



**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

ТРОМБОЗ ВЕРХІВКИ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ПАЦІЄНТА З ТРІПОТІННЯМ ПЕРЕДСЕРДЬ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Кондратенко М.В.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Качан І.С., кафедра терапії та кардіології ННПО, Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, м. Запоріжжя.

Вступ. Тромбоз верхівки лівого шлуночка (ЛШ) є рідкісним ускладненням, що частіше виникає після гострого інфаркту міокарда або при вираженій систолічній дисфункції. Виникнення тромбу у пацієнта з тріпотінням передсердь (ТП) без перенесеного інфаркту міокарда становить клінічну дилему, оскільки вимагає особливого підходу до діагностики та лікування.

Основна частина. Пацієнт, чоловік 48 років, звернувся зі скаргами на задишку інспіраторного характеру, ортопноє, прискорене серцебиття та виражену слабкість. В анамнезі – гастродуоденіт і виразкова хвороба. Шкідливі звички: паління, вживання алкоголю (понад 6 дрінків на тиждень). Хронічні серцево-судинні захворювання, туберкульоз, цукровий діабет та бронхіальна астма пацієнтом заперечуються.

Захворювання розпочалося з гострої респіраторної вірусної інфекції, що тривала три тижні. Надалі був встановлений діагноз гострого бронхіту, а пізніше – негоспітальної двобічної полісегментарної пневмонії II групи з малим двобічним гідротораксом. Після часткового покращення стану через два тижні знову наростили задишка, ортопноє, пітливість, тахікардія. При госпіталізації на ЕКГ зареєстровано ТП з проведенням 2:1, частота серцевих скорочень (ЧСС) – 160/хв.

Об'єктивно: загальний стан тяжкий, свідомість ясна, шкіра блідо-рожева, волога, над легеньми – бронхіальне дихання, ослаблене в нижніх відділах, поодинокі сухі хрипи. Артеріальний тиск - 108/68 мм рт.ст., ЧСС – 161/хв, периферичні набряки у ділянці гомілково-стопних суглобів. На електрокардіограмі підтверджено тріпотіння передсердь з проведенням 2:1.

При проведенні ехокардіографії виявлено гіперехогенне утворення у верхівці ЛШ розміром 2,3x2,0 см, ймовірно тромб, обмежено рухливе. Також встановлено мінімальний гідроперикард. Подальші дослідження підтвердили відсутність локальних зон порушення скоротливості та відсутність виражених коронарних уражень за даними коронароангіографії.

Лікувальна тактика включала антикоагулянтну терапію (гепарин під контролем активованого часткового тромбoplastинового часу (АЧТЧ), пізніше – перехід на варфарин із контролем міжнародного нормалізованого відношення 2–3), а також контроль ЧСС β-блокаторами (бісопролол, бетаксол), дигоксином та діуретиками. Проводилась терапія серцевої недостатності (лізіноприл, дапагліфлозин, спіронолактон, фуросемід) і гастропротекція пантопразолом.

У динаміці на ЕХО-КС – зникнення тромбу з верхівки ЛШ, м'яка легенева гіпертензія, збережене ТП. При черезстравохідному дослідженні виявлено фібринові нашарування в ділянці вушка лівого передсердя, утворень у ЛШ не виявлено. У грудні 2024 року проведено електричну кардіоверсію з відновленням синусового ритму. У подальшому при холтерівському моніторингу утримувався синусовий ритм, відмічалися поодинокі екстрасистולי. Фракція викиду ЛШ за Сімпсоном зросла до 52%.

Пацієнт виписаний з рекомендаціями: антикоагулянтна терапія (варфарин, пізніше ксарелто), контроль ритму та ЧСС, повторна госпіталізація для вирішення питання відновлення синусового ритму, подальше спостереження у кардіолога.

Висновки

1. Представлений випадок демонструє рідкісне поєднання тріпотіння передсердь та тромбозу верхівки лівого шлуночка.

2. Успішне лікування потребувало мультидисциплінарного підходу з використанням антикоагулянтної терапії, контролю частоти серцевих скорочень та електричної кардіоверсії.

3. Важливу роль у діагностиці та моніторингу відігравали ехокардіографія та черезстравохідне дослідження.

4. Даний випадок підкреслює значення індивідуалізованої тактики ведення пацієнтів із поєднаною аритмією та внутрішньосерцевим тромбозом.