

Міністерство охорони здоров'я України
Державний вищий навчальний заклад «Тернопільський державний медичний
університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

**Матеріали підсумкової науково-практичної
конференції**

**«ЗДОБУТКИ КЛІНІЧНОЇ
ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ
МЕДИЦИНИ»**

*(присвячена пам'яті ректора,
члена-кореспондента НАМН України,
професора Леоніда Якимовича Ковальчука)*

17 червня 2015 року

Тернопіль
ТДМУ
«Укрмедкнига»
2015

Відповідальний за випуск: проф. І. М. Кліщ

«Здобутки клінічної та експериментальної медицини» : матеріали підсумкової науково-практичної конференції, присвяченої пам'яті ректора члена-кореспондента НАМН України, професора Леоніда Якимовича Ковальчука (Тернопіль, 17 черв. 2015 р.) / Терноп. держ. мед. ун-т ім. І. Я. Горбачевського. – Тернопіль : ТДМУ, 2015. – 280 с.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ХВОРОБИ СТІЛЛА

Запорізький державний медичний університет

Хвороба Стілла (ХС) (ювенільний ревматоїдний артрит) визначається як системний запальний процес невідомої етіології та патогенезу, що вражає молодих осіб. ХС у дорослих є ніби віддзеркаленням добре відомого ювенільного артриту з системним варіантом дебюту. Ювенільний артрит був вперше описаний George Frederick Still в 1897 році як «особлива форма хвороби суглобів, що зустрічається у дітей» [1,4]. Характерні прояви ХС включають лихоманку, швидко минулий висип, запалене горло, артрит, полісерозит і серонегативність за ревматоїдним фактором. Варіанти клінічного перебігу виражаються або системними рецидивами, або загостреннями хронічного поліартриту. Більш ніж у 70% хворих процес дебютує із запалення в горлі (що нагадує ангіну) та інших загальних симптомів, схожих з проявами вірусної інфекції. Загальні симптоми можуть виступати на перший план. Вони включають в себе міалгії, артралгії, слабкість, анорексію, нудоту, швидко втрату ваги. Міалгії, слабкість, висип та серозити мають денний ритм і наростають під час фебрильних пароксизмів. У більшості хворих характерні лихоманка і висип, які з'являються через 2–3 тижні після фарингіту. Артрити розвиваються одночасно з лихоманкою і висипом або незабаром після цього. Більше 99% хворих мають лихоманку більше 39° С. Пароксизму передують приголомшливий озноб, потім протягом 2–4 годин температура зростає до максимальних цифр і закінчується падінням з рясним потовиділенням. Однак більш важливим у клінічному відношенні є той факт, що у кожного хворого лихоманка з'являється в один і той же час. Специфічний висип зустрічається в 86% спостережень. Він характеризується певною періодичністю, проявами і локалізацією [1–4]. Наявність суглобового синдрому у вигляді артриту завершує діагностичну тріаду ХС у дорослих. Ранкова скутість, міалгії, артралгії відзначаються вже на ранніх стадіях захворювання. Лімфаденопатія проявляється помірним збільшенням лімфовузлів.

Лабораторні дослідження. Кількість лейкоцитів може бути від 12,5–40,0x10⁹/л. Білки гострої фази запалення реагують дуже чутливо, включаючи збільшення С-реактивного протеїну, плазмового білка амілоїду А та плазмового феритину. Більш ніж у 90% хворих ШОЕ перевищує 50 мм/ годину. Зниження сироваткового альбуміну спостерігається у 75% хворих. Інші описані лабораторні відхилення включають в себе: еозинофілію, гіпергамаглобулінемію, дефіцит ІgА, збільшення титру антистрептолізину О [5–6]. **Клінічний випадок:** Хвора С., 18 років студентка ВПУ №38 м. Енергодар поступила до відділення ревматології ЗОКЛ 20.01.15 зі скаргами на виражену загальну слабкість, підвищення температури тіла до 41°С, задишку при мінімальному фізичному навантаженні, біль в колінних суглобах, литкових м'язах, які посилюються при рухах. З анамнезу: вважає себе хворою з 29.12.14, коли з'явилися біль у горлі, закладеність у вухах, нежить. З 02.01.15–08.01.15 – знаходилася на стаціонаром лікуванні в СМЧ №1 м. Енергодар, в ЛОР-відділенні. З діагнозом: «двобічний отит». Відзначається прискорене ШОЕ до 56 мм/год, лейкоцитоз, анемія. Отримувала наступне лікування: цефепім, левофлоксацин, цефепіразон – без належного позитивного ефекту; у зв'язку з чим була направлена для подальшого лікування до ЛОР-відділення ЗОКЛ. З діагнозом: «Гострий ларингіт». Після лікування, відзначалася позитивна динаміка (біль у горлі, нежить не турбують), проте зберігалися скарги на підвищення температури тіла до 39–40°С, біль в колінних суглобах, литкових м'язах, виражена загальна слабкість, зміни в лабораторних аналізах. Враховуючи вище перелічені скарги, проводився диференційний діагноз з вірусними гепатитами «В» і «С», ВІЛ, малярією, патологією щитоподібної залози. Хвора оглянута інфекціоністом – даних за гостру інфекційну патологію не виявлено. 20.01.15 – з підозрою на бактеріальний ендокардит хвора була госпіталізована в кардіологічне відділення ЗОКЛ, проводиться ЕХО-КС: бактеріальний ендокардит виключений; виключена онкопатологія за допомогою КТ-онкоскринінгу; спостерігалась помірна лімфоаденопатія медіастінальних, пахвинних, заочеревинних лімфовузлів.

