



НАЦІОНАЛЬНИЙ
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О. О. БОГОМОЛЬЦЯ



Національна академія
медичних наук України

МАТЕРІАЛИ

науково-практичної конференції з міжнародною участю
до Всесвітнього дня здоров'я 2025 р.

«ЗДОРОВИЙ ПОЧАТОК ЖИТТЯ –
ЗАПОРУКА БЛАГОПОЛУЧНОГО МАЙБУТНЬОГО»



4 квітня 2025 р.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Київ

**Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Національна академія медичних наук України**

**МАТЕРІАЛИ
науково-практичної конференції з міжнародною участю
до Всесвітнього дня здоров'я 2025 р.**

**ЗДОРОВИЙ ПОЧАТОК ЖИТТЯ –
ЗАПОРУКА БЛАГОПОЛУЧНОГО МАЙБУТНЬОГО»**

**4 квітня 2025 р.,
м. Київ**

Київ
НМУ імені О.О. Богомольця
2025

Відповідальні за випуск:

завідувач кафедри громадського здоров'я ЗВО НМУ імені О.О. Богомольця,
професор **Грузєва Т.С.**

директор Навчально-наукового інституту громадського здоров'я та
профілактичної медицини ЗВО НМУ імені О.О. Богомольця, професор
Паламар Б.І.

професор кафедри громадського здоров'я ЗВО НМУ імені О.О. Богомольця,
доцент **Галієнко Л.І.**

доцент кафедри громадського здоров'я ЗВО НМУ імені О.О. Богомольця, доцент
Іншакова Г.В.

Здоровий початок життя – запорука благополучного майбутнього: матеріали
науково-практичної конференції з міжнародною участю до Всесвітнього дня
здоров'я 2025 р., 4 квіт. 2025 р. К., 2025. 117 с.

У матеріалах щорічної науково-практичної конференції з міжнародною участю до Всесвітнього дня здоров'я 2025 р., який проводиться під гаслом «Здоровий початок життя – запорука благополучного майбутнього», висвітлено актуальні питання здоров'я матерів і дітей, розбудови системи громадського здоров'я, міжнародної, міжсекторальної та міждисциплінарної співпраці у сфері громадського здоров'я, доступності і якості медичної допомоги. Розкрито сучасні виклики та загрози для здоров'я населення епідемічного, екологічного, соціально-економічного, воєнного характеру, напрями боротьби з неінфекційними та інфекційними захворюваннями, профілактичні стратегії в охороні здоров'я, охарактеризовано соціально-економічні та екологічні детермінанти здоров'я тощо.

УЛЬТРАЗВУКОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СЕРЕД ІНШИХ МЕТОДІВ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ У ТЯЖКОГО ХВОРОГО З ПІТОРАКСОМ ЗІ ЗНАЧНОЮ КОМОРИДНІСТЮ (ВЛАСНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ)

Биц Я.Ю., Рудіченко В.М.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Актуальність: Парапневмонічний випіт є поширеним ускладненням бактеріальної пневмонії. З них 5-10% з парапневмонічним випотом прогресують до емпієми, при цьому 30% пацієнтів з емпіємою потребують хірургічного дренування, а 15% пацієнтів з емпіємою не виживають. Симптоми у пацієнтів з інфекцією плеврального простору можуть неманіфестно відрізнятися від сукупності симптомів у пацієнтів з пневмонією та неускладненим парапневмонічним випотом, тому базуючись лише на клінічній картині провести диференційну діагностику проблемно. Допоміжним інструментом в таких випадках може стати ультразвукове дослідження (УЗД) плевральної порожнини за системою POCUS (Point-of-care ultrasound, Ультразвук в дослідженні зони уваги), яке використовується на всіх етапах медичної допомоги для виявлення плеврального випоту різної етіології. Зазначається, що УЗД може надати більш точну оцінку кількості випоту в плевральній порожнині, підтвердити наявність ускладнень емпієми плеври. Даний метод є доповненням до оцінки загальної клінічної картини і слугує зручним допоміжним засобом для прогнозування перебігу активної інфекції плеврального простору, що актуально в наступній діяльності лікаря первинної ланки.

Клінічний випадок: Пацієнт Г.(історія хвороби № 4876), 54 роки, без постійного місця проживання, 07.02.2025 в ургентному порядку госпіталізований до Київської міської клінічної лікарні № 8 зі скаргами на задишку, біль в лівій половині грудної клітки, підвищення температури тіла до 39°C, сухий кашель, запаморочення, загальну слабкість. Симптоми виникли протягом тижня і за цей час значно загострилися. *Anamnesis morbi*: Вважає себе хворим протягом тижня, після того як виникли та значно загострилися вищезазначені скарги. *Anamnesis vitae*: в грудні 2024 року перебував на стаціонарному лікуванні в відділенні пульмонології. В анамнезі вірусний гепатит С та токсичний гепатит. *Об'єктивний статус*: Загальний стан хворого середнього ступеня тяжкості, що обумовлено дихальною недостатністю. Т 38,5°C. Зниженого харчування. Шкіра і видимі слизові блідо-рожеві. Грудна клітка асиметрична, ліва частина відстає в акті дихання. При аускультатії дихання ослаблене зліва в нижніх відділах,

притуплення перкуторного звуку. SpO₂ - 96%. Серцеві тони приглушені, ритмічні. Пульс 75 уд/хв, ритмічний, задовільного наповнення і напруження. АТ 130/70 мм. рт. ст. Набряки н/к - нижня 1/3 гомілки. Живіт симетричний, при пальпації м'який, чутливий в правому підребер'ї та епігастральній ділянці. Печінка виступає на 1,0 см з-під краю реберної дуги.

