місяців. На момент огляду пацієнтка отримувала цукрознижуючу терапію: гліквідон 60 мг/добу,

аналог інсуліну тривалої дії гларгін 100 50 ОД/добу, аналог інсуліну ультракороткої дії гліулізін 18 ОД/добу. Додатково приймала: цинакальцет 30 мг/добу, альфакальцидол 0,5 мкг/добу, севеламер 2400 мг/добу, моксонідін 0,8 мг/добу, амлодипін 20 мг/добу, бісопролол 10 мг/добу, аторвастатин 40 мг/добу, клопідогрель 75 мг/добу, дарбепоедин альфа 10 мкг/ 1 раз на тиждень. Фізикальне обстеження: температура тіла 36,1, шкіра бліда, суха. Видимі слизові оболонки блідо-рожеві, чисті. Аускультативно з боку легень: дихання жорстке. Аускультативно з боку серця: акцент 2 тону над аортою. Живіт при пальпації м'який, безболісний при пальпації. Печінка не збільшена, болісності при пальпації передньої черевної стінки немає. Нижні кінцівки набряклі, трофічних виразок немає. Щитовидна залоза пальпаторно: нормальних розмірів, еластична, не спаяна з оточуючими тканинами. Лімфатичні вузли не пальпуються. Пацієнтка чітко відповідає на питання, незначно загальмована, свідомість ясна, мова не порушена. Артеріальний тиск на обох верхніх кінцівках 160/50 мм рт. ст., пульс – 75 уд/хв. Призначене обстеження: загальний аналіз крові (ЗАК), загальний аналіз сечі (ЗАС), біохімічний аналіз крові (БХК): креатинін (Кр), сечовина, загальний білок (ЗБ), альбумін, натрій (Na) , калій (К), кальцій загальний (Ca заг.), кальцій іонізований (Ca іон.) , фосфор (P), ліпідний профіль, коагулограма, глюкоза плазми натще (ГПН). Гормональне обстеження: аналіз крові на тиреотропний гормон (ТТГ), тироксин вільний (вТ4), глікований гемоглобін (НbA1C), паратгормон (ПТГ), 25-гідроксивітамін-D (25-ОН-D). Також призначено глікемічний профіль з веденням щоденнику харчування та фізичної активності. Інструментальне обстеження: ультразвукове дослідження (УЗД) щитовидної (ЩЗ) та парашитовидних залоз (ПЩЗ). Отримані результати: ЗАК: ер = 2,9, лейкоцити = 7,5, гемоглобін = 97 г/л. ЗАС: глюкоза ++. Кр = 715 мкмоль/л, сечовина = 25 ммоль/л, ЗБ = 60 г/л, альбумін = 31 г/л, Na та K = норма, Ca заг. = 2,02 ммоль/л, Ca іон. = 1,07 ммоль/л, P = 1,65 ммоль/л, ліпідний профіль та коагулограма = норма, ГПН = 25 ммоль/л. ТТГ = 2,5 мкМО/мл , вТ4 = 1,28 нг/дл, НbA1C = 14,9%, ПТГ = 815 пг/мл, 25-ОН-D = 9 нмоль/л. УЗД

ЩЗ та ПЩЗ: без патологічних змін. Глікемічний профіль: 8.00 - 25 ммоль/л, 12.00 - 3,0 ммоль/л, 16.00 - 17 ммоль/л, 19.00 - 14 ммоль/л. Призначене лікування: 1) Цукрознижуюча терапія: інсулін деглюдек/ліраглутид 16 ОД о 8.00 з подальшою титрацією дози. 2) Супутня терапія: кальцитріол 1 мкг/добу, кальцію ацетат 1500 мг/добу, моксонідін 0,8 мг/добу, доксазозин 4 мг/добу, ніфедипін 10 мг/добу, бісопролол 10 мг/добу, аторвастатин 20 мг/добу, клопідогрель 75 мг/добу, дарбепоедин альфа 30 мкг/ 1 раз на тиждень. 3) Надані рекомендації щодо збільшення вмісту білка в раціоні харчування. Отримані результати через 6 місяців: HbA1C - 7,5 %, глікемічний профіль: 8.00 - 6,4 ммоль/л, 12.00 - 7,2 ммоль/л, 16.00 - 8,5 ммоль/л, 19.00 - 5,9 ммоль/л.

Висновки. На основі отриманих даних можна зробити висновок, що призначена схема лікування виявилась ефективною.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ

ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ХВОРИХ З АУТОІМУННИМ ЦИРОЗОМ ПЕЧІНКИ

Гончаренко Ю.В., Лапшина К.А.

Харківський національний медичний університет

Кафедра внутрішньої медицини №1, м. Харків

Науковий керівник: Молодан В.І.

Актуальність. Незважаючи на значні успіхи в діагностиці та лікуванні захворювань органів травлення, цироз печінки залишається однією з найчастіших причин смертності серед захворювань ШКТ, від яких щороку помирає біля 2 млн хворих. Чоловіки хворіють в 2 рази частіше за жінок. Середній вік виникнення цирозу печінки - 45 років для чоловіків та 55 років у жінок. Найчастішими причинами виникнення цирозу печінки є вірусні гепатити, аутоімунні захворювання печінки та зловживання алкоголем. Ряд досліджень стверджує, що щоденне вживання 60 г етанолу чоловіками та 30 г етанолу жінками через 5-8 років може призвести до розвитку цирозу печінки.

Мета. На прикладі даного клінічного випадку розглянути особливості ведення пацієнта цирозом печінки в наслідку аутоімунного гепатиту.

Клінічний випадок. Хвора М., 33 років надійшла до гастроентерологічного відділення 24.11.21 зі скаргами на дискомфортні відчуття у животі, періодичний ниючий біль у правому боці і надчеревній ділянці, печію, нудоту та важкість після прийому їжі, помірний метеоризм, часті головні болі, задишку та серцебиття при фізичному навантаженні, виражену втомлюваність та слабкість. Вважає себе хворою з 02.2020 року, коли раптово (16.06.2020р.) з'явилася симптоматика гострої шлунково-кишкової кровотечі- гематемезис,

аспіраційна двобічна пневмонія. Обстежувалася в ургентному порядку у хірургічному відділенні- фіброгастроскопія- встановлений діагноз: цироз печінки ускладнений кровотокою з флебектазій стравоходу. Лікувалася за м/п у хірургічному відділенні- ендоскопічне легування флебектазій стравоходу та терапевтичному відділенні з приводу хронічного гепатиту з трансформацією у цироз печінки. 08.2020р. проходила стаціонарне лікування в ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМНУ». Виписана із покращенням. У подальшому обстежувалася та лікувалася в Чехії-27.02.2021 остання ВЕГДС. Останнє погіршення близько 2 тижнів тому, коли рецидивували вище перелічені скарги. Звернулася до поліклініки ДУ «НІТ ім. Малої Л.Т. НАМНУ», з метою дообстеження та підбору адекватної терапії, госпіталізована до відділення гастроентерології. Загальний стан - середньої тяжкості. Шкіра і видимі слизові чисті, бліді, вологі. Над легенями дихання везикулярне, хрипів немає. ЧДР- 14/хв. Діяльність серця ритмічна-тони дещо приглушені, ритмічні. АТ 110/70 мм.рт.ст. ЧСС-72уд/хв. Язик вологий, обкладений білим нальотом. Живіт не збільшений, дещо піддутий, при пальпації безболісний. Печінка по Курлову 13:10:9 см, край м'який, рівний, не болючий. Селезінка збільшена на 7см. Кишечник помірно роздутий. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Діурез-більше 1 л на добу, вільний. Випорожнення-1-3р. на добу, коричневого кольору. Набряків немає. Лабораторні дослідження: Ер.-4,24*10¹², Нв-111 г/л, лейкоц.-4,1*10⁹, лімфоцити-24,3%, моноцити-8,0%, гранулоцити-67,7%, тромбоцити-59*10⁹/л, ШОЕ-8 мм/год. Біохімічний аналіз крові: АлТ- 47 О/л, АсТ-33 О/л, тимолова проба-8,4, білірубін загальний-17,5мкмоль/л, прямий-4,5мкмоль/л, непрямий-13,0 мкмоль/л, лужна фосфатаза-1310 О/л, креатинін-53, сечовина-5,6, заг.білок-69 г/л, альбуміни-61,2%. Антимітохондріальні антитіла (АМА) <1:100-негативний результат. Антинуклеарні антитіла (АНА) - 1:100-позитивний результат. ПЛР. Інструментальні дослідження: ВЕГДС: варикозне розширення вен стравоходу 3 ступеня, стан після ендоскопічної склеротерапії. Портальна гіпертензивна гастропатія. Застійна дуоденопатія.

Ректороманоскопія: ВРВ прямої кишки І ст поза загостренням. Катаральний проктит поза загостренням. Ехосонографічне дослідження органів черевної порожнини: дифузні зміни печінки. Ехоознак підвищення коефіцієнта затухання ультразвуку в паренхімі печінки не виявлено, по класифікації NAS стадії стеатозу S0. За даними еластометрії зсувної хвилі ступінь фіброзу печінки за шкалою METAVIR- F4. Ехоознаки портальної гіпертензії, хронічного холециститу. Спленомегалія. Враховуючи результати лабораторних та інструментальних досліджень був встановлений діагноз: Аутоімунний цироз печінки, клас С за Чайльд-Пью, стадія декомпенсації, з синдромами цитолізу та холестазу, паренхіматозно-клітинною недостатністю, гепатоспленомегалією з гіперспленізмом (важка панцитопенія), портальною гіпертензією III ст. (ГШКК від 16.06.2020р.-гематемезис), асцитом, печінковою енцефалопатією II ст. Анемія хронічного захворювання. Лікування в стаціонарі: гептрал по 500 мг 2 рази на добу , гепаризин 2 ампл. в/в стр. повільно, урсофальк - 500 мг 2р/добу, спіронолактон-25 мг вранці, таллітон- 12,5 мг, пантопразол - 40 мг 1р/д, дуфалак по 5-10 мл, метіпред - 4 мг/добу. За час перебування хворої в стаціонарі лабораторні показники покращились: Ер- 4,3*10¹², Нв-120г/л, лейкоц.-4,3*10⁹, лімфоцити-27%, моноцити-9,0%, гранулоцити-69%, тромбоцити-100*10⁹, ШОЕ-5 мм/год. Біохімічний аналіз крові: АсАТ- 29 О/л, АлАТ-38О/л, тимолова проба-4,8, заг.білірубін-14,9, пр.- 4,5, непр.-13,0, лужна фосфатаза-1290 О/л, креатинін-50 мкмоль/л, сечовина- 5,3 мкмоль/л, заг.білок-73 г/л, альбуміни-64%.

Висновок. Таким чином, на прикладі даного клінічного випадку ми бачимо особливості ведення хворої з аутоімунним цирозом печінки, який мав безсимптомний перебіг. Хвора звернулася за медичною допомогою вже коли з'явилися виражені ознаки цирозу печінки- портальна гіпертензія (асцит, кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу), печінкова енцефалопатія. Застосування метипреду по 4 мг/добу, діуретиків та гепатопротекторів для лікування цирозу печінки аутоімунного генезу сприяло значному покращенню стану пацієнтки: зменшився асцит, ознаки печінкової енцефалопатії.

ОСОБЛИВОСТІ СПАЗМОЛІТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРОГО З ЗАГОСТРЕННЯМ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Кордюмова А.К. , Молодан В.І.

Харківський національний медичний університет

Кафедра внутрішньої медицини №1, м. Харків

Актуальність. Терапевтичний ефект спазмолітиків має важливе значення у лікуванні пацієнтів з хронічним панкреатитом. Це пов'язане з відновленням механізмів м'язового скорочення: розслабленням гладком'язових клітин, що сприяють зниженню тонуусу та поліпшенню кровопостачання стінки підшлункової залози, зниженню внутрішньопорожнинного тиску і як наслідок – больових відчуттів.

Мета. Дослідити ефективність комбінованого спазмолітичного лікування у пацієнта з загостренням хронічного панкреатиту.

Клінічний випадок. Хворий В., 48 років скаржився на періодичну печію та помірні болі в надчеревній ділянці, нудоту та важкість після прийому їжі, помірний метеоризм, ниючий біль у правому підребер'ї, виражену слабкість. Хворим вважає себе більше 2-х років, коли вперше з'явилися вищеописані скарги. Шкідливих звичок немає, періодичне порушення дієти. Об'єктивно: стан середньої тяжкості. Нормального харчування. Нормостенік. Шкіра та слизові оболонки чисті, бліді, вологі. АТ 130/80 мм рт ст., ЧСС- 72/хв., ЧД- 16/хв. Язик рожевий, обкладений білим нальотом. Живіт не збільшений, болючий в епі- та мезогастрії, правому підребер'ї. Печінка за Курловим: 14:11:10 см, край м'який, рівний, неболючий. Кишківник помірно роздутий. набряків немає. Лабораторне дослідження показало: Лейкоцити- $7,4 \cdot 10^9$ /л, Лімфоцити- $38 \cdot 10^9$ /л, Моноцити- $9 \cdot 10^9$ /л, Гр- $53 \cdot 10^9$ /л, Ер- $4,82 \cdot 10^{12}$ /л, Нв-148 г/л, Т- $238 \cdot 10^9$ /л, ШОЕ- 3мм/год. АСТ- 23 О/л, АЛТ- 20 О/л, ТП- 0,7, Бз-9 мкмоль/л, Бп-2,1 мкмоль/л, Бнепр- 6,9 мкмоль/л, ЛФ- 1170, ГГТП- 15,2 О/л, креатинін- 91 мкмоль/л, сечовина- 5,4 мкмоль/л, глюкоза- 5,83, СРБ- 6, ЗХ- 4,65 ммоль/л, амілаза- 49 О/л. Клінічний аналіз сечі- без патології, копрограма- стілець оформлений, м'який, коричневий, реакція на приховану

кров- негативна, м'язові волокна-незмінені, небагато, клітковина— помірно, жирні кислоти-небагато, мила- рідко. УЗД органів черевної порожнини: ехоознаки хронічного панкреатиту, жовчно-кам'яна хвороба. Фіброгастро дуоденоскопія: ознаки кили стравохідного отвору діафрагми 1ст, аксіальна нефіксована. Дистонія та дискінезія шлунку, дванадцятипалої кишки за змішаним типом. Непрямі ознаки патології гепатобіліарної системи. Діагноз: Хронічний панкреатит, фаза загострення, з больовим, диспептичним та спастичним синдромами, середньо-важкий перебіг. Жовчно-кам'яна хвороба: калькульозний холецистит в стадії нестійкої ремісії. Кила стравохідного отвору діафрагми 2 ст (аксіальна, нефіксована). Хронічний гастрит в стадії нестійкої ремісії, не асоційований з *H.pylori*. Лікування: омепразол 40 мг в/в крап на 200.0 0,9% NaCl №3, вісмуту субцитрат колоїдний (де-нол)- 120 мг 2 таб. 2р/добу за 30 хв до їжі та на ніч; креон- 25 тис. під час їжі; конкор- 2,5 мг зранку, комбісарт(амлодипін/ валсартан) 5мг/160 мг 1 р/добу; комбінація спазмолітиків різного механізму дії: неселективний міоспазмолітик- інгібітор фосфодіестерази- дротаверин (но-шпа) 40 мг - 2 мл 1 раз в/м №3, селективний блокатор Ca⁺-каналів- отилонію бромід (спазмомен) 40 мг 2р/добу; спазмолітично-аналгетична суміш для внутрішньовенного введення: дротаверин (но-шпа) 40 мг у комбінації з 25 % - 5 мл сірчанокислою магnezією, яка має спазмолітичний та жовчогінний ефекти, та метамізолом натрію 50% - 4мл на 200,0 фізіологічного розчину №3 через день. На тлі прийому лікарських засобів та дотримання дієти стан хворого значно покращився- позитивна динаміка у загальному самопочутті, лабораторних та додаткових методах дослідження. Пацієнт виписаний додому під нагляд сімейного лікаря та продовження лікування у амбулаторних умовах.

Висновки. Обрана комбінована спазмолітична тактика у складі несективного міоспазмолітика- дротаверину (Но-Шпа, Нохшаверін), селективного блокатора Ca-каналів-отилонію броміду (Спазмомен) та 25% сірчанокислої магnezії показала позитивну динаміку у зменшенні больового, диспепсичного синдромів та покращенні самопочуття хворого.

ВЕДЕННЯ ХВОРОЇ З НАБРЯКОВО-АСЦИТИЧНИМ СИНДРОМ НА ТЛІ ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ

Кошиль М.С.

Харківський національний медичний університет,
кафедра внутрішньої медицини №1, м. Харків
Науковий керівник: Молодан В.І.

Актуальність. Асцит - ускладнення цирозу, яке формується на тлі підвищення тиску в портальній вені, вторинного гіперальдостеронізму, гіпоальбумінемії, печінкового лімфостазу із-за утруднення відтоку крові по венах. Розвиток асциту - несприятлива прогностична ознака прогресії цирозу печінки(ЦП); він пов'язаний з 50% смертністю протягом двох років.

Мета. Визначити особливості перебігу набряково-асцитичного синдрому на тлі ЦП, та проаналізувати лікувальну тактику.

Клінічний випадок. Пацієнтка В., 47 років. Поступила до стаціонару зі скаргами на виражену загальну слабкість, швидку втомлюваність, важкість у правому підребер'ї, урчання у животі. Вважає себе хворою з 2005 року, коли було встановлено діагноз: Хронічний панкреатит, хронічний холецистит. Лікувалась амбулаторно. Впродовж останніх двох місяців скарги на тяжкість у животі, чергування закрепів і діареї, збільшення об'єму живота. Було зроблено КТ органів черевної порожнини, органів грудної клітки, органів малого тазу - КТ-ознаки ЦП, портальної гіпертензії з формуванням тромбозу селезінкової вени, асциту, помірної лімфаденопатії воріт печінки, кількісної заочеревинної та мезентеральної лімфаденопатії, жовчо-кам'яна хвороба. Маркери вірусного гепатиту С (Ig G core, core NS3, core NS4) позитивні. Оперативний анамнез: кесарів розтин 15 років тому. Об'єктивно: стан середньої тяжкості, шкірні покриви бліді, з жовтушним відтінком. Легенева та серцево-судинна система без особливостей. ЧСС - 78/хв, АТ-112/78 мм.рт.ст. Живіт збільшений за рахунок асциту, м'який, безболісний. Печінка не виступає з-під краю реберної дуги. Пастозність гомілок і стоп. Лабораторні дослідження (2-7-15й день госпіталізації): клінічний аналіз крові: -ер.-2,45-2,38-2,4*10⁹/л,

Нв-96-96-94 г/л, лейкоц.-3,3-3,1-3,1*10¹²/л, тр.-104-80,9-52,8*10⁹ /л, ШОЕ - 55-50-55 мм/год; б/х аналіз крові-АСТ-63-37-51 О/л, АЛТ-32-20-23 О/л, тимолова проба-7,8-0,8-8,7 одSH, біл. заг.-66,5-70,2-59,6 мкмоль/л, білірубін прямий-25,8-22,0-24,8 мкмоль/л, білірубін непрямий -40,7-48,2-34,8 мкмоль/л, СРБ-24-6-12 мг/л, протромб. час-17,9-22,2-20,1 сек, активність протромбіну по Квіку-45-33-38%, МНЧ-1,36-1,73-1,55,заг.білок-85-75-87 г/л, альбуміни-27,1-23,6-13,8%,гама-глобулін-47,3-47,1-58,5%,А/Г-0,37-0,31-0,16. Виявлено

позитивний LC-1 IgG, пограничний SLA-LP IgG, ANA 1:320. Відеоезофагогастроуденоскопія: Варикозне розширення вен стравоходу 2 ст. Ехосонографія органів черевної порожнини: за класифікацією NAS стадії стеатозу S-0, фіброз за шкалою METAVIR F-4, асцит, спленомегалія, ехознаки портальної гіпертензії, хронічного панкреатиту, хронічного холециститу. Діагноз: Вірусний цироз печінки в результаті гепатиту С з помірною активністю, клас В-С за Чайлд-Пью. S-0, F-4. Варикозне розширення вен стравоходу 2 ст. набряково-асцитичний синдром. Хронічний калькульозний холецистит. Хронічний вторинний панкреатит. Лікування: дієта №2, ліжковий режим, таллітон (карведілол) 12,5 мг 1 р/д, діурор (торасемід) 10 мг 1 р/д(20 мг з 10го дня), спіронолактон 25 мг 2 т. 1 р/д(4 т. з 7го дня), урсофальк (урсодезоксохолієва кислота) 750 мг, дуфалак (лактолоза) 20 мл 1 р/д, ларнамін (L - орнітина - L – аспартат) 1 амп. доза +фіз.р-н 200,0 в/в кр., реосорбілакт 200,0 в/в кр., трисоль 200,0 в/в кр., гепаризин 2 амп.+фіз.р-н 200,0 в/в кр, креон-25 тис, гептрал 100,0 в/в стр, нольпаза 20 мг, амінол 200,0 в/в кр.

Висновки. Комбінована терапія спіронолактоном і торасемідом скорочує час відповіді на терапію діуретиками. Найвагомими ускладненнями діуретичної терапії є електролітні порушення та гепаторенальний синдром, тому необхідно контролювати електроліти крові і креатинін. В лікуванні енцефалопатії провідним є знешкодження аміаку, для цього найбільш ефективним є застосування L-орнітину-аспартату, можливе використання лактулози.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛІТУ

Макаренко Н.І.

Харківський національний університет,

Кафедра внутрішньої медицини №1, м.Харків

Науковий керівник: Молодан В.І.

Актуальність. У грудні 2019 року світ пізнав нову інфекційну хворобу COVID-19, що перетворилася у пандемію та надзвичайну глобальну проблему. Приблизно 131 мільйонів людей захворіло на інфекцію, з них майже 3 мільйони летальних випадків. В Україні, на початок квітня 2021 року, захворіло 1711630, з них фатальних випадків - 33679. На жаль, терапія гострого періоду COVID-19 не є останньою проблемою, вплив вірусу на організм призводить до виникнення постковідного синдрому. Пост-COVID-19 синдром - мультисистемне захворювання, ознаки і симптоми якого зберігаються (в період або після інфекції) більше 12 тижнів та не мають альтернативного діагнозу. Основні причини виникнення синдрому: запальні та імунні реакції, спричинені SARS-CoV-2; наявність супутніх захворювань; стійка віремія через слабкість відповіді антитіл, рецидивів та повторного зараження; «агресивна» терапія гострого періоду антибактеріальними, гормональними, протівірусними препаратами. Антибіотикоасоційована діарея визначається як не пов'язана з іншими причинами діарея (не менше 3 епізодів неоформленого стільця протягом 2-х днів поспіль), що виникла на фоні прийому антибіотиків або протягом 8 тижнів після закінчення їх прийому. Причина у 10-20% - *C. difficile*, що маніфестує діареєю різної вираженості. Необхідно зазначити, що коліт, зумовлений *C. difficile*, має різні клінічні варіанти перебігу – від неускладненої діареї до псевдомембранозного коліту і токсичного мегаколону. Легка форма характеризується абдомінальними болями, діареєю до 4-х разів на добу, але в лабораторних аналізах змін не простежується і симптоми зникають після усунення причини (антибіотикотерапія). Важка форма маніфестує по типу системного процесу з лихоманкою, інтоксикацією, абдомінальними болями, діареєю до 20 разів на

добу, ознаками дегідратації, в лабораторних аналізах визначається анемія, лейкоцитоз, прискорене ШОЕ, гіпоальбумінемія, азотемія. Псевдомембранозний коліт є одним із найважчих ускладнень антибіотикотерапії і вважається причиною смерті 1–2% хворих, за відсутності лікування летальність становить 15–30%, а при фульмінантних та ускладнених формах перебігу захворювання сягає навіть 40–60%. Найголовніший фактор ризику псевдомембранозного коліту - терапія цефалоспоринами, фторхінолонами, кліндаміцином, макролідами, пеніцилінами.

Мета. Опрацювання клінічного випадку псевдомембранозного коліту.

Клінічний випадок. До клініки звернулася хвора Л. 76 років, що скаржитися на втрату ваги (зі слів - 10 кг), діарею до 10 епізодів на добу, спазматичні болі в нижніх квадрантах живота. Симптоми розпочалися після перенесеного COVID-19 (двустороння пневмонія), з приводу якого лікувалася у стаціонарі та приймала антибактеріальні препарати: кларитроміцин 500, азитроміцин 500, цефтріаксон 1,0. Об'єктивно АТ - 90/60 мм.рт.ст., ЧСС - 80/хв, t = 38°C. При пальпації - живіт болісний у нижніх квадрантах живота, онкотичні набряки кінцівок. У клінічному аналізі крові - анемія, лейкоцитоз, підвищене ШОЕ. У біохімічному профілі - зниження рівня альбуміну, підвищення В-ліпопротеїдів. Аналіз на токсин A/B *C. Difficile* - 8,25 (позитивний результат). Для проведення диференційної діагностики пацієнтці була рекомендована КТ-діагностика: КТ-картина панколіта, асцит, двусторонній пневмоторакс, залишкові зміни перенесеної двусторонньої пневмонії. Також була проведена колоноскопія з біопсією, яка підтвердила діагноз- псевдомембранозний коліт. Для лікування було використаний метронідазол 500 мг х 3 рази на добу - 14 днів, ентеросорбенти. Після терапії спостерігалася позитивна динаміка.

Висновки. *Clostridium difficile* коліт – це потенційно тяжке ускладнення антибіотикотерапії, особливо під час COVID-19 пандемії. Дотримання сучасних діагностично-лікувальних підходів необхідне для своєчасного виявлення цього ускладнення та запобігання розвитку тяжких форм псевдомембранозного коліту.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ГЕМАТОЛОГІЇ

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК НАБУТОЇ КОАГУЛОПАТІЇ З ДЕФІЦИТОМ ІХ ФАКТОРА ЗГОРТАННЯ КРОВІ

Касьянова А. С.

Харківський національний медичний університет,
кафедра внутрішньої медицини №1, м.Харків, Україна

Актуальність. До теперішнього часу хвороби крові є серйозною проблемою медичної практики. Самою важливою складовою надання допомоги при хворобах крові і кровотечах є своєчасна діагностики захворювання та зупинка кровотечі. Адекватна діагностика дозволяє виділити клінічні та лабораторні параметри, що мають прогностичне значення, і на цій основі обрати оптимальний варіант лікування.

Клінічний випадок. Пацієнтка А., 1958 року народження. Перенесла Covid-19 інфекцію (клінічно) з 01.04.21 по 15.04.21. Виписана у стані середнього ступеню важкості з різко зниженою толерантністю до фіз навантаження. З 17.06.21 по 23.06.21 знаходилась на лікуванні в ЛОР-лікарні з приводу гемангіоми гортані, постковідного синдрому Ковідасоційованою коагулопатією. Переведена в гематологічне відділення для подальшого лікування. Встановлено вторинну коагулопатію. Виписана з покращенням. Відмічено повторну появу гематом на тілі, біль в правій нижній кінцівці. Звернулась до гематолога, дані рекомендації. 15.12.21 відмічено гематурію. 16.12.21 звернулась до уролога — проведено обстеження. Дані рекомендації: левофлоксацин, свічки інфламін, сельвірен, нефрофіт. Стан без покращення. 18.12.21 викликано ШМД, доставлено в онкцун — даних за урологічну патологію не виявлено. Доставлена в приймальне відділення. Госпіталізована в терапевтичне відділення для лікування. Об'єктивний стан при шпиталізації:

загальний стан середньоважкий - важкий. Конституція: гіперстенік. Положення: звичайне. Свідомість: ясна. Вкрай негативне, агресивне відношення медичного персоналу. Шкірні покриви бліді з гематомами розповсюдженими на медіальній поверхні верхніх кінцівок, більше бокових та передній поверхні тулуба, задній поверхні нижніх кінцівках, більше в ділянці колінного суглоба. Хвороба обстежена: клінічний аналіз крові: Ер. = $2.52 \times 10^{12}/л$; Нь = 73г/л; Лейк. = $16.3 \times 10^9/л$; ШОЕ – 34 мм/г; п/я = 5%; с/я = 69%; еоз. = 1%; лімф. = 15%; мон. = 10%, тромбоц — $254 \times 10^9/л$. Біохімічний аналіз крові :Глюкоза крові-6.5 ммоль/л; АСТ – 25 Од/л; АЛТ – 20 Од/л; заг білок — 39 г/л; альбумін — 35 г/л; білірубін заг-пр-непр — 31.7-8.0-23.7; Креатинін =114.7 мкмоль/л; сечовина – 10.4 ммоль/л; натрій — 113 ммоль/л, калій — 3.2 ммоль/л, кальцій — 2.28 ммоль/л. Коагулограма: протромб час — 55.7 сек, протромб індекс — 24%, МНВ — 4.97, Протромб за Квіком — 14%, АЧТЧ — 121.8, фібриноген — 4.28 г/л, тромбін час — 8.9 сек. Прокальцитонін (23.12.21) — 0. (N- 0.01 нг/мл), HBS Ag - негативний, HCV (20.12.21) негативний. Клінічний аналіз сечі: Колір – бурий; Прозорість – мутна; рН – 5.5; ВК — 1.019; Білок – 0.23 г/л, Глюкоза – ні; Слиз – багато; Кетон.тіла – «ні»; Лейк. – 5-6 в п/з; Ер. – 2/3 п/з; Епітелій поліморф. – містами; плоский – ні; Цил. –ні; солі – сечової к-та. Фактори згортання крові - фактор II – 101%, фактор IX – 5%, фактор VIII – 128%. СІТО TEST до SARS-CoV-2 - негативний. ЕКГ – синусова тахікардія. Помірні зміни. ЧСС — 95/хв. Рентгенографія ОГК - Застій в м.к.к., аортокардіосклероз. УЗД м'яких тканин правого стегна - підшкірна гематома. Скупчення крові немає. УЗД правого стегна (21.12.21) В порівнянні з даними від 18.12.21 негативна динаміка. Набряк, збільшилась кількість крові в тканинах. Консультація гематолога (28.12.21) Набула коагулопатія з дефіцитом 9 фактора згортання крові. Дані рекомендації: консультація в інституті патології крові. Спостереження гематолога, сімейного лікаря. З профілактичною метою вводити 9 фактор крові 2 рази на тиждень 500 МО. Встановлено діагноз: Основне захворювання: Набула коагулопатія з дефіцитом 9 фактора згортання крові. Вторинна анемія

середнього ступеня важкості. Супутні захворювання: Гіпертонічна хвороба І ст., 2 ст, СН ПА зі збереженою ФВ ЛШ 59% від 29.12.21). Проведена терапія: Переливання еритроцитарної маси 18.12.21 (2 дози по 353 мл), 21.12.21, 22.12.21, 24.12.21; переливання свіжозамороженої плазми 18.12.21, 21.12.21 (2 дози по 250мл), 22.12.21 (2 дози по 250мл); переливання кріопреципітату 24.12.21 (4 дози по 35 мл); Циклокапрон (транексамова к-та) 5 мл в/в стр 3р/д: 7:00, 15:00, 23:00 - 5 днів, Вікасол (менадіону натрію бісульфіту) 1% 1 мл 3р/д: 7:00, 15:00, 23:00 - 7 днів, Ципрофлоксацин 500 мг 2р/д per os - 5 днів, Детралекс 1000 мг, 1т р/д в обід, Гекодез (гідроксіетилкрохмаль) 200 мл в/в крап - 7 днів, Реополіглюкін (декстран 40, натрію хлорид) 200 мл в/в крап - 2 дні, Р-н Рінгера (натрію хлорид; калію хлорид; кальцію хлориду дигідрат) 400 мл в/в крап - 2 дні, Омепразол 40 мг 1 т 2р/д, Промивання сечового міхура амінокапроновою кислотою 8 днів, Троксевазин (троксерутин) 2 р/д на праве стегно. Динаміка перебігу: На фоні проведеної терапії покращення стану: загальна слабкість менше, гематома правого стегна ув'ядаюча, м'яка; головокружіння, гематурію не відмічає.

Висновок. Отже в основну роль в наданні невідкладної медичної допомоги при коагулопатії відіграє зупинка кровотечі, відновлення ОЦК. Однак наявність порушень з боку системи гемостазу не завжди дозволяє провести ефективну корекцію цього стану стандартною терапією, що вимагає застосування препаратів факторів згортання крові для досягнення ефективного контролю над кровотечею.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КОМОРБІДНИХ СТАНІВ

PECULIARITIES OF POLYNEUROPATHY IN LONG COVID PATIENTS ON THE BACKGROUND OF T2DM

Fedotova M.M., Fedotov V.V., Rozhdestvenska A.O.

Introduction. The problem of Long COVID syndrome, which humanity has been living with for several years, significantly overloads the entire medical system, in particular for patients whose lives are burdened by type 2 diabetes mellitus (T2DM). Sensitivity changes, muscle weakness, and motor deficits are some of the most common complaints in the post-COVID period.

The aim of the study was to evaluate the manifestation of polyneuropathy syndrome and early neuromuscular disorders in patients with Long COVID on the background of type 2 diabetes mellitus.

Materials and method. 37 patients after a confirmed COVID-19 with T2DM (group I) and 20 T2DM patients (group II) with manifestations of osteochondrosis and polyneuropathy syndrome were examined. Patients were admitted to the Sytenko Institute of Spine and Joint Pathology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine for examination due to possible vertebrogenic nature of osteochondrosis and polyneuropathy disorders. Sensory, motor or sensorimotor polyneuropathy was determined using clinical, neurological examination and electromyography (M-response, H-reflex, the ratio of N/M and F-waves from the soleus muscle (SM) and the medial calf muscle (MCM)).

Results. Sensitive changes were manifested by a burning sensation in the distal extremities and decreased muscle strength in extensors (28.1%) and foot flexors (21.1%), weakness of the long extensor thumb and quadriceps femoris - in 14.0% of patients, triceps in 14.0% of cases; 38.6% of patients had a polyneuropathy type

of sensitivity in the legs and 36.8% in the hands. The vertebrogenic nature of the complaints was ruled out by additional MRI examination. After the disease, the incidence of paresis increased from 25.0% to 75.7% in patients of the first group. Objectively sensitive violations have almost doubled from 24.3%. Electromyographic manifestations of polyneuropathy were in patients with objective neurological deficits. In patients of group I the Nmax/Mmax ratio was significantly less: for SM $24 \pm 5.31\%$ and $34.7 \pm 2.33\%$, respectively ($p < 0.001$). In MLM, this indicator ranged between $14 \pm 1.12\%$ and $23.7 \pm 2.38\%$, respectively ($p < 0.05$). The amplitude of the H-reflex in SM amounting to 1.67 ± 0.42 mV, MCM - 0.63 ± 0.05 mV ($p < 0.001$). In patients with paresis in group II, the rate of reflex excitability of motoneurons was reduced, although to a lesser extent than in patients of group I. Nmax / Mmax ratio for SM it was $54.34 \pm 3.56\%$, for MCM - $15.57 \pm 0.89\%$.

Conclusions. Increase in sensitive changes in the extremities and the emergence or increase in motor deficit in patients after COVID-19 with T2DM was determined. The possibilities of electromyography to detect changes in neuromuscular transmission in patients with type 2 diabetes mellitus should be used to predict the risk of neurological complications of COVID-19.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ НА ТЛІ ХРОНІЧНОЇ НИРКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Бабченко Є.О., Тверезовська І.І.

Харківський національний медичний університет

Кафедра внутрішньої медицини №1, м. Харків, Україна

Науковий керівник: к.м.н., доц. Молодан В. І.

Актуальність. В останні роки відзначається різке зростання числа хворих, які страждають на хронічну ниркову недостатність (ХНН). Проблема ХНН з медичної, соціальної та організаційної точок зору обумовлена високою летальністю, інвалідизацією та складністю технічного забезпечення сучасними методами лікування цієї патології.

Мета. Проаналізувати тактику лікування хворого із стійкою артеріальною гіпертензією на тлі хронічної ниркової недостатності.

