

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Наукове товариство студентів, аспірантів, докторантів і
молодих вчених

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ СТУДЕНТІВ
«СТУДЕНТИ-НАУКОВЦІ ЗДМУ В СУЧАСНІЙ
МЕДИЦИНІ І ФАРМАЦІЇ – 2019»

в рамках І туру «Всеукраїнського конкурсу студентських
наукових робіт з галузей звань і спеціальностей
у 2018 – 2019 н.р.»

06 – 07 лютого 2019 року

Запоріжжя – 2019

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ

Голова оргкомітету:

проректор з наукової роботи, проф. Туманський В.О.

Заступники голови:

голова студентської Ради Усатенко М., помічник проректора з наукової роботи, проф. Разнатовська О.М., голова Наукового товариства студентів, аспірантів, докторантів і молодих вчених, д.біол.н. Павлов С.В.

Члени оргкомітету:

перший заступник голови Студентської ради Подлужний Г., члени науково-навчального сектору студради Москалюк А., Скоба В., Гонтаренко Е.

Секретар: Брезицька К.

АНАЛІЗ ВИПАДКУ ФУЛЬМІНАНТНОЇ ФОРМИ ГЕПАТИТУ В, ЯКИЙ ЗАКІНЧИВСЯ ЛЕТАЛЬНО У ХВОРОГО 41 РОКУ

Богдан І.І., Федько К.О.

II медичний факультет, VI курс

Мета дослідження – проаналізувати динаміку клінічних та лабораторних змін у хворого 41 року із летальним наслідком фульмінантної форми гепатиту В.

Матеріали та методи. У дослідженні було проведено аналіз історії хвороби пацієнта 41 року (№ 7567), який лікувався у відділенні реанімації Запорізької обласної інфекційної лікарні з діагнозом «Вірусний гепатит В, фульмінантна форма». Обробка клінічних та лабораторних даних, результатів морфологічного дослідження аутопсійного матеріалу проводилась методами аналізу та опису отриманої інформації.

Результати. Хворий К., 42 років, надійшов до інфекційної лікарні 25.11.17 р. зі скаргами на нудоту, тяжкість в епігастральній області, слабкість та появу жовтяниці шкіри. Відомо, що захворів 19.11.17 р. з підвищення температури тіла до 39°C, слабкості, болю в суглобах. Самостійно приймав жарознижувальні препарати, без ефекту. В перші дні захворювання хворий вдома займався заготівкою дров. Пацієнт був госпіталізований в Обласну інфекційну клінічну лікарню з діагнозом «Вірусний гепатит» 25.11.17 р. в 00¹⁵. На момент госпіталізації стан хворого було трактовано як середньої тяжкості, об'єктивно нормотермія, пульс 80 хв, склери та шкіра помірно жовтяничні, збільшення розмірів печінки на 1,5 см, ахолія, холурія. Була призначена базисна терапія. Протягом 1-ої доби спостереження об'єктивні клінічні дані залишалися без змін, проте за результатами аналізу крові відзначено лейкоцитоз 12,0x10⁹/л, лімфоцитоз 45 %, тромбоцитопенія 168x10⁹/л, збільшення загального білірубіну до 196,2 (прямий 85) мкмоль/л, активність АлАТ залишалася 6,86 (у розведеній сироватці 1:10 активність ферменту 70) ммоль/год.л.

Різке погіршення стану хворого відбулося 26.11.17 р.: при огляді стан хворого важкий за рахунок розвитку гострої печінкової енцефалопатії, пульс 108 хв, артеріальний тиск 110/70 мм.рт.ст, печінка збільшена на 1,5 см, пальпація її безболісна. Хворий був переведений у відділення реанімації, збільшено обсяг інфузійної терапії, призначено L-аргініну-L-аспартат 80 мл та глюкокортикостероїди (преднізолон) 5 мг/кг маси тіла на добу, цефтріаксон 2 г на добу, контрікал 150 тис на добу. Однак протягом декількох годин стан хворого суттєво погіршився, свідомість трактували як оглушення (за шкалою Глазго 13-12,5 балів), при огляді консистенція печінки стала м'якою, з'явилися болі при пальпації. Нормотермія, тахікардія 106 хв, артеріальний тиск 140/90 мм.рт.ст, SaO₂ 100 %. Лабораторно зафіксовано лімфопенію 8 % при збереженій кількості лейкоцитів 8,0x10⁹/л та тромбоцитів 363x10⁹/л в крові, нормальному протромбіновому індексу 96,6 %. В печінкових пробах загальний білірубін 181 (прямий 66) мкмоль/л, активність АлАТ в цільній сироватці 7,18 ммоль/год.л (в розведеній 1:10 сироватці активність ферменту зменшилася до 60), в протеїнограмі зниження загального білку до 51 г/л. В маркерах вірусних гепатитів виявлено HBsAg та anti-HBcIgM, при відсутності HBeAg та відсутності коінфікування вірусом гепатиту D (HDV-RNA не виявлено). Дослідження крові на ВІЛ-інфекцію дало негативний результат. Діагностовано фульмінантну форму гострого гепатиту В, в лікуванні було призначено тенофовір 300 мг на добу. В епідеміологічному анамнезі були відсутні дані про медичні втручання протягом останнього півріччя, найбільш імовірно інфікування відбулося статевим шляхом, оскільки при обстеженні у жінки хворого в крові було вперше виявлено HBsAg.

