ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

# ЗБІРНИК ТЕЗ

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

(березень-травень 2019 року)

ХАРКІВ - 2019

ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

# ЗБІРНИК ТЕЗ

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

**(присвячено 100-річчю від дня народження академіка Л.Т.Малої)**

*(березень-травень 2019 року)*

ХАРКІВ – 2019

УДК: 616.1/.4-07-085

Відповідальний редактор: В'юн В.В., Бабак О.Я.
Редакційна колегія: Железнякова Н.М., Зелена І.І., Молодан В.І., Просоленко К.О., 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», (присвячено 100-річчю від дня народження академіка Л.Т.Малої) /збірник тез, Харків ХНМУ, 2019. – 89 с.

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

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

**ЗМІСТ:**

ДЕФІЦИТ ВІТАМІНУ D ПРИ ХРОНІЧНІЙ СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ І МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЕРИТРОЦИТІВ ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ....4

**Барила Н.І.**....4

ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ДОБОВОГО МОНІТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ПАЦІЄНТІВ З РЕЗИСТЕНТНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ....6

**Більченко А.О.[1], Магдаліц Т.І.[2]**....6

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЬНОГО С РАННИМ ПОСТИНФАРКТНЫМ ПЕРИКАРДИТОМ....8

**Гунько А.В., Голенко Т.Н.**....8

СІМЕЙНА ГЕТЕРОЗИГОТНА ГІПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМІЯ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ....10

**Ждан В.М., Кітура Є.М., Бабаніна М.Ю., Кітура О.Є., Ткаченко М.В.**....10

ФЕНОТИП ВПЕРШЕ ВИЯВЛЕНОГО ПРЕДІАБЕТУ У ЧОЛОВІКІВ МОЛОДОГО ВІКУ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ (ІХС)....12

**Королюк О.Я.**....12

РАЦІОНАЛЬНИЙ ПІДХІД У ВИКОРИСТАННІ КОМБІНОВАНОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ....14

**Літвинова А.М.**....14

СИНДРОМ КОУНІСА....16

**Мігенько Л. М., Мігенько Б.О.**....16

ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ТЕРАПІЇ ВАРФАРИНОМ НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ....18

**Охрямкіна Т.М., Молодан В.І.**....18

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО С Q-ПОЗИТИВНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И ОСТРОЙ АНЕВРИЗМОЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА....20

**Постолаки М.А., Визир М.А.**....20

КАРДІОХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТА З ХРОНІЧНОЮ РЕВМАТИЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ....22

высокий. СН по Killip I. Осложнение: Острый перикардит. На фоне терапии уменьшилась выраженность симптомов, ангинозные боли не рецидивировали. Больной переведен в отделение ИБС на 6-й день болезни.

**Выводы:** учитывая, что при остром ИМ применение НПВС противопоказано, для устранения болевого синдрома, пациенту дважды вводились наркотические анальгетики (морфин и промедол) в комбинации с седуксеном.

## СІМЕЙНА ГЕТЕРОЗИГОТНА ГІПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМІЯ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ

**Ждан В.М., Кітура Є.М., Бабаніна М.Ю., Кітура О.Є., Ткаченко М.В.**

*Українська медична стоматологічна академія,*

*кафедра сімейної медицини і терапії, м. Полтава*

**Актуальність:** У хворих з гетерозиготною формою сімейної гіперхолестеринемії (СГ), що зустрічається в загальній популяції з частотою один випадок на 350-500 чоловік, функціонує половина В/Е рецепторів, у зв'язку з чим рівень холестерину (ХС) підвищується приблизно в 2 рази (до 9-12 ммоль/л). Патогномонічною ознакою гетерозиготної форми СГ є ксантоматоз, тобто відкладення ефірів ХС у сухожиллях (ахіловому, екстензора кисті), може виявлятися і ліпідна дуга рогівки. СГ є одним із найбільш розповсюджених генетичних порушень, проте ця патологія мало відома практичним лікарям і часто своєчасно не діагностується

**Мета:** Ознайомити практикуючих лікарів з ранньою діагностикою СГ.

**Клінічний випадок:** Хвора К., 50р., звернулася із скаргами на задишку, серцебиття, набряки нижніх кінцівок. Відомо, що брат в 45 років помер від інфаркту міокарда. Об'єктивно: стан середньої важкості, статура гіперстенічна, вага тіла 96 кг, ріст 160 см, індекс маси тіла 38,0 кг/м$^2$, наявні багаточисленні ксантелазми на повіках, ксантоми на грудній клітці, нижніх кінцівках, туберозні ксантоми кистей рук. (зі слів хворої такі зміни на шкірі були і в брата ). В легенях – везикулярне дихання. АТ140/90 мм рт.ст. Cor-