Клінічний випадок. Хворий В., 65 років, знаходився на лікування у ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України» зі скаргами на періодичний за грудинний біль, загальну слабкість, нездужання. Із анамнезу захворювання відомо, що 03.12.21 вночі раптово відчув пекучий біль за грудиною. Останнім часом відмічав часті напади стенокардії, які усувались прийомом нітрогліцерину. Після виявлених змін на ЕКГ, був доставлений бригадою швидкої медичної допомоги до ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева НАМН України», де було проведено стентування. З 08.12.21 подальше спостереження та лікування пацієнта проводилось у НІТ. Хворіє також на цукровий діабет та гіпертонічну хворобу. Об'єктивно: стан середньої тяжкості, шкірні покриви бліді, чисті, помірної вологості. Температура тіла – 36,5°C. Над легень перкуторно ясний легеневий звук, аускультативно жорстке дихання, хрипів немає. Частота дихальних рухів – 16/хв, SpO₂=97%. Тони серця приглушені, діяльність ритмічна. АТ – 180/100 мм. рт. ст. на обох руках. Ps – 73уд/хв, Живіт при пальпації м'який, безболісний. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Стілець, діурез – без особливостей. Периферичних набряків немає. Проведені лабораторні тести. Загальний аналіз крові: Hb – 138 г/л, еритроцити – $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити – 9×10^9 /л: паличкоядерні – 9%, сегментоядерні – 61%, еозинофіли – 1%, лімфоцити – 23%, моноцити – 6%. Біохімічний аналіз крові: загальний білок – 60 г/л, глюкоза – 8,5 ммоль/л, загальний білірубін – 8,8 мкмоль/л, прямий білірубін – 3 мкмоль/л, аланінамінотрансфераза – 61,4 Од/л, аспартатамінотрансфераза – 22,6 Од/л, лужна фосфотаза – 119 Од/л, холестерин 4,7 ммоль/л, ліпопротеїди низької щільності – 1,1 ммоль/л, ліпопротеїди високої щільності – 0,8 ммоль/л, тригліцериди – 1,40 ммоль/л, креатинін – 347 мкмоль/л, сечовина – 23,5 ммоль/л. Швидкість клубочкової фільтрації за СКД-ЕРІ= 15,477 мл/хв/1,73м². Коагулограма: час згортання крові за Лі-Уайтом = >60 хв., протромбіновий індекс – 81,7%, концентрація

фібриногену – 2,7 г/л. Інструментальні дослідження: *ЕКГ*: Синусовий ритм, ЧСС-64/хв. Часта надшлуночкова екстрасистолія по типу тригемінії. Гіпертрофія міокарду лівого шлуночка із ознаками перевантаження. Подальша еволюція Q- негативного передньо-верхівково-бічного інфаркту міокарда. УЗД внутрішніх органів: Гепатомегалія. Ознаки стеатогепатозу. Ознаки хронічного калькульозного холециститу. Ознаки хронічного лівобічного піелонефриту. Ознаки мікролітів в нирках. КТ органів черевної порожнини і малого тазу: Гепатомегалія. Дифузні зміни паренхіми печінки (жирова дистрофія). Кісти печінки. Жовчно-кам'яна хвороба (конкременти жовчного міхура). Гіперплазія наднирників. Кісти наднирників. Доліхосигма. На основі даних об'єктивного обстеження і діагностики був встановлений діагноз: ІХС. Гострий (03.12.21) передній інфаркт міокарду з елевацією ST. Стенозуючий коронаросклероз (коронарографія від 03.12.21). Стентування 2 стентами (03.12.21). Легенева гіпертензія. Гідроперикард. Гіпертонічна хвороба III ст., 3 ст., дуже високий ризик. СН 2А ст.. Цукровий діабет 2 тип, важка форма. ХХН 4 ст. Діабетична нефропатія. Призначено лікування: Метформін 500 мг по 1 таблетці (табл.) вранці і ввечері, Ацетілсаліцилова кислота («Аспірин-кардіо») 100 мг по 1 табл. ввечері, Небіволол 2,5мг 1т. вранці, Еплеренон («Еплепрес») 25 мг по 1 табл. вранці, Аторвастатин («Лівостор») 80мг по 1 табл. ввечері, комбінація Амлодіпіну та Валсартану («Валодіп») 5/160 мг по 1 табл.×2 рази на добу, Торасемід («Діутор») 10 мг по 1 таблетці вранці, Прасугрель («Саграда») 10 мг по 1 табл. Вранці, Леспефрил 250 мг×3 рази на день, Доксазозин 4мг по 1/2 табл. вранці та ввечері. На тлі призначеної терапії стан пацієнта дещо покращився, зник біль за грудиною, вдалося досягти зменшення цифр артеріального тиску та амплітуди його коливань, однак рівень АТ зберігається підвищеним із показниками не менше 160/100 мм рт. ст. Зважаючи на погану відповідь на комбіновану антигіпертензивну терапію із застосуванням блокаторів кальцієвих каналів, антагоністів рецепторів ангіотензину-II, петльових діуретиків, блокаторів α-адренорецепторів,

враховуючи наявність важких супутніх патологій, пацієнту була рекомендована замісна ниркова терапія.

Висновки. При наявності у пацієнта діагнозу ХНН, дозування препаратів необхідно робити з акцентом на фільтраційну функцію нирок. Проведення антигіпертензивної терапії у хворого свідчить, що при значному погіршенні стану нирок(ШКФ 13 мл/м²) медикаментозна корекція АТ є недостатньо ефективною. Тому пересадка нирки, замісна діалізна терапія у поєднанні з призначеним лікуванням може бути варіантом вибору у даного пацієнта.

УСКЛАДНЕННЯ ІНФАРКТУ МІОКАРДУ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОЇ КОРОНАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ

Генералова М.Ю.

Харківський національний медичний університет,

кафедра внутрішньої медицини №1, м. Харків

Науковий керівник: Молодан В.І.

Актуальність. У пацієнтів з обтяженим анамнезом, інфікування вірусом SARS COV-2 викликає численні ускладнення. Інфекція викликає формування тромбів, що є особливо небезпечним для пацієнтів зі встановленими стент-системами, що призводить до їх тромбозу і розвитку інфаркту міокарда. Часто молодий вік хворих не вберігає їх від ускладнень інфаркту, розвивається серцева недостатність, серцева астма, формуються постінфарктні аневризми.

Мета. Дослідити ускладнення інфаркту міокарда після перенесеного ковіду на прикладі клінічного випадку.

Клінічний випадок. Хворий А. Вік – 55 років, надійшов 01.12.21 у відділення інтенсивної терапії НІТ ім. Л.Т. Малої зі скаргами на відчуття нестачі повітря при мінімальних фізичних навантаженнях та у горизонтальному положенні, набряки нижніх кінцівок. Вважає себе хворим з 1995р., коли стали відзначатися часті головні болі. У 1997р. було зафіксовано підвищення АТ (макс. 220/140 мм.рт.ст). Погіршення з січня 2005р., коли стали турбувати

головні болі, болі в суглобах, задишка при помірному фізичному навантаженні. Проїшов курс лікування у ревматологічному відділенні з діагнозом: ГХ, падагра. У 2011р. встановлено цукровий діабет 2 типу. В 2012р. проведена КГ, стентування ПКА. З 2018р. – синдром діабетичної стопи, у 2019 році – ампутація IV, V пальців правої стопи. З 2020р. пароксизми ФП. У лютому 2021р. переніс ковід. 12.05.21 проведена ургентна КГ, встановлено оклюзію стенту ПКА. Проведено рестентування ПКА елютінг-стентом. Виписаний з незначним покращенням. 01.12.21 був госпіталізований до відділення інтенсивної терапії НІТ ім. Л.Т. Малої. Об'єктивно стан середньої тяжкості. Свідомість ясна, положення з піднятим узголів'ям. Дихання білатерально ослаблене, в нижніх відділах вислуховується крепітація. Тони серця глухі, аритмічні. АТ 130/80 мм.рт.ст. Пульс 90 уд/хв. Живіт збільшений. Виражені набряки н/к, трофічні зміни. Результати досліджень: білірубін загальний – 42,2 мкмоль/л, непрямий – 33,3 мкмоль/л, сечовина – 14,6 ммоль/л, креатинін – 246 мкмоль/л, сечова кислота – 499 мкмоль/л; ЕКГ – фібриляція передсердь, тахісistolічна форма, блокада ЛНПГ, рубцеві зміни передньо-верхівково-бокової стінок лівого шлуночка; УЗД серця – хронічна постінфарктна аневризма перетинково-верхівкового сегмента лівого шлуночка, порожнини серця розширені, скоротлива функція міокарда знижена, ФВ 34%, вільна рідина у плевральних синусах; УЗД органів черевної порожнини – вільна рідина в черевній порожнині. Був встановлений заключний діагноз: ІХС. Стабільна стенокардія III ФК. Постінфарктний (12.05.21) кардіосклероз. Стенозуючий коронаросклероз. Стентування ПКА (2012). Повторне стентування (12.05.21). Фібриляція передсердь, тахісistolічний варіант. СНА2DS2-VASc – 4 б., HAS-BLED - 3 б. Гіпертонічна хвороба III ст, 3 ст., ризик 4. СН IIб ст. зі зниженою ФВ ЛШ (34%). Ускладнення: Рецидивуюча серцева астма. Асцит. Супутній діагноз: Цукровий діабет 2 типу, середньої тяжкості в ст.субкомпенсації. Діабетична мікро- макроангіопатія. Синдром діабетичної стопи, змішана форма, остеомієліт обох стоп. Падагра. Ожиріння III. ХХН III. Діабетична нефропатія. Було проведено лікування: фуросемід 60

мг, гептрал 1000 мг 1 р/д, омепразол 40 мг, магнікор 75 мг, аторіс 20 мг, таллітон 12,5 мг 2 р/д, юперіо 50 мг 2 р/д, діутор 10 мг, ксарелто 15 мг, мальтофер 100 мг, лібера 200 мг 3 р/д, джардінс 10 мг, дигоксин 0,125 мг. На фоні проведеного лікування стан хворого покращився. Збільшилась толерантність до фізичного навантаження, набряки нижніх кінцівок зникли, зберігається незначний асцит.

Висновки. Інфаркт міокарду має численні ускладнення, ризик їх розвитку у хворих із перенесеною коронавірусною хворобою значно підвищується. Незважаючи на звернення пацієнта вже у важкому стані, складну коморбідність, саме правильний вибір терапії покращив стан пацієнта та прогноз для його життя.

МОЖЛИВОСТІ СУЧАСНИХ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ В ЛІКУВАННІ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ПАЦІЄНТІВ З СУПУТНЬОЮ ХРОНІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Іванченко К.М., Рождественська А.О.

Харківський національний медичний університет

Кафедра внутрішньої медицини №1, м.Харків, Україна

Актуальність. Останнім часом після перенесеної інфекції COVID-19 у пацієнтів нерідко розвиваються бактеріальні пневмонії, що потребують антибіотикотерапії. Емпіричне призначення антибактеріальних засобів у такому випадку не завжди є коректним через ймовірну нечутливість збудників пневмонії до обраних препаратів і, відповідно, відсутність клінічного ефекту лікування та підвищення ризику розвитку антибіотикорезистентної мікрофлори. Також нерідко трапляються випадки, коли наявний алергологічний анамнез та супутні хронічні захворювання ускладнюють вибір антибактеріальних засобів, такі пацієнти потребують особливої уваги до вибору схеми антибіотикотерапії.

Мета. Оцінити можливості сучасної антибактеріальної терапії у лікуванні негоспітальної пневмонії як ускладнення коронавірусної хвороби на тлі гіпертонічної хвороби та цукрового діабету 2 типу.

Клінічний випадок. Пацієнтка К., 52 роки, надійшла до ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої» НАМН України 22.11.2021 р. зі скаргами на задуху при незначному фізичному навантаженні, ортопноє у нічний час, загальну слабкість. Анамнез хвороби: Захворіла гостро з 05.11.2021 р., коли з'явилися скарги на підвищення температури до 39,5°C, загальну слабкість. Самостійно звернулася до лабораторії, результати ПЛР тесту (PHK SARS-CoV-2) виявилися позитивними. Лікувалася самостійно, з позитивною динамікою, 10.11.2021 р. відзначила відсутність симптомів захворювання. Однак 20.11.2021 р. звернулася до сімейного лікаря зі скаргами на погіршення самопочуття, після чого за направленням була госпіталізована до ДУ «НІТ ім. Л.Т. Малої» НАМНУ. Анамнез життя: страждає на гіпертонічну хворобу (ГХ) упродовж багатьох років, артеріальний тиск (АТ) макс. 260/140 мм рт.ст., адаптована до 160/90 мм рт.ст. Постійно приймає гіпотензивну терапію. Відмічає алергічну реакцію на пеніциліни. Об'єктивно: стан тяжкий, свідомість ясна. Шкірні покриви бліді. У легенях послаблене дихання, більше у нижніх відділах, білатерально. Тони серця приглушені, ритмічні. АТ 215/125 мм рт.ст. Пульс 90 уд/хв. Пастозність стоп та гомілок. ПЛР тест (PHK SARS-CoV-2) негативний. Повний діагноз: Негоспітальна двобічна пневмонія III кл. гр. ЛН II ст. Двобічний гідроторакс. Гідроперикард. Гіпертонічна хвороба III ст, 3 ст. Гіпертензивне серце. Ризик 4 (дуже високий). СН III ст. зі зниженою ФВ ЛШ (44%). Цукровий діабет 2 тип, інсулінозалежний, важка форма. ХХН III ст., діабетична нефропатія. Синдром діабетичної полінейропатії. Проведено лікування: левофлоксацин в/в крап 1 р/д, лінезолід («Лінезолідин») 2 мг/мл 600 мг в/в крапл. 2 р/д, фуросемід 60 мг 1 р/д, еналоприл («Еналозид Моно») 10 мг 1 р/д, еноксапарин («Фленокс») 80 мг 1 р/д, індапамід («Іпамід») 25 мг 1 р/д, амлодипін («Аладін») 10 мг 1 р/д, івабрадін («Кораксан») 5 мг 1 р/д, торасемід («Діутор») 10 мг 1 р/д, калію хлорид («Кальдіум») 2 табл. 3 р/д, «Кетостеріл»

2 мг 1 р/д, «Ентерожерміна форте» 1 табл. 1 р/д, інсулін людський («Актрапід») 8 ОД 3 р/д, інсулін людський («Протофан») 8 ОД 2 р/д, омепразол 40 мг, інгаляції кисню 5л/хв. Звертає на себе увагу вибір антибактеріальних препаратів. Спершу пульмонологом на підставі ознак бактеріальної інфекції в клінічному аналізі крові та результатів рентгенографії органів грудної клітки (Ro ОГК) 23.11.2021 р. було поставлено діагноз: Позалікарняна двобічна пневмонія III кл.гр., ЛН II ст., та з урахуванням алергічної реакції на пеніциліни в анамнезі призначено левофлоксацин 0,5% 150 мл в/в крапл., взятий аналіз мокротиння для бактеріального дослідження з виявленням чутливості до антибіотиків. Під час повторного Ro ОГК 28.11.2021 р. були виявлені ознаки гідротораксу: рівень рідини сягав справа до 7 ребра, зліва до 8 ребра. Динаміка перебігу захворювання на фоні прийому левофлоксацину була негативною, що давало підставу думати про відсутність очікуваного ефекту від монотерапії препаратом групи фторхінолонів. Результати антибіотикограми: виявлений *Streptococcus pneumoniae*; підтверджена чутливість до амоксициліну, азитроміцину, ванкоміцину, лінезоліду. Враховуючи наявність обтяженого алергічного анамнезу, тяжкість стану хворої (ЧД 21/хв, блідість шкірних покривів, набряки гомілок та ознаки гідротораксу, супутні хронічні захворювання (ГХ, ЦД) та неефективну спробу емпіричного лікування левофлоксацином, визначено необхідність застосування антибактеріального препарату, ефективного в лікуванні тяжких інфекційних захворювань, викликаних грампозитивними бактеріями, стійкими до інших антибіотиків. Вибір припав на лінезолід з групи оксазолідинонів з урахуванням вищеперерахованих якостей та 100% біодоступності, а також наявності діабетичної нефропатії та хронічної хвороби нирок у пацієнтки: препарат не проявляє нефротоксичної дії. Таким чином, левофлоксацин було відмінено, а до лікування було додано 600 мг лінезоліду («Лінезолідин») 2 мг/мл 600 мг в/в крапл. 2 р/д. 02.12.2021 р. на Ro ОГК: зменшення рівня рідини справа до 9 ребра, зліва чистий синус, позитивна динаміка пневмонії. Пацієнтку було виписано 05.12.2021 р. з покращенням

стану для подальшого амбулаторного лікування під наглядом сімейного лікаря, також рекомендована Ro ОГК через 1 місяць.

Висновок. Таким чином, підбір антибактеріальних засобів для лікування негоспітальної бактеріальної пневмонії як ускладнення коронавірусної хвороби є складним завданням, що потребує комплексного підходу для його вирішення. Емпіричне призначення антибіотиків не завжди може забезпечити бажаний клінічний ефект через розвиток резистентності, тому важливим є бактеріологічне дослідження мокротиння з визначенням чутливості до антибактеріальних засобів. Правильно підібрані сучасні антибіотики з групи оксазолідинонів проявляють високу ефективність в лікуванні пневмоній з тяжким перебігом, оскільки проявляють максимальний терапевтичний ефект, а відсутність нефротоксичного ефекту дозволяє використовувати їх у пацієнтів з патологією нирок.

ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА З ЦИРОЗОМ ПЕЧІНКИ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Кісіль К.А. , Молодан В.І.

Харківський національний медичний університет,
Кафедра внутрішньої медицини №1, м.Харків

Актуальність. Однією із проблем сучасної медицини є розробка ефективних лікувальних стратегій ведення пацієнтів із поліморбідними станами. Важливим є підбір оптимальної медикаментозної терапії, яка б враховувала різні патологічні стани пацієнта. Що стосується нашого хворого у якого має місце цироз печінки та цукровий діабет то цікавим може буди використання альфа-ліпоевої кислоти, яка є одночасно гепатопротектором і препаратом, що використовується при діабетичній полінейропатії.

Мета. Проаналізувати ефективність застосування альфа-ліпоевої кислоти у хворого на цироз печінки із супутнім цукровим діабетом 2 типу(ЦД-2).

Клінічний випадок. Хворий, 54 роки, надійшов до гастроентерологічного стаціонару у зв'язку із погіршенням стану печінки. Під час огляду скаржиться на сухість у роті, задишку при фізичному навантаженні, болі, що давлять за грудиною при помірному фізичному навантаженні або після психоемоційної напруги. З анамнезу: 2017 встановлено діагноз хронічний вірусний гепатит з переходом у цироз печінки. Гіпертонічна хвороба близько 8 років, регулярно терапію не отримує. Цукровий діабет 2 типу – 6 місяців приймає діаформін 500 мг 2 рази на добу. Результати досліджень: 1) Клінічний аналіз крові: ер.- $5,2 \cdot 10^{12}/л$, Нв-155г/л, лейкоц.- $6,1 \cdot 10^9/л$, п/я-5%,с/я-58%,л-39%, м-8,4%, тромбоцити-141/л,ШОе – 18мм/год 2) Біохімічний аналіз крові: глюкоза-8,44ммоль/л, АсАт-2780/л, АлАт-409 О/л, заг білірубін-27,0ммоль/л, непрямий-21,2ммоль/л, сечовина-4,3ммоль/л, креатинін-83ммоль/л, заг холестерин-4,4ммоль/л, ЛПНЩ-2,89ммоль/л, тригліц-1,68ммоль/л, ЛПВЩ-0,76ммоль/л, протромбінів час – 2,89ммоль/л, МНВ-1,18, фібриноген-2,88г/л, гама-глутамілтрансфераза-79,90/л. 3) ПЛР вірус гепатиту С – виявлено. 4) УЗД ОЧП: Дифузні зміни печінки зі збільшенням її розмірів по типу цирозу печінки. Ехо ознаки хронічного панкреатиту. Поодинокі мікроліти нирок. 5) УЗД серця: помірне розширення аорти. Фіброз стулок ортальної та мітрального клапанів. Дилатація усіх камер серця. Гіпертрофія міокарда лівого шлуночка. Дифузна гіпокінезія. Скоротлива функція серця знижена (ФВ 35%). Діастолічна дисфункція за типом порушення релаксації. Перикард: ознаки помірної кількості рідини. Згідно з результатами досліджень, був поставлений діагноз: Цироз печінки (у результаті хронічного вірусного гепатиту С та кардіальний) у стадії субкомпенсації (клас В по Чайлд-Пью). Портальна гіпертензія II ст.(гепатоспленомегалія, асцит) Жовчокам'яна хвороба III ст. ІХС. Атеросклеротичний кардіосклероз. Гіпертонічна хвороба II стадії, 2 ступеня. СН II-А ст. із зниженою фракцією викиду лівого шлуночка (35%), II ф.кл. за NYHA. Цукровий діабет 2 тип середнього ступеня тяжкості в стадії субкомпенсації. Проведено лікування: валсартан, карведілол, метформін цитіколін. З метою гепатопротекції та враховуючи розвиток ЦД-2

типу було призначено альфа-ліпоєву кислоту 600мг/добу в/в краплинно на протязі 7 днів. Стан пацієнта покращився: зменшилася слабкість, задишка, зникла тяжкість у правому підребер'ї, покращились показники функціональної активності печінки. Результати аналізів після проведеного лікування: біохімічний аналіз крові: АсАт-1200/л, АлАт-3120/л, гама-глутамілтранспептідаза-75,90/л, загальний білірубін-24,2ммоль/л, непрямий білірубін-19,2ммоль/л, сечовина-3,7ммоль/л, креатинін-80ммоль/л, загальний холестерин-4,4ммоль/л, ЛПНЩ-2,89ммоль/л, тригліц-1,68ммоль/л, ЛПВЩ-0,76ммоль/л, глюкоза-7,54ммоль/л, протромбіновий час – 2,89ммоль/л, МНВ-1,18, фібриноген-2,88г/л. Рекомендований подальший прийом лікарських засобів: валсартан, карведілол, метформін. Призначено продовжити альфа-ліпоєву кислоту 600 мг/ день (2 таблетки на добу) за 30-45 хвилин до їжі 3 місяці з подальшим контролем лабораторних показників. Результати досліджень після трьохмісячної комплексної терапії: АсАт-90 О/л, АлАт-220 О/л, гама-глутамілтранспептідаза-74 О/л, заг білірубін-21 ммоль/л, непрямий-19 ммоль/л, сечовина-3,6ммоль/л, креатинін-80ммоль/л, заг холестерин-3,8 ммоль/л, ЛПНЩ-2,7ммоль/л, тригліц-1,4 ммоль/л, ЛПВЩ-0,8ммоль/л, глюкоза-6,9 ммоль/л, протромбіновий час – 2,9ммоль/л, МНВ-1,18, фібриноген-2,7г/л. Для подальшого підтримання функціональної здатності печінки та досягнення компенсації цукрового діабету 2 типу необхідно продовжити прийом препаратів: вальсартан, карведілол, метформін, альфа-ліпоєва кислота 600 мг/ день (2 таблетки на день).

Висновки. В ході динамічного спостереження можемо дійти висновку, що використання альфа-ліпоєвої кислоти в комплексному лікуванні хворих на цироз печінки внаслідок Хронічного гепатиту С і супутнім ЦД 2 типу сприяло зменшенню синдрому цитолізу (зменшення рівню АсАТ, АлАТ в 1,5 рази) , нормалізації ліпідного (знизились рівні загального холестерину в 1,1 рази) та вуглеводного обмінів (зниження рівню глюкози до 6,9 ммоль/л), також спостерігався регрес клінічної симптоматики та покращилась функціональна спроможність печінки.

НЕГОСПІТАЛЬНА ПНЕВМОНІЯ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ:
ЕФЕКТИВНІСТЬ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ КОМОРБІДНОЇ
ПАТОЛОГІЇ У ПАЦІЄНТІВ МОЛОДОГО ВІКУ

Радюк М.З., Рождественська А.О.

Харківський національний медичний університет

Кафедра внутрішньої медицини №1 м. Харків, Україна

Актуальність. Питання ведення пацієнтів з пневмонією відноситься до числа найбільш актуальних – це захворювання займає одне з перших місць серед причин смертності. Захворюваність на пневмонію у європейських країнах становить 14 на 1000 населення, серед неспецифічних захворювань легень на її частку припадає до 40% випадків. Патологія характеризується вираженим патоморфозом – змінилася етіологія та симптоматика гострих пневмоній, погляди на деякі ключові питання діагностики та лікування захворювання. Серед хворих на пневмонії переважають чоловіки (55%), ризик розвитку запалення легень збільшується з віком, а найбільш висока летальність спостерігається серед осіб старше 55 років. Однак останнім часом поширеність захворювання підвищується серед осіб молодого віку, що стає важливою соціальною проблемою через економічні збитки, спричинені періодами тимчасової непрацездатності пацієнтів.

Мета: Дослідити ефективність сучасних схем лікування негоспітальної пневмонії на тлі цукрового діабету I типу у пацієнтів молодого віку в контексті відновлення їхньої працездатності.

Клінічний випадок. Пацієнтка Н., 34 років, 10.11.2021 р. надійшла до токсикологічного відділення КНП «МКБЛ № 17» зі скаргами на загальну слабкість, швидку втомлюваність, сухість у роті, нудоту, втрату апетиту, біль у попереку. Анамнез хвороби і життя: протягом останніх декількох днів з'явилися вищевказані скарги, у зв'язку з чим була направлена на стаціонарне лікування у КНП «МКБЛ № 17» сімейним лікарем. З 2006 р. – цукровий діабет I типу, у 2016 р. – кесарів розтин, 2013 р. – резекція V пальця лівої стопи, 2020 р. – артроскопія правого колінного суглобу, металоостеосинтез (МОС)

гвинтом, видалення металоконструкції. Туберкульоз, хворобу Боткіна, венеричні захворювання заперечує. Алергічний анамнез не обтяжений. У країнах, ендемічних з малярії, за останні 3 роки не перебувала. Об'єктивно на момент госпіталізації: Загальний стан тяжкий. Свідомість ясна. Шкірні покриви бліді, висипів немає. Нормостенік. Периферичні лімфовузли не збільшені. Кістково-м'язова система: пересувається на милицях, МОС гвинтом правого колінного суглоба. Грудна клітка звичайної конфігурації. Дихання: везикулярне з жорстким відтінком, хрипів немає. Серцева діяльність ритмічна, тони серця приглушені, АТ – 120/80 мм рт. ст., пульс – 78 уд/хв, ритмічний. Язик вологий, обкладений білим нальотом. Живіт збільшений за рахунок підшкірно-жирової клітковини, печінка збільшена – +2 см, селезінка не пальпується. Симптом Пастернацького позитивний зліва. Сечовипускання безболісне. набряків немає. Випорожнення – без особливостей. Додаткові методи дослідження: Загальний аналіз крові (10.11.21 р.): Нь – 94 г/л, ер. – $3,16 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоц. – $12,24 \cdot 10^9$ /л, п/я – 12%, с/я – 77%, л. – 8%, м. – 2%, еоз. – 0%, тромбоц. – $243 \cdot 10^9$ /л, ШОЕ – 60 мм/год; (26.11.21 р.): Нь – 78 г/л, ер. – $2,74 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоц. – $5,23 \cdot 10^9$ /л, п/я – 6%, с/я – 43%, л. – 34%, м. – 9%, еоз. – 8%, тромбоц. – $313 \cdot 10^9$ /л, ШОЕ – 39 мм/год. Біохімічний аналіз крові (10.11.21 р.): глюкоза натще – 6,5 ммоль/л, СРП – 178,3 мг/л, сечовина – 5,3 ммоль/л, креатинін – 332,7 мкмоль/л; (26.11.21 р.): СРП – 59 мг/л, сечовина – 23 ммоль/л, креатинін – 100,3 мкмоль/л. ПЛР COVID-19 (11.11.21 р.) – негативний. RW (10.11.21 р.) – негативний. Антитіла IgG SARS-CoV-2 (10.11.21 р.) – позитивний; антитіла IgM SARS-CoV-2 (10.11.21 р.) – негативний; RoОГК (11.11.21 р.) – лівобічна пневмонія. КТ ОГК (12.11.21 р.) – КТ-ознаки двобічної пневмонії з ураженням легень до 40-45% (типові ознаки COVID-19). ЕКГ – ритм синусовий, правильний, ЧСС 86 уд/хв. Діагноз: Негоспітальна полісегментарна лівобічна пневмонія III кл. гр., тяжка ступінь, залишкові явища. Цукровий діабет I тип, тяжка форма, стадія субкомпенсації. Діабетична універсальна мікроангіопатія (ангіопатія нижніх кінцівок, нефропатія в поєднанні з хронічним пієлонефритом. ХХН II-III ст.).

Лікування: моксифлоксацин («Моксіфлоркс») 250 1р/д №5, меропенем («Європенем») 1г 3р. №10, гентаміцин 80 мг 3 р/д, етилметилгідроксипіридину сукцинат («Дінар») 10 мл + 20 мл фіз. р-н в/в, ондансетрон («Емесетрон-Здоров'я») 10 мг 1 таб., Віт. С 5% 2 мл + 100 фіз. розч., амброксол («Лазолекс») 2мл + р-н Рінгера 400 мл в/в, 1 раз + фіз р-н, електролітний розчин («Трисоль») 400 мл в/в., мельдоній («Мілдрокард») 5мл + 5 мл фіз. р-н, езомепразол («Езонека») 40 мг + 100 мл фіз р-н, натрія карбонат 4% 200 мл в/в крап., парацетамол («Блімол») 100 мл в/в, інсулін людський («Актрапід») підшкірно, ондасетрон («Осетрон») 8 мг в/в стр. 1 р/д, гепатопротектор «Гепаризин» 400 мг + фіз р-н. в/в. На тлі проведеної медикаментозної терапії стан пацієнтки значно покращився – загальний стан відносно задовільний, основні скарги зменшились, на RoОГК (26.11.21 р.) – позитивна динаміка у порівнянні з попередніми результатами. Пацієнтка була виписана з одужанням, рекомендоване амбулаторне спостереження та вихід до роботи наступного дня після виписки.

Висновки. Аналіз даного клінічного випадку дозволяє зробити висновок про те, що сучасні методи лікування негоспітальних пневмоній є ефективними навіть у пацієнтів з тяжкою хронічною патологією. Комплексна медикаментозна терапія захворювання дозволяє досягнути швидкого одужання, що набуває важливого соціального значення за рахунок відновлення працездатності людей молодого віку.

ПОВ'ЯЗАНА ЗІ ЗДОРОВ'ЯМ ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З
НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ ТА
ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

Рожественська А.О., Железнякова Н.М., Тверезовська І.І.

Харківський національний медичний університет,

Кафедра внутрішньої медицини №1, м. Харків

Актуальність досліджень коморбідного перебігу неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП) та гіпертонічної хвороби (ГХ) не викликає сумнівів – печінковий стеатоз вражає в середньому близько 25% дорослого населення світу, і щонайменше у 50% з цих пацієнтів спостерігається стійке підвищення артеріального тиску (АТ). Доведено, що через спільні патогенетичні ланки ГХ потенціє негативний вплив НАЖХП на організм. Визначення суб'єктивного впливу патологій на стан пацієнтів у клінічній практиці можливо за допомогою розрахунку інтегрального показника – пов'язаної зі здоров'ям якості життя (ПЗЯЖ).

Мета. Оцінити вплив ГХ на рівень ПЗЯЖ пацієнтів з НАЖХП за допомогою опитувальника «Medical Outcomes Study Short Form (SF-36)».

Матеріали і методи. Обстежено 63 пацієнти з НАЖХП на стадії неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ) та ГХ 1-2 ступеня, 52 пацієнти з НАЖХП на тлі нормального АТ та 20 відносно здорових осіб. Серед груп не було статистично значущих розбіжностей за віком та статтю. Оцінка ПЗЯЖ проводилась за допомогою опитувальника SF-36 – анкети з 36 запитань, згрупованих у 8 шкал, показники за якими оцінювались балами від 0% (найнижча ПЗЯЖ) до 100% (найвища ПЗЯЖ). На основі показників за шкалами були розраховані оцінки сумарного фізичного (PCS) та психічного (MCS) компонентів ПЗЯЖ. Статистична обробка отриманих результатів була проведена за загальноприйнятими методиками.

Результати. Було виявлено достовірне зниження ПЗЯЖ у пацієнтів з НАЖХП у порівнянні з контрольною групою незалежно від рівня АТ майже за всіма шкалами. Показник ПЗЯЖ за сумарним фізичним компонентом здоров'я (PCS)

у пацієнтів з поєднанням НАЖХП та ГХ становив майже 60%, що було достовірно менше, ніж у групі з ізольованим перебігом НАЖХП (76%) та у групі контролю (90,00%). Також було визначено статистично значущі розбіжності у результатах показника ПЗЯЖ за сумарним психічним компонентом здоров'я (MCS) серед обстежених пацієнтів: у групі з НАЖХП на тлі ГХ він становив 33%, у той час як у групі з ізольованою НАЖХП значення відповідної оцінки ЯЖ досягали 57%, а у групі контролю – 79%.

Висновки. Пацієнти з НАЖХП характеризуються значно нижчою ПЗЯЖ незалежно від наявності супутньої ГХ – стійкий підвищений АТ суттєво погіршує як фізичний, так і ментальний стан пацієнтів з НАЖХП, обумовлюючи достовірне зниження фізичного та психічного компонентів ПЗЯЖ. Цей феномен, вірогідно, є наслідком негативного впливу супутньої ГХ на перебіг НАЖХП, що зумовлює негативізацію сприйняття власного стану здоров'я пацієнтами з коморбідним перебігом даних патологій. Отримані дані дозволяють враховувати ПЗЯЖ як важливий компонент комплексного обстеження пацієнтів з НАЖХП та ГХ для прогнозування тяжкості перебігу захворювань та визначення ефективних терапевтичних заходів.

ЗАСТОСУВАННЯ КЛІНІЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ВИПАДКУ
ЗБЕРЕЖЕННЯ КІНЦІВКИ ПІСЛЯ ПЕРЕВ'ЯЗКИ ОСНОВНИХ СТОВБУРІВ
СТЕГНОВОЇ АРТЕРІЇ ТА ВЕНИ ЗА РАХУНОК КОЛАТЕРАЛЬНОГО
КРОВООБІГУ У НАРКОЗАЛЕЖНОГО ПАЦІЄНТА НА ФОНІ ВКРАЙ
ВАЖКОЇ АНЕМІЇ В ПРОВЕДЕННІ ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ ПРИ
ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ
НА ДОДИПЛОМНОМУ ТА ПІСЛЯДИПЛОМНОМУ ЕТАПАХ

Рудіченко В.М.¹, Рейзін Д.В.², Рейзін В.І.², Соколенко А.Л.¹,
Уліщенко В.В.¹, Кушнєрова М.О.³

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, ²Київська
міська клінічна лікарня № 8, ³Комунальне некомерційне підприємство центр
первинної медико-санітарної допомоги № 1, Київ

Актуальність проблеми обумовлена необхідністю співпраці лікарів різної спеціалізації на етапах медичної допомоги в реалізації програми ведення пацієнта через широкий спектр уражень у наркозалежних осіб. Часте застосування в якості місця доступу для введення нестерильних розчинів сурогатів наркотичних засобів вустя великої підшкірної вени або феморальної (стегнової) вени, або артерії пов'язано зі значними ризиками ураження цих судин. Можливий розвиток серйозних ускладнень, таких як інфікування, тромбоз глибоких та поверхневих вен, легеневий емболізм та залучення близькорозташованої феморальної артерії з наступним розвитком хибної артеріо-венозної аневризми, часто з абсцедуванням або розвитком профузної кровотечі.

Метою роботи було узагальнення власного досвіду та літературних джерел для оптимізації проведення практичних занять.

В результаті наших **спостережень** надаємо опис клінічного випадку пацієнта О., чоловік, 41 років, який 28.01.22 поступив до відділення без свідомості, з блідими шкірними покривами, зі зниженням тиску до критичного рівня 50/40 мм. рт.ст. та значенням гемоглобіну 27,0 г/л. При огляді було виявлено вип'ячування в лівій паховій ділянці червоно-багрового кольору 10,0x7,0 см,

що пульсує. Зі слів сестри пацієнт більше 20 років являється споживачем ін'єкційних наркотиків, має підтверджений діагноз вірусного гепатиту С. Останнім часом для ін'єкцій використовував доступ у лівій паховій ділянці в проекції судинного пучка. Знаходиться під спостереженням сімейного лікаря та на обліку у нарколога і отримує замісну терапію. Перші ознаки вип'ячування в паховій ділянці довго приховував, намагався вправити за допомогою підручних засобів. Під час однієї з таких спроб почалась кровотеча. Медична карта стаціонарного хворого №1117. Після проведення лабораторно-інструментального дослідження встановлено клінічний **діагноз**: Постін'єкційна хибна артеріо-венозна аневризма лівої пахової ділянки з розривом. Профузна кровотеча. Гостра анемія вкрай важкого ступеня. Геморагічний шок III ступеня (28.01.22). Ін'єкційна наркоманія опіоїдними сурогатами. 28 січня 2022р.ургентно пацієнту по життєвим показам виконано оперативне втручання: висічення хибної артеріо-венозної аневризми з перев'язкою основних стовбурів стегнової артерії та стегнової вени. Зупинка кровотечі. До позитивних особливостей післяопераційного та наступного періодів відноситься збереження функціонуючої кінцівки за рахунок розвинутих колатералей. При виписці для забезпечення наступності та послідовності ведення хворого надані рекомендації для сімейного лікаря в амбулаторно-поліклінічних умовах. Неодноразово роз'яснялась необхідність замісної терапії.

В якості **висновків** вважаємо виправданим застосування клінічних матеріалів пацієнта при проведенні практичних занять он-лайн та офф-лайн в розділі «Успішна реалізація програми ведення хворого, як результат співпраці лікарів різної спеціалізації на етапах медичної допомоги». Важливо відмітити, що такі пацієнти іноді можуть навіть припинити пахвинне ін'єкування, але це відбувається через приєднання більш важкого венозного захворювання до поточного стану і, відповідно, драматичне погіршення стану здоров'я. Крім того, у такій ситуації лікарі первинної ланки відмічають на загал частіше

звернення за медичною допомогою від наркозалежних, що вимагає додаткових вмінь та практичних лікарських навичок.

ДИДАКТИЧНЕ ВИКОРИСТАННЯ КЛІНІЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ
ВИПАДКУ ВАЖКОГО ВІДМОРОЖЕННЯ (ЗАВЕРШИВСЯ
АМПУТАЦІЄЮ) У ПРОВЕДЕННІ ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ ПРИ
ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ
НА ДОДИПЛОМНОМУ ТА ПІСЛЯДИПЛОМНОМУ ЕТАПАХ

**Соколенко А.Л.¹, Рейзін Д.В.², Рейзін В.І.², Рудіченко В.М.¹,
Уліщенко В.В.¹, Кушнірова М.О.³, Виноградова Г.М.¹, Бик В.І.¹**

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, ²Київська
міська клінічна лікарня № 8, ³Комунальне некомерційне підприємство центр
первинної медико-санітарної допомоги № 1, Київ

Актуальність проблеми обумовлена необхідністю усвідомлення майбутніми лікарями первинної ланки того, що жорстокість ураження відмороженням залежить від комплексного впливу, що складається з температури оточуючого середовища, вітрового холодного фактору та тривалості експозиції.

Метою роботи було узагальнення власного досвіду та літературних джерел для оптимізації проведення практичних занять.

В результаті наших **спостережень** надаємо опис клінічного випадку пацієнта М., чоловік, 66 років. 31.01.22 поступив до відділення за направленням сімейного лікаря зі скаргами на болі в ступнях нижніх кінцівок, їх почорніння, наявність трофічних розладів, поколювання, затерпання кінцівок, загальне нездужання. З анамнезу було з'ясовано, що ночував в неоплуканому будинку в селі протягом зимового часу. За медичною допомогою не звертався. Згодом приєднались трофічні розлади. Звернувся за допомогою до лікаря загальної практики-сімейної медицини та був доставлений до КМКЛ №8. Медична карта стаціонарного хворого №1204. 8 років тому знятий з обліку в зв'язку звилікуваним туберкульозом легень. Часто вживає алкоголь та палить.

