

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ  
АДМІНІСТРАЦІЇ  
ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «АСОЦІАЦІЯ ТЕРАПЕВТІВ БУКОВИНИ»**



**Науково-практична конференція з міжнародною участю**

**«АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ КОМОРБІДНОСТІ У  
КЛІНІЦІ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ»**

**присвячена 100-річчю від Дня народження  
професора Самсон Олени Іларіонівни**

**15-16 квітня 2021 року**

**м. Чернівці**

УДК: 616-071+616.915+616.151.5

## **КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ КОРУ У ХВОРОГО ІЗ СУПУТНЬОЮ ГЕМОФІЛІЄЮ А**

*Матвіюк О.Я., Пришляк О. Я., Бойчук О.П.*

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології

Івано-Франківський національний медичний університет

м. Івано-Франківськ, [infection@ifnmu.edu.ua](mailto:infection@ifnmu.edu.ua)

**Актуальність проблеми:** У вогні боротьби з пандемією нового вірусного захворювання, також залишаються важливою проблемою у сфері охорони здоров'я інші керовані інфекції. Як повідомляє ВООЗ, у 2017-2019 рр. відбувся найбільший спалах кору за останні 20 років в країнах Європейського регіону. Однією з причин такої ситуації міжнародні організації називають антивакцинальну кампанію. Питання кору є також соціально-економічною проблемою, оскільки в період спалаху більше 45% ураженого населення – особи працездатного віку. Труднощі ранньої діагностики ускладнень та

підходів до лікування полягають у тому, що ускладнення можуть виникати в будь-якому періоді захворювання та в умовах відносного благополуччя, за рахунок обтяженого анамнезу дорослих хворих. Зазначене вище вимає поглибленого вивчення окремих клінічних випадків та комплексного підходу до терапії.

**Мета:** проаналізувати клініко-лабораторні особливості перебігу кору у дорослого хворого із супутньою патологією – гемофілією А.

**Матеріали і методи дослідження:** проаналізовано клінічний випадок захворювання на кір тяжкого ступеню у пацієнта В., віком 35 років, із супутньою гемофілією А (діагноз встановлено у віці 7-ми років), що знаходився на стаціонарному лікуванні в умовах Обласної клінічної інфекційної лікарні (ОКІЛ) м. Івано-Франківськ з 05.04 по 16.04.19 р., з них з 07.04 по 10.04.19 р. у ВІТ ОКІЛ.

**Результати дослідження:** Пацієнт В., 35 років, доставлений бригадою ШМД на приймальний покій ОКІЛ 05.04.19 р. зі скаргами на підвищення температури до  $39,6^{\circ}\text{C}$ , частий сухий, нав'язливий кашель, дискомфорт у горлі при ковтанні, почервоніння та відчуття печіння в очах, слезоточивість, рясний висип на обличчі та шиї, нудоту, виражену слабкість. Зі слів пацієнта відомо, що захворів 01.04., коли відчув ломоту в тілі, біль у суглобах нижніх кінцівок, температура тіла підвищилась до  $38,8^{\circ}\text{C}$ . 05.04. температура тіла  $39,6^{\circ}\text{C}$ , печіння в очах, слезоточивість, з'явився висип на обличчі, що поширився на шкіру шиї. При об'єктивному обстеженні загальний стан хворого розцінений як середньої тяжкості. Т  $39,6^{\circ}\text{C}$ , ЧД 22/хв, АТ 130/90 мм.рт.ст., ЧСС 116/хв, SpO<sub>2</sub> 96%. На шкірі обличчя, за вухами, шиї, передній грудній стінці рясний плямисто-папульозний висип. Відмічалися явища кон'юнктивіту, пастозність обличчя, пальпувались збільшені піднижньощелепні та передньошийні лімфовузли. Слизова ротоглотки гіперемійована, енантема м'якого піднебіння, катаральні зміни мигдаликів, плями Бельського-Філатова-Копліка на слизовій щік. При перкусії – над легенями ясний легеневиий звук з притупленням над