ліва межа серця по передній аксилярній лінії, тони ослаблені, над усіма точками вислуховується грубий систолічний шум з max над аортою, проводиться на судини шиї, ЧСС-90 за 1 хв. Печінка виступає на 2 -3 см нижче реберної дуги. Клінічні аналізи крові і сечі без відхилень. Біохімічний аналіз крові: ЗХ – 14,53 ммоль/л, ліпопротеїди низької щільності (ЛПНЩ) - 8,04ммоль/л, ліпопротеїди високої щільності (ЛПВЩ) - 0,98 ммоль/л, тригліцериди – 2,37 ммоль/л. ЕКГ: ритм синусовий, ЧСС-95 уд/хв., гіпертрофія лівого шлуночка (ЛШ) і лівого передсердя (ЛП). ЕхоКС: виражений фіброз аортального (АК) і мітрального клапанів (МК), кальциноз – +++. КДР ЛШ -72мм, КСЩ -54мм, КДО – 220мл, КСО – 170мл, ФВ – 34%. Коронароангіографія (КАГ): стеноз передньої міжшлуночкової гілки (ПМШГ) лівої коронарної артерії (ЛКА) в проксимальній третині – 85%, в середній – 60%. Стеноз проксизмальної третини огинаючої гілки (ОГ) до 50%, субоклюзія правої коронарної артерії (ПКА) – 99%. Rtg – графія органів грудної клітки: легеневі поля без вогнищевих і інофільтративних змін. Збільшення лівих відділів серця. Враховуючи скарги хворої, анамнез, розповсюджений ксантоматоз, гіперхолестеринемію, ознаки аортального стенозу, кальцинозу АК і МК, було сформульовано клінічний діагноз: ішемічна кардіоміопатія, сімейна гетерозиготна гіперхолестеринемія. Кальцинуюча хвороба клапанів: кальциноз АК і МК. Дегенеративний аортальний стеноз – IV стадія, СН II Б із систолічною дисфункцією лівого шлуночка. Виконана операція – протезування аортального клапана, аортокоронарне шунтування – 2 (шунтована ПМША і ПКА). В подальшому хворій рекомендована дієта, розувастатин 40 мг/добу, під контролем ліпідограми, вальсартан 160 мг 1 раз в день), верошпірон 25 мг/добу; синкумар постійно під контролем МНС (2,5-3,0).

**Висновки:** Враховуючи сімейний анамнез, прогресування атеросклерозу, ІХС, зовнішні прояви гіперліпідемії (ксантелазми, туберозні ксантоми), високий рівень ЗХ і ЛПНЩ, у хворої є варіант сімейної гетерозиготної гіперхолестеринемії, що стала причиною раннього розвитку атеросклерозу

коронарних артерій. Особливістю даного клінічного випадку є те, що незважаючи на явні ознаки прояви гіперхолестеринемії, не була діагностовано СГ.

## ФЕНОТИП ВПЕРШЕ ВИЯВЛЕНОГО ПРЕДІАБЕТУ У ЧОЛОВІКІВ МОЛОДОГО ВІКУ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ (ІХС)

**Королюк О.Я.**

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра внутрішньої медицини № 2, м. Львів*

**Актуальність**: За даними EuroHeartSurvey у 2/3 хворих на ІХС порушена регуляція обміну глюкози. Предіабет включає порушення глікемії натще (ПГН), порушення толерантності до глюкози (ПТГ) та їх поєднання. Вплив цих розладів на перебіг ІХС неоднозначний, хоча більшість дослідників вважають, що ці стани не є тотожними.

**Мета**: Описати особливості проявів та перебігу хвороби у пацієнтів з ІХС та вперше виявленою гіперглікемією – ПГН з та без ПТГ.

**Клінічний випадок**: Двоє чоловіків віком 42 роки з ІХС госпіталізовані у зв'язку з нестабільною прогресуючою стенокардією. За рік до обстеження в обох пацієнтів виник STEMI: у пацієнта 1 (П1) тромбоз правої коронарної артерії, проведено стентування, у пацієнта 2 (П2) – багатосудинне ураження і тромбоз LAD, проведено аорто-коронарне шунтування. В обох в анамнезі куріння, артеріальна гіпертензія впродовж 5 років, медикаментозно контрольована (АТ <140/90 мм рт.ст., зрідка до 160/100 мм рт.ст.). При проведенні орального глюкозотолерантного тесту у П1 виявлено ізольоване ПГН, у П2 – ПГН + ПТГ, гіперінсулінемія натще та після навантаження, але відповідь на глюкозу (відношення наростаючої площі під кривою інсуліну до глюкози) та секреторна здатність з урахуванням існуючої інсулінорезистентності (індекс DeFronzo) були значно нижчими, ніж у П1; низький рівень ХС ЛПВЩ, суттєво вищі рівні тригліцеридів (ТГ) та логарифмічного значення ТГ/ХС ЛПВЩ, що вказує на атерогенність