Status localis: Шкіра стегон та гомілок обох нижніх кінцівок бліда, на дотик тепла. Відмічається набряк та гіперемія обох ступней з вологими циркулярними некрозами чорно-сірого кольору у ділянці пальців до рівня діафізів плюсневих кісток з гнійно-некротичними виділеннями з різко неприємним запахом. Демаркаційна лінія сформована. Пальпація болюча. Пульсація на aa. femoralis, a.poplitea справа — ослаблена, на a. tibialis anterior et posterior справа — різко ослаблена. Після проведеного лабораторно-інструментального обстеження був встановлений **клінічний діагноз**: Відмороження обох дистальних відділів стоп з вологим некрозом ІV ст. Облітеруючий атеросклероз судин правої нижньої кінцівки ІІІ ст. Оклюзія підколінно-гомілкового сегменту артерій справа. ІХС. Дифузний кардіосклероз. СН ІА. Гіпертонічна хвороба 2 ст., ІІ ст. 31 січня 2022р.ургентно пацієнту виконано оперативне лікування: ампутація передніх відділів лівої та правої стоп за Шарпом ІІ. Проведене медикаментозне лікування: Ceftriaxonі 1000 мг 2 р/добу в/в, Metronidazolі 100 мг 3 р/добу в/в, Linezolidі 600 мг 1 р/добу в/в, Dexketoprofenі 50 мг 3 р/добу в/м, Enoxaparinі 40 мг п/ш, Omeprazolі 20 мг 2 р/добу в/в, препарат лактобактерій 1 таб 2 р/добу, хірургічна обробка ран та перев'язки. Виписаний зі стаціонару 14.02.2022 в задовільному стані під нагляд сімейного лікаря.

В якості **висновків** вважаємо виправданим застосування клінічних матеріалів пацієнта при проведенні практичних занять он-лайн та офф-лайн в розділі «Систематизовані фактори, які сприяють ризику відморожень». А саме: - *оточуючого середовища* (температура, вітер, вологість, контакт з холодними об'єктами або рідинами - наприклад, бензин, мастило та змазувальні матеріали, тривалість холодової експозиції, географічна зона, гіпоксія, висота); - *індивідуальні* (фізикальні/антропометричні, вік, стать, раса) - *поведінкові* (холодова акліматизація, вживання алкоголю, втомленість, дегідратація, куріння, застосування захисних мазей, невідповідний/вологий одяг, здавлюючий одяг – наприклад, тісне взуття, подовжена нерухомість, особливості стилю життя); - *пов'язані зі станом здоров'я/фізіологічними*

факторами (синдром Рейно, вібраційна хвороба – т.зв. «білі пальці»), стан вазодилатаційної реактивності, індукованої холодом, інші периферичні васкулярні захворювання, діабет, периферичні нейропатії, медичні препарати – наприклад, вазоконстриктивні ліки, попередні холодові ураження, психіатричні розлади або порушений розумово-емоційний стан.

ОСОБЛИВОСТІ МЕНЕДЖМЕНТУ ПАЦІЄНТА ІЗ ГІПЕРУРИКЕМІЄЮ НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ

Тверезовська І.І.

Харківський національний медичний університет

Кафедра внутрішньої медицини №1, м. Харків, Україна

Актуальність. У своїй клінічній практиці лікар-інтерніст досить часто стикається із захворюваннями кістково-м'язового апарату, діагностика та лікування яких знаходиться на межі сфер внутрішніх, неврологічних та ортопедичних захворювань. Наявність атипових форм, стертої клінічної маніфестації, відсутність вмотивованості пацієнта у дообстеженні формують основні проблеми менеджменту пацієнта із захворюваннями кістково-м'язового апарату.

Мета. Проаналізувати тактику ведення пацієнта із гіперурикемією на тлі ураження хребта на прикладі клінічного випадку.

Клінічний випадок. Хворий М., 51 років, звернувся до поліклінічного відділення ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України» за плановою консультацією з приводу коригування дозування статинів, а також зі скаргами на ниючий біль в області лівої стопи, що з'являється та підсилюється при ходьбі на 400 м та більше, періодичний біль у попереку, загальну слабкість, нездужання. Страждає на біль в правій нозі та попереку протягом останніх 3 років, лікувався анальгетиками, консультувався у ДУ «Інститут ортопедії та травматології НАМН України», де був встановлений діагноз «Кили міжхребцевого диску L₃-L₄, L₄-L₅. Люмбоішалгія. Радиклопатія

поперекового відділу хребта», та виявлене підвищення ліпідного профілю, з приводу чого звернувся за консультацією. Об'єктивно: стан відносно задовільний. Свідомість ясна. Шкіра та видимі слизові блідо-рожеві, чисті, помірної вологості. Маса тіла = 102 кг, зріст 187 см. Індекс маси тіла = 29,22 кг/см². Температура тіла – 36,6°C. Над легенями перкуторно ясний легеневий звук, аускультативно везикулярне дихання, хрипів немає. Частота дихальних рухів – 18/хв. Тони серця ясні, діяльність ритмічна. АТ – 130/90 мм. рт. ст. на обох руках. Рs – 78уд/хв, Живіт при пальпації м'який, безболісний, помірно здутий. Печінка виступає на 1,5 см з-під краю правої реберної дуги, селезінка не пальпується. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Фізіологічні оправлення та діурез – без особливостей. Периферичних набряків немає. Проведені додаткові клінічні аналізи. *Клінічний аналіз крові:* Еритроцити – $5,27 \times 10^{12}$ /л, Нь – 159 г/л, гематокрит – 44,7%, лейкоцити – $6,6 \times 10^9$ /л: нейтрофіли – 47,5%, базофіли – 1%, еозінофіли – 2%, лімфоцити – 39,5%, моноцити – 10%, тромбоцити 321×10^9 /л, ШОЕ – 6 мм/год. *Клінічний аналіз сечі:* колір – солом'яна, рН – 5, відносна щільність 1,013 г/мл, білок, глюкоза, кетони, уробіліноген – не виявлено, еритроцити – 2 в п/з, лейкоцити – 1 в п/з, циліндри, кристали, бактерії – не виявлено, слиз – небагато. *Біохімічний аналіз крові:* загальний білок – 68 г/л, альбумін – 45 г/л, глюкоза – 5,7 ммоль/л, загальний білірубін – 25,7 мкмоль/л, прямий білірубін – 9,56 мкмоль/л, непрямий білірубін – 16,14 мкмоль/л, аланінамінотрансфераза – 12 Од/л, аспаргатамінотрансфераза – 27 Од/л, гама-глутаматтрансфераза – 29 Од/л, лужна фосфатаза – 72 Од/л, холестерин 5,88 ммоль/л, ліпопротеїди високої щільності – 1,18 ммоль/л, ліпопротеїди низької щільності – 4,22 ммоль/л, ліпопротеїди дуже низької щільності – 0,48 ммоль/л, тригліцериди – 1,79 ммоль/л, коефіцієнт атерогенності – 3,98, креатинін – 83,3 мкмоль/л, сечовина – 6,19 ммоль/л, сечова кислота – 454 мкмоль/л. Інструментальні дослідження: *ЕКГ:* Ритм синусовий, ЧСС – 76 уд/хв. Вісь серця горизонтальна. *Порушення процесів реполяризації по передній стінці. УЗД внутрішніх органів:* Гепатоспленомегалія. Жирова інфільтрація печінки. Застійний

жовчний міхур. Хронічний холецистит. Панкреатопатія. Ознаки мікролітів в нирках. Периапикальна кіста правої нирки. МРТ лівого гомілкового-ступеневого суглобу та стопи: П'яткова шпора. Ерозії першого плеснефалангового суглобу. На основі даних об'єктивного обстеження і діагностики був встановлений діагноз: Вторинна гіперурикемія, середньотяжкий перебіг, підгострий подагричний артрит, функціональна недостатність суглобів I ст., уронєфролітіаз. Призначено лікування: дієтотерапія, адекватний водний режим, Алопуринол 200 мг по 1 таблетці (табл.) вранці і ввечері після їди, Урсодезоксихолева кислота («Урсофальк») 250 мг по 2 табл./добу протягом 2 місяців, Розувастатин («Клівас») 20 мг по 1 табл. ввечері, Пантопразол («Нольпаза») 40 мг по 1 табл. вранці за 30 хв. до їди – 10 діб, Диклофенак натрію 75 мг внутрішньом'язово 7 діб, Диклофенак натрію 5% місцево у вигляді гелю («Вольтарен») - 10 діб. На тлі призначеної терапії стан пацієнта покращився, зменшився та поступово зник біль у нозі. З пацієнтом проведена бесіда щодо модифікації образу життя, зміни режиму харчування та дотримання лікувального режиму.

Висновки. Наявність коморбідної патології часто характеризується домінуванням симптомів однієї нозології, в той час як симптоми іншої патології можуть бути стертими або атиповими. Своєчасний та достатній за обсягом огляд пацієнта – головна мета лікаря-інтерніста для встановлення вірного діагнозу, а щорічне профілактичне обстеження – головна запорука здоров'я пацієнта.

**ПОСТЕРНА СЕКЦІЯ:
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
КАРДІОЛОГІЇ**

СУЧАСНА ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Харківський національний медичний університет, кафедра внутрішньої медицини №1, м. Харків

Автор: інтерн кафедри внутрішньої медицини №1 ХНМУ Горозій В.В., к.мед.н. Молодан Д.В.

Актуальність:

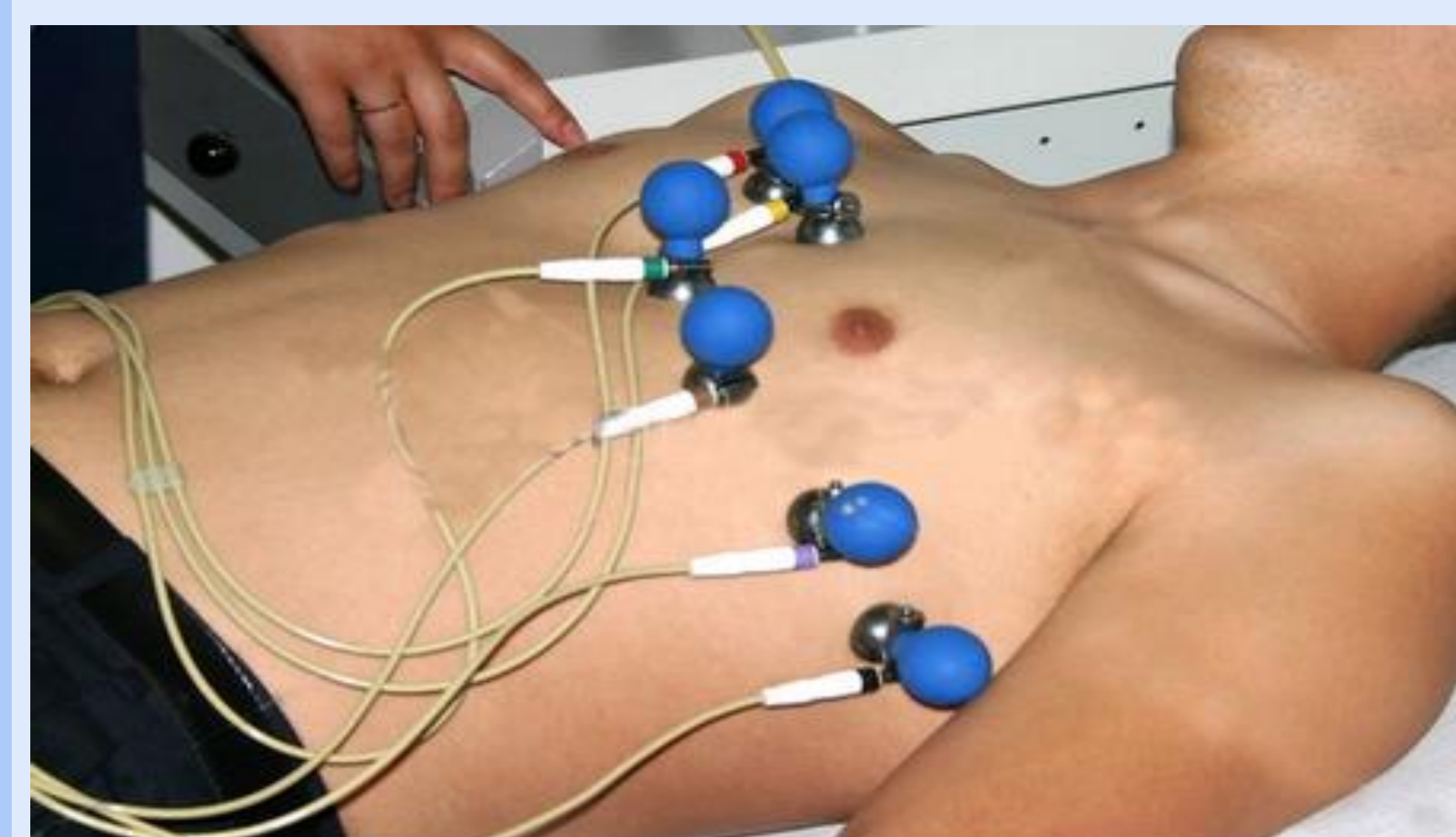
Серцево-судинні захворювання (ССЗ) є єдиною основною причиною смерті для людей будь-якого віку і статі у всьому світі. Близько однієї третини смертей щорічно є результатом ССЗ. Тому своєчасна діагностика та правильне лікування може покращити якість життя та зменшити показники смертності.

Мета: На прикладі наданого клінічного випадку розглянути особливості лікування пацієнта із хронічною серцевою недостатністю.

Клінічний випадок:

Чоловік Т., 72р. надійшов зі скаргами:

- загальну слабкість;
- задишку;
- прискорене серцебиття;
- сухий кашель;
- почуття дискомфорту за грудиною;
- перебої у роботі серця;
- набряки нижніх кінцівок.



Анамнез захворювання та життя:

ГХ багато років. На протязі двох років з'являється порушення ритму серця, приймає конкор. 3 22.10.21 по 05.11.21 лікувався в стаціонарі з діагнозом: негоспітальна двобічна інтерстеційна пневмонія 3 кл. гр. ЛН II Covid-19 вірус індефікований. (ПЛР від 22.10.21 позитивний). Було проведено лікування, але вищеперераховані кардіальні скарги наростали.

Фізикальне обстеження:

Загальний стан тяжкий.

Шкірні покриви бліді. Грудна клітка звичайної конфігурації. Дихання: жорстке, вислуховуються сухі хрипи більше зліва. Серцева діяльність аритмічна, тони приглушені.

АТ 170/95, пульс 110, не ритмічний, не задовільного наповнення і напруги. Язик сухий, обкладений білим нальотом. Живіт при пальпації м'який, чутливий у правому підребер'ї. Печінка збільшена +4 см, чутлива при пальпації, селезінка не збільшена. Симптом Пастернацького негативний. Сечовипускання безболісне. Набряки гомілок та стегон. Випорожнення-закрепи.

Дані додаткових методів дослідження:

Лабораторних:

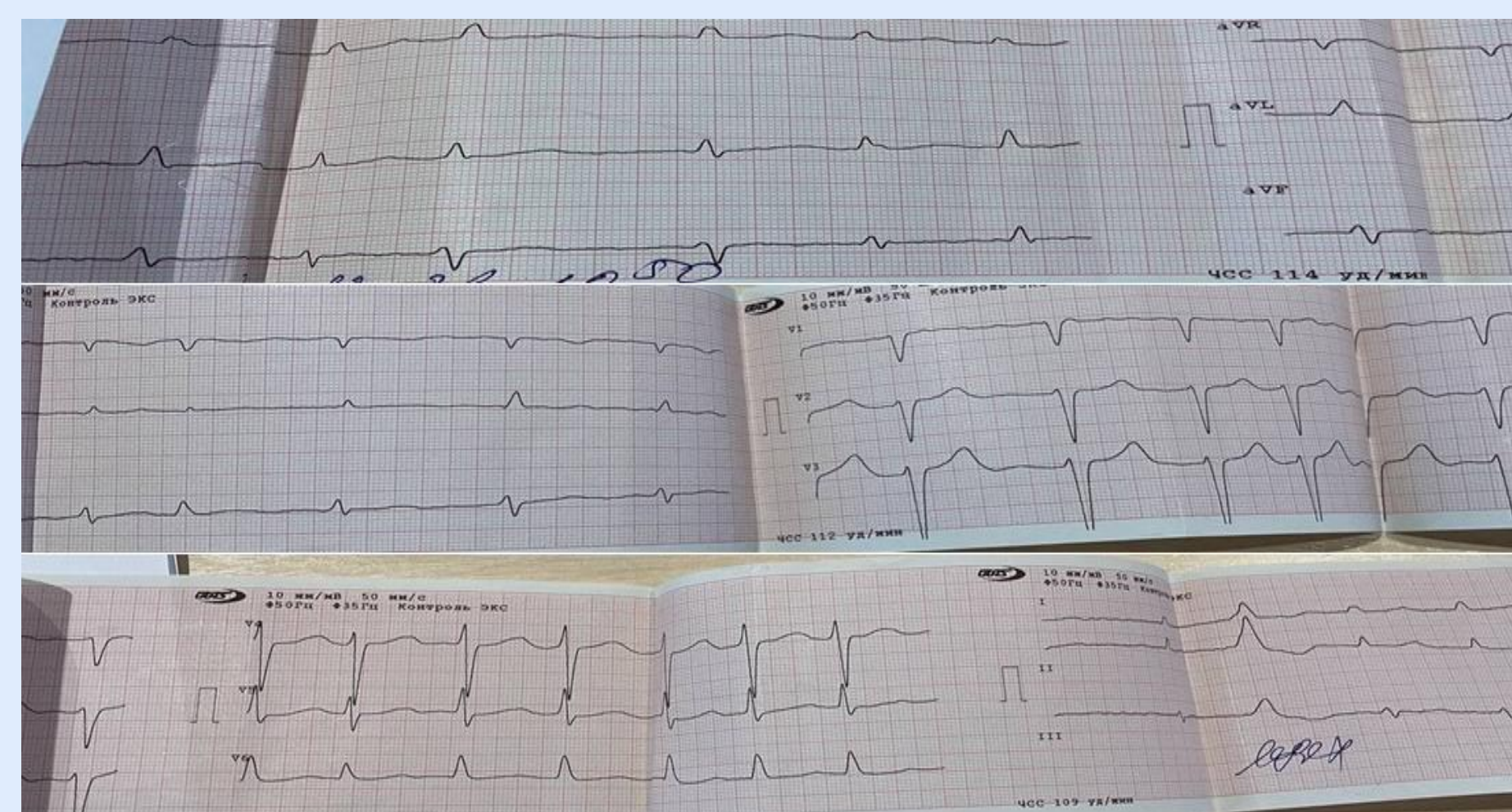
КАК: без особливостей.

Бх.крові: СРБ 5,5 мг/л;

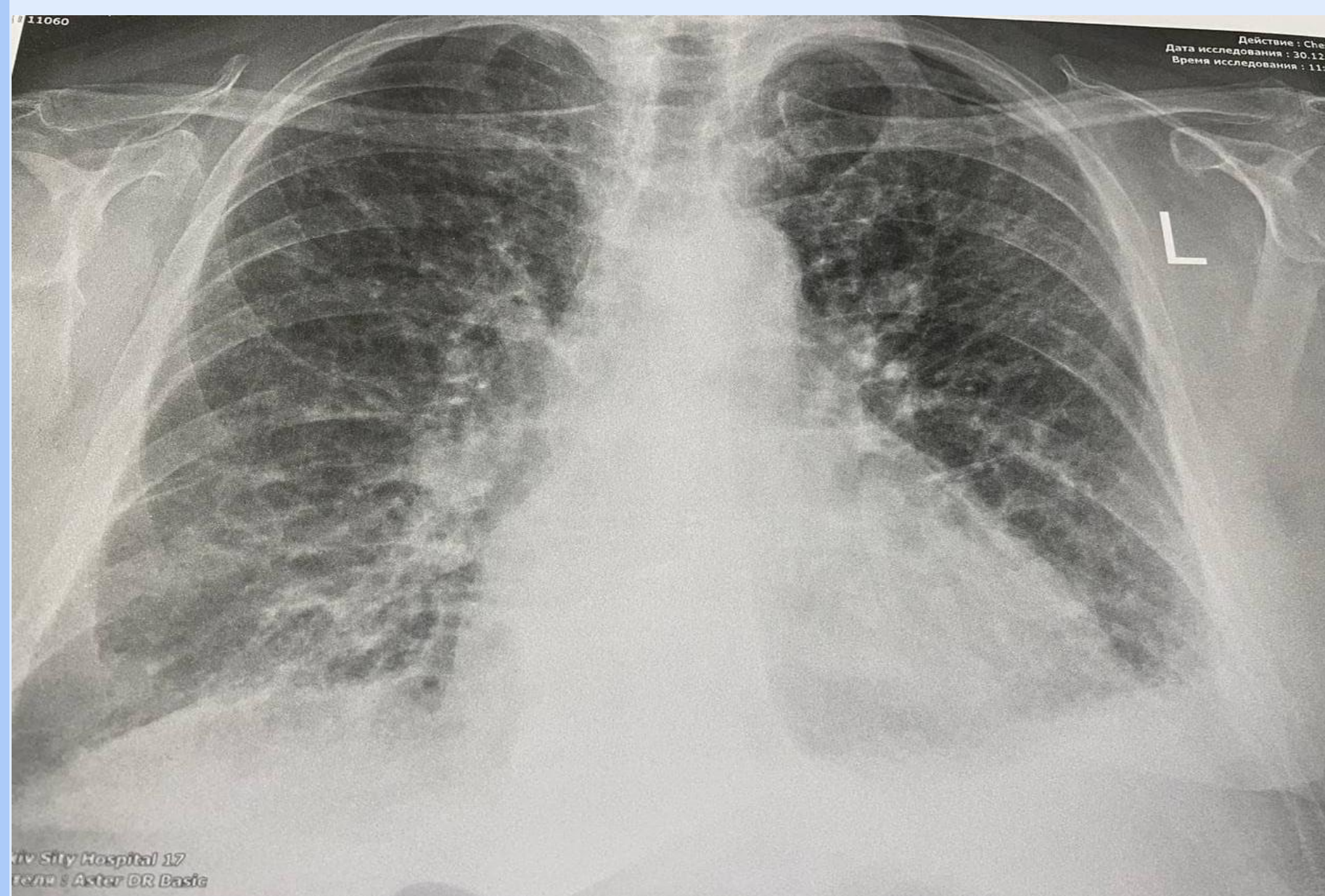
Антитіла Ig M SARS-CoV-2- позитивний.

Інструментальних:

ЕКГ: ФП, тахісistolічний варіант, вольтаж знижений, дифузні порушення процесів реполяризації. ЕВС відхилена вліво, ознаки ГМЛШ.



RoОГК: двобічна пневмонія. Двобічний малий гідроторакс (більше зліва). Аортокардіосклероз.



ЕхоКГ: ознаки склероза аорти. Регургітація на МК 1-2 ст, на ТК 1-2 ст. ГМЛШ. Дилатація лівих порожнин та ПП.

Ознаки помірної легеневої гіпертензії. Ознаки дифузного зниження скоротливості міокарду ЛШ. ФВ 37%. Вільна рідина в лівій плевральній порожнині.



ЗАКЛЮЧНИЙ ДІАГНОЗ :

ГХ III ст., 3 ст. Гіпертензивне серце (ГМЛШ, ДЛП, ДПП). ІХС: атеросклеротичний кардіосклероз, атеросклероз аорти у поєднанні з дилатаційною кардіоміопатією. ФП, постійна форма, тахісistolічний варіант. СН С зі зниженою систолічною функцією ЛШ, ФВ 37% III ФК. Негоспітальна двобічна пневмонія III кл. гр. Середньої важкості. ЛН Іст. Двобічний гідроторакс.



Проведене лікування

Юперіо 50 мг 2 р/д;
карведилол 3,125 2 р/д;
еплеренон 50 мг;
трифас 8 мл в/в;
емпагліфлозин 10 мг ;
еноксапарин 0,4 мг 2 р/д ;
меропенем 1 г 3р/д ;
нольпаза 40 мг; дигоксин в/в.

Висновки:

Даний клінічний випадок, вказує нам на те, що при правильному призначенні терапії, а саме комбінації груп препаратів: (сакубітріл/валсартан +бета блокатор+антагоніст мінералокортикоїдних рецепторів + емпагліфлозин +петльовий діуретик) стан хворого значно покращився та відмічалась позитивна динаміка.

Декомпенсація серцевої недостатності після перенесеної COVID-інфекції: клінічний досвід комбінації класичної терапії та нових препаратів.

Харківський національний медичний університет, кафедра внутрішньої медицини №1, м. Харків

Автор: лікар-інтерн кафедри внутрішньої медицини №1 ХНМУ Редіна І.В.,
доцент кафедри внутрішньої медицини №1 ХНМУ, к.м.н. Молодан В.І.

Актуальність

На теперішній час серцеву недостатність (СН) можна віднести до частих причин інвалідизації та смертності в структурі уражень серцево-судинної системи. У розвитку захворювання значну роль відіграє ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба. В останні роки на виникнення та погіршення перебігу СН значний вплив має інфекція COVID-19. При цьому, інфекційний процес може негативно впливати на стан хворих та сприяти виникненню і прогресуванню СН. Згідно з дослідженнями ВООЗ, смертність від СН залишається досить високою, що потребує розробки нових ефективних лікувальних програм і покращення стратегії проведення існуючих.

Мета:

На прикладі клінічного випадку розглянути особливості ведення пацієнта з декомпенсацією СН після перенесеної COVID-інфекції.

Клінічний випадок

Паспортна частина:

Хворий Л., 56 років, надійшов до кардіологічного відділення 20.12.2021 р.

Скарги:

на перебої серцевої діяльності, задишку, почуття нестачі повітря, більше в горизонтальному положенні, нічне апное, сухий кашель, періодично набряки н/кінцівок, запаморочення, нестійкі цифри АТ, загальну слабкість, зниження толерантності до фізичного навантаження, судоми у м'язах н/кінцівок.

Анамнез захворювання

та життя:

Вважає себе хворим з 2012 року, коли вперше були зареєстровані максимальні цифри АТ 190/120 мм рт.ст. з 2016 р. - персистуюча форма фібриляції передсердь (ФП). У жовтні 2020 р. лікувався у к.в. «Обласної клінічної лікарні» з приводу гіпертонічної хвороби (ГХ) II ст, та ФП, де була проведена електрична кардіоверсія з приводу пароксизму ФП. В подальшому ФП з'являлась у вигляді коротких пароксизмів. Стан погіршився близько місяця тому, коли переніс Covid-19, лікувався амбулаторно. Госпіталізований ургентно у зв'язку з порушенням серцевого ритму у вигляді ФП з ЧСС ≥ 160 уд/хв, прогресуючим наростанням ознак СН.

Фізикальне обстеження:

Загальний стан середньої тяжкості. Шкіра та слизові чисті, обличчя гіперемоване з синюшним відтінком, особливо в горизонтальному положенні. Лімфовузли не збільшені. Над легенями дихання везикулярне, ЧДР= 20 д/хв. Тони серця глухі, аритмічні (миготлива аритмія). Пульс=90 в 1'. ЧСС = 161 хв. АТ D=140/90 мм рт.ст. АТS=130/90 мм рт.ст. Живіт м'який, безболісний. Печінка +2 см.

План обстеження

Лабораторно:

Кл. ан. крові:
Hb – 160 г/л,
еритроцити – 5,0 Т/л,
Ht – 46,6 %.
Б/х ан. крові:
Алт-32 Од/л,
креатинін-112,2
мкмоль/л.
SARS-CoV-2 IgG -
6,48 (позитивний),
SARS-CoV-2 IgM -
0,54 (негативний).

Інструментально:

ЕКГ: ФП, тахі-форма.
ЧСС 161 уд/хв.
Можливо, рубцові зміни передньо-септальної обл. ГМЛШ. Зниження трофіки міокарда задньої області.
ЕХОКГ: Склеротичні зміни аорти, стулок АК, МК, дилатація камер, легенева гіпертензія.
ФВ-22,91%.

ЗАКЛЮЧНИЙ ДІАГНОЗ:

ІХС: Дилатаційна кардіоміопатія. Атеросклероз аорти. Дегенеративні зміни АК, недостатність АК, МК та ТК. Фібриляція передсердь, постійна тахістистолічна форма. CHA2DS2-VASc:2. HAS-BLED:2. Гіпертонічна хвороба II стадії, II ступеня. Ризик IV. Гіпертензивне серце. Легенева гіпертензія. СН С ст. зі зниженою фракцією викиду лівого шлуночку (ФВ=22,9%). NYHA III.

Лікування:

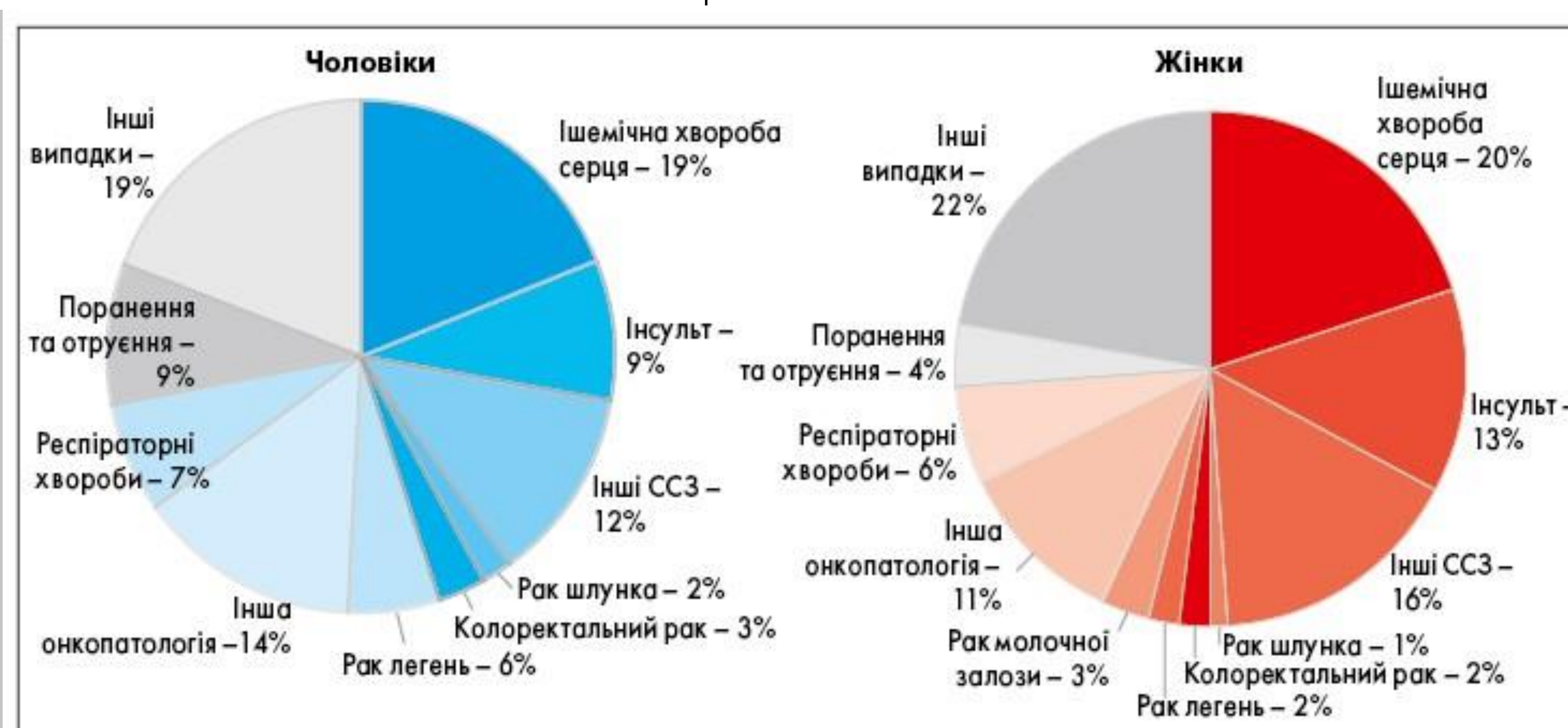
1. Джардінс (емпагліфозин) - 10 мг вранці.
2. Карведилол -12,5 мг 2 р/д.
3. Еплеренон - 50 мг вранці.
4. Клосарт (лосартан калію) - 50 мг вранці.
5. Трифас (торасемід) - 10 мг вранці.
6. Аритміл (аміодарон) - 150 мг + 200,0 5% р-ну глюкози в/в крапельно 1 р/д.
7. Аритміл (аміодарон) - 200 мг за схемою.
8. Ксарелто (ривароксабан) - 20 мг.

Висновки:

на прикладі клінічного випадку можна простежити особливості ведення хворого з прогресуванням СН на тлі ішемічної хвороби серця та гіпертонічної хвороби у поєднанні з фібриляцією передсердь, який переніс COVID-19. Було показано хороший результат проведення комбінованого лікування із включенням інгібітору натрійзалежного ко-транспортеру глюкози 2-го типу - емпагліфозину у поєднанні із карведилолом, еплереноном, лозартаном та використанням протиаритмічних препаратів (аміодарону) і антикоагулянту (ривароксабану).

Джерела інформації:

1. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної та третинної медичної допомоги при ФП - 2016.
2. Фібриляція передсердь: рекомендації NICE-2021.
3. Рациональная диагностика и фармакотерапия заболеваний внутренних органов Библиотека «Здоров'я України».



Мал.1 – Загальні причини смертності через ССЗ відповідно до статі.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ВИКОРИСТАННЯ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОЇ МЕМБРАННОЇ ОКСИГЕНАЦІЇ ПІД ЧАС ПЕРВИННОГО ПЕРКУТАННОГО КОРОНАРНОГО ВТРУЧАННЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ КАРДІОГЕННОГО ШОКУ ПРИ ГОСТРОМУ ІНФАРКТІ МІОКАРДА

Харківський національний медичний університет, кафедра внутрішньої медицини №1, м. Харків

Автор: лікар-інтерн кафедри внутрішньої медицини №1 ХНМУ Старенький А.В.

Науковий керівник: доцент кафедри внутрішньої медицини №1 ХНМУ, к.мед.н. Молодан В.І.

Актуальність : Кардіогенний шок (КШ) є грізним ускладненням гострого інфаркту міокарда (ГІМ) та однією з причин смерті. Його лікування є нагальним питанням медицини на сьогодні. Вважається, що найбільш ефективним методом лікування гострого інфаркту міокарда ускладненим кардіогенним шоком є перкутанне коронарне втручання.

Екстракорпоральна мембранна оксигенація (ЕКМО) - це методика життєзабезпечення хворих з тяжким кардіогенним шоком, яка підтримує кровообіг і оксигенацію та дозволяє провести одночасно реваскуляризацію й може значно знизити рівень смертності й підвищити виживаність хворих. ЕКМО є перспективним напрямом у вирішенні проблеми лікування КШ на тлі ГІМ.

Мета: Показати можливості та роль ЕКМО для забезпечення ефективного кровообігу та оксигенації при проведенні первинного перкутанного коронарного втручання у хворого з ГІМ ускладненим тяжким КШ.



Рис 1. Апарат ЕКМО

Клінічний випадок: Хворий А., 40 років, поступив у відділення інтервенційної кардіології зі скаргами на біль за грудиною. З анамнезу відомо, що виражені болі з'явилися 2 години тому, викликав бригаду естренної медичної допомоги. Цукровий діабет, туберкульоз, вірусні гепатити заперечує, палить. Був доставлений до інтервенційного відділення з діагнозом «ІХС: гострий передній інфаркт міокарда. Кардіогенний шок. набряк легень».



Рис 2. ЕКГ на етапі приймального відділення

Після перекладання хворого на операційний стіл - кардіальний арест. Проведено серцево-легеневу реанімацію (СЛР), хворий заінтубований і переведений на штучну вентиляцію легень. Було прийнято рішення щодо підключення хворого до апарату для проведення вено-артеріальної ЕКМО. Була канюльована внутрішня яремна вена та стегнова артерія. Була проведена коронарографія - стовбур лівої коронарної артерії (ЛКА) стеноз 99%, середня частина правої коронарної артерії (ПКА) - 100% стеноз. Було проведено пряме стентування стовбура ЛКА стентом без лікувального покриття (BMS). Після кровотік TIMI-I.

