

некваліфікованого надання медичної допомоги. Широке впровадження телемедицини удосконалює якість медичної допомоги при істотному заощадженні коштів. Найвищих похвал заслуговує ДТКЦ в усіх питаннях з надання ургентної кардіологічної допомоги. Питома вага ЕКГ-обстежень та консультацій через ДТКЦ станції ШМД м. Полтава склала приблизно 3000 або 18-20% від загальної кількості ЕКГ, знятих за рік. При використанні 10 приладів зйомки-передачі ЕКГ бригадами СШМД у 71 випадку був діагностований ГІМ, у 40 – гостра ішемія, у 126 – складні порушення ритму і провідності, у 12 – випадково виявлено ГКС (у 9 з приводу грудного остеохондрозу та міжреберної невралгії, у 2 – з патологією ОЧП, у 1 – з нестабільною гемодинамікою). Застосування телемедицини в роботі лікувальних закладів дозволяє на практиці реалізувати її основні переваги – істотне підвищення рівня надання медичної допомоги при значній економії витрат, не беручи до уваги відстань пацієнта до клінічного центру.

#### **АНАЛІЗ ТОКСИЧНОСТІ АНТРАЦИКЛІНОВИХ АНТИБІОТИКІВ У ХВОРИХ НА ГЕМОБЛАСТОЗИ В ДИНАМІЦІ ПОЛІХІМІОТЕРАПІЇ**

*Лиманець Т.В.*

**Наукові керівники: проф. Скрипник І.М., к.мед.н. Маслова Г.С.**  
*Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів*

Антрациклінові антибіотики (АА) відносяться до цитостатиків, що широко застосовуються в сучасних схемах поліхіміотерапії (ПХТ) гострих і хронічних гемобластозів. В групу АА входять: доксорубіцин, ідарубіцин, епірубіцин, які поряд з високою ефективністю володіють і високою токсичністю по відношенню до всіх органів і систем організму, і, особливо, до серцево-судинної системи (ССС). Найбільше досліджень присвячено вивченню кардіотоксичності доксорубіцину.

Мета – дослідити вираженість кардіотоксичного впливу доксорубіцину у порівнянні з ідарубіцином у хворих на гемобластози в динаміці ПХТ.

Нами проведений аналіз 54 історій хвороб 22 пацієнтів, що знаходились на лікуванні в гематологічному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В. Скліфосовського, з жовтня 2010 року по лютий 2011 року (гострий лімфобластний лейкоз (ГЛЛ) – 6 пацієнтів, гострі мієлобластні лейкози (ГМЛ) – 9, неходжкінська злоякісна лімфома (НЗЛ) – 2, множинна мієлома (ММ) – 5 пацієнтів, із них 9 жінок та 13 чоловіків. В схеми ПХТ, яку отримували хворі, входив АА. Хворим призначали: при ГЛЛ – двохфазний курс індукції ремісії за Hoelzer, при ГМЛ – курс «7+3» або «5+2», при ММ – курс за схемою VAD, при НЗЛ – курс за схемою VAD. В залежності від застосованого АА хворі були розподілені на дві групи:

I група (n=14) – отримували в схемах ПХТ доксорубіцин (доксолік);

II група (n=8) – отримували в схемах ПХТ ідарубіцин (заведос).

Нами встановлено, що середній вік хворих в I групі склав  $49,35 \pm 5,9$  років, в II групі –  $46,12 \pm 5,1$  рік. Супутню патологію з боку ССС серед пацієнтів I-групи виявлено у 4-х хворих (у 3-х – ІХС: кардіосклероз атеросклеротичний, у 1-го – гіпертонічна хвороба, II ст.), серед пацієнтів II групи – у 2-х хворих (у 1-го – ІХС: кардіосклероз атеросклеротичний, у 1-го – гіпертонічна хвороба, II ст.). Кумулятивна доза АА у пацієнтів I групи склала  $184,97 \pm 16,64$  мг/м<sup>2</sup>, у хворих II групи –  $44,37 \pm 3,99$  мг/м<sup>2</sup>. Ураження ССС на фоні ПХТ зафіксовані у 6-ти (42,85%) хворих I групи (у 1-го – гострий інфаркт міокарда, у 5-ти – за даними ЕКГ: тахікардія, зниження реполяризації задньої стінки лівого шлуночка), із них 3 особи – страждали на ІХС. Отже, із 4-х пацієнтів I групи, які мали захворювання ССС, у 3-х виникли ускладнення. У 1-го хворого II групи, що хворів на ІХС, розвинувся гострий інфаркт міокарда.

Таким чином, ІХС є предиктором розвитку ускладнень з боку ССС на фоні ПХТ у хворих на гемобластози. Доксорубіцин (доксолік) виявляє більш виражену кардіотоксичність, ніж ідарубіцин (заведос), що характеризується розвитком ускладнень з боку ССС у 6 (42,85%) пацієнтів на фоні прийому доксоліку, проти 1 (12,5%) пацієнта на фоні прийому заведосу.

### ДИНАМІКА СИМПТОМІВ ХРОНІЧНОГО ТОНЗИЛІТУ У ДІТЕЙ НА ФОНІ ЛІКУВАННЯ

*Ляшенко М.С.*

Наукові керівники:

**проф. Безшапочний С.Б., проф. Крючко Т.О.**

*Кафедра оториноларингології з офтальмологією*

*Кафедра педіатрії №2*

Проблема хронічного тонзиліту в дитячому віці обумовлена значною поширеністю, частим порушенням загального розвитку дитини, формуванням системних ускладнень та порушенням порогу соціальної адаптації.

Метою нашої роботи була оцінка ефективності тонзилотрена у пацієнтів із хронічним компенсованим (ХКТ), декомпенсованим (ХДТ) тонзилітом і тонзилокардіальним синдромом (ТКС), що проводилася в рамках мультицентрового рандомізованого клінічного дослідження в 6 клінічних центрах України. Спостереження здійснювалося спільно педіатром і оториноларингологом за 143 пацієнтами у віці від 6 до 18 років. Критеріями оцінки були: динаміка загальних і місцевих симптомів, показники ЕКГ і Ехокг, частота й ступінь важкості рецидивів ангін і ГРВІ протягом 1,5 роки.

По тактиці лікування пацієнти були розподілені на групи - основна (одержувала тонзилотрен по 1 табл. три рази на день, протягом 60 днів трьома курсами, починаючи з 1;  $180 \pm 5$ ;  $360 \pm 5$  днів) і контрольна група. Дітям обох груп проводилося промивання лакун піднебінних мигдаликів 0,02% р-ном фурациліну в сполученні з ультразвуковим впливом, трьома курсами по 10 днів.