

Полтавський державний медичний університет
Українська Академія наук національного прогресу

Проблеми екології

та медицини

Том 25 N 3-4 2021 (додаток)

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Заснований в 1997 році

Виходить 1 раз на 2 місяці

Зміст

**МАТЕРІАЛИ ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ З МІЖНАРОДНОЮ
УЧАСТЮ «УМСА – СТОЛІТТЯ ІННОВАЦІЙНИХ НАПРЯМКІВ
ТА НАУКОВИХ ДОСЯГНЕНЬ (ДО 100-РІЧЧЯ ЗАСНУВАННЯ
УМСА)», (ПОЛТАВА, 8 ЖОВТНЯ 2021 р.)**

КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА (ТЕРАПЕВТИЧНИЙ ПРОФІЛЬ)

THE HYPOTHYROIDISM AND ITS INFLUENCE ON THE CONDITION OF THE LEFT VENTRICULAR MYOCARDIUM

Bobyrova L., Horodynska O...... 5

МЕТОДИ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ ЗМІН В ЛЕГЕНЯХ ПІД ЧАС АМБУЛАТОРНОГО ВЕДЕННЯ ХВОРИХ НА
КОРОНАВІРУСНУ ХВОРОБУ (COVID-19)

Бойко Д.М., Бойко О.С. 6

ПЕРСОНАЛІЗОВАНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ ІЗ СУПУТНЬОЮ
ПАТОЛОГІЄЮ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ

Борзих О.А., Лавренко А.В., Авраменко Я.М., Кайдашев І.П...... 7

ВИЯВЛЕННЯ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

Герасименко Л.О. 7

ПРИНЦИПИ РОБОТИ З ІНСТРУМЕНТАМИ ОЦІНКИ ПОРУШЕНИХ ФУНКЦІЙ

Гончар О.О. 8

ІСТОРІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ХВОРОБИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Гринь К.В...... 8

STUDY OF DENTAL STATUS IN PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR PATHOLOGY

