

УДК 616-06:616-07

ПОЛІМОРБІДНІСТЬ ЯК ПРОБЛЕМА ВЧАСНОЇ ДІАГНОСТИКИ ОСНОВНОЇ ХВОРОБИ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Гук-Лешневська З.О., Шалагін Ю.О.*

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького; * Військово-медичний клінічний центр Західного регіону

В сучасній науковій літературі активно обговорюється проблема надання медичної допомоги пацієнтам із супутньою та поєднаною патологією. Причинами поліморбідності часто є анатомічна близькість уражених органів, спільний патогенез, причинно-наслідковий зв'язок або випадкове поєднання захворювань. У таких випадках потрібна інтегральна оцінка стану здоров'я людини, призначення лікування з урахуванням взаємодії медикаментозних препаратів, надання рекомендацій щодо режиму і тривалості їх прийому.

Метою нашого дослідження було продемонструвати клінічний випадок поєднання декількох важких патологій, що привело до труднощів вчасної діагностики хвороби, через яку пацієнт помер.

Хворий Л., 80 років поступив у Військово-медичний клінічний центр Західного регіону зі скаргами на виражену слабкість, серцебиття, задишку при незначному фізичному навантаженні, важкість у правому підребер'ї, сухість в роті, зниження апетиту, здуття живота, які прогресували на протязі двох місяців. В анамнезі зловживання алкоголем на протязі багатьох років. При поступленні був встановлений діагноз - ІХС: постінфарктний (2012) кардіосклероз, постінфарктна аневризма міокарда ЛШ. Комбінована атеросклеротична вада серця: складна аортальна з перевагою стенозу, недостатність мітрального клапану, недостатність трикуспідального клапану. Персистуюча форма миготливої аритмії. Гіпертонічна хвороба III стадії, ризик дуже високий. СН ІІБ. Цукровий діабет II типу, субкомпенсований. Через 10 днів перебування в стаціонарі у пацієнта виявлені множинні виразки шлунка і дванадцятипалої кишки, які ускладнились кровотечею та розвитком

постгеморагічної анемії. Ще через три дні був зафіксований пароксизм миготливої аритмії. При обстеженні, крім результатів, які підтвердили попередній діагноз, було виявлено цитолітичний синдром легкого ступеня, незначну гіпербілірубінемію, за даними УЗД печінка була збільшена в розмірах з горбкуватим контуром та неоднорідною структурою, ділянками підвищеної та пониженої ехогенності, в лівій частці візуалізувалась ділянка з нечітким контуром, виражено неоднорідної ехоструктури діаметром до 7 см, на комп'ютерній томографії - ознаки холангіоцелюлярних об'ємних змін; рівень α -фетопротейну був збільшений в 30 разів. Ці дані дозволили встановити діагноз гепатоцелюлярної карциноми (ГЦК). На фоні прогресуючої серцевої недостатності та наростаючої кахексії у хворого на 27 день перебування в стаціонарі була констатована біологічна смерть.

Патологоанатомічне дослідження підтвердило діагноз ГЦК (дифузно-крупновузлова форма, трабекулярний варіант) з внутрішньопечінковими метастазами та в лімфатичні вузли середостіння. Інші встановлені діагнози також були підтверджені.

У представленому клінічному випадку має місце пізня діагностика основної хвороби. Клінічні прояви ГЦК ймовірно були "завуальовані" серйозними патологіями інших внутрішніх органів, які стали сприятливим фоном для швидкого розвитку, прогресування та погіршення перебігу хвороби. Варто звернути увагу на наявні у пацієнта фактори ризику ГЦК, а саме надуживання алкоголю, цукровий діабет, тривале вживання пероральних цукрознижуючих засобів, важке ураження серцево-судинної системи. Представлені дані свідчать про необхідність підвищення ефективності медичної допомоги пацієнтам із поліморбідністю шляхом розробки алгоритму дій лікаря при найбільш поширених поліморбідних станах, виявлення факторів ризику та прогнозування розвитку наступних патологій.