

ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ



**ЗБІРНИК ТЕЗ**

**ТА ПОСТЕРНИХ РОБІТ**

**«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ  
ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ  
НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ»**

(березень-травень 2023 року)

ХАРКІВ – 2023

ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**ЗБІРНИК ТЕЗ  
ТА ПОСТЕРНИХ РОБІТ**

**«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ  
ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ  
НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ»**

*(березень-травень 2023 року)*

ХАРКІВ – 2023

УДК: 616.1/4-07-085

Відповідальний редактор: М'ясоєдов В.В., Железнякова Н.М.

Редакційна колегія: Молодан В.І., Рождественська А.О.

Відповідальні секретарі: Рождественська А.О., Тверезовська І.І.

Ідея проекту: Молодан В.І.

A33 «Актуальні питання діагностики та лікування внутрішніх хвороб на прикладі клінічного випадку» / збірник тез та постерних робіт, Харків ХНМУ, 2023. – 141 с.

До збірника включено тези і постери молодих вчених та лікарів-інтернів за результатами власних клінічних спостережень.

Надіслані до Оргкомітету матеріали публікуються без редакторської та коректорської правки, відповідальність за їх зміст несуть автори.

НЕСПЕЦИФІЧНИЙ ВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ, ОСОБЛИВОСТІ ПІДБОРУ ГОРМОНОТЕРАПІЇ ТА ПРЕПАРАТІВ АМІНОСАЛІЦИЛОВОЇ КИСЛОТИ .....	72
<b>Ільченко Т.Р.</b> .....	72
ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ БІОРЕГУЛЯТОРНИХ ПРЕПАРАТІВ В КОРЕКЦІЇ ПЕЧІНКОВОЇ ДИСФУНКЦІЇ В ПОСТКОВІДНИЙ ПЕРІОД .....	74
<b>Квасницька О.Б., Черномазюк А.О.</b> .....	74
ОСОБЛИВОСТІ ДИФЕРЕНЦІАЦІЇ ТА ВЕДЕННЯ ХВОРОГО З В <sub>12</sub> -ДЕФІЦИТНОЮ АНЕМІЄЮ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ .....	76
<b>Кордюмова А.К., Молодан В.І.</b> .....	76
РЕЦИДИВУЮЧА ДИВЕРТИКУЛЯРНА ХВОРОБА .....	79
(КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК).....	79
<b>Мізюк Т.М.</b> .....	79
ПЕЧІНКОВА ЕНЦЕФАЛОПАТІЯ ЯК УСКЛАДНЕННЯ ТОКСИЧНОГО ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-ТЕРАПЕВТА .....	81
<b>Рождественська А.О., Железнякова Н.М.</b> .....	81
ФАТАЛЬНИЙ ВИПАДОК ПОГАНО КОНТРОЛЬОВАНОГО МАСОВАНОГО САМОПРИЗНАЧЕННЯ НЕСТЕРОЇДНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ ПАЦІЄНТОМ З ТЯЖКОЮ ФОРМОЮ ПОДАГРИ (ВЛАСНІ КЛІНІЧНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ТА ЇХ ВИКОРИСТАННЯ У ВИКЛАДАННІ ДЕРЖАВНОЮ ТА АНГЛІЙСЬКОЮ МОВАМИ).....	83
<b>Рудіченко В.М., Рейзін Д.В., Рейзін В.І., Соколенко А.Л., Уліщенко В.В., Торпан В.В., Бик В.І.</b> ....	83
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО КОЛІТУ У КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ .....	86
<b>Устїнова С.О., Петріщев В.В., Світлицька О.А., Непрядкіна І.В.</b> .....	86
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТА ІЗ СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ У ПАЦІЄНТІВ МОЛОДОГО ВІКУ .....	88
<b>Шевченко Н.О., Бабінець Л.С.</b> .....	88
<b>АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КОМОРБІДНИХ СТАНІВ</b> .....	90
КОМОРБІДНІСТЬ МЕТАБОЛІЧНО АСОЦІЙОВАНОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ ТА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ: ВПЛИВ НА СТАН КОНТРОЛЮ ДІАБЕТУ .....	90
<b>Боровець М.О.</b> .....	90
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ЛІКУВАННЯ ПОЗАГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ НА ТЛІ ХОЗЛІ ТА АГ .....	92
<b>Вашенко К.В.</b> .....	92
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК: ХОЛЕСТЕРИНОВИЙ ПЕРИКАРДИТ У ХВОРОГО РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ .....	94
<b>Гончаренко Ю.В., Молодан В.І.</b> .....	94
ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА З СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ НА ТЛІ ДЕФОРМУЮЧОГО АРТРОЗУ ТА ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ У РЕЗУЛЬТАТІ ХРОНІЧНОГО ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ С.....	96
<b>Кириченко Я.Ю.</b> .....	96
НИЗЬКИЙ ІНДЕКС ДЕ РІТІСА ЯК МАРКЕР СТЕАТОЗУ ПЕЧІНКИ.....	98
<b>Комариця О.Й.</b> .....	98
ФОРМУВАННЯ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЯК СКЛАДОВОЇ ОСОБИСТІСНО-ПРОФЕСІЙНОГО СТАНОВЛЕННЯ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ: ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ ДЕРЖАВНОЮ ТА АНГЛІЙСЬКОЮ МОВАМИ З ВИКОРИСТАННЯМ ВЛАСНИХ КЛІНІЧНИХ СПОСТЕРЕЖЕНЬ ВИПАДКУ ПУХЛИНИ ЯЄЧНИКА .....	100
<b>Рудіченко В.М., Хоменко І.П., Рейзін В.І., Машенко О.І., Рейзін Д.В., Соколенко А.Л., Уліщенко В.В., Виноградова Г.М.</b> .....	100
БІЛІАРНА ВІСЦЕРО-ВІСЦЕРАЛЬНА КАРДІОНЕЙРОПАТІЯ ЯК ПРОЯВ МІЖСИСТЕМНИХ УРАЖЕНЬ .....	103
<b>Стрільчук Л.М.</b> .....	103