Digtiar N.I., Gerasimenko N.D., Marchenko A.V., Dubrovina O.V. 9

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ З ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ Ісаков Р.І.	10
ГЕМОДИНАМІЧНІ ЕФЕКТИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ЕЛЕКТРИЧНОЇ АКТИВНОСТІ СЕРЦЯ ПРИ ГОСТРОМУ МІОКАРДИТІ, АСОЦІЙОВАНОМУ З КОРОНАВІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ (COVID-19) Казаків Ю.М., Чекаліна Н.І., Борисова З.О., Кіруша І.С., Івашута І.М.	10
ЕФЕКТИ ЗАМІСНОЇ ФЕРМЕНТНОЇ ТЕРАПІЇ ЗОВНІШНЬО-СЕКРЕТОРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ПАЦІЄНТА З ВТОРИННИМ ПАНКРЕАТОГЕННИМ ДІАБЕТОМ Катеренчук В.І.	11
ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ КОМОРБІДНОГО ХВОРОГО В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК Ждан В.М., Кур'ян О.А., Ткаченко М.В., Іщейкіна Ю.О., Іваницький І.В.	11
СКЛАДНОСТІ ДІАГНОСТИКИ СИНДРОМУ ЧЕРДЖА-СТРОССА: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ. Ждан В.М., Кітура Є.М., Бабаніна М.Ю., Кітура О.Є.	12
ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА ВЕРТЕБРОГЕННІ БОЛЬОВІ СИНДРОМИ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОГО РІВНЯ Козьолкін О. А., Медведкова С. О., Пухальський М. П.	13
ЕФЕКТИВНІСТЬ КОРТИКОСТЕРОЇДІВ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ Куліш М.В.	13
РІДКІСНИЙ КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ПЛАЗМОЦИТОМ ЧЕРЕПА У ХВОРОГО НА МНОЖИННУ МІЄЛОМУ Лиманець Т.В., Скрипник Р.І., Островський В.Л.	14
ОСОБЛИВОСТІ ЦИТОСТАТИК-ІНДУКОВАНИХ УРАЖЕНЬ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ГОСТРІ ЛЕЙКЕМІЇ ІЗ НАДМІРНОЮ ВАГОЮ І ОЖИРІННЯМ Маслова Г.С., Скрипник І.М., Щербак О.В.	15
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВІДНОВНОГО ПЕРІОДУ У ХВОРИХ НА ГЕМОРАГІЧНИЙ ПІВКУЛЬОВИЙ ІНСУЛЬТ ЗІ СПАСТИЧНІСТЮ М'ЯЗІВ ПАРЕТИЧНИХ КІНЦІВОК Медведкова С.О., Дронова А.О.	15
ВІДМІННОСТІ ЕКГ-ФЕНОМЕНІВ У ПЛАВЦІВ, ЯКІ ВІДРІЗНЯЮТЬСЯ ЗА СТАТТЮ І КВАЛІФІКАЦІЄЮ Михалюк Є.Л., Новак А.О., Польський С.Г.	16
АЛЕЛЬНИЙ ПОЛІМОРФІЗМ ГЕНІВ ІМУННОЇ ВІДПОВІДІ У ХВОРИХ НА ПЛАЗМОКЛІТИННУ МІЄЛОМУ У ВІДДАЛЕНИЙ ПЕРІОД ПІСЛЯ АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС Мінченко Ж.М., Любарець Т.Ф., Дмитренко О.О., Сіласєв Ю.О.	17
ОСОБЛИВОСТІ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ОСІБ, ЩО ДОГЛЯДАЮТЬ ЗА ПАЦІЄНТАМИ ІЗ ДЕМЕНЦІЄЮ ІЗ УРАХУВАННЯМ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ХРОНОТИПУ Орлова О. В., Животовська Л. В., Скрипніков А. М., Бойко Д. І., Животовська А. І. ..	17
ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ДЕЯКИХ ПОКАЗНИКІВ СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ ТА ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА КОМПЕНСОВАНЕ ХРОНІЧНЕ ЛЕГЕНЕВЕ СЕРЦЕ БРОНХОЛЕГЕНЕВОГО ГЕНЕЗУ ТА ПРИ НАЯВНОСТІ КОМОРБІДНОЇ ЕСЕНЦІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ Петров Є.Є¹, Бурмак Ю.Г², Треумова С. І¹, Іваницька Т.А¹, Савчук Т.А¹.	18
СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ПАТОЛОГІЄЮ КОЛІННОГО СУГЛОБА Пикалюк В.С., Лавринюк В.Є., Шевчук Т.Я., Усова О.В.	19
ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ТЕСТОСТЕРОНУ, ЯК МАРКЕРА МОЖЛИВИХ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ТА ЕНДОКРИННИХ УСКЛАДНЕНЬ У ЧОЛОВІКІВ ОКРЕМИХ ВІКОВИХ ГРУП Пустовойт Г.Л.	19
ДИСФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ МОТОРИКИ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ТРАВНОГО КАНАЛУ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ Рева Т.В., Рева В.Б.	20

вах ГМ. Добова кількість шлуночкових екстрасистол корелювала з діаметром правого шлуночка ($r=0,743$, $p<0,01$), що, можливо, пов'язано з перевантаженням ПШ в умовах легеневої гіпертензії.

Висновки: маркерами гострого міокардиту, асоційованого з COVID-19, являються електрична нестабільність та субендокардіальна ішемія міокарда, об'ємне перевантаженням лівого та правого шлуночків, частий розвиток легеневої гіпертензії при наявності перикардіального випоту.

При гострому міокардиті у хворих на COVID-19 шлуночкова екстрасистоля, вірогідно, походить з правого шлуночка.

Об'ємне перевантаженням правого шлуночка та розширення нижньої порожнистої вени у хворих на гострий міокардит, асоційований з коронавірусною інфекцією, свідчать про підвищення центрального венозного тиску, що в першу чергу, обумовлено формуванням легеневої гіпертензії.

