

ОСОБЛИВОСТІ ЦИТОСТАТИК-ІНДУКОВАНИХ УРАЖЕНЬ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ГОСТРІ ЛЕЙКЕМІЇ ІЗ НАДМІРНОЮ ВАГОЮ І ОЖИРІННЯМ

Маслова Г.С., Скрипник І.М., Щербак О.В.

Полтавський державний медичний університет

Проведення хіміотерапії (ХТ) у хворих на гострі лейкемії (ГЛ) супроводжується високим ризиком розвитку гепатотоксичних реакцій.

Мета – дослідити частоту розвитку і характер цитостатик-індукованих уражень печінки у хворих на ГЛ в залежності від наявності надмірної ваги і ожиріння.

Матеріали і методи. Обстежено 25 хворих із первинно встановленим діагнозом ГЛ, із них 25 (55,5%) чоловіків та 20 (44,5%). В залежності від виду ГЛ пацієнти були розподілені на групи: I (n=25) – хворі на гостру мієлобластну лейкемію (ГМЛ); II (n=20) – хворі на гостру лімфобластну лейкемію (ГЛЛ). Всім пацієнтам проведено оцінку індексу маси тіла (ІМТ) за формулою: $ІМТ = \text{вага (кг)} / \text{зріст (м}^2\text{)}$. В залежності від ІМТ пацієнти були додатково розподілені на підгрупи: I-A (n=10) – хворі на ГМЛ із ІМТ 18,5-24,9 кг/м²; I-B (n=15) – хворі на ГМЛ із ІМТ $\geq 25,0$ кг/м²; II-A (n=10) – хворі на ГЛЛ із ІМТ 18,5-24,9 кг/м²; II-B (n=15) – хворі на ГЛЛ із ІМТ $\geq 25,0$ кг/м². Хворим на ГМЛ призначали ХТ за режимами «7+3» або «5+2», хворим на ГЛЛ – GMALL 04/89 (D. Hoelzer). До ХТ і на 56-й день лікування проводили оцінку показників біохімічного аналізу крові: аланінової (АЛТ), аспарагінової (АСТ) амінотрансфераз, гамаглутамілтранспептидази (ГГТП), лужної фосфатази (ЛФ), загального білку (ЗБК), білірубину загального (БЗ). Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб віком 22-26 років, із них 9 (45%) жінок та 11 (55%) чоловіків.

Результати дослідження. До ХТ у хворих на ГМЛ I-A підгрупи показники функціонального стану печінки не відрізнялась від практично здорових осіб ($p > 0,05$), а у пацієнтів I-B підгрупи активність АЛТ у сироватці крові зростала у 2,3 рази ($p = 0,003$), АСТ – у 1,9 рази ($p = 0,02$), ГГТП – у 2,1 рази ($p = 0,0007$), ЛФ – у 1,6 рази ($p = 0,004$) порівняно із практично здоровими особами. До ХТ у хворих на ГЛЛ II-A підгрупи активність АЛТ у сироватці крові зростала у 2,4 рази ($p = 0,04$), АСТ – у 1,7 рази ($p = 0,01$), ГГТП – у 2 рази ($p = 0,002$) та ЛФ – у 1,8 рази ($p = 0,002$) порівняно із нормою. На фоні надмірної ваги і ожиріння у пацієнтів II-B підгрупи активність АЛТ, АСТ, ГГТП і ЛФ у сироватці крові зростала у 3,3 рази ($p = 0,02$), у 2,3 рази ($p = 0,02$), у 3,7 рази ($p = 0,003$) та у 1,8 рази ($p = 0,02$) відповідно порівняно із нормою.

На 56-й день лікування у хворих на ГМЛ I-A підгрупи зафіксовано зростання ризику порушення активності ГГТП ($RR = 3,00$; 95% $CI = 1,14-7,91$; $p < 0,05$) і ЛФ ($RR = 2,67$; 95% $CI = 0,98-7,22$; $p > 0,05$) у сироватці крові. А у хворих на ГМЛ I-B підгрупи на 56-й день виявлено зростання загального ризику гепатотоксичних реакцій на фоні ХТ ($RR = 1,36$; 95% $CI = 1,00-1,85$; $p < 0,05$). Активність ГГТП і ЛФ у сироватці крові хворих I-B підгрупи після ХТ перевищувала показники первинного обстеження у 2,4 рази ($p < 0,0001$) і 1,6 рази ($p = 0,0007$) відповідно. У хворих на ГМЛ I-A і I-B підгруп показники ЗБК і БЗ у динаміці ХТ не змінювались.

