

Supplement №4 (143) 2023

ISSN 2786-6661eISSN 2786-667X

UDC: 378.6:61:001.891](477.411)(050)

Міністерство охорони здоров'я України
Національний медичний університет
імені О. О. Богомольця

НАУКОВО-ПРАКТИЧНЕ ВИДАННЯ

УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-МЕДИЧНИЙ МОЛОДІЖНИЙ ЖУРНАЛ

Видання індексується
в Google Scholar,
Index Copernicus, WorldCat OCLC

ISSN 2786-6661eISSN 2786-667X

Ministry of Health of Ukraine
Bogomolets National Medical University

THEORETICAL AND PRACTICAL
EDITION

UKRAINIAN SCIENTIFIC MEDICAL YOUTH JOURNAL

Journal's indexing:
Google Scholar, Index Copernicus,
WorldCat OCLC

Засновник – Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця МОЗ України
Періодичність виходу 4 рази на рік.

Журнал внесено до переліку фахових видань.

Галузі наук: медичні, фармацевтичні.
(наказ МОН України 09.03.2016 №241)

Реєстраційне свідоцтво KB № 17028-5798ПР.

Рекомендовано Вченою Радою НМУ
імені О. О. Богомольця
(протокол №2 від 26.10.2023р.)

Усі права стосовно опублікованих статей
залишено за редакцією.

Відповідальність за добір та викладення фактів
у статтях несуть автори,

а за зміст рекламних матеріалів – рекламодавці.
Передрук можливий за згоди редакції
та з посиланням на джерело.

До друку приймаються наукові матеріали,
які відповідають вимогам до публікації
в даному виданні.

Founder – Bogomolets National Medical University
Ministry of Health of Ukraine

Publication frequency – 4 times a year.

**The Journal is included in the list of professional
publications in Medical
and pharmaceutical Sciences**

(order MES Ukraine 09.03.2016 № 241)

Registration Certificate KB № 17028-5798ПР.

Recommended by the Academic Council
of the Bogomolets National Medical University, Kyiv
(protocol №2 of 26.10.2023)

All rights concerning published articles are reserved
to the editorial board.

Responsibility for selection and presentation
of the facts in the articles is held by authors,
and of the content of advertising material –
by advertisers.

Reprint is possible with consent
of the editorial board and reference.

Research materials accepted
for publishing must meet
the publication requirements of this edition.

плерівської флоуметрії (ЛДФ) (з проведенням функціональних проб: оклюзійний тест та йонофорез з нітрогліцерином).

Результати: Група 2, за даними КСНГ, характеризувалася ознаками ремоделювання капілярного русла, а також найвиразнішим зниженням швидкості руху еритроцитів в артеріолярному відділі капілярних петель ([медіана, квартилі] 321 (311-330) мкм/с проти 620 (594-643) мкм/с у ГК ($p<0,001$); 375 (360-394) мкм/с у Г₁ ($p<0,001$); та 357 (349-375) мкм/с у Г₃ ($p<0,001$). Окрім того, дані ЛДФ (характеристики базового мікросудинного кровотоку та результати функціональних тестів) свідчили про порушення ендотелій-залежних та -незалежних (невро- та міогенних) механізмів регуляції мікросудинного кровотоку у Г₁₋₃. Г₂ у 72 % була представлена випадками застійно-стазичного гемодинамічного типу мікроциркуляції (що характеризувався зниженням перфузійного індексу та пригніченням ендотелій-залежної мікросудинної реактивності [ЕЗМР]), а також випадками змішаного гемодинамічного типу мікроциркуляції зі зниженою ЕЗМР. Об'єднаний гіпореактивний профіль мікроциркуляції, що включав як її застійно-стазичний гемодинамічний тип, так і змішаний тип зі зниженою ЕЗМР, характеризувався частішим виявленням випадків поєданого перебігу ІХС та COVID-19 (40 %), порівняно з 11 % в об'єднаній альтернативній гемодинамічній групі ($p<0,001$), яка у переважній більшості випадків (80 %) була представлена пацієнтами зі збереженою ЕЗМР.

Висновки: Пацієнти з ІХС, за її поєданого перебігу з COVID-19, у переважній більшості випадків демонстрували застійно-стазичний гемодинамічний тип мікроциркуляції, або її змішаний тип зі зниженою ЕЗМР. Гіпореактивний гемодинамічний тип мікроциркуляції був представлений випадками Г₂ більшою мірою, ніж її об'єднаний профіль зі здебільшого збереженою ЕЗМР.

Ключові слова: інфекція SARS-CoV-2, COVID-19, ішемія міокарда, мікроциркуляція.

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА БОЛЮ У СПИНІ: НА ОСНОВІ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ

Мулик К.С., Джус М.Б., Любарець Т.Ф., Карасевська Т.А.

Науковий керівник: професор, д.мед.н., Джус М.Б.

Кафедра внутрішньої медицини №2

Завідувач кафедри: доцент, к.мед.н. Мостбауер Г.В.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність: запальний біль у спині, з яким часто мають справу ревматологи у своїй практичній діяльності, має певні характеристики. Проте, імітувати запальний біль у спині можуть й інші не ревматологічні захворювання. Невідповідність діагностичним критеріям та наявність додаткових симптомів, особливо з групи «червоних прапорців», як от схуднення, лихоманка, нічна пітливість тощо, потребує ретельної діагностики.

