

“ТВОРИ”, 2021. 208 с.

7. Сергета І. В., Бардов В. Г., Дреженкова І. Л., Панчук О. Ю. Гігієнічні нормативи рухової активності студентів закладів вищої медичної освіти та шляхи її оптимізації. Вінниця : ТОВ “ТВОРИ”, 2020. 184 с.

8. Сергета І. В., Панчук О. Ю., Яворовський О. П. Гігієнічна діагностика професійної придатності студентів закладів медичної освіти (на прикладі стоматологічних спеціальностей). Вінниця: ТОВ “ТВОРИ”, 2020. 348 с.

9. Сергета І. В., Браткова О. Ю., Серебреннікова О. А. Наукове обґрунтування гігієнічних принципів профілактики розвитку донозологічних зрушень у стані психічного здоров'я учнів сучасних закладів середньої освіти (огляд літератури і власних досліджень). *Журнал НАМН України*. 2022. Т. 28, № 1. С. 306-326.

10. Сергета І. В., Серебреннікова О. А., Стоян Н. В., Дреженкова І. Л., Макарова О. І. Психогігієнічні принципи використання здоров'язберігаючих технологій у сучасних закладах вищої освіти. *Довкілля та здоров'я*. 2022. № 2 (103). С. 32-41.

11. Тимошук О. В., Полька Н. С., Сергета І. В. Наукові основи комплексної гігієнічної оцінки якості життя та адаптаційних можливостей сучасної учнівської і студентської молоді. Вінниця: ТОВ “ТВОРИ”, 2020. 272 с.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ГІПОКАЛІЄМІЇ ВНАСЛІДОК ХРОНІЧНОГО ЗЛОВЖИВАННЯ ГІДРОХЛОРТІАЗИДУ

Волкова Ганна Віталіївна

к.м. н., асистент кафедри внутрішньої медицини №3
НМУ ім. О.О.Богомольця

Афендікова Ганна Петрівна

к. м. н., асистент кафедри внутрішньої медицини №3
НМУ ім. О.О.Богомольця

Бардах Ліляна Богданівна

к.м.н., асистент кафедри внутрішньої медицини №3
НМУ ім. О.О.Богомольця

Смирнова Олена Валеріївна

к. м. н., доцент кафедри внутрішньої медицини №3
НМУ ім. О.О.Богомольця

Шаповаленко Наталія Олегівна

студентка 6 курсу медичного факультету №1
НМУ ім. О.О.Богомольця

Гідрохлоротіазид — це діуретик тіазидного типу, який застосовується в клінічній практиці більше півстоліття. Препарат широко використовується для лікування артеріальної гіпертензії у всьому світі і вважається відносно безпечним. Гідрохлоротіазид впливає на дистальні звивисті каналці та пригнічує систему ко-транспортера хлориду натрію. Це призводить до сечогінної дії, яка знижує артеріальний тиск, але також відбувається втрата калію з сечею. [1] Тому електролітний стан пацієнта необхідно регулярно контролювати.

Гідрохлоротіазид може викликати дисбаланс електролітів та/або рідини, включаючи гіпокаліємію, гіпонатріємію, гіперкальціємію та/або гіпомагніємію в результаті надмірного діурезу. [2]. Лікування в цьому випадку є підтримуючим: заміщення рідини та електролітів.[3]

Щодо ефективності препарату, то гідрохлоротіазид (25мг на добу) стабільно поступався іншим препаратам порівняння (крім атенололу — засобу з групи в-блокаторів, який має не найкращий показник ефективність/побічні дії) [4] у запобіганні серцево-судинних подій. [5] Чи буде більш корисним використання гідрохлоротіазиду у вищих дозах (50мг на добу) чи ні, складно сказати, оскільки це може бути пов'язано з підвищеним ризиком гіпокаліємії та раптової серцевої смерті. [6] Крім того, бувають вирадки, коли гідрохлоротіазид застосовується без медичних показань і, відповідно, без належного контролю.

Поширення інформації щодо різноманітних способів схуднення має негативний вплив на стан здоров'я населення, особливо якщо для схуднення використовуються медикаментозні препарати. Одним з лікарських засобів, що є розповсюдженим серед «народних» методів схуднення є гідрохлортіазід. Точкою прикладення гідрохлортіазиду, зокрема, є проксимальні відділи звивистих каналців нефрону, де блокує карбоангідразу і посилює виведення з сечею іонів калію, блокуючи обмін іонів натрію на іони калію в дистальних відділах нефрону. Вищезазначена фармакодинаміка даного препарату пояснює розвиток одного з його побічних ефектів - гіпокаліємію, яка в тяжких випадках проявляється м'язовою слабкістю, парезами та паралічами. Прийом діуретичних лікарських засобів впродовж тривалого часу без консультації та контролю лікарем може привести до тяжких ускладнень та загрозливих життю станів. Представляємо клінічний випадок порушення водно-електролітного балансу внаслідок хронічного зловживання тіазідного діуретика.

Пацієнтка М., 1991р.н., була доставлена каретою екстреної медичної допомоги до приймального відділення у тяжкому стані зі скаргами на різку загальну слабкість, відсутність рухів у верхніх та нижніх кінцівках, осиплість голосу. Зі слів родичів, 2 дні тому впала, травмувала ліву руку і ліву половину тулуба, у зв'язку з чим приймала дексалгін і мідокалм. Тиждень тому перенесла ГРВІ, лікувалась симптоматично. Вранці, у день госпіталізації, не змогла підвестися з ліжка, ввечері була знайдена родичами та доставлена в лікарню. Була проведена діагностика (КТ головного мозку) та виключене гостре порушення мозкового кровообігу.

У відділенні у хворої виникли епізоди апное, внаслідок чого опівночі пацієнтка була переведена в блок реанімації та інтенсивної терапії, де була застосована ШВЛ.

Диференційний діагноз проводився між синдромом Гієна-Барре (ГРВІ, м'язова слабкість в анамнезі, тетрапарез, порушення дихання), міастенічним кризом (швидкий розвиток, ГРВІ, м'язова слабкість в анамнезі, порушення дихання) та побічною дією мідокалма (м'язова слабкість в анамнезі).

У клінічному аналізі крові: лейкоцитоз ($20,6 \times 10^9/\text{л}$), гіпокаліємія ($0,91 \text{ ммоль/л}$). На ЕКГ були зафіксовані сплюснені зубці Т.

Для пошуку причини лейкоцитозу у зв'язку з підозрою на запальний процес проконсультована отоларингологом (для виключення ЛОР-патології внаслідок осиплості голосу), хірургом (для виключення травми селезінки внаслідок падіння напередодні), гінекологом (для виключення гінекологічної патології внаслідок виділень з піхви невідомої етіології), лікарем-інфекціоністом (для виключення інфекційного процесу). У свою чергу, для пошуку причини гіпокаліємії хвора була проконсультована ендокринологом (для виключення первинного гіперальдостеронізму). Вищезазначені консультанти виключили патологію свого профілю. Рентген-дослідження органів грудної порожнини виявив ознаки лівосторонньої нижньодольової пневмонії, у зв'язку з чим була призначена антибіотикотерапія: цефтріаксон $1,0 \text{ мг в/м}$ 2 р/добу, азитроміцин 500 мг в/в крап. 1 р/добу. До з'ясування причин, лікування гіпокаліємії проводилося симптоматично: р-н калію хлориду 4% $50,0 \text{ б}$ р/добу. Контроль рівню калію в