У пацієнтів із ГЛЛ II-A підгрупи на 56-й день у сироватці крові виявлено зниження вмісту ЗБК у 1,13 рази ($p = 0,04$), зростання БЗ у 1,9 рази ($p = 0,04$) порівняно із первинним обстеженням. Проведення ХТ у хворих II-A підгрупи призводило до ризику порушення активності ГГТП ($RR = 4,50$; 95% $CI = 1,28-15,81$; $p < 0,05$). У хворих на ГЛЛ II-B підгрупи проведення ХТ супроводжувалося загальним ризиком розвитку гепатотоксичних реакцій ($RR = 2,25$; 95% $CI = 1,02-4,94$; $p < 0,05$). На 56-й день лікування у хворих II-B підгрупи активність АЛТ, АСТ, ГГТП і ЛФ зростала у 6,3 рази ($p = 0,003$), у 2,5 рази ($p = 0,03$), у 6,3 рази ($p = 0,002$) та 3,3 рази ($p = 0,003$) відповідно порівняно із нормою без достовірних відмінностей порівняно із первинним обстеженням.

Висновки. У хворих на ГЛ із нормальним ІМТ проведення ХТ супроводжується порушенням активності ГГТП. За умов наявності надмірної ваги і ожиріння спостерігається формування комбінованих порушень біохімічних печінкових тестів.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВІДНОВНОГО ПЕРІОДУ У ХВОРИХ НА ГЕМОРАГІЧНИЙ ПІВКУЛЬОВИЙ ІНСУЛЬТ ЗІ СПАСТИЧНІСТЮ М'ЯЗІВ ПАРЕТИЧНИХ КІНЦІВОК

Медведькова С.О., Дронова А.О.

Запорізький державний медичний університет

Мета дослідження. виявити та оцінити вплив проявів спастичності на перебіг відновного періоду геморагічного півкульового інсульту (ГПІ), зокрема на рівень відновлення самообслуговування, якість життя та психоемоційні розлади.

Матеріали та методи. В клініці нервових хвороб ЗДМУ було проведено відкрите, когортне обстеження 46 пацієнтів з них було 31 чоловіків (67,4%) та 15 жінок (32,6%). Середній вік хворих склав $57,15 \pm 9,53$ років. Об'єктивізацію даних стану хворих оцінювали за шкалою інсульту Національного Інституту здоров'я США (NIHSS), ступінь функціонального відновлення та інвалідизації оцінювалася за модифікованою шкалою Ренкіна (mRS), можливості побутових навичок і самообслуговування досліджували за допомогою індексу Бартела (BI), наявність спастичних проявів у м'язах верхніх та нижніх кінцівок оцінювалася за допомогою модифікованої шкали Ашфорта (MAS), оцінка показників якості життя проводилася за опитувальником SF-36v2 Health Survey, для оцінки психоемоційних розладів використовувались шкала депресії Бека та шкала тривоги Спілбергера (STAI). Обстеження хворих проводилось на 30-ту, 90-ту та 180-ту добу захворювання.

Результати. Серед обстежених пацієнтів у 21 (45,6%) хворого на 30 добу захворювання були наявні прояви підвищення м'язового тону за центральним типом в уражених кінцівках. При аналізі факторів, які впливають на розвиток спастичних проявів у пацієнтів з ГПІ було встановлено, що достовірно вплив мав рівень неврологічного дефіциту за NIHSS ($p < 0,05$), інші фактори, такі як стать, вік, локалізація вогнища ураження, не корелювали зі спастичними проявами. В той же час був продемонстрований достовірний негативний вплив на відновлення рівня самообслуговування пацієнтів за ВІ на 30-ту, 90-ту та 180-ту добу захворювання ($p < 0,05$). Також серед пацієнтів із підвищеним м'язовим тонусом оцінка якості життя за фізичним компонентом здоров'я була достовірно нижчою, ніж у пацієнтів без проявів спастичності ($p < 0,05$). Також виявлений достовірний вплив спастичних проявів на показник рівня болю за опитувальником SF-36v2 Health Survey на 30-ту добу захворювання ($p < 0,05$). Не було достовірної кореляції між проявами підвищеного м'язового тону та депресивними та тривожними розладами у пацієнтів з ГПІ у відновному періоді.