При надходженні до ревматологічного відділення ЗОКЛ: стан хворої важкий, температура тіла 38,5°C. Шкірні покриви і слизові оболонки чисті, гіперемії, висипки не має. Переферичні лімфовузли збільшені. АД 100/ 70мм.рт.ст, ЧСС 125ударів за хвилину, ЧДД 20 за хвилину. Аускультативно: дихання над легеньми везикулярне, симетрично, хрипів немає. Серцева діяльність ритмічна, тони звучні. Живіт при пальпації м'який, безболючий. Край печінки м'яко-еластичної консистенції, безболючий, гострий, біля краю реберної дуги. Селезінка не пальпується. Фізіологічні відправлення – без особливостей.

На підставі скарг хворої, анамнезу та об'єктивного обстеження було встановлено попередній діагноз: «Хвороба Стілла».

Розпочато лікування (Реосорбілакт 200,0в / в кап., Інфулган в / в кап. – при підвищенні температури тіла вище 390С, мелбек в/м – при підвищенні температури тіла вище 38°C, дексаметазон – 8мг в/в кап., лоратадин –1т. / д рег/ос, призначено обстеження (ОАК, ОАМ, цукор крові, печінкові проби, УЗД ОЧП), цукор крові (20.01.15) – 4,8ммоль / л.

Біохімічні аналізи крові: протеїнограма, печінкові показники, коагулограма (21.01.15) – без патології.

Маркери аутоімунних захворювань (21.01.15): АТ–ДНК (dsDNA), сумарні – 29,6 од/мл; (ANA) IgG–0,74Ед.; АТ до фосфоліпідів, IgM–4,9 од/мл; АТ до фосфоліпідів, IgG–5,3 од/мл. Ревматоїдний фактор–9,7МЕ / мл. **СРБ (30.01.15) – 33,2 мг/л (21.01.15):** АТ до мієлопероксидази–0,92 од/мл (Anti–MPO); АТ до протеїназ – 0,7од/ мл (Anti–PR3); АТ до цитоплазми нейтрофілів (ANA) – 0,4 ІА

(21.01.15): Залізовв'язувальна здатність –24,46мкмоль / л; залізо–8,4мкмоль / л; ферритин–1157,53нг / мл.

Загальний аналіз крові:

| Дата | Нbg/л | Эр. | Тромб. | Le | ШОС | п/я | С. | Л. | М. |
|----------|-------|-----|--------|------|-----|-----|----|----|----|
| 26.01.15 | 90 | 2,7 | 220 | 17,5 | 56 | 6 | 76 | 16 | 2 |

Загальний аналіз сечі (21.01.15)– без патології.

ФГОГК (22.01.15): Легені без інфільтративних змін. Корені розширені, малоструктурні, синуси вільні. Серце – мітральна конфігурація, збільшене в розмірах, більше вліво. Гіпоплазія аорти.

ЕКГ(22.01.15): Вольтаж – збережений, ритм – синусовий, електрична вісь серця – не відхилена. Синусова тахікардія, ЧСС–125 ударів на хвилину.