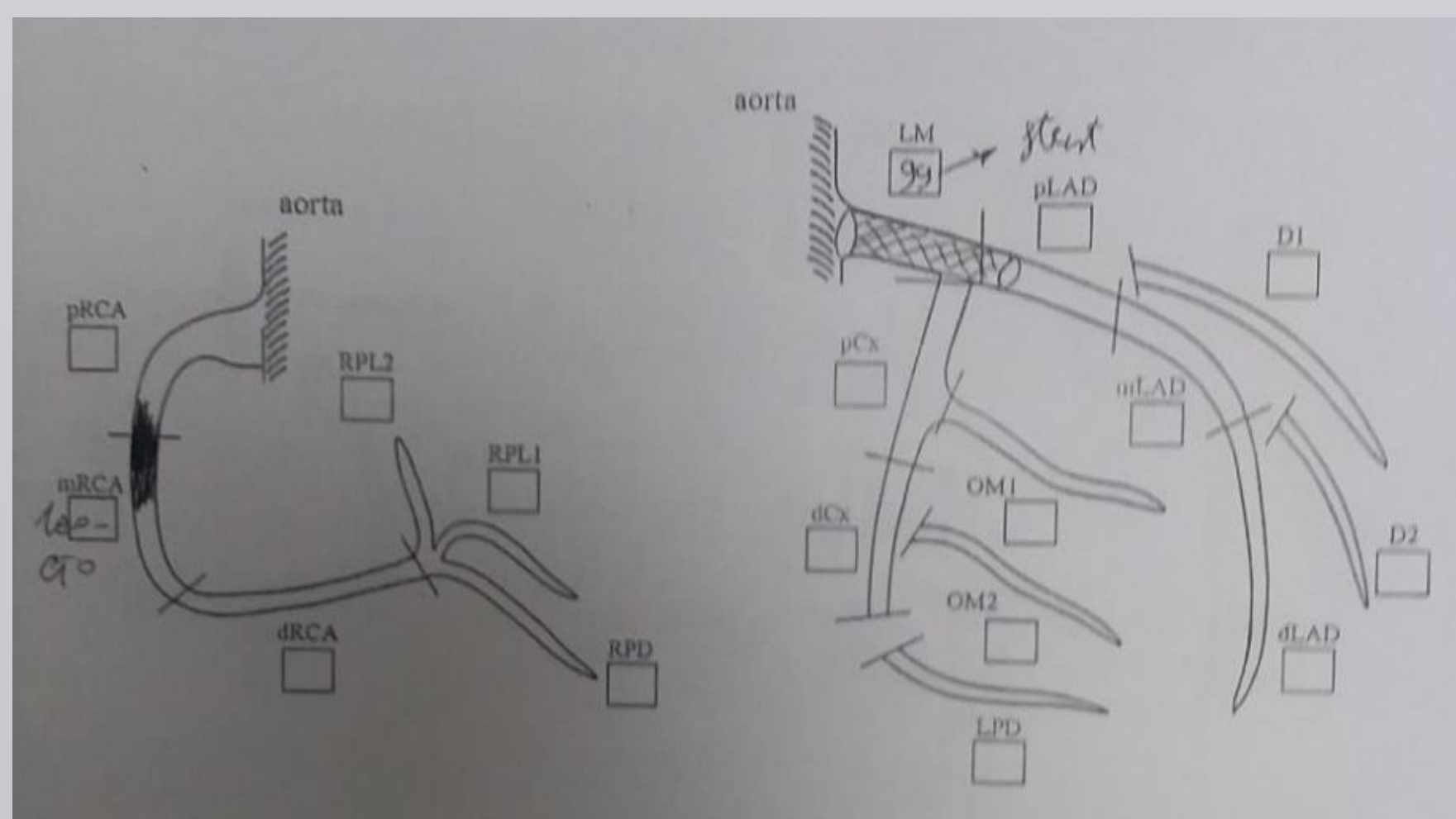


Рис 3. Стентування ЛКА

Проведено постановку внутрішньоаортального балонного контрпульсатора (ВАБК). Після цього тривалі компресії грудної клітини. Поява фібриляції шлуночків, проведена множинна послідовна дефібриляція - відновлення ритму. Після чого повторні фібриляції шлуночків з неодноразовими спробами дефібриляції. Після трьох годин СЛР - відновлення ритму (синусова тахікардія). Через 2 доби - зупинення ЕКМО, вилучення канюлей із судин. Переведення хворого на самостійне дихання. Ще через 2 доби зупинення і вилучення ВАБК.

На 7 добу була проведена балонна ангіопластика у стенті стовбура ЛКА та стентування двома послідовними стентами без лікувального покриття середньої частини ПКА. Кровотік після TIMI-3.

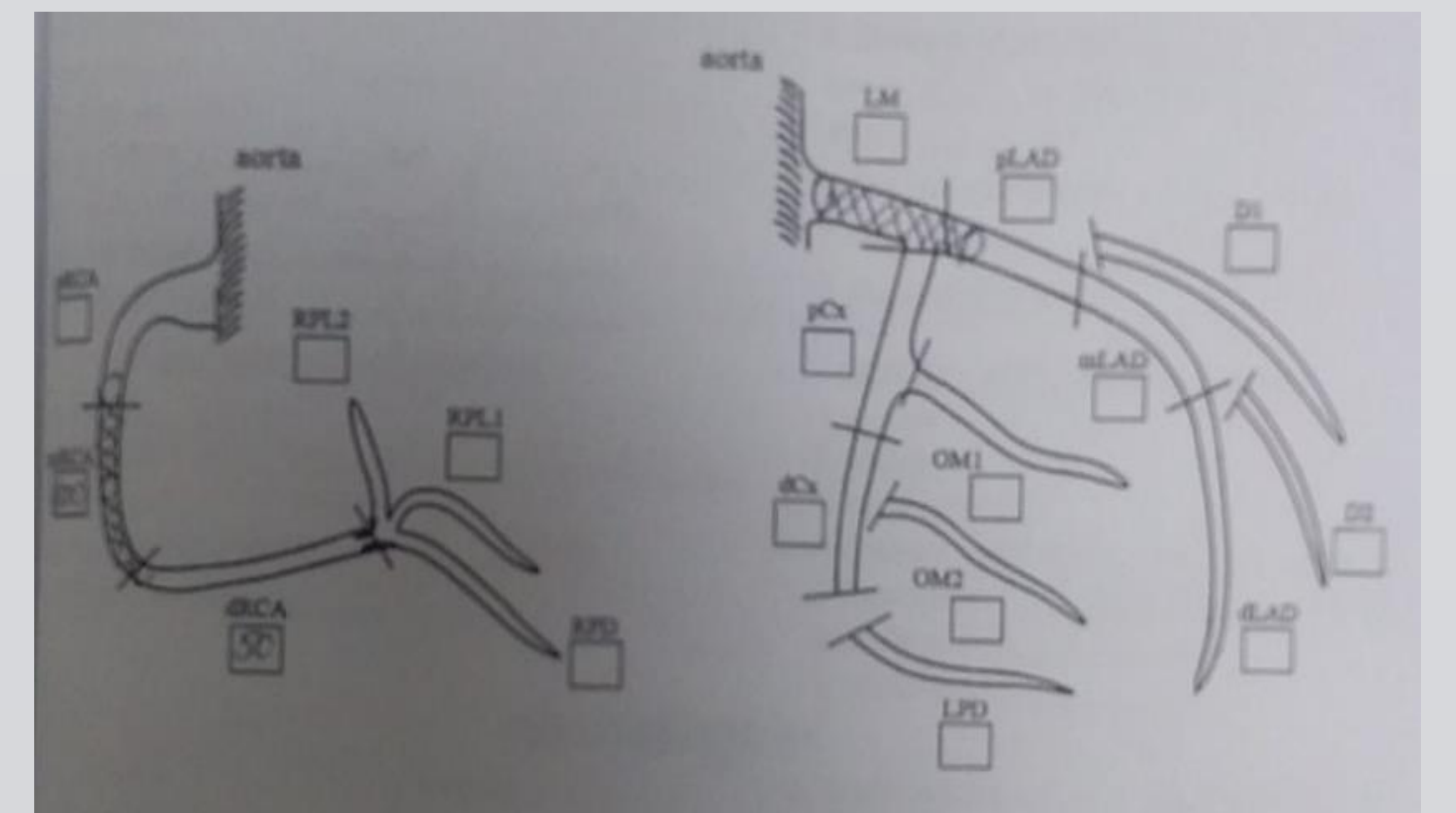


Рис 4. Стентування ПКА

Поступово стан хворого покращувався, больові приступи не повторювались, ехокардіографічно фракція викиду лівого шлуночка підвищилась до 53% і на 13 добу у задовільному стані хворий був переведений у кардіологічне відділення для подальшого лікування і спостереження.

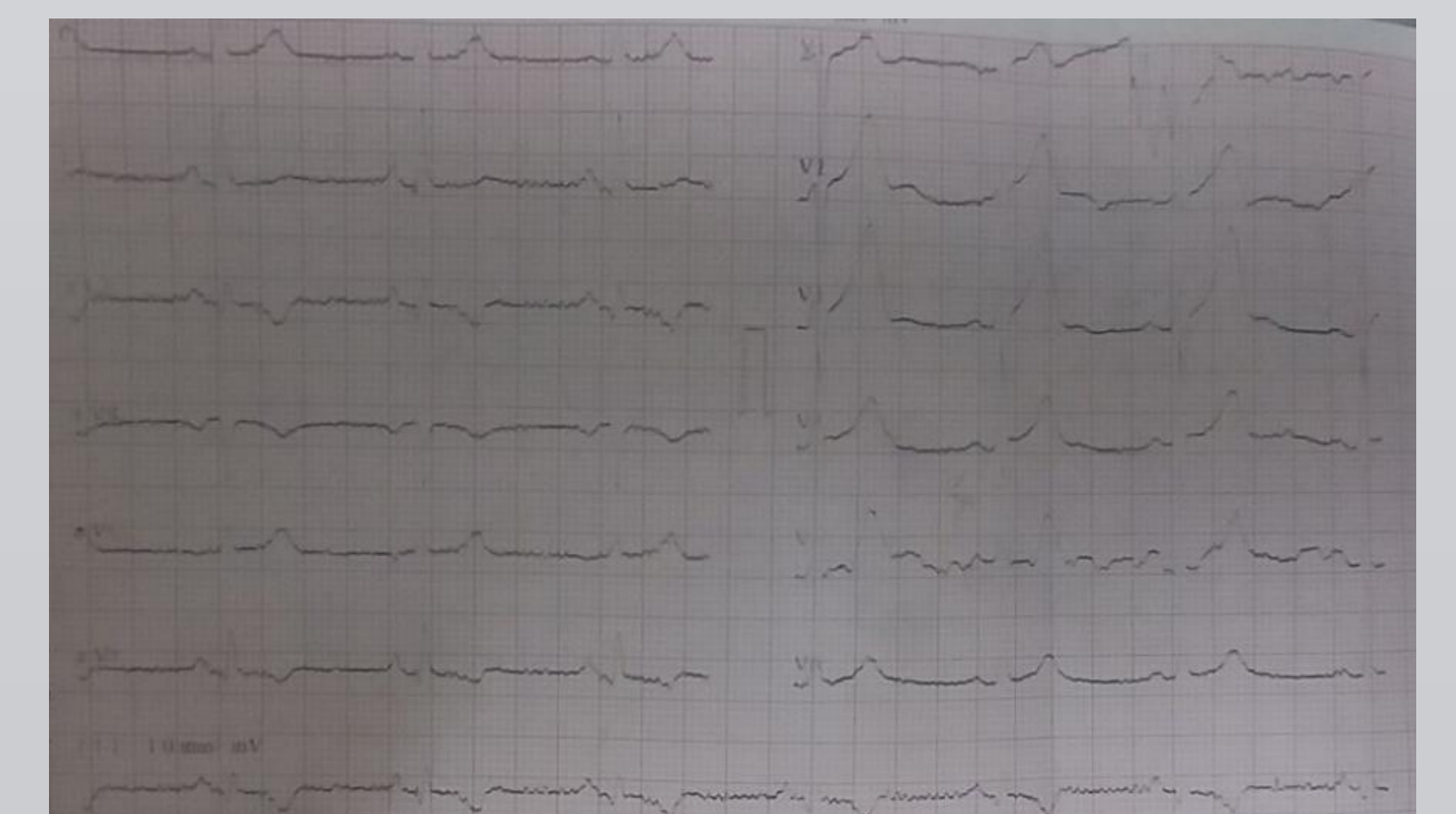


Рис 5. ЕКГ при прийомі у кардіологічне відділення

Висновки: ЕКМО дозволяє забезпечити необхідний кровообіг і оксигенацію при ГІМ та КШ, коли серце фактично не може функціонувати адекватно. У сукупності з одночасно проведеною реваскуляризацією є ефективним методом лікування. Цей випадок підкреслює, що ЕКМО може бути проведена ургентно в найкоротші терміни і є важливою ланкою у лікуванні критичних хворих з ГІМ та тяжким КШ та значно підвищує шанси пацієнта на сприятливі результати. Методика потребує подальшого вивчення і дослідження на предмет ефективності, безпеки, можливих ускладнень та для мінімізації недоліків.

**ПОСТЕРНА СЕКЦІЯ:
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
ПУЛЬМОНОЛОГІЇ**

ПІОПНЕВМОТОРАКС НА ФОНІ ЗАХВОРЮВАННЯ НА COVID-19 УСКЛАДНЕНОГО ДВОСТОРОННІМ ЗАПАЛЕННЯМ ЛЕГЕНЬ.

Харківський національний медичний університет, кафедра внутрішньої медицини №1, м. Харків

Автор: інтерн кафедри внутрішньої медицини №1 ХНМУ Бабаєвська Ю.О., аспірант кафедри внутрішньої медицини №1 ХНМУ Тверезовська І.І.

Науковий керівник: доцент кафедри внутрішньої медицини №1 ХНМУ, к.мед.н. Молодан В.І.

Актуальність: Коронавірусна інфекція — COVID-19 (абревіатура від англ. COrona VIRus Disease 2019)— потенційно тяжка гостра респіраторна інфекція, викликана збудником SARS-CoV-2. Захворювання визнано пандемією XXI ст. Різноманітність та непередбачуваність ускладнень COVID-19 являє справжню проблему для лікарів. А обтяжений анамнез пацієнта може спровокувати швидко прогресуюче погіршення стану, що ускладнює ефективність допомоги хворому.

Мета: Проаналізувати клінічний випадок хворого з піопневмотораксом на фоні тяжкого протікання захворювання COVID-19 ускладненого двостороннім запаленням легень. Проаналізувати лікувально-дагностичні заходи при веденні пацієнта

Клінічний випадок

Паспортна частина: Хворий С.

Вік-40 років (1982р.)

Місце роботи: тимчасово безробітний

Дата госпіталізації: 12.04.2021

Анамнез захворювання та життя:

Вважає себе хворим біля тижня, коли з'явилися скарги на підвищену температуру до 38С, швидку втомлюваність, виражену задишку, запаморочення, сухий надсадний кашель, набряки гомілок.

Вважає себе хворим протягом тижня, коли з'явилися вищезазначені скарги. За словами пацієнта, має наркотичну залежність з 34 років, вживання ін'єкційних наркотиків заперечує протягом року, назву препаратів, які вживав, не вказав.

Дані додаткових методів дослідження:

Лабораторних:

КАК: Зниження рівня Нб 103г/л.
ШОЕ 45мм/год. Лейкоцитоз 22,5,
тромбоцитоз 458

Бх. крові: підвищення креатиніну
394,2 ммоль/л

КАС: еритроцитурія

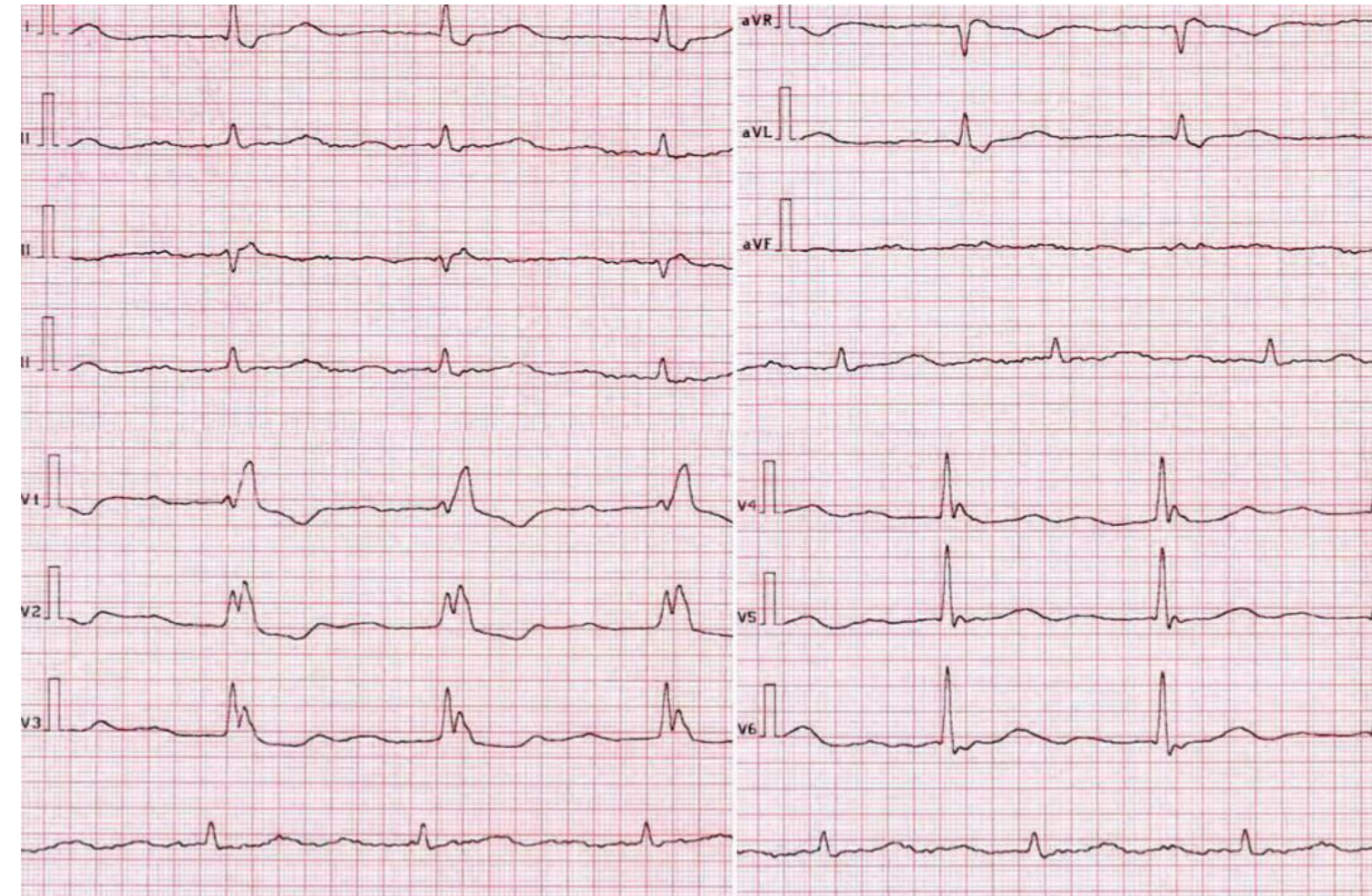
Аналіз крові на віруси гепатиту та
ВПЛ: негативні

ПЛР до вірусу SARS-CoV: позитивний

Бак. посів мокротиння: Enterobact
clostridie

Інструментальних:

ЕКГ: блокада правої та лівої ніжки п.
Гіса, дифузне порушення процесів
реполяризації.



Мал.1 – ЕКГ пацієнта виконане у стаціонарі.

ЕхоКГ з доплером

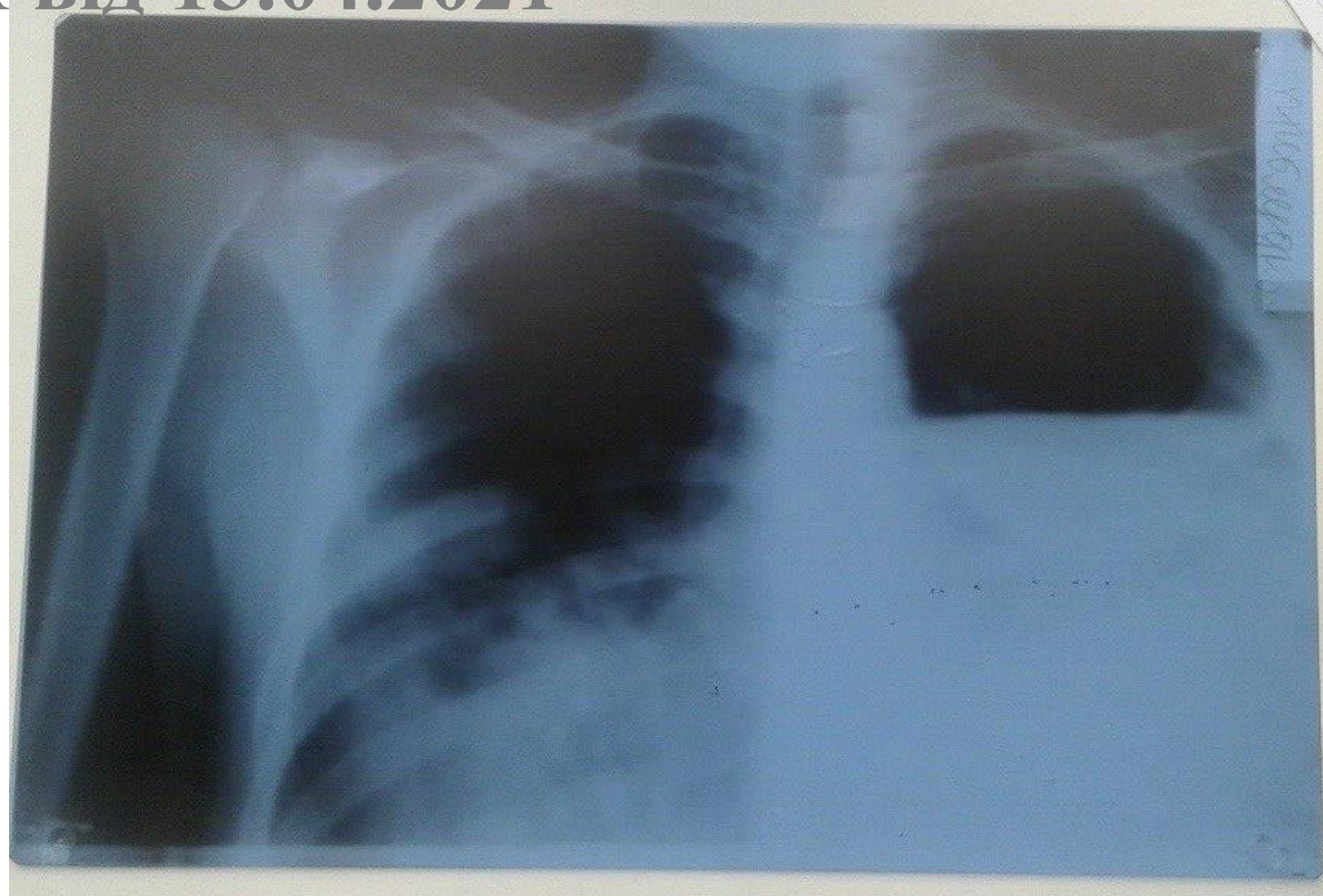
Регургітація на тристулковомілкі патологічні об'єкти на тристулковому та аортальному клапанах, беручи до уваги анамнез хворого визначаються бактеріальні вегетції

Дилатація порожнин обох шлуночків та правого передсердя. Гіпертрофія міокарда обох шлуночків, переважно лівого по концентричному типу.

Фракція викиду 59%

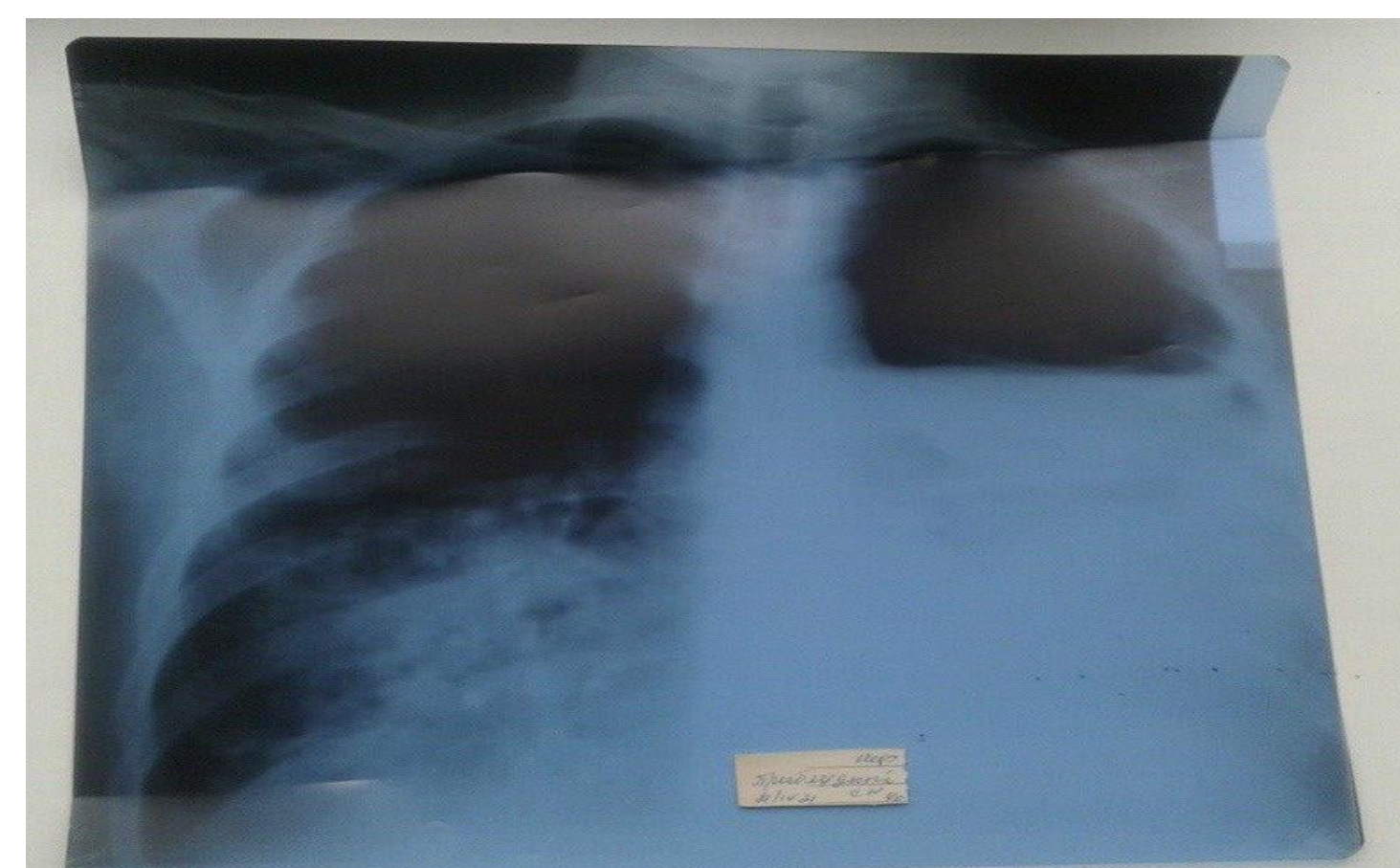
Р-о ОГК від 13.04.2021

Ознаки двосторонньо пневмонії. Лівосторонній гідроторакс



Р-о ОГК від 21.04.2021

Беручи до уваги дані анамнезу, клінічну картину, не виключено піопневмоторакс зліва. Двобічна пневмонія



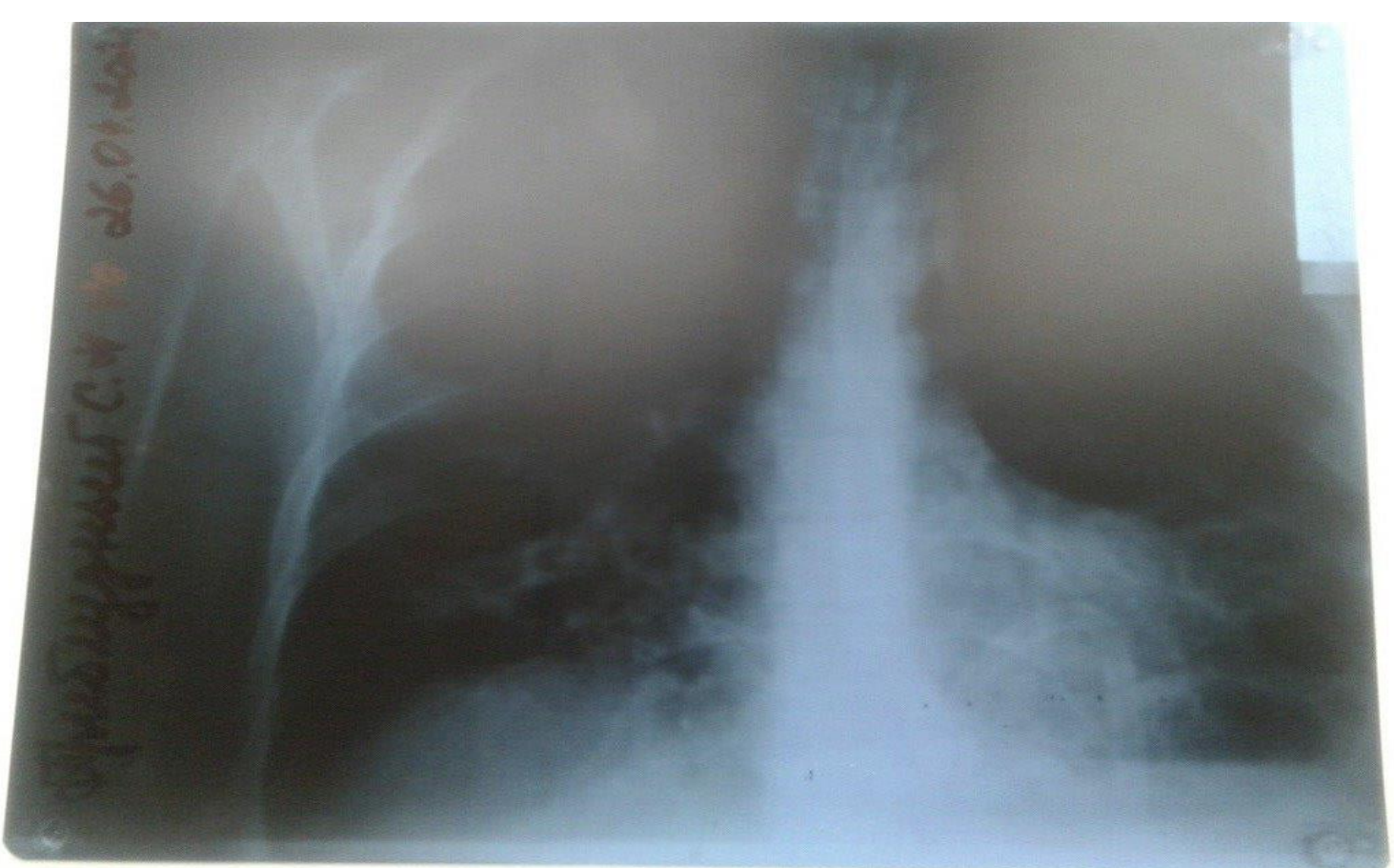
Консультація торакального хірурга 26.04.2022

Необхідне встановлення дренажу

Встановлення дренажу для видалення плеврального випоту

Р-о ОГК від 26.04.2021

Ознаки двосторонньої пневмонії. Лівосторонній плеврит



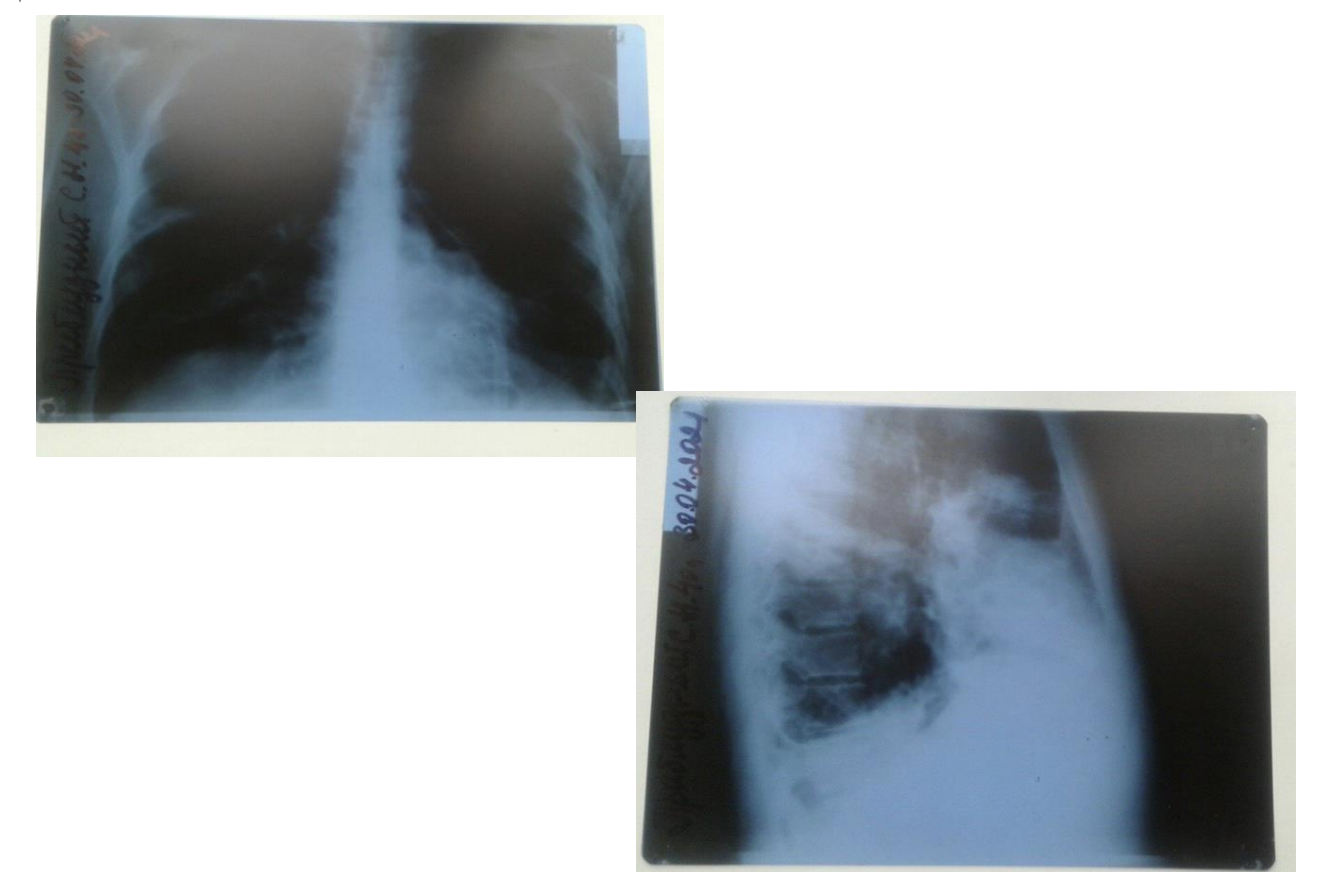
Р-о ОГК від 28.04.2021

Ознаки двосторонньо пневмонії. Лівосторонній плеврит.



Р-о ОГК від 28.04.2021

Ознаки двосторонньо пневмонії. Лівосторонній плеврит. Підшкірна емфізема зліва. Рекомендовано переведення до відділення торакальної хірургії



ЗАКЛЮЧНИЙ ДІАГНОЗ, ЙОГО ОБҐРУНТУВАННЯ:

Коронавірусна хвороба Covid-19 (ПЛР до вірусу SARS-CoV (коронавірус) №ЛОНІ/077590 /2021 К від 14.04.2021р. позитивний). Негоспітальна двобічна пневмонія ІІІкл.група. ЛН ІІст. Лівобічний ексудативний плеврит. Септичне ураження тристулкового, аортального клапанів з СН В зі збереженою ФВ 59% . Ін'єкційна наркоманія. ХХН ІVст.

Лікування:

Гормональна терапія	Дезінтоксикаційна терапія	Діуретична терапія
<ul style="list-style-type: none"> Солу-медрол 1000мг*1р/добу№2, 500мг*1р/добу№3, 250мг*1р/добу№3, 125мг*1р/добу№3. 	<ul style="list-style-type: none"> Реосорбілакт 200мл №5 	<ul style="list-style-type: none"> Трифас 20мг №3 Фуросемід 40мг №3
Антиромботична терапія	Антибактеріальна терапія	Хірургічне дренування абсцесу
<ul style="list-style-type: none"> Клексан 0,6мл*2р/день№7, 0,4*2р/день№5, 0,2*2р/день№6. 	<ul style="list-style-type: none"> Левопро 750мг*1р/добу №7 Меропенем 1000мг*1р/добу №7 Тайгецил 100мг далі по 50мг через 12год. №5 	

Висновки:

Особливості даного клінічного випадку.

Особливістю даного клінічного випадку є наявність у хворого наркотичної залежності, що в свою чергу сприяло ураженню багатьох органів та систем. Приєднання коронавірусної інфекції спровокувало розвиток двосторонньої пневмонії з плевральним випотом та піопневмотораксом. Потужна антибактеріальна та гормональна терапія, своєчасне хірургічне втручання дозволило пролікувати пацієнта максимально ефективно.

Джерела інформації:

1. [Протокол «Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби \(COVID-19\)»](#)

Об'єктивний статус:

- Загальний стан – тяжкий Свідомість – сплутана.
- Температура тіла: 38С
- Тілобудова-нормостенік ІМТ 25 кг/м2
- Периферичні лімфатичні вузли – не збільшені, неболючі.
- SpO2-94%/. ЧДД 24/хв
- Симптом Пастернацького від'ємний з обох боків.
- Над легнями перкуторно легеневий звук, притуплення перкуторного звуку в нижній ділянці ліво легені. Аускультативно дихання жорстке, хрипи вологі, в н/середніх відділах, не прослуховується нижня ділянка лівої легені.
- Аускультативно шум регургітації в області проєкції аортального та тристулкового клапана
- Живіт при поверхневій пальпації м'який, безболючий
- Набряки обох гомілок

Автор: інтерн кафедри внутрішньої медицини №1 ХНМУ, Беляєв А. І

Науковий керівник: доцент кафедри внутрішньої медицини №1 ХНМУ, к.мед.н. Молодан В.І.

При появі нової коронавірусної інфекції, і, як результат, пандемії, спричиненої збудником SARS-CoV-2, медичний світ зіштовхнувся з новим викликом, щодо розробки ефективної лікувальної стратегії цього захворювання. Знання механізмів патогенезу захворювання, клінічних проявів та можливих ускладнень – запорука успішного менеджменту пацієнта із коронавірусною інфекцією.

