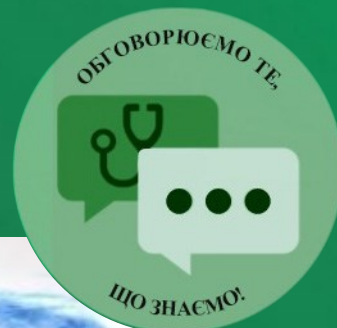


ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ



## 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.

2014 года – состояние значительно ухудшилось, жалобы на периодические боли справа в подреберье, эпигастрии, фебрильная температура, озноб, желтуха, субфебрилитет. В августе 2014 года госпитализирована в хирургическое отделение КОКБ, выполнена: ЧЧХС, холедохолитотомия, холедохоэнтеростомия. В декабре 2014 года госпитализирована в хирургическое отделение КОКБ, проведено консервативное лечение, выписана в удовлетворительном состоянии. В январе 2015 года в хирургическом отделении КОКБ выполнена лапароскопическая операция (холедохолитиаз (удален 1 камень)). КТ (28.01.15): Полученные данные могут соответствовать множественным полостным образованиям печени, сообщающихся с желчевыводящей системой (больше данным за болезнь Кароли), гепатомегалия, состоянию после холецистэктомии, ЧЧХС, холедохоэнтеростомии.

**Выводы:** Данный клинический случай демонстрирует трудности диагностики рецидивирующих болей в животе, сопровождающихся явлениями холестаза и повышением температуры неясного генеза, и, несмотря на редкую встречаемость БК, важность включения ее в алгоритм дифференциальной диагностики.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ МИКРОСКОПИЧЕСКОГО КОЛИТА

**Свистун С.И., Горбаткова Н.Г., Федорова Е.П., Дудко Е.В., Бородавко Л.И.**

*Учебно-научный медицинский центр «Университетская клиника»  
Запорожского государственного медицинского университета, г. Запорожье*

**Актуальность:** Микроскопический колит представляет собой группу хронических заболеваний, характеризующихся водянистой диареей, отсутствием макроскопических изменений при проведении колоноскопии и специфическими гистологическими признаками, обнаруживаемыми при микроскопическом исследовании биоптатов. По данным эпидемиологических исследований заболеваемость и распространенность микроскопическим колитом

сопоставимы с таковыми при болезни Крона и язвенном колите. Тем не менее, в клинической практике микроскопический колит до сих пор относится к редко диагностируемым заболеваниям.

**Цель:** представить клинический случай редко диагностируемой нозологии.

**Клинический случай:** Пациент Д. 24 лет в октябре 2017 г обратился с жалобами на упорную диарею, тип 7 по Бристольской шкале, до 7-8 раз в сутки без патологических примесей, беспокоящую в течение последних 5 лет, снижения веса не отмечалось. При этом общеклинические исследования в норме. Весной 2017 года обратился за консультацией к гастроэнтерологу, был выставлен диагноз «Синдром раздраженного кишечника», назначены спазмолитики, пробиотики без положительной динамики. При детализации жалоб выяснилось, что заболевание протекает без эпизодов обострения и ремиссии, пациент самостоятельно принимает лоперамид, стул урежается до 3 раз в сутки, бывают эпизоды ночной диареи. Учитывая упорный характер диареи, ночную диарею, было рекомендовано проведение колоноскопии с политопной биопсией, поставлен предварительный диагноз: «Микроскопический колит?». При проведении колоноскопии: внутрипросветная патология не выявлена. Взята множественная биопсия: слизистая сигмовидной, восходящей ободочной, нисходящей ободочной кишки – была выявлена умеренно выраженная лимфоцитарная воспалительная инфильтрация слизистой, а у слизистой слепой и подвздошной кишки – выраженная лимфоцитарная воспалительная инфильтрация. Учитывая лимфоцитарную воспалительную инфильтрацию, было рекомендовано проведение иммуногистохимии для подсчета CD8+ на 100 эпителиоцитов. Результат: в собственной пластинке слизистой подвздошной кишки обнаружена иммуннопозитивная цитоплазматическая экспрессия CD8+ Т-лимфоцитов (в 5 п/з x400 от 35 до 45 клеток), диффузно распространяющаяся в пределах собственной слизистой, при исследовании собственной пластинки слепой кишки экспрессия CD8+ Т-лимфоцитов составила (в 5 п/з x400 от 25 до 30 клеток), данная гистологическая

картина в більшій ступені відповідає мікроскопічному ентероколіту, лимфоцитарний варіант. Окончателний клінічний діагноз: «Мікроскопічний лимфоцитарний коліт, неперервно рецидивуюче середньої тяжкості». Були призначені субцітрат висмута, месалазін 4,8 г, частота діареї зменшилась до 4-5 раз в сутки. С початком прийому перорального будесоніда 9 мг в сутки стул нормалізувався до 1-3 раз в сутки, тип 4 по Бристольської шкали.

**Висновки:** у пацієнтів з упорною, нічною діареєю, рекомендовано проведення ФКС з біопсією, так як постановка діагнозу мікроскопічний коліт можлива лише при проведенні гистологічного дослідження.

## ПЕПТИЧНА ВИРАЗКА, ЯК ЧАСТА ПРИЧИНА АБДОМІНАЛЬНОГО БОЛЮ

**Турок В.В., Просоленко К.О.**

*Харківський національний медичний університет,  
кафедра внутрішньої медицини №1, м.Харків*

**Актуальність:** Хвороби органів травлення широко розповсюджені у популяції: виразковою хворобою (або пептично виразкою) страждає не менше 10 % дорослого населення планети, хронічним гастритом — 50 %, хронічним холециститом — 20 % жінок і 10 % чоловіків, СРК — не менше 30 %.

**Мета:** Визначити особливості клінічної картини та ефективні методи діагностики пептичної виразки для подальшого вибору терапевтичної стратегії.

**Клінічний випадок:** У лікарню поступив хворий Н., 32 років, зі скаргами на загальну слабкість, роздратованість, біль в епігастральній ділянці, який посилюється після прийому їжі через 1,5 години; на висоті болю часто з'являється блювота, яка приносить полегшення, «голодні» і нічні болі, печію, запори. Об'єктивно: при госпіталізації виявлена блідість шкірних покривів. Живіт візуально без особливостей. Пальпація: відмічається помірна напруженість правого прямого м'яза живота, болючість в епігастральній ділянці. Враховуючи різноманітні скарги хворого були призначені інструментальні і