

Після двох курсів ХТ за режимом FC критерії повної відповіді зафіксовані у 22 (68,7%) хворих, часткової відповіді – у 6 (18,7%), прогресії В-ХЛЛ – у 4 (12,5%) пацієнтів. Із 22 пацієнтів, які отримали повну відповідь, у 17 (77,3%) не виявлено експресію CD38, а у 5 (22,7%) діагностовано експресію CD38 <30% В-клітин. Із 6 хворих, що досягли часткової відповіді у 5 (83,3%) експресію CD38 (<30% В-клітин у 3, >30% В-клітин – у 2 пацієнтів). За умов збереження ознак прогресії В-ХЛЛ у всіх 4 (100%) хворих мала місце експресія CD38 >30% В-клітин.

**Висновок.** Таким чином, наявність експресії CD38 асоціюється із прогресивним перебігом В-ХЛЛ і низьким відсотком відповіді на ХТ.

## ОЦІНКА ЧАСТОТИ ДОСЯГНЕННЯ КЛІНІКО-ГЕМАТОЛОГІЧНОЇ РЕМІСІЇ У ХВОРИХ НА ГОСТРІ ЛЕЙКЕМІЇ ЗАЛЕЖНО ВІД ПРОГНОСТИЧНИХ ФАКТОРІВ

### ASSESSMENT OF REMISSION ACHIEVEMENT FREQUENCY IN PATIENT WITH ACUTE LEUKEMIA ACCORDING TO PROGNOSTIC FACTORS

**Бутирїна І. Д.**

*Науковий керівник: к. мед. н., доц. Маслова Г. С.*

*Butyrina I. D.*

*Science advisor: doc. Maslova G. S., PhD*

*Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава*

*Кафедра внутрішньої медицини №1*

**Актуальність.** Гострі лейкемії (ГЛ) належать до одних із самих злоякісних пухлин людини. Протягом останніх десятиліть спостерігається зростання захворюваності на ГЛ в усьому світі, особливо в економічно розвинених країнах. Основним методом лікування даного захворювання є хіміотерапія (ХТ), прогноз відповіді на яку залежить від наявності у пацієнта факторів негативного прогнозу.

**Мета** – дослідити частоту досягнення клініко-гематологічної ремісії у хворих на ГЛ залежно від наявності факторів негативного прогнозу.

**Матеріали і методи.** Обстежено 24 хворих із вперше встановленим діагнозом ГЛ, що перебували на лікуванні у гематологічному відділенні ПОКЛ ім. М. В. Скліфосовського. Співвідношення чоловіків і жінок склало 12 (50%)/12(50%) осіб. Віковий діапазон – 27-76 років. Діагноз ГЛ був встановлений відповідно до наказу МОЗ України від 12. 05. 2016 №439. З метою визначення варіанту ГЛ користувались FAB класифікацією. Оцінювали фактори негативного прогнозу: варіант ГЛ, вік пацієнтів >55 років, стать, наявність лейкоцитозу >30×10<sup>9</sup>/л. Хворим призначали курс індукції ремісії відповідно до варіанту ГЛ згідно з наказом МОЗ України від 12. 05. 2016 №439. В залежності від досягнення клініко-гематологічної ремісії на 28-й день лікування хворі були розподілені на дві групи: I (n=16) – хворі на ГЛ, що досягли клініко-гематологічної ремісії; II (n=8) – хворі на ГЛ, що не досягли клініко-гематологічної ремісії.

**Результати.** Під час аналізу вікових і гендерних особливостей виявлено, що хворі на ГЛ старше 55 років зустрічаються у 50% випадків в обох групах, співвідношення чоловіків і жінок у I групі склало 8 (50%)/8(50%) осіб, у II групі – 4 (50%)/4(50%) осіб. У I групі виявлено наступні варіанти ГЛ: гостра лімфобластна лейкемія (ГЛЛ) у 6 (37,5%) хворих, гостра мієлобластна лейкемія (ГМЛ) – у 7 (43,75%), гостра монобластна лейкемія (ГМонЛ) – 2 (12,5%), гостра промієлоцитарна лейкемія (ГПЛ) – 1 (6,25%) пацієнта. У II групі, пацієнти якої не досягли клініко-гематологічної ремісії, зареєстровано ГМонЛ у 2 (25%) хворих, гостра мієломонобластна лейкемія (ГММонЛ) – у 6 (75%) осіб. Варіанти ГМонЛ і ГММонЛ призводять до зростання ризику не відповіді на ХТ (RR=1,57; CI=1,14-2,15; p<0,05). Лейкоцитоз >30×10<sup>9</sup>/л виявлено у 1 (6,25%) хворого I групи і у 2 (25%) пацієнтів II групи.

**Висновок.** Під час оцінки впливу факторів негативного прогнозу на частоту досягнення клініко-гематологічної ремісії виявлено, що варіанти ГМонЛ і ГММонЛ чітко асоціюються з негативним прогнозом відповіді на ХТ.

## ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА, ПРОФЕСІЙНОГО СПОРТСМЕНА З ДЕФОРМУЮЧИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ ПРАВОГО ЛІКТЬОВОГО СУГЛОБА

### TACTICS OF PATIENT MANAGEMENT, PROFESSIONAL SPORTSMAN WITH DEFORMING OSTEOARTHRISIS OF THE RIGHT ELBOW JOINT

**Войтович М. М.**

*Науковий керівник: Шкурупій О. І.*

*Voitovich M. M.*

*Science advisor: Shkurupiy O. I.*

*Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава*

*Кафедра фізичного виховання та здоров'я, фізичної реабілітації, спортивної медицини*

**Актуальність:** Деформуючий остеоартроз – це дегенеративно-дистрофічне захворювання суглобів, що виникає внаслідок дії біологічних і механічних факторів. Він є найбільш поширеним захворюванням суглобів у людей. За статистичними даними на нього страждає від 11 до 17% населення земної кулі. Деформуючий остеоартроз становить 55% звернень серед усіх ортопедичних захворювань. Основними причинами розвитку остеоартрозу у спортсменів є часті мікротравми, синдром перевантаження і гострі пошкодження внутрішньосуглобових утворень. Гостра травма в розвитку остеоартрозу у спортсменів становить 26,8%, хронічна мікротравма – 73,2%.