Мета: Проаналізувати перебіг пневмонії при Covid-19 та, враховуючи скарги, дані об'єктивних, лабораторних та інструментальних досліджень, підібрати найбільш ефективну терапію

Группы риска

Дети

Люди старше 60 лет

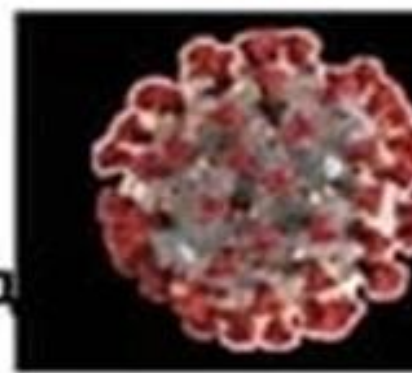
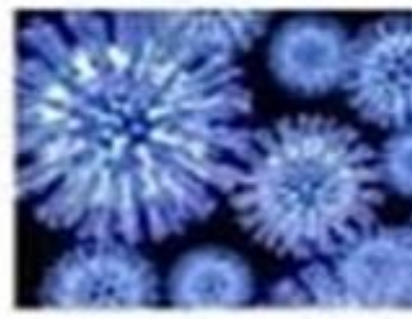
Люди с хроническими заболеваниями легких (бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких)

Люди с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы (врожденные пороки сердца, ишемическая болезнь сердца, сердечная недостаточность)

Беременные женщины

Медицинские работники

Работники общественного транспорта, пред- общественного питания



Клінічний випадок

Паспортна частина:

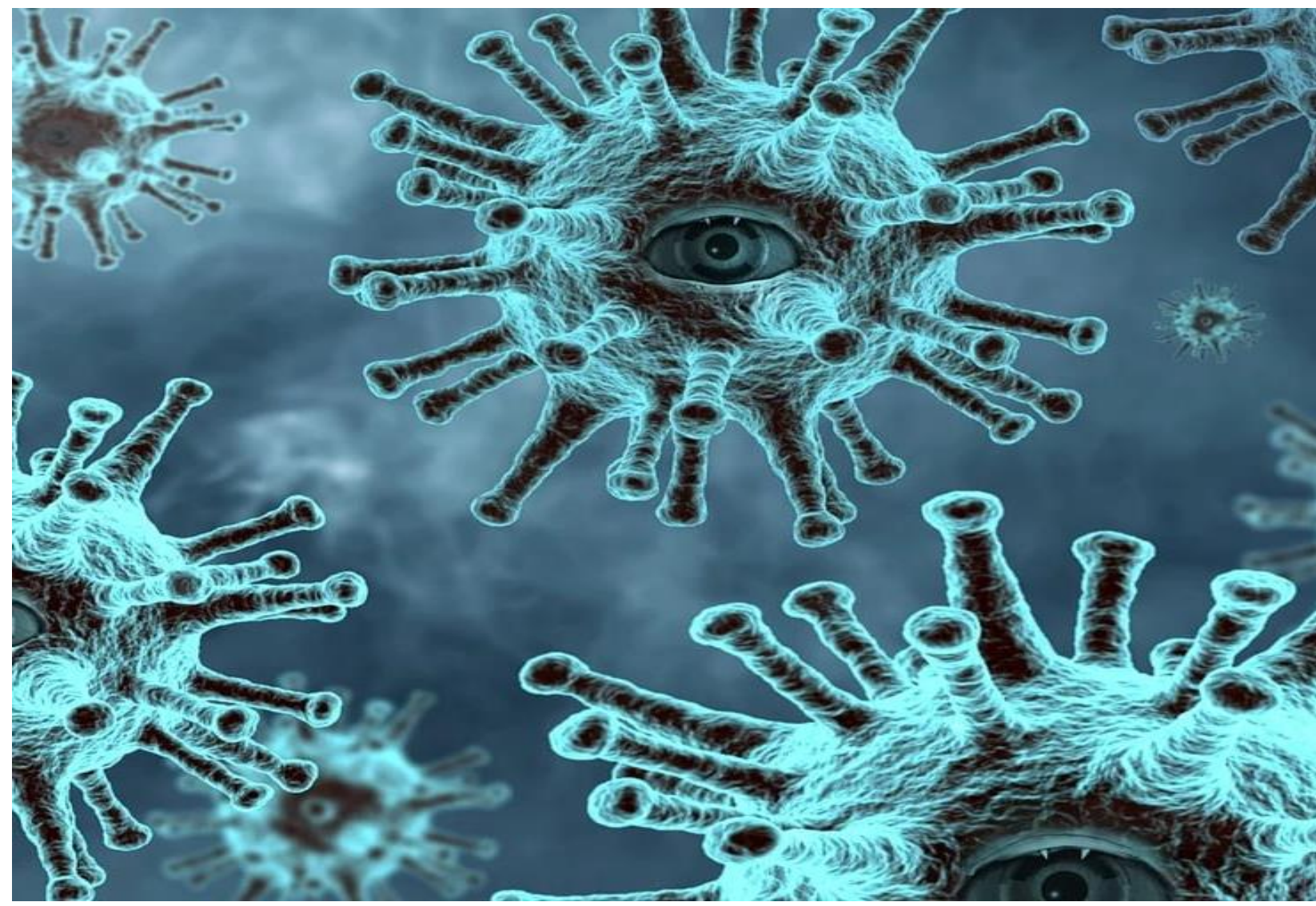
Прізвище: Хвора В.

Вік: 81 рік.

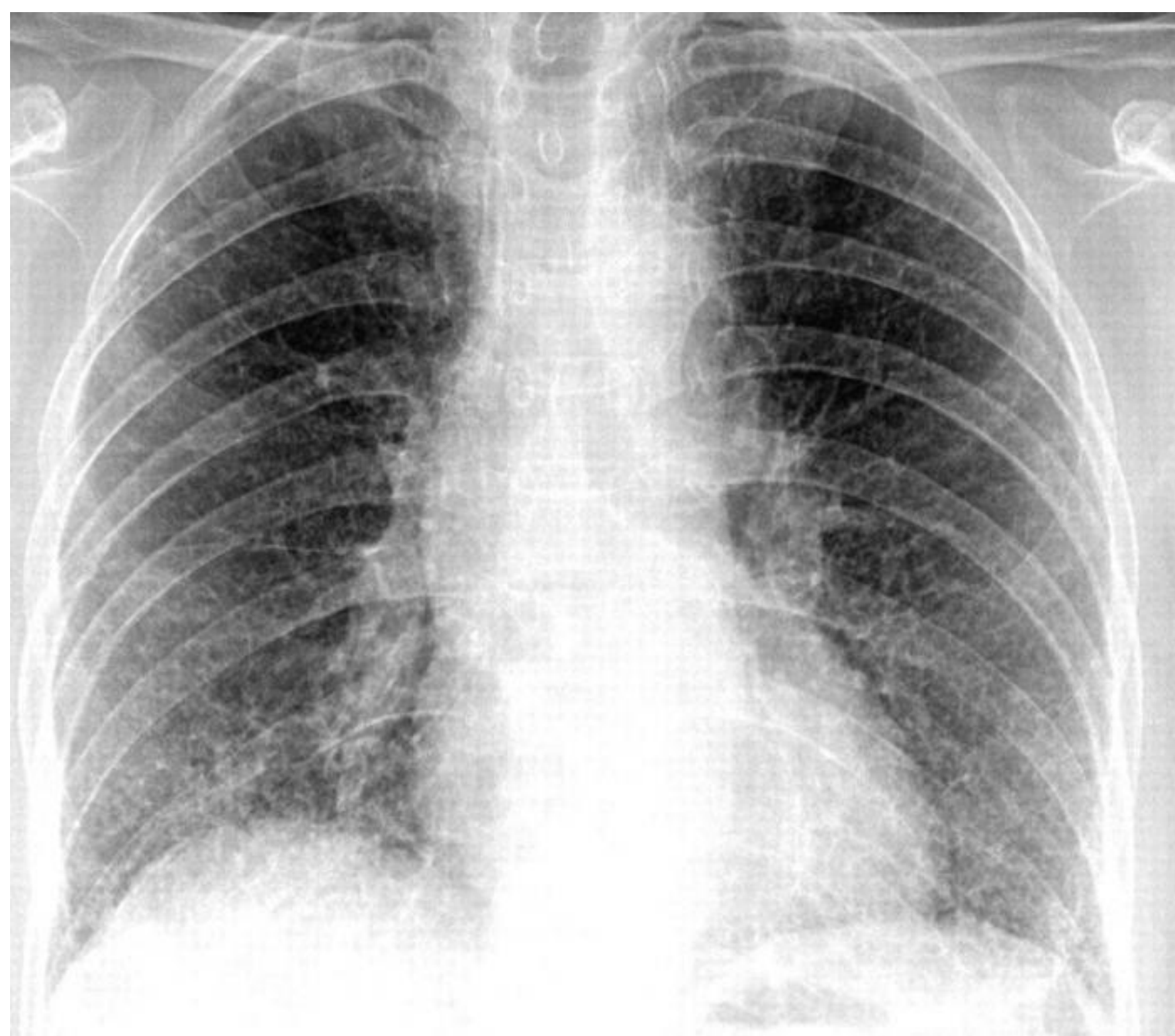
Домашня адреса: м. Харків

Місце роботи, рід: пенсіонер

Анамнез: Пацієнтка Н., вважає себе хворою близько двох тижнів, коли з'явилися скарги на виражену загальну слабкість та підвищену втомлюваність, задишку, відчуття нестачі повітря, малопродуктивний кашель, запаморочення, лихоманку. Лікувалась амбулаторно, без ефекту. Стан хворої погіршився у зв'язку з чим була госпіталізована до стаціонару
Супутні захворювання: ІХС, атеросклеротичний кардіосклероз. СНІА ст. Гіпертонічна хвороба ІІст, 2ст, ризик 3. ДЕП ІІст.



Результати дослідження: SpO₂ – 86%, ЧДР – 25/хв, Т – 38,6. Вислуховуються вологі хрипи у н/в з обох боків.
Клінічний аналіз крові: Hb – 125, Ер – 4,51, КП – 0,92, Ле – 13,8, ШОЕ – 12, П/я – 8, С/я – 75, Лм – 28;
CRP 95,81 mg/L, PCT <0,100ng/ml, D-dimer 580ng/ml;
ПЛР-тест на наявність РНК вірусу SARS-CoV-2 позитивний;
RoОГК – Двобічна пневмонія.



- Основне захворювання: COVID-19 вірус ідентифікований
- Ускладнення: Негоспітальна двобічна пневмонія, ІІІ клінічна група, важкий перебіг. ДН ІІІст.
- Супутні захворювання: ІХС, атеросклеротичний кардіосклероз. СНІА ст. Гіпертонічна хвороба ІІст, 2ст, ризик 3. ДЕП ІІст.

На фоні проведеної терапії (замісна киснева терапія за допомогою ШВЛ, Парацетамол «Інфулган», Ремдесевір, Цефтріаксон, Левофлоксацин «Супралев», Дексаметазон, Еноксапарин «Фленокс», Омепразол, Ацетилцистеїн «Інгаміст», Р-н Рінгера, Тівортін, Мельдоній «Тризипін»). Незважаючи на покращення лабораторних показників (Клінічний аналіз крові: Hb – 118, Ер – 4,06, КП – 0,92, Ле – 9,2, ШОЕ – 6, П/я – 4, С/я – 8, Лм – 23; CRP – 38 mg/L), хвора знаходилась у тяжкому стані.

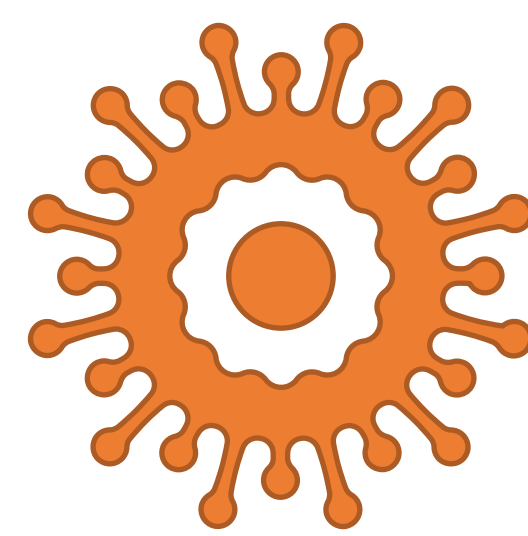
Хвору турбувала сильна задишка, відчуття нестачі повітря (SpO₂ – 80% при ШВЛ), та продовжувалась лихоманка (38,2°C), у зв'язку з чим було прийняте рішення призначити хворій меропенем та перевести з дексаметазону на більш інтенсивну терапію Метилпреднізолоном «Солу-медрол». Через наявність у харкотинні хворої домішок крові, додатково була призначена Транексамова кислота («Циклокапрон-Здоров'я») 500 мг в/в крап., а також зменшена доза Еноксапарину до 0,4 мл. Після коригування терапії, у пацієнтки була відмічена позитивна динаміка загального стану: нормалізувалась температура тіла, мокротиння стало прозорого кольору, за результатами рентгенологічного обстеження зменшився об'єм інфільтрату в легенях, покращилися результати лабораторних досліджень. На тлі проведеного лікування у хворої зберігалась задишка, відчуття нестачі повітря та кашель під час фізичного навантаження, загальна слабкість. На рентгенограмі органів грудної клітки було визначено деформацію легеневого малюнку по типу пост-пневмонічного фіброзу. На УЗД легень визначені залишкові інтерстиціальні зміни. Хвора виписана з відносним покращенням, були надані рекомендації.

Висновки: Важливо пам'ятати, що перебіг COVID-19 залежить від багатьох факторів, які треба враховувати при підборі лікування. Терапевтична стратегія повинна бути направлена на усунення запалення у легенях, надання хворому кисню, якщо у цьому є потреба, усунення бактеріальних чинників, які приєднуються на тлі вірусної інфекції, запобігання утворення тромбів, підтримку стабільного для хворого функціонування серцево-судинної системи, та, якщо є можливість, на ранніх етапах захворювання рекомендовано призначати антивірусні препарати. Також для полегшення перебігу захворювання, необхідно контролювати стан супутньої патології за необхідності проводити симптоматичне лікування. В свою чергу хворий має своєчасно звертатися у лікарню за медичною допомогою та в жодному разі не займатися самолікуванням. Своєчасне звернення за допомогою та госпіталізація хворого, правильна інтерпретація лікарем об'єктивних, лабораторних, інструментальних даних, та подальше призначення ефективної терапії – є запорукою успіху у лікуванні коронавірусної хвороби.

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ВВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА З КОРОНАВІРУСНОЮ ХВОРОБОЮ
Харківський національний медичний університет, кафедра внутрішньої медицини №1, м. Харків

Автор: лікар-інтерн кафедри внутрішньої медицини №1 ХНМУ Макаренко.Н.І.

Науковий керівник: доцент кафедри внутрішньої медицини №1 ХНМУ, к.мед.н. Молодан В.І.

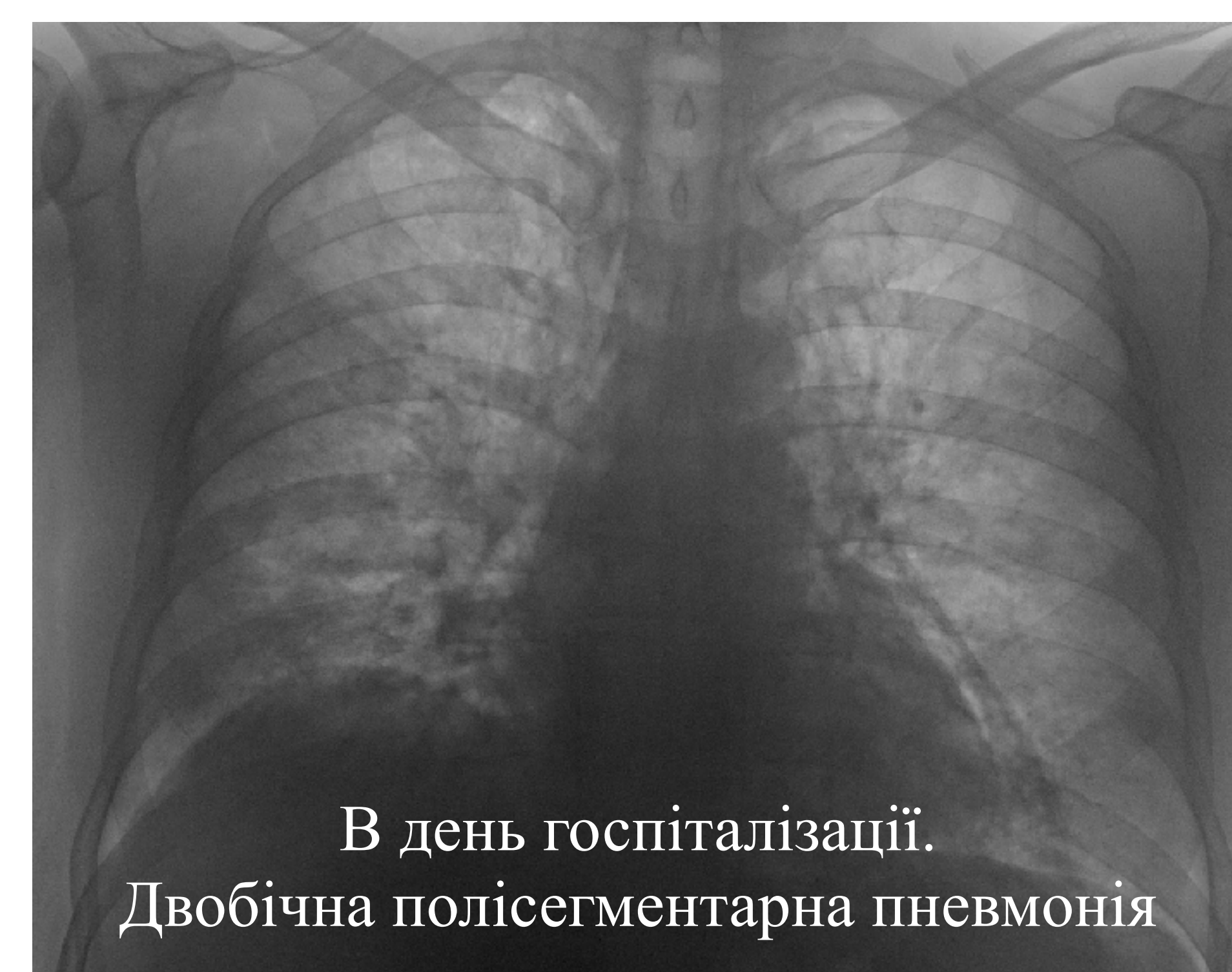


Актуальність:

Поширеність коронавірусного захворювання, нові «маски» вірусу SARS CoV-2 спричиняють появу різноманітних клінічних варіантів хвороби, які потрібно розрізняти, «сортувати» на моменті госпіталізації, діагностики та лікування.

Мета роботи полягає у вивченні сучасних вітчизняних протоколів лікування коронавірусної хвороби та у порівнянні рекомендації з реальною практичною картиною, визначенні основних проблем для подальшого їх вирішення.

Рентгенологічне дослідження



В день госпіталізації.
Двобічна полісегментарна пневмонія



Після 14 днів лікування.
Лівобічна полісегментарна пневмонія



В день виписки. Фіброз ліворуч та праворуч

Клінічний випадок:

Чоловік, 41 рік.

Місце роботи - приватний підприємець.

При госпіталізації мав **скарги** на:

задишку змішаного характеру; біль у грудях при акті дихання; підвищення температури тіла до 39; кашель з відходженням серозного мокротиння; загальну слабкість; тахікардію.

Захворів гостро (приблизно за 2 тижні до госпіталізації), коли підвищилась температура тіла до 39; лікувався вдома антибіотиками, назв не пам'ятає.

Від COVID-19 не вакцинований.

Туберкульоз, вірусні гепатити, цукровий діабет, алергію на медикаменти заперечує.

Не палить.

Фізикальне обстеження:

Загальний стан важкий за рахунок дихальної недостатності.

Шкіра та слизові синюшні.

ЧДР = 30/хв. Задишка у спокої, в акті дихання беруть участь м'язи верхнього плечового поясу. Аускультативно - дихання ослаблене з обох сторін, в нижніх відділах крепітація.

SPO₂=78%, SPO₂(O₂)=90%.

Пулс = ЧСС - 115/хв, ритмічний. АТ справа = зліва - 120/70 мм.рт.ст. Аускультативно - тони ритмічні, ясні.

Травний тракт без патологічних змін.

Т - 38.7.

Клінічний діагноз:
Негоспітальна двобічна полісегментарна пневмонія III кл.гр. ЛН II ст.
Коронавірусна хвороба (ПЛР РНК SARS CoV-2 - позитивний), важкий перебіг.

Лабораторні дослідження

Клінічний аналіз крові: лейкоцитоз, підвищення ШОЕ;

Біохімічне дослідження крові: гіпопротеїнемія, підвищення АсАТ, АлАТ, гіперглікемія;

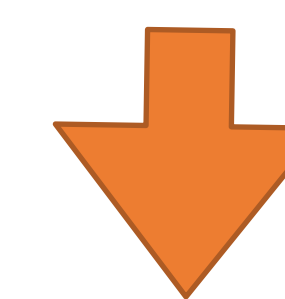
Прокальцитонін - 0,284 нг/мл;

С-реактивний білок - 45,5 мг/л;

Д-димер - 330 нг/мл;

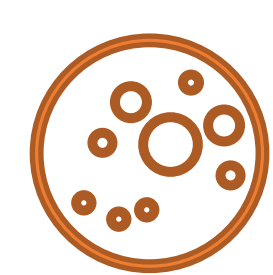
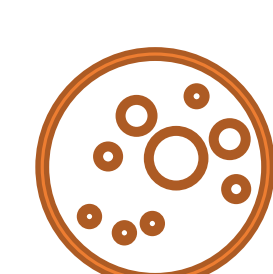
Коагулограма: протромбін 83%, Фібриноген А - 5,3 г/л, Фібриноген В - позитивний.

Лікування:



1. Киснева терапія на масці (10-15л/хв)
2. Дексаметазон - 16 мг x 1/добу в\в (7-10 днів, потім поступово знижуємо дозу)
3. Ремдесивір - в перший день 200 мг в\в краплинно, з 2-5 дні - 100 мг
4. Еноксипарин - 0,4 x 2/добу п/ш

Перед антибіотикотерапією потрібно зробити:

-  Загальний аналіз крові
-  Бактеріальне дослідження мокротиння/трахеального аспірату

 Рівень прокальцитоніну

5. Цефоперазон/сульбактам в\в 2г +Тобраміцин 80 мг в\м

Меропенем 1г в\в +Лінезолідин 600 мг в\в

6. Ацетілцистеїн 300 мг в\в краплинно

7. Флуконазол 200 в\в краплинно

8. Омепразол 40 мг per os

9. Парацетамол 1 г в\в при підвищенні температури тіла

Висновки:

Представлене лікування відповідає державному протоколу.

Дотримання рекомендацій сприяє одуженню пацієнтів; сповільненню розповсюдження антибіотикорезистентності; зниженню кількості летальних випадків та ірраціональному призначенню медикаментів.

Джерела інформації:

Протокол «Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби»
Наказ Міністерства охорони здоров'я України 02 квітня 2020 року No 762 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 30 грудня 2021 року No 2948)

Противірусна та антибактеріальна терапія у пацієнта з важким перебігом коронавірусної хвороби COVID-19

Харківський національний медичний університет, кафедра внутрішньої медицини №1, м. Харків

Автор: лікар-інтерн кафедри внутрішньої медицини №1 ХНМУ Федосова Д.С.

Науковий керівник: доцент кафедри внутрішньої медицини №1 ХНМУ, к.мед.н. Молодан В.І.

Актуальність:

Поширеність інфікування на коронавірусну хворобу COVID-19 на початок 2022 року становить 8,92% від загальної кількості населення України, 96089 смертельних випадків по Україні. Враховуючи те, що дане захворювання передбачає вплив на механізми патогенезу супутніх захворювань, вищу ймовірності ускладнень та зростання летальності, зменшення якості та тривалості життя, питання тактики ведення пацієнта та вибору адекватної терапії при лікуванні коронавірусної хвороби COVID-19 є важливою проблемою сучасної медицини.

Мета:

Дослідити ефективність противірусної та антибактеріальної терапії у пацієнта з важким перебігом коронавірусної хвороби COVID-19.

Клінічний випадок:

Пацієнт Ш., 42 роки, надійшов до КНП ХОР Обласний клінічний спеціалізований диспансер радіаційного захисту населення (ОКСДРЗН) 30.09.2021 року зі скаргами на задишку, кашель із невеликою кількістю мокротиння, підвищення t тіла до 39°C, загальну слабкість, головний біль.

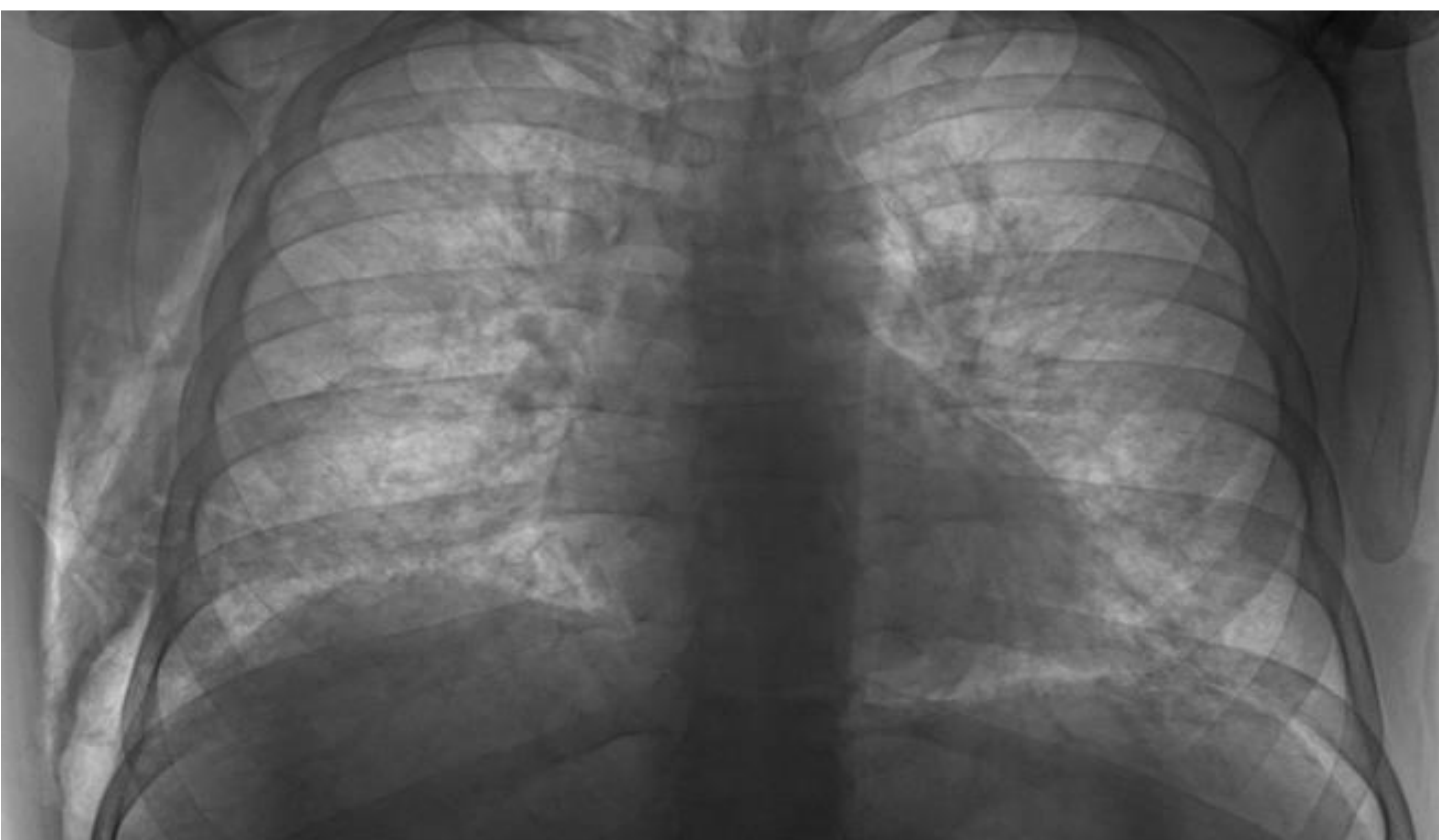
Анамнез хвороби: Захворів гостро 25.09.21, коли з'явилися та почали наростати вищезазначені скарги. Лікувався амбулаторно - без ефекту. 30.09.2021 р. загальний стан погіршився, наростає задишка, ургентно госпіталізований до відділення по боротьбі з коронавірусним захворюванням №1 КНП ХОР ОКСДРЗН.

Анамнез життя: Твс, цукровий діабет, вірусні гепатити, алергію на лікарські засоби заперечує.

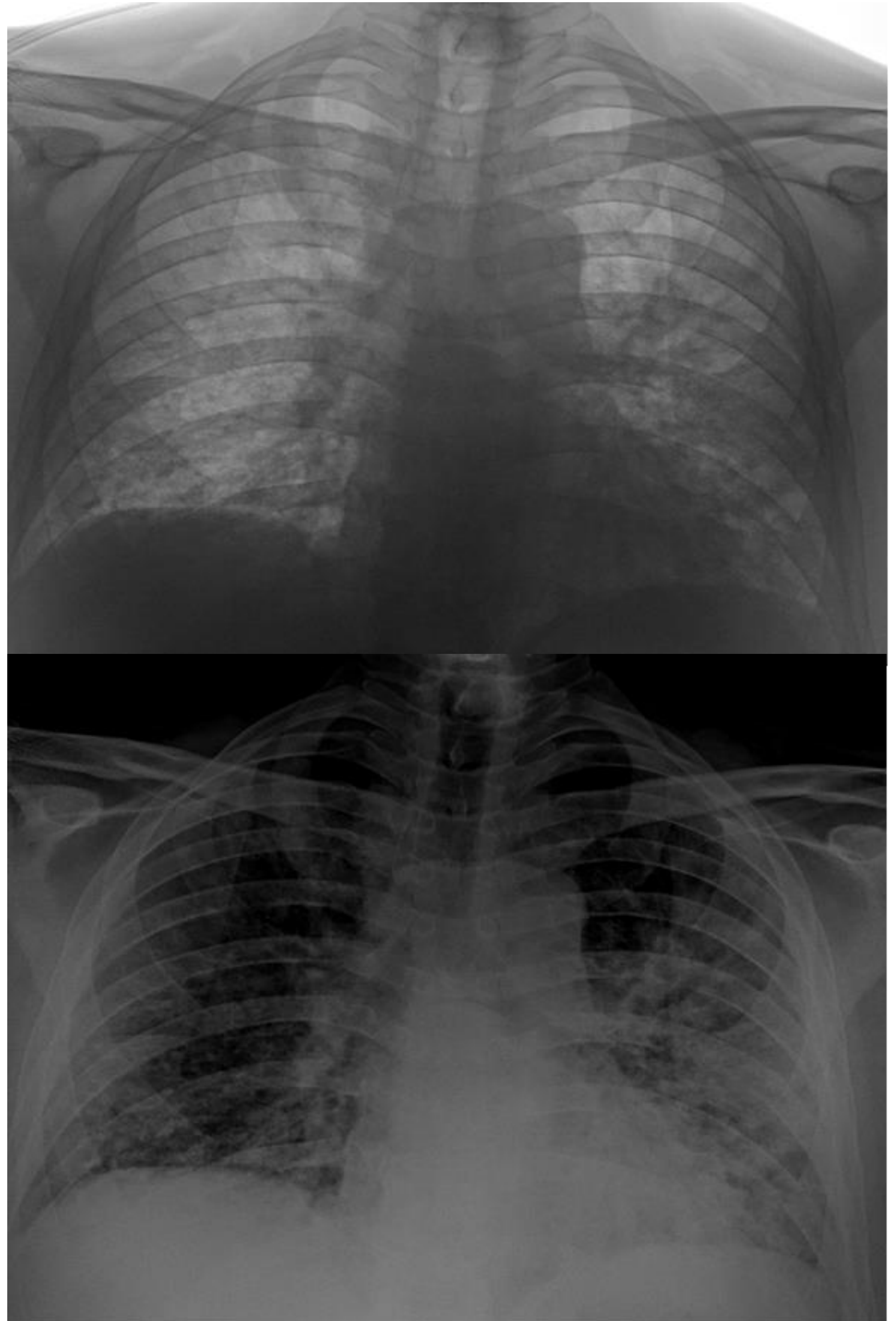
Об'єктивно: стан важкий. Шкірні покриви бліді, чисті. Тони серця приглушені, ритмічні. АТ ліворуч = 130/70 мм рт. ст., АТ праворуч = 130/70 мм рт. ст. Пульс = 90 уд/хв, ЧСС = 90 уд/хв. У легенях ослаблене дихання з обох боків. ЧДР = 22 д/хв., SPO2= 90%. Язик чистий, вологий. Живіт м'який, безболісний при пальпації. Печінка та селезінка не пальпуються. С-м Пастернацького негативний з обох боків. Набряків немає. Фіз. відправлення без особливостей. 11.10.2021 р. стан погіршився, переведений до ВАІТ, 11.10.2021 розпочато неінвазивну ШВЛ в режимі CPAP (Fi O2 – 100%, PEEP – 10 мм рт. ст.). 24.10.2021 р. переведений на дотацію зволоженого O2 10-15 л в секунду. 16.11.2021 у зв'язку з покращенням переведений у відділення по боротьбі з коронавірусним захворюванням №1 до загальної палати.

Діагноз основний: Негоспітальна двобічна полісегментарна пневмонія IV клінічна група. ЛН III ст.

Коронавірусна хвороба COVID 19 (ПЛР РНК вірусу SARS-CoV-2 від 01.10.2021р.), важкий перебіг.



Мал.1 Ro-графія ОГК від 18.10.21 р. (лежачи): Двобічна полісегментарна пневмонія. Праворуч підшкірна емфізема. Серце у межах вікових норм.



Мал.2 Ro-графія ОГК від 09.11.21 р.: Лівобічна нижньодольова пневмонія. Серце у межах вікових норм.

Проведено лікування: Moxifloxacin 400 мг*1 р/д в/в крапельно+ Cefoperazone + beta-lactamase inhibitor 2/2 г*2 р/д в/в струминно, Amikacin 1,5 г*1 р/д в/в крапельно+ Cefepime 2 г*2 р/д в/в струминно, Meropenem 1 г*3 р/д в/в струминно+ Linezolid 600 мг*2 р/д в/в крапельно+ Doxycycline 100 мг*1 р/д в/в крапельно, Remdesivir 100 мг*1 р/д в/в крапельно (5 днів), Baricitinib 4 мг*1 р/д (7 днів), Acetylcysteine 300 мг*1 р/д в/в крапельно, Епохаргін 0,8 мл*2 р/д п/ш, Dexamethasone 24 мг*1 р/д в/в крапельно, Ambroxol 2,0*2 р/д в/в струминно, Theophylline 5,0*1 р/д в/в струминно, Clopidogrel 75 мг*1 р/д per os, Sterofundin Isotonik 500,0*1 р/д в/в крапельно, Chlorprothixene 50 мг*1 р/д per os, Methylprednisolone 1000 мг*1 р/д в/в крапельно, Furosemide + Heparin 20 мг+5000*2 р/д в/в крапельно, Arginine hydrochloride + Levocarnitine 100,0* 1 р/д в/в крапельно, Budesonide 1 небула*1 р/д, Metamizole sodium + Diphenhydramine 2,0+1,0 в/м, Lactic acid producing organism, combinations 1,5 г*2 р/д per os, Paracetamol 1000 мг в/в крапельно, Esomeprazole 40 мг*2 р/д в/в струминно, Fluconazole 100,0*1 р/д в/в крапельно, Omeprazole 40 мг*2 р/д в/в струминно, Cetirizine 5 мг*1 р/д per os, Salmeterol + Fluticasone 25/125 мкг*1 р/д 2 вдохи, Serrapeptase 10 мг*1 р/д per os. Пацієнта виписано з поліпшенням (позитивна клінічна, лабораторна та рентгенологічна динаміка) під нагляд сімейного лікаря за місцем проживання.

Висновок:

Наше спостереження показало ефективність лікувальної стратегії згідно до протоколу МОЗ України, що стосується ведення хворих на коронавірусну хворобу COVID-19 ускладнену пневмонією (негоспітальна двобічна полісегментарна пневмонія IV клінічна група). Хороший результат вдалось отримати за рахунок використання противірусних препаратів (Remdesivir+ Baricitinib), антибіотиків та кортикостероїдів.

Джерела інформації:

Історія хвороби

**ПОСТЕРНА СЕКЦІЯ:
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
ЕНДОКРИНОЛОГІЇ**

ОСОБЛИВОСТІ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСУ ПАЦІЄНТКИ ІЗ СИНДРОМОМ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ

Дніпровський державний медичний університет, кафедра ендокринології, м. Дніпро
«Університетська клініка», м. Дніпро

Автор: кандидат медичних наук, асистент кафедри ендокринології ДМУ Чурсінова Т.В.
завідувачка ендокринологічного відділення «Університетської клініки» Тулук Т.М.

Актуальність

Одним із провідних діагностичних критеріїв синдрому полікістозних яєчників (СПКЯ) є збільшення концентрації андрогенів, переважно тестостерону. Як правило, фахівці визначають загальну фракцію тестостерону. Однак, при СПКЯ можливі різноманітні відхилення гормонального спектру - підвищення лютеїнізуючого гормону (ЛГ), гіперпролактинемія, підвищення концентрації дегідроепіандростерону (ДГЕА), що необхідно враховувати при обстеженні пацієток з підозрою на СПКЯ для виключення діагностичних помилок.

Клінічний випадок

Паспортна частина: хвора У, 1995 року народження. Народилася і проживає в місті Дніпро. Службовець.

Скарги на порушення менструального циклу, підвищення ваги на 10 кг протягом останнього року, надмірне зростання волосся в області обличчя, живота, ніг, вугровий висип в області обличчя.

Анамнез захворювання та життя: менархе з 13 років.

Порушення менструального циклу (МЦ) протягом останніх п'яти років. Тривалість МЦ становить від 25 до 45 днів. Зверталася до гінеколога, який виявив підвищення пролактину в межах 38-78 нг/мл, з приводу чого рекомендував прийом каберголіну по 0,25 мг 2 рази на тиждень.

Фізикальне обстеження:

Зріст 164 см, вага 83,5 кг, МТ-31 кг/м². Шкірні покрови звичайної вологості, акне в області обличчя, верхній частині спини. Індекс Феррімана-Голлвея 9 балів. Щитоподібна залоза еластичної консистенції не збільшена в розмірі. Галактореї немає. Ритм серця правильний, тони чисті, ЧСС – 80 уд/хв., АТ - 110/70 мм рт.ст. Органи дихання, шлунково-кишковий тракт без патології. Периферичних набряків немає.

