

ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ

З МАТЕРІАЛАМИ ІІ МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

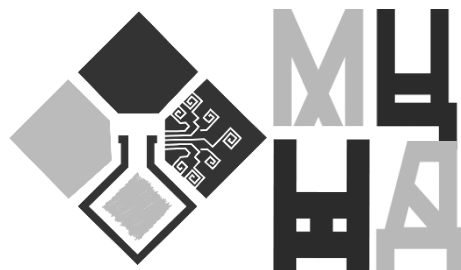
3 ТРАВНЯ 2024 РІК

М. КИЇВ, УКРАЇНА

**«РОЗВИТОК НАУК В УМОВАХ НОВОЇ
РЕАЛЬНОСТІ: ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ»**



ЗБІРНИК НАУКОВИХ
ПРАЦЬ З МАТЕРІАЛАМИ
II МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ



РОЗВИТОК НАУК В УМОВАХ НОВОЇ РЕАЛЬНОСТІ: ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

| 3 травня 2024 рік
м. Київ, Україна

Вінниця, Україна
«UKRLOGOS Group»
2024

СЕКЦІЯ XVII. ПСИХОЛОГІЯ ТА ПСИХІАТРІЯ

АРТ ТЕРАПІЯ ЯК ЗАСІБ КОРЕКЦІЇ ТРИВОЖНОСТІ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ Гаврилова А.К.	198
ВИЗНАЧЕННЯ ЕКЗИСТЕНЦІЙНОЇ КРИЗИ ТА ЇЇ ПРОЯВИ Соценко Н.В.	201
КОНФЛІКТИ В КОНТЕКСТІ СУЧАСНОГО РИНКУ ПРАЦІ В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ Торба Н.Г.	203
ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ УМОВ САМОРЕАЛІЗАЦІЇ СТУДЕНТІВ Герасименко Л.Б.	205

СЕКЦІЯ XVIII. МЕДИЧНІ НАУКИ ТА ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА З ПАНГІПОПІТУЇТАРНИМ СИНДРОМОМ НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ Бадалов Заур Адалят огли, Ворушило В.В., Марченко А.С.	209
ВПЛИВ ВОЄННОГО ЧАСУ НА ХАРЧУВАННЯ ТА РИЗИК ДЕФІЦИТУ ВІТАМІНІВ Мазур Р.М.	212
ДЕЯКІ АСПЕКТИ МЕХАНІЗМУ ДІЇ ФІТОЕСТРОГЕНІВ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З ПОРУШЕННЯМ ОВАРІО-МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛУ Абдуллаєва Айгюн Сахіб кизи, Писаренко К.С., Тищенко О.М.	214
ДОСЛІДЖЕННЯ КРОВОТЕЧ НА РАННІХ ТЕРМІНАХ ВАГІТНОСТІ Оліфіренко Д.Є., Білошапка А.В., Овчар А.В.	217
ЕНДОМЕТРІОЗ: ГЕНЕТИЧНА СКЛАДОВА ПРОБЛЕМИ ТА КОМОРБІДНІСТЬ Грежинець М.В.	221
ІНДИВІДУАЛЬНА АНАТОМІЧНА МІНЛИВІСТЬ ПЛОЩІ ШЕСТИКУТНИКА ОБЛИЧЧЯ У ЛЮДЕЙ З РІЗНИМ КРАНІОТИПОМ Якименко Р.О., Вовк О.Ю.	225
ЛІКУВАННЯ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ МОНОКЛОНАЛЬНИМИ АНТИТІЛАМИ Олефіренко А.С., Максименко А.В., Тихонова Л.В.	229
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА КЛІНІЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ АДГЕЗИВІВ ДЛЯ ФІКСАЦІЇ ЗНІМНИХ ПЛАСТИНКОВИХ ПРОТЕЗІВ Серединко І.А.	231

СЕКЦІЯ XVIII. МЕДИЧНІ НАУКИ ТА ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА З ПАНГІПОПІТУЇТАРНИМ СИНДРОМОМ НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ

Бадалов Заур Адалят огли

студент 6 курсу 17 групи 3 медичного факультету
Харківський Національний Медичний Університет, Україна

Ворушило Владислав Володимирович

студент 6 курсу 17 групи 3 медичного факультету
Харківський Національний Медичний Університет, Україна

Марченко Анастасія Сергіївна

асистент кафедри загальної практики,
сімейної медицини та внутрішніх хвороб
Харківський Національний Медичний Університет, Україна

Актуальність. Пангіпопітуїтаризм — це рідкісний стан, який супроводжується відсутністю всіх гормонів, які виробляє гіпофіз. Ці гормони необхідні для життєво важливих функцій організму. В основі синдрому лежить дифузне ураження гіпоталамо-гіпофізарної ділянки з випадінням функцій гіпофіза і недостатністю периферійних ендокринних залоз [1]. Єдині доступні епідеміологічні дані, що оцінюють частоту серед дорослого населення, отримані з іспанського дослідження, опублікованого в 2001 році, показуючи поширеність 455 випадків на мільйон жителів і частоту 42,1 випадків на мільйон жителів на рік [2]. Клінічна картина залежить від віку, у якому розвинулась гормональна недостатність, етіології та тривалості захворювання, а також від спектру дефіциту гормонів окремих залоз внутрішньої секреції.

Мета. Розгляд раціональної, актуальної гормонозамісної терапії при пангіпопітуїтарному синдромі на прикладі клінічного випадку.

Клінічний випадок. Пацієнт А. 58 років, звернувся в ендокринологічне відділення зі скаргами на виражену слабкість, втомлюваність, сухість у роті, спрагу до 7 літрів, поліурію, сонливість, головний біль, запаморочення, набряки обличчя, кінцівок, погіршення пам'яті, порушення концентрації уваги, судоми у м'язах кінцівок.

Анамнез хвороби: народився з вагою 3600г, зрості 50 см. З 5 до 7 років з батьками проживав в Казахстані в зоні підвищеної радіації та надмірного електромагнітного поля. Затримка в рості з 13 років.

Обстежений в клініці НДІОЗДП (м. Харків), встановлено діагноз затримка соматостатевого розвитку: призначалась метаболічна терапія з незначним

позитивним ефектом. У 1996 р. в клініці УкрНІФЕЗ, м. Харків (нині ІПЕП) виявлено гіпогонадізм; АІТ, гіпотиреоз. Призначався тироксин, тестостерон, метаболічна терапія.

У 1997 р. на МРТ головного мозку виявлено аденому гіпофіза з супраселлярним ростом розміром 23x 13x20 мм, яка здавлює оптикохіазмальну зону. В 10.1997 р.в клініці ІНХ (м.Київ) проведено видалення аденоми гіпофіза.

Гістологія: хромофобна аденома. Після операції розвинувся пангіпопітуітарний синдром (нецукровий діабет, гіпокортицизм, гіпотиреоз). Призначено замісну гормональну терапію (адиуретин, тироксин, преднізолон, курсове лікування тестостероном). У 1998- р. виявлено гіперпролактинемію, призначався парлодел(бромокриптин). Періодично проходив обстеження та стаціонарне лікування в клініці ІПЕП. На теперішній час отримує уропрес 2 краплі, 75 мкг тироксину, 10 мг преднізолону. Мав 2 гр. інвалідності. При обстеженні 22.06.2018 р. ФСГ - менше 0,1 мМОд/мл (N=2,1-18,6), ЛГ- 0,2 мМОд/мл; (N=2,1-18,6), Естрадіол- менше 7,0 пг/ мл (N=2 до 42), Тестостерон- менше 7,0 нг/дл (N=262-870), Тестостерон вільний- 0,9 пг/мл (N=4,51-42,0).

Пролактин- 285 мМОд/л (N=89-365), ТТГ- 3,8 мкМОд/мл (N=0,38-4,31). Направлений до денного стаціонару консультативної поліклініки ІПЕП з метою проведення обстеження для МСЕК, корекції замісної терапії та проходження курсу лікування.

