

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМ. АБУАЛИ ИБНИ СИНО

УДК: 616.006.446.8 - 036.11; 616.89

Кароматова Тахмина Изатуловна

**Психовегетативные и конституциональные особенности пациентов с
острой миелоидной лейкемией в зависимости от типологических
особенностей индивидуума и её комплексная терапия**

Диссертация

на соискание ученой степени кандидата медицинских наук
по специальности 14.01.04 – Внутренние болезни

Научный руководитель

доктор медицинских наук, профессор

Мустафакулова Намуна Ибрагимовна

Душанбе - 2023

Оглавление

	Стр.
Перечень сокращений и условных обозначений.....	4
Введение.....	5
Общая характеристика работы.....	9
Глава 1. Обзор литературы.....	16
1.1. Роль психовегетативных нарушений в течении лейкемии.....	16
1.2. Типологические особенности человека и их значение в клинической практике.....	22
1.3. Влияние коморбидного статуса на психологическое состояние у пациентов с острым миелоидным лейкозом.....	26
1.4. Факторы, влияющие на качество жизни у больных с лейкемией.....	29
1.5. Значимость применения психодиагностических методов исследования в клинической гематологии.....	31
1.6. Выживаемость и смертность у пациентов с острым миелоидным лейкозом.....	38
1.7. Психотерапевтическая помощь лейкемическим пациентам.....	43
Глава 2. Материал и методы исследования.....	48
2.1. Клиническая характеристика больных.....	48
2.2. Методы исследований.....	52
Глава 3. Анализ и оценка результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований.....	59
3.1. Состояние психовегетативного статуса у больных с острой миелоидной лейкемией в зависимости от типологических особенностей.....	59
3.2. Фенотипический портрет пациентов с острой миелоидной лейкемией с учетом их индивидуально-типологических особенностей.....	64
3.3. Анализ пальцевых узоров у пациентов с острой миелоидной лейкемией в зависимости от типов темперамента.....	66

3.4. Клинические особенности острой миелоидной лейкемии в зависимости от типологических различий.....	68
3.5. Морфофункциональное состояние сердечно-сосудистой системы у пациентов с острой миелоидной лейкемией с учетом типологических особенностей темперамента.....	69
3.6. Коморбидный статус у пациентов с острой миелоидной лейкемией в зависимости от психофизической конституции.....	74
Глава 4. Оценка эффективности комплексной у пациентов с острой миелоидной лейкемией.....	76
4.1. Динамика психовегетативных и клинических проявлений у пациентов с острой миелоидной лейкемией в зависимости от типа темперамента.....	76
4.2. Состояние гематологических показателей у пациентов с острой миелоидной лейкемией с учётом типа темперамента.....	80
4.3. Сопоставление показателей липидного и углеводного обмена у пациентов с острой миелоидной лейкемией в зависимости от типологических особенностей темперамента.....	86
4.4. Оценка выживаемости, летальности и эффективности комплексной терапии у пациентов с острой миелоидной лейкемией в зависимости от вида темперамента.....	91
4.5. Оценка показателей качества жизни пациентов с острой миелоидной лейкемией.....	94
Глава 5. Обсуждение результатов.....	97
Выводы.....	118
Рекомендации по практическому использованию результатов.....	119
Список литературы.....	121
Публикации по теме диссертации.....	144

Список сокращений и условных обозначений

Ао – аорта

ВНД – высшая нервная деятельность

ГОУ – государственное образовательное учреждение

ГУ – государственное учреждение

ЖЭ – жизненная энергия

ИМТ – индекс массы тела

КЖ – качества жизни

КТВР – компьютерная томография высокого разрешения

ЛА – легочная артерия

ЛЖ – левый желудочек

ЛПВП – липопротеиды высокой плотности

ЛПНП – липопротеиды низкой плотности

МКБ – Международная классификация болезней

МП – межжелудочковый перегородок

МТ – меланхолический темперамент

ОЗ – общее здоровье

ОМЛ - острая миелоидная лейкемия

ПЗ – психическое здоровье

ПП – правое предсердие

РТ – Республика Таджикистан

РФФ – ролевое физическое функционирование

РЭФ – ролевое эмоциональное функционирование

ССС - сердечно-сосудистая система

СТ – сангвинический темперамент

СФ – социальное функционирование

ФТ – флегматический темперамент

ФФ – физическое функционирование

ХТ – холерический темперамент

Введение

Актуальность темы исследования. При остром миелоидном лейкозе (ОМЛ) злокачественное перерастание и неконтролируемое размножение миелоидного ростка приводит к накоплению большого количества аномальных бластных клеток в крови и в костном мозге, подавляя рост нормальных форменных элементов крови, клинически проявляющихся прогрессирующей слабостью, выраженными интоксикационным, геморрагическим и анемическим синдромами [Валиев Т.Т., 2021; Allahyari A., 2016; Kulsoom B., 2017; Pelcovits A., 2020].

Факторами риска развития ОМЛ являются: радиация, рентгеновское облучение, взаимодействие с бензолом, химиотерапия, синдром Дауна, миелодиспластический синдром и т.д. [Touzet, L. , 2019; Vi M., 2020].

В начальном периоде ОМЛ заболевание протекает с различными клиническими проявлениями у каждого индивидуума в отдельности. В связи с этим особый интерес представляет изучение психовегетативных и морфо-фенотипических особенностей пациентов [Десятова Л.Ф., 2005; Мустафакулова Н.И., 2018; Babusíková, 1996; Takahashi K., 2018].

Морфо-фенотипические особенности индивидуума необходимо учитывать не только в качестве предиктора возникновения заболевания, но и как фактора, определяющего особенности клиники и течения мультифакториальных болезней [Корнетов Н.А., 2004; Десятова Л.Ф., 2007; Manup S., Andrew P., 2017].

Основными критериями, характеризующими индивидуальные психофизиологические типы, являются: нейродинамический и фенотипический портрет, морфофункциональное состояние органов и систем, вегетативные функции. Свойства нервной системы у каждого типа в отдельности отличаются силой, подвижностью, изменчивостью и эмоциональной стабильностью и в полном мере согласуются со шкалой экстраверсии-интроверсии [Небылицин В.Д., 1976; Бадиев И.В., 2017; White, 2021].

У пациентов с острым лимфобластным лейкозом обнаружены различия в характеристиках черт темперамента и в величине двигательной активности, увеличения удельного веса пациентов с дигестивным соматотипом и наиболее низкие уровни общей выживаемости среди них, снижение числа пациентов с торакально-мышечным типом телосложения [Десятова Л.Ф., 2005; Корнетов Н.А., 2013; Marta Tremolada, 2022].

Токсическое воздействие ПХТ при лимфопролиферативных заболеваниях сопровождается выраженными когнитивными нарушениями (ухудшение памяти и речи, концентрации внимания и восприятия, суждения и умозаключения) [Величковский Б.М., 2019; Dwek M.R., 2017; Bernardi S., 2018].

Индивидуальные типологические особенности высшей нервной деятельности (темперамент) имеют не только прогностическую значимость в течении заболеваний, но и в выявлении факторов риска развития, в выборе индивидуализированной терапии и профилактики заболеваний [Мустафакулова Н.И., 2018; Усмонова М.А., 2019; Пятницкий Н.Ю., 2020].

У пациентов с различными типологическими особенностями у одного и того же заболевания психовегетативные нарушения могут быть неодинаковыми, и это, в свою очередь, кардинально меняет не только поведенческий характер, но и внутренний гомеостаз [Мустафакулова Н.И., 2010; Severnyy A.A., 2020; Marta Tremolada, 2022].

Дифференцированный подход к клинико-конституциональным особенностям у пациентов с ОЛ даёт возможность выделить индивидуально-типологические признаки болезни и причинные факторы, позволяющие индивидуализировать лечебные мероприятия [Балашев И.И., 2012; Пятницкий Ю.Ю., 2018].

Психовегетативные и морфо-фенотипические особенности индивидуума играют не только прогностическую роль в развитии заболевания, но и отражают особенности его клинического течения [Мустафакулова Н.И., Алиева М.Т., 2021; Eckstein O.S., 2016].

Индивидуально-типологические особенности темперамента можно выявить не только психологическими методами исследования, но и изучением морфо-фенотипического портрета и дерматоглифическим исследованием кожного рисунка кисти человека [Мазур Е.С., 2009; Кучер Е.В., 2015; Божченко А.П., 2019; Joseph M., 2011].

Доказано, что у детей с острым лимфобластным лейкозом обнаружена связь между признаками распределения дерматоструктур и клинико-гематологическими и иммуногенетическими показателями [Кучер Е.В., 2015].

Дяблова Ю.Л. (2020) утверждает, что для доказательств научного потенциала дерматоглифики необходимо провести масштабные исследования на основе десятков и сотен тысяч дактилоскопических карт.

В настоящее время отсутствуют работы, в которых была бы отражена роль типологических особенностей высшей нервной деятельности (ВНД) в развитии, течении и предрасположенности к лейкемии, и особенности исхода заболевания.

Наличие противоречий в дерматоглифической характеристике при некоторых заболеваниях указывает на необходимость в дополнительных исследованиях с целью установления связи между психовегетативным и морфо-фенотипическим портретом пациентов с лейкемией.

Степень научной разработанности изучаемой проблемы. По исследованиям отечественных и зарубежных учёных, тревожно-депрессивное состояние у больных с ОМЛ наблюдается в 77% случаев и выраженность этого состояния, прежде всего, зависит от типа темперамента, качества жизни, наличия метастатических очагов и выраженного болевого синдрома [Сидоренко Л.Л., 2017; Areej E.I., Marie Doualla, 2019].

В картине психологических нарушений у больных с лейкемией, прежде всего, выявляют следующие жалобы: подавленность настроения (97%), беспокойство, тревожность, нервозность, утомляемость, плаксивость, ранимость (76%), бессонницу (67%), наличие суицидальных идей [Kucher E.V.,

2015; Kulsoom B., al., 2017; Martini V., 2018].

Все вышесказанное диктует, что пациенты с ОМЛ остро нуждаются в индивидуализированной психологической коррекции.

Связь исследования с научными программами (проектами), научной тематикой. Диссертационное исследование связано с инициативной темой кафедры внутренних болезней №3 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Исследование проводилось в рамках выполнения Постановления Правительства Республики Таджикистан от 3 декабря 2012 года, за №676 «О перспективах профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма в Республике Таджикистан на 2013-2023 годы».

Общая характеристика работы

Цель исследования: изучить психовегетативные и конституциональные особенности пациентов с ОМЛ в зависимости от типологических различий и разработать индивидуализированную комплексную терапию.

Задачи исследования:

1. Определить частоту, структуру, психовегетативные и конституциональные особенности, зависимость показателей липидного и углеводного обмена, клинико-гематологических и дерматоглифических показателей пациентов с ОМЛ в зависимости от вида темперамента.
2. Выявить выживаемость и факторы риска, приводящие к ухудшению качества жизни и летальному исходу, у пациентов с ОМЛ в зависимости от типа темперамента.
3. Определить морфофункциональное состояние ССС и коморбидный статус у пациентов ОМЛ в зависимости от психовегетативной регуляции.
4. Разработать индивидуализированно обоснованные психокоррекционные мероприятия на фоне базисной терапии для пациентов с ОМЛ.

Объектом исследования явились 187 пациентов с острой миелоидной лейкемией.

Предметом исследования является изучение психовегетативных и конституциональных особенностей пациентов с ОМЛ в зависимости от типологических различий и разработка комплексной индивидуализированной терапии.

Научная новизна исследования. Впервые отмечено, что пациенты с ОМЛ с СТ по частоте встречаемости выходят на первый план (133 чел.; 71,1) по сравнению с меланхолическим (9 чел.; 4,8%), холерическим (15 чел.; 8,0%) и флегматическим темпераментами (30 чел.; 16,0%). Сангвиники и холерики характеризовались экстравертностью, флегматики и меланхолики отличались интровертностью, у сангвиников и флегматиков наблюдали гиперстеническую

конституцию, у холериков чаще наблюдали нормостеническую, тогда как у меланхоликов отмечали астеническую конституцию.

Доказано превалирование гипертонического, интоксикационного и геморрагического синдромов у сангвиников; у флегматиков гиперпластического, гипертонического и костно-суставного; у холериков интоксикационного, геморрагического синдромов и лимфаденопатии, тогда как у меланхоликов прогрессирующего анемического, болевого и диспепсического синдромов.

Доказано, что пальцевые узоры никоим образом не являются заменой золотых стандартных психодиагностических методов исследования. Обнаружено, что пальцевые узоры у пациентов с ОМЛ в зависимости от типов темперамента были различны: у лиц с СТ превалировали «петля», «петля» (L), у ФТ- «завиток» и «завиток» (WW) и у ХТ радиальные «дуга» и «дуга» (AA), тогда как у всех МТ доминировали узоры «завиток-петля» (LA) и «петля» и «дуга» (LA).

Установлено, что МФС ССС у пациентов ОМЛ зависит не только от миелотоксичности самого опухолевого процесса, но и от типа темперамента и вегетативной регуляции сердечного ритма. У сангвиников и флегматиков в большинстве случаев правые и левые отделы сердца были увеличенными, тогда как гемодинамические показатели сниженными по отношению к пациентам с холерическим и МТ.

Обнаружена, что нейтролейкемия чаще развивалась у больных с сангвиническим (55,0%) и ФТ (46,0%), с ХТ наблюдали всего лишь в 15,0% случаев, а среди больных с МТ мы не наблюдали данного осложнения.

Установлено, что флегматическим и меланхолическим темпераментом характеризовались отягощенным коморбидным анамнезом по сравнению с пациентами с холерическим и сангвиническим темпераментом. Среди пациентов с сангвиническим и ХТ после проведения базисной и КТ 5-летняя выживаемость наблюдалась у 69,0% и 58,0% против 93,0% и 89% пациентов

соответственно, которые в ходе терапии достигли полной ремиссии, летальность среди них составила 31,0% и 42,0% в более преклонном возрасте (выше 60 лет). Среди пациентов с ОМЛ и флегматическим и МТ 5-летнюю выживаемость имели 37,0% и 23,0% и 55 и 39,0% пациентов соответственно, которые в ходе терапии достигли полной ремиссии, летальность среди них была высокая и составила 63,0% и 77,0% в пожилом и старческом возрасте.

Доказано, что разработанный комплексный подход к лечению ОМЛ способствует улучшению клинико-гематологических показателей, психовегетативного статуса (78,0 и 93,0%), качество жизни и выживаемость пациентов, тогда как у пациентов с ОМЛ на фоне только БТ без проведения психокоррекционных мероприятий лечение приводит к снижению эффективности восстановительного процесса (46,0% и 57, 0% соответственно).

Теоретическая и научно-практическая значимость исследования.

Теоретическая значимость исследования заключается в том, что теоретические, методологические положения, выводы и рекомендации, представленные в диссертации, могут быть использованы в учебном процессе медицинских ВУЗов. Дифференцированный подход к психовегетативному и морфо-фенотипическому портрету, лабораторным и дерматоглифическим показателям у пациентов с лейкемией даёт возможность на ранних этапах заболевания выявить признаки болезни и индивидуализировать прогноз.

Нельзя абсолютизировать единственный способ научного исследования, как универсальный, только при комплексном исследовании можно получить наиболее достоверные данные о психовегетативном и морфо-фенотипическом состоянии индивидуума.

Положения, выносимые на защиту:

1. Психовегетативные и морфо-фенотипические особенности у пациентов с ОМЛ были различными в зависимости от типологических особенностей индивидуума. Среди пациентов с ОМЛ сангвиники занимали лидирующее место (133 чел.; 71, тогда как флегматики (30 чел.; 16,0%), холерики (15

чел.; 8,0%) и меланхолики (9 чел.; 4,8%) составили гораздо меньшее процентное соотношение. Пациенты с ОМЛ с сангвиническим и холерическим темпераментом отличались экстравертностью, с флегматическим и меланхолическим темпераментом – характеризовались интровертностью. Сангвиники и флегматики отличались гиперстенической конституцией; холерики с нормостенической конституцией; меланхолики характеризовались дефицитом массы тела, астенической конституцией.

2. Среди пациентов с ОМЛ на фоне тяжелого течения заболевания у сангвиников и холериков наблюдалось преобладание интоксикационного, геморрагического и гипертонического синдромов; у флегматиков гиперпластического, гипертонического и костно-суставного, тогда как у меланхоликов – прогрессирующий анемический, болевой и диспепсический синдромы. Пальцевые узоры у пациентов с ОМЛ в зависимости от типов темперамента были различны: у лиц с СТ превалировали «петля», «петля» (L), у ФТ- «завиток» и «завиток» (WW) и у ХТ радиальные «дуга» и «дуга» (AA), тогда как у всех МТ доминировали узоры «завиток-петля» (LA) и «петля» и «дуга» (LA). Пальцевые узоры никоим образом не являются заменой золотых стандартных психодиагностических методов исследования.
3. Отягощенный коморбидный и мультиморбидный фон являются факторами риска, приводящие к ухудшению качества жизни пациентов и летальному исходу с ОМЛ. Среди пациентов с сангвиническим и холерическим темпераментом 5-летняя выживаемость отмечена у 69,0% и 58,0% пациентов соответственно, летальность среди них составила 31,0% и 42,0%, тогда как среди пациентов с флегматическим и меланхолическим темпераментом 5-летнюю выживаемость наблюдали у 37,0% и 23,0% пациентов соответственно, летальность среди них была высокая в более преклонном возрасте и составила 63,0% и 77,0%.

4. У сангвиников и флегматиков в большинстве случаев правые и левые отделы сердца были увеличенными, тогда как гемодинамические показатели были сниженными по отношению к пациентам с холерическим и меланхолическим темпераментом. Нейролейкемия наиболее часто встречалась у пациентов с сангвиническим (55,0%) и флегматическим темпераментом (46,0%), у холериков этот показатель составил всего лишь 15,0% случаев, тогда как у меланхоликов нейролейкемия ни разу не встречалась.
5. Комплексный подход к лечению ОМЛ способствует улучшению клинико-гематологических показателей и психовегетативного статуса (78,0 и 93,0%), качество жизни и выживаемость пациентов, тогда как у пациентов с ОМЛ на фоне только базисной терапии без проведения психокоррекционных мероприятий наблюдается снижение эффективности восстановительного лечения (46,0% и 57,0% соответственно).

Степень достоверности результатов. Достоверность результатов диссертации подтверждается достоверностью данных, достаточным объемом материалов исследования, статистической обработкой результатов исследований и публикациями. Выводы и рекомендации основаны на научном анализе результатов исследований.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Цель, задачи и тематика исследования, а также примененные в ходе работы клинико-инструментальные методы диагностики и лечения соответствуют паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.04 - Внутренние болезни.

Личный вклад соискателя ученой степени в исследование. Автор лично проводила подробный анализ литературы, охватывающей значимость психовегетативных нарушений в течении лейкемии, типологические особенности человека и их значение в клинической практике, состояние коморбидного статуса, факторы, влияющие на качество жизни, значимость

применения психодиагностических методов исследования в клинической гематологии, выживаемость и смертность у пациентов с острым миелоидным лейкозом, психотерапевтическая помощь лейкемическим пациентам, ею проведен тщательный анализ результатов исследования и полученные данные обработаны с использованием современных статистических методов.

Апробация и реализация результатов диссертации. Материалы диссертации доложены на 63-й годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием: Вклад медицинской науки в оздоровлении семьи (Душанбе, 2015); 64-й годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной 25-летию Государственной независимости Республики Таджикистан (Душанбе, 2016); 65-й годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием «Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире» (Душанбе, 2017); 66-й годичной научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием «Роль и место инновационных технологий в современной медицине» (Душанбе, 2018); 67-й годичной научно-практической конференции ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием «Медицинская наука XXI века – взгляд в будущее» (Душанбе, 2019); 68-й годичной научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием «Фундаментальные основы инновационного развития науки и образования» (Душанбе, 2020); 69-й годичной научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием «Достижения и проблемы фундаментальной науки и клинической медицины» (Душанбе, 2021).

Публикации по теме диссертации. Опубликовано 28 научных работ, в том числе 5 в рецензируемых научных журналах, рекомендуемых ВАК при Президенте РТ.

Структура и объём диссертации. Диссертационная работа изложена на 150 страницах компьютерного текста. Состоит из введения, обзора литературы, 4 глав собственных исследований, обсуждения полученных результатов, выводов, практических рекомендаций. Библиографический указатель содержит 210 источника, из них 127 – на русском и 83 – на английском языках. Диссертация иллюстрирована 19 таблицами, 21 рисунками.

Глава 1. Обзор литературы

1.1. Роль психовегетативных нарушений в течении лейкемии

Рассмотрение личностных особенностей пациентов с лейкемией доказывает важную роль психоэмоциональных и конституциональных факторов в развитии и течении онкопатологий [14, 25, 43, 62, 149].

Существуют многочисленные научные исследования, подтверждающие предрасположенности пациентов к определенным соматическим и онкологическим заболеваниям. Онкогенетическим исследованием выявляют генетическую предрасположенность к наследственным онкологическим заболеваниям [6, 36, 95, 96, 199].

Психологические проявления у пациентов с острым лейкозом отличались в виде: эмоциональности, раздражительности, чувства одиночества и страха смерти, повышенной ранимости, капризности, апатии, появления навязчивых идей, в то же время вегетативные нарушения характеризовались головокружением, тахикардией, гипертоническим синдромом, нарушением сна, гиперсаливацией, проливной потливостью [62, 103].

У пациентов с острым лейкозом был обнаружен синдром поражения нервной системы (38,8%) и психотические нарушения (82,6%) в виде астении и тревожно-депрессивного синдрома [98, 196].

Пациенты с ОМЛ, получившие курс химиотерапии, подвержены риску нейротоксичности. Неврологические осложнения при лейкемии проявляются в виде цереброваскулярных нарушений, таких как энцефалопатии (2—18%) и нейролейкемии и полинейропатии. Внутримозговые кровоизлияния развиваются в основном при тромбоцитопении тяжёлой степени тяжести. При нейролейкемии наблюдается инфильтрация мозговых оболочек нервных корешков и вещества мозга бластными клетками. Клинические проявления нейролейкемии сходны с клиникой реактивного менингита с вовлечением

черепных нервов. У пациентов наблюдаются головная боль, тошнота, рвота, птоз, диплопия, парез голосовых связок и судороги [63, 98, 120, 158].

Особенности психоэмоциональных реакций у онкогематологических больных зависят, прежде всего, от преморбидного фона и характера черт индивидуума (психастеническая, шизоидная, циклоидная, эпилептоидная, истероидная) [12, 28, 62, 123, 165].

Психологические и когнитивные расстройства у онкологических больных отличаются тонкостью реагирования и восприятия психотравмирующих стрессов. При лимфопролиферативных заболеваниях токсическое влияние ПХТ увеличивает риск развития когнитивных нарушений в виде ухудшения памяти, концентрации внимания, речи, восприятия информации, суждения, умозаключения. Некоторые онкогематологи указывают, что у пациентов с лейкозией можно обнаружить изменения в настроении и в поведении, чувство тревоги. В течение жизни могут наблюдаться когнитивные расстройства (концентрация внимания, снижение памяти) [36, 128, 139, 168, 173].

Среди пациентов с острым и хроническим лейкозами на фоне тяжелого течения заболевания, сопровождавшегося выраженной интоксикацией организма, тяжёлыми нарушениями в сфере водно-электролитного баланса (гиперкалиемия), обнаруживается агранулоцитоз, тромбоцитопения, анемия тяжёлой степени, гиперурекемия, психопатологические реакции в виде когнитивных нарушений, эпилептиформных помрачений сознания, галлюцинаторно-бредовых синдромов, кратковременных и затяжных психозов [112, 117, 121, 165, 167, 169].

Глюкокортикостероиды могут оказать серьезные побочные эффекты, их следует использовать с осторожностью. Побочные эффекты ГКС могут быстро развиваться после воздействия даже низких доз и при пероральном, эпидуральном или внутрисуставном введении. Системные кортикостероиды и химиопрепараты непосредственно влияют на поведенческий характер и когнитивные функции. Перепады настроения, раздражительность, депрессия и

беспокойства. Последующие долгосрочные и отдаленные последствия ПХТ и ГКС при ОЛЛ и ОМЛ показали нарушения фертильности и сперматогенеза, и развитие бесплодия у этих категорий лиц. Когнитивные расстройства, снижение памяти, концентрации внимания и мышления, усталость, снижение аппетита, тревожно-депрессивное состояние являются наиболее распространенными побочными эффектами полученной терапии. У 16-летнего афроамериканца с ОЛЛ после применения преднизолона и ПХТ развился параноидальный психоз с нейролептическим злокачественным синдромом [128, 164, 192].

Психоэмоциональное состояние у лейкемических больных в большинстве случаев связаны с социальными факторами внешней среды (киберугроз интернет-пользователей) [4, 89].

Многочисленные научные исследования доказывают, что у пациентов с лейкемией уровень посттравматического стресса выше, чем у здоровых [55].

Депрессивное состояние у больных с лейкемией на фоне химиотерапии выражается в виде тревоги, страха, тоски, горя, пониженного настроения, замедления мышления, двигательной заторможенности, вегетативных расстройств, навязчивых мыслей, появления суицидальных мыслей, ухудшения памяти и восприятия [119, 141, 146, 164].

Течение психоэмоциональных реакций зависит от возрастного аспекта и типологических особенностей пациента. Дети младшего возраста по сравнению с подростками могут понимать последствия своего заболевания в меньшей степени, чем подростки, они, как правило, лучше приспосабливаются. Пациенты, страдающие лейкемией, в подростковом возрасте могут отставать от друзей, болезнь может повлиять на их отношения с друзьями или способность заводить новых друзей. Они могут впасть в тревожно-депрессивное состояние [8, 9, 55, 171, 177].

Наличие лейкемии в детстве может оказать существенное влияние на жизнь человека, так и для семьи. У пациентов, страдающих лейкемией, на

протяжении всей жизни остается страх рецидива и опасность развития осложнений как у самого, так и для членов их семей. Существуют несколько теорий о роли психологических факторов в генезе онкопатологий. Семейные отношения и определенные черты личности высоко коррелировали с развитием раковых заболеваний. В проведенном исследовании у 41 больного острым лейкозом доказано, что наличие враждебности, тревожности, депрессивных и конфликтных состояний в окружении семьи были значительными факторами риска развития заболевания [160, 169, 178].

У пациентов с лейкемией чувство «свободы от своей болезни» отсутствует [161].

Психовегетативные и морфо-фенотипические особенности индивидуума имеют не только большую прогностическую значимость в развитии болезни, но и показывают особенности течения их клинических проявлений [43, 67, 69, 169, 180, 185].

В терминальной стадии ОМЛ с лимфомой Беркетта наблюдается резкая потеря веса, повышение температуры тела, утомляемость, слабость, потемнение или желтушность кожных покровов, боли в костях, нарушение стула, геморрагические высыпания, кровотечения и тяжелые психомоторные возбуждения с помрачением сознания [27].

В зависимости от "силы", "слабости" нервной системы и баланса процесса (возбуждения и торможения) выделил 4 типа темперамента. Павлов И.П. описал 3 основных свойства НС: сила, подвижность и уравновешенность нервных процессов. Под силой он выражал степень выдержки НС к длительно действующему раздражителю. Под подвижностью нервных процессов он подразумевал скорость перестраивания НС на отдельные раздражители. Соотношение между балансом возбуждения и торможения отражает уравновешенность нервных процессов [71].

Мерлин В.С. различал несколько вариантов в характеристике индивидуальных свойств личности: соматический, психодинамический

(темперамент), нейродинамический и биохимический [65].

Личностные стороны индивидуума с четырьмя классическими темпераментами Павлова И.П. описаны Айзенком. Он связал свойства НС с интроверсией, экстраверсией и с нейротизмом, и со слабым типом НС отводил интровертам; с сильным, неуравновешенным типом НС относил к экстравертам [3].