нижніми відділами, при аускультатії – дихання з жорстким відтінком, ослаблене в нижніх відділах обох легень, більше справа, хрипи не вислуховуються. З боку органів травної та сечовидільної систем змін не виявлено. Вакцинальний статус негативний. 05.04.19 р. пацієнта госпіталізовано до відділення №2 ОКІЛ. ІФА до вірусу кору (№ 386 від 06.04.) Ig M (+). 07.04. стан хворого різко погіршився. Наросли ознаки гострої дихальної недостатності: задишка в стані спокою, ЧД 26-30/хв, відчуття дискомфорту за грудиною, SpO<sub>2</sub> 90%, t 39,8<sup>0</sup>C, ЧСС 124/хв, АТ 130/90 мм.рт.ст. По тілу рясний плямисто-папульозний висип із тенденцією до злиття з геморагічним компонентом на шкірі тулуба та спини, позитивний симптом Пастіа в ділянці ліктьових, пахвинних та підколінних шкірних складок. Розвинулась носова кровотеча, що погано корегувалась місцевими гемостатичними засобами. Нудота та дворазова блювота. Прийнято рішення про переведення хворого до відділення інтенсивної терапії. Rtg грудної порожнини (від 07.04.): виявлено інфільтративні вогнищеві зміни в нижніх відділах обох легень. В ЗАК (від 07.04.): Eг –  $3,8 \times 10^{12}$ /л; Tг – 26% - 110 тис., КП – 0,85; Hб – 116 г/л; Le –  $6,9 \times 10^9$ /л; пал. – 33%; сегм. – 39%; лімф. – 22%; мон. – 6%; ШОЕ – 22 мм/год. Глюкоза – 7,8 ммоль/л. Коагулограма (від 07.04.): ПЧ – 16.1”; ПІ – 86%; час згортання по Лі-Уайту – 17”34’. FVIII – 4,8%. БАК (від 07.04.): тимолова проба – 5,81 од; заг. білірубін – 76,1 мкмоль/л, прямий – 48,1 мкмоль/л; сечовина – 5,0 ммоль/л; креатинін – 94,8 мкмоль/л; АСТ – 208,6 Од/л; АЛТ – 154,8 Од/л. ЗАС (від 07.04.): с/ж, мутна, рН – кисла, ПВ – 1022, уробілін ++, жовчні пігменти +, лейкоцити – 7-8 в п/з., слиз++, епіт. пл. – 10-12 в п/з. Лікувальний комплекс включав: дезінтоксикаційну терапію (р-н Рінгера, р-н Реосорбілакту, р-н NaCl 0,9%), антибактеріальну терапію (цефтріаксон 1 г 2 р/д та азитроміцин 500 мг 1 р/д), ГКС (дексаметазон 4 мг/добу), кисневу терапію (O<sub>2</sub> 100% 5л/хв, масковий режим), гемостатичну терапію (епсилон-амінокапронова кислота 100 мл в/в крап.), муколітики (ермуцин 10 мл. 2 р/д.), офтальмодек по 1кр. в кожне око 2 р/д, лактіале форте 1к 3 р/д. , віт А 33000 МО 1 р/д. Консультація гематолога (08.04): Гемофілія А, середнього ступеню

тяжкості. Рекомендовано: Замісна терапія FVIII в дозі 20 МО/кг 3 дні, контроль FVIII 09.04, повторна консультація після виписки з ОКІЛ. 10.04. стан хворого стабілізувався, переведений у відділення №2 для подальшого лікування. Заключний діагноз: Кір, типова форма, період висипу, тяжкого ступеню. Негоспітальна вірусно-бактеріальна вогнищева нижньодолева пневмонія. Реактивний гепатит. Гемофілія А, середнього ступеню тяжкості.

**Висновки.** Наведений клінічний випадок тяжкого перебігу кору у дорослого невакцинованого пацієнта із супутньою патологією, ще раз доводить непередбачуваність клінічного перебігу «дитячої» крапельної інфекції у дорослих. Діагностичний алгоритм у дорослих хворих на кір повинен включатиширший спектр обстежень з метою попередження розвитку ускладнень та моніторинг показників для контролю супутньої патології.