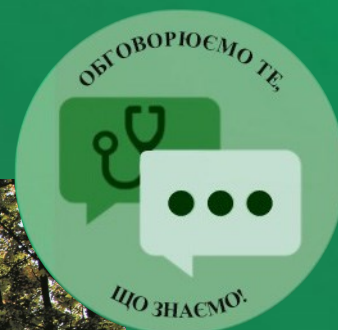


ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ



**ЗБІРНИК ТЕЗ**

**ТА ПОСТЕРНИХ РОБІТ**

**«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ  
ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ  
НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ»**

(березень-травень 2022 року)

ХАРКІВ – 2022

ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**ЗБІРНИК ТЕЗ  
ТА ПОСТЕРНИХ РОБІТ**

**«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ  
ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ  
НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ»**

*(березень-травень 2022 року)*

ХАРКІВ – 2022

УДК: 616.1/4-07-085

Відповідальний редактор: М'ясоєдов В.В., Железнякова Н.М.

Редакційна колегія: Молодан В.І., Рождественська А.О.

Відповідальні секретарі: Рождественська А.О., Тверезовська І.І.

Ідея проекту: Молодан В.І.

А33 «Актуальні питання діагностики та лікування внутрішніх хвороб на прикладі клінічного випадку» з міжнародною участю / збірник тез та постерних робіт, Харків ХНМУ, 2022. – 98 с.

До збірника включено тези і постери молодих вчених та лікарів-інтернів за результатами власних клінічних спостережень.

Надіслані до Оргкомітету матеріали публікуються без редакторської та коректорської правки, відповідальність за їх зміст несуть автори.

<b>ПОСТЕРНА СЕКЦІЯ: АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КАРДІОЛОГІЇ</b> .....	74
СУЧАСНА ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ.....	75
Горозій В.В., Молодан Д.В. ....	75
ДЕКОМПЕНСАЦІЯ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОЇ COVID-ІНФЕКЦІЇ: КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД КОМБІНАЦІЇ КЛАСИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА НОВИХ ПРЕПАРАТІВ .....	76
Редіна І.В., Молодан В.І.....	76
<b>ПОСТЕРНА СЕКЦІЯ: АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПУЛЬМОНОЛОГІЇ</b> .....	77
ПОПНЕВМОТОРАКС НА ФОНІ ЗАХВОРЮВАННЯ НА COVID-19 УСКЛАДНЕНОГО ДВОСТОРОННІМ ЗАПАЛЕННЯМ ЛЕГЕНЬ .....	79
Бабаєвська Ю.О., Тверезовська І.І. ....	79
ВЕДЕННЯ ХВОРОГО З COVID-19 ДВОБІЧНОЮ ПНЕВМОНІЄЮ.....	79
Беляєв А.І.....	79
СУЧАСНИЙ ПІДХІД ВВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА З КОРОНАВІРУСНОЮ ХВОРОБОЮ.....	80
Макаренко.Н.І.....	80
ПРОТИВІРУСНА ТА АНТИБАКТЕРІАЛЬНА ТЕРАПІЯ У ПАЦІЄНТА З ВАЖКИМ ПЕРЕБІГОМ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ COVID-19 .....	81
Федосова Д.С. ....	81
<b>ПОСТЕРНА СЕКЦІЯ: АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЕНДОКРИНОЛОГІЇ</b> .....	82
ОСОБЛИВОСТІ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСУ ПАЦІЄНТКИ ІЗ СИНДРОМОМ ПОЛКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ.....	83
Чурсінова Т.В., Тулук Т.М.....	83
<b>ПОСТЕРНА СЕКЦІЯ: АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ</b> .....	84
ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ХВОРИХ З АУТОІМУННИМ ЦИРОЗОМ ПЕЧІНКИ .....	85
Гончаренко Ю.В., Лапшина К.А. ....	85
З ЗАГОСТРЕННЯМ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ .....	86
Кордюмова А.К. , Молодан В.І.....	86
ВЕДЕННЯ ХВОРОЇ З НАБРЯКОВО-АСЦИТИЧНИМ СИНДРОМ НА ТЛІ ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ .....	87
Кошиль М.С. ....	87
<b>ПОСТЕРНА СЕКЦІЯ: АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ГЕМАТОЛОГІЇ</b> .....	88
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК НАБУТОЇ КОАГУЛОПАТІЇ З ДЕФІЦИТОМ ІХ ФАКТОРА ЗГОРТАННЯ КРОВІ .....	89
Касьянова А. С.....	89
<b>ПОСТЕРНА СЕКЦІЯ: АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КОМОРБІДНИХ СТАНІВ</b> .....	90
ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ НА ТЛІ ХРОНІЧНОЇ НИРКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ .....	91
Бабченко Є.О., Тверезовська І.І. ....	91
МОЖЛИВОСТІ СУЧАСНИХ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ В ЛІКУВАННІ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ПАЦІЄНТІВ З СУПУТНЬОЮ ХРОНІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ .....	92
Іванченко К.М., Рождественська А.О.....	92
ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА З ЦИРОЗОМ ПЕЧІНКИ У РЕЗУЛЬТАТІ ХРОНІЧНОГО ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ С ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ .....	93
Кісіль К.А. , Молодан В.І.....	93
НЕГОСПІТАЛЬНА ПОЛІСЕГМЕНТАРНА ЛІВОБІЧНА ПНЕВМОНІЯ НА ФОНІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ: СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ І ДІАГНОСТИКИ ДАНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ .....	94
Радюк М. З., Рождественська А.О. ....	94