Вегетативные нарушения в системе дыхания, кровообращения и пищеварения протекают по-разному в зависимости от типов ВНД [30, 58, 104, 105].

Необходимо подчеркнуть, что типологические особенности индивидуума могут изменяться под воздействием факторов окружающей среды, социально-бытовых условий, психологического статуса и тяжёлых заболеваний [5, 9, 25, 45, 46, 106].

Вегетативные нарушения, прежде всего, зависят от конституционального фактора, половых и возрастных различий, профессиональной принадлежности и типологических особенностей человека. Конституциональный фактор — это комплекс индивидуальных особенностей человека, включающий морфологические, физиологические и психологические свойства организма, взаимообусловленных влиянием генетических связей. Доказано, что вегетативные нарушения в области кардиореспираторной и пищеварительной систем различны в зависимости от типов ВНД. Неврозы и психосоматические заболевания чаще возникают у лиц с сильным неуравновешенным типом НС [83, 85, 86, 87, 93].

Генотипическая конституция — это наследственная или хромосомная система человека, обусловленная геномной характеристикой. Фенотипическая конституция — это наследственная структура, его костно-мышечное состояние: астеническая, нормостеническая и гиперстеническая конституция; эктоморфный, мезоморфный, эндоморфный типы [59, 93, 199].

Выделят 4 вида конституциональных типов: астеноидный, дигестивный, мышечный, торакальный с учётом формы грудной клетки (плоская, узкая, бочкообразная, коническая), живота (впалая, прямая, выпуклая), спины (сутулая, прямая, уплощенная), степени развития мышечной системы и жировотложения. Лица с дигестивным типом отличаются конической, расширенной грудной клеткой, крупным и мощным скелетом, толстым животом с жировыми складками. Ширина плеч и таза наибольшая, осанка прямая, мышечная система развита с хорошим тонусом. У лиц с астеноидным типом грудная клетка уплощенная, с узкими плечами и тазом, кости тонкие, спина сутулая, живот впалый. Мышечная система жировотложения развита слабо, тонус мышц снижен. Лица с торакальным типом отличаются узким телосложением, конической грудной клеткой, ровным животом, с хорошо сохраненным мышечным тонусом и слабо развитым жировотложением. У пациентов с мышечным типом скелетная система и мускулатура хорошо развиты, они отличаются широкими плечами и тазовым поясом. Грудная клетка отличается цилиндрической формой, форма живота прямая, жировотложение умеренное.

При ОЛЛ обнаружены отличительные особенности в характере темперамента и в степени подвижности, увеличения частоты встречаемости пациентов с дигестивным соматотипом и наиболее низкие показатели уровня выживаемости у этих категорий лиц, уменьшение частоты встречаемости больных с торакально-мышечным типом телосложения [33, 39, 43, 44, 46, 56].

Психологическая конституция указывает на психологический тип личности, её поведенческий характер и темперамент. Психоастенический тип отличается выраженными психогенными реакциями, эпилептоидные – агрессивными реакциями, шизоидные – суицидами, истероидные – ярко выраженными переживаниями, и циклоидные – адекватно реагирующие на создавшуюся ситуацию [45].

Исходя из этого, дифференцированный подход к типологическим особенностям ВНД предопределяет факторы риска, течение клиники, позволяет индивидуализировать прогноз и лечение. Проведённое данное научное исследование имеет не только теоретическую, но и большую практическую значимость.

В доступной литературе отсутствуют работы, отражающие значимость типологических особенностей ВНД в развитии, течении, выживаемости, предрасположенности к лейкемии и в исходе заболевания.

Таким образом, комплексное изучение психовегетативных и конституциональных особенностей пациентов с ОМЛ позволяет выделить конституциональную индивидуальность пациентов. Психовегетативные нарушения в системе дыхания, кровообращения и пищеварения протекают различно в зависимости от типов ВНД.

Изучение психовегетативного статуса у пациентов с острой лейкемией даёт возможность прогнозировать заболевание на ранних этапах заболевания и предотвратить грозные осложнения.

В этом отношении высокоэффективным является использование типов ВНД в диагностике и в терапии острых лейкемий.

1.2. Типологические особенности человека и их значение в клинической практике

Ещё в глубокой древности великий учёный Гиппократ, описывая индивидуально-типологические особенности между людьми выделил 4 вида темперамента: сангвиник, холерик, флегматик, и меланхолик. Он отметил, что каждый тип темперамента отличается своими индивидуальными особенностями [35].

Авиценна в своей книге «Канон врачебных наук» подробно описывает «мизодж» (темперамент) человека [1, 51]. По его мнению, «мизодж» («смешение») - смешение четырех движущихся жидких материй (кровь, лимфа, сафра и савда). Сангвиники отличаются излишком крови (sanguis) и характеризуются общительностью, подвижностью, уравновешенностью. Они

относятся к сильному, подвижному и уравновешенному типу ВНД. Клинически излишество крови (*sangvis*) проявляется в виде повышения артериального давления, головной боли, тошноты, рвоты, кровотечения, сонливости, покраснения глаз и цвета лица.

Флегматики характеризуются избытком «лимфы» и отличаются инертностью, медлительностью, малой эмоциональностью и уравновешенностью. Они относятся к сильному, инертному и уравновешенному типу (СИУ) ВНД. Излишки лимфы клинически проявляются артериальной гипертензией, гиперсаливацией, ощущением холода в теле, сонливостью, слабостью в пищеварении.

Холерики отличались преобладанием жёлтой жёлчи «сафры», они вспыльчивые, энергичные, активные, раздражительные, возбудимые. Клинически это проявляется в виде горечи во рту, периодическим повышением артериального давления, гипосаливацией, чувством сильной жажды. Они относятся к сильному, подвижному, неуравновешенному (СПН) типу ВНД.

Меланхолики характеризовались превалированием чёрной жёлчи «савды». Они отличались меланхоличностью, нерешительностью [51].

Группами учёных установлено, что в отличие от холериков и сангвиников, высокий уровень липидов и ожирение II степени у флегматиков и меланхоликов сопровождается развитием различных осложнений с превалированием острого инфаркта миокарда над острым нарушением мозгового кровообращения [83, 100].

Установлено, что характер течения кожного процесса зависит от типов ВНД: у пациентов с сильным, инертным типом кожный процесс и интенсивность зуда протекали с малой интенсивностью, у лиц СНУ типом - быстрым началом, большой интенсивностью зуда и обратным развитием, тогда как у лиц со слабым типом ВНД характеризовались медленным течением и низкой интенсивностью зуда [111].

Доказано, что влияние природных факторов на деятельность, поведение и минутный объем крови у пациентов артериальной гипертензией с различными типами темперамента [113, 114, 115, 116].

Темперамент человека отражает врожденные склонности человека, и он постоянный до конца жизни. Характер человека приобретается в процессе жизнедеятельности. Характер состоит из духовных сил, великодушия, приобретенных практикой [2, 15, 17, 77, 94].

Тип высшей нервной деятельности оказывает влияние на формирование практической деятельности каждого индивидуума в отдельности, прежде всего, отражая силу, уравновешенность и подвижность нервных процессов.

У людей сильной, подвижной НС наблюдается двигательная и речевая активность, громкий и сильный голос, ярко выраженные движения лицевых мышц, чем у лиц с менее выраженной двигательной активностью. Они общительные и легко возбудимые и быстро входят в контакт.

Лица со слабым типом НС отличаются одиночеством, впечатлительностью, беспокойством, необоснованным страхом, низким голосом и тихой речью, быстрой утомляемостью, малой эмоциональностью, нерешительностью и необщительностью [40, 65, 77, 93].

Следует отметить, что сочетание свойств нервной системы разнообразны и в процессе жизнедеятельности редко встречаются в «чистом виде». Выделяет «переходные» или «промежуточные» типы, художественный тип, мыслительный тип и средний тип [68, 94].

Лица с определенным темпераментом предрасположены к тем или иным заболеваниям. Меланхолики относятся к слабому типу НС и отличаются тревожностью, ранимостью, замкнутостью, чуткостью, мягкостью, чувством одиночества, мнительностью, застенчивостью. Они склонны к проявлениям меланхолии и депрессивному синдрому. Согласно Авиценне, у них превалирует «чёрная жёлчь». Для них характерны заболевания дыхательной системы (бронхиты, бронхиальная астма). У этой категории лиц мало синтезируется

«гормон радости» (эндорфин), но в тоже время больше вырабатывается «гормон стресса – кортизол», который подавляет защитно-приспособительные реакции организма. В связи с этим меланхолики склонны к вирусным и бактериальным инфекциям, в том числе и к новой коронавирусной инфекции.

Холерики характеризуются резкостью, страстностью, агрессивностью, инициативностью, раздражительностью, безудержностью и вспыльчивостью. У этой категории лиц уровень кортизола всегда повышенный. В их организме преобладает «жёлтая жёлчь». Им чаще присуще патологии жёлчного пузыря, печени и поджелудочной железы.

Флегматики относятся к сильному, уравновешенному и инертному типу, в их организме преобладает флегма, «мокрота, слизь». Гиппократ считал, что они отличаются медлительностью, спокойствием, упорством, вялостью, хладнокровием и инертностью, мало выражают свои чувства. У флегматиков чаще всего встречаются заболевания желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь желудка и гастриты).

Сангвиники отличаются сильным, уравновешенным, подвижным типом ВНД. Они подвижные, общительные, целеустремленные, эмоциональные, жизнерадостные, легко и быстро сходятся и налаживают хорошие отношения с людьми. Они чаще всего страдают патологиями ССС.

Тип конституции определяет комплексность физиологических, биохимических, морфологических и иммунологических показателей организма, вариабельность сердечного ритма, наиболее показательными проявлениями которых являются типы ВНД и вегетативный тонус [50, 70, 103, 104,124].

По Гиппократу, преобладание «sangvis» или «крови» вообладает стимулирующим влиянием на человека, делая человека активным, подвижным, жизнерадостным, общительным и уравновешенным [35].

Карл Леонгард отметил 4 типа характера: демонстративный, педантичный, возбудимый и застревающий [54].

Лица с демонстративным типом отличаются эмоциональностью, демонстративностью, артистичностью, сильно выражают свои чувства, он часто лгут, не понимая этого, и часто прибегают к разбору «о справедливости». Часто сами начинают верить в свою обдуманную ложь и начинают убеждать и призывать окружающих людей к честности, считая себя невинной жертвой [100].

Педантичный тип отличается нерешительностью, пунктуальностью, ответственностью и аккуратностью, он долго взвешивает свои проблемы в отличие от демонстративного типа, который быстро решает свои проблемы. Застревающий тип характеризуется задержкой своих эмоций (чувство страха, злости, гнева) долгое время, особенно когда они ярко были выражены в своей жизни. Они отличаются злопамятностью, обидчивостью, ревнивостью, мстительностью, преследовательностью. Эти отрицательные эмоции вместо того, чтобы уменьшиться, могут возгораться, даже спустя годы. Возбудимый тип характеризуется раздражительностью, быстрой возбудимостью, импульсивностью, неуправляемостью [54].

Русский учёный Боткин Е.С. впервые отметил прогностическую значимость конституционального фактора в развитии и в течении заболеваний, указывая на то, что болезнь поражает не только органы и системы в отдельности, а через ЦНС воздействует на весь организм [26].

Таким образом, конституциональные особенности человека объединяют физиологические, биохимические, морфологические и иммунологические показатели организма. Тип ВНД и вегетативный тонус относятся к наиболее показательным проявлениям конституционального фактора.

1.3. Влияние коморбидного статуса на психологическое состояние у пациентов с острым миелоидным лейкозом

Сопутствующие заболевания, несомненно, действует негативно на психоэмоциональное состояние и на общую выживаемость пациентов с ОМЛ, влияя на успех лечения [95, 96, 108, 142, 171, 181].

У пациентов с ОМЛ тяжесть течения заболевания зависит не только от

основного заболевания, но и от наличия сопутствующих патологий. У одного и того же больного ассоциация нескольких патологий сопровождается синдромом взаимного отягощения [108, 174, 182].

Из-за отягощенности коморбидного статуса у пациентов с ОМЛ старше 60 лет наиболее чаще встречаются случаи резистентности к проводимой программной химиотерапии [97, 161, 205, 206].

Коморбидное состояние, несомненно, влияет на проведение химиотерапии у пациентов с лейкемией. Риск отсутствия ответа у пациентов со средним уровнем коморбидности был статистически значимо выше, чем у пациентов с низким уровнем коморбидности ($RR=10,56$; $\times 2=28$; $p=0,0001$) [179].

При ХЛЛ основной причиной смерти пациентов являются два и более сопутствующих заболеваний. При сопутствии нескольких заболеваний с ХЛЛ наблюдали утяжеление заболевания. Из 570 пациентов с ХЛЛ сопутствовали следующие патологии: заболевания ССС (223 чел. 39,0%), заболевания желудочно-кишечного тракта (145 чел. 25,4%), эндокринные патологии (79 чел. 14,0%), заболевания дыхательной системы (123 чел., 12,3%). Индекс коморбидности коррелировал с выживаемостью пациентов с ХЛЛ. У пациентов с двумя или более сопутствующими заболеваниями применение флударабина в сочетании с циклофосфамидом оказалось более эффективным, по отношению к лечению флударабином [139, 146, 164, 171].

Изучено влияние сопутствующих заболеваний на частоту ремиссий и общую выживаемость у 1519 пациентов с ХМЛ после применения иматиниба. Проведено рандомизированное исследование среди 5 групп, получавших иматиниб. Определяли индекс сопутствующих заболеваний Чарлсона (ИСЗ) и пришли к такому выводу: сопутствующие заболевания не влияли на эффективность проводимой терапии, но оказывали отрицательное влияние на общую выживаемость. Доказана, что тревога и депрессия снижает выживаемость больных ОМЛ [179].

ОМЛ, ассоциированный лимфомой Беркетта, сопровождается снижением работоспособности, прогрессирующей слабостью, резким похуданием, повышением температуры тела, оссалгией, изменением тургора и цвета кожи, нарушением физиологических отправлений, наличием постоянного болевого и геморрагического синдромов [27].

Учеными доказано, что по мере увеличения возраста у пациентов с ОМЛ частота сопутствующих патологий возрастает. Оценены сопутствующие патологии, полипрагмазия, когнитивные и психологические состояния. Определяли индекс сопутствующей патологии Чарлсона. В результате пришли такому выводу, что не зависимо от сопутствующих патологий, возраста и когнитивных функций у пациентов с ОМЛ остаётся высокоэффективным. В таких случаях мультидисциплинарный подход с вовлечением специалистов (гематолог, гериатр, психолог) оказывает положительный эффект как при постановке диагноза, так и при проведении терапии [146, 176].

Среди пациентов с ХМЛ с сопутствующими заболеваниями 56% умерли во время наблюдения по сравнению с 42% пациентов без сопутствующих заболеваний. У коморбидных пациентов смерть чаще была вызвана сердечно-сосудистыми заболеваниями (14% против 6%) или другими причинами (14% против 10%), в то время как гематологические злокачественные новообразования встречались реже (25% против 34%) по сравнению с пациентами без сопутствующих заболеваний. Другие злокачественные новообразования (11% против 13%), инфекции (34% против 35%) и цереброваскулярные заболевания (2% против 2%) были одинаково частыми причинами смерти в обеих группах. Все отдельные сопутствующие заболевания были связаны с повышенной смертностью от всех причин [18, 108, 161, 171, 183].

Индекс коморбидности широко используется для прогнозирования смертности в педиатрической практике у пациентов с солидными опухолями, пролеченными химиотерапией. Всего было включено 196 детей с

эмбриональными солидными опухолями. Наиболее часто наблюдались метастатические опухоли ($n = 103, 52,6\%$). Наиболее частыми сопутствующими заболеваниями были: целлюлит ($n=24, 12,2\%$) и острая почечная недостаточность ($n=15, 7,7\%$), пневмония и сепсис, $n=64 (32,7\%)$ [171, 208].

Таким образом, литературный обзор отечественных и зарубежных ученых показал, что коморбидное состояние, несомненно, влияет на течение основного заболевания и на успех проводимой терапии.

1.4. Факторы, влияющие на качество жизни у больных с лейкемией

Большинство проведенных исследований у пациентов с лейкемией были посвящены увеличению продолжительности их жизни независимо от качества жизни. Прогрессирующая слабость у этих категорий лиц является наиболее распространенным клиническим проявлением лейкемии, несомненно, влияющим на качество жизни пациента [144, 145, 148, 162, 169].

Проведено описательно-аналитическое исследование среди 115 больных с острой лейкемией. Был применен вопросник, касающийся анализа демографических показателей, наличия прогрессирующей слабости и оценивающий состояние здоровья, связанное с качеством жизни пациента. Результаты проведенных исследований показали, что существует высокая корреляционная связь между качеством жизни с полом ($P = 0,03$), уровнем образования ($P = 0,09$), семейным положением ($P = 0,004$) и занятостью пациента. Была выявлена также высокая корреляционная связь между прогрессирующей слабостью и болевым синдромом ($P = 0,005$) и экономическим статусом ($P = 0,003$) [133].

В двух когортных исследованиях были сопоставлены зависимость поведенческого характера и психического здоровья от качества жизни пациентов с ОЛ. У пациентов с ОЛ были обнаружены физические и психические проблемы (15% и 5%, $p < 0,001$); тревога и депрессия (24% и 9%, $p < 0,001$); болевой синдром, (35% и 20%, $p < 0,001$); и финансовые затруднения ($p < 0,001$). У пациентов, получивших трансплантацию стволовых клеток были

обнаружены значительные проблемы с ролевым функционированием (прогрессирующая слабость, болевой синдром, одышка, бессонница) и высокие показатели депрессивного синдрома, чем в группе пациентов, получившие ПХТ ($p = 0,024$) [66, 123, 159].

Считается, что лейкемические клетки возникают из пула лейкозных стволовых клеток [138, 172, 200].

Проведенное лонгитюдное исследование у пациентов с ОМЛ, получавших интенсивную терапию в пожилом возрасте, показало наличие симптомов депрессивно-тревожного синдрома. Было доказано, что во время проведения терапии пожилые пациенты с ОМЛ испытывали улучшение качества жизни и исчезновение тревожно-депрессивного синдрома [196].

Гемабластозы не только снижают качество жизни самих пациентов, но также ухудшают качество жизни членов их семей. Исследователями доказано, что если родственники первой линии, страдают с лейкемией и среди них есть однояйцевые близнецы, может быть повышенный риск развития заболевания [193].

Врожденные синдромы: некоторые врожденные синдромы, включая синдром Дауна, анемию Фанкони, синдром Блума, атаксию-телеангиэктазию и синдром Блэкфана-Даймонда, по-видимому, повышают риск ОМЛ. Было доказано, качество жизни пациентов было тесно связано от тяжести течения и формы лейкемии, от возрастного аспекта, пола, семейного положения, коморбидных и мультикоморбидных патологий, образовательного статуса, религиозных убеждений, от длительности заболевания, своевременности проведения проводимой терапии, социальной поддержки, от общего ухода со стороны членов семьи и медицинских работников [197].

Качество жизни оказалось выше у тех, кто был женат или замужем и проживал в лучших домашних условиях, поддержка друзей была высока, тогда как качество жизни оказалось низким у тех, у кого социально-экономический уровень был низким.

Исследователями установлено, что у пациентов с ОМЛ качество жизни

улучшается в стадии полной клинико-гематологической ремиссии. Обнаружены гендерные различия: пациенты с женским полом лучше испытывают свою болезнь и оказывают большее влияние на качество жизни.

Проведенный анализ литературных данных баз «PsycInfo» и «Medline» в показало, что по мере прогрессирования лейкоemий резко ухудшалось их физическое, психологическое, социальное, профессиональное, экономическое, познавательное, сексуальное состояние и их качества жизни.

Таким образом, поведенческий характер, наличие тревожно-депрессивного синдрома, токсичность применяемых химиопрепаратов, несомненно, влияют на качества жизни пациентов с ОМЛ.

1.5. Значимость применения психодиагностических методов исследования в клинической гематологии

Во многих странах мира (США, Германия, РФ) психодиагностические методы проводятся на основе научно-практических изданий и биомедицинских исследований [74], основанных на комплексной систематизации научно обоснованных объективных выводов тестирования с исключением субъективных заключений [7, 15, 24, 71, 91, 107, 122, 211].

Теплов Б.М. и Небылицин В.Д. утверждал, что для выявления индивидуально-типологических особенностей человека необходимо применять одновременно несколько комплексных психодиагностических методик с учётом объективных данных [71, 110, 126].

Современные классификации психологических исследований основываются на экспериментальных и не экспериментальных (описательных) методах и могут иметь субъективный и объективный проективный подход [91, 92].

Субъективный подход основывается на многочисленных опросниках и тестовых заданиях, и зависит от умения психодиагноста. Объективный подход в наименьшей мере зависит от индивидуальных особенностей испытуемого человека. Проективный метод - основан на раскрытии характерологических

особенностей субъекта, порождая воображения и фантазии с применением стимулятивных коррекций [81, 109].

Основным фактором, определяющим физическое развитие индивидуума является: антропометрические показатели и пищевой статус человека [75].

Г. Айзенк на основе учения И.П. Павлова и К.Г. Юнга рекомендовал «Личностный опросник Айзенка», который основан для диагностики выраженности черт личности: нейротизма, экстра-интроверсии и психотизма. Опросник Айзенка, несмотря на имеющиеся некоторые недостатки, относится к одним из наиболее удобных и часто используемых в психологии. Основными недостатками теста являются: быстрое обновление заданных вопросов и кратковременность использования [3, 204, 207].

В клинической медицине одним из известных психодиагностических исследований является миннесотский многоаспектный личностный опросник (ММРТ) для всестороннего изучения психологических особенностей личности, нуждающейся в модернизации (по стандартам Комитета США) [101, 194].

С целью оценки уровня психоэмоционального статуса применяют Европейскую госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS) по балльной системе: от 0-7 баллов считается - отсутствие проявлений “тревоги и депрессии”; от 8-10 баллов – умеренно выраженная “тревога / депрессия”; от 11 баллов и выше - клинически выраженная “тревога / депрессия” [10, 151].

Европейский опросник SF-36 проводится для оценки качества жизни и эффективности реабилитационных мероприятий, который состоит из 36 вопросов и 8 шкал: определяющий физическое состояние, болевое ощущение, общее состояние и психологическое состояние [170].

Шкала самооценки Спилбергера-Ханина определяет уровень тревожности в данное время (реактивная тревожность) и личностной тревожности, указывающей на склонность к восприятию информации окружающей среды небезопасной, и реакцию на такие обстоятельства состоянием тревоги. Реактивная тревожность отличается состоянием

беспокойства, напряжения, нервозности и нарушением когнитивных функций (нарушением памяти и внимания) [32, 76].

Личностная тревожность характеризуется повышенной возбудимостью, раздражительностью, эмоциональными срывами и сопровождается психосоматическими заболеваниями [7].

Многофакторный личностный опросник 16PF Кеттелла широко применяется в психодиагностических исследованиях и даёт комплексную оценку об индивидуально-приспособительных реакциях человека. Следует подчеркнуть, что этот опросник определяет только черты личности, но не мотивационные интересы, требующие дополнения применения других опросников [53, 101].

Индивидуально-типологические особенности человека (тип его темперамента) и расово-диагностические признаки можно определить не только известными психологическими методами, но и визуальными исследованиями.

Проведение соматотипологической диагностики позволило установить отличительные черты конституционально-морфологической структуры пациентов, страдающих острым лимфобластным лейкозом.

Среди детей с острым лимфобластным лейкозом обнаружено статистически значимое увеличение удельного веса пациентов с дигестивным соматотипом и снижение количества детей с торакально-мышечным типом телосложения по сравнению с контролем.

Проведение соматотипологической диагностики позволило установить отличительные черты конституционально-морфологической структуры пациентов, страдающих острым лимфобластным лейкозом. Среди детей с острым лимфобластным лейкозом обнаружено статистически значимое увеличение удельного веса пациентов с дигестивным соматотипом и снижение количества детей с торакально-мышечным типом телосложения по сравнению с контролем [19, 37].

Прогностическая и диагностическая ценность дерматоглифики не

вызывает сомнения при хромосомных патологиях (болезнь Дауна и синдром Шерешевского-Тёрнера). На основании 8 признаков кожи можно с уверенностью диагностировать болезнь Дауна [93, 141, 196].

Дерматоглифическое исследование также широко применяется в судебной медицине и при постановке диагноза врожденных патологий головного мозга, сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной, мочевыделительной и костно-суставной систем [22, 23, 48, 72, 73].

В зависимости от типа конституции пальцевые узоры были различными: у астеников чаще встречались петли — 59,57%; далее завитки — 33,43% и дуги — 6,99%, тогда как и среди пикников — соответственно 46,54%; 48,39%; 5,07%. Даже у однояйцевых близнецов с одинаковым геномом отпечатки пальцев бывают различными. Учёные предполагают, что в перспективе при клонировании людей с одинаковым геномом отпечатки их пальцев все равно останутся различными [61].

Дерматоглифическое исследование показало, что у лиц с СПУ типом на пальцевых узорах чаще обнаружены «петли», у СПН типом - «завитки», а у лиц со слабым типом - «дуги» [61].

В криминалистике и в судебной медицине дерматоглифическое исследование проводилось при экспертизах отцовства, при установлении возраста, роста, пола и этно-территориальных особенностей папиллярных узоров пальцев рук [21, 34, 38, 88, 90, 109, 127].

Ранняя диагностика лейкозиев, прежде всего, зависит от того, как комплексно и системно будут описаны соматическая и психическая индивидуальность больного. У детей с ОЛЛ обнаружены дерматоглифические изменения. Из 100 детей у 25 с ОЛЛ с аналогичным возрастом, полом и расового происхождения были выявлены аномальные ладонные складки: арочные узоры на кончиках пальцев и снижение частоты петлевых узоров указывают на повышенную заболеваемость. У детей, страдающих ОЛ,

обнаружена связь между отпечатками пальцев и особенностями клинического течения заболевания [19].

Для оценки дерматоглифических показателей и диагностического индекса была разработана балльная шкала у детей с острым лейкозом и практически здоровыми детьми. Были изучены дерматоглифические особенности у 176 пациентов с ОЛ. Контрольную группу составили 100 лиц. У мужчин с лейкемией были обнаружены высокая частота пальцевых завитков и снижение петлевых узоров по сравнению с мужчинами контрольной группы. Установлены дерматоглифические маркеры предрасположенности детей к развитию острого лимфобластного лейкоза: окончание во 2 поле главной ладонной линии А на одной или обеих ладонях, существование сложного узора (СУ) на дистальной фаланге II пальца одной или обеих кист и размер гребневой плотности (ГП) [157, 60].

При ОМЛ выявлены характерные отпечатки пальцев: наличие на III пальцевой подушечке центрального радиального кармана одной или обеих кист, окончание во 2 поле на левой ладони главной ладонной линии А, размер гребневой плотности более [26, 61, 73, 88].

В последнее время наименее изученной остаётся прогностическая значимость дерматоглифической и индивидуально-типологической конституции в течении лейкемии.

Исследование ученых показали, что ладонные сгибательные складки развиваются у эмбриона одновременно с кроветворными клетками, и обе они возникают из мезодермальной ткани. Аномальный эмбриогенез может привести к повреждению эмбриона и к лейкемическим изменениям в кроветворных клетках и к изменению ладонных складок. Изучали взаимосвязь между ладонными складками с развившимся ОЛЛ в возрасте 6 лет. У всех детей с двусторонними изменениями в узорах частота поражения ЦНС была выше (50%), чем у детей без двусторонних изменений в складках (6%). Это еще

раз доказывает, что предлейкемические изменения развиваются внутриутробно до установления гематоэнцефалического барьера [98, 118].