Незважаючи на терапію, що проводилася, стан хворого прогресивно погіршувався. Вже вранці 27.11.17 р. стан свідомості сопор, пацієнт був переведений на ШВЛ. Корекції в лікуванні: преднізолон змінено на метіпред 7 мкг/кг на добу, призначено манітол. В печінкових пробах загальний білірубін 192 (прямий 89) мкмоль/л, активність АлАТ зменшилася до 5,75 ммоль/год.л (в розведеній 1:10 сироватці – до 42). Вперше з'явилося різке зниження протромбінового індексу до 28,5 %, фібриногену до 0,53 г/л при збереженій кількості тромбоцитів 373x10⁹/л; зафіксовано підвищення сечовини до 10,2 ммоль/л та креатиніну до

160 мкмоль/л при швидкості клубочкової фільтрації 45 мл/мин. В лікуванні призначено свіжозаморожену плазму, діуретики.

В подальшому протягом 28.11-30.11.17 р. стан хворого продовжував погіршуватися за рахунок прогресування печінково-ниркової недостатності та ДВЗ-синдрому. З'явилися виражені набряки обличчя, долоней, стоп, поступово зменшувався діурез, з'явилися клінічні прояви тромбоеморагічного синдрому, суттєво зменшилися розміри печінки (перкуторно нижній край на рівні верхнього краю VII ребра, верхній край печінки на рівні V ребра). В печінкових пробах чітка білірубін ферментна дисоціація: збільшення загального білірубіну до 269 мкмоль/л при продовженні зниження активності АлАТ до 5,16 ммоль/год.л л (в розведеній 1:10 сироватці – до 15); в коагулограмі дуже низький протромбінів індекс 16,8 %. Протягом наступної доби 01.12.17 р. приєдналася фебрильна лихоманка в межах 37,9-38,2°C, яка не піддавалася дії жарознижувальних засобів. Показник SaO₂ стабільно був 97 %. Рентгенологічно діагностовано лівосторонню нижньодолеву пневмонію на тлі двостороннього інтерстиціального набряку легень. В лабораторних показниках збільшення білірубінемії до 350 мкмоль/л, активність АлАТ 5,3 ммоль/год.л (в розведеній 1:10 сироватці – 7), протромбінівий індекс 16,8 % навіть після введення свіжозамороженої плазми, креатинін 424 мкмоль/л, сечовина 8,3 ммоль/л. В гемограмі зафіксовано анемію зі зниженням еритроцитів до $3,4 \times 10^{12}/л$ та гемоглобіну до 99 г/л при збереженні вмісту тромбоцитів $245 \times 10^9/л$. З 02.12.17 р. відзначено нестабільність гемодинаміки, гіпотонію 85/40 мм.рт.ст, зниження SaO₂ до 94 %, до лікування підключено дофамін, проте без ефекту, в 10⁰⁰ було зафіксовано летальний результат. Заключний діагноз: «Гострий гепатит В, фульмінантна форма. Ускладнення: гостра печінкова недостатність, гостра печінкова енцефалопатія III ст., гостра ниркова недостатність, набряк-набухання головного мозку, лівостороння нижньодольова пневмонія, гостра дихальна недостатність II-III ст., набряк легень, гостра серцево-судинна недостатність».

