



інактивації хімічними методами, кращим є застосування методу гідролізу хромогенного пептидного субстрату, оскільки він дозволяє проводити контроль визначення на різних етапах технологічного процесу отримання без додаткових етапів діалізу, гель- чи ультрафільтрації.

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ГОСТРІ ЛЕЙКЕМІЇ ІЗ СУПУТНЬОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ В ДИНАМІЦІ ХІМІОТЕРАПІЇ

Скрипник І.М., Маслово Г.С., Лиманець Т.В.

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Протягом останніх десятиліть набуває особливого значення дослідження показників якості життя (ЯЖ) пацієнтів онкогематологічного профілю в динаміці хіміотерапії (ХТ).

Мета. Вивчити ЯЖ у хворих на гострі лейкемії (ГЛ) в залежності від наявності супутньої ішемічної хвороби серця (ІХС) в динаміці індукційних курсів ХТ.

Матеріали та методи. Обстежено 83 пацієнти з вперше виявленими ГЛ, з них — 19 лімфобластна, 64 — мієлоїдна лейкемія, віком 16–72 роки, 43 (51,8%) чоловіків, 40 (48,2%) жінок, за ECOG I-II. Хворі отримували стандартну ХТ індукції ремісії. За наявності супутньої ІХС хворі були розподілені на групи: I (n=47) — ГЛ без супутньої ІХС; II (n=36) — ГЛ із супутньою ІХС. ЯЖ пацієнтів оцінювали за допомогою опитувальника SF-36 з підрахунком фізичного і психічного компонентів здоров'я до лікування та після 2-х індукційних курсів ХТ за умов досягнення ремісії.

Результати та обговорення. Перед ХТ у хворих обох груп спостерігались достовірно низькі показники фізичного і психічного компонентів ЯЖ порівняно із здоровими опитаними. Після досягнення ремісії у хворих I групи покращились усі показники ЯЖ, за винятком інтенсивності болю та соціального функціонування. Середні показники фізичного статусу у хворих I та II груп достовірно не змінилися. Одночасно, психологічний статус пацієнтів покращився: у I групі в 1,5 рази ($40,9 \pm 2,25$ проти $27,1 \pm 2,77$ до ХТ; $p < 0,05$), у II групі — в 1,3 рази ($37,3 \pm 2,82$ проти $28,3 \pm 2,37$ до ХТ; $p < 0,05$).

Мінімальні значення усіх шкал після ХТ характерні для пацієнтів II групи із супутньою ІХС. Відмінності між групами не були статистично значущими за усіма шкалами, окрім показника фізичної активності ($41,7 \pm 1,36$ проти $46,6 \pm 2,02$; $p < 0,05$). Проте, порівняно із даними практично здорових показники ЯЖ хворих на ГЛ після ХТ залишались достовірно низькими.

Висновки. Оцінка ЯЖ хворих на ГЛ із супутньою ІХС у динаміці спостереження — важливий компонент ведення онкохворих, що дозволяє індивідуалізувати підхід до кожного пацієнта за наявності даного виду синтропії.

ВМІСТ ДЕЯКИХ ЦИТОКІНІВ У СИРОВАТЦІ КРОВІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ МІЕЛОМОНОЦИТАРНУ ЛЕЙКЕМІЮ

Стародуб Г.С., Горянінова Н.В., Третяк Н.М., Гордієнко А.І.

ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», м. Київ

Хронічна мієломоноцитарна лейкемія (ХММЛ) — це хронічне мієлопроліферативне захворювання, яке характеризується підвищеною проліферативною активністю гранулоцитарного та моноцитарного паростків кровотворення, наявністю диспластичних змін в одному, двох або трьох паростках кровотворення. ХММЛ діагностується на підставі абсолютного моноцитозу (більше $1 \times 10^9/\text{л}$) у крові, що часто супроводжується збільшенням кількості зрілих гранулоцитів з ознаками дисплазії: гіо грануляція та пельгерівська форма ядра. В кістковому мозку (КМ) при ХММЛ дисплазія трьох паростків кровотворення поєднується з підвищеним вмістом моноцитів та їхніх попередників, а також бластних клітин, анемією, нерідко тромбоцитопенією. У кістковому мозку, крім великої кількості моноцитів присутні промоноцити і монобласти. У трепанобіопатії КМ виявляється поліморфно-клітинна гіперплазія, дифузне розростання клітини без значних скупчень мононуклеарів. Наявність у трепанобіопатії вогнищ бластних клітин, розташованих у центральних відділах КМ порожнин, а не біля кісткових балок, свідчить про високий ризик розвитку гострої лейкемії.

Тобто, морфологічні ознаки захворювання вивчені дуже глибоко, проте залишається і дотепер маловивченою проблема мікрооточення пухлини, яке відповідає за особливості перебігу та розповсюдження неоплазії.

Мета. Вивчення рівня фактору некрозу пухлин (TNF) та ендотеліального фактору росту А (VEGF А) у хворих на ХММЛ в ініціальному періоді.

Матеріали та методи. Обстежено 8 хворих на ХММЛ хронічна стадія: 5 жінок, 3 чоловіки. Медіана віку — 65 років. Верифікація діагнозу проводилась на підставі загальноклінічних, цитоморфологічних, гістологічного, цитогенетичного методів дослідження. Визначення концентрації TNF- α , VEGF А проводили імуноферментним методом з використанням стандартних наборів, з використанням імуноферментного аналізатора «Multiscan EX» при довжині хвилі 450 нм. Контролем була плазма в здорових осіб.

Результати та обговорення. Встановлено, що в групі хворих на ХММЛ при ініціальному обстеженні спостерігається значна різниця в концентрації VEGF та TNF- α , порівняно зі здоровими особами. У хворих показник концентрації VEGF коливався від 26,19 до 593,45 пг/мл при показнику у донорів 15,93–42,6 пг/мл. Концентрація TNF- α в сироватці крові обстежуваних хворих коливалась від 46,3 пг/мл до 25,2 пг/мл при показнику у здорових осіб від 5,9 до 8,1 пг/мл.

Висновки. Отримані результати свідчать про участь VEGF та TNF- α в патогенезі хронічної мієломоноцитарної лейкемії та необхідності подальшого вивчення.