Рентгенографія ОГП 07.02.2025: Лівобічний паракостальний осумкований плеврит. *УЗД ОЧП 07.02.2025:* Дифузні зміни паренхіми печінки. Хронічний холецистит. Хронічний панкреатит. Сольовий діатез. Лівобічний гідроторакс. *Консультація терапевта 07.02.2025:* Лівобічний плеврит. Рекомендовано дренування плевральної порожнини.

07.02.2025 під місцевою анестезією в ургентному порядку виконано пункцію та дренування лівої плевральної порожнини. Проведено консервативну терапію: цефазолін, ацетилцистеїн, фраксипарин, диклофенак, фуросемід, аспаркам, дексаметазон, серратіопептидаза, амброксол, каптоприл, спіронолактон.

Бронхоскопія 11.02.2025: Н/д зліва катаральний ендобронхіт I-II ступеню запалення. *Цитологічне дослідження промивних вод бронхів 11.02.2025:* Атипові клітини не виявлено. *Тест Хpert MTB/RIF 12.02.2025:* мікобактерії туберкульозу не виявлені. *Рентгенографія 12.02.2025:* Лівобічна пневмонія у стадії неповного розсмоктування. Лівобічний обмежений гідроторакс з формуванням спайкового процесу в плевральній порожнині. *Бактеріологічне дослідження вмісту бронхів на флору 13.02.2025:* патогенна і умовно-патогенна флора не виявлена. *УЗД ОГП 17.02.2025:* Ознаки незначної кількості рідини в лівому синусі, ознаки формування спайок. *Консультація терапевта 17.02.2025:* Негоспітальна лівобічна полісегментарна пневмонія в стадії завершення. Емпієма плеври зліва. Дихальна недостатність II ст.

Впродовж наступних оглядів спостерігалось виділення гнійного вмісту по дренажу 150,0 - 200,0 мл сумарно за добу, загальний стан пацієнта мав позитивну динаміку.

Під час огляду 20.02.2025: У лівій половині грудної клітки в V міжребер'ї зліва по linea axillaris posterior наявна дренажна трубка з ознаками запалення оточуючих м'яких тканин. По дренажу до 200,0 мл гнійного вмісту. *Заключення:* Інфекція післяопераційної рани грудної клітки. Проведено хірургічну обробку післяопераційної рани грудної клітки під місцевою анестезією. З метою лікування лівобічного піотораксу пацієнту призначено моксифлоксацин 400 мг 1р/добу на три доби. *Бактеріологічне дослідження вмісту бронхів на флору 21.02.2025:* Bacillus cereus, чутливий до метронідазолу.

21.02.2025 при огляді чергового лікаря: дренажна трубка без ознак запалення оточуючих м'яких тканин, в дренажному мішку до 150,0 мл гнійного вмісту. Проведено перев'язку, дренаж промито. З метою лікування лівобічного піотораксу пацієнту згідно з посівом від 21.02.2025 призначено метронідазол 0,5% 100,0 мл в/в 3р/добу на три дні. *КТ від 24.02.2025*: КТ- картина емпієми плеври зліва, дренаж. Лівобічний піопневмоторакс. Фіброзні постзапальні зміни паренхіми лівої легені. ХОЗЛ у фазі загострення. Дегенеративні зміни хребта. Консолідований перелом тіла грудини. Впродовж наступних оглядів спостерігалась позитивна динаміка з покращенням самопочуття хворого та зменшенням виділення гнійного вмісту по дренажу. *Огляд лікаря 03.03.2025: St. localis*: У лівій половині грудної клітки в V міжребер'ї зліва по linea axillaris posterior наявна дренажна трубка без ознак запалення оточуючих м'яких тканин. По дренажу за Бюлау до 50,0 мл прозорого вмісту. Дренаж видалений. Накладена асептична пов'язка.

Рентгенографія ОГК 03.03.2025: Залишкові ознаки лівобічного ексудативного плевриту з ознаками організації і формування спайкового процесу у плевральній порожнині.

Клінічний діагноз: Лівобічний піоторакс. Стан після пункції та дренування лівої плевральної порожнини (07.02.2025). Лівобічна нижньодольова пневмонія. Ускладнення: Інфекція післяопераційної рани грудної клітки.

Супутні: ХОЗЛ: Хронічний обструктивний бронхіт, в фазі загострення. ДН II ст. ІХС, дифузний кардіосклероз, Гіпертонічна хвороба II ст., 2 ст., ризик високий. Серцева недостатність ІІА ст. Хронічний змішаний (НСV та токсичний) гепатит.

Виписується зі стаціонару під амбулаторний нагляд сімейного лікаря та хірурга поліклініки. Рекомендована консультація в спеціалізованому відділенні.

Проведені нами спостереження та їх результати дозволяють зробити висновки щодо необхідності застосування адекватної сукупності візуалізуючих методів у веденні складних пацієнтів на фоні значної коморбідності, що може бути предметом розгляду при проведенні практичних занять у підготовці лікарів загальної практики-сімейної медицини на додипломному та післядипломному етапах державною та англійською мовами.