Изучали характер и интенсивность рисунка отпечатков пальцев пациентов с лейкемией (100 мужчин и женщин). Результаты проведенных исследований показали увеличение количества арки, локтевых петел и уменьшение радиальных петель на обеих руках мужчин по сравнению со здоровыми мужчинами. Это ещё раз доказывает, что возможно у пациентов с лейкемией узоры пальцевых гребней тесно взаимосвязаны с генетическими изменениями. Завитки показывают упрямство, петля показывает отсутствие настойчивости, арки обозначают грубость, поведение и составное обозначает ненадежный характер. Анализ человеческих данных показал, что узоры отпечатков пальцев генетически коррелируют с длиной пальцев [99, 127].

Одним из примеров этого, по мнению исследователей, является то, что люди с завитковыми отпечатками пальцев на обоих мизинцах, как правило, имеют более длинные мизинцы, чем те, у кого их нет. Эта корреляция тесно связана с генами, участвующими в развитии конечностей. По мере того, как руки плода растут, ладони и пальцы растягиваются и удлиняются. Например, это может превратить завиток в петлю [88].

Люди с большим количеством завитков более восприимчивы к лейкемии. Анализ человеческих данных показал, что узоры отпечатков пальцев генетически коррелируют с длиной пальцев. Изучение дерматоглифических особенностей 76 европеоидных больных острой лимфоцитарной лейкемией показало, что у пациентов мужского пола чаще встречались завитки пальцев (33%), чем у их братьев (26,7%) или отцов (27,8%). Больные лейкемией и их братья, и сестры имели больше сиднейских ладонных складок (41,3% и 35,4%), чем их родители (10,9%) или две контрольные группы (20,4% и 10,5%) [60, 80].

Плоскоклеточный рак (ПКР) полости рта составляет более 90% злокачественных новообразований полости рта. Основными факторами риска ПКР являются курение сигарет и употребление алкоголя. Однако, поскольку не

у всех курильщиков или алкоголиков развивается это заболевание, также были предложены другие факторы, включая генетические характеристики каждого человека, которые могут быть связаны с вероятностью развития ПКР [132, 154].

Поскольку дерматоглифика зависит от генетических вариаций, отпечатки пальцев можно использовать для исследования предрасположенности людей к развитию различных заболеваний, хотя в этом отношении требуются дальнейшие исследования. Этот метод никоим образом не является заменой золотых стандартных методов диагностики [183].

Также были изучены показатели 43 пациентов с ОЛЛ в возрасте от 3 до 15 лет, среди них мужчин было – 10, женщин – 33 европеоидной расы, не имеющие родственные отношения. Проводили полное клинико-гематологическое обследование. В качестве сравнительной группы изучали 200 имеющих родственные отношения, из них 39 братьев, 48 сестер, 45 отцов и 68 матерей. Был использован индекс интенсивности рисунка кончика пальца (РИ). Так же дерматоглифические особенности у 176 пациентов с ОЛ сравнивали с таковыми у здоровых лиц. В результате было установлено, что частота завитков выше и ниже петель среди лиц, страдающих с ОЛ, чем в контрольной группе ($p < 0,05$) [61].

С другой стороны в последнее время в Российской Федерации широко распространено дерматоглифическое тестирование («Генетик-тест» со сканированием отпечатков пальцев), где утверждается, что по пальцевым узорам определяют индивидуальные особенности организма, предрасположенность к определенным патологиям, его темперамент, «стрессоустойчивость», что помогает в подборе профессии и вида спорта. Некоторые учёные к подобному тесту относятся критически и утверждают, что научных доказательств в этом отношении не существует [153, 209].

В работе Дяблова Ю.Л. (2020) проведен анализ степени научности дерматоглифической криминалистики при раскрытии преступлений [49, 118]. в

Рассмотрен Меморандум Российской Академии наук (2016г), объявивший дерматоглифическое тестирование псевдонаучным.

Дяблова Ю. Л. утверждает, что для доказательств научного потенциала дерматоглифики необходимо провести масштабные исследования на основе десятков и сотен тысяч дактилоскопических карт. Учёные РАН утверждают, что в научных публикациях, индексируемых в Web of Science, Google Scholar и Scopus отсутствует информация, доказывающая, что дерматоглифическим исследованием можно выявить предрасположенность человека к определенным заболеваниям и его характерологические особенности [20, 49, 64].

Таким образом, для определения психофизической конституции человека с отражением не только психологического состояния, но и внешне-опознавательных признаков необходимо на основе научно-обоснованных современных классификаций использовать подробно обдуманые психодиагностические методы. Мы не должны использовать дерматоглифику как самостоятельное диагностическое исследование для определения личностных особенностей и папиллярных узоров больных с лейкемией.

Для полноценного изучения всех личностных особенностей человека необходимо прибегать к комплексному мультидисциплинарному подходу и множеству психологических методов диагностики с учетом индивидуальных особенностей пациента.

1.6. Выживаемость и смертность у пациентов с острым миелоидным лейкозом

Прогнозирование ожидаемой продолжительности жизни оценивается важнейшим статистическим показателем, как – выживаемость, которая в своё очередь отражает вероятную частоту установленных исходов среди групп пациентов в конкретное время [99].

Выживаемость пациентов с острыми лейкозами зависит, прежде всего, от социального уровня населения, от своевременной диагностики и оказания

медицинской помощи, от возрастного аспекта, коморбидного статуса генетических особенностей индивидуума, подтипов лейкоemий [161, 195].

Анализ летальности от ОМЛ по всему миру показал, что Восточная Европа отличается высокой смертностью, особенно Венгрия, Словакия, Чехии, а также США, Англия, Австралия и Израиль [131, 161, 165].

В Российской Федерации летальность от лейкоemии равна 5 и 4 среди мужчин и женщин соответственно. Самые низкие показатели летальности зарегистрированы в Китае, в Африке и в Японии [192].

Последние 10 лет среди взрослого населения, особенно в пожилом возрасте, заболеваемость и смертность от различных форм лейкоза возрастают, тогда как среди детей зафиксировано значительное снижение смертности, и связано со значительными достижениями в программной химиотерапии острых лейкоemий [158].

В течение первых двух десятилетий второй половины прошлого века наблюдался рост заболеваемости и смертности от ОМЛ и её подтипов (промиелоцитарый лейкоз). Однако с начала 70-х гг. показатели заболеваемости и смертности стабилизировались. Острый промиелоцитарный лейкоз как один из подтипов ОМЛ после проведенной программной химиотерапии переходит в 67% случаев в полную клинико-гематологическую ремиссию. У 85-90% пациентов детского возраста, страдающих ОМЛ, после проведения индукционной терапии наступает полная клинико-гематологическая ремиссия и 5-летняя выживаемость составляет от 65-70% [130, 191, 192, 193].

Пятилетняя выживаемость в США для всех форм лейкоemии среди мужчин составляет от 39 и 38%, а у женщин – 30-31%; в Западной Европе - 27% и в других странах Европы – 15%, тогда как летальность от ОМЛ составляет 1,2% от общей онкологической смертности. Ежегодно в США регистрируют около 20240 случаев ОМЛ и каждый год умирают примерно 11 400 человек [195, 210].

По литературным данным отечественных и зарубежных исследователей, уровень смертности от ОМЛ десятикратно возрастает у лиц, работающих в резиновых, кожевенных, химических и нефтеперерабатывающих промышленности, на фермах, птицефабриках. Риск развития смертности возрастает от лейкемии и у лиц, контактирующих с бензолом, с пестицидами, минеральными удобрениями, электромагнитным излучением, диоксином (из-за неполного сжигания отходов) [129, 148, 157].

Проведенное когортное исследование показало, что благодаря инновационной программной химиотерапии несмотря на возрастной аспект показатели 5-летней выживаемости ОЛ улучшились. У детей в возрасте до 14 лет этот показатель составил от 65-70%, от 15-34 лет – 52%, от 35-54 – 37%, от 55-64 лет – 20%, от 65-74 – 9% [97, 130, 184].

Прогноз выживаемости и летальности зависит от подтипа ОМЛ, от общего состояния здоровья, возрастного аспекта, от приема химиопрепаратов в анамнезе, от отягощенности коморбидного статуса и развившихся осложнений, наличия наследственных патологий, от уровня лейкоцитов во время верификации диагноза (более 10 тысяч). На выживаемость также влияет то, насколько далеко зашла лейкемия на момент постановки диагноза. Если у пациента высокое количество лейкоцитов в крови при постановке диагноза, перспективы ухудшаются [119, 142, 143, 186, 187, 190].

Отсутствие рецидива заболевания при ОМЛ в течение 5 лет считается излечением [160].

Показатели относительной 5-летней выживаемости пациентов с ОМЛ составляют 27%. Частота летальности от ОМЛ возрастает в зависимости от присоединения инфекционных и неинфекционных осложнений, от наличия сопутствующих патологий, от миелотоксичности применяемых химиопрепаратов, от возрастного аспекта. В последние 10 лет с применением инновационных высокоэффективных методов программной терапии ОМЛ 5-летняя выживаемость удвоилась. У 315 пациентов, страдающих ОМЛ острым

лейкозом за 7-летний период (1966-1972 гг.) доказано, что наиболее частыми причинами летального случая были: присоединение вторичной инфекции (75%), затем геморрагический синдром (24%) и полиорганная недостаточность (9%) [121, 167, 198].

Ранняя смерть наступила у 9 пациентов с ОЛЛ (1%) и у 30 пациентов с ОМЛ (13,1%) после получения программной химиотерапии, тогда как до проведения терапии смертельный исход был в 3% и 10% случаев [188].

Анализ причин смертности у 875 детей с ОЛЛ и 229 ОМЛ, получавших лечение по стандартным протоколам Голландской детской онкологической больницы, показал, что среди пациентов с ОЛЛ всего умерло 23 (2,6%) и среди больных с ОМЛ 44 (19,2%). Наиболее частыми вторичными инфекциями были: бактериальные и вирусные пневмонии и грибковые инфекции (*Candida spp.* и *Aspergillus spp.*). Кровоизлияние в мозг и ДВС (61% и 12%) наиболее чаще были связаны с тромбоцитопенией (61%) и диссеминированным внутрисосудистым свертыванием крови (12%) [155].

Синдром лизиса опухоли (СЛЮ), миелотоксичность самого опухолевого процесса и химиопрепаратов является основной причиной почечной недостаточности и летального исхода [117, 121, 197].

Несмотря на проведенные инновационные методы терапии у пациентов с ОМЛ прогноз заболевания остаётся неблагоприятным: за последнее 10 лет летальность увеличилась от 41 до 61%. Наиболее частыми причинами смертельного исхода при ОМЛ явились: геморрагический синдром, высокая степень гиперлейкоцитоза, присоединение вторичной инфекции [140, 156, 165, 181, 201].

В 2021 году литературный поиск по пяти базам данных (PubMed, Embassa, Scopus, Clinicalkey и JSTOR) показал, что основной причиной смертности (20%) при ОМЛ является прогрессирование гиперлейкоцитоза

Ранняя высокая смертность при ОМЛ до 29% связана, в основном, с закупориванием сосудов лейкозными клетками с дальнейшим развитием лейкостаза и ишемических изменений в тканях [201].

Проведенное эпидемиологическое исследование показало высокую корреляционную связь между факторами риска развития ОМЛ с их выживаемостью. В исследование были включены пациенты до 60 лет (81,6%). В результате проведенных исследований обнаружены цитогенетические факторы риска (40,8%), наличие гиперлейкоцитоза менее $30 \times 10^9/\text{л}$ (57,1%) (46,9%) и возрастной аспект выше 60 лет. Лучший прогноз был обнаружен у пациентов до 60 лет [140, 201].

Были проведены ретроспективные 11 когортных исследований. Пациенты с ОМЛ, сопровождавшимся гиперлейкоцитозом, были разделены на 2 группы: в I группе больных был проведен лейкоферез, II группа пациентов не получали лейкофереза. Проведенное исследование показало, что у пациентов с гиперлейкоцитозом до $100\ 000/\text{мм}^3$ после проведения лейкофереза существенных различий между группами не было выявлено. И при случае гиперлейкоцитоза $50\ 000/\text{мм}^3$ также не были обнаружены позитивные результаты по отношению предотвращения ранней смертности, тогда как при гиперлейкоцитозе $\geq 50\ 000/\text{мм}^3$ имеется возможное мнение о пороговом значении предотвращения ранней смертности [137, 140].

Таким образом, применение лейкофереза не гарантирует предотвращения ранней летальности у больных ОМЛ с гиперлейкоцитозом и до сих пор остается спорным вопросом. Негативные прогностические факторы риска значительно влияют на выживаемость и на исход проводимой программной химиотерапии.

Ранняя смертность у пациентов с ОПЛ в клинических испытаниях составляет - 6%, а в популяционных клинических исследованиях до 29%. ОПЛ относится к агрессивным подтипам ОМЛ и встречается от 5% до 15% случаев, хорошо поддается проводимой химиотерапии. Исследование было проведено в

Калифорнии у 963 пациентов с ОПЛ в возрасте старше 15 лет за 1999–2014 гг. У этих категорий лиц отмечалась ранняя смертность на 7-е сутки заболевания [121]. В 1985 году транс-ретиноевая кислота (АТРА) была впервые в Китае применена 5-летней пациентки. При своевременной химиотерапии ОПЛ с АТРА и триоксид мышьяком была достигнута полная клинико-гематологическая ремиссия и долгосрочная выживаемость составляла от 90 до 95%. Несмотря на благополучный исход от проводимой химиотерапии, все же встречаются случаи ранней смертности из-за нарушения гемокоагуляции, с развитием ДВС-синдрома. Группа исследователей в проспективном многоцентровом исследовании доказали, что причиной ранней смертности от ОПЛ, прежде всего, являются: кровотечение, ДВС-синдром и присоединение вторичной и инфекции. Из 118 пациентов с ОПЛ при несвоевременной программной химиотерапии умерли 10 пациентов [161, 191].

Таким образом, продолжительность жизни оценивается таким статистическим показателем, как – выживаемость. Выживаемость пациентов с ОПЛ зависит, прежде всего, от социального уровня населения, от своевременной диагностики и оказания медицинской помощи, от возрастного аспекта, коморбидного статуса генетических особенностей индивидуума и подтипов лейкоemий.

1.7. Психотерапевтическая помощь лейкоemическим пациентам

Несмотря на век высоких нанотехнологий, диагностические исследования и современные методы терапии лейкоemий в настоящее время являются весьма актуальными. Инновационным высокотехнологичным методам исследования и лечения лейкоemий со стороны онкогематологов уделяется особое внимание, но, к сожалению, личностная сторона самого пациента, психовегетативный статус, его горе, индивидуальные тревоги и волнения, оказывающие отрицательное влияние на течение заболевания, в меньшей степени или вовсе не учитываются лечащим врачом [102].

Согласно научным исследованиям, у пациентов с лейкемией психотерапевтическая и психологическая помощь выходит на первый план, использование психотропных препаратов занимает второстепенное значение [29, 42, 47, 52, 125].

Симптомы тревожно-депрессивного состояния могут включать: тревожные сны, бессонницу, воспоминания медицинских процедур, нехватку внимания, различные состояния фобий. Психотерапевты в этих случаях рекомендуют позитивный настрой, постараться не сосредотачиваться на болезни, мотивировать, все время поддерживать их мнение и интересы [81].

После проведенной ГКС и ПХТ у пациентов с лейкемией чаще наблюдаются бессонница и психоэмоциональные нарушения, которые могут, в своё очередь, привести к негативному влиянию на эффективность химиотерапии, изменяя их качество жизни, что требует в обязательном порядке применения психокоррекционных мероприятий [158, 163, 174].

Проведено рандомизированное контрольное исследование. Пациенты I группы получали психологическую помощь, тогда как пациенты контрольной группы получали обычную базисную терапию. Состояние тревоги и депрессии измерялись с использованием шкалы самооценки тревоги и депрессии. Результаты исследования показали, что в I группе показатели тревоги и депрессии улучшились значительно по отношению к контрольной группе ($P < 0,05$) Описаны два случая острого психотического состояния после начала индукционной терапии, применения преднизолона в виде нарушения поведения, недержания мочи, колебания уровня активности и бредовые явления у пациентов с ОЛЛ. Через несколько недель психическое состояние нормализовалось [82, 102].

При сильном болевом синдроме и стрессе в крови повышается уровень кортизола, вследствие чего ослабевают иммунологические свойства организма, повышается уровень артериального давления, наблюдается эмоциональное перенапряжение, ассоциирование безнадежных мыслей о мучительной смерти,

далее пациенты впадают в депрессивно-тревожное состояние до суицидальных мыслей, что требует психотерапевтической помощи [82, 175].

Dwek M.R. (2017) предлагает вариант когнитивной психотерапии, позволяющий поддержать позитивное психологическое состояние и снизить психопатологические расстройства при онкопатологиях [147, 202]

Проведены многочисленные экспериментальные исследования, касающиеся гипносуггестивной терапии при онкопатологии, после которой 93 раковых пациента прожили более 10 лет [81].

Состояние онкологического пациента зависит от нескольких факторов: психофизического состояния больного, от степени токсичности вводимой медикаментозной терапии, от качества проводимой анальгезии.

Психокоррекционная терапия с использованием гипносуггестивной терапии при депрессивно-тревожном синдроме и с болеутоляющей целью в терминальной стадии лейкемии является весьма эффективным и крайне важным [150].

Учёные доказали, что депрессивный синдром даже в легкой степени негативно влияет на течение лейкемии и на ход противоопухолевой терапии, увеличивая возможность летального исхода. Они предлагали ряд специальных уникальных программ, включающих гипносуггестивную терапию в случаях депрессивного синдрома, эмоциональных и психосоматических расстройств, страха смерти и одиночества. Для немедикаментозного лечения болевого синдрома при злокачественных опухолях многие психотерапевты предлагают комплексную терапию с применением гипносуггестивной терапии с рефлексотерапией [84, 136].

Психотерапевтическая программа Стефани Саймонта (2001) при онкопатологиях основана на методе релаксации и визуализации, преодоления страха, уменьшения болевого синдрома [152].

Авторы предлагают вести психотерапевтические мероприятия среди членов семьи с широким использованием психотерапевтической коррекции в

сфере «семейных контактов», с глубоким анализом семейных взаимоотношений [169].

У онкологического пациента зачастую появляется агрессивно злобное состояние. В основном злоба направлена на лечащего врача и на родственников. В таких состояниях рекомендуется проведение разъяснительной психотерапевтической беседы, назначение седативных и психотропных препаратов, ведение дневника самонаблюдения, просмотр комедийных видеофильмов [6, 15, 47].

Психотерапевтические мероприятия должны быть направлены на уменьшение отрицательного эмоционального фона пациентов по отношению к болезни.

Психотерапевтические мероприятия должны сочетаться с применением антидепрессантов для достижения положительных исходов. Наряду с вышеописанными психотерапевтическими мероприятиями пациентам можно рекомендовать отвлекающие мероприятия в виде: музыкотерапии, чтения интересных книг и т.п. [78, 79].

Описан случай гипнотерапии пациентки с ХМЛ. Пациентка в период проведения химиотерапии жаловалась на боли в костях, повышение температуры тела, раздражительность, плаксивость, тошноту, рвоту, головные боли, чувство тревоги, бессонницу. На фоне базисной терапии была проведена гипносуггестивная терапия, после чего психологическое состояние нормализовалось, прошла рвота и тошнота, болевой синдром резко уменьшился [184].

Коррекция психоэмоциональных расстройств достигалась комплексной терапией (анальгезирующая, миорелаксирующая, антидепрессивная и седативная). Эфевелон – относится к антидепрессантам первого ряда для лечения тревожно-депрессивного синдрома у пациентов с онкологическими заболеваниями (75 мг в сутки) с учётом показаний, противопоказаний и лекарственного взаимодействия [189].

В терминальной стадии заболевания пациенты нуждаются не только в психотерапевтической помощи, но и в назначении психотропных препаратов [203].

Таким образом, подытоживая обзор литературных источников, необходимо отметить, что комплексный подход к клинико-конституциональным особенностям у пациентов с лейкемией даёт возможность в начальных стадиях заболевания обнаружить ранние клинические проявления и индивидуализировать прогноз.

Анализ отечественной и зарубежной литературы доказывает, что уровень научной доказательности зависимости показателей дерматоглифики с внешними антропометрическими данными и видовыми различиями темперамента остаётся недостаточным. Для повышения уровня доказательности необходимо масштабное исследование.

Одно психодиагностическое исследование не в состоянии полностью отразить индивидуально-типологическое состояние человека, только с применением нескольких научно-обоснованных и объективных результатов, заключений тестирований без субъективных выводов можно комплексно оценить психофизическую конституцию человека.

Психотерапевтическая помощь позитивно влияет на состояние лейкемических больных, на общую и безрецидивную выживаемость, и качество жизни тяжёлых больных.

Глава 2. Материал и методы исследования

2.1. Клиническая характеристика обследуемых больных

Научное исследование проведено на кафедре внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино на базе гематологического отделения, базирующегося в ГУ НМЦ Республики Таджикистан, в период с 2015 по 2020 гг.

Под наблюдением находились 187 пациентов с ОМЛ, в возрасте от 17 до 63 лет.

Распределение пациентов с ОМЛ в зависимости от типов темперамента представлено на рисунке 2.1.

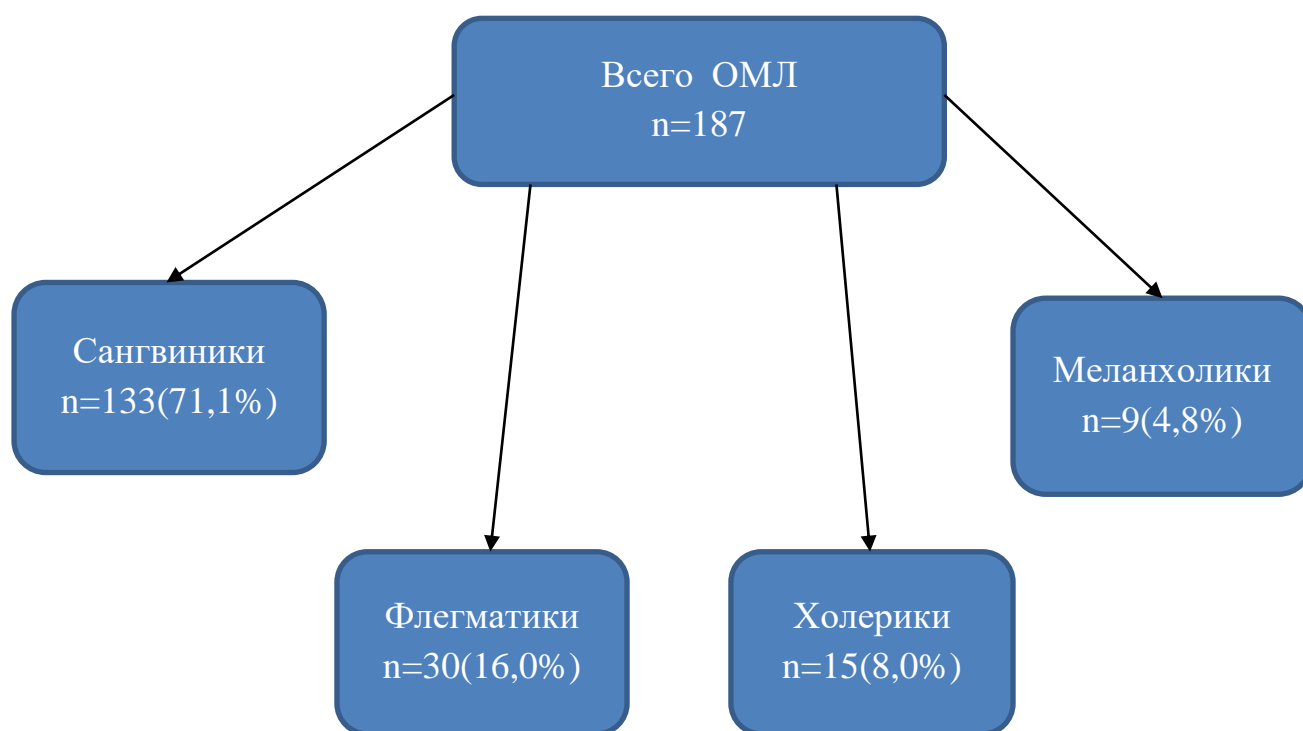


Рисунок 2.1. - Распределение пациентов с ОМЛ в зависимости от типов темперамента

Для оценки эффективности комплексной терапии все больные были разделены на 2 группы: I группа больных (93 чел.; 49,7%), получавших комплексную терапию: базисная терапия (БТ) и индивидуализированная

психоаналитическая терапия (ИПТ) с психотропным препаратом (граидаксин по 50мгх2 раза в день), II группа больных (94 чел.; 50,3%), получавших только базисную терапию (БТ) (рисунок 2.2).

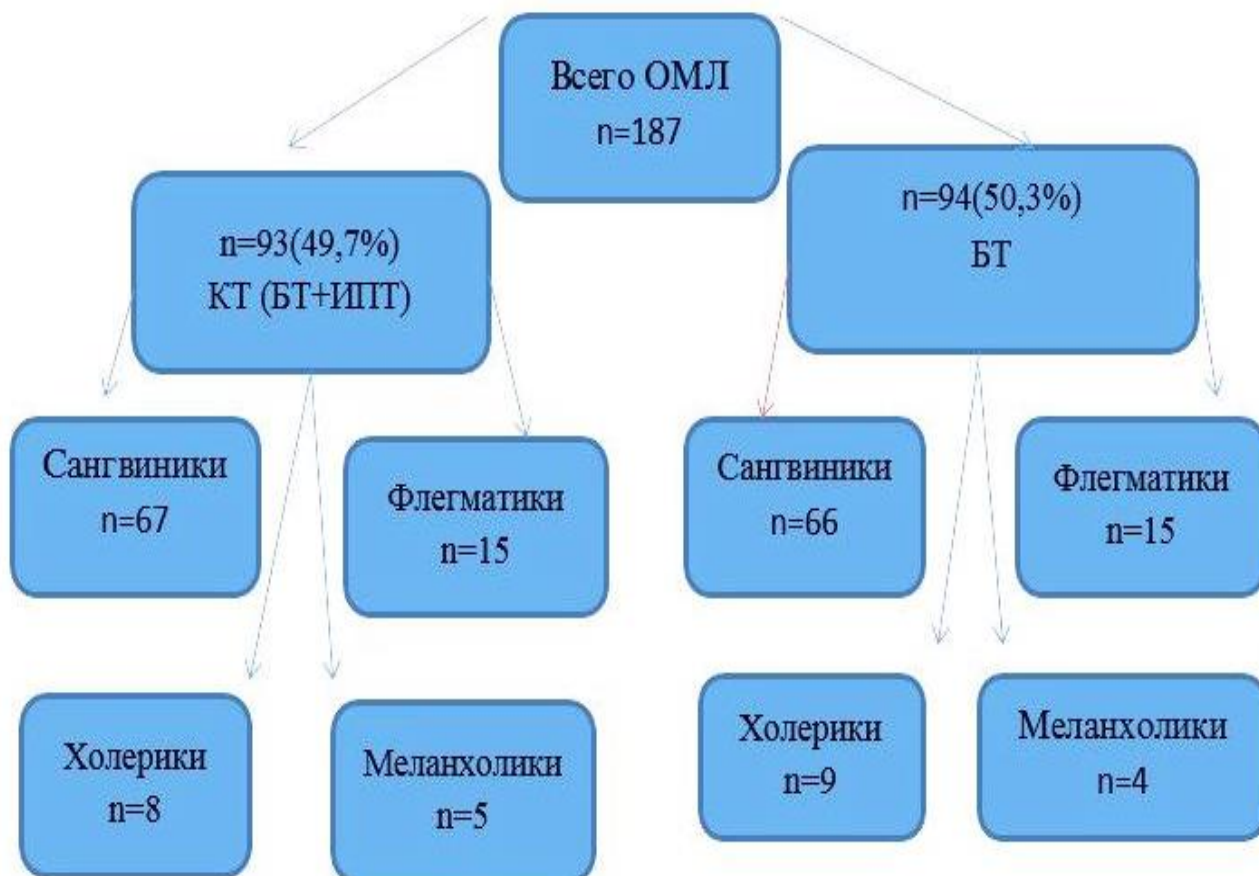


Рисунок 2.2. – Распределение пациентов с ОМЛ в зависимости от получаемой терапии

Пациенты с ОМЛ с сангвиническим темпераментом по частоте встречаемости выходили на первый план (133 чел.; 71,1%) по сравнению с меланхолическим (9 чел.; 4,8%), холерическим (15 чел.; 8,0%) и флегматическим темпераментами (30 чел.; 16,0%).

