

ефективності комбінації АСК + ривароксабан у дозі 2,5 мг двічі на добу порівняно з монотерапією АСК.

**Висновки.** Комбінована антитромботична терапія здатна знизити серцево-судинну смертність, ризик інвалідизуючих судинних подій і збільшити очікувану тривалість активного життя пацієнтів із хронічною ІХС та високим ішемічним ризиком.

## СИСТЕМНИЙ ВАСКУЛІТ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

**Понзель Н.І. Михалко Я.О.**

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м.Ужгород.

**Ключові слова:** васкуліт, цукровий діабет, базова терапія.

**Вступ.** Системні васкуліти – це гетерогенна група захворювань, яка характеризується запаленням і некрозом судинної стінки, що призводить до ішемічних змін органів і тканин, які кровопостачаються відповідними судинами. Клінічний перебіг васкулітів залежить від активності системного запалення, типу судин, діаметру та локалізації.

**Мета:** підвищити обізнаність лікарів з проблемою діагностики та лікування системних васкулітів, а також наголосити на важливості адекватного менеджменту ускладнень та супутніх захворювань.

**Матеріали та методи.** Пацієнтка М 1968 року народження поступила в терапевтичне відділення із скаргами на виражену загальну слабкість, головокружіння. Хворіє з літа 2016 року, коли відчула болі в суглобах, слабкість, лихоманку, пожовтіння шкіри. Після обстеження та лікування в гастроентерологічному відділенні обласної клінічної лікарні була направлена на консультацію до ревматолога. Одноразово було проведено визначення ANA (титр 1:160), ANCA-антитіл (негативні) та проведено загальноклінічні лабораторні та інструментальні обстеження. На основі отриманих даних виставлений діагноз: системний васкуліт неуточнений, аутоімунний гепатит та призначено синтетичні хворобомодифікуючі препарати для базового прийому (азатіоприн) та глюкокортикоїди. Пацієнтка щорічно проходила лікування в ревматологічному відділенні. В зв'язку з втратою працездатності встановлена II група інвалідності.

11.09.21 пацієнтка поступила у відділення інтенсивної терапії Ужгородської районної лікарні у важкому стані, по ШКГ 11 б. На запитання реагувала, але не відповідала. Відмічався запах ацетону у видихуваному повітрі. На момент огляду живіт збільшений в об'ємі, не болючий при пальпації, печінка збільшена, сечовиділення відсутнє. Стан погіршився на протязі тижня. Зі слів чоловіка, пацієнтка не вживала їжу з лікувальною метою, не робила ін'єкцій інсуліну тривалої дії. У відділенні інтенсивної терапії пацієнтці було проведено дезінтоксикаційну, метаболічну терапію та переведено в терапевтичне відділення із покращенням. В стаціонарі виконали рентенографію ОГК, ФГДС, УЗД ОЧП, ЕХО КС, КТ головного мозку, консультована ендокринологом, неврологом, ревматологом. На основі отриманих даних був виставлений

заключний клінічний діагноз: системний васкуліт неясного генезу, А ІІ з ураженням судин шкіри (мармуровість, livedo reticularis), м'язів (поліміалгії), суглобів (поліартралгії), дигітальних судин (синдром Рейно), печінки (хронічний стеаторепатит із аутоімунним компонентом), нервової системи (полінейропатія, дисметаболічна енцефалопатія), серця (коронарокардіосклероз). Цукровий діабет ІІ типу, інсулінозалежний, середнього ступеню важкості, субкомпенсований. ІХС. Атеросклеротичний кардіосклероз. Гіпертонічна хвороба ІІ ст, ст 2 КВР високий. СН І ст. ХІМ ІІ ст (змішана) з помірними статокординаторними розладами, легким мнестичними порушеннями. Діабетична полінейропатія нижніх кінцівок з порушенням чутливості. Артифакція обох очей. Вторинна кардіоміопатія. Вторинний остеопороз. Остеопенія основи п'ястих кісток. Лакунарний інфаркт в лівому таламусі та у кортикальних гілках потиличної частки зліва, в підгострій, пізній стадії.

**Висновок:** Пацієнти із системними аутоімунними захворюваннями потребують регулярного контролю з боку мультидисциплінарної команди лікарів. Надання повної науково-обґрунтованої інформації пацієнтам щодо перебігу та методів лікування основного захворювання та його ускладнень дуже важливе та допоможе уникнути важких медико-соціальних втрат.