**ПОСТЕРНА СЕКЦІЯ:  
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ  
ЕНДОКРИНОЛОГІЇ**



# ОСОБЛИВОСТІ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСУ ПАЦІЄНТКИ ІЗ СИНДРОМОМ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ

Дніпровський державний медичний університет, кафедра ендокринології, м. Дніпро  
«Університетська клініка», м. Дніпро

**Автор:** кандидат медичних наук, асистент кафедри ендокринології ДМУ Чурсінова Т.В.  
завідувачка ендокринологічного відділення «Університетської клініки» Тулук Т.М.

## Актуальність

Одним із провідних діагностичних критеріїв синдрому полікістозних яєчників (СПКЯ) є збільшення концентрації андрогенів, переважно тестостерону. Як правило, фахівці визначають загальну фракцію тестостерону. Однак, при СПКЯ можливі різноманітні відхилення гормонального спектру - підвищення лютеїнізуючого гормону (ЛГ), гіперпролактинемія, підвищення концентрації дегідроепіандростерону (ДГЕА), що необхідно враховувати при обстеженні пацієток з підозрою на СПКЯ для виключення діагностичних помилок.

## Клінічний випадок

**Паспортна частина:** хвора У, 1995 року народження. Народилася і проживає в місті Дніпро. Службовець.

**Скарги** на порушення менструального циклу, підвищення ваги на 10 кг протягом останнього року, надмірне зростання волосся в області обличчя, живота, ніг, вугровий висип в області обличчя.

**Анамнез захворювання та життя:** менархе з 13 років.

Порушення менструального циклу (МЦ) протягом останніх п'яти років. Тривалість МЦ становить від 25 до 45 днів. Зверталася до гінеколога, який виявив підвищення пролактину в межах 38-78 нг/мл, з приводу чого рекомендував прийом каберголіну по 0,25 мг 2 рази на тиждень.

## Фізикальне обстеження:

Зріст 164 см, вага 83,5 кг, МТ-31 кг/м<sup>2</sup>. Шкірні покрови звичайної вологості, акне в області обличчя, верхній частині спини. Індекс Феррімана-Голлвея 9 балів. Щитоподібна залоза еластичної консистенції не збільшена в розмірі. Галактореї немає. Ритм серця правильний, тони чисті, ЧСС – 80 уд/хв., АТ - 110/70 мм рт.ст. Органи дихання, шлунково-кишковий тракт без патології. Периферичних набряків немає.

## Дані лабораторних методів дослідження:

Аналіз крові: Нb-132 Г/л, еритроцити-4,29\*10<sup>12</sup>/л, лейкоцити-8,32\*10<sup>9</sup>/л, ШОЕ-2 мм/год. Лейкоцитарна формула без патології.

У біохімічному аналізі крові виявлено порушення ліпідного обміну: холестерин загальний – 6,3 ммоль/л, ЛПНЩ – 3,06 ммоль/л, ЛПВЩ – 2,82 ммоль/л, ТГ – 0,58 ммоль/л, КА – 1,23 Од.

Гормональні дослідження:

Пролактин – 68,3 нг/мл;

ТТГ – 2,3 мкМОд/мл, св.Т4 – 1,28 нг/дл;

Тестостерон загальний – 2,2 нмоль/л

(норма 0,29-1,67), ДГЕА-С – 666,8 мкг/дл

(норма 98,8-340). Таким чином, виявлено

гіперпролактинемію, яєчникову та

наднирникову гіперандрогенемію.