В обеих группах определяли тип темперамента. Контрольную группу составили 50 здоровых лиц, адекватных по полу и возрасту. Сопоставление пациентов с ОМЛ в зависимости от возрастного аспекта и половых различий, а также от типологических особенностей представлено в таблице 2.1.

Таблица 2.1. - Сопоставление пациентов с острой миелоидной лейкемией в зависимости от возрастного аспекта, половых различий и типологических особенностей

Пол	ОМЛ n=187									
	17-27 года		28-38 лет		39- 49 лет		50-60 лет		61 – 63	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Пациенты с сангвиническим темпераментом n=67										
Муж.	3	4,4	9	13,3	21	31,2	3	4,6	-	-
Жен.	7	10,6	10	15,0	10	15,0	4	6,0	-	-
Всего	10	15,0	19	28,3	31	46,2	7	10,6	--	
Пациенты с флегматическим темпераментом n=15										
Муж.	-	-			3	20,0	2	13,2	-	
Жен.	-	-			4	26,6	4	26,8	2	13,2
Всего	-	-			7	46,6	6	40,0	2	13,2
Пациенты с холерическим темпераментом n = 6										
Муж.	1	16,6	-	-	-	--	-	-	--	-
Жен.	2	33,3	3	50,0	-	-	-	-	-	-
Всего	3	50,0	3	50,0	-	-	-	-	-	-
Пациенты с меланхолическим темпераментом n=5										
Муж.	-	-	-	-	2	40,0	1	20,0	-	
Жен.	-	-	-	-	-	-	-	-	2	40,0
Всего	-	-	-	-	2	40,0	-	-	2	40,0

Сопоставление пациентов с ОМЛ в зависимости от возрастного аспекта и половых различий, а также от типологических особенностей показало (таблица 2.1.1), что пациенты с сангвиническим темпераментом чаще встречались среди лиц молодого и зрелого возраста (28 до 49 лет), флегматики и меланхолики в среднем и пожилом возрасте (от 39-63 лет), тогда как холерики в более молодом возрасте (18-28 лет).

Критерии включения: верифицированный диагноз – острая миелоидная лейкемия, возраст больных от 17 до 63 лет, наличие психовегетативных нарушений, согласие пациента.

Критерии исключения: другие злокачественные заболевания, метастатическое поражение костного мозга и несогласие пациента.

Сравнительная оценка ИМТ у пациентов с ОМЛ в зависимости от типов темперамента показала, что у пациентов с меланхолическим темпераментом в динамике на фоне терапии обнаружено снижение массы тела от начального веса до дефицита массы тела (15,0%), кахексия средней (19,0%) и тяжёлой степени тяжести (6,0%) (таблица 2.2).

Таблица 2.2. - Сравнительная оценка индекса массы тела у пациентов с острой миелоидной лейкемией в зависимости от типов темперамента

Темперамент	Показатель	%	ИМТ кг/м ²
Сангвиники	Ожирение I степени	37,0	33,0±2,0
	Ожирение II степени	63,0	36,0±3,0
Флегматики	Ожирение I степени	57,0	33,0±2,0
	Ожирение II степени	43,0	36,0±3,0
Холерики	Нормальные значения	23,0	23,0±3,0
	Дефицит веса	77,0	17,0±0,5
Меланхолики	Дефицит веса	15,0	17,0±0,5
	Кахексия средней степени	19,0	17,0±1,0
	Кахексия тяжёлой степени	66,0	14±1,0

Больные с холерическим темпераментом с нормальным весом составили 23,0% и дефицитом веса составили 77,0% случаев, тогда как у пациентов с

сангвиническим и флегматическим темпераментом, несмотря на тяжесть состояния, не наблюдалось прогрессивного снижения массы тела, даже в терминальной стадии заболевания. У этой категории лиц наблюдалось ожирение I (37,0% и 57,0%) и II степени (63,0% и 43,0%)

2.2. Методы исследования

Проведены общеклинические, биохимические исследования, исследование психосоматической и вегетативной системы, и морфофункционального состояния ССС.

Количество форменных элементов в периферической крови определяли в камере Горяева.

Развернутый анализ крови брали утром натощак из безымянного пальца руки в градуированную пипетку. До взятия крови (за 10ч) приём пищевых продуктов и лекарственных препаратов, алкоголя, и физические нагрузки были противопоказаны.

Концентрацию глюкозы плазмы (ммоль/л) пациентам с лейкемией определяли в лаборатории «Диамед» ферментативным методом (гексокиназный и глюкозооксидазный).

Проводили функциональное исследование почек: пробы по Зимницкому, Нечипоренко, проба Реберга, УЗИ почек.

Пробу Зимницкого проводили с 6 часов утра, первую порцию мочи выливали в унитаз.

Первую порцию мочи собирали в 9 часов утра, далее каждые 3 часа мочу собирали (8 порций мочи) в отдельные стеклянные баночки до 6 часов утра.

Пробу Реберга проводили с целью определения СКФ и канальцевой реабсорбции (96%) по коэффициенту очищения эндогенного креатинина крови и мочи, оценивали экскреторную функцию почек. Параллельно со сдачей крови сдавали анализ мочи для установления концентрации креатинина.

Пациенты проконсультировались со всеми соответствующими

специалистами.

Исследовали состояние коагуляционной системы крови с определением фибриногена (сульфатным методом Рамплинга в модификации ГВ индекса (метод Квика), АЧТВ (Р. Проктор с соавт., 1961).

Стерильную пункцию костного мозга проводили в горизонтальном положении. Перед проведением стерильной пункции операционное поле спиртом и йодом.

На уровне II-III межреберья по срединной линии быстрым движением производили пункцию иглой Кассирского. При попадании иглы в костный мозг почувствовали ощущение провала.

Затем после вынимания мандрена шприц вводили к игле и вытягивали около 0,3 мл костного мозга. Далее иглу вынимали из стернума и на область пункции ставили стерильную повязку.

Полученный костный мозг ставили на предметное стекло, далее исследовали морфологическое состояние костного мозга.

Диагноз ОЛ ставился на основании выявления в периферической крови и в костном мозге бластных клеток, тогда как при ХЛ – созревающих и зрелых клеток.

Для предупреждения развития нейрорлейкемии проводили спинномозговую пункцию. Для проведения спинномозговой пункции заранее были подготовлены две пробирки и стерильная игла с мандреном.

Больного положили на кушетку на правый бок, и предельно сгибая ноги к животу. Прежде всего проводили местное обезболивание внутрикожным введением 0,3-0,5 мл лидокаина.

Люмбальную пункцию проводили между остистыми отростками III и IV позвонков, при попадании иглы в спинной мозг почувствовали ощущение «провала». Затем удалив мандрен из иглы, обнаруживали выход ликвора. Нормой считалось течение ликвора с промежуточными каплями – 50-60 капель в минуту.

Для клеточного и бактериологического исследования в пробирки набирали по 2,0 мл ликвора. В место пункции поставили стерильную салфетку и ватный тампон, фиксируя пластырем.

Давление ликвора измеряли водяным манометром в виде стеклянной трубочки.

При цитозе ликвора выше 10 в 1 мкл и при наличии бластоа был выставлен диагноз нейролейкемия.

Для оценки показателя смертности были представлены причины, приводящие к летальности: инсульт (I 25), острый инфаркт миокарда (I 21), полиорганная недостаточность (I 22), интерстициальная болезнь легких (J 84), пневмонии, в т. ч. вирусные (J 12) и бактериальные (J 13 – J 18).

Были оценены и сопоставлены показатели летальности. Летальность подсчитали по формуле: число летальных случаев от настоящего заболевания на 100 000 населения.

Определяли общую и безрецидивную выживаемость у пациентов с ОМЛ в период получения программной химиотерапии. Для определения общей выживаемости продолжительность жизни отсчитывали от начала программной химиотерапии до дня смерти от всяких причин, применяли все результаты полученных данных, свидетельствующие о состоянии пациентов. Безрецидивная выживаемость была оценена у пациентов с полной клинико-гематологической ремиссией.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) проводилось на органах грудной и брюшной полости и периферических лимфатических узлов с использованием аппарата "Sonostar SS-7" (Китай, 2013). КТВР проводили по показаниям на аппарате «Toshiba».

Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы определено электрокардиографией (ЭКГ) на аппарате Cardiofax ECC – 9320 ОК.

Морфофункциональное состояние ССС исследовано эхокардиографией (ЭхоКГ) и доплерографией (ДГ) на аппарате «Toshiba» (2008).

Для оценки состояния скорости кровотока в средних и крупных сосудах сердца, для раннего выявления патологических изменений в эндотелии сосудов и их деформации была проведена доплерография в ГУ Республиканском клиническом центре кардиологии РТ.

Допплеровское исследование проводилось в состоянии полулежа. Пациент раздевался до пояса.

После намазывания специально назначенным гелем датчики прикрепляли на определенные места под различными углами.

Рентгенологическое исследование легких проводилось комплексной лучевой диагностикой.

Типологические особенности ВНД определяли по методу Ильина Е.П. (1972): исследовали силу НС, устойчивость нервных процессов, состояние вегетативной нервной системы.

Состояние вегетативного фона определяли с помощью стандартной таблицы, разработанной А. М. Бейном (2003), и клиноортостатической пробы.

При проведении клиноортостатической пробы больной лежит на ортостатическом столе. В течение 15 минут каждые 1-3 минуты у больного измеряют АД и пульс. Далее больного просят постоять в вертикальном положении в течение 10 минут и вновь – принять горизонтальное положение.

При отсутствии расхождений больной не ощущает нежелательных чувств, а АД и пульс не больше, чем на 10 мм. рт. ст. и 20 ударов в минуту.

При этом вегетативный статус проявлялся в виде: симпатикотонии, ваготонии и смешанного типа.

Исследовали тип темперамента: определяли уровень экстраверсии и интроверсии, эмоциональной устойчивости. Применён опросник структуры темперамента и опросник по Айзенгу, Genetic-test (ALW) со сканированием отпечатков пальцев рук с оценкой формы узора.

Опросником Айзенка определяли тип темперамента [Айзенк Г.Ю., 1999] и основные его показатели: экстравертность, интровертность, нейротизм и

психотизм. Пациенты отвечали на поставленные 57 вопросов, на которые предусматривалось дать ответ «Да» или «Нет». 24 вопроса были предназначены интроверсии/экстраверсии, 24 из них – нейротизму и 9 вопросов отражали – шкалу лживости.

Genetic-test (биометрического тестирования) – простой и доступный метод определения, характерологические особенности и психотипа человека на основе масштабных исследований и не является ДНК-анализом.

Пальцевые узоры обеих рук были определены с помощью сканера. Далее пальцевые узоры анализируются определенными формулами на основе разработанного алгоритма в области дерматоглифики.

Типологические особенности пациентов были проанализированы на основе 4-х первостепенных видов пальцевых узоров (дуга – arch, A), (петля – loop, L), (завиток – whorl, W), (рисунок S).

Пальцевой индекс был определен по формуле $D = A + L + W + S / 10$, где $A=0$, $L=1$, $W=2$, $S=3$.

Тип конституции определяли по индексу физического развития (Пинье) по формуле $ИП = L - (P + T)$ (L - длина тела (см), P - масса тела (кг), T - окружность грудной клетки, см). Астеническим типом считалось худощавое телосложение при индексе больше – 30; нормостеником считали при индексе меньше – 10; гиперстеником считали тучное телосложение при индексе от 10 до 30 [Галкина Т.Н., 2008].

Для определения выраженности эмоциональной дезадаптации больных с ОМЛ использован психодиагностический метод: шкала тревоги Спилбергера-Ханина [Калягин В.А., 2006].

Пациентам приходилось отвечать на 40 поставленных вопросов: 20 вопросов были посвящены решению ситуативной тревожности, 20 вопросов определяли личную тревожность.

Пациенты, внимательно просмотрев соответствующие вопросы, справа зачеркивали ответы. Далее интерпретировали полученные результаты: до 30

баллов – тревожность считалась низкая, 31 - 44 балла – умеренная; 45 и более - высокая.

Всем пациентам рассчитывали индекс массы тела (ИМТ) по формуле:

$$I = \frac{m}{h^2},$$

где: m — масса тела в кг, h — рост в метрах, в кг/м². Нормой считалась масса тела от 18,5 до 24,99; избыточной – 25-29,99; ожирение I степени – 30-34,99; II степени – 35-39,99; III степени – от 40 и более.

Степень подкожно-жирового слоя определяли в сравнении индекса талия-бедро (измеряли сантиметровой лентой на уровне пупка окружность талия, окружность бедер – на уровне подвздошного гребня).

Проводили физиогномическое исследование: цвет кожи, глаз, волос, слизистых оболочек; форма головы, лба, спинки носа и ушей, ширина лба и профиль лица, толщина и выступ губ, форма и степень роста бровей, форма и состояние подкожных вен, и верхних и нижних конечностей.

Кумулятивный индекс коморбидности оценивали: индекс «0» показывал отсутствие сопутствующих заболеваний, «1» существование лёгкого течения патологии, «2» — сопутствующие патологии, диктующие медикаментозную терапию, «3» — сопутствующие патологии, приводящие к нетрудоспособности пациента, «4» — тяжелое течение заболевания, ассоциированное с сопутствующими заболеваниями с морфофункциональной недостаточностью и висцеропатиями, диктующее оказание экстренной помощи [Charlson., 1987].

Качество жизни у пациентов с лейкемией определяли с применением опросника MOS SF-36 [Метько Е. Е., 2018; Close D. 2000]. Придавали значение физическому функционированию (ФФ), показывающему активность движения по лестнице, самообслуживание без других лиц; ролевое физическое функционирование (ФФ), отражающие ежедневные проблемы; степень болевых ощущений; общее здоровье; уровень жизненной энергии, социальное

функционирование и психо-эмоциональное состояние, указывающее на тревожно-депрессивный синдром.

Верификация диагноза острая и хроническая лейкемия ставилась согласно утверждённой ВОЗ МКБ (X пересмотра).

Для статистической обработки материала использовали компьютерную программу статистического анализа Statistica версия 10.0 для Windows. Нормальность распределения выборки оценивалась по критериям Шапиро-Уилка и Колмогорова-Смирнова. Количественные величины представлены в виде среднего значения и стандартной ошибки ($M \pm m$), качественные – в виде абсолютных значений и долей (%). Парные сравнения количественных независимых групп выполнялись по U-критерию Манна-Уитни, множественные – по H-критерию Краскела-Уоллиса. Парные сравнения количественных зависимых групп выполнялись по T-критерию Вилкоксона, качественных - по критерию Мак Немара. Для сравнения качественных показателей между двумя группами использовался критерий χ_2 , в том числе с поправкой Йетса и точный критерий Фишера, множественные сравнения выполнялись с использованием критерия χ_2 для произвольных таблиц. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Глава 3. Анализ и оценка результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований

3.1. Состояние психовегетативного статуса у больных с острой миелоидной лейкозией в зависимости от типологических особенностей

Пациенты с сангвиническим темпераментом характеризовались экстравертностью (100,0%), активностью (98,0%), энергичностью (99,0%), общительностью (97,0%), легкомысленностью (67,0%) и безудержностью (39,0%) (рисунок 3.1).

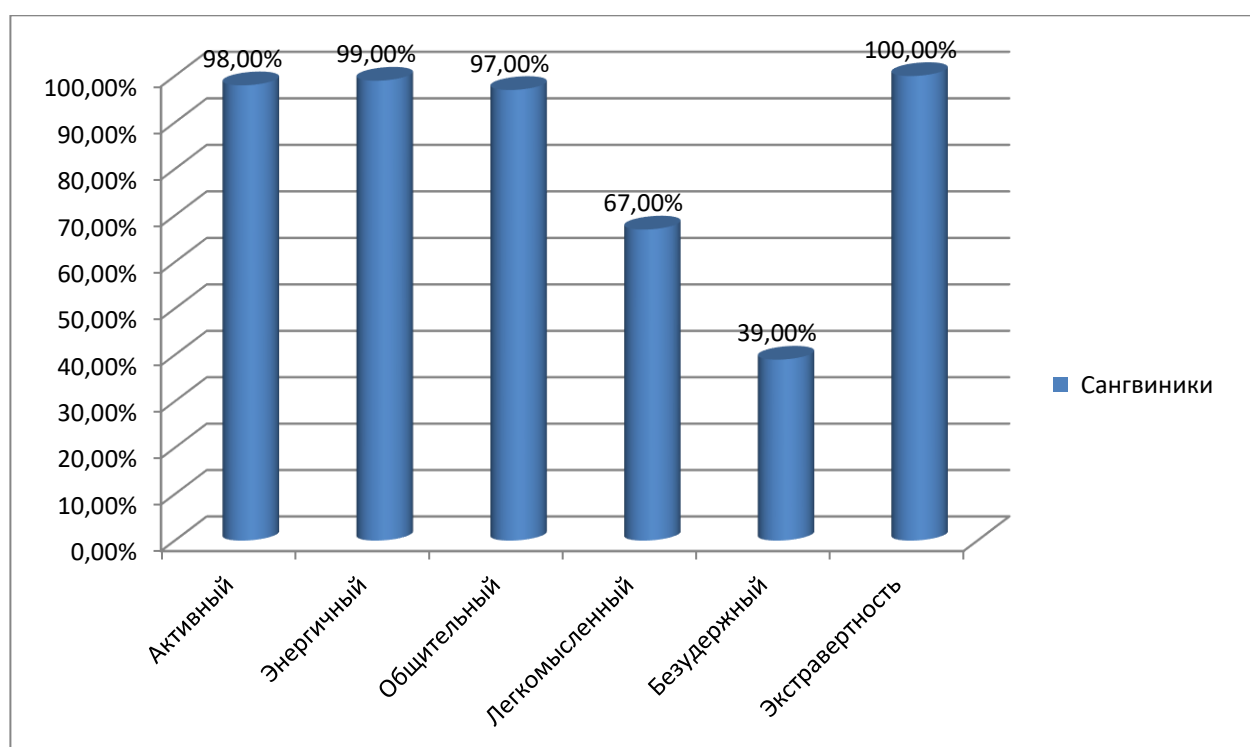


Рисунок 3.1. - Психологическое состояние пациентов с сангвиническим темпераментом, страдающих ОМЛ (в стадии полной ремиссии)

Вегетативные нарушения у сангвиников, страдающих ОМЛ, проявлялись в виде гиперсаливации (85,0%), гипертонического синдрома (94,0%), потливости (82,0%), бессонницы (73,1%), тахикардии (97,0%), запоров, чередующихся с диареей (64,0%), красного дермографизма (100,0%) (рисунок 3.2).

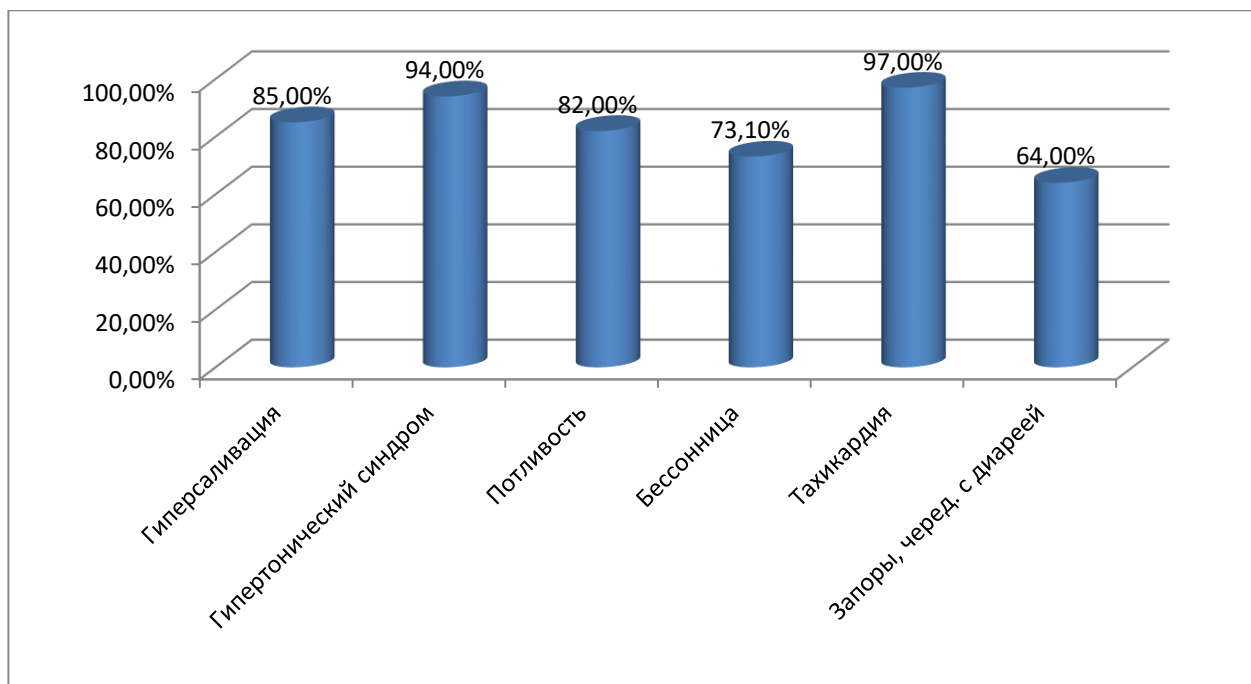


Рисунок 3.2. - Вегетативный статус пациентов с ОМЛ с сангвиническим темпераментом

Пациенты с ОМЛ с флегматическим темпераментом отличались интровертностью (100,0%), уравновешенностью (100,0%), малоэмоциональностью (100,0%), малоподвижностью (100,0%), серьёзностью (78,0%) (рисунок 3.3).

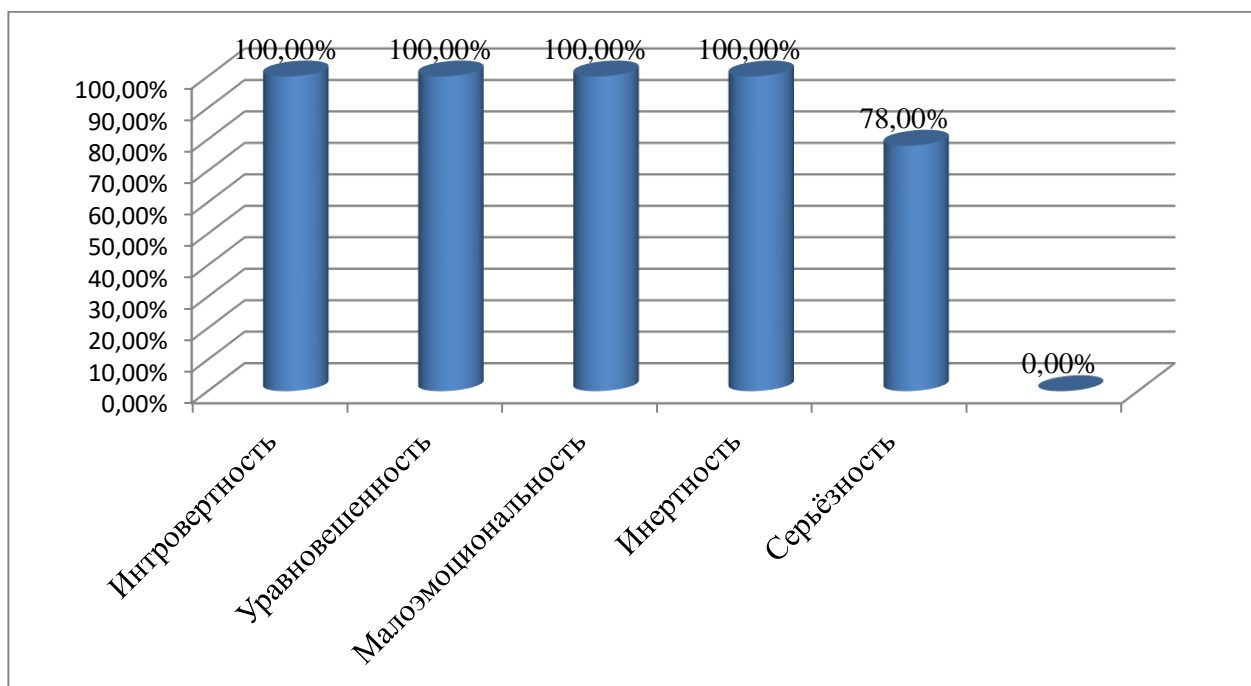


Рисунок 3.3. - Психологическое состояние пациентов с флегматическим темпераментом, страдающих ОМЛ

Вегетативные дисфункции у пациентов с ОМЛ с флегматическим темпераментом сопровождались гиперсаливацией (86,6%), артериальной гипертензией (93,3%), потливостью (100,0%), сонливостью (80,0%), запорами (60,0%) и брадикардией (73,3%) (рисунок 3.4).

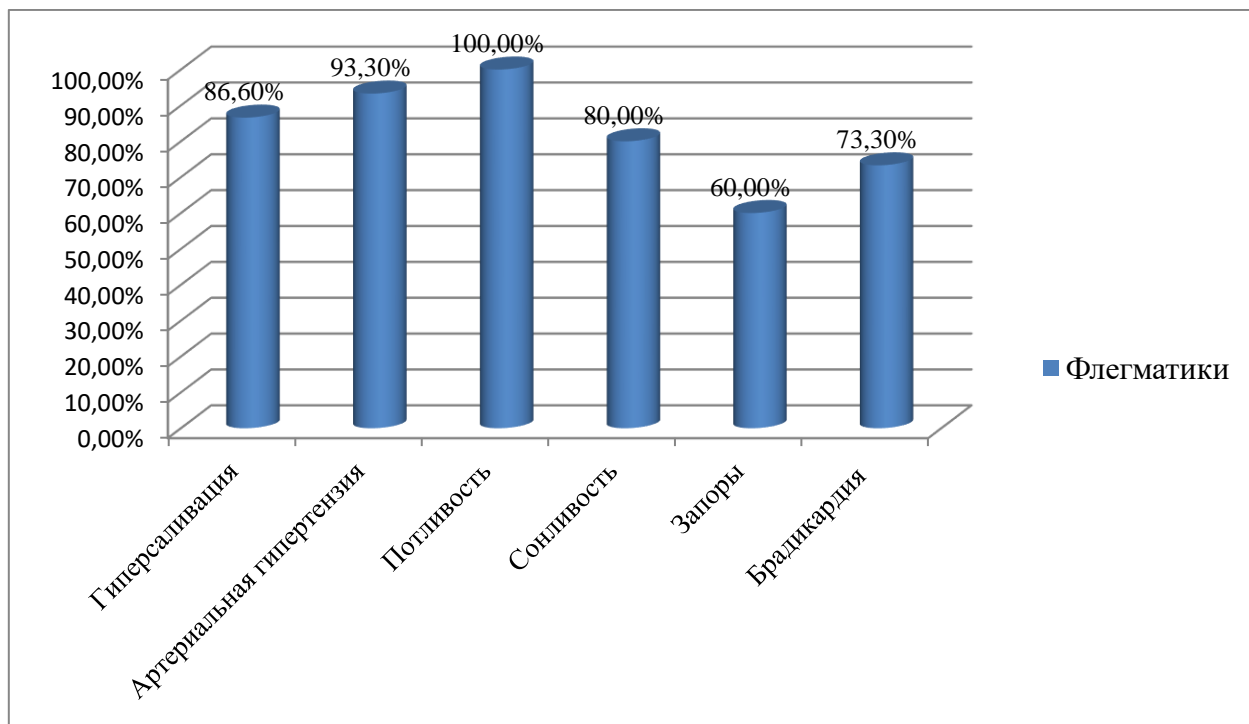


Рисунок 3.4. - Состояние вегетативного статуса у пациентов с ОМЛ с флегматическим темпераментом

Пациенты с меланхолическим темпераментом отличались интровертностью с высоким уровнем нейротизма (100,0%), характеризующегося эмоциональной неустойчивостью (100,0%), тревогой (89,0%), низким самоуважением (78,0%), легкой ранимостью (99,0%), впечатлительностью (93,0%), малой общительностью (95,0%), подозрительностью (93,0%), одиночеством (89,0%) (рисунок 3.5).