## СТРУКТУРА ЗБУДНИКІВ ІНФЕКЦІЙ СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ У 2021 РОЦІ

Михалко Я.О.<sup>1</sup>, Карнафель М.П.<sup>2</sup>, Кіш П.П.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород

<sup>2</sup>КНП «Обласна клінічна інфекційна лікарня» Закарпатської обласної ради», м. Ужгород

<sup>3</sup>ДВНЗ «УжНУ», медичний факультет, кафедра мікробіології, вірусології та епідеміології з курсом інфекційних хвороб, м. Ужгород

**Ключові слова:** інфекція сечовивідних шляхів, антибіотики, лікування, *E. coli*.

**Вступ.** Вже майже 100 років антибіотики рятують мільйони життів по всьому світу і залишаються основними препаратами в лікуванні потенційно смертельних бактеріальних інфекцій. Однак, за даними дослідників у 30-40% випадках їх призначення є або недоцільним або нераціональним. Це, в свою чергу, веде до зростання антибіотикорезистентності збудників та зміни їх структури при різних інфекційних захворюваннях. Саме тому протягом останніх років значна увага приділяється розробці та дотриманню принципів раціональної антибіотикотерапії. Одним з таких принципів є врахування особливостей локальної структури збудників тих чи інших захворювань, а також профілю їх чутливості та резистентності до антибактеріальних препаратів під час вибору емпіричного лікування. Тому важливо проводити постійний моніторинг вказаних показників як на локальному так і на загальнодержавному рівнях.

**Мета.** Дослідження особливостей локальної структури збудників інфекцій сечовивідних шляхів (ІСШ) у 2021 році.

## ЗМІСТ

<b>КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ВИКОРИСТАННЯ КОРОТКОСТРОКОВОЇ РОЗВАНТАЖУВАЛЬНО-ДІЄТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ В ПОЄДНАННІ З ФІЗИЧНИМ НАВАНТАЖЕННЯМ</b>	
Ілько А.В. ....	9
<b>ШЕМІЧНА ХВОРОБА СЕРЦЯ З ВИСОКИМ РИЗИКОМ: ВИБІР ОПТИМАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ВЕДЕННЯ</b>	
Росул М.М., Корабельщикова М.О., Іваньо Н.В. ....	10
<b>СИСТЕМНИЙ ВАСКУЛІТ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)</b>	
Понзель Н.І. Михалко Я.О. ....	11
<b>СТРУКТУРА ЗБУДНИКІВ ІНФЕКЦІЙ СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ У 2021 РОЦІ</b>	
Михалко Я.О., Карнафель М.П., Кіш П.П. ....	12
<b>ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ ЕЛЕКТРОННОЇ СИСТЕМИ АВТОМАТИЗОВАНОЇ УПРАВЛІННЯ ОСВІТНІМ ЗАКЛАДОМ</b>	
Гечко М. М. ....	13
<b>ВПЛИВ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ НА ЗАГАЛЬНИЙ КАРДІОВАСКУЛЯНИЙ РИЗИК У ПАЦІЄНТІВ З ПРЕДІАБЕТОМ</b>	
Івачевська В.В., Чопей І.В., Івачевський М.М. ....	15
<b>САНАЦІЯ ПІХВИ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ</b>	
Корсак В.В., Пацкань І.І. ....	16
<b>СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ СНУ: КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ</b>	
Рудакова С.О., Фейса С.В. ....	17
<b>ЕФЕКТИВНІСТЬ АНТИ-VEGF ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ОКЛЮЗІЇ РЕТИНАЛЬНИХ ВЕН</b>	
Фальбуш О.О., Беляєв В.Д., Бондаренко Н.В., Бора К.В., Беляєв Д.В., Довбиш М.С. ....	18
<b>МОЖЛИВОСТІ ДОСЯГНЕННЯ ЯКІСНОГО ЗОРУ ПРИ ІМПЛАНТАЦІЇ ІОЛ З ПОГЛИБЛЕНИМ ФОКУСОМ</b>	
Фальбуш О.О., Беляєв В.Д., Бондаренко Н.В., Бора К.В., Довбиш М.С., Беляєв Д.В. ....	20
<b>НАШ ДОСВІД ІМПЛАНТАЦІЇ ІНТРАОКУЛЯРНОЇ ЛІНЗИ З ПОГЛИБЛЕНИМ ФОКУСОМ</b>	
Беляєв В.Д., Фальбуш О.О., Бондаренко Н.В., Бора К.В., Беляєв Д.В., Довбиш М.С. ....	21
<b>КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК TINU-СИНДРОМУ</b>	
Беляєв В.Д., Фальбуш О.О., Сабов В.В., Бора К.В., Беляєв Д.В. ....	23

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ДВНЗ «УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ»  
ФАКУЛЬТЕТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ  
ТА ДОУНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ ПІДГОТОВКИ**

**Матеріали  
76-ї підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького складу  
«УжНУ»**

**Факультет післядипломної освіти та  
доуніверситетської підготовки**