



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ**

ВСЕУКРАЇНСЬКА НАУКОВО- ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ

**«Клінічні випадки: міждисциплінарний діалог»
для лікарів-інтернів усіх спеціальностей**

Збірник тез доповідей

**Запоріжжя
10 червня 2025**

Зміст

ІШЕМІЧНА КАРДІОМІОПАТІЯ І ЕЛЕКТРИЧНИЙ ШТОРМ (ВИПАДОК З ПРАКТИКИ).....	5
Данилюк Я.М.	5
ДІАГНОСТИЧНІ ТРУДНОЩІ ПРИ ПОЛІГЛАНДУЛЯРНІЙ НЕДОСТАТНОСТІ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК	8
Ганза Є.В.	8
ДЕРМАТОМІОЗИТ АСОЦІЙОВАНИЙ З ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗОМ	12
Пацьора Т.С.	12
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК: ЮВЕНІЛЬНИЙ ІДІОПАТИЧНИЙ АРТРИТ У ДИТИНИ 3-Х РОКІВ	15
Павленко Л.М.	15
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК РОЗВИТКУ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ НА ФОНІ СТЕНТУВАННЯ ПАНКРЕАТИНОЇ ПРОТОКИ З ВИКОРИСТАННЯМ МЕТОДИКИ DOUBLE WIRE TECHNIQUE	18
Паничев В.В.	18
РАК ШИЙКИ МАТКИ	20
Поплавка А.С.	20
ГРАНУЛЕМАТОЗ З ПОЛІАНГІТОМ ТА МУЛЬТИСИСТЕМНИМ УРАЖЕННЯМ.....	22
Бондар В.Д.	22
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГІГАНТСЬКОЇ ЗАЩЕМЛЕНОЇ ПАРАЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ КИЛИ СТРАВОХІДНОГО ОТВОРУ ДІАФРАГМИ	25
Гаврильченко А.К., Данилюк М.Б., Кубрак М.А.	25
ТРОМБОЗ ВЕРХІВКИ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ПАЦІЄНТА З ТРІПОТІННЯМ ПЕРЕДСЕРДЬ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК	28
Кондратенко М.В.	28
ЛІКУВАННЯ МАСИВНОГО ІШЕМІЧНОГО МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК	31
Кузьмічова К.А.	31
ОНКО-НАСТОРОЖЕНІСТЬ, МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНІСТЬ ТА КОНТРОЛЬ БОЛЮ: БЕЗЗАПЕРЕЧНІ УМОВИ ЯКІСНОЇ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ	33
Ханіна Н.В.	33
КОНСТРИКТИВНИЙ ПЕРИКАРДИТ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК.....	35
Ленівкіна А.О.	35
ГЕТЕРОТОПІЧНА ВАГІТНІСТЬ	38
Богуш Д. О., Міняйло І.О.	38

КОНСТРИКТИВНИЙ ПЕРИКАРДИТ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Ленівкіна А.О.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Колесник М.Ю., кафедра терапії та кардіології ННПО, Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, м. Запоріжжя.

Вступ. Перикардит – це запальне ураження серцевої сорочки, яке може ускладнюватися тампонадою серця та констриктивними змінами. Констриктивний перикардит (КП) є відносно рідкісним захворюванням, діагностика якого ускладнена неспецифічними симптомами та схожістю клінічної картини з іншими серцево-судинними патологіями.

Основна частина. Пацієнт, чоловік 50 років, звернувся зі скаргами на задишку при мінімальному фізичному навантаженні, утруднене дихання у горизонтальному положенні, стискаючий біль за грудиною з іррадіацією у спину, що зменшувався у положенні сидячи з нахилом тулуба, а також на періодичне підвищення температури тіла до 37,5 °С.

З анамнезу відомо, що протягом останніх п'яти років пацієнт відмічав підвищення артеріального тиску до 150/90 мм рт.ст. та появу набряків нижніх кінцівок, однак антигіпертензивної терапії на постійній основі не приймав. Погіршення стану настало восени 2023 року: з'явилися інтенсивні болі за грудиною, відчуття нестачі повітря, лихоманка до 39,8 °С. Спочатку був госпіталізований з діагнозом «лівобічна нижньочасткова пневмонія» та отримував антибіотикотерапію, проте стан погіршувався, зростали прояви серцево-судинної недостатності. При ехокардіографії (ЕХОКГ) виявлено гідроперикард до 500 мл, пацієнта переведено до кардіологічного відділення.

При подальшому обстеженні стан залишався тяжким: субіктичність шкіри, ціаноз губ, глухість тонів серця, задишка, гепатомегалія, індекс маси тіла (ІМТ) 36 кг/м². На електрокардіограмі відмічався синусовий ритм зі зниженим вольтажем комплексів. Лабораторно – помірна анемія, підвищена швидкість осідання еритроцитів, С-реактивного білка, нормальний рівень

тропоніну. На ЕХОКГ – рідина в порожнині перикарда близько 1000 мл, з ознаками тампонади серця.

Було виконано пункцію перикарда з евакуацією 500 мл геморагічної рідини. Цитологічне та бактеріологічне дослідження ексудату не виявило збудників туберкульозу чи ознак злоякісного процесу. Надалі проводилося дренування перикарда протягом тижня, що дозволило стабілізувати стан. Призначено протизапальну терапію (ацетилсаліцилова кислота, нестероїдні протизапальні препарати, колхіцин, глюкокортикоїди).

Через рік після виписки пацієнт повторно звернувся зі скаргами на прогресуючу задишку, набряки стоп і гомілок, збільшення живота. При обстеженні відзначалися асцит, виражені набряки, акроціаноз, ожиріння III ступеня (ІМТ 38 кг/м²). В аналізах – підвищений рівень глікованого гемоглобіну (6,7 %), вперше діагностовано цукровий діабет II типу. На ЕХОКГ виявлено потовщення та підвищену ехогенність листків перикарда, ознаки констрикції, помірну мітральну та трикуспідальну регургітацію, збережену систолічну функцію лівого шлуночка – фракція викиду (ФВ) 58 %. Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини показало жировий гепатоз, застійну печінку, асцит, двобічний плевральний випіт.

У зв'язку з прогресуванням симптомів і розвитком КП пацієнта скеровано на консультацію кардіохірурга. Виконано субтотальну перикардектомію за класичною методикою. Інтраопераційно перикард виявився потовщеним, кальцинованим, із численними злуками, особливо в ділянці передньої стінки.

Післяопераційний період перебігав із позитивною динамікою: зменшився набряковий синдром, зросла толерантність до фізичного навантаження. Однак остаточно етіологія перикардиту залишилася невстановленою, що робить цей клінічний випадок унікальним і науково цінним.

Висновки

1. Представлений випадок ілюструє складність діагностики та лікування констриктивного перикардиту.
2. Важливим є мультидисциплінарний підхід із залученням кардіолога, ендокринолога та кардіохірурга.
3. Супутня патологія (ожиріння, цукровий діабет II типу) значно ускладнюють перебіг основного захворювання та підвищують ризик ускладнень.
4. Етіологія у конкретному випадку залишилася невстановленою, що робить клінічне спостереження унікальним для подальшого наукового аналізу.