У пациентов с меланхолическим темпераментом вегетативные нарушения проявлялись в виде: гипосаливации (96%), периодических запоров (67%), головокружения (89%), гипотонического синдрома (87%), тахикардии (94%) и белого дермографизма (95%) (рисунок 3.6)

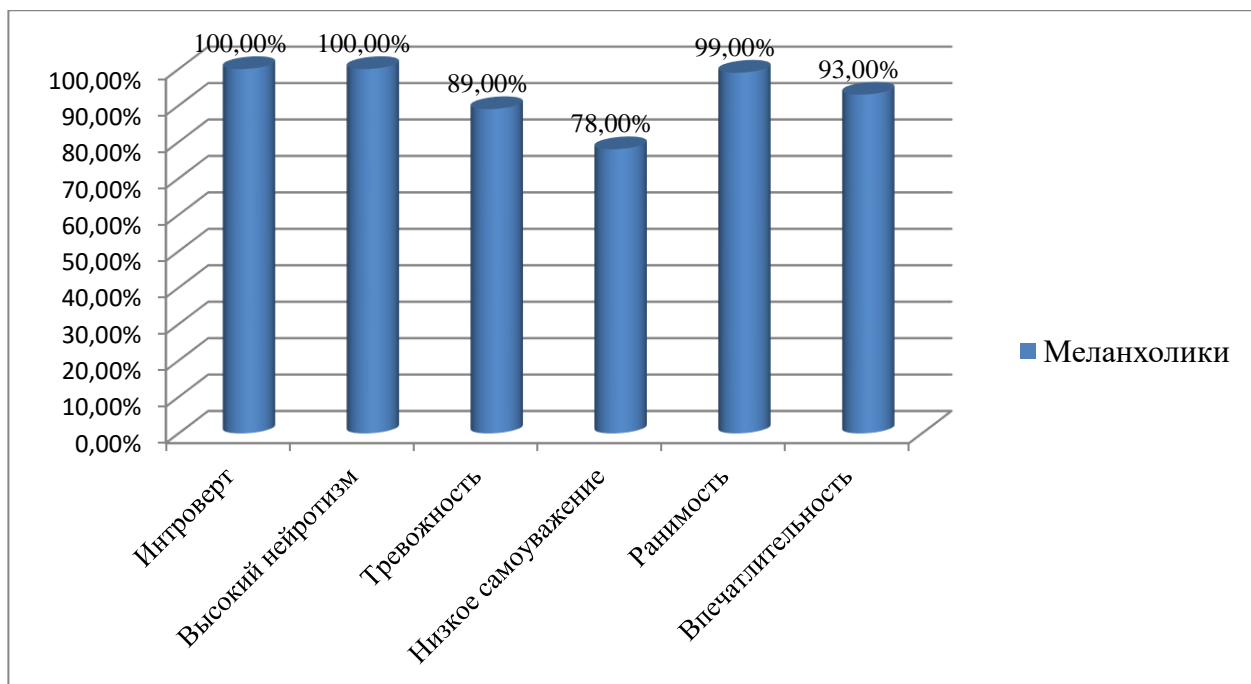


Рисунок 3.5. - Психологическое состояние пациентов с меланхолическим темпераментом, страдающих ОМЛ (в стадии полной ремиссии)

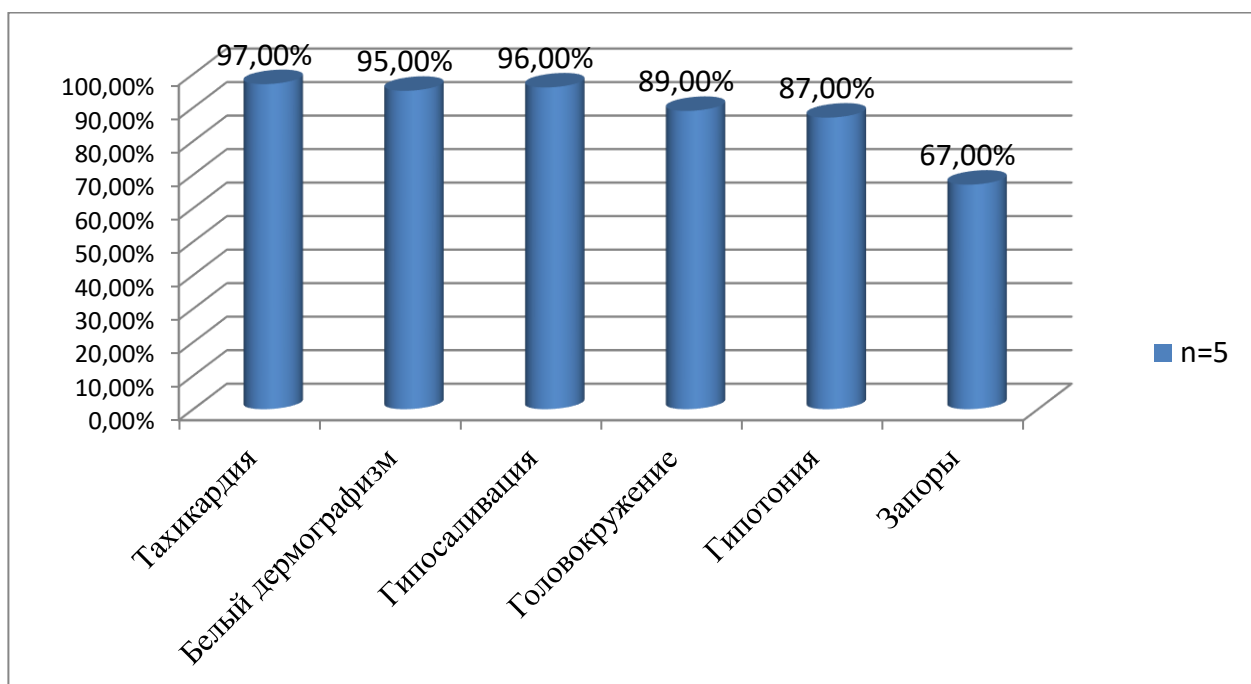


Рисунок 3.6. - Психовегетативные нарушения у пациентов с меланхолическим темпераментом, страдающих ОМЛ

Лица с холерическим темпераментом (симпатотоники) отличались высокой степенью экстраверсии (100,0%), общительностью (97,0%),

эмоциональностью (100,0%), агрессивностью (92,0%), активностью (98,0%), высокомерностью (79,0%), самоуверенностью (96,0%) (рисунок 3.7).

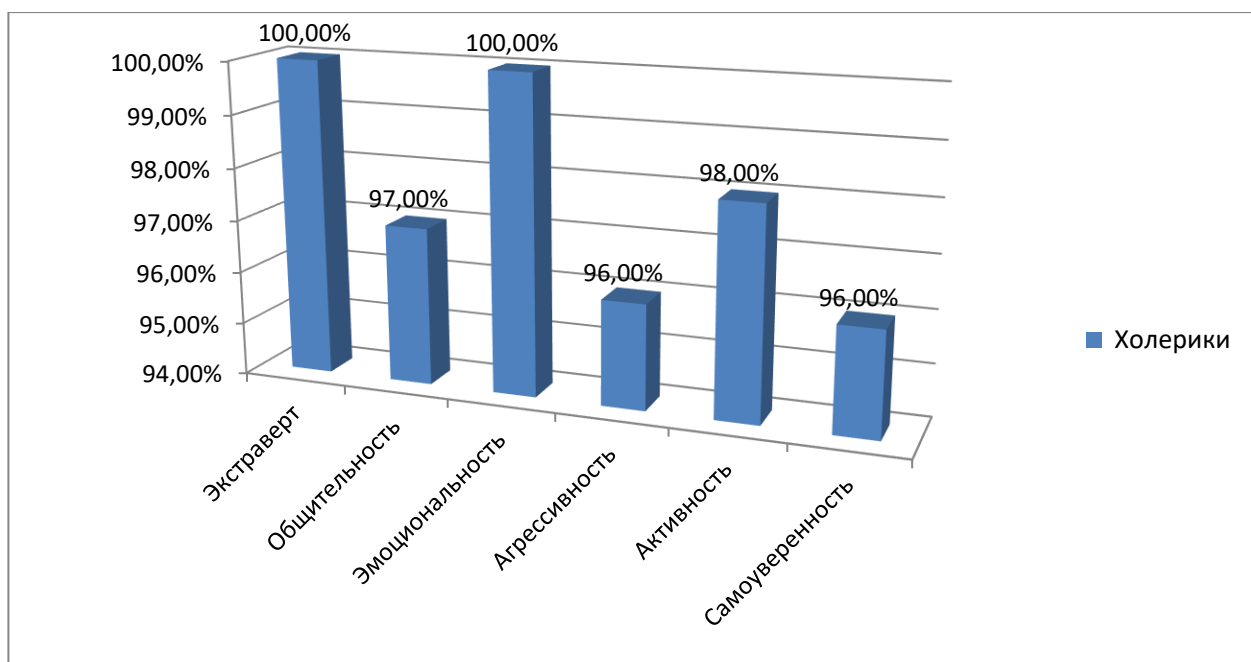


Рисунок 3.7. - Психологическое состояние пациентов с холерическим темпераментом, страдающих ОМЛ (в стадии полной ремиссии)

Вегетативные изменения характеризовались гипосаливацией (89,0%), тахикардией (93,0%), красным дермографизмом (100,0%), артериальной гипертензией (45,0%) (рисунок 3.8).

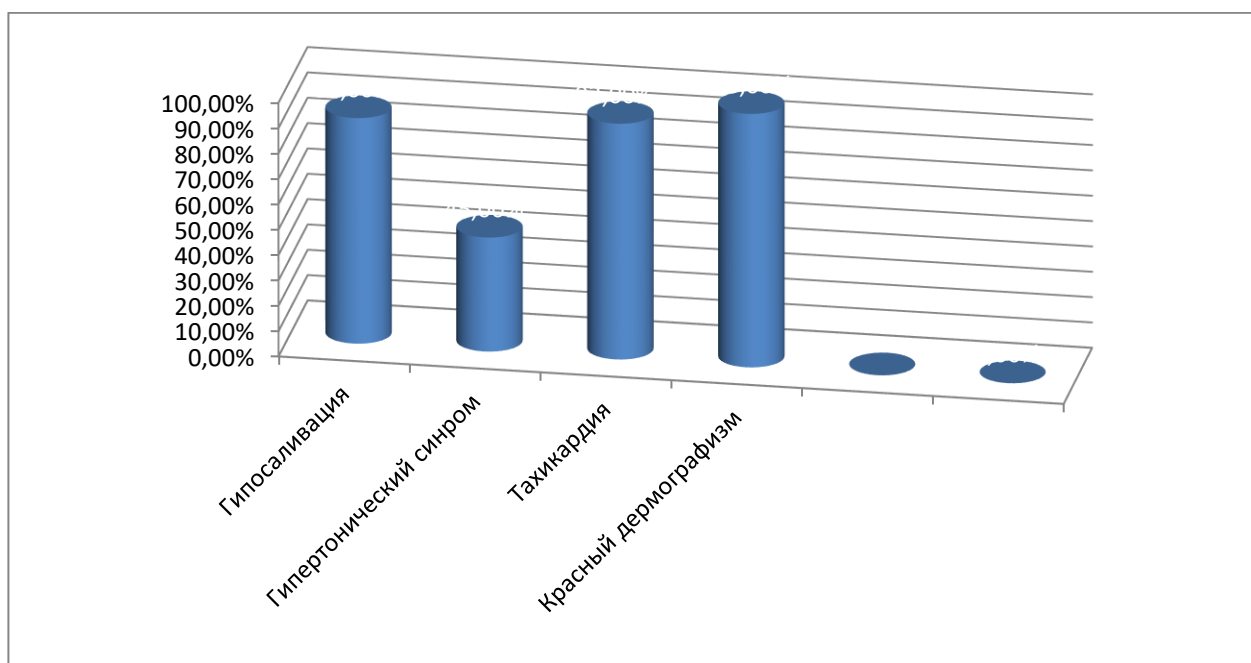


Рисунок 3.8. - Вегетативные нарушения у пациентов с холерическим темпераментом, страдающих ОМЛ

Таким образом, состояние психовегетативного статуса у пациентов с ОМЛ, прежде всего, зависит от типологических особенностей темперамента.

3.2. Фенотипический портрет пациентов с острой миелоидной лейкемией с учётом их индивидуально-типологических особенностей

Сравнительный анализ морфофенотипического портрета больных с ОМЛ показал различия между типами темперамента.

Пациенты с сангвиническим и флегматическим темпераментом отличались гиперстенической конституцией и избыточной массой тела, с широкой и выпуклой грудной клеткой, холерика - нормальным весом тела и развитой мускулатурой, тогда как с меланхолическим темпераментом обнаруживали астеническую конституцию с узкой и уплощенной грудной клеткой и дефицитом массы тела ($\chi^2=15,3$, $p_{1-2}>0,05$), ($\chi^2=18,7$, $p_{1-3}<0,001$), ($\chi^2=18,7$, $p_{1-4}<0,001$).

Форма головы и лица у сангвиников и флегматиков была кругловатая, у холериков - удлинённая, с продолговатым лицом, у меланхоликов – маленькая, с небольшим узким лицом ($\chi^2=15,3$; $p_{1-2}> 0,001$), ($\chi^2=19,7$; $p_{1-3}<0,01$), ($\chi^2=18,7$, $p_{1-4}<0,001$).

Подкожные вены у сангвиников и флегматиков тонкие, плохо визуализируются, у холериков развиты, четко визуализируются под кожей, у меланхоликов тонкие, подвижные, плохо визуализируются под кожей.

Верхние и нижние конечности у пациентов с сангвиническим и флегматическим темпераментом были несколько короткие, полноватые, у холериков развиты и крепки, тогда как у всех меланхоликов тонкие и длинные ($\chi^2=23,7$; $p_{1-2}>0,05$), ($\chi^2=16,7$; $p_{1-3}<0,001$), ($\chi^2=16,7$, $p_{1-4}<0,001$). Форма живота у сангвиников была тугая и шарообразная; у флегматиков отвисшая, у холериков плоская с развитой мускулатурой, у меланхоликов втянутый живот со слабой передней брюшной стенкой ($\chi^2=14,3$; $p_{1-2}>0,05$), ($\chi^2=17,5$; $p_{1-3}>0,05$), ($\chi^2=19,3$, $p_{1-4}<0,001$) (таблица 3.1).

Таблица 3.1. - Фенотипический портрет с учётом индивидуально-типологических особенностей пациентов с острой миелоидной лейкемией

Объективно	Тип нервной системы							
	Сангвиники n=67	%	Флегматики n=15	%	Холерики n=6	%	Меланхолики n=5	%
Подкожно-жировая клетчатка	Мышечная система преоблад. над подкожножировой клетчаткой		Подкожно-жировая клетчатка преобладает над мышечной	97	Преобладает мышечная система над подкожно-жировым слоем	76	Подкожно-жировая клетчатка слабо развита, местами отсутствует.	90
Подкожные вены	Тонкие, не визуализируются		Тонкие, глубокие не визуализируются	100	Хорошо развиты, четко визуализируются под кожей	100	Тонкие, подвижные, плохо визуализируются под кожей	95
Конституции и телосложение	Гиперстеническая		Гиперстеническая	100	Нормостеническая с широкой грудной клеткой	96	Астеническая, худощавое	95
Формы головы и лица	Округленная		Кругловатая		Несколько удлиненная	76	Удлиненная, небольшого размера	100
Верхние и нижние конечности	Несколько короткие, полноватые		Несколько короткие, полноватые		Развитые, крепкие		Тонкие, длинные	
Форма живота	Тугая и шарообразная		Отвисшая		Плоская с развитой мускулатурой		Втянутый	

Таким образом, сопоставление морфофенотипического портрета больных с ОМЛ показало различия между типами темперамента.

3.3. Анализ пальцевых узоров у пациентов с острой миелоидной лейкемией в зависимости от типов темперамента

Анализ пальцевых узоров у пациентов с ОМЛ проведен на основании Genetic-test – биометрическое тестирование, которое позволяет быстро получить персональный отчет о типологических различиях каждого индивидуума в отдельности, но не является ДНК-анализом. явля

Анализируя полученные нами данные, следует отметить, что у лиц с сангвиническим темпераментом преобладали «петля», «петля» (L) в более 57,0% и 85,0% случаев, у флегматиков наличие узоров «завиток» и «завиток» (WW) в 100,0% и 100,0%, у 100,0% и 100,0% холериков радиальные «дуга» и «дуга» (AA), тогда как у всех меланхоликов доминировали узоры «завиток-петля» 60,0% и 60,0%; (WL), «петля» и «дуга» 40,0% и 40,0% (LA).

Это еще раз доказывает, что наши результаты не совпадают с литературными данными, согласно которым люди с большим количеством завитков более восприимчивы к лейкемии [43] (таблица 3.3.1).

Таблица 3.3.1.- Типы узоров пальцев у пациентов с острой миелоидной лейкемией в зависимости от типологических особенностей темперамента

Тип Темперамента	Тип узора в указательных пальцах					
	Левый	Абс.	%	Правый	абс.	%
Сангвиники n=67	«Петля»	57	85,0	«Петля»	58	86,5
Флегматики n=15	«Завиток»	15	100,0	«Завиток»	15	100,0
Холерики n=6	«Дуга»	6	100,0	«Дуга»	6	100,0
Меланхолики n=5	«Завиток»	3	60,0	«Завиток/Петля»	3	60,0
		2	40,0	«Петля /дуга»	2	40,0

Следовательно, пальцевые узоры у пациентов с ОМЛ в зависимости от типов темперамента различны, но для более подробного получения результатов необходимы масштабные исследования в этой области.



Рисунок 3.3.1. - Пальцевой узор – Арка (дуга) у пациента Р.Б., 1978 года рождения



Рисунок 3.3.2. - Пальцевой узор – Петля у пациента Д.У., 1965 года рождения.



Рисунок 3.3.3. - Пальцевой узор – Завиток у пациента О.В., 1967 года рождения

Таким образом, по кожным узорам пальцев рук у пациентов с ОМЛ можно судить об особенностях темперамента, но в некоем случае нельзя абсолютизировать единственный способ исследования, как универсальный, только при комплексном научном исследовании можно получить наиболее достоверные данные о психовегетативном и морфофенотипическом состоянии индивидуума.

3.4. Клинические особенности острой миелоидной лейкемии в зависимости от типологических различий

У пациентов с ОМЛ с различными типами темперамента обнаружены различия в клинической симптоматике.

У пациентов с сангвиническим темпераментом чаще обнаруживалось превалирование в клинической практике интоксикационного (82,0%), геморрагического (94,0%) и гипертонического (98,0%) синдромов. У флегматиков степень токсичности ПХТ была более выражена в виде: вялости, слабости, недомогания у всех больных, без ощутимой потери веса (40,0%), лимфаденопатии (84,6%), гипертонического синдрома (86,0%) и артропатий (73,3%).

Для холериков были характерны интоксикационный (84,6%) и геморрагический (53,8%) синдромы и значительное увеличение лимфатических узлов (76,9%), и все пациенты с меланхолическим темпераментом отличались прогрессирующим анемическим, интоксикационным, болевого и диспепсического синдромов (60,0%).

Гепатоспленомегалия была более выражена у флегматиков и сангвиников (94,0% и 80,0%), тогда как гепатоспленомегалия у холериков (30,0%) и меланхоликов (40,0%) и геморрагический синдром (35,0% и 20,0%) были менее выражены ($p < 0,001$) (рисунок 3.9).

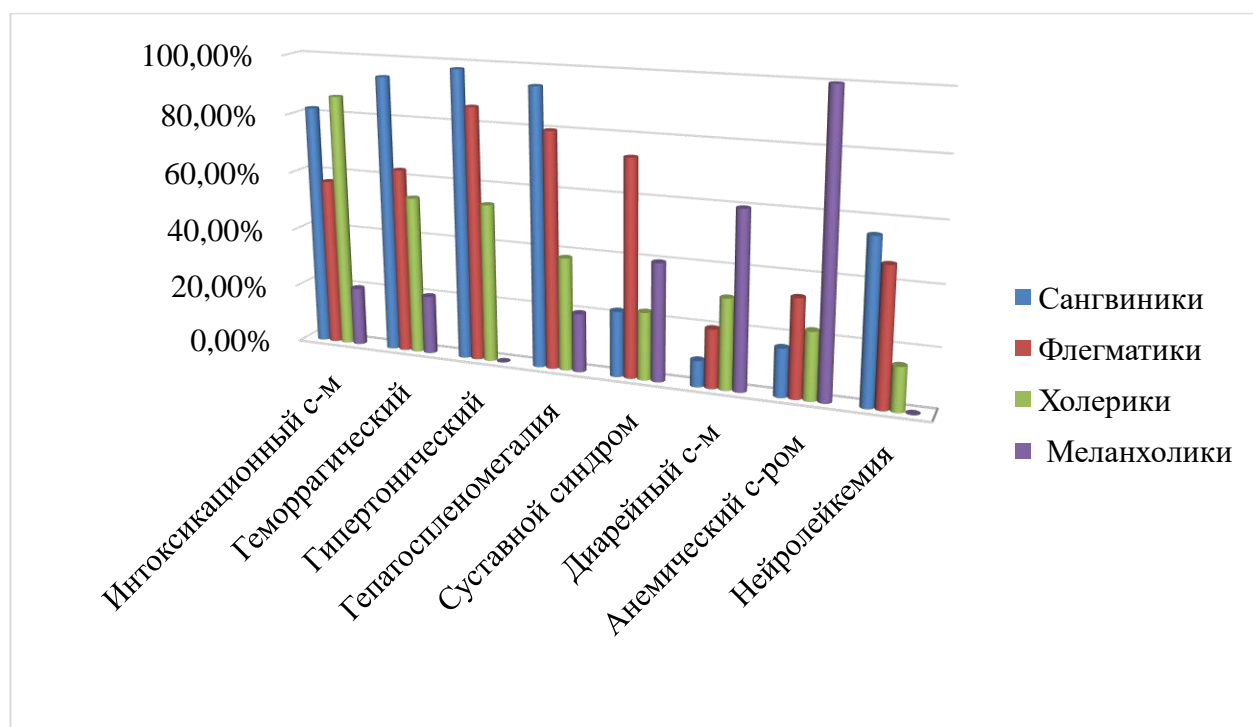


Рисунок 3.9. - Основные клинические симптомы и синдромы у пациентов с острой лейкемией

Среди пациентов с сангвиническим (55,0%) и флегматическим темпераментом (46,0%) нейролейкемия чаще встречалась по сравнению с холериками (15,0%), тогда как среди меланхоликов нейролейкемию мы не обнаружили.

3.5. Морфофункциональное состояние сердечно-сосудистой системы у пациентов с острой миелоидной лейкемией с учетом типологических особенностей темперамента

Морфофункциональное состояние ССС у пациентов с ОМЛ в зависимости от типа темперамента было различным.

Морфофункциональное состояние ССС при ОМЛ в основном зависит от выраженности миелотоксичности самого опухолевого процесса, от выраженности интоксикационного и от степени тяжести анемического синдрома.

Исследование МФС ССС у пациентов с ОМЛ в зависимости от типа

темперамента и вегетативной регуляции показало, что у больных ваготоников (ВТ) с флегматическим темпераментом (ФТ) по отношению к симпатотоникам (СТ) с холерическим темпераментом (ХТ) обнаружено увеличение границ сердца в поперечнике у 89% больных (кардиомегалия), возможно это, прежде всего, связано с конституциональными особенностями (гиперстеническая конституция), ранней подверженностью острой лейкемией, с наличием ожирения различной степени, с отягощенным коморбидным статусом (артериальная гипертензия, ИБС, гипотиреоз, гломерулонефрит, хронический панкреатит, сахарный диабет).

Сопоставление МФС ССС у пациентов с ОМЛ в зависимости от вегетативной регуляции были различными.

Все пациенты с сангвиническим и флегматическим темпераментом относятся к группе риска по морфофункциональным нарушениям у пациентов с ОМЛ.

Морфофункциональные параметры левого и правого желудочка у пациентов с ОМЛ в зависимости от темперамента представлены в таблице 3.3.

Результаты сопоставления показателей ЭхоКГ у пациентов с ОМЛ в зависимости от типов темперамента показали, что у пациентов с сангвиническим и флегматическим темпераментом размеры ПП, МП, ЛЖ, ЛА, Ао были достоверно выше, чем у больных с холерическим и меланхолическим темпераментом (МТ).

Увеличение размеров сердца у пациентов с ОМЛ связано не только с артериальной гипертензией, токсическим миокардитом, но и от психофизической конституции.

Исследование МФС ССС у пациентов с ОМЛ в зависимости от типов темперамента показало, что пациенты с сангвиническим и холерическим темпераментом относятся к симпатотоникам (экстраверты), тогда как флегматики и меланхолики относятся к ваготоникам (интроверты).

Аускультативно тоны сердца у пациентов с сангвиническим и флегматическим темпераментом (ФТ) были приглушены, возможно, это было

связано не только с изменениями со стороны сердца, но и с гиперстенической конституцией и преобладанием подкожно-жирового слоя над мышечной, или же астенической конституцией и гипотрофией мышц.

Таблица 3.3. - Морфофункциональные параметры сердечно-сосудистой системы у пациентов с острой миелоидной лейкемией в зависимости от темперамента

Размеры отделов сердца	Здоровые	Темперамент			
		Р1	Р2	Р3	Р4
		Сангвиники n=133	Флегматики n=30	Холерики n=15	Меланхолики n=9
ПП	3,11±0,08	3,88±0,06*	3,98±0,05*	3,2±0,07**	2,7±0,7***
ПП/м ² , см	1,87±0,03	2,15±0,04*	2,35±0,03*	1,93±0,5**	1,59±0,8***
ПЖ	2,03±0,06	2,53±0,07*	2,73±0,09*	2,3±0,05**	1,89±0,6***
ПЖ/м ² , см	1,24±0,05	1,48±0,05*	1,89±0,03*	1,23±0,02**	1,13±0,5***
ЛП	2,87±0,07	3,37±0,19*	3,67±0,17*	2,77±0,05**	2,67±0,8***
ЛП/м ² , см	1,68±0,04	2,15±0,05*	2,75±0,07*	1,80±0,01**	1,38±0,5***
ЛЖ в диастолу, см	4,45±0,08	4,79±0,08*	4,99±0,07*	4,50±0,8**	3,93±0,9***
Толщина МЖП, см	0,70±0,02	1,95±0,07*	1,99±0,07*	0,87±0,03**	0,66±0,9***
ЛА/м ² , см	1,06±0,03	1,37±0,05*	1,77±0,09*	1,10±0,05**	1,0±0,7
Ао	1,53±0,4	1,98±0,07	2,67±0,08	1,59±0,07**	1,40±0,6***

Примечание: (*) - достоверность различий между Р1-2, (**) - достоверность различий между Р2-3, (***) - достоверность различий между Р1-3 при P<0,05

У всех пациентов с сангвиническим и флегматическим темпераментом пульс был напряженным, с высокой амплитудой.

