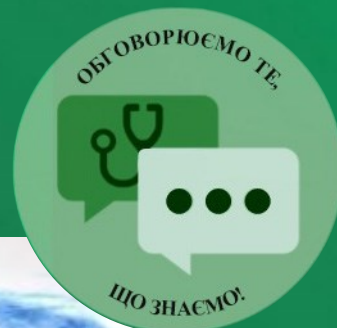


ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ



## 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.

добу під час їжі протягом місяця. Дані лабораторно-інструментальних обстежень: загальний аналіз крові: анемія легкого ступеня (Hb 117 г/л, ер 3,72 Т/л, КП 0,9). Копрограма: збільшення кількості неперетравлених м'язових волокон, рослинної клітковини, жирних кислот, наявність елементів дріжджового гриба. УЗД органів черевної порожнини: печінка не збільшена, звичайної ехоструктури. Жовчевий міхур деформований, з перегином в шийці та тілі. Підшлункова залоза збільшена, головка 34-35 мм, ехогенність підвищена, дифузно ущільнена, контури розмиті. Згідно із даними опитувальника Вейна у пацієнтки виявлено ознаки ВД (сума балів - 24,0, при нормі - до 15,0), згідно із опитувальником Спілбергера-Ханіна встановлено високий рівень реактивної (46 балів) і середній рівень особистої тривожності (44 бали), за результатами опитувальника Айзенка – виражений нейротизм (15 балів). За шкалами опитувальника SF-36 встановлено зниження усіх показників, однак найбільше зменшились рольове (0) та соціальне (12,5) функціонування, а також життєва активність (15,0). Оцінка стану хворої через місяць прийому вищенаведеного лікування призвела до нормалізації копрограми, загального аналізу крові, а також даних опитувальників, покращення показників УЗД.

**Висновки:** Комплексне лікування хворої на ХП із застосуванням вегетотропного препарату гінко білоба (Меморину) покращило ефект від терапії та оптимізувало клінічний перебіг захворювання.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА И АМЕБИАЗА

**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:** Амебиаз не эндемическое для Украины заболевание, однако, многочисленные поездки наших граждан за границу, приезд

иностранцев в нашу страну обязывают быть врачами настороженными в отношении не типичных для нас ранее заболеваний.

**Цель:** Представить клинический случай редко встречающегося сочетания нозологий.

**Клинический случай:** Пациент Р., житель Марокко, обратился с жалобами на жидкий стул до 5 раз в сутки с примесью крови и слизи, тенезмы, боль по ходу кишечника. В октябре 2015 впервые появился стул с примесью крови. Колоноскопия от 27.10.15: язвенный колит нижней трети сигмы, 2 степени активности. Биопсия: патологические изменения наиболее соответствуют язвенному колиту (криптиты, крипт-абсцессы, очаговое эрозивное поражение). Был поставлен диагноз: «Неспецифический язвенный колит», назначены месалазин, преднизолон 40 мг, затем 60 мг без положительной динамики. Сохранялся жидкий стул 2-4 раз в сутки с примесью крови и слизи. Пациент самостоятельно прекратил прием препаратов. 26.07.16 на фоне ухудшения состояния была проведена повторная колоноскопия: левосторонний язвенный колит. В декабре 2016 в кале была выявлена *Entamoeba histolytica* fortamagna, диагноз «Неспецифический язвенный колит» был изменен на «Амебиаз». Назначен курс лечения (орнидазол, метронидазол) со слабopоложительной динамикой, несколько раз в день сохранялся жидкий стул со скудной примесью крови, пациент продолжал выделять цисты амеб. 30.05.17-01.06.17 стационарное лечение в хирургическом отделении с диагнозом: «Толстокишечное кровотечение легкой степени». 02.06.17 – был госпитализирован в терапевтическое отделение. На момент поступления отмечался выраженный болевой синдром по ходу кишечника, стул жидкий с примесью крови и слизи 5-7 раз в сутки, тенезмы. В общеклинических обследованиях лейкоцитоз  $10,2 \times 10^9/\text{л}$ , остальные показатели в норме. Была проведена колоноскопия от 06.06.17: «Язвенный колит тотальный, E3, S3, 3 ст. активности по Мейо 3б», при исследовании кала были выявлены цисты амеб. Диагноз: «Неспецифический язвенный колит, тотальный, хроническое рецидивирующее течение, средней тяжести (10б по Мейо). Хронический

кишечный амебиаз (цисты от 05.06.17)». Лечение: метилпреднизолон 250 мг/сут в/в с переходом на преднизолон 60 мг/сут, месалазин 4,8 г, спазмолитики, метронидазол 1500 мг/сут. В связи с отсутствием положительной динамикой в терапию был рекомендован азатиоприн 200 мг (3 мг/кг). Был выписан с положительной динамикой. Дальнейшее амбулаторное наблюдение: снижение дозы преднизолона до 10 мг/сут, азатиоприна до 100 мг. Состояние пациента нормализовалось, поэтому он самостоятельно отменил препараты, возникло обострение. Колоноскопия от 20.10.17: «Проктосигмоидит, 2 степень активности». Биопсия – уменьшение количества бокаловидных клеток, ветвление, укорочение крипт, единичные крипт-абсцессы. Кал на простейшие – цисты амеб. Лечение: преднизолон 40 мг/сут, азатиоприн 150 мг/сут. На фоне начатой терапии началось выделение вегетативных форм амеб, к лечению был добавлен нифуратель в течение 10 дней, состояние стабилизировалось. На данный момент в качестве базовой терапии получает преднизолон 10 мг/сут, азатиоприн 100 мг/сут. Сохраняется выделение цистных форм *Entamoeba histolytica*.

**Выводы:** Пациентов с диареей из эндемических очагов необходимо обследовать более тщательно для исключения глистных инвазий и протозойных инекций. Однако данный случай свидетельствует о том, что выявление протозойной инфекции не исключает сопутствующего воспалительного заболевания кишечника, которое утяжеляет состояние пациента и осложняет терапию.