Мета: на основі клінічного випадку зробити аналіз літературних даних про можливі причини та діагностику болю в нижній частині спини у пацієнтів молодого віку.

Методи дослідження: огляд наукової літератури в міжнародних електронних наукометричних базах даних PubMed, Web of Science за ключовими словами, даних об'єктивного, інструментального та лабораторного обстеження пацієнта.

Результати: В роботі наведено клінічний випадок болю в спині у 27-річного пацієнта, в якого мультидисциплінарний підхід та проведення специфічних діагностичних процедур (біопсії лімфатичних вузлів, гістологічного та імуногістохімічного дослідження) дозволили встановити остаточний діагноз – дифузна В-великоклітинна лімфомата. На основі клінічного випадку здійснено огляд літератури з акцентом на диференційну діагностику між ревматичними запальними болями в спині та іншими причинами, в тому числі паранеопластичним болем та метастатичними процесами.

Висновки: Найчастішими причинами хронічного болю в спині у молодих чоловіків є спонділоартрити, однак за умов наявності схуднення, лихоманки, нічної пітливості та лімфаденопатії, біль у спині потребує проведення ретельного клінічного, лабораторного та інструментального обстеження хворих. Дифузна В-великоклітинна лімфома може бути причиною болю в спині, що потребує залучення спеціалістів різного профілю з метою верифікації остаточного діагнозу.

Ключові слова: запальний біль у спині, діагностика, дифузна В-великоклітинна лімфома.

ПРИЧИНИ І НАСЛІДКИ ПЕРЕБІГУ НЕКОНТРОЛЬОВАНОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ: ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ, СЕРЦЕВА НЕДОСТАТНІСТЬ

Оринчак М.А.¹, Нейко В.Є.¹, Дзвонковська В.В.¹, Романів Т.В.², Скрипник Н.В.², Гаман І.О.¹,
Човганюк О.С.¹, Кочержат О.І.¹, Василечко М.М.¹, Ромаши Н.І.¹, Артеменко Н.Р.²,
Александрук Д.П.¹

¹ Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини ім. професора М.М.Бережницького,
Завідувач кафедри – д.мед.н., проф. Василь Нейко;

² Кафедра ендокринології,
Завідувачка кафедри – д.мед.н, проф. Надія Скрипник,
Івано-Франківський національний медичний університет
м. Івано-Франківськ, Україна.

Актуальність: Артеріальна гіпертензія (АГ) все ще залишається однією із основних причин розвитку серцевої недостатності (СН). У 2021 році в клінічну практику введено нове визначення СН, як клінічного синдрому з симптомами і/або ознаками, викликаними структурними та/або функціональними порушеннями серцевої діяльності і підтвердженого підвищеними рівнями натрій-уретичного пептиду та/ або об'єктивними доказами легеневого або системного застою. Розроблено нову класифікацію СН за стадіями А,В,С,Д та нові алгоритми її діагностики та лікування. Актуальним залишається питання вивчення особливостей впливу інсулінорезистентності (ІР) на перебіг АГ та формування СН. Поглиблене вивчення гуморальних патогенетичних ланок АГ сприятиме удосконаленню діагностики СН на доклінічних стадіях А і В у хворих з метаболічним синдромом (МС).

Мета: Оцінити причини формування СН за умов недостатнього контролю АТ, наявності чи відсутності ІР та хронічного системного запалення при тривалому 1.5 – 2 роки антигіпертензивному лікуванні хворих на АГ із МС.

Методи дослідження: Обстежено 124 хворих на АГ II – III стадії із МС (45 чоловіки, 79 жінки), середній вік – 56.47±10.95 років. Тривалість АГ – 12.39±6.54 років. Пацієнти впродовж 1,5-2 років отримували еналаприл 10-40 мг/д та гідрохлортіазид 12,5-25 мг/д. Оцінка гемодинаміки: за рівнем офісного АТ, цільовий рівень АТ <130/80 мм рт.ст.; амбулаторне добове моніторування АТ (АВРМ). Оцінка ІР: пероральний глюкозо-толерантний тест (ГТТ), ендogenous інсулін в крові (ЕІ), глікований гемоглобін (HbA1c), циркулюючі в крові β2-рецептори інсуліну (β2-RI), секреція інсуліну за рівнем С-пептиду (С-р); нейро-гуморальна пресорна система: контрінсулярний гормон кортизол; системне запалення за рівнем цитокінів: TNF-α, лептин (Lp), адипонектин (AN) та В-тип натрій-уретичного пептиду (BNP) за імуноферментним методом, стандартні набори ELISA. За рівнем ЕІ пацієнтів розділено на три групи: 1 група – 42 хворих з нормальним рівнем ЕІ та нормальною масою тіла; 2 група – 32 хворих із реактивною гіперінсулінемією (ГІ) та ожирінням; 3 група – 50 хворих із спонтанною ГІ та ожирінням. Контроль – 20 здорових осіб.

Результати: У всіх обстежених (1;2;3 група) відмічено недостатній контроль АТ – 155±15/95±10 мм рт.ст. (p<0,05). У хворих 1 групи середньодобові рівні САТ і ДАТ склали – (148,87±6,0 / 80,09±7,22) мм рт.ст.