У всех пациентов с меланхолическим темпераментом наблюдалось слабое наполнение и напряжения пульса.

У всех пациентов с холерическим темпераментом наблюдали тахикардию от 93 до 117. Пульс был среднего наполнения и напряжения у

75% больных, а у 25% с сопутствием артериальной гипертензии пульс был напряженным с высокой амплитудой.

Наблюдение уровня АД в динамике показало, что у пациентов с сангвиническим и флегматическим темпераментом в основном наблюдался гипертонический синдром, тогда как у пациентов с меланхолическим темпераментом обнаружен гипотонический синдром.

При сопоставлении показателей ЭКГ в зависимости от темперамента среди наших пациентов получены статистически значимые различия по длительности QRS комплекса: у ваготоников с ФТ длительность QRS была предельно высокой, у пациентов с МТ – низкой.

У пациентов с сангвиническим и флегматическим темпераментом на фоне брадикардии регистрировалось линейное удлинение и увеличение интервала QT и амплитуды зубца Т.

У сангвиников (СТ) и флегматиков (ВТ) длительность QRS комплекса, амплитуда R и T зубцов были больше, чем у пациентов с холерическим темпераментом (СТ).

У пациентов с флегматическим и сангвиническим темпераментом на ЭКГ регистрировался правый тип электрокардиографии, урежение ЧСС, выраженные изменения зубцов в грудных отведениях, снижение амплитуды зубцов, отчетливо проявленная деформация комплекса QRS в стандартных отведениях, нарушение AV проводимости ($PQ < 3; 0,20-0,24$) (таблица 3.4).

У пациентов с меланхолическим темпераментом на ЭКГ не наблюдалось отклонение ЭОС, дистрофические нарушения в миокарде и проявления гемодинамических перегрузок левого желудочка, синусовая тахикардия.

Таким образом, морфофункциональное состояние ССС у пациентов ОМЛ зависит не только от миелотоксичности самого опухолевого процесса, но и от типа темперамента и вегетативной регуляции сердечного ритма.

У сангвиников и флегматиков в большинстве случаев правые и левые отделы сердца были увеличенными, тогда как гемодинамические показатели сниженными по отношению к пациентам с холерическим и меланхолическим темпераментом.

Таблица 3.4. - Показатели ЭКГ у пациентов с ОМЛ в зависимости от типов темперамента

Группа/мс	MNN	P	PQ	QRS	QT	ST V5 наклон, мВ/с	MNN	Ампл. R-зубца, мВ	Ампл. T-зубца, мВ
P1	695-678	97,3±1,3	53,7±2,8	893±1,7	437±2,5	2,75±0,7	655,3±1,5*	2,49±0,13	0,55±0,07
CT	732-773	106,7±2,7	54,9±3,3	85,5±1,8	457,0±2,0	2,48±0,13	737,0±0,5*	2,55±0,17	0,73±0,05
n=	833-875	97,9±1,8	60,9±3,3	88,0±1,7	466,7±2,7	27±0,3	839,7±2,9	2,65±0,7	0,87±0,03
P2	696-679	98,5±1,4	52,6±2,9	895±1,8	347±2,9	2,85±0,8	665,5±1,6*	2,79±0,15	0,65±0,9
ФТ	733-775	107,8±2,7	55,8±3,5	86,7±1,9	467,0±2,3	2,49±0,15	7873±0,7*	2,65±0,19	0,99±0,01
	834-876	98,8±1,9	63,9±3,5	89,0±1,9	476,8±2,8	28±0,5	849,5±2,7	2,77±0,9	0,97±0,05
P3	633-653*	97,8±1,3	59,3±2,5*	807±1,3*	325,6±2,3**	2,59±0,15*	647,5±0,6*	2,63±0,1	0,55±0,01*
n=	726-756	97,5±2,6	62,2±3,9	815±1,5**	345,7±2,5*	2,27±0,10	747,5±0,3*	2,87±0,13	0,76±0,10**
ХЛ	825-857*	98,3±1,0	60,5±2,7	83,6±1,0*	360,5±3,7*	2,08±0,10**	847,0±3,0*	2,75±0,13	0,57±0,03*
P3	678-647*	97,7±1,1	56,3±2,1*	80,3±1,6*	320,7±2,6**	2,55±0,13*	643,0±0,5*	2,50±0,15	0,55±0,01*
MT	725-757	97,5±2,3	62,0±3,9	81,5±1,5**	345,0±2,3*	2,27±0,11	745,3±0,5*	2,88±0,11	0,77±0,20
n=	823-858**	95,3±1,3	60,4±2,6	80,7±1,5*	363,3±3,6*	2,1±0,12**	843,0±3,35	2,45±0,13	0,58±0,02*

Примечание: (*) - достоверность различий между P1-2, (**) - достоверность различий между P2-3, (***) - достоверность различий между P1-3

3.6. Коморбидный и мультиморбидный статус у пациентов с острой миелоидной лейкемией в зависимости от психофизической конституции

Пациенты с ОМЛ отличаются отягощенным коморбидным и мультиморбидным статусом. Сопутствующие патологии, без сомнения, ухудшают течение острой лейкемии.

Коморбидные патологии тесно патогенетически связаны с основным заболеванием, тогда как мультиморбидная патология патогенетически не связаны, но в тоже время усугубляет течение основного заболевания. Ассоциация нескольких коморбидных патологий, несомненно, усугубляет течение основного заболевания, и приводит к прогрессированию психовегетативных расстройств.

Порой в клинической практике наблюдается переплетение коморбидных и мультиморбидных патологий, и разграничить их бывает невозможно.

Мультиморбидный статус у пациентов с ОМЛ с учетом типов темперамента представлен в таблице 3.5.

Таблица 3.5. – Мультиморбидный статус у пациентов с острой миелоидной лейкемией с учетом типов темперамента

Сопутствующее заболевание	Пациенты с лейкемией								P
	СТ n=67 P1		ФТ n=15 P2		ХТ n=6 P3		МТ n=5 P4		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Артериальная гипертензия	57	85,0	9	60,0	3	50,0	--	-	P1-2<0,001 P1-3<0,001 P2-3<0,05
Артериальная гипотония	-	-	-	-	-	-	5	100,0	-
ИБС	53	79,0	7	46,6	1	16,6	2	40,0	P1-2<0,001 P1-3<0,001 P2-3>0,05
ХОБЛ	3	4,4	8	53,3	1	16,6	2	40,0	P1-2<0,001 P1-3<0,01 P1-4>0,001
Сахарный диабет	19	28,3	5	33,3	1	16,6	1	20,0	P1-2<0,05 P1-3<0,05 P1-4>0,05
Хронический гломерулонефрит	-	-	5	33,3	-	-	--	-	<0,01
Гипотиреоз	-	-	6	40,0	-	-	-	-	-
Хронический атрофический	-	-	--	-	-	-	3	60,0	-

Продолжение таблицы 3.5

гастрит									
Хронический панкреатит	17	25,3	11	73,3	3	50,0	3	60,0	P1-2<0,001 P1-3<0,01 P1-4<0,05
Анемия различного генеза	-	-	-	-	-	-	5	100,0	-
Ревматоидный артрит	1	1,4	7	46,6	1	16,0	1	20,0	P1-2<0,001 P1-3<0,05 P1-4<0,001
Диффузно-токсический зоб	-	-	-	-	5	83,3	-	-	-

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2)

Как видно из таблицы 3.5, в большинстве случаев пациенты с СТ и ФТ были ассоциированы с артериальной гипертензией (85,0%% и 60,0%), ИБС (79,0% и 46,0%), сахарным диабетом (28,3% и 33,3%), в то же время флегматики в более половине случаев страдали хроническим панкреатитом (73,3%), ХОБЛ (53,3%), гипотиреозом (40,0%), хроническим гломерулонефритом (33,3%).

У пациентов с холерическим темпераментом лидирующее место занимал диффузно-токсический зоб (83,3%).

У всех пациентов с меланхолическим темпераментом обнаружена анемия различного генеза, ИБС, ХОБЛ и атрофический гастрит.

У всех пациентов (100,0%) с флегматическим темпераментом индекс коморбидности по Чарлсону составил более 5 баллов, у 85,% пациентов с сангвиническим темпераментом и ОЛ составил от 3-4 баллов, у 83,3% холериков ИК составил – от 0 до 2 баллов, у всех больных с меланхолическим темпераментом – более 5 баллов.

Следует подчеркнуть, что ассоциация сопутствующих патологий в основном возрастала в среднем и пожилом возрасте у пациентов с хронической лейкоемией.

Таким образом, пациенты с флегматическим и сангвиническим темпераментом характеризовались отягощенным коморбидным анамнезом по сравнению с пациентами с холерическим и меланхолическим темпераментом.

Глава 4. Оценка эффективности комплексной терапии у пациентов с острой миелоидной лейкемией

4.1. Динамика психовегетативных и клинических проявлений у пациентов с острой миелоидной лейкемией в зависимости от типа темперамента

Пациентам с ОМЛ (I гр.) на фоне стандартной базисной терапии была назначена индивидуализированная психоаналитическая терапия с учётом типологических различий и (II группа) пациентов с ОМЛ, получивших только стандартную базисную терапию (БТ) (7+3).

Для оценки критериев эффективности проводимого лечения выбрали наиболее достоверную и познавательную информацию. Изучали динамику психовегетативных и клинических проявлений до и после проведенной комплексной и базисной терапии.

Сопоставление динамики психовегетативных, клинических проявлений у пациентов с сангвиническим темпераментом, страдающих ОМЛ, в стадии полной ремиссии, указывает на повышение нейродинамических реакций специальными щадящими упражнениями, привлечением к лёгкому труду.

Динамика вегетативных нарушений у больных с острой миелоидной лейкемией с сангвиническим темпераментом до и после получения традиционной и индивидуализированной психокоррекционной терапии представлена в таблице 4.1.

Среди пациентов I группы с сангвиническим темпераментом, страдающих ОМЛ, получивших комплексную терапию (ИП+базисная), до лечения по отношению к пациентам II группы, получавшим только БТ, уменьшилась безудержность в 2 раза, легкомыслие в 1,3 раза; хотя общительность и неуравновешенность сохранились, гиперсаливация уменьшилась в 5,5 раза, гипертонический синдром в 11,6 раза, потливость в 3 раза, бессонница в 3,5 раза, запоры, чередующиеся диареей, в 2,2 раза, тахикардия в 3,7 раза.

Таблица 4.1. - Динамика вегетативных нарушений у больных с острой миелоидной лейкемией с сангвиническим темпераментом при комплексной и базисной терапии

Вегетативный статус	Всего ОМЛ (n=187)					
	Сангвиники, страдающие ОМЛ, получавшие КТ (n=67)			Сангвиники, страдающие ОМЛ, получавшие только БТ (n=66)		
	До лечения абс (%)	После лечения абс (%)	Р	До лечения абс (%)	После лечения абс (%)	Р
Неуравновешенность	67 (100,0)	53 (79,0)	<0,001	66 (100,0)	66 (100,0) ^{***}	>0,05
Легкомысленность	67 (100,0)	50 (74,6)	<0,001	66 (100,0)	66 (100,0) ^{***}	>0,05
Безудержность	59 (88,0)	29 (43,2)	<0,001	57 (86,3)	65 (98,4) ^{***}	<0,05
Общительность	67 (100,0)	67 (100,0)		66 (100,0)	66 (100,0)	>0,05
Гиперсаливация	57 (85,0)	9 (13,4)	<0,001	59 (89,3)	49 (74,2) ^{***}	<0,05
Гипертонический синдром	63 (94,0)	5 (7,4)	<0,001	60 (91,0)	57 (86,3) ^{***}	>0,05
Потливость	55 (82,0)	10 (15,0)	<0,001	53 (80,3)	29 (44,0) ^{***}	<0,001
Бессонница	49 (73,1)	11 (16,4)	<0,001	47 (71,2)	39 (59,0) ^{***}	>0,05
Красный дермографизм	67 (100,0)	67 (100,0)		66 (100,0)	66 (100,0)	>0,05
Запоры, чередующиеся с диареей	43 (64,1)	13 (19,4)	<0,001	45 (68,1)	29 (44,0) ^{**}	<0,01
Тахикардия	65 (97,0)	15 (22,3)	<0,001	60 (91,0)	55 (83,3) ^{***}	>0,05
Рецидив заболевания	23(34,3)	7(10,4)	<0,01	25(37,8)	15(22,7)	<0,05

Примечание: р - статистически значимые различия показателей в группах до и после лечения (по критерию Мак Немара); **р<0,01, ***р<0,001 при сравнении с таковыми показателями между группами (по критерию χ^2)

Для оценки критериев эффективности проводимого лечения выбрали наиболее достоверную и познавательную информацию. Изучали динамику клинико-гематологических показателей до и после проведенной терапии.

Сопоставление динамики клинических проявлений у пациентов с флегматическим темпераментом больных, страдающих ОМЛ, в стадии полной

ремиссии, указывает на повышение нейродинамических реакций специальными упражнениями, привлечением к лёгкому труду (таблица 4.2).

Таблица 4.2. - Динамика клинических проявлений у больных с острой миелоидной лейкемией с флегматическим темпераментом до и после получения базисной и комплексной терапии

Клинический симптом	ФТ с ОМЛ после КТ (n=15)			ФТ с ОМЛ после БТ (n=15)		
	До абс (%)	После абс (%)	P	До абс (%)	После абс (%)	P
Уравновешенность	15 (100,0)	15 (100,0)	>0,05	15 (100,0)	15 (100,0)	>0,05
Малозэмоциональность	15 (100,0)	11 (73,3)	<0,05	15 (100,0)	15 (100,0)*	>0,05
Инертность	15 (100,0)	12 (80,0)	>0,05	15 (100,0)	15 (100,0)	>0,05
Серьёзность	9 (60,0)	11 (73,3)	<0,05	7 (46,6)	6 (40,0)	>0,05
Гиперсаливация	13 (86,6)	3 (20,0)	<0,001	12 (80,0)	9 (60,0)*	0,05
Артериальная гипертензия	14 (93,3)	3 (20,0)	<0,001	13 (86,6)	11 (73,3)**	<0,05
Потливость	15 (100,0)	2 (13,3)	<0,001	10 (66,6)*	7 (46,6)*	<0,05
Сонливость	12 (80,0)	1 (6,6)	<0,001	13 (86,6)	9 (60,0)**	<0,05
Запоры	9 (60,0)	2 (13,3)	<0,01	9 (60,0)	6 (40,0)*	<0,05
Брадикардия	11 (73,3)	1 (6,6)	<0,001	11 (73,3)	9 (60,0)**	<0,05
Рецидив	5(33,3)	2(13,3)	<0,01	6(37,5)	4(26,6)	<0,05

Примечание: p - статистически значимые различия показателей в группах до и после лечения (по критерию Мак Немара); *p<0,05, **p<0,01 при сравнении с таковыми показателями между группами (по критерию χ^2)

После проведенной КТ больные с флегматическим темпераментом в стадии полной ремиссии стали более уравновешенными (100,0%), более спокойными, эмоциональность уменьшилась на 1,3%, пациенты стали более общительными и активными, уменьшилась гиперсаливация в 3 раза, потливость в 3,5 раза, запоры в 3 раза, сонливость в 7 раз; нормализовались уровень артериального давления (93,3% и 20,0%), ЧСС (73,3% и 6,6%) и стул (60,0 и 13,3%) по отношению к группе сравнения.

Сравнительный анализ клинических проявлений у холериков до и после проведенной комплексной терапии показал, что по отношению к сравниваемой

группе было отмечено уменьшение возбудимости в 3,7 раза, эмоциональности в 3 раза, агрессивности в 2 раза, раздражительности в 4 раза, гиперсаливации в 3 раза, потливости в 3,5 раза, бессонницы в 9 раз, запоров в 3,0 раза, артериального давления в 3,6 раза (таблица 4.3).

Таблица 4.3. - Динамика клинических проявлений у пациентов с холерическим темпераментом, страдающих острой миелоидной лейкемией, и сравниваемой группы до и после получения базисной и комплексной терапии

Клинический симптом	Холерики с ОМЛ после КТ (n=8)			Холерики с ОМЛ после БТ (n=9)		
	До абс (%)	После абс. (%)	P	До абс. (%)	После абс. (%)	P
Возбудимость	13 (100,0)	3 (23,1)	<0,001	15 (100,0)	13 (86,6)***	>0,05
Эмоциональность	13 (100,0)	4 (30,8)	<0,001	15 (100,0)	13 (86,6)**	>0,05
Агрессивность	12 (92,3)	5 (38,5)	<0,01	14 (93,3)	12 (80,0)*	>0,05
Раздражительность	9 (69,2)	3 (20,1)	>0,05	13 (86,6)	14 (93,3)***	>0,05
Гиперсаливация	11 (84,6)	3 (20,1)	<0,001	12 (80,0)	9 (60,0)*	>0,05
Артериальная гипертензия	12 (92,3)	3 (20,1)	<0,001	13 (86,6)	11 (73,3)**	>0,05
Потливость	13 (100,0)	2 (15,4)	<0,001	10 (66,6)*	7 (46,6)*	>0,05
Запоры	8 (61,5)	2 (15,4)	<0,05	9 (60,0)	6 (40,0)	>0,05
Брадикардия	10 (76,9)	1 (7,7)	<0,001	11 (73,3)	9 (60,0)**	>0,05
Рецидив	3(37,5)	1(12,5)	<0,01	5(55,5)	3(33,3)	<0,05

Примечание: p - статистически значимые различия показателей в группах до и после лечения (по критерию Мак Немара); *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001 при сравнении с таковыми показателями между группами (по критерию χ^2)

При сопоставлении клинических симптомов у пациентов с меланхолическим темпераментом, страдающих ОМЛ, после получения комплексной терапии по отношению к сравниваемой группе было отмечено уменьшение уровня нейротизма в 5 раз, эмоциональной неустойчивости в 2,5 раза, чувство тревоги 2,5 раза, эмоциональной неустойчивости и (100,0%), чувство одиночества (1,25%), легко-ранимости в 2 раза, подозрительности в 2

раза, снижение артериального давления (1,6%), гипосаливации в 5 раз (таблица 4.4).

Таблица 4.4. - Сопоставление клинических симптомов у пациентов с меланхолическим темпераментом, страдающих острой миелоидной лейкемией, до и после получения комплексной и базисной терапии

Клинический симптом	Меланхолики с ОМЛ после КТ (n=5)			Меланхолики с ОМЛ после БТ (n=4)		
	До абс (%)	После абс %	P	До абс %	После абс %	P
Высокий уровень нейротизма	5 (100,0)	1 (20,0)	<0,05	4 (100,0)	4 (100,0)*	>0,05
Эмоциональность	5 (100,0)	2 (40,0)	<0,05	4 (100,0)	4 (100,0)*	>0,05
Чувство тревоги	3 (60,0)	1 (20,0)	>0,05	2 (50,0)	2 (50,0)	>0,05
Легко-ранимость	4 (80,0)	2 (40,0)	>0,05	3 (75,0)	3 (75,0)	>0,05
Подозрительность	4 (80,0)	1 (20,0)	<0,05	4 (100,0)	4 (100,0)*	>0,05
Гипосаливация	5 (100,0)	1 (20,0)	<0,05	4 (100,0)	4 (100,0)*	
Прерывистый сон	4 (80,0)	1 (20,0)	<0,05	2 (50,0)	2 (50,0)	>0,05
Диарея	3 (60,0)	2 (40,0)	>0,05	3 (75,0)	3 (75,0)	>0,05
Рецидив заболевания	3(60,0%)	1(20,0%)	<0,05	3(75,0)	2(50,0%)	<0,05

Примечание: p - статистически значимые различия показателей в группах до и после лечения (по критерию Мак Немара); *p<0,05 при сравнении с таковыми показателями между группами (по критерию χ^2)

Комплексная индивидуализированная психокоррекция на фоне базисной терапии привела не только к улучшению клинического и психологического состояния больных, но и к нормализации гематологических показателей.

4.2. Состояние гематологических показателей у пациентов с острой миелоидной лейкемией с учётом типа темперамента

Степень нарушений гематологических показателей при ОМЛ, прежде всего, зависит от тяжести течения, стадии заболевания, наличия инфекционных, неинфекционных осложнений, миелотоксичности самого опухолевого процесса и цитостатической терапии.

Несмотря на указанные факторы риска, приводящие к нарушению гематологических показателей, у пациентов с ОМЛ в зависимости от типов темперамента картина гемограммы была различная.

У пациентов с сангвиническим темпераментом в гемограмме до получения соответствующей терапии были обнаружены: анемия тяжелой и средней степени тяжести (21,0% и 23,0% и 79,1% и 83,3%), лейкоцитоз: > больше 50 тыс. в 1 мкл крови (лейкемическая форма) (49,2% и 47,0%), лейкоцитоз от 10 до 30 тыс. в 1 мкл крови (37,3% и 35,0%), лейкоцитоз < от 10 до 50 тыс. в 1 мкл крови (сублейкемическая форма) (13,4% и 15,1%), нейтропения (43,2% и 42,4%), лимфопения (28,3% и 32,0%), тромбоцитопения (71,6% и 71,2%), гипофибриногенемия (58,2 и 58,2), бластемия (100,0% и 98,4%) и бластоз костного мозга (100,0 и 65,0%) (таблица 4.5).

Таблица 4.5. – Состояние гематологических показателей у пациентов с острой миелоидной лейкемией и сангвиническим темпераментом до и после получения комплексной и базисной терапии

Гематологический показатель	Здоровые	Сангвиники с ОМЛ, получавшие КТ n=67				Сангвиники с ОМЛ, получавшие БТ (n=66)				P
		До		После		До		После		
		абс	%	абс.	%	абс.	%			
Уровень гемоглобина <70 г/л	140,0±9,5	14	21,0	3	4,4	15	23,0	7	10,6	<0,01
Уровень гемоглобина 90-70 г/л		53	79,1	7	10,4	55	83,3	11	16,6	<0,01
Лейкоцитоз: > 50 тыс. в 1 мкл крови	6,3±0,8	33	49,2	5	7,4	31	47	10	15,1	<0,001
Лейкоцитоз от 10 до 30 тыс. в 1 мкл крови		25	37,3	5	7,4	23	35,0	15	23,0	<0,05
Лейкоцитоз < от 10 до 50 тыс. в 1 мкл крови		9	13,4	2	3,0	10	15,1	5	7,5	<0,05
Нейтропения: п/я с/я	4,0±0,3 63,8±3,5	29	43,2	8	12,0	28	42,4	13	19,6	<0,05
Лимфоцитоз	24,7±3,7	-	-			-				-
Лимфопения		19	28,3	9	13,4	21	32,0	15	22,7	<0,05

Продолжение таблицы 4.5

Тромбоцитопения	253,4±16,7	48	71,6	3	4,4	47	71,2	7	10,6	<0,05
Гипофибриногенемия г/л	4,0±2,0	39	58,2	3	4,4	39	58,2	7	10,6	<0,05
Бластемия	Abs	57	85,0	10	15,0	65	98,4	23	34,8	<0,05
Бластоз костного мозга	<5%	56	83,5	11	16,4	65	98,4	20	30,3	<0,05

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между группами (по критерию χ^2 для произвольных таблиц)

После проведения комплексной терапии отмечено уменьшение анемии тяжелой степени, тромбоцитопении и гипофибриногенемии в 2,4 раза, снижение уровня лейкоцитоза от 2 до 3 раза, бластоза костного мозга в 2 раза, нейтропении и лимфопении в 1,6 раза, бластемии в 1,3 раза по сравнению с пациентами, получавшими базисную терапию.

Состояние гематологических показателей у пациентов с ОМЛ и сангвиническим темпераментом до и после получения комплексной и базисной терапии представлено в таблице 4.5.

Таким образом, проведенная комплексная терапия при ОМЛ оказалась весьма эффективной и крайне важной в нормализации гематологических показателей.

У пациентов с флегматическим темпераментом в гемограмме до получения соответствующей терапии были обнаружены: анемия тяжелой и средней степени тяжести (53,3% и 53,3% и 46,6% и 53,3%), лейкоцитоз: > больше 50 тыс. в 1 мкл крови (лейкемическая форма) (73,3% и 66,6%), лейкоцитоз от 10 до 30 тыс. в 1 мкл крови (26,6% и 33,3%), нейтропения (40,0% и 46,6%), лимфопения (40,0% и 60,0%), тромбоцитопения (53,3% и 46,6%), гипофибриногенемия (40,0% и 46,6%), бластемия (86,6% и 93,3%) и бластоз костного мозга (80% и 40,0%).

После проведения комплексной терапии отмечено уменьшение уровня анемии тяжелой степени и лейкоцитоза 1,6 раза, средней степени тяжести в 2,5 раза, нейтропении, тромбоцитопении, гипофибриногенемии, бластоза костного

мозга в 2 раза, лимфопении и лимфоцитоза в 1,6 раза, бластемии в 3,5 раза (таблица 4.6).

Таким образом, сравнительный анализ гематологических показателей сангвиников и флегматиков показал, что анемия тяжелой степени в 2,5 раза чаще встречалась у флегматиков по отношению к сангвиникам, тогда как анемия средней степени тяжести в 1,6 раза была больше у сангвиников по сравнению с флегматиками. Степень лейкоцитоза (больше 50 тыс. в 1 мкл крови (лейкемическая форма) и нейтропении в 1,4 раза больше встречалась у флегматиков по сравнению с сангвиниками, тромбоцитопения, гипофибриногенемия, бластемия и бластоз костного мозга встречались почти в одинаковых значениях.

Таблица 4.6. – Состояние гематологических показателей у пациентов с острой миелоидной лейкемией и флегматическим темпераментом до и после получения комплексной и базисной терапии

Основные гематологические показатели	Здоровые	Флегматики с ОМЛ, получавшие КТ n=15				Флегматики с ОМЛ, получавшие БТ n=15				P
		до		После		до		после		
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Уровень гемоглобина <70 г/л.	140,0±9,5	8	53,3	3	20,0	8	53,3	5	33,3	<0,01
Уровень гемоглобина 90-70 г/л		7	46,6	2	13,3	8	53,3	5	33,3	<0,01
Лейкоцитоз: > больше 50 тыс. в 1 мкл крови	6,3±0,8	11	73,3	3	20,0	10	66,6	5	33,3	<0,001
Лейкоцитоз от 10 до 30 тыс. в 1 мкл крови		4	26,6	1	6,6	5	33,3	2	13,3	<0,05
Нейтропения п/я с/я	4,0±0,3 63,8±3,5	6	40,0	2	13,3	7	46,6	4	26,6	<0,05
Лимфоцитоз	24,7±3,7	9	60,0	3	20,0	8	53,3	5	33,3	-
Лимфопения		6	40,0	3	20,0	9	60,0	5	33,3	<0,05
Тромбоцитопения	253,4±16,7	8	53,3	2	13,3	7	46,6	4	26,6	<0,05
Гипофибриногенемия	4,0±2,0	6	40,0	2	13,3	7	46,6	3	20,0	<0,05
Бластемия	Abs	13	86,6	2	13,3	14	93,3	7	46,6	<0,05
Бластоз костного мозга	<5%	12	80,0	3	20,0	13	86,6	6	40,0	<0,05

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между группами (по критерию χ^2 для произвольных таблиц)

У пациентов с холерическим темпераментом в гемограмме до получения соответствующей терапии были обнаружены: анемия тяжелой и средней степени тяжести (25,0% и 33,3%), лейкоцитоз: > больше 50 тыс. в 1 мкл крови (лейкемическая форма) (12,5% и 11,1%), лейкоцитоз от 10 до 30 тыс. в 1 мкл крови (26,6% и 33,3%), нейтропения (37,5% и 44,%), лимфопения (12,5% и 60,0%), тромбоцитопения (37,5% и 33,3%), гипофибриногенемия (3% и 22,5%), бластемия (100,0% и 93,3%) и бластоз костного мозга (100,0 и 40,0%).