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО  
ПАНКРЕАТИТА ІЗ СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ  
У ПАЦІЄНТІВ МОЛОДОГО ВІКУ

**Шевченко Н.О.<sup>1</sup>, Бабінець Л.С.<sup>2</sup>**

Одеський національний медичний університет, кафедра професійної  
патології та функціональної діагностики, м.Одеса, Україна<sup>1</sup>

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського  
МОЗ України, кафедра первинної медико-санітарної допомоги та загальної  
практики-сімейної медицини, м. Тернопіль, Україна<sup>2</sup>

**Актуальність:** Хронічний панкреатит (ХП) рідко протікає як самостійна нозологія, може маніфестувати в будь-якому віці, однак саме у молодих пацієнтів він зазвичай протікає на тлі запального процесу органів гастроудоденальної зони.

**Мета:** оптимізація комплексного лікування ХП із супутньою патологією, шляхом включення засобів антигомотоксичної терапії.

**Клінічний випадок.** Хворий Н., 38 років, звернувся до терапевтичного відділення стаціонару зі скаргами на постійній нинючий біль у верхній ділянці живота з іррадіацією у ліве підребер'я, що підсилювались через 30-40 хвилин після їжі, нудоту та печію, відриг повітрям, випорожнення зі схильністю до проносів 3-4 рази на день. Анамнез: вищезазначені скарги турбували періодично, теперішнє загострення сталося 4 доби назад після вживання жирної та гострої їжі; курить, алкоголь вживає періодично. Об'єктивно: пацієнт підвищеного травлення, живіт збільшений за рахунок підшкірно-жирового шару, при пальпації відмічається болісність в епігастральній та пілородуоденальній зонах, печінка та селезінка не пальпуються. В аналізі крові: лейкоцити -  $9,6 \cdot 10^9$ /л, ШОЕ - 28 мм/г, інші показники в нормі; загальний аналіз сечі без змін. Біохімічні дослідження: амілаза в крові - 38,9 мг/ч/мл, ліпаза - 94,7 Од/л, трипсин - 12,2 нмоль/хв/мл, глюкоза крові – 6,2 ммоль/л, еластаза-1 в калі - 168,0 мкгЭ/л, інші показники – в мережі норми. УЗД черевної порожнини: помірний фіброз тканини підшлункової залози. ЕФГДС:

ерозивний гастродуоденіт. Діагноз: Хронічний панкреатит, рецидивуючий перебіг, фаза затухаючого загострення з незначним порушенням функції травлення (синдромами мальабсорбції та мальдигестії). Хронічний ерозивний гастродуоденіт, неасоційованим із інфекцією *H. pylori*, фаза загострення. Хворому проведено курс лікування протягом двох тижнів: Пантопразол 40 мг по 1 таблетці до сніданку, Креон 25 тис по 1 капсулі під час обіду та вечері, Траумель С по 2,2 мл в/м двічі на тиждень та Убіхінон Композитум по 2,2 мл в/м двічі на тиждень. По закінченні парентерального введення антигомотоксичних препаратів пацієнт приймав Траумель С по 1 таблетці через 1 час після їжи, тричі на добу протягом 14 днів. На п'ятий день лікування хворий відчув суттєве поліпшення стану, зникли симптоми диспепсії, суттєво зменшився больовий синдром, стілець був оформлений 1 раз на добу; через тиждень скарг не було. Наприкінці лікування клінічний стан пацієнта - задовільний, дослідні показники крові та калу були в межах норми. Контроль ЕФГДС: Еритематозна гастропатія. Нормоацидність селективна. Пацієнта Н., виписано з відділення у задовільному стані з поліпшенням. Курс лікування становив 12 койко-днів. Через рік після проведеного лікування пацієнт з'явився для профілактичного обстеження, рецидивів захворювання не спостерігалось. За результатами клінічного, лабораторного та інструментального обстеження – в межах норми.

**Висновок:** запропонований спосіб лікування хворих на ХП із супутнім ерозивним гастродуоденітом, у порівнянні із стандартною схемою медикаментозного лікування, забезпечує кращий терапевтичний ефект за даними клінічного, лабораторного та інструментального обстеження, виявляє виражений протизапальний та регенеруючий ефекти щодо слизової оболонки шлунка та ДПК, сприяє скороченню койко-днів на стаціонарному та амбулаторному лікуванні та дає змогу щодо зменшення днів непрацездатності.