Дані лабораторних методів дослідження:

Аналіз крові: Нb-132 Г/л, еритроцити-4,29*10¹²/л, лейкоцити-8,32*10⁹/л, ШОЕ-2 мм/год. Лейкоцитарна формула без патології.

У біохімічному аналізі крові виявлено порушення ліпідного обміну: холестерин загальний – 6,3 ммоль/л, ЛПНЩ – 3,06 ммоль/л, ЛПВЩ – 2,82 ммоль/л, ТГ – 0,58 ммоль/л, КА – 1,23 Од.

Гормональні дослідження:

Пролактин – 68,3 нг/мл;

ТТГ – 2,3 мкМОд/мл, св.Т4 – 1,28 нг/дл;

Тестостерон загальний – 2,2 нмоль/л (норма 0,29-1,67), ДГЕА-С – 666,8 мкг/дл (норма 98,8-340). Таким чином, виявлено гіперпролактинемію, яєчникову та наднирникову гіперандрогенемію.

Враховуючи наявність гіперандрогенемії, виключали неklasичну форму вродженої дисфункції кори надниркових залоз, у зв'язку з чим досліджували 17 ОН-прогестерон, що знаходився у референсному діапазоні – 3,47 нг/мл. Рівень гонадотропінів у фолікулярній фазі в нормі ФСГ – 7,2 Од/л, ЛГ – 12,4 Од/л.

Глюкоза – 4,97 ммоль/л, інсулін – 17,52 мкОд/мл, індекс НОМА підвищений – 3,87, що свідчить про наявність інсулінорезистентності.

Також виявлено незначне підвищення екскреції кортизолу із сечею – 436,8 мкг/24 години, на фоні нічного пригнічувального тесту з 1 мг дексаметазону екскреція кортизолу знизилася до 112,4 мкг/24 години.

Дані інструментальних методів дослідження:

УЗД органів малого тазу на 14 день МЦ: розміри тіла матки 49*38*45 мм, не збільшені, положення антефлексіо. Контури чіткі, рівні, структура однорідна. Правий яєчник: загальний об'єм 17,2 см³, у зрізі визначається 10 антральних фолікулів діаметром 3-6 мм. Лівий яєчник: загальний об'єм 10,2 см³, в зрізі 12 антральних фолікулів діаметром 4-6 мм, строма яєчника ущільнена. Шийка матки: розмір 35*24 мм, цервікальний канал лінійний. Додаткові утворення не візуалізуються. Висновок: ознаки СПКЯ.

При проведенні МРТ гіпофізу патологічні зміни не виявлено.

ЕКГ: ритм синусовий, правильний, ЧСС 74 за хв, ЕВС не відхилена.

Враховуючи наявність у пацієнтки клінічних та лабораторних ознак гіперандрогенемії, гіперпролактинемії, олігоовуляції, УЗ-ознак полікістозних яєчників, встановили **ЗАКЛЮЧНИЙ ДІАГНОЗ:** Синдром полікістозних яєчників. Вторинна гіперпролактинемія. Ожиріння I ступеня.

Лікування:

Пацієнтці була рекомендована гіпокалорійна дієта на 1500 ккал/добу, щоденна фізична активність не менше 30 хв на день.

За погодженням з гінекологом рекомендовано прийом комбінованого орального контрацептиву, що містить 30 мкг етинілестрадіолу та прогестаген з антиандрогенним ефектом – дроспіренон 3 мг (Ярина). Рекомендовано прийом препарату з 1 по 21 день МЦ з наступною 7-ми денною перервою.

Прийом препарату Ярина супроводжувався нормалізацією МЦ, зменшенням акне. Через 6 місяців спостереження пацієнтка знизилася вага на 7 кг, нормалізувався рівень пролактину – 9,57 нг/мл та загального тестостерону – 1,4 нмоль/л. Пацієнтка відзначала хорошу переносимість препарату.

При проведенні контрольного УЗД органів малого тазу спостерігалася зменшення об'єму обох яєчників – правого до 7,38 см³, лівого – до 5,98 см³, фолікулярний апарат обох яєчників був типовим.

Висновки:

Гіперандрогенемія у пацієток із СПКЯ може мати не лише яєчникове, а й наднирникове походження.

Дисфункція надниркових залоз також проявляється легким підвищенням рівня кортизолу.

Гіперпролактинемія потребує особливої уваги фахівців – ендокринологів та гінекологів, яким необхідно проводити діагностичний пошук з метою виключення симптоматичних форм гіперпролактинемії.

Гормональний статус пацієток із СПКЯ може характеризуватися помірною вторинною гіперпролактинемією, що не потребує призначення каберголіну.

**ПОСТЕРНА СЕКЦІЯ:
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ**

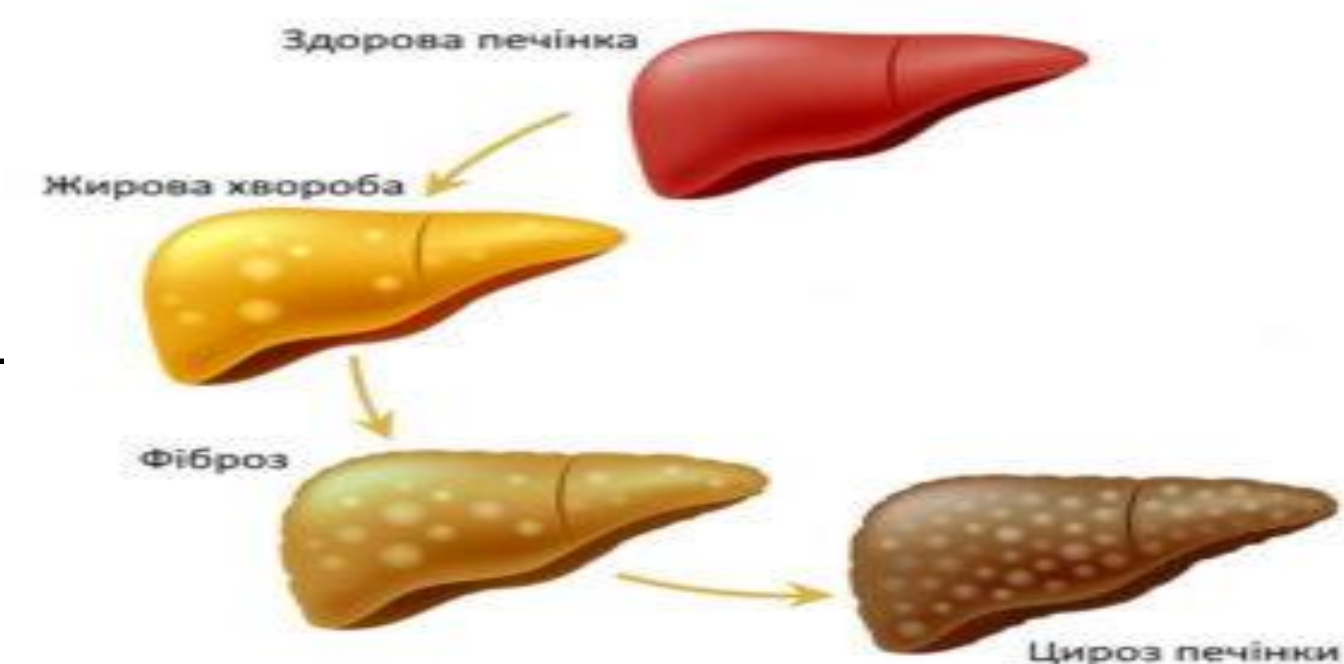
Особливості ведення хворих з аутоімунним цирозом печінки

Харківський національний медичний університет, кафедра внутрішньої медицини №1, м. Харків

Автори: інтерн кафедри внутрішньої медицини №1 ХНМУ Гончаренко Ю.В., к.мед.н., асистент кафедри внутрішньої медицини №1 ХНМУ Лапшина Л.А.

Актуальність. Незважаючи на значні успіхи в діагностиці та лікуванні захворювань органів травлення цироз печінки залишається однією з найчастіших причин смертності серед захворювань ШКТ від яких щороку помирає біля 2 млн чоловік. Чоловіки хворіють в 2 рази частіше ніж жінки. Цироз печінки найчастіше виникає в середньому у віці 45 років у чоловіків та в 55 років у жінок. Найбільш частими причинами виникнення цирозу печінки є вірусні гепатити, аутоімунний та зловживання алкоголем. Щоденне вживання 60 г етанолу чоловіками та 30 г етанолу жінками через 5-8 років призводить до розвитку цирозу печінки.

Мета: На прикладі даного клінічного випадку розглянути особливості ведення пацієнта з аутоімунним цирозом печінки.



Клінічний випадок

Паспортна частина: Хвора М., 33

Анамнез захворювання та життя:

Надійшла до гастроентерологічного відділення 24.11.21 зі скаргами на дискомфортні відчуття у животі, періодичний ниючий біль у правому боці і надчеревній ділянці, печію, нудоту та важкість після прийому їжі, помірний метеоризм, часті головні болі, задишку та серцебиття при фізичному навантаженні, виражену втомлюваність та слабкість. Вважає себе хворою з 02.2020 року, коли раптово з'явилася симптоматика ГШКК- гематемезис, аспіраційна двобічна пневмонія. Останнє погіршення близько 2 тижнів тому, коли рецидивували вищеперелічені скарги.

Фізикальне обстеження: Загальний стан - середньої тяжкості. Шкіра і видимі слизові чисті, бліді, вологі. Над легенями дихання везикулярне, хрипів немає. ЧДР- 14/хв. Діяльність серця ритмічна-тони дещо приглушені, ритмічні. АТ 110/70 мм.рт.ст. ЧСС- 72уд/хв. Язик вологий, обкладений білим нальотом. Живіт не збільшений, дещо піддутий, при пальпації безболісний. Печінка по Курлову 13:10:9 см, край м'який, рівний, не болючий. Селезінка збільшена на 7см. Кишечник помірно роздутий. Діурез-більше 1 л на добу, вільний. Випорожнення-1-3р. на добу, коричневого кольору. Набряків немає.

Дані додаткових методів дослідження:

Лабораторних: Ер.-4,24*10¹², Нб-111 г/л, лейкоцити-4,1*10⁹, лімфоцити-24,3%, моноцити-8,0%, гранулоцити-67,7%, тромбоцити-59*10⁹/л, ШОЕ-8 мм/год. Біохімічний аналіз крові: АлТ- 47 О/л, АсТ-33 О/л, тимолова проба-8,4, білірубін загальний-17,5мкмоль/л, прямий-4,5мкмоль/л, непрямий-13,0 мкмоль/л, лужна фосфатаза-1310 О/л, креатинін-53, сечовина-5,6, заг.білок-69 г/л, альбуміни-61,2%. Антимітохондріальні антитіла (АМА)- <1:100-негативний результат. Антинуклеарні антитіла (ANA)- 1:100- позитивний результат. ПЛР.

Інструментальних: ВЕГДС: варикозне розширення вен стравоходу 3 ступеня, стан після ендоскопічної склеротерапії. Портальна гіпертензивна гастропатія. Застійна дуоденопатія. Ректороманоскопія: ВРВ прямої кишки 1ст поза загостренням. Катаральний проктит поза загостренням. Ехосонографічне дослідження органів черевної порожнини: дифузні зміни печінки. Ехоознак підвищення коефіцієнта затухання ультразвуку в паренхімі печінки не виявлено, по класифікації NAS стадії стеатозу S-0. За даними еластометрії зсувної печінки за шкалою METAVIR- F-4. Ехоознаки портальної гіпертензії, хронічного холециститу.

ЗАКЛЮЧНИЙ ДІАГНОЗ, ЙОГО ОБҐРУНТУВАННЯ:

Аутоімунний цироз печінки, клас С за Чайльд-Пью, стадія декомпенсації, з синдромами цитолізу та холестазу, паренхіматозно-клітинною недостатністю, гепатоспленомегалією з гіперспленізмом (важка панцитопенія), портальною гіпертензією IIIст. (ГШКК від 16.06.2020р.- гематемезис), асцитом, печінковою енцефалопатією II ст. Анемія хронічного захворювання.

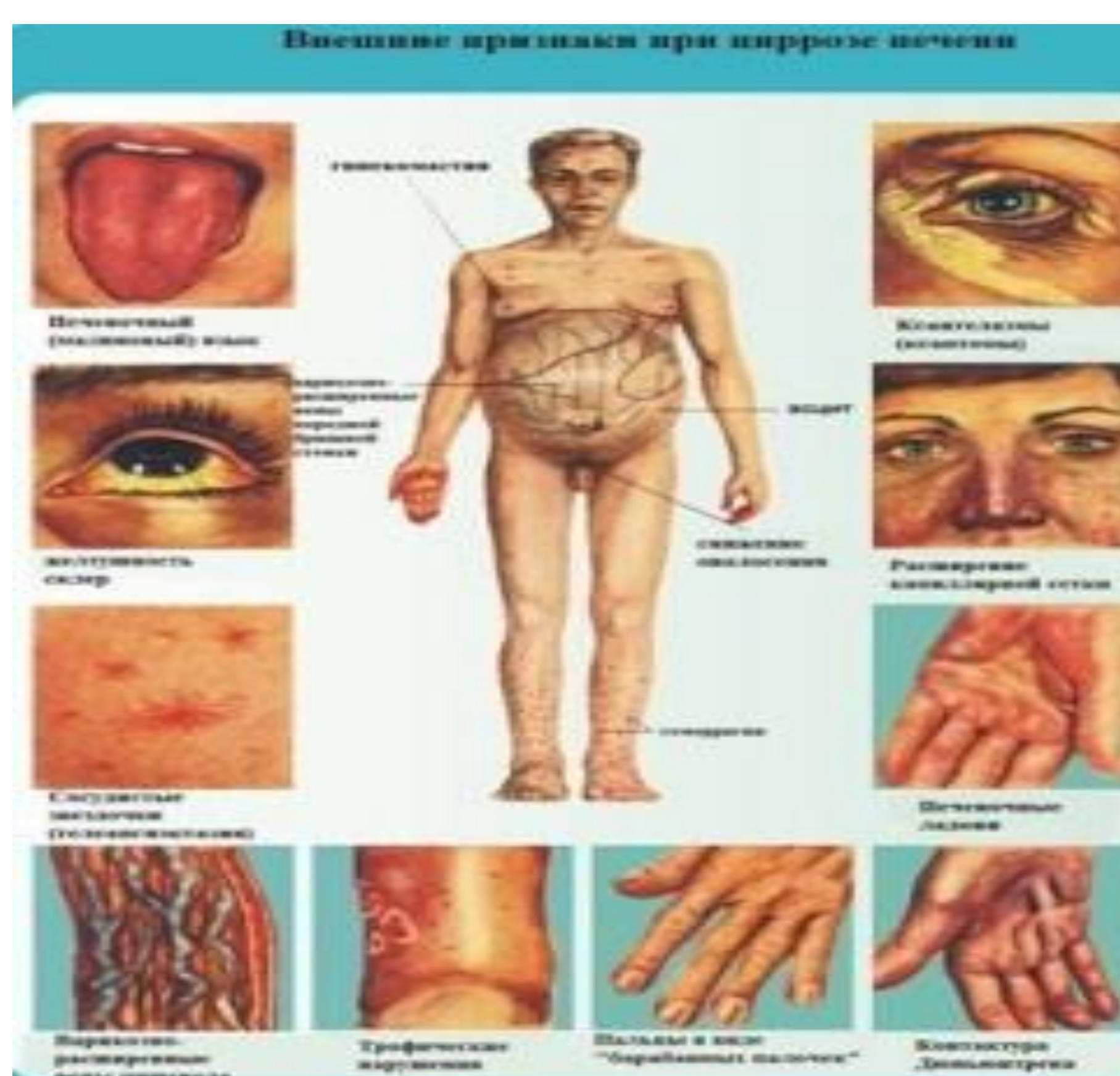


Рис. – Характерні ознаки цирозу печінки

Лікування: гептрал по 500 мг 2 р/ д, гепаризин 2 амп. в/в стр. повільно, урсофальк- 500 мг 2р/д, спіронолактон-25 мг вранці, таллітон-12,5 мг, пантопразол-40 мг 1р/д, дуфалак по 5-10 мл, метипред-4 мг/добу.



Висновки:

1. На прикладі даного клінічного випадку ми бачимо особливості ведення хворої з аутоімунним цирозом печінки, який мав безсимптомний перебіг.
2. Хвора звернулася за медичною допомогою вже коли з'явилися виражені ознаки цирозу печінки-портальна гіпертензія (асцит, кровотеча з варикознорозширених вен стравоходу), печінкова енцефалопатія.
3. Застосування метипреду по 4 мг/добу для лікування цирозу печінки аутоімунного генезу сприяло значному покращенню стану пацієнта.

Біохімічний аналіз крові			
	Загальний білок, г/л	АЛТ, О/л	АСТ, О/л
День 1	69	47	33
День 3	66	45	31
День 5	70	41	30
День 7	73	39	28

Рис.4 – Динаміка показників лабораторних аналізів

ОСОБЛИВОСТІ СПАЗМОЛІТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРОГО З ЗАГОСТРЕННЯМ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Харківський національний медичний університет, кафедра внутрішньої медицини №1, м. Харків
А.К.Кордюмова, В.І.Молодан

Актуальність

Терапевтичний ефект спазмолітиків має важливе значення у лікуванні пацієнтів з хронічним панкреатитом. Це пов'язане з відновленням механізмів м'язового скорочення: розслабленням гладком'язових клітин, що сприяють зниженню тонуусу та поліпшенню кровопостачання стінки підшлункової залози, зниженню внутрішньопорожнинного тиску і як наслідок – больових відчуттів.

Мета

Дослідити ефективність комбінованого спазмолітичного лікування у пацієнта з загостренням хронічного панкреатиту.

Клінічний випадок

Паспортна частина:

Хворий В., 48 років скаржиться на періодичну печію та помірні болі в надчеревній ділянці, нудоту та важкість після прийому їжі, помірний метеоризм, ниючий біль у правому підребер'ї, виражену слабкість.

Анамнез захворювання та життя:

Хворим вважає себе більше 2х років, коли вперше з'явилися вищеописані скарги. Шкідливих звичок немає, періодичне порушення дієти

Фізикальне обстеження:

Нормального харчування. Нормостенік. Шкіра та слизові оболонки чисті, бліді, вологі. АТ 130/80 мм рт ст., ЧСС- 72/хв., ЧД- 16/хв. Язик рожевий, обкладений білим нальотом. Живіт не збільшений, болючий в епі- та мезогастрії, правому підребер'ї. Печінка за Курловим: 14:11:10 см, край м'який, рівний, неболючий. Кишківник помірно роздутий. Набряків немає.

Дані додаткових методів дослідження:

Лабораторних:

Л-7,4*10⁹/л
Лімф-38*10⁹/л
М-9*10⁹/л
Гр-53*10⁹/л
Ер-4,82*10¹²/л
Нв-148 г/л
Т- 238*10⁹/л
ШОЕ- 3мм/год
АСТ- 23 О/л
АЛТ- 20 О/л
ТП- 0,7
Бз-9 мкмоль/л
Бп-2,1 мкмоль/л
Бнепр- 6,9 мкмоль/л
ЛФ- 1170, ГГТП- 15,2 О/л
креатинін- 91 мкмоль/л
сечовина- 5,4 мкмоль/л
глюкоза- 5,83
СРБ- 6, ЗХ- 4,65 ммоль/л
амілаза- 49 О/л.

Інструментальних:

УЗД органів черевної порожнини:
ехоознаки хронічного панкреатиту, жовчно-кам'яна хвороба.
ФГДС:
ознаки грижи стравохідного отвору діафрагми 1ст, аксіальна нефікована. Дистонія та дискінезія шлунку, дванадцятипалої кишки за змішаним типом

Лікування:

Омепразол 40 мг в/в крап

Де-нол 120 мг

Креон 25 тис. од

Конкор- 2,5 мг

Комбісарт- 5 мг/160 мг

Спазмолітична терапія

Мал.3 – Перелік терапевтичного лікування пацієнта



Мал.4- комбінована спазмолітична терапія

Заключний діагноз:

Хронічний панкреатит, фаза загострення, з больовим, диспепсичним та спастичним синдромами, середньо-важкий перебіг. Жовчно-кам'яна хвороба: калькульозний холецистит в стадії нестійкої ремісії. Грижа стравохідного отвору діафрагми 2 ст (аксіальна, нефікована). Хронічний гастрит в стадії нестійкої ремісії, не асоційований з Н.руlogi.

Висновки

Обрана комбінована спазмолітична тактика у складі несективного міоспазмолітика- дротаверину (Но-Шпа, Нохшаверін), селективного блокатора Са-каналів-отілонію броміду (Спазмоен) та 25% сірчанокислої магnezії показала позитивну динаміку у зменшенні больового, диспепсичного синдромів та покращенні самопочуття хворого.



Мал.1 – УЗД ознаки хронічного панкреатиту



Мал.2- ФГДС-виявлена грижа стравохідного отвору діафрагми

ВЕДЕННЯ ХВОРОЇ З НАБРЯКОВО-АСЦИТИЧНИМ СИНДРОМОМ НА ФОНІ ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ

Харківський національний медичний університет, кафедра внутрішньої медицини №1, м. Харків

Автор: лікар-інтерн 1-го року кафедри внутрішньої медицини №1 ХНМУ Кошиль М.С.

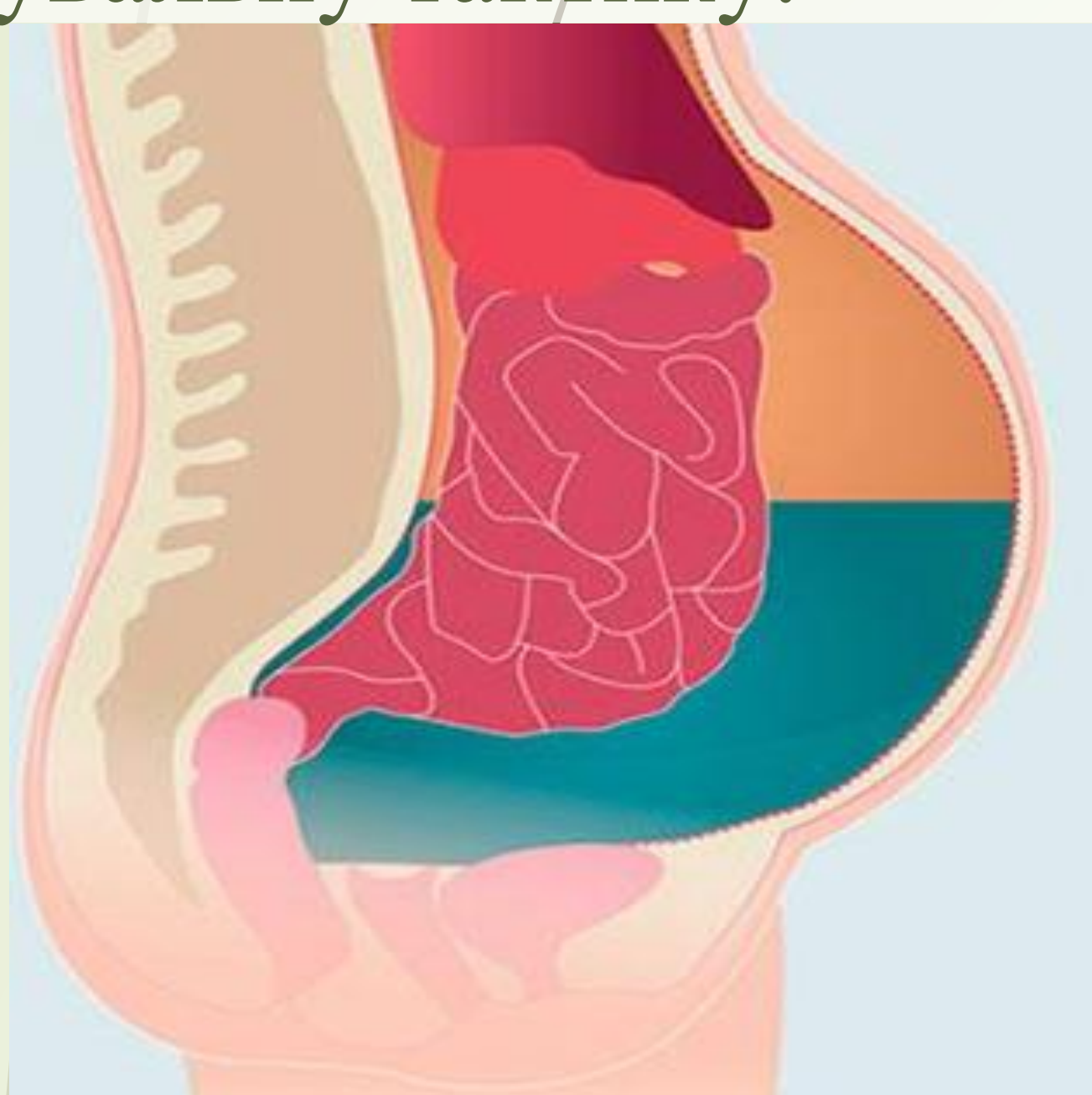
Науковий керівник: доцент кафедри внутрішньої медицини №1 ХНМУ, к.мед.н. Молодан В.І.

Актуальність

Асцит - ускладнення цирозу, яке формується на тлі підвищення тиску в портальній вені, вторинного гіперальдостеронізму, гіпоальбумінемії, підвищення лімфоутворення в печінці через порушення відтоку крові за венами. Розвиток асциту - несприятлива прогностична ознакою прогресії ЦП; він пов'язаний з 50% смертністю протягом двох років.

Мета:

Виявити особливості перебігу набряково-асцитичного синдрому на фоні цирозу печінки, проаналізувати лікувальну тактику.



Клінічний випадок

Паспортна частина:

Пацієнтка В., 47 років

Дата госпіталізації: 01.12.21

Скарги: на виражену загальну слабкість, швидку втомлюваність, важкість у правому підребер'ї, урчання у животі.

Анамнез захворювання та життя:

Вважає себе хворою з 2005 року, коли було встановлено діагноз: Хр.панкреатит, хр. холецистит. Лікувалася амбулаторно. Впродовж останніх двох місяців скарги на важкість у животі, чергування закрепів і діареї, невелике збільшення об'єму живота. Оперативний анамнез: КР 15 років тому.

Об'єктивно: стан середньої важкості, шкірні покриви бліді, з жовтушним відтінком. Легенева та серцево-судинна система без особливостей. ЧСС - 78/хв, АТ-112/78 мм.рт.ст. Живіт збільшений за рахунок асциту, м'який, безболісний. Печінка не виступає з-під краю реберної дуги. Пастозність гомілок і стоп.

Дані додаткових методів дослідження:

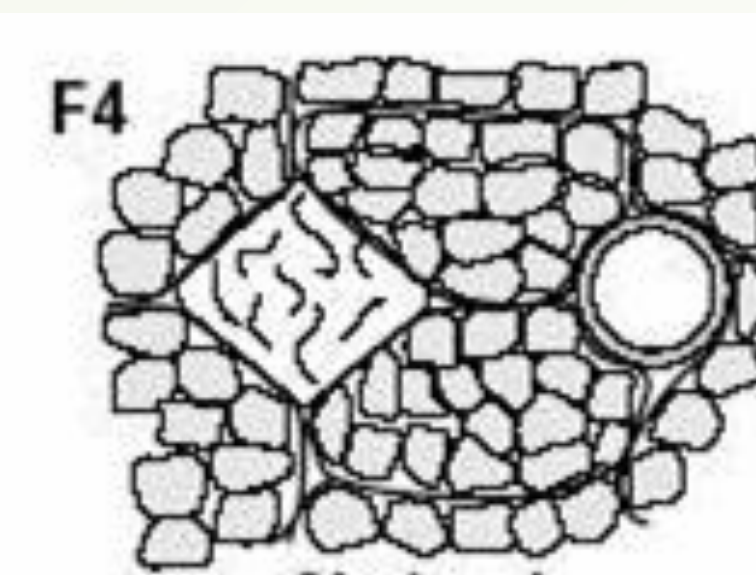
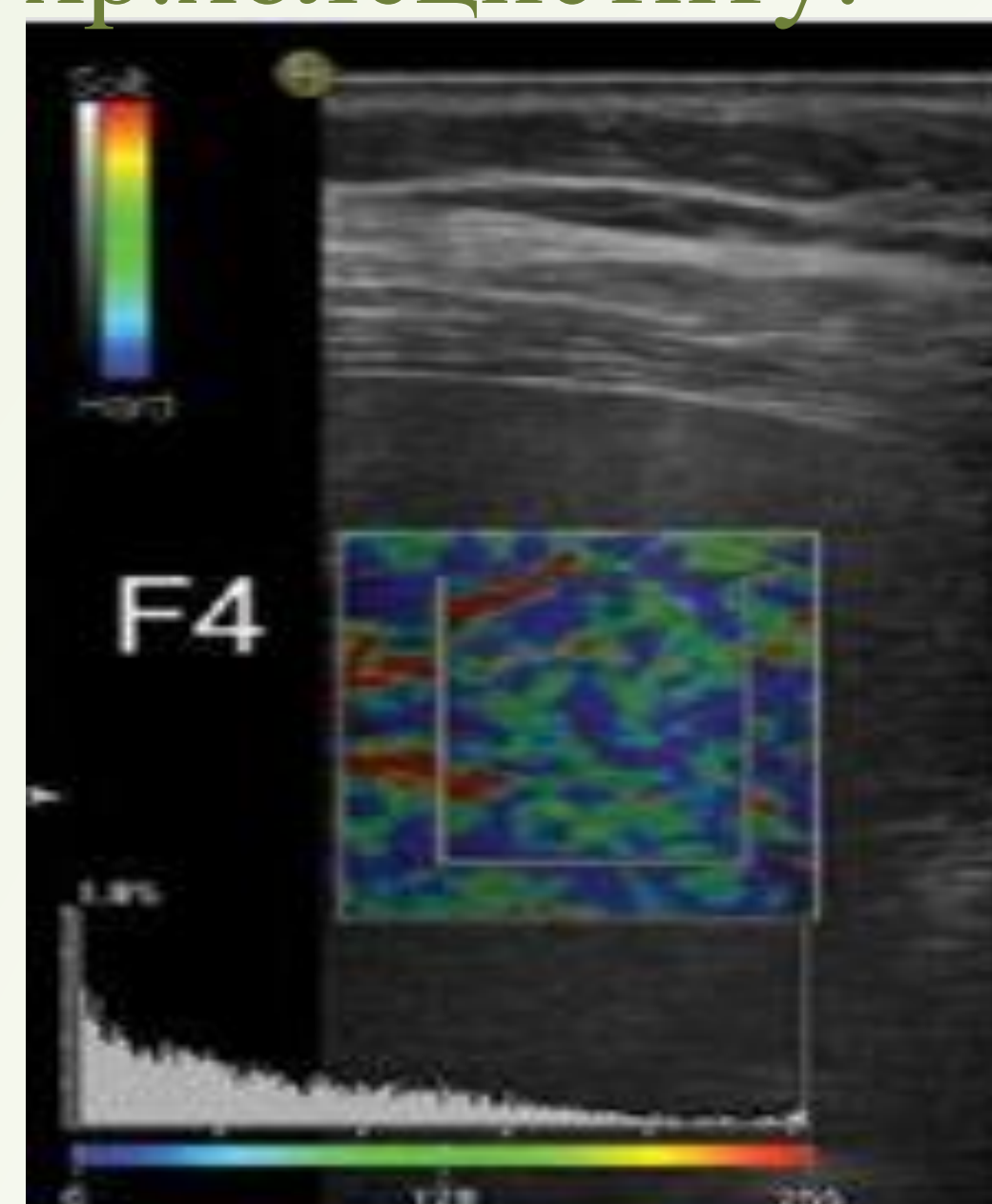
Лабораторних:

	2й день	7й день	15й день
Ер., 10 ⁹ /л	2,45	2,38	2,4
Нв, г/л	96	96	94
Лейк., 10 ¹² /л	3,3	3,1	3,1
тр., 10 ⁹ /л	104	80,9	52,8
ШОЕ, мм/год	55	50	55
АСТ, О/л	63	37	51
АЛТ, О/л	32	20	23
тимолова проба, одΔН	7,8	0,8	8,7
біл. заг., мкмоль/л	66,5	70,2	59,6
біл. непр., мкмоль/л	40,7	48,2	34,8
СРБ, мг/л	24	6	12
протромб. час, сек	17,9	22,2	20,1
альбуміни (%)	27,1	23,6	13,8
гамма-глобулін (%)	47,3	47,1	58,5

Інструментальних:

Ехосонографія ОЧП:

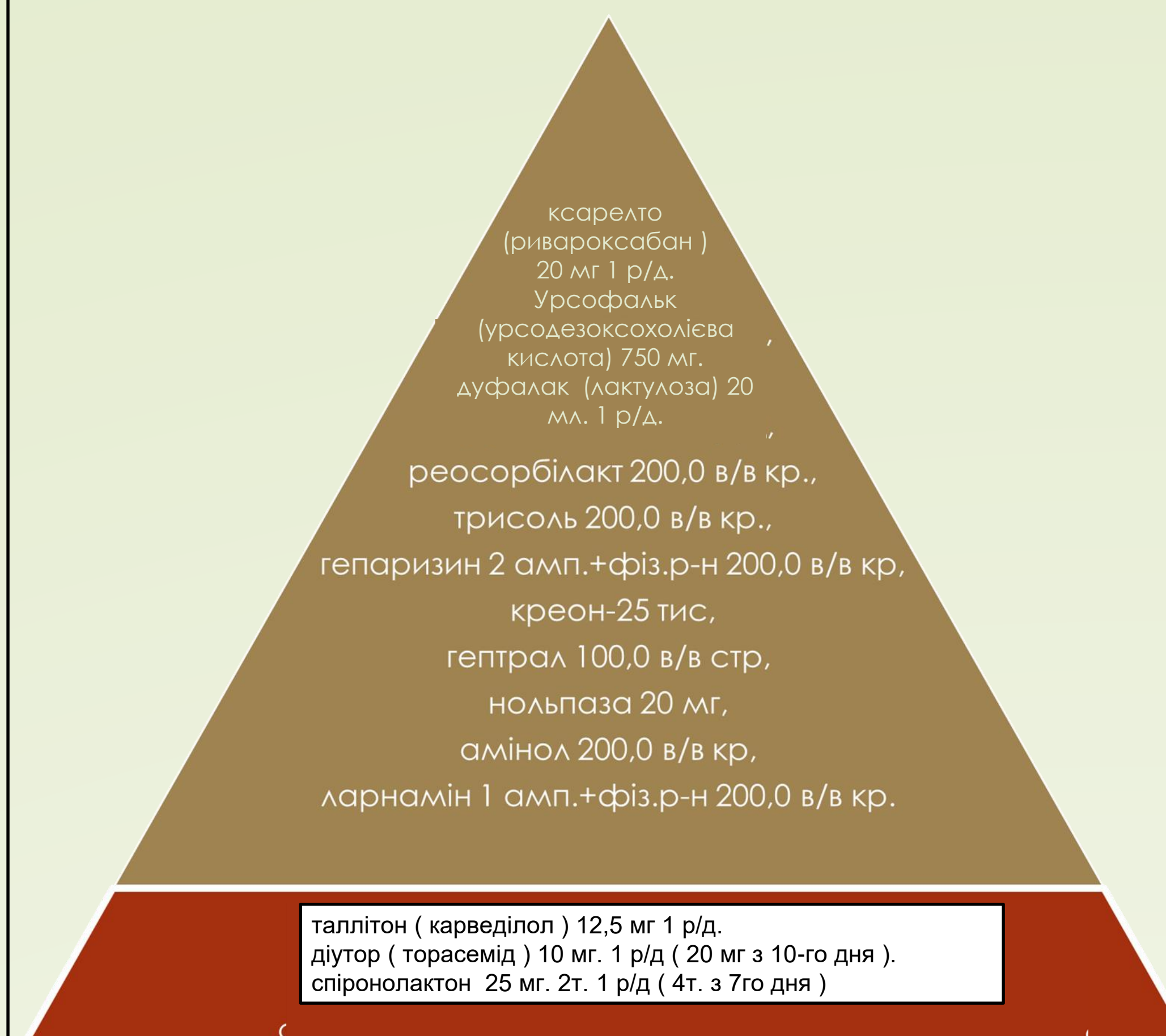
за класифікацією NAS стеатозу S-0, фіброз за шкалою METAVIR F-4, асцит, спленомегалія, Ехоознаки порт. гіпертензії, хр.панкреатиту, хр.холециститу.