КТ ОЧП та малого таза (23.01.15): Висновок: Невиражена медиастинальна, пахвова, за очеревинна, лімфоаденопатія. **ЕХО–КС (21.01.15):** Висновок: Камери серця не розширені. Потовщення стінки МК (фіброз?), Мітральна регургітація Іст. Патологічних скидів через МПП, МШП і в стовбур ЛА не з'являлися. Регургітація на ЛА Іст. Вегетацій на клапані серця не виявлено. Даних за КоА немає. **УЗД ОЧП (20.01.15):** Висновок: Ехо–ознаки деформації жовчного міхура, помірних дифузних змін паренхіми обох нирок. **Консультації: Невролог (21.01.15):** Даних за неврологічну патологію немає. **Окуліст (22.01.15):** міопія слабого ступеню. **Гематолог (23.01.15):** Анемія хронічного хворого, ознаки запалення, імовірно бактеріальної природи.

Перебуваючи, у відділенні ревматології ЗОКЛ хвора отримувала солумедролом в/в кап. (Сумарно 2,5 г), проксіум 40мг; Ревмоксикам–1,5мл в/м №5; Медрол–32мг/добу. На тлі проведеного лікування стан хворої покращився – нормалізувалася температура тіла, куповані артрологічний та міалгічний синдроми. Покращилися біохімічні показники крові. Хвора в задовільному стані виписана з ревматологічного відділення, досягнута клінічна ремісії.

prof Docenko S.Ya., assist. prof. Schevchenko M.V., assoc. prof Medvedchuk, assoc. Prof. Kravchenko, assist. prof Kravchenko, clinical ord., Gogoy T.M.,
st. Buroviy M.Yu.

Clinical case Still's disease.

Zaporizhzhya State Medical University

Резюме

Незважаючи на величезну кількість досліджень, при хворобі Стілла досі не виявлено специфічного маркера, і тому хвороба Стілла залишається діагнозом виключення. З великою ймовірністю хвороба Стілла можна запідозрити на ранніх стадіях процесу при наявності тріади: лихоманка, дерматит і артрит. Діагноз цього захворювання у дорослих залишається одним з найважчих в ревматології через рідкість нозології, різноманіття клінічних проявів і відсутності патогномонічних діагностичних тестів.

Summary

Nevertheless plural studies there are still no specific marker in Still's syndrome diagnostics. As a result Still's syndrome remains an exception diagnosis.

Still's disease may be supposed with great probability on early stage using triad: fever, dermatitis, arthritis. Diagnostics of this disease in adults remains one of the most difficult in rheumatology, because of rarity, variety of clinical features and absence of pathognomonic diagnostic tests.

Література:

1. Carri L., Rizelli G.M.L., d'Ascanio A. et al. Adult onset Still'disease: analysis of a monocentric cohort. *Ann Rheum Dis* 2010;69(Suppl. 3):716.
2. Yoshimura M., Makiyama J., Кода Т. et al. Successful treatment with tocilizumab in a patient with refractory adult-onset Still's disease (AOSD). *Clin Exp Rheumatol* 2010;28:141–2.
3. Salvin S., Quartuccio L., Moroldo T. et al. Clinical characterization and treatment outcome in a monocentric cohort of 45 patients with adult onset Still's disease. *Ann Rheum Dis* 2010;69 (Suppl. 3):710.
4. Національний підручник з ревматології / В. М. Коваленко, Н. М. Шуба, В. К. Казимирко [та ін.]; за ред. В. М. Коваленка, Н. М. Шуби. – К. : МОПІОН, 2013. – 671 с
5. Caramaschi P, Biasi D, Carletto A, Bambara L. A case of adult onset Still's disease treated with infliximab. *Clin Exp Rheumatol* 2002; 20: 113.
6. Fautrel B, Le Moel G, Saint-Marcoux B, Taupin P, et al. Diagnostic value of ferritin and glycosylated ferritin in adult onset Still's disease. *J Rheumatol* 2001; 28: 322–328.

УДК 616.37–002–036.12–08.487

Дроняк Ю.В., Бабінець Л.С.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ НА ТЛІ АСКАРИДОЗУ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Вступ. Коморбідність хронічного панкреатиту та аскаридозу є досить актуальною в наш час. Поширеність захворювань підшлункової залози (ПЗ) та їх місце в загальній структурі хвороб органів шлунково–кишкового тракту складно оцінити. Хронічний панкреатит (ХП) – частий супутник осіб з гельмінтами, особливо аскаридами. При поєднанні цих нозологій у пацієнтів, крім стандартної терапії ХП, рекомендується проведення протигельмінтних курсів лікування та сорбційно–детоксикаційної терапії, що потребує чіткого обґрунтування.