Анамнез життя: туберкульоз, вірусний гепатит, інфаркт, інсульт заперечує. Гемотрансфузія- заперечує. Супутня патологія- заперечує. Алергія до медикаментів: лідокаїн.

Об'єктивно: загальний стан хворого середнього ступеня важкості. Свідомість ясна. Задовільного харчування. Зріст- 185 см, вага- 87 кг, ІМТ- 25,42 кг/м². Шкірні покриви сухі, звичайного кольору, видимі слизові рожеві, чисті. В легенях везикулярне дихання. Щитоподібна залоза не збільшена, при пальпації безболісна, вузлові утворення не пальпуються. Серцева діяльність ритмічна, тони приглушені, пульс 82 уд/хв. АТ- 140/80 мм рт.ст. Язик чистий, вологий. Живіт м'який, безболісний. Печінка не збільшена. Синдром Пастернацького негативний з обох сторін. Периферичних набряків не має.

Результати лабораторних досліджень: клінічний аналіз крові: Нb – 164 г/л, Ht- 44%, ер.- $5,2 \cdot 10^{12}$ /л. тр.- $267 \cdot 10^9$ /л, L – $6,6 \cdot 10^9$ /л, ШОЕ – 3 мм/г, с.-45%, п. -1%, е.- 8%, л - 44%, м. -2 %. Аналіз сечі: жовта, прозора, питома вага- 1,010, лейкоцити 0-1 в п/з, епітелій перехідний 0-2 в п/з, слиз небагато.

Цукор крові натще- 4,40 ммоль/л. Тестостерон загальний- 3,7 нгр/мл; кортизол <1,50 нмоль/л; пролактин- 3,21 мЕд/л. Тиреотропний гормон- <0,005 мЕд/л, Т4 вільний- 12,4 пмоль/л. Кальцій іонізований (Са⁺⁺)- 1,21 ммоль/л. Калій- 4,8 ммоль/л, натрій- 136 ммоль/л, хлор- 104 ммоль/л. Сечова кислота- 515 ммоль/л.

Заключний діагноз: Післопераційний пангіпопітуітарний синдром: нецукровий діабет, важка форма; гіпотиреоз, середньої важкості, гіпопаратиреоз, середньої важкості; гіпокортицизм, середньої важкості; гіпогонадізм.

Метаболічна кардіопатія. Дисліпідемія.

Гормонозамісна терапія: з приводу гіпотиреозу- еутирокс 162,5 мкг за 40 хвилин до сніданку, контроль рівня ТТГ, Т4 вільного через 3 місяці; препарат антидіуретичного гормону- мінірін мелт 120 мкг по 1 таблетці 2 рази на добу; з приводу недостатності кори наднирникових залоз- преднізолон 10 мг 2 рази на день; з приводу гіпогонадізму- нібідо 1 ін'єкція на 12 тижнів; для корекції рівня сечової кислоти- аденурік 80 мг 1 раз на добу.

Висновки: Підвищення обізнаності про пангіпопітуїтарний синдром в інших спеціальностях медицини, окрім ендокринології, є важливим, оскільки нерозпізнана дисфункція гіпофіза значно впливає на фізичне та психологічне благополуччя. Хворі з пангіпопітуїтаризмом потребують пожиттєвої гормонозамісної терапії та постійного контролю рівня гормонів. Адекватна замісна терапія дозволяє підтримувати задовільний стан здоров'я пацієнта.

Список використаних джерел:

1. Schneider HJ, Aimaretti G, Kreitschmann-Andermahr I, Stalla G-K, Ghigo E. Hypopituitarism. *Lancet*. 2007;369(9571):1461–1470.
2. Regal M, Páramo C, Sierra SM, Garcia-Mayor RV. Prevalence and incidence of hypopituitarism in an adult Caucasian population in northwestern Spain. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2001;(6):735–740.