ЗАКЛЮЧНИЙ ДІАГНОЗ:

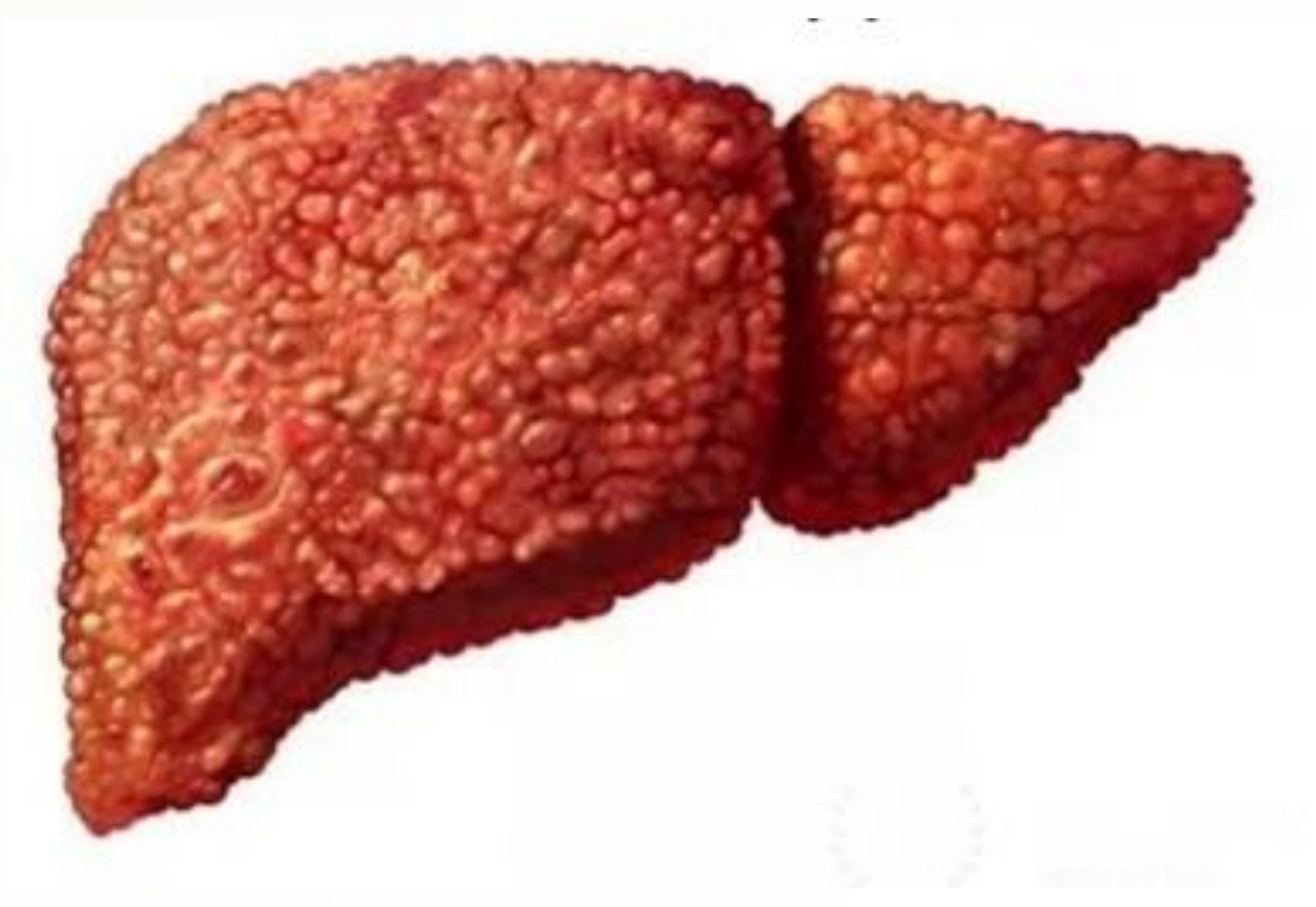
Вірусний цироз печінки С з помірною активністю, клас В-С за Чайлд-Пью. S-0, F-4. Варикозне розширення вен стравоходу 2 ст. Набряково-асцитичний синдром. Хронічний калькульозний холецистит. Хронічний вторинний панкреатит.

Лікування:



Висновки:

1. Комбінована терапія спіронолактоном і торасемідом скорочує час відповіді на терапію діуретиками і мінімізує побічні ефекти, такі як гіперкаліємія.
2. Найбільш вагомими ускладненнями діуретичної терапії є електролітні порушення та гепаторенальний синдром, тому необхідно контролювати електроліти і креатинін.
3. В лікуванні енцефалопатії провідним є знешкодження аміаку (призначають дуфалак, L-орнітин-аспартат та інші амінокислоти).



**ПОСТЕРНА СЕКЦІЯ:
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
ГЕМАТОЛОГІЇ**

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК НАБУТОЇ КОАГУЛОПАТІЇ З ДЕФІЦИТОМ ІХ ФАКТОРА ЗГОРТАННЯ КРОВІ

Харківський національний медичний університет, кафедра внутрішньої медицини №1, м. Харків

Автор: інтерн кафедри внутрішньої медицини №1 ХНМУ Касьянова А. С.

Науковий керівник: доцент кафедри внутрішньої медицини №1 ХНМУ, к.мед.н. Молодан В.І.

Актуальність

До теперішнього часу хвороби крові є серйозною проблемою медичної практики. Самою важливою складовою надання допомоги при хворобах крові і кровотечах є своєчасна діагностика захворювання та зупинка кровотечі. Адекватна діагностика дозволяє виділити клінічні та лабораторні параметри, що мають прогностичне значення, і на цій основі обрати оптимальний варіант лікування.



APRIL 17
World
HEMOPHILIA
Day

	Нв г/л	Ер	К.л.	Лс	ШОЕ мм/год	Еоз.	П/я	С/я	Лм	М	Тромбоцити
18.12.21	73	2,52		16,3	34	1	5	69	15	10	254
20.12.21	60	1,9		9,3	47	1	4	68	23	4	196
21.12.21	53	1,7		11,1	40	2	5	68	19	6	230
22.12.21	56	1,8		11,4	-	1	6	63	27	3	232
еритроцити зустрічаються поліхроматофільні, інколи з тільцями Жолі.											
23.12.21	71	2,3		10,9	29	1	4	65	23	7	248
28.01.21	87	2,8		8,8	30	3	3	73	13	8	421

Клінічний випадок

Паспортна частина:

Хвора Х. 1958 року народження (63 роки) пенсіонер

Анамнез захворювання та життя:

Перенесла Covid-19 інфекцію (клінічно) з 01.04.21 по 15.04.21. Виписана у стані середнього ступеню важкості з різко зниженою толерантністю до фіз навантаження. З 17.06.21 по 23.06.21 знаходилась на лікуванні в ЛОР-лікарню з приводу гемангіоми гортані, постковідного синдрому Ковідасоційованою коагулопатією. Переведена в гематологічне відділення для подальшого лікування. (23.06.-02.07.21). Встановлено вторинну коагулопатію. Виписана з покращенням. З 14.12.21 відмічено повторну появу гематом на тілі, біль в правій нижній кінцівці. Звернулась до гематолога, дані рекомендації — споживати кропиву та вікасол на фіз. розчині сублінгвально. 15.12.21 відмічено гематурію. 16.12.21 звернулась до уролога — проведено обстеження: УЗД МВС, клін ан крові, клін ан сечі. Дані рекомендації: левофлоксацин 500 мг 1т/день — 10 днів, свічки інфламін 1св 1р/день — 7 днів, селівірен 1т 2р/день — 2 тижні, нефрофіт 1к 3р/день — 2 тижні. Стан без покращення. 18.12.21 викликано ШМД, доставлено в ОНҚЦУН — даних за урологічну патологію не виявлено, рекомендовано лікування в умовах терапевтичного відділення. Доставлена в приймальне відділення. Госпіталізована в терапевтичне відділення для лікування.

Анамнез життя: венеричні захворювання, туберкульоз, вірусні гепатити, цукровий діабет заперечує. Алергологічний анамнез не обтяжений. Контакт з хворими на ГРВІ протягом місяця заперечує.

Фізикальне обстеження:

загальний стан середньоважкий - важкий. Конституція: гіперстенік. Положення: звичайне. Свідомість: ясна. Вкрай негативне, агресивне відношення медичного персоналу. Шкірні покриви бліді з гематомами розповсюдженими на медіальній поверхні верхніх кінцівок, більше бокових та передній поверхні тулуба, задній поверхні нижніх кінцівок, більше в ділянці колінного суглоба.

Серцево-судинна система: Межі серця розширені вліво на 1 см. Тони серця приглушені. Діяльність ритмічна. Рс = ЧСС = 112 за хв., АТ пр. р = 90/70 мм рт.ст.

Дихальна система: Грудна клітка правильної форми. Перкуторно - легеневий звук. Аускультативно - дихання жорстке, хрипів не має. ЧДР = 18/хв.

Травна система: язик вологий, чистий. Живіт симетричний, при пальпації м'який, безболісний. Печінка не пальпується. Селезінка не пальпується. Стул — без особливостей. Симптом Пастернацького негативний з сторін.

Сечовипускання - вільне, безболісне, в достатній кількості. Порушень периферійної чутливості, сили — не відмічає. Набряк (підшкірний крововилив?) правої нижньої кінцівки

клінічний аналіз крові: Ер. = 2.52x10¹²/л; Нв = 73г/л; Лейк. = 16.3x 10⁹/л; ШОЕ – 34 мм/г; п/я = 5%; с/я = 69%; еоз. = 1%; лімф. = 15%; мон. = 10%, тромбоц — 254 x10⁹/л.

Біохімічний аналіз крові: Глюкоза крові-6.5 ммоль/л; АСТ – 25 Од/л; АЛТ – 20 Од/л; заг білок — 39 г/л; альбумін — 35 г/л; білірубін заг-пр-непр — 31.7-8.0-23.7; Креатинін =114.7 мкмоль/л; сечовина – 10.4 ммоль/л; натрій — 113 ммоль/л, калій — 3.2 ммоль/л, кальцій — 2.28 ммоль/л.

Коагулограма: протромб час — 55.7 сек, протромб індекс — 24%, МНВ — 4.97, Протромб за Квіком — 14%, АЧТЧ — 121.8, фібриноген — 4.28 г/л, тромбін час — 8.9 сек.

Прокальцитонін (23.12.21) — 0. (N- 0.01 нг/мл),

HBS Ag - негативний, **HCV** (20.12.21) негативний.

Клінічний аналіз сечі: Колір – бурий; Прозорість – мутна; рН – 5.5; ВК — 1.019; Білок – 0.23 г/л, Глюкоза – ні; Слиз – багато; Кетон.тіла – «ні»; Лейк. – 5-6 в п/з; Ер. – 2/3 п/з; Епітелій поліморф. – містами; плоский – ні; Цил. –ні; солі – сечової к-та. СІТО TEST до SARS-CoV-2 - негативний.

Встановлено діагноз: Основне захворювання: Набута коагулопатія з дефіцитом 9 фактора згортання крові. Вторинна анемія середнього ступеня важкості.

Супутні захворювання: Гіпертонічна хвороба І ст., 2 ст, СН ІА зі збереженою ФВ ЛШ 59% від 29.12.21)

Лікування

- Переливання еритроцитарної маси 18.12.21 (2 дози по 353 мл), 21.12.21, 22.12.21, 24.12.21;
- переливання свіжозамороженої плазми 18.12.21, 21.12.21 (2 дози по 250мл), 22.12.21 (2 дози по 250мл);
- переливання кріопреципітату 24.12.21 (4 дози по 35 мл);
- Циклокапрон (транексамова к-та) 5 мл в/в стр 3р/д: 7:00, 15:00, 23:00 - 5 днів
- Вікасол (менадіону натрію бісульфіту) 1% 1 мл 3р/д: 7:00, 15:00, 23:00 - 7 днів
- Ципрофлоксацин 500 мг 2р/д per os - 5 днів
- Детралекс 1000 мг, 1т р/д в обід
- Гекодез (гідроксіетилкрохмаль) 200 мл в/в крап - 7 днів
- Реополіглюкін (декстран 40, натрію хлорид) 200 мл в/в крап - 2 дні
- Р-н Рінгера (натрію хлорид; калію хлорид; кальцію хлориду дигідрат) 400 мл в/в крап - 2 дні
- Омепразол 40 мг 1 т 2р/д
- Промивання сечового міхура амінокапроною кислотою 8 днів
- Троксевазин (троксерутин) 2 р/д на праве стегно

Фактори згортання крові (24.12.21) фактор II – 101%, фактор IX – 5%, фактор VIII – 128%.

ЕКГ – синусова тахікардія. Помірні зміни. ЧСС — 95/хв.

Рентгенографія ОГК - Застій в м.к.к., аортокардіосклероз.

УЗД м'яких тканин правого стегна - підшкірна гематома. Скупчення крові немає.

УЗД правого стегна (21.12.21) В порівнянні з даними від 18.12.21 негативна динаміка.

Набряк, збільшилась кількість крові в тканинах.

Висновок: Отже в основну роль в наданні невідкладної медичної допомоги при коагулопатії відіграє зупинка кровотечі, відновлення ОЦК. Однак наявність порушень з боку системи гемостазу не завжди дозволяє провести ефективну корекцію цього стану стандартною терапією, що вимагає застосування препаратів факторів згортання крові для досягнення ефективного контролю над кровотечею.

**ПОСТЕРНА СЕКЦІЯ:
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
КОМОРБІДНИХ СТАНІВ**

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ НА ТЛІ ХРОНІЧНОЇ НИРКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

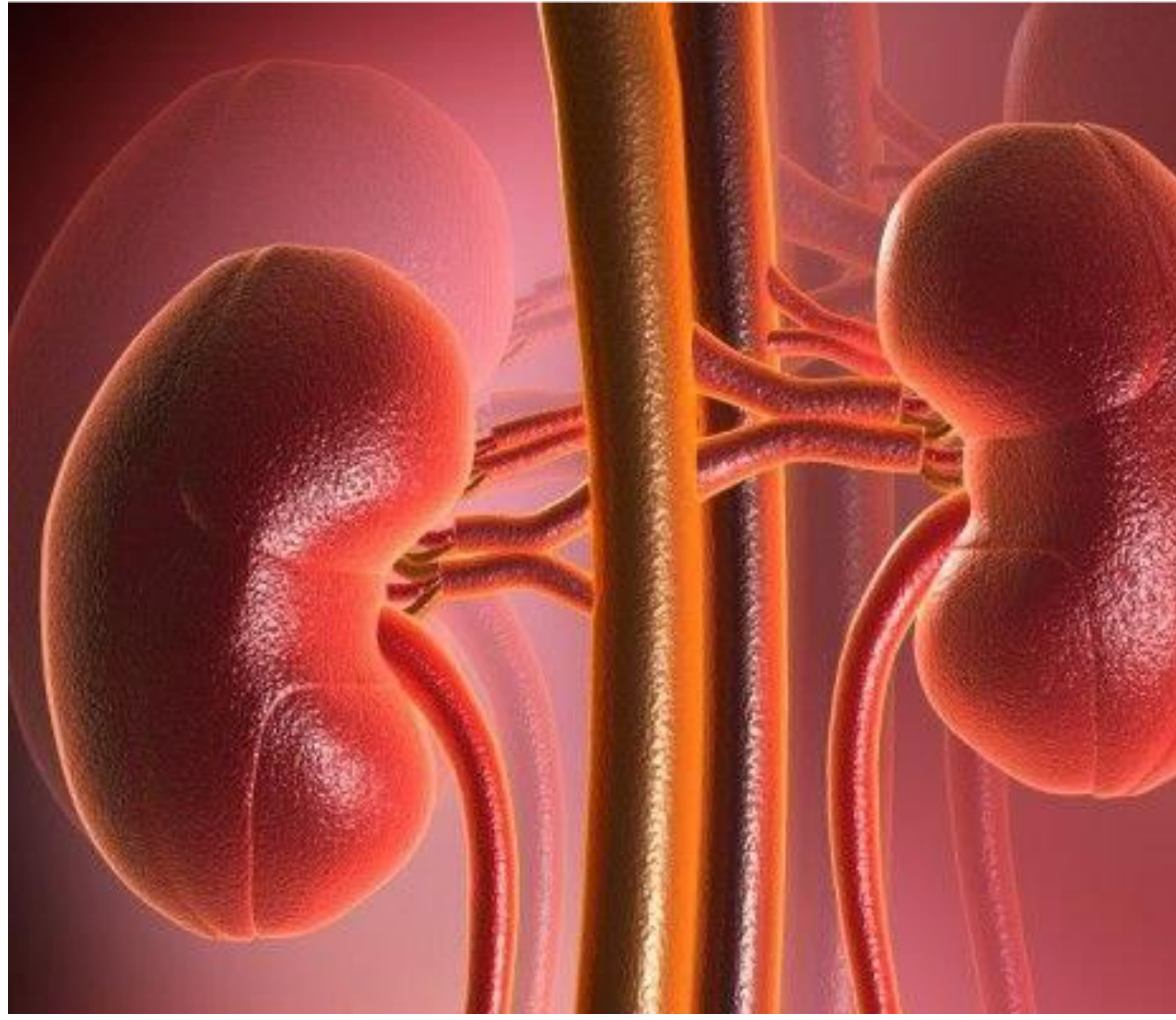
Харківський національний медичний університет, кафедра внутрішньої медицини №1, м. Харків

Автор: лікар-інтерн КНП ХОР «ОКСДРЗН» Бабченко Є.О., аспірант кафедри внутрішньої медицини №1 Тверезовська І.І.

Актуальність:

В останні роки відзначається різке зростання числа хворих, які страждають на хронічну ниркову недостатність (ХНН). Проблема ХНН з медичної, соціальної та організаційної точок зору обумовлена високою летальністю, інвалідизацією та складністю технічного забезпечення сучасними методами лікування цієї патології.

Мета: Проаналізувати тактику лікування хворого із стійкою артеріальною гіпертензією на тлі хронічної ниркової недостатності.



Клінічний випадок

Паспортна частина: Хворий В., 65 років
Анамнез захворювання та життя: 03.12.21 вночі раптово відчув пекучий біль за грудиною. Останнім часом відмічав часті напади стенокардії, які усувались прийомом нітрогліцерину. Після виявлених змін на ЕКГ, був доставлений бригадою швидкої медичної допомоги до ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева НАМН України», де було проведено стентування. З 08.12.21 подальше спостереження та лікування пацієнта проводилось у Національному інституті терапії. Хворіє також на цукровий діабет та гіпертонічну хворобу.

Фізикальне обстеження:

стан середньої тяжкості, шкірні покриви бліді, чисті, помірної вологості. Температура тіла – 36,5°C. Над легеньми перкуторно ясний легеневий звук, аускультативно жорстке дихання, хрипів немає. Частота дихальних рухів – 16/хв, SpO₂=97%. Тони серця приглушені, діяльність ритмічна. АТ – 180/100 мм. рт. ст. на обох руках. Ps – 73уд/хв, Живіт при пальпації м'який, безболісний. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Стілець, діурез – без особливостей. Периферичних набряків немає.

Дані додаткових методів дослідження:

Лабораторних:

Загальний аналіз крові: Нь – 138 г/л, еритроцити – $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити – 9×10^9 /л: паличкоядерні – 9%, сегментоядерні – 61%, еозінофіли – 1%, лімфоцити – 23%, моноцити – 6%.

Біохімічний аналіз крові: загальний білок – 60 г/л, глюкоза – 8,5 ммоль/л, загальний білірубін – 8,8 мкмоль/л, прякий білірубін – 3 мкмоль/л, аланінамінотрансфераза – 61,4 Од/л, аспартатамінотрансфераза – 22,6 Од/л, лужна фосфатаза – 119 Од/л, холестерин 4,7 ммоль/л, ліпопротеїди низької щільності – 1,1 ммоль/л, ліпопротеїди високої щільності – 0,8 ммоль/л, тригліцериди – 1,40 ммоль/л, креатинін – 347 мкмоль/л, сечовина – 23,5 ммоль/л.
Швидкість клубочкової фільтрації за СКД-EPI= 15,477 мл/хв/1,73м².

Коагулограма: час згортання крові за Лі-Уайтом = >60 хв., протромбіновий індекс – 81,7%, концентрація фібриногену – 2,7 г/л.



Інструментальних: **ЕКГ:** Синусовий ритм, ЧСС-64/хв. Часта надшлуночкова екстрасистоля по типу тригемінії. Гіпертрофія міокарду лівого шлуночка із ознаками перевантаження. Подальша еволюція Q- негативного передньо-верхівково-бічного інфаркту міокарда

УЗД внутрішніх органів: Гепатомегалія. Ознаки стеатогепатозу. Ознаки хронічного калькульозного холециститу. Ознаки хронічного лівобічного пієлонефриту. Ознаки мікролітів в нирках. **КТ органів черевної порожнини і малого тазу:** Гепатомегалія. Дифузні зміни паренхіми печінки (жирова дистрофія). Кісти печінки. Жовчно-кам'яна хвороба (конкременти жовчного міхура). Гіперплазія наднирників. Кісти наднирників. Доліхосигма.

ЗАКЛЮЧНИЙ ДІАГНОЗ, ЙОГО

ОБҐРУНТУВАННЯ: ІХС. Гострий (03.12.21) передній інфаркт міокарду з елевацією ST. Стенозуючий коронаросклероз (коронарографія від 03.12.21). Стентування 2 стентами (03.12.21). Легенева гіпертензія. Гідроперикард. Гіпертонічна хвороба III ст., 3 ст., дуже високий ризик. СН 2А ст. Цукровий діабет 2 тип, важка форма. ХХН 4 ст. Діабетична нефропатія.

Лікування:

Метформін 500мг 1т. 2 р/д
Аспірин-кардіо 100мг 1т. ввечері
Небіволол 2,5мг 1т. вранці
Еплепрес 25мг 1 т. вранці
Лівастор 80мг 1т. ввечері
Валодіп 5/160мг 1т. 2р/д
Діутор 10 мг 1т. вранці
Саграда 10 мг 1т. вранці
Леспефрил 250мг 3 р/д
Доксазозин 4мг 1/2т. ранок+1/2т. вечір



Висновки:

При наявності у пацієнта діагнозу ХНН, дозування препаратів необхідно робити з акцентом на фільтраційну функцію нирок. Проведення антигіпертензивної терапії у хворого свідчить, що при значному погіршенні стану нирок(ШКФ 13 мл/м²) медикаментозна корекція АТ є недостатньо ефективною. Тому пересадка нирки, замісна діалізна терапія у поєднанні з призначеним лікуванням може бути варіантом вибору у даного пацієнта.

МОЖЛИВОСТІ СУЧАСНИХ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ В ЛІКУВАННІ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ПАЦІЄНТІВ З СУПУТНЬОЮ ХРОНІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Харківський національний медичний університет, кафедра внутрішньої медицини №1, м. Харків

Автор: лікар-інтерн кафедри внутрішньої медицини №1 ХНМУ Іванченко К.М., аспірантка кафедри внутрішньої медицини №1 Рождественська А.О.

Актуальність

Останнім часом після перенесеної інфекції COVID-19 у пацієнтів нерідко розвиваються бактеріальні пневмонії, що потребують антибіотикотерапії. Емпіричне призначення антибактеріальних засобів у такому випадку не завжди є коректним через ймовірну нечутливість збудників пневмонії до обраних препаратів і, відповідно, відсутність клінічного ефекту лікування та підвищення ризику розвитку антибіотикорезистентної мікрофлори. Також нерідко трапляються випадки, коли наявний алергологічний анамнез та супутні хронічні захворювання ускладнюють вибір антибактеріальних засобів, такі пацієнти потребують особливої уваги до вибору схеми антибіотикотерапії.

Мета:

Оцінити можливості сучасної антибактеріальної терапії у лікуванні негоспітальної пневмонії як ускладнення коронавірусної хвороби на тлі гіпертонічної хвороби та цукрового діабету 2 типу.

Клінічний випадок

Паспортна частина:

Пацієнтка К., 52 роки

Анамнез захворювання та життя:

Надійшла до ДУ «Національний Інститут терапії імені Л.Т.Малої НАМН України» 22.11.2021 року зі скаргами на задуху при незначному фізичному навантаженні, ортопноє у нічний час, загальну слабкість.

Фізикальне обстеження:

Стан тяжкий, свідомість ясна. Шкірні покриви бліді. У легенях послаблене дихання, більше у нижніх відділах білатерально. Тони серця приглушені, ритмічні. АТ 215/125 мм.рт.ст. Пульс 90/хв. Пастозність стоп та гомілок. ПЛР тест (PHK SARS-CoV-2) негативний.

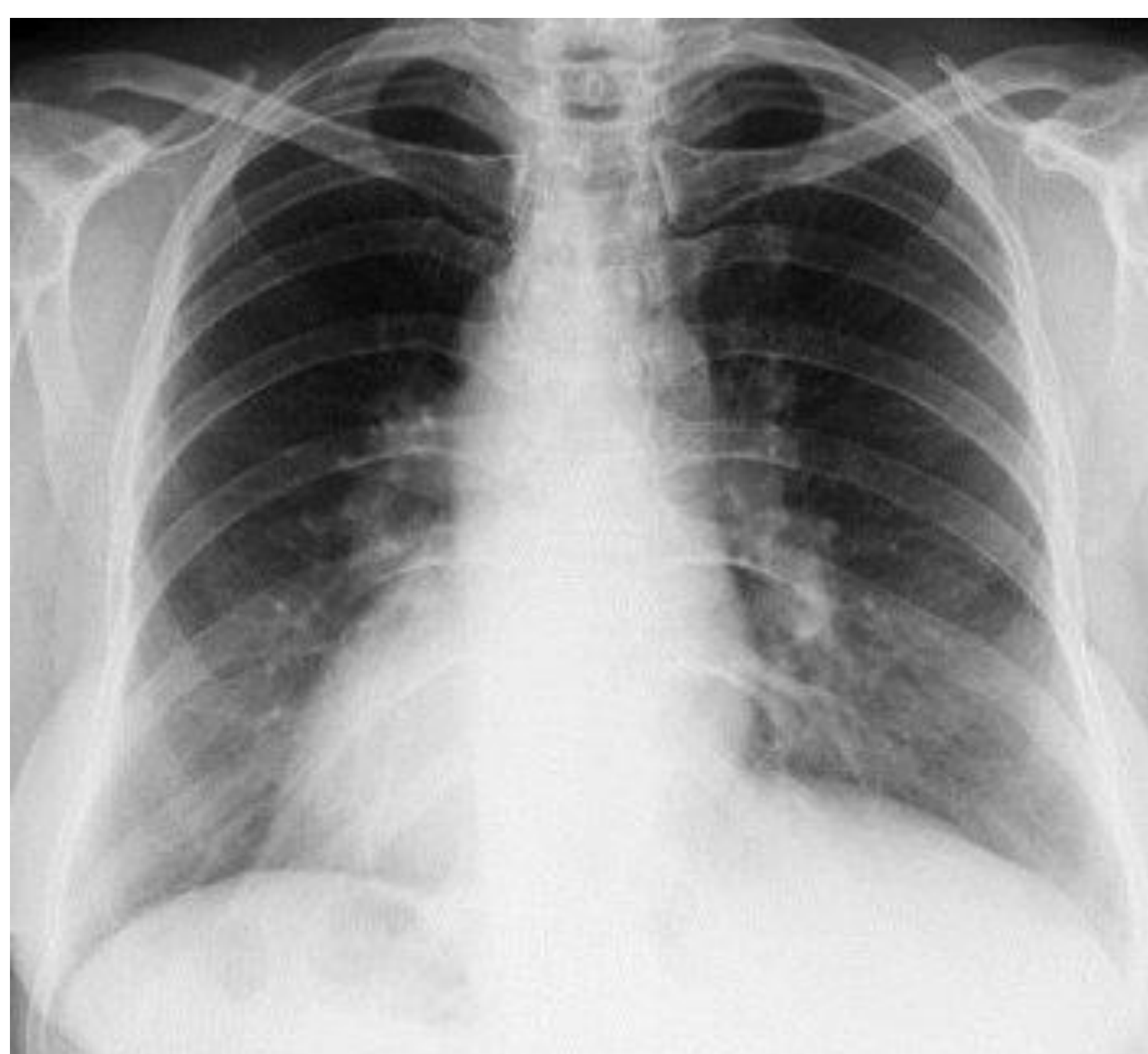


Рис. 1 – двобічна пневмонія

Обґрунтування вибору лікування

Звертає на себе увагу вибір антибактеріальних препаратів. Спершу пульмонологом на підставі ознак бактеріальної інфекції в клінічному аналізі крові та результатів рентгенографії органів грудної клітки (Ro ОГК) 23.11.2021 р. було поставлено діагноз: Позалікарняна двобічна пневмонія III кл.гр., ЛН II ст., та з урахуванням алергічної реакції на пеніциліни в анамнезі призначено левофлоксацин 0,5% 150 мл в/в крапл., взятий аналіз мокротиння для бактеріального дослідження з виявленням чутливості до антибіотиків. Під час повторного Ro ОГК 28.11.2021 р. були виявлені ознаки гідротораксу: рівень рідини сягав справа до 7 ребра, зліва до 8 ребра. Динаміка перебігу захворювання на фоні прийому левофлоксацину була негативною, що давало підставу думати про відсутність очікуваного ефекту від монотерапії препаратом групи фторхінолонів. Результати антибіотикограми: виявлений Streptococcus pneumoniae; підтверджена чутливість до амоксициліну, азитроміцину, ванкоміцину, лінезоліду. Враховуючи наявність обтяженого алергічного анамнезу, тяжкість стану хворої (ЧД 21/хв, блідість шкірних покривів, набряки гомілок та ознаки гідротораксу, супутні хронічні захворювання (ГХ, ЦД) та неефективну спробу емпіричного лікування левофлоксацином, визначено необхідність застосування антибактеріального препарату, ефективного в лікуванні тяжких інфекційних захворювань, викликаних грампозитивними бактеріями, стійкими до інших антибіотиків. Вибір припав на лінезолід з групи оксазолідинонів з урахуванням вищеперерахованих якостей та 100% біодоступності, а також наявності діабетичної нефропатії та хронічної хвороби нирок у пацієнтки: препарат не проявляє нефротоксичної дії. Таким чином, левофлоксацин було відмінено, а до лікування було додано 600 мг лінезоліду («Лінезолідин») 2 мг/мл 600 мг в/в крапл. 2 р/д. 02.12.2021 р. на Ro ОГК: зменшення рівня рідини справа до 9 ребра, зліва чистий синус, позитивна динаміка пневмонії.

Лікування:

фуросемід 60 мг
еналозид моно 10 мг
фленокс 80 мг 1 р.д.
іпамід 25 мг
аладін 10 мг
кораксан 5 мг
діутор 10 мг,
кальдіум 2 табл. 3 р.д.
кетостеріл 2 мг
ентерожерміна форте 1т
левофлоксацин вв крап 1 р/д
лінезолід 600 мг вв крап 2 р/д,
актрапід 8 од 3 р.д.
протофан 8 од 2 р.д.,
омепразол 40 мг,
інгаляції кисню 5л/хв

Висновки:

Таким чином, підбір антибактеріальних засобів для лікування негоспітальної бактеріальної пневмонії як ускладнення коронавірусної хвороби є складним завданням, що потребує комплексного підходу для його вирішення. Емпіричне призначення антибіотиків не завжди може забезпечити бажаний клінічний ефект через розвиток резистентності, тому важливим є бактеріологічне дослідження мокротиння з визначенням чутливості до антибактеріальних засобів. Правильно підібрані сучасні антибіотики з групи оксазолідинонів проявляють високу ефективність в лікуванні пневмоній з тяжким перебігом, оскільки проявляють максимальний терапевтичний ефект, а відсутність нефротоксичного ефекту дозволяє використовувати їх у пацієнтів з патологією нирок.



Рис. 2 – рентгенографія гідротораксу

ЗАКЛЮЧНИЙ ДІАГНОЗ:

Гіпертонічна хвороба III ст, 3 ст. Гіпертензивне серце. Ризик 4 – дуже високий. СН III ст. за зниженою ФВ ЛШ (44%). Позалікарняна двобічна пневмонія III кл.гр. ЛН II ст. ХХН III ст., діабетична нефропатія. Синдром діабетичної полінейропатії. Цукровий діабет 2 тип, інсулінозалежний, важка форма. Двобічний гідроторакс. Гідрокардіалія.

ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА З ЦИРОЗОМ ПЕЧІНКИ У РЕЗУЛЬТАТІ ХРОНІЧНОГО ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ С ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Харківський національний медичний університет, кафедра внутрішньої медицини №1, м. Харків

Автор: інтерн кафедри внутрішньої медицини №1 ХНМУ Кісіль К.А., доцент кафедри внутрішньої медицини №1 ХНМУ, к.мед.н. Молодан В.І.

Актуальність

Основною проблемою ведення даних хворих з такою поліморбідною картиною є оцінка впливу однієї патології на іншу та підбір оптимальної медикаментозної терапії, яка впливала б на патологічні аспекти даних захворювань без розвитку ускладнень чи погіршення стану пацієнта. Встановлено, що при цирозі печінки пригнічується як ліпідний так і вуглеводний обмін, що може сприяти декомпенсації ЦД-2 типу та розвитку ускладнень.

Мета:

Проаналізувати ефективність лікування хворих на цироз печінки внаслідок ХГС із супутнім ЦД 2 типу шляхом додавання до основної терапії препаратів альфа-ліпоевої кислоти та цукрознижувальних лікарських засобів.

ПЛР вірус гепатиту С – виявлено.
УЗД ОЧП: Дифузні зміни печінки зі збільшенням її розмірів по типу цирозу печінки. Ехоознаки хронічного панкреатиту. Поодинокі мікроліти нирок.
УЗД серця: помірне розширення аорти. Фіброз стулок АК, МК. Дилатація усіх камер серця. Гіпертрофія міокарда ЛШ. Дифузна гіпокінезія. Скоротлива функція серця (ФВ 35%) знижена. Діастолічна дисфункція за типом порушення релаксації.

Висновок

Доповнення основної базисної терапії цукрознижувальними лікарськими засобами та препарати альфа-ліпоевої кислоти у хворих на цироз печінки внаслідок ХГС і супутнім ЦД 2 типу сприяло зменшенню синдрому цитолізу (зменшення рівню АсАТ, АлАТ в 1,5 рази), нормалізації ліпідного (знизились рівні загального холестерину в 1,1 рази) та вуглеводного обміну (достовірно зниження рівню глюкози до 6,9 ммоль/л), отримано регрес клінічних синдромів, відновлення функціональної здатності печінки.

Клінічний випадок

Хворий, 54 роки, надійшов до гастроентерологічного стаціонару зі скаргами на загальну слабкість, тяжкість у правому підребер'ї після похиток у дієті, сухість у роті, задишку при фізичному навантаженні, болі, що давлять за грудиною при помірному фізичному навантаженні або психоемоційної перенапруги. З анамнезу: 2017 встановлено діагноз хронічний вірусний гепатит з переходом у цироз печінки. Гіпертонічна хвороба близько 8 років, регулярно терапію не отримує. Цукровий діабет 2 типу – 6 місяців приймає діаформін 500 мг 2 рази на добу.

Результати досліджень:

Біохімічний аналіз крові: глюкоза-8,44ммоль/л, АсАт-2780/л, АлАт-409 О/л, заг білірубін-27,0ммоль/л, непрямий-21,2ммоль/л, сечовина-4,3ммоль/л, креатинін-83ммоль/л, заг холестерин-4,4ммоль/л, ЛПНЩ-2,89ммоль/л, тригліц-1,68ммоль/л, ЛПВЩ-0,76ммоль/л. протромбінів час – 2,89ммоль/л, МНВ-1,18, фібриноген-2,88г/л, гама-глутамілтранспмптаідаза-79,90/л.

DS: Цироз печінки (у результаті хронічного вірусного гепатиту С + кардіальний) у стадії субкомпенсації (клас В по Чайлд-Пью). Портальна гіпертензія ІІ ст.(гепатоспленомегалія, асцит) ЖКБ ІІІст. ІХС. Атеросклеротичний кардіосклероз. Гіпертонічна хвороба ІІ стадії, 2 ступеня. СН ІІ-А ст. із зниженою фракцією викиду лівого шлуночка (35%), ІІ ф.кл. Цукровий діабет 2 тип середнього ступеня тяжкості в стадії субкомпенсації.

Проведено лікування: валодіп 5/160 мг 1 р/д, коріол 3,125 мг 2р/д, діаформін 500 мг 2р/д, ессенціале 500 мг 2р/д в/в, гептрал 500 мг 2 р/д в/в, гепавал 600 мг в/в, альфа-ліпоева кислота 600мг/добу в/в краплинно 7 днів

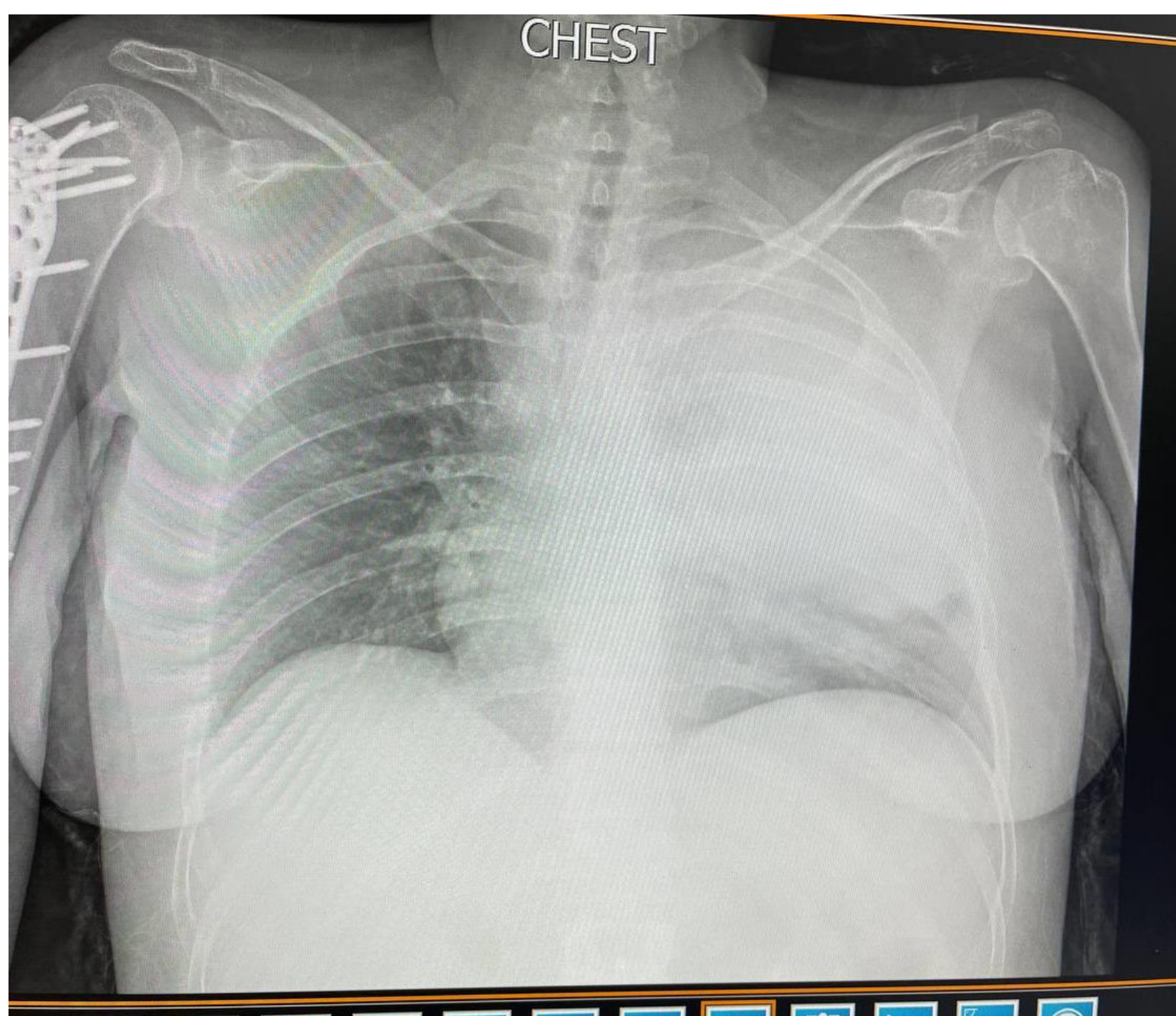
Негоспітальна полісегментарна лівобічна пневмонія на фоні цукрового діабету: сучасні методи лікування і діагностики даного захворювання.