ЕФЕКТИ ЗАМІСНОЇ ФЕРМЕНТНОЇ ТЕРАПІЇ ЗОВНІШНЬО-СЕКРЕТОРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ПАЦІЄНТА З ВТОРИННИМ ПАНКРЕАТОГЕННИМ ДІАБЕТОМ

Катеренчук В.І.

Полтавський державний медичний університет

Вступ. В останні роки увага діабетологів прикута до вивчення не лише цукрового діабету (ЦД) типу 1 та типу 2, а й до інших специфічних типів діабету. Важливе місце серед них належить вторинному панкреатогенному ЦД, який запропоновано розглядати як ЦД типу 3с. Поширення якого за сучасними даними оцінюють в межах від 3 до 10% у західноєвропейській популяції. Відсутні чіткі рекомендації щодо специфічних особливостей терапії такої категорії пацієнтів, обмежуючись призначенням метформіну та інсуліну. Вплив замісної ферментної терапії (ЗФТ) екзокринної недостатності підшлункової залози (ПЗ) на глікемічний профіль таких пацієнтів залишається невивченим.

Особливість клінічного випадку та обговорення. Нами здійснено спостереження за пацієнтом 37 років. У 2015 році пацієнт переніс гострий панкреатит з секвестротомією хвоста ПЗ. У пацієнта розвилася помірна недостатність екзокринної частини ПЗ з рівнем фекальної еластази менше 200 мкг/г. Пацієнт нерегулярно приймав ферментні препарати (ФП) у різних дозах (7-56 тис. Од), з серпня 2020 року ФП не застосовував. В листопаді 2020 року у пацієнта було діагностовано декомпенсований ЦД (HbA1c – 9.8%), який з урахуванням анамнезу та збереженого рівня С-пептиду був розцінений, як панкреатогенний.

З метою терапії ЦД пацієнтові було призначено інсулінотерапію в інтенсифікованому режимі з титрацією дози до 46 Од/д (три ін'єкції прандіального інсуліну – 10, 10 та 6 Од та ін'єкція базального інсуліну – 20 Од). По досягненню даної дози показники глікемії у пацієнта при рутинному контролі перебували переважно у діапазоні 5-10 ммоль/л. Однак, при подальшому спостереженні пацієнт відзначав значну лабільність показників глікемії з епізодами гіпоглікемії (<3.3 ммоль/л) та значимих гіперглікемії (>13.3 ммоль/л), що призвело до підвищення середньодобового показника глікемії, через 3 міс HbA1c був 8.4%. При проведенні безперервного моніторингу глікемії (CGM) час у цільовому діапазоні (time in range – TIR), який був визначений у межах 3.9-10.0 ммоль/л склав 47%. На діапазон <3.9 ммоль/л припало 4% часу, 49% часу пацієнт перебував у діапазоні глікемії >10.0 ммоль/л, з них 21% у діапазоні >13.3 ммоль/л.

Пацієнтові було призначено ЗФТ у дозі 50 тис. Од ліпази на основний прийом їжі та 25 тис. Од – на перекус. Після додавання ФП пацієнт відзначив не лише зменшення виразності диспепсичної симптоматики, а й зменшення лабільності цукрового діабету. При повторному обстеженні через 3 місяці рівень HbA1c склав 7.2% при добовій дозі інсуліну 44 Од. При проведенні CGM час у цільовому діапазоні 3.9-10.0 ммоль/л склав 64%. Відбулося зменшення як часу в діапазоні гіпоглікемії – до 3%, так і часу незадовільного глікемічного контролю: час у діапазоні понад 10.0 ммоль/л склав 33%, з них у діапазоні >13.3 ммоль/л лише 9%. Таким чином, додавання до терапії ФП призвело до зменшення лабільності ЦД і варіабельності глікемії, внаслідок чого відбулося поліпшення компенсації ЦД у пацієнта.

Висновки. Панкреатогенний ЦД є специфічною формою ЦД, який вимагає особливих діагностичних та лікувальних підходів. Застосування раціональної ЗФТ дозволяє не лише компенсувати екзокринну недостатність ПЗ, а й поліпшити стан компенсації ЦД та зменшити варіабельність глікемії.

ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ КОМОРБІДНОГО ХВОРОГО В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Ждан В.М., Кир'ян О.А., Ткаченко М.В., Іщейкіна Ю.О., Іваницький І.В.

Полтавський державний медичний університет

В сучасному світі пандемії COVID-19, коморбідність може бути одним із найбільш вагомих факторів впливу на перебіг захворювання. Розгляд клінічних випадків, які мають характерні особливості впливу інфекції COVID-19 на коморбідні стани, допоможе поглиблено розглянути особливості ведення таких пацієнтів та дозволить своєчасно провести відповідну корекцію лікування.

Особливості клінічного випадку.

Пацієнт М., 62 р., госпіталізований у ЦРЛ зі скаргами на виражену слабкість, утомлюваність, задишку (шкала mMRC – 4 бали), сухий кашель, схуднення на 15 кг за час хвороби. З анамнезу захворювання: хворіє з березня 2021 р., коли підвищилась температура тіла до 38°C, протягом тижня стан погіршувався, з'явилася помірна задишка, сухий кашель, SpO₂ – 92%, cito-test на коронавірус SARS-CoV-2 - позитивний, хворий терміново госпіталізований в інфекційне відділення. 17.04.2021р.: враховуючи негативний ПЛР тест SARS-CoV-2, неможливість досягти референтного значення SpO₂ без інгаляції зволеним киснем (SpO₂ 85%), переведений для подальшого лікування в терапевтичне відділення ЦРЛ. З анамнезу життя: в кінці 2020р. тіреоїдектомія з приводу багатовузлового нетоксичного зобу, який своїми розмірами зміщував трахею, призначено еутірокс в дозі 150 мг/добу на постійний прийом.

При госпіталізації в ЦРЛ стан хворого важкий, в свідомості, SpO₂ 86%, ІМТ – 29,7 кг/м². Визначається дифузний ціаноз, ЧДР – 22 за 1хв., аускультативно - ослаблене дихання в нижніх відділах, пульс 92 уд. за 1 хв., АТ 140/85 мм рт.ст., акцент ІІ тону над аортою. Печінка по Курлову 12х11х10см. При обстеженні із відхилень: на рентгенограмі ОГП зберігаються двобічні інфільтративні зміни в нижніх відділах легень; УЗД ОЧП: жировий стеатоз; Д-димер – 7,991 мкг FEU/мл (референтний інтервал до 0,5); АЛТ – 69 Од/л, ГГТП – 129 Од/л., фібриноген – 14 г/л. Встановлено діагноз: позагоспітальна двобічна полісегментарна пневмонія важкого ступеню, ІV клінічна група, затяжний перебіг, асоційована із гострою респіраторною вірусною хворобою COVID-19 (від 27.03.2021р.), ЛН ІІІ ст Нетоксичний багатовузловий зоб ІІ ст. із загродинним розміщенням, зміщенням трахеї (стан після хірургічного лікування 20.12.2020р.). Післяопераційний гіпотиреоз, середньої важкості, субкомпенсація. Гіпертонічна хвороба ІІ ст., 3 ст., ризик високий. Ожиріння Іст., жирова дистрофія печінки, жировий стеатоз. Призначено терапію: оксигенотерапію зволеним киснем, еутірокс, дексаметазон, еноксипарин натрію, аспірин-кардіо, ко-амплесса, Saccharomycetes boulardii, моксіфлоксацин, флуконазол, мелатонін, омепразол, розувастатин, урсодезоксихолиєва кислота. Через 10 днів терапії стан хворого покращився, SpO₂ 92%, зменшилась задишка (шкала mMRC - 3 бали), слабкість. Залишалась потреба в кисневій підтримці. Хворий продовжив подальшу терапію вдома, із прийомом медикаментозної терапії та застосуванням кисневого концентратора кисню для підтримки сатурації та подальшої тривалої реабілітації.

