

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 - $6,8 \times 10^9$ /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.

Результати. Отримані результати показали, що у хворих основної групи спостерігалася краща переносимість протитуберкульозних препаратів: побічні реакції спостерігалися у 9 (24,32%) пацієнтів, тоді як в контрольній групі вони виникали частіше – 32,14% ($p > 0,05$).

У хворих основної групи швидше відмічався позитивний ефект від лікування. Через 2 місяці від початку лікування бактеріовиділення припинилося у 18 (48,65%) пацієнтів основної групи і у 6 (21,43%, $p < 0,05$) хворих контрольної групи, прояви інтоксикаційного синдрому зникли у 22 (59,46%) та 8 (28,57%, $p < 0,05$) хворих відповідно.

За перші 4 місяці лікування розсмоктування інфільтративних і вогнищевих змін в легенях спостерігалася у 26 (70,27%) хворих основної групи і 4 (14,29%, $p < 0,0001$) пацієнтів контрольної групи, а загоєння каверн відповідно у 14 (37,84%) і 5 (17,86%, $p > 0,05$) хворих.

В результаті проведеного лікування в основній групі ознаки інтоксикаційного синдрому зникли у 35 (94,59%) хворих, бактеріовиділення припинилося у 34 (91,89%) пацієнтів, інфільтрація в легенях розсмокталася у 32 (86,49%) хворих, закриття порожнин розпаду спостерігалася у 27 (72,97%) осіб.

У хворих контрольної групи ці показники виявилися нижчими: у 20 (71,43%, $p < 0,05$), 19 (67,86%, $p < 0,05$), 16 (57,14%, $p < 0,01$) та 13 (46,43%, $p < 0,05$) хворих відповідно.

Висновки. Отже, застосування преднізолону в комплексній хіміотерапії хворих на мультирезистентний туберкульоз легень покращує переносимість хворими протитуберкульозних препаратів, покращує їх біодоступність, чим забезпечує прискорення розсмоктування інфільтративних змін в легенях, нормалізацію показників гемограми, збільшує частоту припинення бактеріовиділення і рубцювання порожнин розпаду легеневої тканини, що підтверджує важливість кортикостероїдів як засобу патогенетичної терапії у хворих на мультирезистентний туберкульоз легень.

РІДКІСНИЙ КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ПЛАЗМОЦИТОМ ЧЕРЕПА У ХВОРОГО НА МНОЖИННУ МІЕЛОМУ

Лиманець Т.В., Скрипник Р.І., Островський В.Л.

Полтавський державний медичний університет

Останнім часом частота пухлинних неоплазій з плазматичних клітин швидко зростає в усьому світі. Множинна міелома (ММ) – найпоширеніше плазматичне новоутворення, вона є майстром камуфляжу, має тисячі масок і може маніфестувати анемією, літичними кістковими ураженнями, переломами кісток, нирковою недостатністю і досить часто пухлинними розростаннями м'яких тканин: екстрамедулярними плазмоцитомами. Ось чому кожен випадок цієї хвороби унікальний. Ми хотіли б представити вам рідкісний випадок ММ з нетиповою локалізацією плазмоцитом.

Клінічний випадок. Пацієнт К, 65 років, був госпіталізований до гематологічного відділення КП «Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В. Скліфосовського Полтавської обласної ради» 23 березня 2020 року зі скаргами на появу численних повільно зростаючих безболісних новоутворень черепа, нудоту, запаморочення, виражену загальну слабкість. З анамнезу відомо, що новоутворення черепа з'явилися у пацієнта шість місяців тому. Хворий звертався за допомогою до сімейного лікаря, проте, діагноз не було встановлено. У лютому під час обстеження за місцем проживання у загальному аналізі крові виявлено нормохромну, нормоцитарну анемію середнього ступеню тяжкості. Пацієнт був направлений до гематологічного відділення.

Під час об'єктивного огляду було виявлено п'ять безболісних, щільних, підшкірних пухлинних мас у лобовій, тім'яній та потиличній ділянках черепа, найбільша діаметром до 5 см. Жодних неврологічних порушень не виявлено. За даними комп'ютерної томографії черепа мали місце добре відмежовані пухлини м'яких тканин із заміщенням та повною деструкцією кісткової тканини. У загальному аналізі крові відмічалася помірна анемія (рівень гемоглобіну 92 г/л) та прискорення ШОЕ (ШОЕ 78 мм/годину). У біохімічному аналізі крові було виявлено гіперкреатинінемію (креатинін 769 мкмоль/л), гіперкальціємію (кальцій 2,8 мкмоль/л) та гіперпротеїнемію (загальний білок 102 г/л). За даними мієлограми у кістковому мозку пацієнта зафіксовано 43% плазматичних клітин. Під час проведення електрофорезу білків сироватки крові виявлено моноклональний білок IgG/Карра у кількості 57 г/л. Одночасно зафіксовано зростання рівня β_2 -мікрोगлобулінів, показник яких становив 9,7 мг/л. За результатами обстеження хворого було встановлено діагноз: Множинна міелома IgG/Карра, III стадія (ISS), плазмоцитоми черепа. Вторинна анемія, нефропатія.

Обговорення клінічного випадку. Нетипова локалізація плазмоцитом та відсутність тривалий період іншої симптоматики, характерної для ММ, були причиною невчасної діагностики, відповідно до формування ускладнень у вигляді ниркової недостатності і анемії, що погіршило прогноз пацієнта щодо відповіді на специфічну терапію. Згідно із сучасними рекомендаціями по лікуванню ММ пацієнту було призначено комбіновану хіміотерапію (ХТ) циклофосфамідом та дексаметазоном із включенням імуномодулюючого препарату талідоміду, який володіє антиангіогенною дією.

У пацієнта спостерігалась відсутність відповіді на ХТ, що може бути зумовлено несвоєчасною діагностикою. Отже, наявність пухлинних утворень на черепі пацієнтів є підставою для проведення стерильної пункції з метою виключення діагнозу ММ.

Висновки. Ефективність лікування плазматичних новоутворень принципово залежить від своєчасної діагностики. Екстрамедулярні плазмоцитомы, котрі є локалізованими проявами ММ, можуть з'являтися у будь-якій частині тіла. При рентгенологічному дослідженні зазвичай діагностується заміщення кісткової тканини м'якотканними компонентами з її деструкцією, що може слугувати діагностичним критерієм мієломного ураження кісток.