Харківський національний медичний університет, кафедра внутрішньої медицини №1, м. Харків

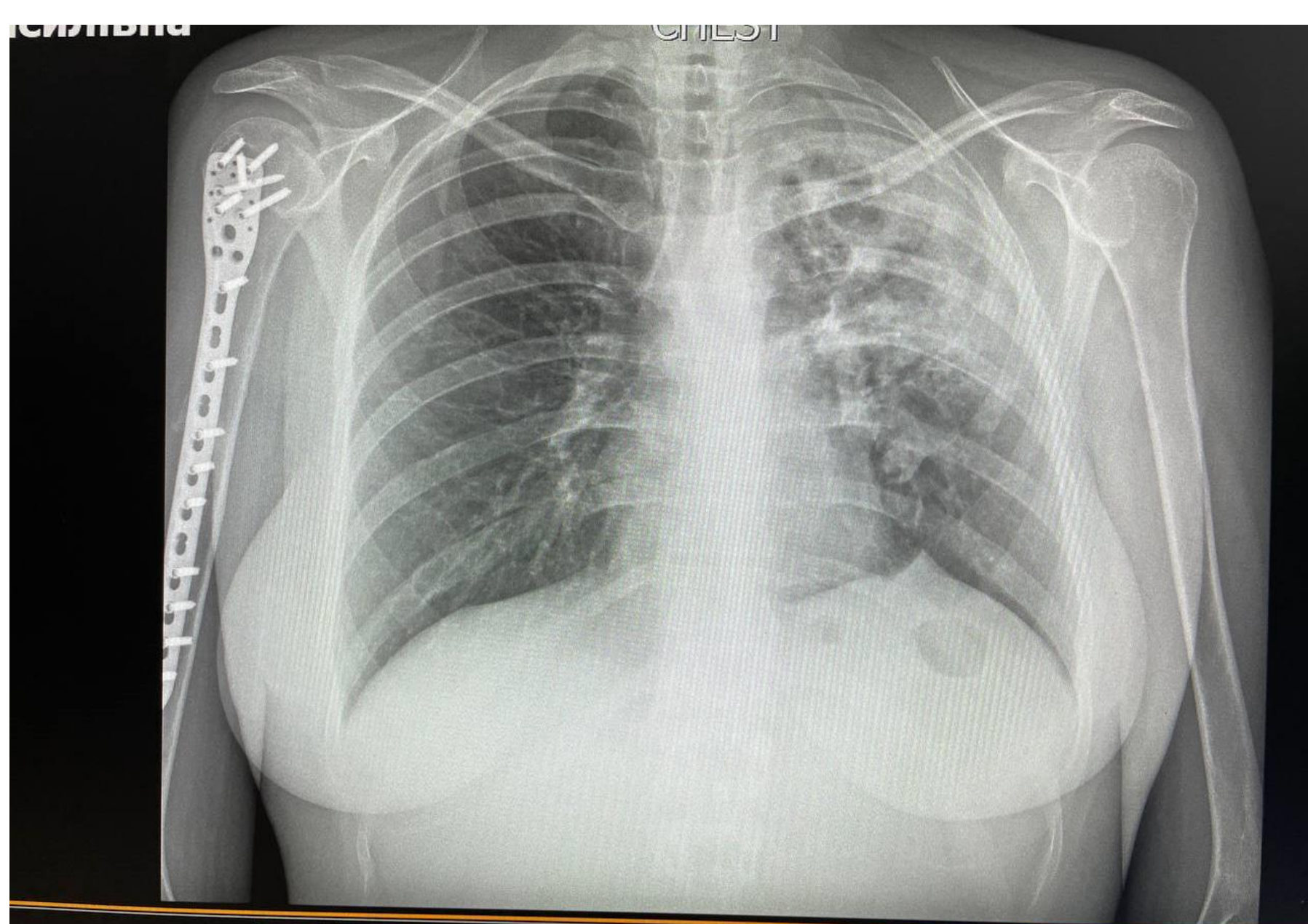
Автор: інтерн кафедри внутрішньої медицини №1 ХНМУ Радюк М. З.
аспірант кафедри внутрішньої медицини №1 ХНМУ, Рождественська А.О.

Актуальність -Проблеми пневмонії відносяться до числа найбільш актуальних, так це захворювання є достатньо розповсюдженим, займає одне з перших місць серед причин смертності і за останні роки набуло соціального значення через те що , що стає причиною економічних збитків, спричиняє періоди непрацездатності. Захворюваність у європейських країнах 14 на 1000 населення, серед неспецифічних захворювань легень на її частку припадає до 40% випадків. Захворювання характеризується вираженим патоморфозом - змінилася етіологія та симптоматика гострих пневмоній, змінилися погляди на деякі ключові питання діагностики та лікування захворювання. Серед хворих на пневмонії переважають чоловіки - 55%. Захворюваність пневмоніями збільшується з віком. Найбільш висока летальність спостерігається серед осіб старше 55 років.

Мета: Вплив сучасного лікування для благополуччя життя і працездатності пацієнта.



Лівобічна пневмонія 1 день



Позитивна динаміка в порівнянні з попередніми результатами. 10 день

Клінічний випадок

Паспортна частина:

Пацієнта Н., 34 років

Анамнез захворювання та життя:

Протягом останніх декількох днів з'явилися скарги на загальну слабкість, швидка втома, сухість в роті, нудота, втрата апетиту, біль у попереку.

Цукровий діабет I типу, з 2006 року, 2016 кесарів розтин, 2013 резекція 5 пальця лівої стопи. 22.03.20 — артроскопія правого колінного суглоба, МОС гвинтом, видалення металокопсуляції(06.2020)

Фізикальне обстеження: Загальний стан важкий. Свідомість – ясна. Шкірні покриви бліді. Висипів немає. Нормостенік. Периферичні лімфовузли не збільшені. Кістково - м'язова система: МОС гвинтом правого колінного суглоба. Пересувається на милицях. Грудна клітка звичайної конфігурації. Дихання: з жорстким відтінком, хрипів немає. Серцева діяльність ритмічна, тони приглушені, АТ 120/80, пульс 78, ритмічний. Язик вологий, обкладений білим нальотом. Живіт збільшений за рахунок ПЖК, печінка збільшена +2см, селезінка не збільшена. Симптом Пастернацького позитивний зліва. Сечовипускання безболісне. Набряків немає. Випорожнення- без особливостей.

Дані додаткових методів дослідження:

Лабораторних:

ПЛР COVID-19-
Негативний. RW-
негативний.
Антитіла IgG SARS-CoV-2 –
позитивний, Антитіла IgM
SARS-CoV-2 – негативний,
Глюкоза натщесерце- 6,5
ммоль/л., Нb-94 г/л, ер.-
3.16x10¹², лейк.-
12.24x10⁹, ШОЕ-60 мм/год,
Еоз.0, П/я-12, С/я-77, Лм-8,
М-2, Тромб.-24. СРБ-178,3
мг/л, Сечовина-23 ммоль/л.,
Креатинін-332,7 мкмоль/л.

Інструментальних:

ЕКГ – ритм
синусовий,
вірний ЧСС 86
уд/зв
КТ ОГК — КТ-
ознаки двобічної
пневмонії до 40-
45%(типові
ознаки covid-19).

Лікування:

Європінем 1г 3р. №10,
Гентаміцин 80мг 3 р/д, №7
Надалі Моксіфлакс 250 мг 1 р/д №5
Дінар 10 мл +20 фіз. розч. в/в,
Емісітрон 10 мг 1 таб.,
Віт. С 5% 2 мл на 100 фіз. розч.,
Лазолекс 2мл на р-р рінгера 400 мл в/в та 1
раз на фіз розчині,
Трисоль 400 мл в/в.,
Мілдрокард 5мл на 5 мл фіз розч.,
Езонекса 40 мг на 100 мл фіз р.,
Блімол 100 мл (парацетамол) в/в
Актропід підшкірно
Осетрон 8 мг в/в струйн 1 р/д Гепаризин 400
мг на 200 ф. р. в/в

Висновки:

У контексті даного клінічного випадку можна зробити висновок, що сучасні методи лікування допомагають повністю одужати від даного захворювання навіть на фоні важкої хронічної патології. Задовольняти всі потреби пацієнта для його життєдіяльності і потреб.

	Глюкоза	Заг. Білок	Сечовина	Креатинін	Залізо
1 день	-	-	23.4	332.7	8.1
5 день	12.24	51	13.2	127.6	-
15 день	-	59.5	5.3	100.3	13.9

	Нb г/л	Ер	Ле	ШОЕ мм/год	Еоз.	П/я	С/я	Лм	М	Тромб.
1 День	94	3.16	12.24	60	0	12	77	8	2	243
6 день	78	2.75	22.06	69	2	16	59	16	4	232
15 День	78	2.74	5.23	39	8	6	43	34	9	313

Динаміка біохімічного та клінічного аналізів крові.

ЗАКЛЮЧНИЙ ДІАГНОЗ, ЙОГО ОБҐРУНТУВАННЯ:

Основне захворювання:

Негоспітальна лівобічна пневмонія
ІІІ кл. гр. важка ступінь, залишкові
явища.

Супутній: Цукровий діабет I тип,
тяжка форма. Стадія субкомпенсації.
Діабетична універсальна
мікроангіопатія(ангіопатія
н/кінцівок, нефропатія в поєднанні з
хронічним пієлонефритом. ХПН ІІ-
ІІІ ст.).

Рішення хірурга стосовно економності ампутації після відмороження – основа наступної успішної діяльності лікаря загальної практики-сімейної медицини (власні клінічні спостереження та досвід викладання на додипломному та післядипломному етапах)

Автори: Рейзін Д.В. ¹, Рейзін В.І. ¹, Рудіченко В.М. ², Соколенко А.Л. ², Уліщенко В.В. ², Кушнірова М.О. ³, Виноградова Г.М. ², Бик В.І. ²
¹Київська міська клінічна лікарня № 8,
²Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
³Комунальне некомерційне підприємство центр первинної медико-санітарної допомоги № 1, Київ /

Жорстокість ураження відмороженням залежить від температури оточуючого середовища, вітрового холодного фактору та тривалості експозиції. Внаслідок легкості доступу та периферичних анатомічних особливостей відмороження переважно уражує дистальні відділи верхніх та нижніх кінцівок, вуха, ніс та щоки.

Актуальність проблеми обумовлена наявністю широкого спектру клінічних проявів відморожень в діапазоні від уражень, які розрішаються повністю без будь-яких наслідків до уражень, які завершуються необхідністю ампутації основної кінцівки, що треба робити вчасно з правильним визначенням обсягу. Саме класифікація таких клінічних ознак уражень і становить основну клінічну класифікацію за ступенями, яку опановують на додипломному та післядипломному рівнях підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини.

Метою роботи було узагальнення власного досвіду та спостережень для оптимізації викладання та унаочнення в процесі практичних занять необхідності взаємодії різних ланок медичної допомоги.

В **результаті** наших спостережень під час практичних занять ми розглядаємо важкий (завершився ампутацією) **клінічний випадок** відмороження. Спостереження зроблені нами в Київській міській клінічній лікарні №8, на базі якої нами проводиться підготовка лікарів на додипломному та післядипломному етапах.



Мал. 1 Вигляд правої та лівої стопи при поступленні хворого (31.01.22)

Паспортна частина

Пацієнт М., чоловік, 66 років, 31.01.22 поступив до відділення зі скаргами на болі, почорніння ступнів нижніх кінцівок, наявність трофічних розладів за направленням сімейного лікаря.

Анамнез захворювання

Зі слів сина пацієнт ночував в неопалюваному будинку в селі протягом зимового часу, через деякий час виявилось, що хворий відморозив нижні кінцівки.

Анамнез життя

Супутне захворювання — ІХС, дифузний кардіосклероз, ГХ II стадії. Часто вживає алкоголь та палить.

Об'єктивний огляд

Загальний стан хворого середнього ступеня тяжкості. Тони серця приглушені, ритмічні. АТ нестабільний. Пульс 98 уд/хв. Живіт симетричний, при пальпації м'який, безболісний. Печінка виступає на 2 см з-під краю реберної дуги, край печінки ущільнений. Діурез та стілець в нормі.

Локально— набряк та гіперемія обох ступней з вологими циркулярними некрозами чорно-сірого кольору у ділянці пальців до рівня діафізів плюсневих кісток з гнійно-некротичними виділеннями з різко неприємним запахом. Демаркаційна лінія сформована. Пульсація на аа. femoralis, а. poplitea справа — ослаблена, на а. tibialis anterior et posterior справа — різко ослаблена.

Дані лабораторного обстеження

ЗАК: еритроцити 3,2 Т/л, гемоглобін 103 г/л, гематокрит 31%, тромбоцити 406 ×10⁹/л, лейкоцити 10,1×10⁹/л, ШОЕ 45 мм/год, нейтрофіли: паличкоядерні 6%, сегментоядерні 68%, лімфоцити 12%, моноцити 10%.

Біохімія крові: білірубін: загальний-10,8 мкмоль/л, прямиий-2,1 мкмоль/л, непрямиий-8,7 мкмоль/л, АЛТ- 33 ОД, АСТ- 61 ОД, білок 61,0 г/л, сечовина 3,7 ммоль/л, креатинін 0,080 ммоль/л, К+ 3,9 ммоль/л, Na+ 132 ммоль/л, Cl- 95 ммоль/л, глюкоза крові 5,2 ммоль/л.

Коагулограма: протромбінова активність 80%, тромбіновий час 17 с, фібриноген 4,9 г/л, час рекальцифікації 57 с.

Пацієнт був обстежений за методом дуплексного сканування судин нижніх кінцівок, який підтвердив патологічні зміни відповідно до діагнозу.

Клінічний діагноз:

Відмороження обох дистальних відділів стоп з вологим некрозом ІVст. Облітеруючий атеросклероз судин правої нижньої кінцівки ІІІ ст. Оклюзія підколінно-гомількового сегменту артерій справа.

ІХС. Дифузний кардіосклероз. СН ІІА. Гіпертонічна хвороба 2 ст., ІІ ст.

Оперативне лікування: ургентна ампутація передніх відділів лівої та правої стоп за Шарпом ІІ.

Після обробки операційного поля висічені 2 шкірно-фасціальні лоскути лівої та правої стопи, проведені резекції на рівні середніх 1/3 плесневих відділів стоп. Опил оброблений. Висічені некрози шкіри. Накладені навідні шви. Порожнина рани промита антисептичними розчинами. Накладено дренаж та бандаж.

Проведене медикаментозне лікування, хірургічна обробка ран та перев'язки.

Назва препарату та доза	Кратність введення	Спосіб введення
Ceftriaxon 1000 мг	2 р/добу	В/в
Metronidazol 500 мг	3 р/добу	В/в
Linezolid 600 мг	1 р/добу	В/в
Dexketoprofen 50 мг	3 р/добу	В/м
Епохарарин 40 мг	1 р/добу	П/ш
Омепразол 20 мг	2 р/добу	В/в
Препарат лактобактерій	2 р/добу	П/о

Післяопераційний період проходив без ускладнень. Виписаний зі стаціонару 14.02.2022 в задовільному стані під нагляд сімейного лікаря. Рекомендоване знеболення — ketoprofen 1 раз на добу 5 днів, перевязки, зняття швів.



Мал. 2 Результат проведеного лікування: загоєння швів первинним натягом (14.02.22)

В якості **висновків** вважаємо наданий опис демонстративним для обговорення під час практичних занять. Вчасність та економність проведення хірургом ампутації становить важливий аспект правильного довготривалого ведення пацієнта лікарем первинної ланки та опрацювання програми реабілітації, включно з протезуванням при необхідності. Описана особливість тактики ведення нашого пацієнта була обумовлена тривалим періодом розвитку хворобливих проявів з визначенням демаркаційної лінії та приєднанням гноєтворного процесу внаслідок відмороження до часу свідомого звернення хворого по медичну допомогу. У веденні випадку приймав участь лікар загальної практики – сімейної медицини в зв'язку з необхідністю визначення лікувальної тактики, що становить спеціальний аспект обговорення під час дистанційних занять. Вважаємо доречним у процесі викладання он-лайн та офф-лайн застосовувати не тільки поширені, а також рідкісні клінічні стани та аспекти їх лікування.

Джерела інформації

- Gorjanc J., Morrison S., Blagus R., Mekjavic I.B. Cold susceptibility of digit stumps resulting from amputation after freezing cold injury in elite alpinists // High Alt. Med. Biol. – 2018. – 19. - 185–192.
- Handford C., Thomas O., Imray C.H.E. Frostbite // Emerg. Med. Clin. N. Am. – 2017. – 35. - 281–299.
- Joshi K., Goyary D., Mazumder B. et al. Frostbite: current status and advancements in therapeutics // J. Therm. Biol. – 2020. – 93. – 102-116.
- McIntosh S.E., Freer L., Grissom C.K. et al. Wilderness medical society clinical practice guidelines for the prevention and treatment of frostbite: 2019 update // Wilderness Environ. Med. – 2019. – 30. - S19–S32.
- Regli I. B., Strapazon G., Falla M. et al. Long-term sequelae of frostbite—a scoping review // Int. J. Environ. Res. Public Health. – 2021. – 18. – 9655-9670.

Взаємодія різних видів лікарської допомоги з метою збереження кінцівки у наркозалежного пацієнта на фоні тяжкої коморбідності (власні клінічні спостереження у викладанні на додипломному та післядипломному етапах)

Рудіченко В.М. ¹, Рейзін Д.В. ², Рейзін В.І. ², Соколенко А.Л. ¹, Уліщенко В.В. ¹, Кушнірова М.О. ³

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,

²Київська міська клінічна лікарня № 8,

³Комунальне некомерційне підприємство центр первинної медико-санітарної допомоги № 1, Київ /

Актуальність

У наркозалежних осіб відзначають широкий спектр уражень. Лікарі як спеціалізованої, так і неспеціалізованої - первинної ланки (загальної практики—сімейної медицини) у своїй роботі стикаються з набутими судинними постін'єкційними ураженнями.

Актуальність проблеми обумовлена тим, що від третини до половини наркозалежних як основне місце для введення використовують пахову ділянку в проекції судинного пучка. Це пов'язано зі значними ризиками ураження феморальної вени та артерії з наступним розвитком хибної артеріо-венозної аневризми або тромбозу поверхневих та/або глибоких вен нижньої кінцівки.

Метою роботи було узагальнення власного досвіду та спостережень авторів за наркозалежними пацієнтами із судинними постін'єкційними ураженнями для оптимізації викладання та демонстрації в процесі практичних занять на додипломному та післядипломному етапах необхідності взаємодії різних ланок лікарської допомоги.

В **результаті** наших спостережень під час практичних занять ми розглядаємо важкий **клінічний випадок**, коли на фоні вкрай тяжкої анемії та хірургічного втручання сумісна робота різної спеціалізації лікарів сприяла збереженню кінцівки після перев'язки основних стовбурів стегнової артерії та вени за рахунок колатерального кровообігу.



Мал.1 — Вигляд аневризми під час поступлення пацієнта



Мал.2 — Зовнішній вигляд пацієнта



Мал.3 — Множинні трофічні виразки та явища ліподерматосклерозу

Джерела інформації:

Клінічний випадок

Паспортна частина

Пацієнт О., чоловік, 41 років, 28.01.22 поступив до КМКЛ№8 без свідомості, зі зниженням тиску до 50/40 мм. рт. ст. При огляді було виявлено у пахвинній ділянці вип'ячування багрового відтінку 10,0x7,0 см, що пульсує.(Мал.1)

Анамнез захворювання та життя

Зі слів сестри пацієнт більше 20 років являється споживачем ін'єкційних наркотиків, має підтверджений діагноз вірусного гепатиту С. Знаходиться на обліку у нарколога і отримує замісну терапію, спостерігається у сімейного лікаря.(Мал.2)

Перші ознаки вип'ячування в стегновій ділянці приховував, намагався вправити за допомогою підручних засобів. Під час однієї з таких спроб почалась кровотеча. У критичному стані доставлений до Київської міської клінічної лікарні №8.

Фізикальне обстеження:

Загальний стан хворого важкого ступеня тяжкості, без свідомості. Правильної статури, зниженого харчування. Шкірні покриви та слизові оболонки бліді. Серцеві тони ритмічні. АТ 50/40 мм рт.ст. Пульс 120 уд/хв, слабкого наповнення та напруги. У легенях дихання поверхневе, хрипів немає. ЧД 28 дихальних рухів/хв. Живіт симетричний, при пальпації м'який, аускультативно - перистальтика ослаблена. Діурез та стілець без порушень.

Status localis: при огляді пахової області зліва наявне вип'ячування 10,0x7,0 см багрового кольору, що пульсує. На лівій та правій кінцівці шкіра витончена, коричневого кольору. Спостерігались явища множинних поверхневих трофічних виразок 5,0x7,0 см та рубців після загоєння гнійників, явища ліподерматосклерозу на нижніх кінцівках з стегнової ділянки до гомілково-ступневого суглоба. (Мал.3) Пульсація артерій зліва на aa. femoralis, a.poplitea, a. tibialis anterior et posterior різко ослаблена.

Дані лабораторного обстеження пацієнта

Показник загального аналізу крові	Значення				
	28.01	29.01	31.01	11.02	14.02
Нь	27,0 г/л	32,0 г/л	38,0 г/л	64,0 г/л	70,0 г/л
Еритроцити	1,5 Т/л	1,4 Т/л	1,7 Т/л	2,7 Т/л	2,7 Т/л
Нт	10%	10%	12%	22%	22%
Тромбоцити	260,0x 10 ⁹ /л	280,0x 10 ⁹ /л	297,0x 10 ⁹ /л	228,0x 10 ⁹ /л	236,0x 10 ⁹ /л
Лейкоцити	17,0x 10 ⁹ /л	7,0x 10 ⁹ /л	7,4x 10 ⁹ /л	6,3x 10 ⁹ /л	4,6x 10 ⁹ /л

Біохімія крові

Білірубін загальний 8,0 мкмоль/л, прямий 0,0 мкмоль/л, непрямої 8,0 мкмоль/л, АЛТ 28 ОД, АСТ 40 ОД, білок 61,0 г/л, сечовина 3,3 ммоль/л, креатинін 0,081 ммоль/л, К+ 3,7 ммоль/л, Na+ 135,0 ммоль/л, Cl- 102,0 ммоль/л, глюкоза крові 8,4 ммоль/л.

Коагулограма

Протромбінова активність 80%, тромбіновий час 17 с, МНО 1,26, АЧТЧ 23 с.

Загальний аналіз сечі

Колір сечі рожевий, непрозорий, відносна густина 1010, рН 5,5, білок 0.01 г/л, глюкози та білірубину не виявлено, кетонів тіла +/-, еритроцити 40-50 в полі зору, лейкоцити 5-10 в полі зору, поодинокі гіалінові циліндри, епітелій поодинокий в полі зору, бактерії не виявлені, наявний волокнистий поодинокий слиз.

Діагноз: Постін'єкційна хибна артеріо-венозна аневризма лівої пахової ділянки з розривом. Профузна кровотеча.

Гостра анемія вкрай важкого ступеня. Геморагічний шок III ступеня(28.01.22).

Ін'єкційна наркоманія опіоїдними сурогатами.

28 січня ургентно за життєвими показаннями пацієнту виконано оперативне втручання: **висічення хибної артеріо-венозної аневризми з перев'язкою основних стовбурів стегнової артерії та стегнової вени. Зупинка кровотечі.**

Проведене медикаментозне лікування: цефтріаксон 1000 мг 2 р/добу в/в, омепразол 40 мг 1 р/добу в/в, препарат вітамінів групи В 1 р /добу в/в, декскетопрофен 50 мг 3 р/добу в/в, залізо (III) оксид з декстраном 2 мл в/м, розчин Рінгера 400 мл в/в 1 р /добу, замісне переливання одноступенної еритроцитарної маси та плазми крові, хірургічна обробка ран та перев'язки.

Післяопераційний період проходив без ускладнень. Позитивна динаміка стану. (Мал.4) Виписаний зі стаціонару 18.02 в задовільному стані під нагляд сімейного лікаря. Рекомендовані прийом препаратів заліза, знеболення—ketorofeni 1 р/добу 5 днів, перевязки, препарати, які покращують периферичний кровообіг—пентоксифілін 100 мг 4 р/добу, препарати групи діосміну, обробка виразок та хірургічна обробка післяопераційної рани.



Мал.4 — Вигляд після висічення аневризми

Висновки:

В якості **висновків** вважаємо наданий опис доречним для опрацювання під час практичних занять на додипломному та післядипломному етапах. Випадок нечастий, коли після перев'язки основних стовбурів стегнової артерії та вени за рахунок колатерального кровообігу у хворого можливо зберегти нижню кінцівку, тим більше на фоні такої жорстокої анемії. У веденні пацієнту приймав участь лікар загальної практики—сімейної медицини через необхідність контролю стану, корекції медикаментозних призначень та продовження програми ведення хворого з урахуванням правильно організації замісної терапії, про що хворому неодноразово роз'яснювалося.

1.Senbanjo R., Hunt N., Strang J. Cessation of groin injecting behaviour among patients on oral opioid substitution treatment // Add. – 2011. - Vol.106. – P.376-382.

2. Senbanjo R., Tipping T., Hunt N., Strang J. Injecting drug use via femoral vein puncture: preliminary findings of a point-of-care ultrasound service for opioid-dependent groin injectors in treatment // Harm Red. J. – 2012. – Vol.9. – P.6-14.

ПОВ'ЯЗАНА ЗІ ЗДОРОВ'ЯМ ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ ТА ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

Харківський національний медичний університет, кафедра внутрішньої медицини №1, м. Харків

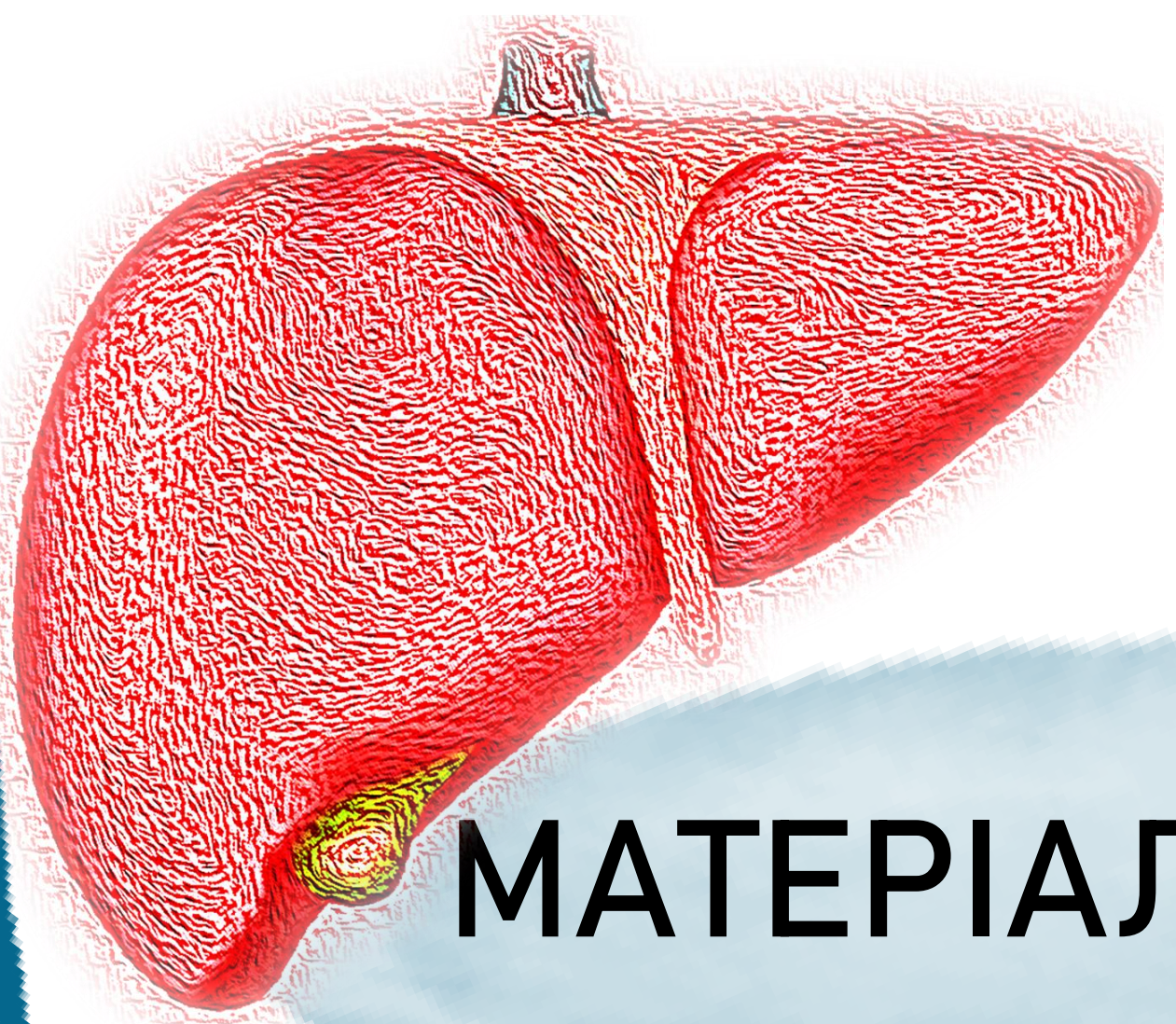
Автори: аспірантка кафедри внутрішньої медицини №1 ХНМУ Рожественська А.О.,
аспірантка кафедри внутрішньої медицини №1 ХНМУ Тверезовська І.І.
Науковий керівник: завідувачка кафедри внутрішньої медицини №1 ХНМУ,
д.мед.н., проф. Железнякова Н.М.

АКТУАЛЬНІСТЬ

Актуальність досліджень коморбідного перебігу неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП) та гіпертонічної хвороби (ГХ) не викликає сумнівів – печінковий стеатоз вражає в середньому близько 25% дорослого населення світу, і щонайменше у 50% з цих пацієнтів спостерігається стійке підвищення артеріального тиску (АТ). Доведено, що через спільні патогенетичні ланки ГХ потенціює негативний вплив НАЖХП на організм. Визначення суб'єктивного впливу патологій на стан пацієнтів у клінічній практиці можливо за допомогою розрахунку інтегрального показника – пов'язаної зі здоров'ям якості життя (ПЗЯЖ).

МЕТА

Оцінити вплив ГХ на рівень ПЗЯЖ пацієнтів з НАЖХП за допомогою опитувальника «Medical Outcomes Study Short Form (SF-36)».



SF-36

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Матеріали і методи. Обстежено 63 пацієнти з НАЖХП на стадії неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ) та ГХ 1-2 ступеня, 52 пацієнти з НАЖХП на тлі нормального АТ та 20 відносно здорових осіб. Серед груп не було статистично значущих розбіжностей за віком та статтю. Оцінка ПЗЯЖ проводилась за допомогою опитувальника SF-36 – анкети з 36 запитань, згрупованих у 8 шкал, показники за якими оцінювались балами від 0% (найнижча ПЗЯЖ) до 100% (найвища ПЗЯЖ). На основі показників за шкалами були розраховані оцінки сумарного фізичного (PCS) та психічного (MCS) компонентів ПЗЯЖ. Статистична обробка отриманих результатів була проведена за загальноприйнятими методиками.

РЕЗУЛЬТАТИ

Було виявлено достовірне зниження ПЗЯЖ у пацієнтів з НАЖХП у порівнянні з контрольною групою незалежно від рівня АТ майже за всіма шкалами. Показник ПЗЯЖ за сумарним фізичним компонентом здоров'я (PCS) у пацієнтів з поєднанням НАЖХП та ГХ становив майже 60%, що було достовірно менше, ніж у групі з ізольованим перебігом НАЖХП (76%) та у групі контролю (90,00%). Також було визначено статистично значущі розбіжності у результатах показника ПЗЯЖ за сумарним психічним компонентом здоров'я (MCS) серед обстежених пацієнтів: у групі з НАЖХП на тлі ГХ він становив 33%, у той час як у групі з ізольованою НАЖХП значення відповідної оцінки ЯЖ досягали 57%, а у групі контролю – 79% (рис.1).

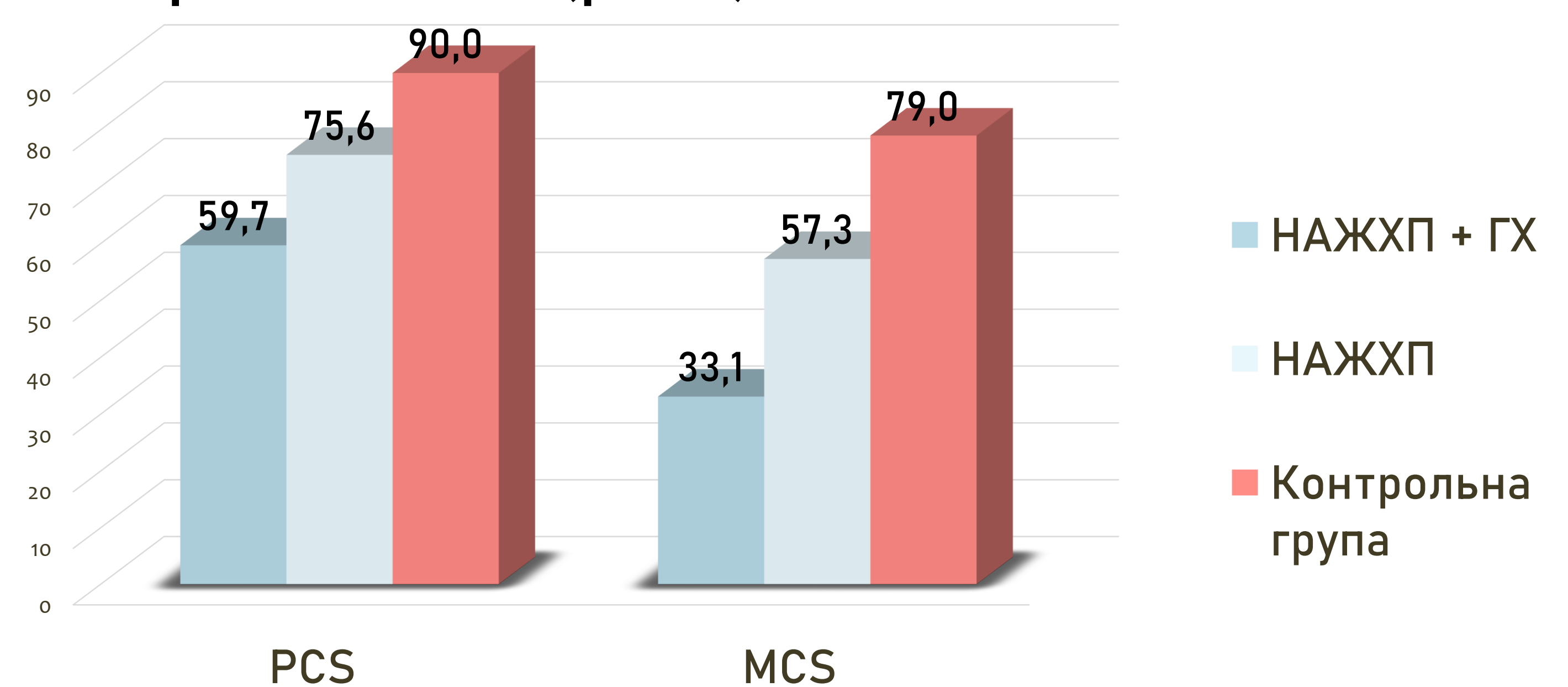


Рисунок 1. Оцінки за сумарним фізичним (PCS) та психічним (MCS) компонентами здоров'я за результатами опитувальника SF-36 у обстежених пацієнтів

ВИСНОВКИ

Пацієнти з НАЖХП характеризуються значно нижчою ПЗЯЖ незалежно від наявності супутньої ГХ – стійкий підвищений АТ суттєво погіршує як фізичний, так і ментальний стан пацієнтів з НАЖХП, обумовлюючи достовірне зниження фізичного та психічного компонентів ПЗЯЖ. Цей феномен, вірогідно, є наслідком негативного впливу супутньої ГХ на перебіг НАЖХП, що зумовлює негативізацію сприйняття власного стану здоров'я пацієнтами з коморбідним перебігом даних патологій. Отримані дані дозволяють враховувати ПЗЯЖ як важливий компонент комплексного обстеження пацієнтів з НАЖХП та ГХ для прогнозування тяжкості перебігу захворювань та визначення ефективних терапевтичних заходів.

УДК: 616.1/4-07-085

Відповідальний редактор: М'ясоєдов В.В., Железнякова Н.М.

Редакційна колегія: Молодан В.І., Рождественська А.О.

Відповідальні секретарі: Рождественська А.О., Тверезовська І.І.

Ідея проекту: Молодан В.І.

А33 «Актуальні питання діагностики та лікування внутрішніх хвороб на прикладі клінічного випадку» / збірник тез та постерних робіт, Харків ХНМУ, 2022. – 99 с.

До збірника включено тези і постери молодих вчених та лікарів-інтернів за результатами власних клінічних спостережень.

Надіслані до Оргкомітету матеріали публікуються без редакторської та коректорської правки, відповідальність за їх зміст несуть автори.