Таким чином, коморбідна патологія, яка виявлена у хворого (гіпертонічна хвороба, ожиріння, жировий стеатоз), післяопераційний стан та гормональні зміни, обумовлені видаленням щитовидної залози, постійний прийом замісної терапії - еутірокс, могли бути факторами, що призвели до більш важкого, затяжного перебігу позагоспітальної пневмонії, обумовленої COVID-19. Операційні втручання у хворого із коморбідною патологією можуть бути додатковим обтяжувальним фактором перебігу COVID-19 у такого пацієнта та потребувати поглибленої уваги лікарів.

Висновки. Коморбідність у хворого із коронавірусною хворобою COVID-19 є обтяжувальним фактором, що може призвести до фатального результату. Своєчасне виявлення вразливого контингенту населення, який має коморбідні стани, дозволить вчасно оцінити ризики погіршення стану та застосувати профілактичні заходи у попередженні прогресування хвороби.

СКЛАДНОСТІ ДІАГНОСТИКИ СИНДРОМУ ЧЕРДЖА-СТРОССА: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ.

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

Полтавський державний медичний університет

Синдром Черджа-Стросса (СЧС) - це гранулематозне еозинофільне запалення дихальних шляхів та некротизуючий васкуліт малих та середніх судин, часто пов'язане з бронхіальною астмою та еозинофілією.

Клінічний випадок. Пацієнтка С., 53 років, поступила в ревматологічне відділення зі скаргами на періодичний біль в колінних суглобах, задишку під час фізичних навантажень, сухий кашель, напади задухи, відчуття оніміння слабкість у нижніх кінцівках, печія та здуття живота. З анамнезу історії хвороби відомо, що протягом 10 років страждає на алергічний риніт, періодично на шкірі з'являлися висипання (кропив'янка). З 2016 року дебют бронхіальної астми, з приводу якої неодноразово лікувалася стаціонарно.

Об'єктивно: загальний стан задовільний. Деформація колінних суглобів. Частота дихання 22 вд/хв., при аускультатії жорстке везикулярне дихання з подовженим видихом, поодинокі сухі свистячі хрипи. ЧСС 90 уд/хв.; АТ: 140/80 мм рт.ст. Тони серця ослаблені та ритмічні. При пальпації живота біль в епігастрії.

Загальний аналіз крові: ер. 3,61×10¹²/л; Hb - 106 г/л; ШОЕ: 33 мм/год.; лк. 10,5×10⁹/л, еозинофіли - 72%; пал. 5%, сегмент. 15%; лімф. - 7%; мон. - 1%. Загальний аналіз сечі: в нормі; СРБ: 12 мг/л; креатинін: 68 мкмоль/л; фібриноген: 3,0 г/л; вміст ANCA: 1,73 Од/мл (N <1,0). Мієлограма: збільшення кількості еозинофільних лейкоцитів у мієлобластному ростку. Спірографія: обструктивний тип порушення функції зовнішнього дихання: ОФВ1 - 53%, ФЖЄЛ - 92%, проба із сальбутамолом дала приріст 40%. ЕКГ: синусовий ритм ЧСС 64 уд/хв., CLC-синдром. ЕХКГ: розміри серця незмінні; скоротлива функція збережена. ЕФГДС: еритематозна гастропатія, гастроєзофагеальний рефлюкс. Консультація гематолога: лейкоїдна реакція еозинофільного типу. Консультація невролога: сенсоторна полінейропатія. Консультація ЛОР: алергічний риніт. Консультація пульмонолога: помірна стійка бронхіальна астма; контрольована фаза ремісії (еозинофільна).

На основі аналізу прогресу захворювання, результатів додаткових методів обстеження встановлено клінічний діагноз: Синдром Черджа-Стросса) АНЦА-позитивний, хронічний перебіг, активність ІІ ступеня, алергічний риніт, бронхіальна астма, ДН ІІ ступеня; сенсоторна полінейропатія. Призначена терапія: метилпреднізолоном по 16 мг,