Враховуючи наявність гіперандрогенемії,

виключали неklasичну форму вродженої

дисфункції кори надниркових залоз, у

зв'язку з чим досліджували 17 ОН-

прогестерон, що знаходився у

референсному діапазоні – 3,47 нг/мл.

Рівень гонадотропінів у фолікулярній

фазі в нормі ФСГ – 7,2 Од/л, ЛГ – 12,4

Од/л.

Глюкоза – 4,97 ммоль/л, інсулін – 17,52

мкОд/мл, індекс НОМА підвищений –

3,87, що свідчить про наявність

інсулінорезистентності.

Також виявлено незначне підвищення

екскреції кортизолу із сечею – 436,8

мкг/24 години, на фоні нічного

пригнічувального тесту з 1 мг

дексаметазону екскреція кортизолу

знизилася до 112,4 мкг/24 години.

## Дані інструментальних методів

### дослідження:

УЗД органів малого тазу на 14 день

МЦ: розміри тіла матки 49\*38\*45 мм,

не збільшені, положення антефлексіо.

Контури чіткі, рівні, структура

однорідна. Правий яєчник: загальний

об'єм 17,2 см<sup>3</sup>, у зрізі визначається 10

антральних фолікулів діаметром 3-6

мм. Лівий яєчник: загальний об'єм

10,2 см<sup>3</sup>, в зрізі 12 антральних

фолікулів діаметром 4-6 мм, строма

яєчника ущільнена. Шийка матки:

розмір 35\*24 мм, цервікальний канал

лінійний. Додаткові утворення не

візуалізуються. Висновок: ознаки

СПКЯ.

При проведенні МРТ гіпофізу

патологічні зміни не виявлено.

ЕКГ: ритм синусовий, правильний,

ЧСС 74 за хв, ЕВС не відхилена.

Враховуючи наявність у пацієнтки клінічних та лабораторних ознак гіперандрогенемії, гіперпролактинемії, олігоовуляції, УЗ-ознак полікістозних яєчників, встановили **ЗАКЛЮЧНИЙ**

## ДІАГНОЗ:

Синдром полікістозних яєчників.

Вторинна гіперпролактинемія.

Ожиріння I ступеня.

## Лікування:

Пацієнтці була рекомендована гіпокалорійна дієта на 1500 ккал/добу, щоденна фізична активність не менше 30 хв на день.

За погодженням з гінекологом

рекомендовано прийом комбінованого

орального контрацептиву, що містить

30 мкг етинілестрадіолу та прогестаген

з антиандрогенним ефектом –

дроспіренон 3 мг (Ярина).

Рекомендовано прийом препарату з 1

по 21 день МЦ з наступною 7-ми

денною перервою.

Прийом препарату Ярина

супроводжувався нормалізацією МЦ,

зменшенням акне. Через 6 місяців

спостереження пацієнтка знизилася вага

на 7 кг, нормалізувався рівень

пролактину – 9,57 нг/мл та загального

тестостерону – 1,4 нмоль/л. Пацієнтка

відзначала хорошу переносимість

препарату.

При проведенні контрольного УЗД

органів малого тазу спостерігалася

зменшення об'єму обох яєчників –

правого до 7,38 см<sup>3</sup>, лівого – до 5,98

см<sup>3</sup>, фолікулярний апарат обох яєчників

був типовим.

## Висновки:

Гіперандрогенемія у пацієток із СПКЯ

може мати не лише яєчникове, а й

наднирникове походження.

Дисфункція надниркових залоз також

проявляється легким підвищенням рівня

кортизолу.

Гіперпролактинемія потребує особливої

уваги фахівців – ендокринологів та

гінекологів, яким необхідно проводити

діагностичний пошук з метою

виключення симптоматичних форм

гіперпролактинемії.

Гормональний статус пацієток із СПКЯ

може характеризуватися помірною

вторинною гіперпролактинемією, що не

потребує призначення каберголіну.



УДК: 616.1/4-07-085

Відповідальний редактор: М'ясоєдов В.В., Железнякова Н.М.

Редакційна колегія: Молодан В.І., Рождественська А.О.

Відповідальні секретарі: Рождественська А.О., Тверезовська І.І.

Ідея проекту: Молодан В.І.

А33 «Актуальні питання діагностики та лікування внутрішніх хвороб на прикладі клінічного випадку» з міжнародною участю / збірник тез та постерних робіт, Харків ХНМУ, 2022. – 98 с.

До збірника включено тези і постери молодих вчених та лікарів-інтернів за результатами власних клінічних спостережень.

Надіслані до Оргкомітету матеріали публікуються без редакторської та коректорської правки, відповідальність за їх зміст несуть автори.