При патологоанатомічному дослідженні відзначено зменшення маси печінки до 537 г, печінка коричневатого-зеленуватого кольору, дрябкої консистенції, поверхня лівої частки гладка, на діафрагмальній поверхні правої частки місцями дрібно-зерниста, на розрізі з червоними вкрапленнями. При гістологічному дослідженні великі поля некрозу печінкової паренхіми із крововиливами в стромі, в частині жовчних капілярів є жовчні тромби; в збережених острівках печінкової паренхіми по периферії часточок в гепатоцитах виражена вакуольна дистрофія, в субкапсулярних відділах відзначено формування дрібних вузлів-регенератів, проліферація помилкових жовчних ходів.

Висновки. Як видно з наведеного клінічного спостереження, фульмінантна форма гострого гепатиту В розвинулася внаслідок статевого шляху зараження вірусом гепатиту В та характеризувалася вкрай швидкими темпами клінічної маніфестації ознак гострої печінкової енцефалопатії із подальшою появою відповідних змін в лабораторних показниках. Розвитку фульмінантної форми гострого гепатиту В у хворого К., 42 років сприяло неконтрольований прийом жарознижувальних препаратів та фізичне навантаження в продромальному періоді.

CRYPTOCOCCAL BRAIN DAMAGE IN PATIENTS WITH CO-INFECTION TUBERCULOSIS/HIV	32
Mohith Kumar Kothapalli	
АНАЛІЗ ВИПАДКУ ФУЛЬМІНАНТНОЇ ФОРМИ ГЕПАТИТУ В, ЯКИЙ ЗАКІНЧИВСЯ ЛЕТАЛЬНО У ХВОРОГО 41 РОКУ	33
Богдан І.І., Федько К.О.	
АПКОПЛАСТ МАЛЯРІЙНОГО ПЛАЗМОДІЯ	34
Дубовик Д. Ю.	
ДОСЛІДЖЕННЯ РОЛІ ВІТАМІНУ D ПРИ СИФІЛІТИЧНІЙ ІНФЕКЦІЇ	35
Коваленко А.Ю., Дмитренко І.П.	
ТОХОПЛАСМА GONDII: КЛІТИННІ ВЗАЄМОДІЇ У СИСТЕМІ ПАРАЗИТ-ХАЗЯЇН	36
Курінна В.С.	
КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ У ДІТЕЙ, ВИКЛИКАНОГО ВІРУСОМ ЕПШТЕЙНА-БАРР ТА ЦИТОМЕГАЛОВІРУСОМ.	38
Мазур О.С.	
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА	39
Пилипенко А.Г.	
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ НЕВРОЛОГІЇ ТА ПСИХІАТРІЇ	40
ВИВЧЕННЯ РОЛІ HSP70 РЕГУЛЯЦІЇ ЕНЕРГЕТИЧНОГО МЕТАБОЛІЗМУ ГОЛОВНОГО МОЗКУ В УМОВАХ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ГПМК	40
Боднарчук Я.Б., Ковальчук Д.О.	
КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ У ХВОРИХ НА МОЗКОВИЙ ШЕМІЧНИЙ ПІВКУЛЬОВИЙ ІНСУЛЬТ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВИХОДУ ГОСТРОГО ПЕРІОДУ ЗАХВОРЮВАННЯ	41
І медичний факультет	
ПСЕВДОМОРФОЗ ПСИХІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ В ІНТЕРНЕТ-ПРОСТОРИ НА ПРИКЛАДІ ПСІОПЕРАТОРІВ: КЛІНІЧНИЙ РОЗБІР ТА ПСИХОПАТОЛОГІЧНА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ	41
Дегтяренко В. Р.	
ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ В УМОВАХ ТЕЛЕМЕДИЦИНИ. КЛІНІКО-СТАТИСТИЧНИЙ ІНСТРУМЕНТАРІЙ	43
Демченко А. В.	
ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ЗЛОЯКІСНОГО ШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ, ФАКТОРИ НЕСПРИЯТЛИВОГО РЕЗУЛЬТАТУ	44
Запорожченко Є.А.	
ВЕНОЗНІ МОЗКОВІ ІНСУЛЬТИ (КЛІНІЧНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ)	45
Коваленко В.А.	
ВПЛИВ ПСИХІЧНИХ ТА ПОВЕДІНКОВИХ ПАТЕРНІВ, ПОВ'ЯЗАНИХ З ІНТЕРНЕТ- КОРИСТУВАННЯМ, НА СТРУКТУРУ ТА ДИНАМІКУ АДИКЦІЙ У ХВОРИХ НА ЗАЛЕЖНІСТЬ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН	46
Мороз Д.В.	
КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПУХЛИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ З ІНСУЛЬТОПОДІБНИМ ПЕРЕБІГОМ	48
Пухальський М. П.	