

ПОРІВНЯЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ БОРТЕЗОМІБ- ТА ТАЛІДОМІДВІСНИХ СХЕМ У ЯКОСТІ ПЕРШОЇ ТА ДРУГОЇ ЛІНІЇ ХІМІОТЕРАПІЇ СИМПТОМАТИЧНОЇ МНОЖИННОЇ МІЄЛОМИ

Стаднік Є.

Науковий керівник: доцент Маслова Г.С.

Кафедра внутрішньої медицини №1

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Основним методом лікування множинної мієломи (ММ) є хіміотерапія (ХТ). З метою лікування симптоматичної ММ призначають режими, що включають талідомід (СТД – циклофосфамід, талідомід, дексаметазон) та бортезоміб (VRD – бортезоміб, леналідомід, дексаметазон, VCD – бортезоміб, циклофосфамід, дексаметазон).

Мета. Дослідити ефективність талідомід- та бортезомібвмісних схем у якості ХТ I і II лінії у хворих на ММ.

Методи дослідження. Було обстежено 33 хворих на ММ, які проходили специфічну терапію на базі гематологічного відділення КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського Полтавської обласної ради» за період з 2016 по 2020 роки з ПА-IIIБ стадіями за Durie-Salmon. Пацієнти були розподілені на групи: I група (n=16) – хворі, які отримували ХТ із бортезомібом (VCD, VRD) II група (n=17) – хворі, які отримували ХТ з талідомідом (СТД). Пацієнти були обстежені до ХТ та після 4-х курсів ХТ. Оцінювали відповідь на ХТ, показники загального та біохімічного аналізу крові, рівня моноклонального парапротеїну сироватки крові та сечі.

Основні результати. Проведення ХТ, досягнення дуже доброї часткової відповіді, часткової відповіді та стабілізації захворювання супроводжувалось зниженням рівню М-градієнту крові у хворих I і II груп на 67,5% та 80,6% відповідно ($p<0,05$) без достовірної різниці у групах порівняння. Показник М-протеїну сечі у пацієнтів обох груп зменшився на 97,3% та 94,24% відповідно ($p<0,05$). На фоні застосування бортезомібвмісних програм ХТ (VCD, VRD) у хворих на ММ загальна відповідь склала 80% (12/15), на тлі талідомідвмісної схеми ХТ (СТД) – 81,5% (13/16). Факторами ризику недосягнення відповіді як на схеми VCD, VRD, так і на схему СТД ХТ є IIIA і IIIB стадія ММ за Durie- Salmon. Застосування талідомідвмісних схем у якості терапії II лінії дозволяє отримати загальну відповідь у 25% хворих, а бортезомібвмісних схем – у 83,3% пацієнтів (RR=2,50; 95%

CI 0,48-12,88; $p > 0,05$). Бортезомібвмісні схеми ХТ підвищували ймовірність отримання відповіді на ХТ за умов ММ IgG-лямбда та IgA-каппа (RR=2,00; 95% CI 0,75-5,33; $p > 0,05$), а талідомідвмісні – на фоні ММ IgG-каппа (RR=1,31; 95% CI 0,77-2,23; $p > 0,05$). Бортезоміб- і талідомідвмісні схеми ХТ володіють високим профілем безпеки.

Висновки. Бортезомібвмісні схеми у якості II лінії ХТ ММ володіють більшою ефективністю порівняно із талідомідвмісними схемами.

ЗАГАЛЬНА ЕЛЕКТРОМАГНІТНА ПОТУЖНІСТЬ СЕРЦЯ ЯК ПРОГНОСТИЧНИЙ ПОКАЗНИК ОЦІНКИ РИЗИКУ СЕРЦЕВОЇ СМЕРТІ У ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Стаднік Є, Коваленко А., Мякота О., Карабут Я., Задорожній О., Радько Д.

Науковий керівник: асистент Корпан А.С.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Раптова кардіальна смерть залишається лідером серед причин смерті, тому своєчасний прогноз електричної нестабільності серця, що лежить в основі аритмогенних механізмів раптової серцевої смерті залишаються безумовно актуальним.

Мета: дослідити загальну електромагнітну потужність серця у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) для оцінки ризику серцевої смерті.

Матеріали і методи. У дослідження було включено 46 хворих. У відповідності до клінічної класифікації ішемічної хвороби серця (ІХС), пацієнти були розділені на дві групи: I група – гострий інфаркт міокарда (підгостра стадія) – 22 пацієнта (15 (68%) чоловіки; медіана віку – 61(38;80) роки). II група – стенокардія напруги (ФК II-III) – 24 пацієнта (17 (70%) чоловіки; медіана віку – 62(44;86) роки). За допомогою апаратно-програмного комплексу Полі-спектр (Нейрософт) всім хворим було виконано реєстрацію короткого запису варіабельності ритму серця (КЗВРС) з подальшою оцінкою параметру спектрального аналізу: потужність усіх хвиль/Total power (TP, mc^2). Ризик смерті низький за $\text{TP} > 2500 \text{ mc}^2$; ризик смерті помірний за $\text{TP} - 1500-2500 \text{ mc}^2$, ризик смерті високий за $\text{TP} - 1000-1500 \text{ mc}^2$ ризик смерті дуже високий $\text{TP} < 1000 \text{ mc}^2$.

Основні результати. У всіх хворих на ІХС спостерігалось зниження інтегрального показника (TP) від норми, що засвідчило пригнічення енергетичної потужності серцевої діяльності – енергодефіцит