

СИНДРОМ ЛІМФАДЕНОПАТІЇ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-ІНФЕКЦІОНІСТА. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Ляшенко К., Левицька О.

Наукові керівники: доцент Приймєнко Н.О., доцент Ізюмська О.М.

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Диференціальна діагностика лімфаденопатій (ЛАП) завжди була актуальною проблемою для лікарів різних спеціальностей, яка набула особливого значення в останні роки, в зв'язку зі зростанням частоти випадків лімфопроліферативних захворювань та інших хвороб, які супроводжуються системним збільшенням лімфатичних вузлів.

Мета. Проаналізувати клінічний випадок поєднаної патології меланобластоми шкіри волосистої частини голови та токсокарозу (ІФА IgG до *Toxosara canis* титр 1 : 6400) у пацієнта з проявами синдрому лімфаденопатії.

Методи дослідження. Опис власного клінічного випадку поєднання меланобластоми шкіри волосистої частини голови та токсокарозу (ІФА IgG до *Toxosara canis* титр 1 : 6400).

Основні результати. Пацієнт 59 р., житель Полтавської області. Захворів гостро 09.01.2023 р., коли підвищилася температура тіла до 39,0°C, з'явилася слабкість, озноб, збільшення шийних, заушних, надключичних лімфатичних вузлів зліва. Звернувся до сімейного лікаря та був госпіталізований у терапевтичне відділення КП «Полтавська центральна районна клінічна лікарня ПМР», де знаходився з 18.01.2023 р. по 02.02.2023 р. При обстеженні: прискорення ШОЕ – 39 мм/год, підвищення активності АЛТ – 230 Од/л, АСТ – 131 Од/л, СРБ ≥ 24 мг/л, в ІФА IgG до *Toxosara canis* в титрі 1 : 6400. На УЗД ОЧП: метастази в печінку? Оглянутий онкологом: патології не виявлено. Пацієнт переведений у КП «Полтавська обласна клінічна інфекційна лікарня ПОР» з діагнозом: токсокароз, вісцеральна форма. При госпіталізації додатково з'ясовано, що влітку 2022 р. хворий травмував утворення в лівій заушній ділянці (невус), після чого відмітив його збільшення та зміну кольору. При обстеженні в заушній ділянці волосистої частини голови зліва виявлено об'ємне утворення $\approx 1-1,5$ см в діаметрі темного кольору, збільшені лімфовузли заушні, надключичні, передньошийні, задньошийні, потиличні також зліва – кам'янистої щільності, безболісні, рухливі, не спаяні. Підвищені Д-димер (>10 мг/л), активність АЛТ – 316 Од/л, АСТ – 244,

Од/л, СРБ ≥ 24 мг/л. Повторно оглянутий онкологом, встановлено діагноз: Melanoblastoma cutis волосистої частини голови. T₄N₃M₁. MTS в лімфовузлі шиї, надключичну ділянку зліва, печінку, селезінку, кістки скелета. St IV, кл. гр IV. Діагноз підтверджений цитологічним дослідженням пунктату лімфовузла. Пацієнт переведений для подальшого обстеження та лікування в КП «Полтавський онкологічний диспансер ПОР».

Висновки. Пацієнти з ЛАП потребують комплексної оцінки із залученням різних спеціалістів-клініцистів, що дозволяє своєчасно встановити нозологічну форму захворювання. Наведений клінічний випадок і узагальнення результатів сучасних наукових досліджень допоможуть лікарям різних спеціальностей у проведенні диференціальної діагностики захворювань, що перебігають з синдромом лімфаденопатії.

МІНІМАЛЬНО-ІНВАЗИВНА ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ ЕМФІЗЕМАТОЗНОМУ ПІСЛОНЕФРИТІ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК *Максименко О.*

Науковий керівник: асистент Савченко Р.Б.

Кафедра хірургії №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Емфізематозний пієлонефрит – це рідкісна, тяжка, некротизуюча форма гострого множинно-вогнищезового бактеріального нефриту, яка супроводжується утворенням інтратенальних абсцесів з утвором газу та поширенням процесу в паранефральну клітковину. Згідно літературних даних у 80-90% пацієнтів, дана патологія розвивається на фоні цукрового діабету, особливо з декомпенсованим цукровим діабетом. Збудником інфекції найчастіше є грамнегативна анаеробна мікрофлора. Основним методом лікування емфізематозного пієлонефриту залишається активна хірургічна тактика – люмботомія, декапсуляція нирки, нефростомія, дренажування заочеревинної клітковини.

Наводимо наш клінічний випадок ефективного мінімально-інвазивного лікування емфізематозного пієлонефриту пацієнтки М., яка перебувала на лікуванні в обласному урологічному центрі КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР».

Клінічний випадок. Пацієнтка М., 40 років, звернулась зі скаргами на загальну слабкість, нудоту, спрагу, біль в поперековій ділянці з правого боку, ниючий біль у животі та підвищення