После проведения комплексной терапии отмечено уменьшение уровня анемии тяжелой степени в 2,2 раза, средней степени тяжести 1,7 раза; лейкоцитоза в 2 раза, нейтропении и бластемии в 1,3 раза, лимфоцитоза и бластоза костного мозга в 1,1 раза и лейкоцитоза 1,6 раза, средней степени тяжести в 2,5 раза, нейтропении, тромбоцитопении в 1,4 раза, гипофибриногенемии 1,5 раза (таблица 4.7).

Таблица 4.7. – Состояние гематологических показателей у пациентов с острой миелоидной лейкемией холерическим темпераментом до и после получения комплексной и базисной терапии

Гематологический показатель	Здоровые	Холерики с ОМЛ, получавшие КТ n=8				Холерики с ОМЛ, получавшие БТ n=9				P
		до		после		до		после		
		абс	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
НЬ НЬ <70 г/л.	140,0±9,5	2	25,0	-	-	3	33,3	1	11,1	<0,01
НЬ 90-70 г/л		6	75,0	2	25,0	6	66,6	4	44,4	<0,01
Лейкоциты Лейкоцитоз: > 50 тыс. в 1 мкл крови	6,3±0,8	1	12,5	-	-	1	11,1	-	-	<0,001
Лейкоцитоз от 10 до 30 тыс. в 1 мкл крови		5	62,5	1	12,5*	6	66,6	2	22,2	<0,05
Лейкоцитоз от 30 до 50 тыс. в 1 мкл крови		2	25,0	-	-	3	33,3	1	11,1	<0,05
Нейтрофилы п/я с/я Нейтропения:	4,0±0,3 63,8±3,5	3	37,5	2	25,0	4	44,4	3	33,3	<0,05
Лимфоциты Лимфоцитоз	24,7±3,7	7	87,5	3	37,5	7	77,7	4	44,4	-

Продолжение таблицы 4.7

Лимфопения		1	12,5	-	-	2	22,2	1	11,1	<0,05
Тромбоциты Тромбоцитопения	253,4±16,7	3	37,5	1	12,5	3	33,3	2	22,2	<0,05
Фибриноген Гипофибриногенемия	4,0±2,0	3	37,5	1	12,5	3	33,3	2	22,2	<0,05
Бластемия	Abs	6	75,0	2	25,0	7	77,7	3	33,3	<0,05
Бластоз костного мозга	<5%	6	75,0	3	37,5	7	77,7	3	33,3	<0,05

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между группами (по критерию χ^2 для произвольных таблиц)

Таким образом, у пациентов с холерическим и сангвиническим темпераментом в основном преобладали анемия средней степени тяжести, тогда как у флегматиков чаще встречалась анемия тяжелой степени тяжести, лейкоцитоз более 50 тыс. в 1 мкл крови, бластемия и бластоз костного мозга.

У пациентов с меланхолическим темпераментом в гемограмме до и после получения комплексной терапии были обнаружены более лучшее восстановление показателей гемограммы по отношению, получивших только базисную терапию: анемия тяжелой степени (20,0% и 50,0%), лейкоцитоз: лейкоцитоз от 10 до 30 тыс. в 1 мкл крови (20,0% и 25,0%), лейкопения (20,0 и 20,0%), нейтропения (40,0% и 75,0%) и лимфопения (40,0% и 20,0%) в 2 раза, тромбоцитопения (20,0% и 25,0%), гипофибриногенемия (20,0% и 75,0%), бластемия (20,0% и 75,0%) и бластоз костного мозга (20,0% и 25,0%).

После проведения комплексной терапии отмечено уменьшение уровня анемии тяжелой степени в 2,5 раза, лейкоцитоза в 1,25 раза, нейтропении, бластемии, гипофибриногенемии и бластемии в 3,75 раза, тромбоцитопении и бластоза костного мозга в 1,25 раза (таблица 4.8).

По мере прогрессирования бластемии и бластоза клинические синдромы становились более выраженными, особенно у лиц с меланхолическим и холерическим темпераментами по отношению к пациентам с сангвиническим и флегматическим темпераментами при индексе корреляции – от $r=0,7$ до $0,9$ считается высокая корреляционная связь, от $0,2$ до $0,4$ слабая зависимость.

Таблица 4.8. – Состояние гематологических показателей у пациентов с острой миелоидной лейкемией и меланхолическим темпераментом до и после получения комплексной и базисной терапии

Гематологический показатель	Здоровые	Меланхолики с ОМЛ, получавшие КТ n=5				Меланхолики с ОМЛ, получавшие БТ n=4				P
		до		После		до		после		
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Нь Нь <70 г/л.	140,0±9,5	4	80,0	1	20,0	4	100,0	2	50,0	<0,01
Лейкоциты Лейкоцитоз от 10 до 30 тыс. в 1 мкл крови Лейкопения	6,3±0,8	2	40,0	1	20,0	2	25,0	2	25,0	<0,05
		2	40,0	1	20,0	1	20,0	1	20,0	>0,05
Нейтрофилы: п/я с/я Нейтропения	4,0±0,3 63,8±3,5	4	80,0	2	40,0	3	75,0	3	75,0	<0,05
Лимфоцитоз Лимфопения	24,7±3,7	2	40,0	1	20	2	25,0	2	25,0	>0,05
		4	80,0	2	40,0	2	25,0	2	25,0	<0,05
Тромбоцитопения	253,4±16,7	3	60,0	1	20,0	3	75,0	2	25,0	<0,05
Гипофибриногенемия	4,0±2,0	3	60,0	1	20,0	2	75,0	3	75,0	<0,05
Бластемия	Abs	2	40,0	1	20,0	2	25,0	3	75,0	<0,05
Бластоз костного мозга	<5%	3	60,0	1	20,0	4	100,0	2	25,0	<0,05

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между группами (по критерию χ^2 для произвольных таблиц)

4.3. Сопоставление показателей липидного и углеводного обмена у пациентов с острой миелоидной лейкемией в зависимости от типологических особенностей темперамента

Сопоставление показателей липидного и углеводного обмена у пациентов с ОМЛ с сангвиническим темпераментом до и после проведенной терапии

показало, что ИМТ, ОТ, концентрация холестерина, ЛПНП и глюкозы крови была высокой, тогда как уровень ЛПВП был низким (таблица 4.9).

Таблица 4.9. - Сопоставление показателей липидного и углеводного обмена у пациентов острой миелоидной лейкемией с сангвиническим темпераментом

Показатель	Здоровые (n=50)	Базисная терапия (n=66)			Комплексная терапия (n=67)		
		До лечения	После лечения	P	До лечения	После лечения	P
ИМТ, кг/м ²	20,3±1,7	36,0±3,0 p ₁ <0,001	32,0±2,5 p ₁ <0,001	<0,05	37,0±3,0 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	30,3±2,5 p ₁ <0,001 p ₂ <0,05	<0,05
ОТ	96,0±4,5	131,0±10,0 p ₁ <0,001	125,0±9,0 p ₁ <0,001	<0,05	130,0±11,0 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	113,0±7,3 p ₁ <0,05 p ₂ <0,05	<0,05
Холестерин ммоль/л	3,6±0,5	7,5±0,5 p ₁ <0,001	6,3±0,7 p ₁ <0,001	>0,05	7,7±0,1 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	5,0±0,6 p ₁ <0,001 p ₂ <0,05	<0,01
ЛПНП ммоль/л	3,3±0,5	7,3±0,1 p ₁ <0,001	6,3±0,4 p ₁ <0,001	<0,05	7,1±0,2 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	5,2±0,1 p ₁ <0,001 p ₂ <0,05	<0,01
ЛПВП ммоль/л	1,7±0,06	0,9±0,01 p ₁ <0,001	0,7±0,05 p ₁ <0,001	<0,05	0,6±0,07 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	1,7±0,03 p ₁ >0,05 p ₂ <0,001	<0,001
Концентрация глюкозы ммоль/л	5,1±1,1	15,7±0,5 p ₁ <0,001	16,9±0,9 p ₁ <0,001	<0,05	17,0±0,5 p ₁ <0,001 p ₂ <0,05	17,6±0,03 p ₁ <0,001 p ₂ <0,05	<0,05

Примечание: p - статистически значимые различия показателей в группах до и после лечения (по T-критерию Вилкоксона); p₁ - при сравнении с таковыми в группе здоровых; p₂ - при сравнении с таковыми в группе с базисной терапией (p₁ - p₂ - по U-критерию Манна-Уитни)

Сопоставление показателей липидного и углеводного обмена у пациентов с ОМЛ с флегматическим темпераментом до и после проведенной терапии показало, что ИМТ, ОТ, концентрация холестерина, ЛПНП и глюкоза крови были высокими как у сангвиников, тогда как уровень ЛПВП был низким (таблица 4.10).

Таблица 4.10. - Сравнительная характеристика показателей липидного обмена у пациентов с острой миелоидной лейкемией и флегматическим темпераментом после базисной и комплексной терапии

Показатель	Здоровые (n=50)	Базисная терапия (n=15)			Комплексная терапия (n=15)		
		До лечения	После лечения	Р	До лечения	После лечения	Р
ИМТ, кг/м ²	20,3±1,7	36,0±3,0 p ₁ <0,001	33,1±2,3 p ₁ <0,001	>0,05	36,0±3,3 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	30,3±2,5 p ₁ <0,001 p ₂ <0,05	<0,05
ОТ	96,0±4,5	130,0±10, 3 p ₁ <0,001	123,0±9,1 p ₁ <0,001	>0,05	129,0±10,0 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	110,0±8,0 p ₁ <0,05 p ₂ <0,05	<0,01
Холестерин ммоль/л	3,6±0,5	7,5±0,7 p ₁ <0,001	6,3±0,3 p ₁ <0,001	>0,05	7,5±0,1 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	5,0±0,3 p ₁ <0,001 p ₂ <0,05	<0,01
ЛПНП ммоль/л	3,3±0,5	7,0±0,5 p ₁ <0,001	6,0±0,7 p ₁ <0,001	<0,05	7,7±0,3 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	5,0±0,5 p ₁ <0,001 p ₂ <0,05	<0,01
ЛПВП ммоль/л	1,7±0,06	0,7±0,01 p ₁ <0,001	0,9±0,04 p ₁ <0,001	<0,05	0,6±0,07 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	1,7±0,03 p ₁ >0,05 p ₂ <0,001	<0,001
Концентрац ия глюкозы ммоль/л	5,1±1,1 ммоль/л	10,0±0,03 p ₁ <0,001	9,3±0,7 p ₁ <0,001	>0,05	11,0±0,07 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	9,0±0,7 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	<0,01

Примечание: р - статистически значимые различия показателей в группах до и после лечения (по Т-критерию Вилкоксона); р₁ - статистически значимые различия показателей по сравнению с таковыми в группе здоровых; р₂ - по сравнению с таковыми в группе с базисной терапией (р₁ - р₂ - по U-критерию Манна-Уитни)

Сравнительная характеристика показателей липидного обмена у пациентов с ОМЛ с холерическим темпераментом показала, что ИМТ, ОТ, концентрация холестерина, ЛПНП были незначительно снижены, тогда как уровень ЛПВП более значительно снижен (таблица 4.11).

Таблица 4.11. - Сравнительная характеристика показателей липидного и углеводного обмена у пациентов с острой миелоидной лейкемией и холерическим темпераментом после базисной и комплексной терапии

Показатель	Здоровые (n=50)	Базисная терапия (n=8)			Комплексная терапия (n=9)		
		До лечения	После лечения	р	До лечения	После лечения	Р
ИМТ, кг/м ²	20,3±1,7	17,0±0,5 p ₁ <0,001	18,1±2,5 p ₁ <0,001	<0,05	18,0±3,0 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	18,3±2,3 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	>0,05
ОТ	96,0±4,5	87,0±3,3 p ₁ <0,01	89,0±3,0 p ₁ <0,01	>0,05	88,0±3,0 p ₁ <0,01 p ₂ >0,05	83,0±8,0 p ₁ <0,01 p ₂ <0,05	<0,01
Холестерин ммоль/л	3,6±0,5	3,5±0,3 p ₁ >0,05	3,3±0,7 p ₁ <0,05	>0,05	3,5±0,02 p ₁ >0,05 p ₂ >0,05	3,0±0,1 p ₁ <0,05 p ₂ <0,05	<0,05
ЛПНП ммоль/л	3,3±0,5	3,0±0,3 p ₁ >0,05	3,0±0,5 p ₁ >0,05	>0,05	3,7±0,03 p ₁ <0,05 p ₂ <0,05	3,0±0,6 p ₁ >0,05 p ₂ >0,05	<0,05
ЛПВП ммоль/л	1,7±0,06	0,5±0,03 p ₁ <0,001	0,7±0,03 p ₁ <0,001	>0,05	0,7±0,01 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	1,5±0,01 p ₁ >0,05 p ₂ <0,001	<0,001
Концентрация глюкозы ммоль/л	5,1±1,1	4,3±0,5 p ₁ <0,001	4,3±0,2 p ₁ <0,001	>0,05	4,0±0,05 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	4,0±0,03 p ₁ >0,05 p ₂ >0,05	>0,05

Примечание: р - статистически значимые различия показателей в группах до и после лечения (по Т-критерию Вилкоксона); р₁ - при сравнении с таковыми в группе здоровых; р₂ - при сравнении с таковыми в группе с базисной терапией (р₁ - р₂ - по U-критерию Манна-Уитни)

Сравнительная характеристика показателей липидного обмена у пациентов с ОМЛ с меланхолическим темпераментом показала, что ИМТ, ОТ, концентрация холестерина, ЛПНП и глюкоза крови были значительно снижены (таблица 4.12).

Таблица 4.12. - Сравнительная характеристика показателей липидного и углеводного обмена у пациентов с острой миелоидной лейкемией и меланхолическим темпераментом после базисной и комплексной терапии

Показатель	Здоровые (n=50)	Базисная терапия (n=4)			Комплексная терапия (n=5)		
		До Лечения	после лечения	р	До лечения	после лечения	Р
ИМТ, кг/м ²	20,3±1,7	14±1,0 p ₁ <0,001	13,1±2,0 p ₁ <0,001	<0,05	14,0±0,5 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	13,0±1,3 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	<0,05
ОТ	96,0±4,5	67,0,0±2,3 p ₁ <0,001	66,0±2,5 p ₁ <0,001	>0,05	65,0±1,0 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	66,0±2,0 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	<0,05
Холестерин ммоль/л	3,6±0,5	2,3±0,1 p ₁ <0,001	2,3±0,6 p ₁ <0,001	>0,05	2,5±0,01 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	2,3±0,1 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	>0,05
ЛПНП ммоль/л	3,3±0,5	2,0±0,03 p ₁ <0,001	2,0±0,1 p ₁ <0,001	>0,05	2,2±0,05 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	2,0±0,5 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	<0,05
ЛПВП ммоль/л	1,7±0,06	0,6±0,03 p ₁ <0,001	0,7±0,03 p ₁ <0,001	<0,05	0,7±0,01 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	1,5±0,01 p ₁ >0,05 p ₂ <0,001	<0,001
Концентрация глюкозы ммоль/л	5,1±1,1	3,3±0,3 p ₁ <0,001	3,3±0,3 p ₁ <0,001	>0,05	3,0±0,03 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	3,2±0,03 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	>0,05

Примечание: р - статистически значимые различия показателей в группах до и после лечения (по Т-критерию Вилкоксона); р₁ - статистически значимые различия показателей по сравнению с таковыми в группе здоровых; р₂ - по сравнению с таковыми в группе с базисной терапией (р₁ - р₂ - по U-критерию Манна-Уитни)

Таким образом, сопоставление показателей липидного и углеводного обмена у пациентов с ОМЛ с сангвиническим и флегматическим темпераментом показало, что до проведенной терапии ИМТ, ОТ, концентрация холестерина, ЛПНП и глюкоза крови были высокими, тогда как уровень ЛПВП был низким. В то же время у пациентов с меланхолическим темпераментом эти же показатели остаются низким.

4.4. Оценка выживаемости, летальности и эффективности комплексной терапии у пациентов с острой миелоидной лейкемией в зависимости от вида темперамента

Частота встречаемости и структура инфекционных осложнений, выживаемость и летальность пациентов не одинаковы при ОМЛ, и прежде всего, зависят от возрастного аспекта, от соматического состояния больных, от стадии заболевания, интенсивности цитостатического воздействия.

От ОМЛ умирают 30% мужчин в течение года после начала заболевания.

Выживаемость в этом случае составляет 5 лет в 50% случаев среди мужчин, тогда как среди женщин, по Европейским данным, 5-летняя выживаемость среди мужчин пациентов с ОМЛ достигает до 22%, а у женщин – до 26% [119].

В пожилом и старческом возрасте смертность от ОМЛ наблюдается в 2 раза чаще, чем среди молодого возрастного аспекта [167].

Наши исследования показали, что выживаемость и летальность среди пациентов, страдающих ОМЛ, в зависимости от вида темперамента были различными.

Среди пациентов с сангвиническим и холерическим темпераментом после проведения базисной и комплексной терапии 5-летняя выживаемость наблюдалась у 69,0% и 58,0% против 93,0% и 89% пациентов соответственно, которые в ходе терапии достигли полной ремиссии, летальность среди них составила 31,0% и 42,0% в более преклонном возрасте (выше 60 лет). В основном, причинами летального исхода у сангвиников и флегматиков были: кровоизлияние в мозг (11,0%; 15,0%), нейролейкемия (10,0%; 13,0%), прогрессирование сердечной недостаточности (7,0%; 9,0%), острая коронарная недостаточность (3,0%; 4,0%).

Среди пациентов с ОМЛ и флегматическим и меланхолическим темпераментом 5-летнюю выживаемость имели 37,0% и 23,0% и 55 и 39,0% пациентов соответственно, которые в ходе терапии достигли полной ремиссии, летальность среди них была высокая и составила 63,0% и 77,0% в пожилом и старческом возрасте (рисунок 4.1).

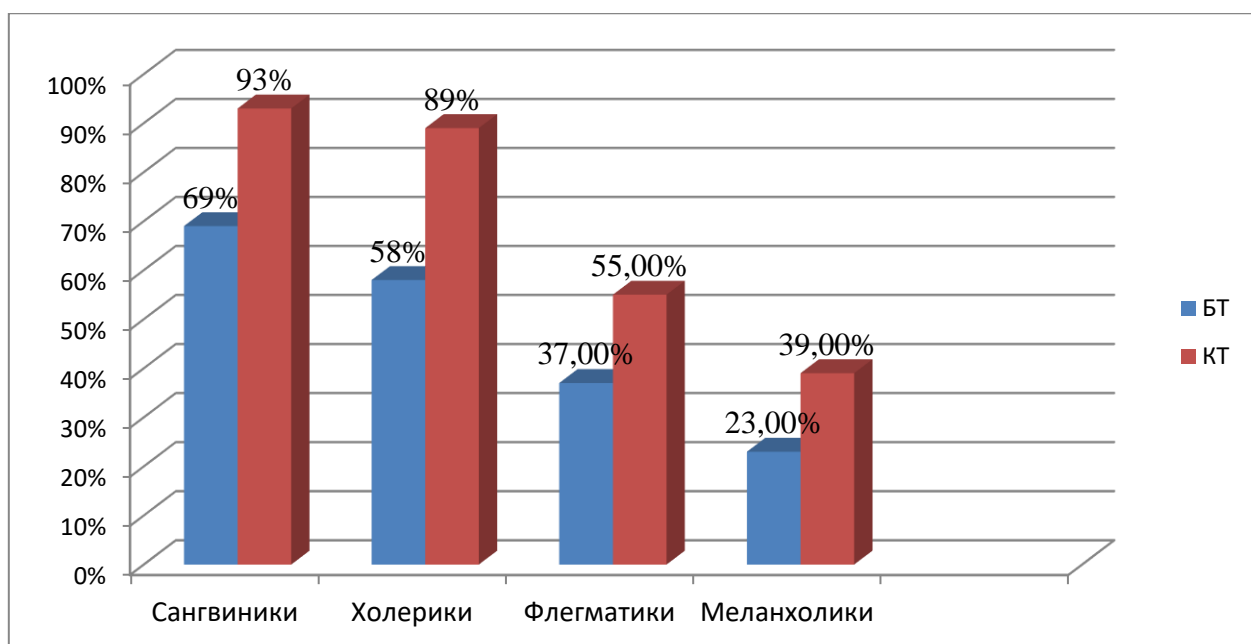


Рисунок 4.1. - Выживаемость пациентов с ОМЛ с учётом типа темперамента после базисной и комплексной терапии

Анализ летальных случаев у пациентов в зависимости от типов темперамента показал, что у сангвиников и холериков после получения комплексной терапии в 2 раза уменьшилась летальность по сравнению с получением только базисной терапии (31,0% и 15,0% против 37,0% и 17,0%), тогда как у флегматиков и меланхоликов (42,0% и 29,0% против 77,0% и 47,0%) эти показатели составили 1,4 и 1,6 раза (рисунок 4.2).

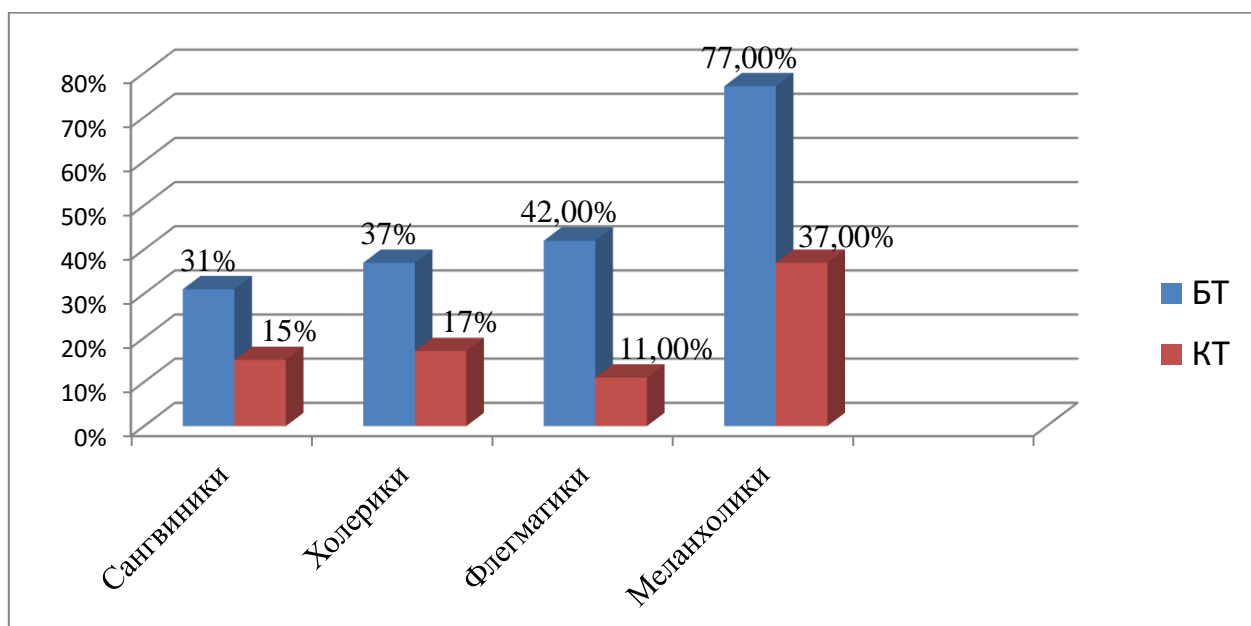


Рисунок 4.2. - Летальность пациентов с ОМЛ с учётом типа темперамента после базисной и комплексной терапии

В основном, причинами летального исхода у холериков и меланхоликов были: полиорганная недостаточность (17,0% и 79,0%), энтеральная недостаточность (33,0%; 49,0%), присоединение вторичных инфекций (19,0% и 37,0%), гемическая кома (17,0% и 23,0%) и инфаркт миокарда (9,0%; 7,0%) (рисунок 4.3).

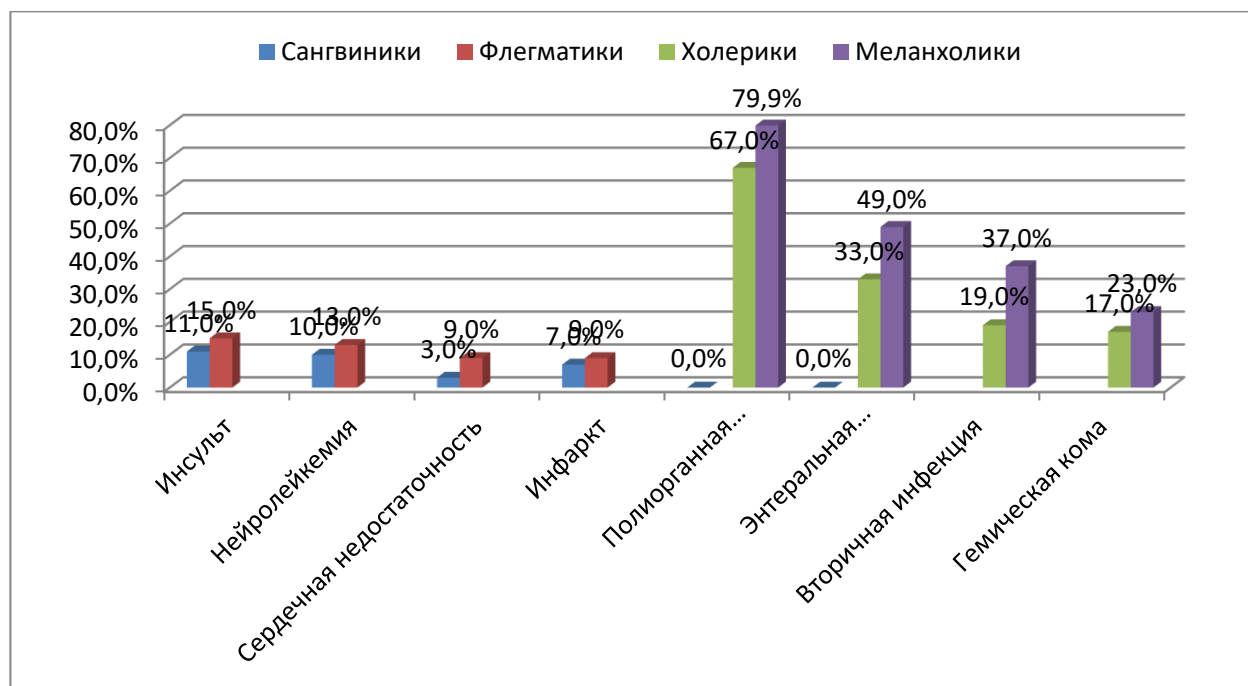


Рисунок 4.3. - Основные факторы риска, приводящие к летальному исходу пациентов с ОМЛ в зависимости от типа темперамента

Так, у пациентов с холерическим в 3,9 (1,7 против 6,7), сангвиническим – 3,5 (1,5 против 6,5), флегматическим – 2,7 раза (1,3 против 4,3), и меланхолическим – 2,5 (1,3 против 3,7) темпераментами частота рецидивов в течение года соответственно уменьшилась.

Таким образом, комплексная терапия по отношению к только базисной терапии оказалась эффективней.

