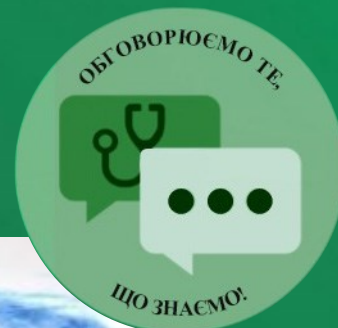


ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ



ЗБІРНИК ТЕЗ

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

(березень-травень 2018 року)

ХАРКІВ

ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ЗБІРНИК ТЕЗ

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

(березень-травень 2018 року)

ХАРКІВ – 2018

УДК: 616.1/4-07-085

Відповідальні редактори : В'юн В.В., Бабак О.Я.

Редакційна колегія: Железнякова Н.М., Зелена І.І., Молодан В.І.,
Просоленко К.О.

Відповідальний секретар: Рождественська А.О.

Ідея проекту: Молодан В.І.

А 33 «Актуальні питання діагностики та лікування внутрішніх хвороб на прикладі клінічного випадку» /збірник тез, – Харків ХНМУ, 2018. –103 с.

До збірника включено тези лікарів-інтернів та молодих вчених за результатами власних клінічних спостережень. Більшу частину тез складають матеріали лікарів-інтернів різних років, що навчались на кафедрі внутрішньої медицини №1 ХНМУ. Тому випуск збірника можна розглядати як певний підсумок 10 річної діяльності кафедри з підготовки лікарів-терапевтів.

Оргкомітет вдячний авторам тез за змістовні матеріали надіслані до публікації і час який вони приділили на підтримку проекту.

Надіслані до Оргкомітету тези публікуються без редакторської коректорської правки, відповідальність за їх зміст несе автор.

ВИПАДОК ВАЖКОГО ПЕРЕБІГУ РЕМАТОЇДНОГО АРТРИТУ В СТРУКТУРІ ХРОНІЧНОГО ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗУ

Світлицька О.А., Федорова О.П., Дудко О.В., Горбаткова Н.Г.

Навчально-науковий медичний центр «Університетська клініка» Запорізького державного медичного університету, терапевтичне відділення, м. Запоріжжя

Актуальність: Лайм-бореліоз – поширена трансмісивна хвороба, яка характеризується поліорганичним ураженням, великою кількістю ускладнень та високим рівнем летальності (Шостакович-Корецька Л.Р. та співавт., 2014, Meyerhoff J.O., 2017). При відсутності адекватної антибіотикотерапії більше, ніж у 60% пацієнтів, діагностуються аутоімунні захворювання, в тому числі ревматоїдний артрит (Arvikar SL et al., 2016).

Мета: Оцінити особливості важкого перебігу ревматоїдного артрити на тлі хронічного лайм-бореліозу.

Клінічний випадок: Пацієнтка Д., 1954 р.н. захворіла у квітні 2015р. Спочатку відмічала болісну (по типу мігруючої плямистої еритеми) висипку на верхніх кінцівках, які тримались декілька днів та потім зникали самотійно. Початок захворювання ні з чим не пов'язувала. Відмічала субфебрилітет до 37,4°C, артралгії в дрібних суглобах кистей. Самостійно приймала нестероїдні протизапальні засоби за потребою, але через 1 місяць приєднались болі в крупних суглобах. З липня 2015р. посилювались артралгії, з'явилися виражений астеничний синдром, припухлість даних суглобів, озноб, проливний піт, температура підвищилась до 39-40°C. 31.07.15 – 09.09.15 р. – стаціонарне лікування в ревматологічному відділенні міської лікарні. При госпіталізації скаржилась на болі в ліктьових, плечових, променезап'ясткових, п'ястно-фалангових суглобах I-V пальців, проксимальних фалангових суглобах I-V пальців кистей та стоп, колінних суглобах, які посилювались в нічний час, ранкову скутість в суглобах до 3 годин, болі в м'язах кінцівок, сверблячу висипку на кінцівках і тулубі, озноби. При об'єктивному огляді виявилась болючість уражених суглобів, гіперемія шкіри над ними, вузлики Гебердена. У крові – лейкоцитоз до $14 \cdot 10^9/\text{л}$, прискорена ШЗЕ до 40 мм/год. Антибіотикотерапія

(цефтріаксон, аугментин, гентаміцин, левофлоксацин, азітроміцин), дезінтоксикаційна терапія не принесли суб'єктивного полегшення. При обстеженні на інфекційні агенти було виявлено IgM до *Borrelia burgdorferi* – 1,82 Од/л (норма 1,1), IgG – 0,11 Од/л, в динаміці через 10 днів – IgM – 1,46 Од/л, IgG – 0,08 Од/л, у зв'язку з чим була оглянута інфекціоністом, виставлений діагноз: Лайм-Бореліоз (IgM 1,82 > 1,46), хронічний перебіг з ураженням суглобів. Враховуючи зниження титру IgM *Borrelia burgdorferi* на фоні антибактеріальної терапії, для подальшого лікування хвора була переведена до терапевтичного відділення університетської клініки. Скаржилась на болі в гомілково-стопних, колінних, променезап'ясткових, дрібних суглобах кистей, стоп, відчуття оніміння стоп і кистей, зниження сили в кистях, виражену слабкість, стомлюваність. Об'єктивно – різкий біль при пальпації уражених суглобів, різка обмеженість рухів у них. На рентгенографії суглобів – субхондральний склероз суглобових поверхонь, кістозна перебудова кісткової тканини, крайові кісткові ерозії в голівках середньої і основної фаланг кистей та стоп, що є характерною ознакою ревматоїдного артриту. Враховуючі клінічні, інструментальні дані, був виставлений діагноз: Хвороба Лайма, серопозитивна, хронічний перебіг, важка форма. Ураження дрібних суглобів кистей і стоп за типом ревматоїдного артриту, рентген-стадія II, активність III, НФС II ст. Була призначена терапія метотрексатом 15 мг на тиждень та медролом 8 мг на добу. У зв'язку з рецидивами гіпертермії та загостренням суглобового синдрому, доза медролу постійно підвищувалась, на момент виписки становила 40 мг на добу.

Висновки: У хворих з вираженим запальним процесом у суглобах, при негативних результатах дослідження на найбільш поширені інфекційні чинники, є необхідність визначення наявності лайм-бореліозу, тому що своєчасний початок етіотропного лікування допоможе уникнути тяжкого ураження суглобів і активації аутоімунних процесів, у тому числі розвитку ревматоїдного артриту.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПУЛЬМОНОЛОГІЇ