

Ukraine NOW 



Ministry of Health of Ukraine  
Poltava State Medical University

# IMEDSCOP 2024

# Abstract book

of the 5th International  
Medical Students Conference  
in Poltava of Poltava State  
Medical University

*28 of March 2024*  
Poltava, Ukraine

м.Тернопіль, Україна

**Актуальність.** Ехокардіографія є основним методом діагностики клапанної патології серця. Визначення механізму розвитку недостатності мітрального клапана, зокрема при гострому інфаркті міокарда, грає ключову роль у виборі тактики медикаментозного чи хірургічного лікування клапанної патології. Ішемічна мітральна регургітація поділяється за класифікацією Карпентье на тип I, тип IIIb або змішане захворювання типу I і IIIb. Перший тип мітральної недостатності переважно є наслідком дилатації фіброзного кільця мітрального клапана. При підтипі IIIb рестрикція «функціональна» і повноцінна коаптация стулок не може відбуватися, оскільки в систолу мітральна стулка підтягується в напрямку верхівки лівого шлуночка, це може бути наслідком дилатації ЛШ та/або зміщення папілярних м'язів. Отже, механізм розвитку та ступінь недостатності МК залежить від величини інфаркту, терміну від початку симптомів до моменту ревазуляризації та інфаркт-залежної артерії.

**Мета роботи:** встановити фактори ризику розвитку мітральної недостатності у пацієнтів на фоні гострого інфаркту міокарда.

**Матеріали та методи:** під час дослідження проаналізовано дані 61 пацієнтів, яким було діагностовано гострий інфаркт міокарда. Усім пацієнтам за час госпіталізації була проведена коронарографія (КВГ) та трансторакальна ехокардіографія.

**Результати:** серед 61 пацієнтів у 53 чоловік (86,9%) було діагностовано гострий інфаркт міокарда із елевацією сегмента ST, а у 8 (13,1%) - без елевації сегмента ST. Серед усіх пацієнтів мітральна регургітація відмічалась у 25 пацієнтів (41%), а у 36 (59%) – мітральна регургітація була відсутня. Серед 53 пацієнтів, у яких діагностовано гострий інфаркт міокарда з елевацією сегмента ST, недостатність мітрального клапана була у 21 (39,6%), а у 32 (60,4%) – функція клапана не порушена. При проведенні ехокардіографії пацієнтам із гострим інфарктом міокарда без елевації сегмента ST у 4 чоловік (50%) виявлена мітральна регургітація та у 4 (50%) – відсутня. Середній час від початку симптомів до ревазуляризації при трансмуральному інфаркті становив 38,5 години для пацієнтів з ішемічною мітральною регургітацією та 20 годин для пацієнтів без мітральної регургітації. Середній час до ревазуляризації у хворих із субендокардіальним інфарктом міокарда не має суттєвої відмінності: 20 годин при наявності мітральної регургітації і 19,5 годин при відсутності мітральної регургітації.

За даними ангіографії, у пацієнтів що мали мітральну регургітацію переважали ті, які мають гемодинамічно значимі стенози в декількох коронарних артеріях - 14 of 25 (56%).

**Висновки.** Мітральна регургітація після інфаркту міокарда є результатом багатофакторних процесів, що включають локальне та глобальне ремоделювання лівого шлуночка. Тривалий час від початку симптомів (більше 24 годин), багатосудинне ураження за даними коронарографії та трансмуральне ураження міокарда збільшують ймовірність виникнення недостатності мітрального клапана як ускладнення гострого інфаркту міокарда.