Висновки. 1. У проведеному дослідженні встановлено достовірний вплив проявів спастичності на відновлення самообслуговування у пацієнтів з ГПІ. 2. Визначено достовірну кореляцію між спастичними проявами та показником фізичного компоненту здоров'я при оцінці якості життя протягом всього відновного періоду, а також з рівнем болю у хворих на ГПІ на 30-ту добу захворювання. 3. Достовірного впливу рівня спастичності на психоемоційний стан пацієнтів з ГПІ не було виявлено.

ВІДМІННОСТІ ЕКГ-ФЕНОМЕНІВ У ПЛАВЦІВ, ЯКІ ВІДРІЗНЯЮТЬСЯ ЗА СТАТТЮ І КВАЛІФІКАЦІЄЮ

Михалюк Є.Л., Новак А.О., Польський С.Г.

Запорізький державний медичний університет

Метою роботи є порівняння даних ЕКГ у жінок і чоловіків, які займаються плаванням на дистанції від 100 до 400 метрів, що відрізняються зі спортивної кваліфікації.

Матеріали і методи. Дослідження біоелектричної активності міокарда виконували на діагностичному автоматизованому комплексі «Кардіо +». Обстежено 129 плавчинь від III розряду до майстра спорту міжнародного класу (МСМК) і 257 плавців аналогічної кваліфікації. Всі плавці були розділені на групи. Першу групу склали 27 плавчинь і 71 плавців рівня МС-МСМК, другу 74 плавчинь і 109 плавців кваліфікації кандидат в майстри спорту (КМС)-1 розряд, третю 28 плавчинь і 77 плавців кваліфікації II-III розряду.

Результати. Кількість плавців з правильним синусовим ритмом на ЕКГ практично не відрізнялося у плавців кваліфікації КМС-1 розряд ($p = 0,133$) і II-III розряду ($p = 0,127$), а серед плавців рівня МС-МСМК їх кількість була більшою у чоловіків ($p = 0,047$). Вертикальна позиція серця частіше зустрічалася у плавців-чоловіків МС-МСМК ($p = 0,008$) і жінок II-III розряду ($p = 0,029$), серед спортсменів КМС-1 розряду частота була порівнянна ($p = 0,149$). Відхилення електричної осі серця вправо достовірно частіше зустрічалася у жінок рівня МС-МСМК ($p = 0,026$), серед плавців КМС-1 розряду ці дані можна було порівняти. Напівгоризонтальна позиція серця була у 3 плавчинь рівня МС-МСМК, 3 плавців КМС-1 розряд і 4 плавців II-III розряду. Горизонтальна позиція серця зустрічалася у 3 плавців МС-МСМК і 2 плавців II-III розряду. Відхилення електричної осі серця вліво було у 2 плавців КМС-1 розряд. Нормальний вольтаж ЕКГ у плавців рівня МС-МСМК був порівнянний між жінками і чоловіками ($p = 0,118$), в групі КМС-1 розряд більше був у жінок ($p = 0,05$), а в групі II-III розряду у чоловіків ($p = 0,005$). Кількість плавців з брадикардією, ЧСС в межах 61-79 уд/хв серед жінок і чоловіків була порівнянна, а серед плавців II-III розряду з ЧСС більше 80 уд/хв була більше у жінок ($p = 0,034$). Кількість спортсменів обох статей зі змінами на ЕКГ практично не відрізнялася за такими феноменами, як неповна блокада правої ніжки пучка Гіса, синдром СЛС, зміни кінцевої частини шлуночкового комплексу в групі МС-МСМК і II-III розряду, кількість спортсменів обох статей з синдромом ранньої реполяризації шлуночків (СРРШ) не відрізнялася, відповідно ($p = 0,599$) і ($p = 0,792$), а в групі КМС-1 розряд було більше чоловіків ($p = 0,00001$).

Резюмуючи можна сказати, що у плавців-чоловіків рівня МС-МСМК частіше зустрічається правильний синусовий ритм, вертикальна позиція серця і рідше, відхилена вправо електрична вісь серця, ніж у жінок. У плавців-чоловіків кваліфікації КМС-1 розряд частіше виявлений підвищений вольтаж, СРРШ і рідше нормальний вольтаж. У плавців-чоловіків II-III розряду частіше зустрічається нормальний вольтаж ЕКГ, рідше вертикальна позиція серця, ЧСС більше 80 уд/хв, підвищений вольтаж ЕКГ і T-infantile, ніж у жінок.

Таким чином, ми засвідчуємо, що у міру підвищення рівня спортивної кваліфікації плавців від III розряду до МСМК, які спеціалізуються на дистанції 100-400 метрів помітно зниження відмінностей серед показників ЕКГ між жінками і чоловіками.