**Мета роботи:** Оцінити ефективність проведення реабілітаційних заходів при деформуючому остеоартрози ліктьового суглобу у спортсменів, його лікування, профілактики і виникнення можливих ускладнень під час фізичної реабілітації.

**Матеріали та методи:** Проведений аналіз комплексної реабілітації пацієнта з деформуючим остеоартрозом ліктьового суглобу, який займається професійним спортом. Хворий знаходився на відновному лікуванні 14 днів. Застосовували лікувальну фізичну культуру, механотерапію, масаж, бішофітові ванни, а також сучасні методи: тейпування, пресотерапію і ударно-хвильову терапію.

**Результати:** Комплексна реабілітація була розпочата з першого дня госпіталізації. В першу чергу був оцінений ступінь порушення функції даного суглоба. Кут згинання в правому ліктьовому суглобі складає 110°, при нормі - 130°, а кут розгинання становить 30°. На сьомий день терапії кут згинання - 120°, кут розгинання - 20°. На момент виписки пацієнта кут згинання - 130°, кут розгинання - 10°. За даними опитування визначена позитивна динаміка стану пацієнта.

**Висновок:** Фізична реабілітація пацієнта показала свою ефективність. Підбиваючи підсумки проведених заходів відмічається поліпшення стану хворого, покращення показників функціонування суглобу та якості життя. Напрямок актуальний, потребує більш глибокого вивчення та наукового дослідження, з введенням нових методик фізичної реабілітації для проведення більш інтенсивної реабілітації та покращення стану пацієнта.

## КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ З ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНИМ РЕФЛЮКСОМ ЯК НАСЛІДОК ПОСТХОЛЕЦИСТЕКТОМІЧНОГО СИНДРОМУ

### CLINICAL PARTICULARITIES OF PATIENTS WITH DUODENOGASTRIC REFLUX AS A RESULT OF POSTCHOLECYSTECTOMY SYNDROME

*Горлачова Т. Є.*

*Науковий керівник: проф. Третяк Н. Г.*

*Horlachova T. E.*

*Science advisor: prof. Tretiak. N. G.*

*Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава*

*Кафедра внутрішньої медицини №1*

**Актуальність проблеми.** Жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ) є однією з актуальних проблем сучасної гастроентерології. Основним методом лікування ЖКХ залишається холецистектомія. Проте видалення жовчного міхура не завжди призводить до повного одужання і відновлення якості життя. Часто виникає біліарний рефлюкс-гастрит, як результат анатомічних змін, обумовлених оперативним втручанням, коли порушується або навіть втрачається природний антирефлюксний бар'єр.

**Мета дослідження:** Провести аналіз симптомів, що зустрічаються у хворих з дуоденогастральним рефлюксом (ДГР), які перенесли холецистектомію.

Діагноз патологічного рефлюксу встановлювався на підставі характерного клінічного симптомокомплексу: відчуття тяжкості і переповнення в епігастрії, гіркоти в ротовій порожнині, печії, відрижки повітрям, відрижки-регургітації з надходженням в ротову порожнину рідини з гірким або кислим присмаком.

При езофагогастродуоденоскопії ознакою рефлюксу був ДГР жовчі з надходженням жовчного рефлюктата в порожнину шлунку.

**Матеріали і методи дослідження.** Джерелом інформації слугували історії хвороб 64 пацієнтів із ДГР, обумовленим ПХЕС. Серед обстежуваних хворих чоловіків було 11 (17%), жінок - 53 (83%) у віці від 23 до 45 років. Тривалість захворювання після холецистектомії в середньому склала  $7,2 \pm 1,3$  року ( $p < 0,05$ ). Усім пацієнтам було проведено комплекс клініко-лабораторно-інструментальних досліджень та призначена терапія згідно протоколом. У дослідженні застосовувалися статистичні методи. Всі пацієнти перебували на стаціонарному лікуванні в гастроентерологічному центрі ПОКБ м. Полтави.

**Результати:** У 86% хворих з ПХЕС наявність ДГР достовірно підтверджувалося при ФГДС. Серед факторів ризику розвитку ДГР слід зазначити похибки в харчуванні - у 32 (50,0%) пацієнтів, ожиріння - у 23 (35,9%), куріння - у 7 (10,9%), прийом алкоголю - у 20 (31%), фізичне напруження - у 12 (18,7%), прийом НПЗП, спазмолітиків - у 17 (26,5%), хронічні стресові ситуації - у 10 (15,6%).

Основними клінічними проявами ДГР були: гіркота в роті - у 49 (76,6%) пацієнтів, нудота - у 18 (28,1%), відчуття важкості і переповнення в епігастрії - у 9 (14,0%), печія - у 49 (76,5%), відрижка гірким і повітрям - у 31 (48,4%), астеновегетативний синдром виявлявся у 37 (57,8%) пацієнтів. Зниження якості життя відзначали 80% пацієнтів.

**Висновки.** Отримані результати обґрунтовують доцільність враховування при лікарській діагностиці рефлюкс-гастриту характерний анамнез (ПХЕС), клінічні прояви, серед яких провідне місце займають відчуття гіркоти, печія, відрижка, астеновегетативний синдром і зниження якості життя пацієнтів, а також дані ФГДС.