

виявлення грибів роду *Candida*, цитологічне дослідження слизової оболонки щік на атипові клітини, ортопантомограма, консультація гастроентеролога.

Встановлений діагноз: м'яка лейкоплакія Пашкова, хронічний кандидозний стоматит, генералізований пародонтит I-II ступеня тяжкості. Було призначене відповідне лікування виявленої патології.

Висновок: при обстеженні пацієнтів необхідно виявляти наявну патологію пов'язану як із скаргами, так і ту, що протікає безсимптомно, або із слабо вираженими симптомами.

АНАЛІЗ АНТРАЦИКЛІН-ІНДУКОВАНОЇ КАРДІОТОКСИЧНОСТІ У ХВОРИХ НА ГОСТРІ ГЕМОБЛАСТОЗИ ІЗ СУПУТНЬОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Лиманець Т.В.

Наукові керівники: проф. Скрипник І.М., к.мед.н. Маслова Г.С.
Кафедра внутрішньої медицини №1

Сучасні схеми поліхіміотерапії (ПХТ) гострих гемобластозів суттєво змінили результати лікування, дозволили збільшити відсоток досягнення клініко-гематологічних ремісій, покращити тривалу безрецидивну виживаність пацієнтів. Проте, важливою та невирішеною проблемою залишаються ускладнення, що розвиваються в динаміці ПХТ. Антрациклін-індуковані ураження серцево-судинної системи (ССС) лімітують проведення специфічного лікування в повному обсязі, що виявляється додатковим фактором ризику, який погіршує прогноз кожного окремого пацієнта. Підвищувати відсоток кардіотоксичних впливів антрациклінових антибіотиків (АА) може наявність супутньої патології, а саме ішемічної хвороби серця (ІХС).

Мета – дослідити частоту антрациклін-індукованих уражень міокарда у хворих на гострі гемобластоми в динаміці ПХТ з урахуванням супутньої ішемічної хвороби серця.

Нами проведений аналіз 542 історій хвороб 88 хворого на гострі гемобластоми, що знаходились на лікуванні в гематологічному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В. Скліфосовського протягом 2006-2011 років, із них 26 хворих на гострий лімфобластний лейкоз (ГЛЛ), 62 хворих на гострі мієлобластні лейкози (ГМЛ). Вік хворих склав 17–76 років, співвідношення чоловіків і жінок – 42/49 осіб. До всіх схем ПХТ входив АА доксорубіцин. Хворі були розподілені на групи: I група (n=26) – хворі на ГЛЛ отримували схему ПХТ за протоколом Hoelzer; II група (n=62) – хворі на ГМЛ отримували курс ПХТ за режимом «7+3» та «5+2».

Нами встановлено, що середній вік пацієнтів I групи склав $36,88 \pm 13,19$ років, і II групі – $47,66 \pm 14,89$ років. Супутню ІХС виявлено у 3 (11,5%) пацієнтів I групи та у 18 (29,03%) II групи. Кумулятивна доза АА у хворих I групи склала $315,73 \pm 39,66$ мг/м², у хворих II групи – $270,66 \pm 23,87$ мг/м² (p>0,05). Ураження ССС, за даними ЕКГ (порушення ритму, зниження вольтажу зубців, подовження інтервалу Q-T, гіпоксія,

ішемія міокарда), виявлено у всіх пацієнтів I і II групи (100%), що мали супутню ІХС, і у 11 (47,8%) хворих I групи та у 19 (43,18%) – II групи, без захворювань ССС в анамнезі.

Таким чином, відсутня залежність частоти розвитку антрациклін-індукованої кардіотоксичності від виду гемобластозу, кумулятивної АА. Одним із найвагоміших факторів ризику формування уражень міокарда в динаміці ПХТ є наявність супутньої ІХС.

ЛІКУВАННЯ МІКОТИЧНИХ УРАЖЕНЬ НАВКОЛОНОСОВИХ ПАЗУХ З ПОЗИЦІЇ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ РИНОХІРУРГІЇ

Лобурець А.В.

Науковий керівник: проф. Безшапочний С.Б.

Кафедра оториноларингології з офтальмологією

Мікотичні ураження навколоносових пазух в оториноларингологічній практиці є розповсюдженою патологією. Питома вага грибкових синуситів при хронічному запаленні навколоносових пазух сягає 96%. Захворювання характеризується частими рецидивами. Тому питання діагностики та лікування грибкових захворювань навколоносових пазух є однією з актуальних проблем ринології.

В більшості випадків захворювання викликається грибками *Aspergillus (A.Fumigatus)*. На слизовій оболонці грибки знаходять для себе поживну речовину у вигляді застійного секрету, однак, при нормальній функції мукоциліарного апарату росту грибків не відбувається. Сприятливі умови для інфікування створюються при обструкції природних отворів навколоносових пазух і порушенні мукоциліарного кліренсу.

Клінічно міцетома проявляється симптомами рецидивуючого синуситу: головним болем, відчуттям тиску в підочничній ділянці, болем у зубах, утрудненням носового дихання, виділеннями й неприємним запахом з носа. В окремих випадках захворювання може протікати безсимптомно й бути випадковою знахідкою.

Основою діагностики міцетом були дані ендомікрориноскопії, КТ та МРТ навколоносових пазух. Для КТ характерна наявності в пазусі утворення м'якотканинної щільності. На МРТ, виконаних в Т1-режимі, у центрі ураженої пазухи визначається утворення з низькою інтенсивністю сигналу, оточене шаром рідини. У режимі Т2 міцетома має ще більш низьку інтенсивність або виглядає як ділянка позбавлена сигналу, тому може бути прийнята за повітря. Для точної діагностики грибкового синуситу бажане співставлення даних КТ і МРТ.

Нами проведено обстеження та лікування 58 пацієнтів з міцетомами навколоносових пазух. Ураження верхньощелепної пазухи зустрічали у 26 (44,8%) пацієнтів, основної – 18 (31%), лобної – 3 (5,17%), клітин ґратчастого лабіринту – 6 (10,3%), поєднане ураження декількох пазух – 5 (8,6%). Принцип хірургічного лікування при наявності міцетоми полягав у розширенні природного співустя до розмірів, що дозволяють видалити