Мета дослідження: оцінити ефективність комплексного лікування хворих на ХП із супутнім аскаридозом із включенням до нього протигельмінтного препарату альбендазолу та сорбційно–детоксикаційного – ЛактоБіоЕнтеросгелю.

Матеріали та методи. Ефективність корекції супутнього аскаридозу при ХП альбендазолом та ЛактоБіоЕнтеросгелем оцінювалася в 33 таких хворих; з них 22 – жінки (66,6%) та 11

| | |
|---|----|
| <u>Глушко Л.В., Симчич Х.С., Гавриш Т.З., Позур Н.З., Маковецька Т.І., Рудник В.Т.</u> ПСИХОЕМОЦІЙНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ І МОЖЛИВОСТІ ЇХ КОРЕКЦІЇ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ | 13 |
| <u>Городинська О.Ю.</u> СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ГІПОТИРЕОЗУ | 14 |
| <u>Господарський І.Я., Волинець К.В., Коноваленко С.О., Креховська–Лепявко О.М., Локай Б.А., Рега Н.І., Мазур Л.П., Зарудна О.І., Усинська О.С., Ястремська С.О.</u> ВПЛИВ ПРЕПАРАТІВ УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЇ КИСЛОТИ ТА АДЕМЕТИОНІНУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С БЕЗ ОЗНАК ЦИРОЗУ | 18 |
| <u>Гребеник М.В., Коцюба О.І., Балабан А.І.</u> ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ РИТМУ СЕРЦЯ ПРИ РІЗНИХ ТИПАХ ДІАСТОЛІЧНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ | 20 |
| <u>Давидович О.В., Давидович Н.Я., Волощук Т.Р., Лихацька В.О., Попов А.Д.</u> АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ, ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ І ОЖИРІННЯ – У ЛЮДЕЙ СТАРШИХ ВІКОВИХ ГРУП | 20 |
| <u>Давидович О.В., Давидович Н.Я., Лихацька В.О., Чепой І.В.</u> СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА РАЦІОНАЛЬНУ ТЕРАПІЮ ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ПОЛІМОРБІДНИМИ УРАЖЕННЯМИ | 22 |
| <u>Давидович О.В., Стаднюк Л.А., Давидович Н.Я., Волощук Т.Р.</u> МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В СЕРЦІ ПРИ СТАРІННІ ТА МЕТОДИ ЇХ КОРЕКЦІЇ | 23 |
| <u>Дідушко О.М.</u> РІВНІ ПРОЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ МАНІФЕСТНИМ ГІПОТИРЕОЗОМ | 25 |
| <u>Доценко С.Я., Афанасьєв А.В., Гогой Т. М., Токаренко І.І., Самура Б.Б., Медведчук Г.Я., Шевченко М.В., Чорна І.В., Сичов Р.О.</u> РОЛЬ СЕЗОННИХ ТА МЕТЕОРОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ В РОЗВИТКУ ГОСТРИХ СЕРЦЕВО–СУДИННИХ ПОДІЙ У ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ | 26 |
| <u>Доценко С.Я., Шевченко М.В., Медведчук Г.Я., Кравченко В.І., Кравченко Т.В., Гогой Т.М., Бурова М.Ю.</u> КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ХВОРОБИ СТІЛЛА | 27 |
| <u>Дроняк Ю.В., Бабінець Л.С.</u> РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ НА ТЛІ АСКАРИДОЗУ | 29 |
| <u>Ждан В.М., Кітура О.С., Кітура Є.М., Бабаніна М.Ю., Ткаченко М.В., Іваницький І.В.</u> АСПЕКТИ РАЦІОНАЛЬНОЇ ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ В ЗАГАЛЬНОЛІКАРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ | 30 |
| <u>Ждан В.М., Потяженко М.М., Волченко Г.В., Хайменова Г.С., Ткаченко М.В.</u> ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОТИЗАПАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ ПРИ ПОСДНАННІ З ОСТЕОАРТРИТОМ | 33 |
| <u>Захарчук У.М., Бабінець Л.С., Старічков П.В., Складанюк Л.І.</u> АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ЕКСКРЕТОРНОЇ ТА ІНКРЕТОРНОЇ ФУНКЦІЇ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ | 36 |