

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., Іщайкіна 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	17
ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ДЕЯКИХ ПОКАЗНИКІВ СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ ТА ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА КОМПЕНСОВАНЕ ХРОНІЧНЕ ЛЕГЕНЕВЕ СЕРЦЕ БРОНХОЛЕНЕВЕ 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

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 загроудинним 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 м'якоклітинному ростку. Спирографія: 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: лейкоемідна 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,

ендоксан по 50 мг двічі на день протягом 3 місяців, а після цього дозу зменшено до 50 мг тривало. Через місяць загальний стан пацієнта покращився; аналіз крові продемонстрував білі клітини крові - $6,8 \times 10^9/\text{л}$, еозинофіли - 9%, ШОЕ - 16 мм/год.

Даний клінічний випадок наглядно продемонстрував труднощі діагностики СЧС. Динамічне клінічне спостереження дозволило сформулювати діагноз, незважаючи на відсутність морфологічного підтвердження. Клінічна картина СЧС характеризується великим поліморфізмом проявів залежно від стадії захворювання. В продромальний період, який може тривати до 10 років, виявляються різні алергічні прояви, включаючи алергічний риніт, поліпоз та астму. Характерна особливість другої фази хвороб - це периферична та інтерстиціальна еозинофілія з ураженнями різних органів, найчастіше легенів, шлунку та кишечника: синдром Леффлера, еозинофільна пневмонія, гастроентерит. Клінічна картина остаточної третьої фази зазвичай представлена симптомами системного некротизуючого васкуліту з ураженнями легенів, шкіри, серця, периферичних нервів, нирок. Обстеження ANCA має вирішальне значення при диференційованому діагнозі васкулітів, включаючи СЧВ. Вони виявляються у 40-60% пацієнтів із СЧС. Типовою морфологічною ознакою васкуліту є помітна інфільтрація еозинофілами стінки дрібних судин.

Таким чином, діагностика СЧС вимагає інтеграції клінічних ознак, детального аналізу анамнезу хвороби, лабораторних результатів та додаткових методів обстеження. Рання діагностика захворювання та медикаментозна терапія забезпечують профілактику незворотних змін та покращують прогноз для таких пацієнтів.

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА ВЕРТЕБРОГЕННІ БОЛЬОВІ СИНДРОМИ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОГО РІВНЯ

Козьолкін О. А., Медведкова С. О., Пухальський М. П.

Запорізький державний медичний університет

Мета дослідження. Встановити взаємозв'язки між вираженістю неврологічних розладів та показниками якості життя у хворих на вертеброгенні больові синдроми попереково-крижового рівня (ВБС ПКР).

Матеріали та методи. У клініці нервових хвороб Запорізького державного медичного університету досліджено 30 хворих на ВБС ПКР. Першу групу склали 15 пацієнтів із рефлекторними вертеброгенними больовими синдромами (РВБС), другу – 15 хворих із дискогенними радикулопатіями (ДР). Використані методи загального клініко- та вертебро-неврологічного дослідження, мануально-м'язового тестування, а також опитування за наступними клінічними шкалами та опитувальниками для оцінки якості життя хворих: PainDETECT, 5-бальною шкалою вертебро-неврологічного дефіциту (5-БШВНД), індексом м'язового синдрому (ІМС), шкалою больових відчуттів І. П. Антонова, Освестрі 2.1, візуальною аналоговою шкалою (ВАШ), госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS).

Результати. За результатами проведеного дослідження було виявлено, що показники були достовірно гіршими у хворих з ДР ПКР, аніж у хворих з РВБС. За шкалою PainDETECT – 55 (50; 68) та 45 (42; 52), відповідно, $p < 0,001$; 5-БШВНД – 8 (8; 10) та 5 (4; 7), відповідно, $p < 0,001$; ІМС – 10 (9; 13) та 8 (6; 8), відповідно, $p < 0,013$; за шкалою больових відчуттів І. П. Антонова – 3 (2; 3) та 2 (2; 3), відповідно, $p < 0,029$; Освестрі 2.1 – 15 (14; 17) та 10 (9; 14), відповідно, $p < 0,002$; ВАШ – 5(5; 7) проти 3 (3; 5), відповідно, $p < 0,008$; HADS (домен тривожності) – 8 (6; 10) та 5 (4; 7), відповідно, HADS (домен депресії) – 6 (4; 8) та 3 (2; 4), відповідно, $p < 0,045$.

Відмічено сильний позитивний кореляційний зв'язок між показниками шкали Освестрі 2.1 та ВАШ ($r = 0,709$, $p < 0,003$), а також середньої сили між показниками шкали Освестрі та ІМС ($r = 0,629$, $p < 0,012$).

Висновки. 1) Неврологічні розлади та показники якості життя були гіршими у хворих із ДР ПКР, аніж у хворих із РВБС ПКР 2) Сильніший кореляційний зв'язок між клінічними проявами та показниками якості життя спостерігається у хворих із ДР ПКР, ніж у хворих із РВБС ПКР.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОРТИКОСТЕРОЇДІВ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ

Куліш М.В.

Полтавський державний медичний університет

Лікування мультирезистентного туберкульозу є однією з найскладніших проблем сучасної фтизіатрії, адже протокольна протитуберкульозна хіміотерапія не завжди дозволяє досягти повного вилікування хворого. Патогенетичні засоби дозволяють підвищити ефективність лікування туберкульозу, тому **метою роботи** було вивчити ефективність кортикостероїдів в комплексному лікуванні хворих на мультирезистентний туберкульоз легень.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням перебувало 65 пацієнтів з мультирезистентним туберкульозом легень, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в Комунальному закладі «Полтавський обласний клінічний протитуберкульозний диспансер Полтавської обласної Ради». За режимом лікування всі хворі були розподілені на дві групи. Основна група (37 хворих) отримувала протитуберкульозну хіміотерапію з додатковим призначенням в перші 2 місяці інтенсивної фази лікування преднізолону з урахуванням добового біоритму функції наднирників (по 20 мг через день, зранку, одноразово, з відміною препарату одноразово, без зниження фармако-терапевтичної дози). Контрольна група (28 хворих) отримувала тільки протитуберкульозні препарати. За віком, статтю і характеристикою патологічного процесу хворі обох груп були ідентичними.