**Ключові слова:** інфаркт міокарда, мітральна недостатність, коронарні артерії.

## **КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК АДРЕНАЛОВОГО КРИЗУ У ХВОРОГО НА НАДНИРНИКОВУ НЕДОСТАТНІСТЬ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА CLINICAL CASE OF THE AN ADRENAL CRISIS IN A PATIENT WITH ADRENAL INSUFFICIENCY IN THE PRACTICE OF A DENTIST**

Шрамко Вероніка Олександрівна  
Shramko V.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Борзих О. А., к.мед.н. Мормоль І. А.  
Scientific adviser: assoc. prof. Borzykh O., PhD, MD, Mormol I., PhD, MD  
Полтавський державний медичний університет  
Кафедра внутрішньої медицини № 3 з фтизіатрією  
м. Полтава, Україна

**Вступ.** Хронічна наднирникова недостатність—це ендокринне захворювання, обумовлене недостатньою секрецією гормонів кори надниркових залоз. Хворі потребують постійної замісної терапії та особливої тактики при призначенні хірургічного лікування, в тому числі і при стоматологічних втручаннях. Адреналовий криз —це сукупність клінічних симптомів, що викликані раптовим, значним дефіцитом кортизолу, що становить пряму загрозу для життя пацієнта та вимагає невідкладної терапії. Даний клінічний випадок показує необхідність дотримання протоколу лікування цієї групи пацієнтів.

**Історія хвороби.** Хворий К, 29 років, надійшов в приймальне відділення 02.05.2023 зі скаргами на виражену загальну слабкість, нудоту, блювання, підвищення температури тіла до 40 0 С, біль по всьому тілу, у м'язах, у животі. При об'єктивному огляді виявлено: загальний стан пацієнта важкий, пульс – 124уд/хв, АТ-96/60 мм.рт.ст., тони серця ритмічні, різко приглушені.

Дихання самостійне, жорстке при аускультатії. ЧДР – 17/хв. Язик сухий. Живіт м'який, безболісний. Діурез самостійний. З анамнезу відомо: хворіє на ХНН з 3-х років, постійно перебуває на замісній гормональній терапії, приймає флудкортизон ацетат 0,1 мг та медрол 4 мг в день. Стан погіршився 29.04.2023, коли після видалення зуба з'явились слабкість, нудота, підвищення температури тіла. Самостійно приймав парацетамол, стан погіршувався. 02.05.23 стан погіршився, розвинулося блювання до 20 разів, хворий викликав швидку допомогу. Госпіталізований в реанімаційне відділення.

**Обстеження.** Нетиповий перебіг захворювання та стан хворого зумовили поглиблене клінічне обстеження та проведення диференційної діагностики з тяжким перебігом інфекційних захворювань, нейроінфекції. Хворому проведено загальноклінічне обстеження (виявлено лейкоцитоз, підвищення ШОЕ, гіпоглікемію; гіпонатріємію) проведено тестування на вірусні гепатити та ВІЛ; кір та краснуху. Проведені інструментальні обстеження в повному обсязі. Хворий оглянутий неврологом, ендокринологом, інфекціоністом. Діагноз: Хронічна наднирникова недостатність. Адреналовий криз.

**Лікування і результати.** В реанімаційному відділенні хворому розпочато лікування: дексаметазон 24 мг/добу, інфузійна терапія: розчин глюкози, NaCl 0,9 %, розчин Рінгера – до 4,0 л/добу, продовжувалася терапія основного захворювання. Стан хворого покращився, переведений в терапевтичне відділення, де знаходився під спостереженням співробітників клініки.

**Диференційний діагноз і обговорення.** Вважаємо, що причиною розвитку АК у пацієнта є недотримання рекомендацій лікаря щодо зміни терапії хворим внаслідок неухважності та згодом у зв'язку із погіршенням стану. Адже під час проведення невеликих хірургічних втручань, в тому числі екстракції зуба, потрібно було додатково прийняти медрол 4 мг, а після процедури 8 мг, що не було зроблено хворим. Дотримання протоколів лікування пацієнтів є ключовим моментом ведення пацієнтів та збереження їх життя.

**Ключові слова:** Хронічна наднирникова недостатність, адреналовий криз, профілактика, стоматологічний нагляд.