Применение новых химиопрепаратов при острых лейкозах стало фактором выздоровления и увеличения продолжительности клинико-гематологической ремиссии, но порой после цитостатической терапии развиваются необратимые осложнения и смертельные исходы, в значительной степени снижая качество жизни пациентов.

4.5. Оценка показателей качества жизни пациентов с острой миелоидной лейкемией

Качество жизни больных с ОМЛ было обследовано до лечения и после базисной и комплексной терапии.

Показатели КЖ у пациентов с острой миелоидной лейкемией с флегматическим темпераментом до получения ПХТ были самые низкие, но после проведения комплексной терапии по сравнению с меланхолическим темпераментом показатели шкалы гораздо быстрее и больше улучшились, тогда как у пациентов с меланхолическим темпераментом некоторые показатели качества жизни не улучшились и сохранились длительное время (рисунки 4.4; 4.5).

Возможно, это было связано с прогрессированием миелотоксичности самого опухолевого процесса, анемического и диспепсического синдрома, присоединением вторичной инфекции, развитием септической пневмонии, что, несомненно, повлияло на ЖЭ, ФФ, РФФ, ПЗ и СФ жизнедеятельности больных ОМЛ.

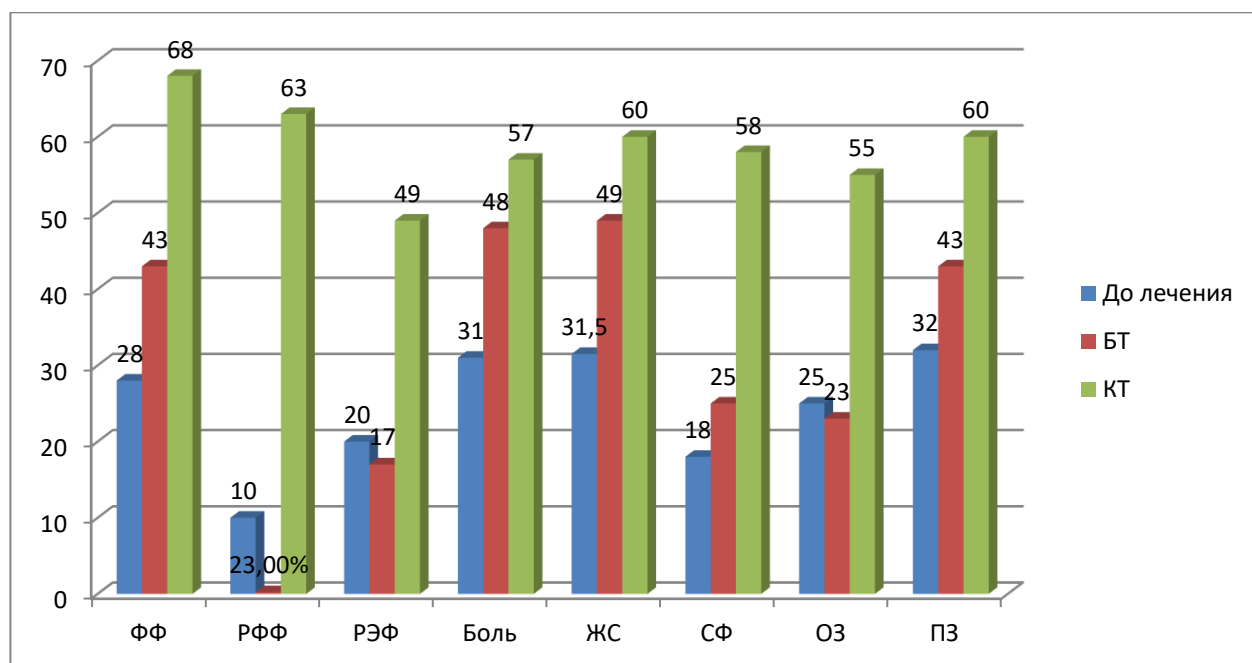


Рисунок 4.4. - Показатели КЖ у пациентов с ОМЛ с флегматическим темпераментом до, во время, после получения базисной и комплексной терапии

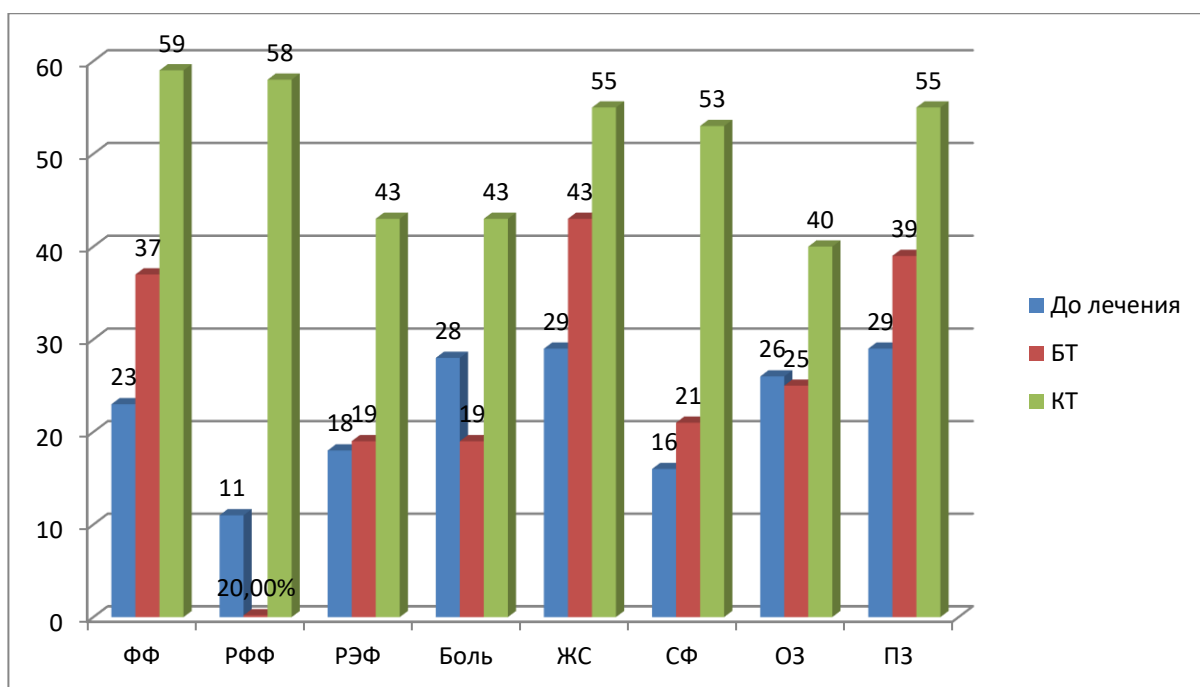


Рисунок 4.5. - Показатели КЖ у пациентов с ОМЛ с меланхолическим темпераментом до, в период и после проведения программной ПХТ

После проведения комплексной терапии показатели КЖ у пациентов с ОМЛ с сангвиническим темпераментом значительно улучшились за короткий срок, что помогло добиться полной клинико-гематологической ремиссии (рисунок 4.6).

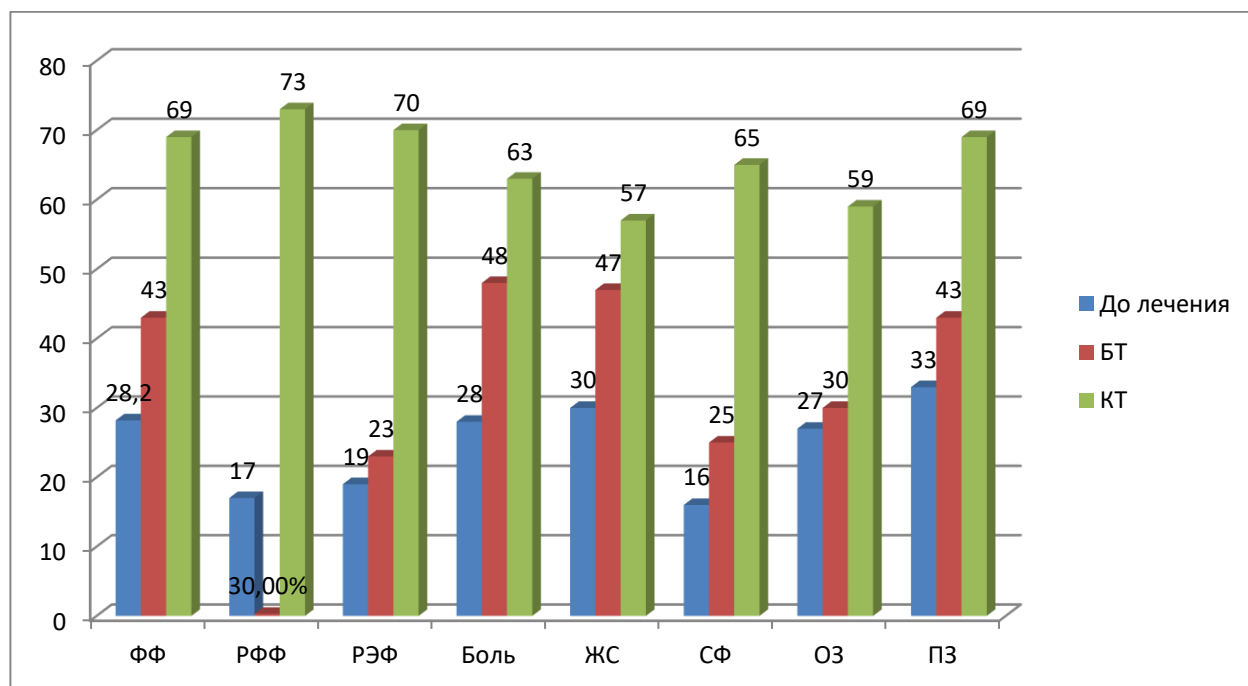


Рисунок 4.6. - Показатели КЖ у пациентов с ОМЛ с сангвиническим темпераментом до, в период и после проведения программной ПХТ

После проведения комплексной терапии показатели КЖ у пациентов с ОМЛ с холерическим темпераментом улучшились менее значительно по отношению к пациентам с сангвиническим темпераментом (рисунок 4.7).

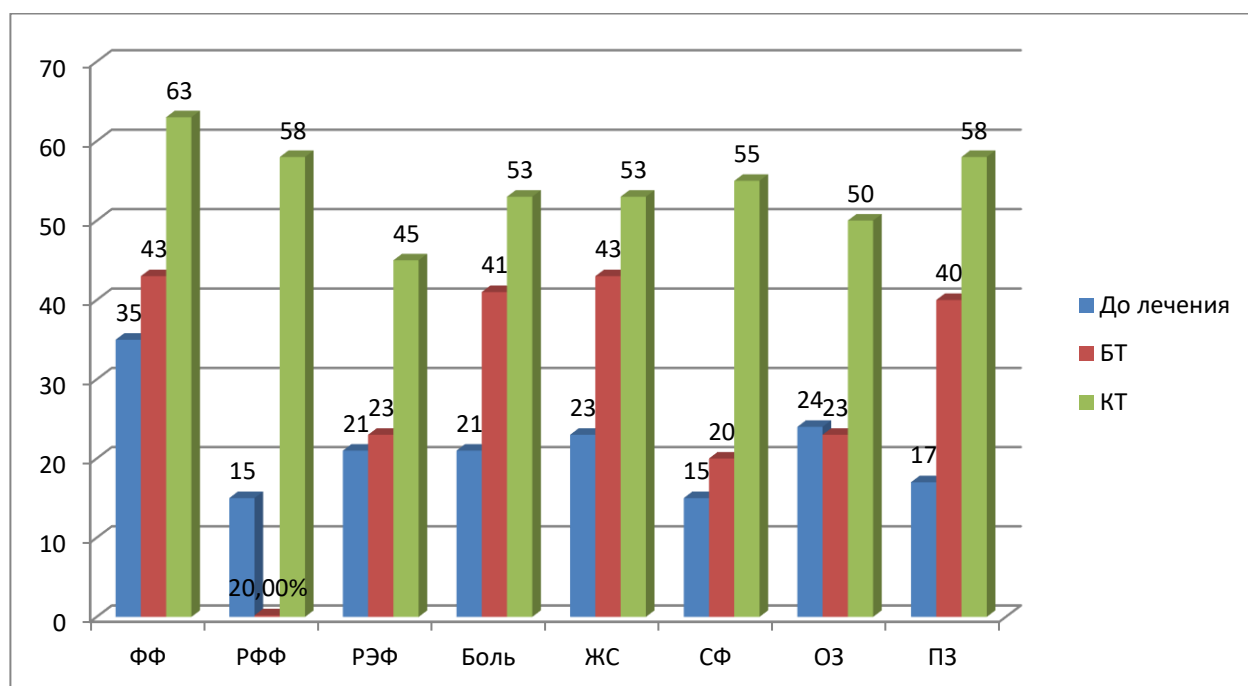


Рисунок 4.7. - Показатели КЖ у пациентов с ОМЛ с холерическим темпераментом до, после проведения базисной и комплексной терапии

Таким образом, исследование КЖ у пациентов с ОМЛ в зависимости от типов темперамента на различных этапах получения базисной и комплексной терапии были различными в области физического и психического здоровья, психологической, жизненной энергии, РФФ, РЭФ, социальной сферах жизнедеятельности, что диктует необходимость разработки и внедрения инновационных индивидуализированных программ лечения и реабилитации.

Глава 5. Обсуждение результатов

В странах Европы и СНГ частота ОМЛ у взрослого населения составляет 5-8 случаев на 100 000 человек в год. Острая миелоидная лейкемия наиболее часто встречается в Китае (1,43‰), в Японии (1,1‰), в Финляндии (0,71‰) [139].

Факторами риска развития злокачественных опухолей, в основном, являются: загрязнение экологии, сжигание органического и минерального топлива, контакт с лакокрасочными изделиями, ионизирующее облучение, электрические и магнитные поля, медикаментозная интоксикация, инфекционный фактор, генетическая и наследственная предрасположенность и т.д. [52].

В начальных стадиях ОМЛ у взрослых протекает под маской «гриппа», «пневмонии-подобно», «ангина-подобно» с различными клиническими проявлениями у каждого индивидуума в отдельности [127, 138].

В этом отношении изучение психовегетативных и морфофенотипических особенностей индивидуума играет роль не только в качестве предиктора возникновения заболевания, но и как фактор, определяющий особенности клиники и течения мультифакториальных болезней [52, 54].

Различия в вегетативных нарушениях, прежде всего, связаны с психофизической конституцией индивидуума, половыми и возрастными особенностями.

У одного и того же заболевания психовегетативные нарушения могут быть неодинаковыми в зависимости от вида темперамента, и это, в свою очередь, кардинально меняет не только поведенческий характер, но и внутренний гомеостаз.

Дифференцированный подход к клинико-конституциональным особенностям у пациентов с ОЛ даст возможность выделить индивидуально-типологические признаки болезни и причинные факторы, позволяющие индивидуализировать лечебные мероприятия [12, 13, 31].

Индивидуально-типологические особенности темперамента можно выявить не только психологическими методами исследования, но и изучением морфофенотипического портрета и исследованием кожного рисунка кисти человека (дерматоглифика).

Доказано, что у детей с острым лимфобластным лейкозом обнаружена связь между признаками распределения дерматоструктур и клинико-гематологическими и иммуногенетическими показателями [45].

Следует отметить, что существуют научные доказательства о том, что дерматоглифические признаки высоко-информативны, прежде всего, в отношении предрасположенности к той или иной форме заболевания, но в то же время они не могут играть роль в постановке диагноза [46].

Наличие противоречий в дерматоглифической характеристике при некоторых заболеваниях указывает на необходимость в дополнительных исследованиях с целью установить связь между психовегетативным и морфофенотипическим портретом пациента с лейкемией.

Вопросы, касающиеся изучения психовегетативных и конституциональных особенностей пациентов с острой миелоидной лейкемией и разработки индивидуализированных психокоррекционных мероприятий довольно скудные и единичны.

Исходя из вышеизложенного была поставлена цель – изучить психовегетативные и конституциональные особенности пациентов с острой миелоидной лейкемией и разработать индивидуализированные психокоррекционные мероприятия.

Исследование проводилось поэтапно:

Первым этапом нами была изучена литература по данной проблематике. Затем была сформирована тема и цель диссертации. Были изучены частота и структура типологических различий, состояние психовегетативного статуса, конституциональные особенности и дерматоглифический анализ, клинико-гематологические различия у пациентов с острой миелоидной лейкемией.

Исследована коморбидность, качество жизни, выживаемость и летальность. Далее разработана индивидуализированная психоаналитическая терапия у пациентов с ОМЛ.

Работа проведена на кафедре внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино на базе гематологического отделения, базирующегося в ГУ НМЦ Республики Таджикистан в период с 2015 по 2020 гг.

В исследование вошли 187 пациентов с ОМЛ, получавших стационарное обследование и лечение, в возрасте от 17 до 63 лет.

Диагностические исследования включали клинико-лабораторные исследования: развёрнутый анализ крови, общий анализ мочи, биохимические анализы крови, стерильную пункцию, цитологические (исследование костного мозга с подсчетом миелограммы), цитохимические исследования костного мозга.

Для исследования внешнего фенотипа применена модифицированная фенотипическая карта, включающая 64 показателя.

Тип конституции определяли с помощью индекса физического развития (Пинье) по формуле $ИП = L - (P+T)$, где L - длина тела (см), P - масса тела (кг), T - окружность грудной клетки (см).

Вычисляли Индекс Варги по формуле – масса тела (г) / рост (см)² - возраст (лет). Определяли индекс массы тела (Кетле): масса тела (кг) / рост (м)². Исследование вегетативного фона проводилось с помощью специальной вегетативной комбинированной таблицы А.М. Веин. и соавт (1971).

Применён опросник структуры темперамента и опросник по Айзенгу «Genetic-test» (ALW) со сканированием отпечатков пальцев рук.

Для определения коморбидного статуса применен индекс коморбидности по Чарлстону. Морфофункциональное состояние ССС определено ЭКГ и эходоплерографией. Определяли качество жизни, выживаемость и смертность пациентов.

Диагноз ставился согласно классификации, принятой МКБ-10.

Анализ показал, что психоэмоциональные нарушения у пациентов с гемобластозами в большинстве случаев связаны с социальными факторами внешней среды, и уровень посттравматического стресса выше, чем у здоровых [32, 116, 125, 134, 136]. Депрессивное состояние у больных с лейкемией на фоне ПХТ проявляется в виде: тревоги, страха, тоски, горя, пониженного настроения, замедления мышления, двигательной заторможенности, вегетативных расстройств, навязчивых мыслей, появление суицидальных мыслей, ухудшение памяти и восприятия [89, 113, 114, 120, 126, 132].

Психовегетативные и морфофенотипические особенности индивидуума имеют не только большую прогностическую значимость в развитии болезни, но и показывают особенности течения их клинических проявлений [25, 52, 54, 135].

Наши исследования показали, что среди пациентов с ОМЛ обнаружено статистически значимое увеличение удельного веса пациентов с сангвиническим (133 чел.; 71,1) и снижение количества пациентов с меланхолическим (9 чел.; 4,8%), холерическим (15 чел.; 8,0%) и флегматическим темпераментом (30 чел.; 16,0%).

Психологическое состояние пациентов с сангвиническим темпераментом отличалось экстравертностью (100,0%), активностью (98,0%), энергичностью (99,0%), общительностью (97,0%), легкомысленностью (67,0%) и безудержностью (39,0%).

Вегетативные нарушения у сангвиников, страдающих ОМЛ, проявлялись в виде гиперсаливации (85,0%), гипертонического синдрома (94,0%), потливости (82,0%), бессонницы (73,1%), тахикардии (97,0%), запоров, чередующихся с диареей (64,0%), красного дермографизма (100,0%).

Пациенты с ОМЛ с флегматическим темпераментом характеризовались интровертностью (100,0%), уравновешенностью (100,0%), малой эмоциональностью (100,0%), инертностью (100,0%), серьёзностью (78,0%).

Нарушения со стороны вегетативной нервной системы у пациентов с ОМЛ с флегматическим темпераментом проявлялись склонностью к гиперсаливации (86,6%), артериальной гипертензии (93,3%), потливости (100,0%), сонливости (80,0%), запорам (60,0%) и брадикардии (73,3%).

Пациенты с меланхолическим темпераментом отличались интровертностью с высоким уровнем нейротизма (100,0%), характеризующего эмоциональной неустойчивостью (100,0%), тревогой (89,0%), низким самоуважением (78,0%), легко-ранимостью (99,0%), впечатлительностью (93,0%), малой общительностью (95,0%), подозрительностью (93,0%), одиночеством (89,0%).

Лица с холерическим темпераментом (симпатотоники) отличались высокой степенью экстраверсии (100,0%), общительностью (97,0%), эмоциональностью (100,0%), агрессивностью (92,0%), активностью (98,0%), высокомерностью (79,0%), самоуверенностью.

Вегетативные изменения характеризовались гипосаливацией (89,0%), тахикардией (93,0%), красным дермографизмом (100,0%), периодически гипертоническим синдромом (45,0%). Все пациенты плохо переносили жаркий период года.

Сравнительный анализ морфофенотипического портрета больных с ОМЛ показал различия между типами темперамента.

У пациентов с сангвиническим и флегматическим темпераментом наблюдали избыточную массу тела, гиперстеническую конституцию с широкой и выпуклой грудной клеткой, у холериков достоверно чаще определялись нормальные показатели питания с хорошо развитой мускулатурой, тогда как у меланхоликов отмечали дефицит массы тела, астеническую конституцию с узкой и уплощенной грудной клеткой ($\chi^2=13,3$, $p_{1-2}>0,05$), ($\chi^2=17,7$, $p_{1-3}<0,001$), ($\chi^2=18,7$, $p_{1-4}<0,001$).

Форма головы и лица у сангвиников и флегматиков была кругловатая, у холериков - удлинённая, с продолговатым лицом, у меланхоликов – маленькая,

с небольшим узким лицом ($\chi^2=15,3$; $p_{1-2}> 0,001$), ($\chi^2=19,7$; $p_{1-3}<0,01$), ($\chi^2=18,7$, $p_{1-4}<0,001$).

Подкожные вены у сангвиников и флегматиков тонкие, плохо визуализируются, у холериков развиты, четко визуализируются под кожей, у меланхоликов тонкие, подвижные, плохо визуализируются под кожей.

Верхние и нижние конечности у пациентов с сангвиническим и флегматическим темпераментом были несколько короткие, полноватые, у холериков развитые и крепкие, тогда как у всех меланхоликов тонкие и длинные ($\chi^2=23,7$; $p_{1-2}>0,05$), ($\chi^2=16,7$; $p_{1-3}<0,001$), ($\chi^2=16,7$, $p_{1-4}<0,001$).

Форма живота у сангвиников была тугая и шарообразная; у флегматиков отвисшая, у холериков плоская с развитой мускулатурой, у меланхоликов втянутый живот со слабой передней брюшной стенкой ($\chi^2=14,3$; $p_{1-2}>0,05$), ($\chi^2=17,5$; $p_{1-3}>0,05$), ($\chi^2=19,3$, $p_{1-4}<0,001$).

По пальцевым узорам определяют индивидуальные особенности организма, предрасположенность к определенным патологиям, его темперамент и «стрессоустойчивость». У 176 пациентов с ОЛ сравнивали дерматоглифические показатели с таковыми у здоровых лиц. В результате было установлено, что частота завитков выше и ниже петель среди лиц, страдающих ОЛ, чем в контрольной группе ($p<0,05$) [58]. Изучение дерматоглифических особенностей 76 европеоидных больных острой лимфоцитарной лейкемией показало, что у пациентов мужского пола чаще встречались завитки пальцев (33%), чем у их братьев (26,7%) или отцов (27,8%). Больные лейкемией и их братья и сестры имели больше сиднейских ладонных складок (41,3% и 35,4%), чем их родители (10,9%) или две контрольные группы (20,4% и 10,5%). Некоторые учёные к подобному тесту относятся критически и утверждают, что научных доказательств в этом отношении не существует [119].

Результаты наших исследований показали, что пальцевые узоры у пациентов с ОМЛ в зависимости от типов темперамента были различны: у лиц

с СТ превалировали «петля», «петля» (L), у ФТ- «завиток» и «завиток» (WW) и у ХТ радиальные «дуга» и «дуга» (AA), тогда как у всех МТ доминировали узоры «завиток-петля» (LA) и «петля» и «дуга» (LA).

Таким образом, по кожным узорам пальцев рук у пациентов с ОМЛ можно судить об особенностях темперамента, определить их поведенческий характер.

Анализ литературных данных показал преобладание в клинической симптоматике пяти синдромов: гиперпластический, геморрагический, интоксикационный, иммунодефицитный и анемический [18, 95, 99]

Проведенное нами исследование показало, у пациентов с ОМЛ с различными типами темперамента обнаруживались различия в клинической симптоматике. У сангвиников отмечалось преобладание в клинической картине интоксикационного (82,0%), геморрагического (94,0%) и гипертонического (98,0%) синдромов. Большая частота и степень выраженности токсичности более выражены у пациентов с флегматическим темпераментом в виде вялости, слабости, недомогания у всех больных, без значительной потери массы тела (40,0%), лимфаденопатии (84,6%), гипертонического (86,0%) и костно-суставного синдромов (73,3%).

Для пациентов с холерическим темпераментом наряду с интоксикационным (84,6%), геморрагическим (53,8%) синдромами была характерна значительная лимфаденопатия (76,9%), а у всех меланхоликов отмечались нарастающий анемический, интоксикационный, болевой и диспепсический синдромы (60,0%).

Гепатоспленомегалия отмечалась с одинаковой частотой во всех группах больных, но при этом выраженность гепатоспленомегалии у флегматиков и сангвиников (94,0% и 80,0%) была максимальной, тогда как у меланхоликов гепатоспленомегалия (40,0%) и геморрагические проявления (20,0%).

Нейролейкемия наиболее часто встречалась у пациентов с сангвиническим (55,0%) и флегматическим темпераментом (46,0%), у

холериков этот показатель составил всего лишь 15,0% случаев, тогда как у меланхоликов нейролейкемия ни разу не встречалась.

В отечественных и зарубежных литературных данных указывают, что уровни гемоглобина, лимфоцитов, тромбоцитов у пациентов с ОМЛ в терминальной стадии заболевания достоверно снижаются ($p < 0,001$) по отношению к начальным стадиям заболевания [22, 111,140].

В гемограмме у сангвиников в 21,0% случаев обнаружены анемия тяжёлой степени и в 79,0% случаев – анемия средне-тяжелой степени; лейкоцитоз: > больше 50 тыс. в 1 мкл крови (лейкопеническая форма) отмечен у 49,2%, лейкоцитоз от 10 до 30 тыс. в 1 мкл крови у 37,3% и лейкоцитоз < от 10 до 50 тыс. в 1 мкл крови (сублейкемическая форма) у 13,4% пациентов; нейтропения (42,3%), лимфопения (28,3%), тромбоцитопения (71,6%), гипофибриногенемия (58,2%), бластемия (100,0%), бластоз костного мозга (100,0%).

У пациентов с флегматическим темпераментом в гемограмме в 53,3% случаев обнаружена анемия тяжелой степени, в 46,6% случаев анемия средне-тяжелой степени, лейкоцитоз: > больше 50 тыс. в 1 мкл крови (лейкопеническая форма) у 73,3%, лейкоцитоз от 10 до 30 тыс. в 1 мкл крови у 26,6%, нейтропения у 40,0%, лимфоцитоз у 60,0%, лимфопения у 40,0%, тромбоцитопения у 53,3%, гипофибриногенемия у 40,0%, бластемия и бластоз у всех категорий лиц.

У пациентов с холерическим темпераментом анемия тяжёлой степени обнаружена у 33,3%, анемия средней степени у 66,6%, лейкоцитоз: > больше 50 тыс. в 1 мкл крови (лейкопеническая форма) у 16,6%, лейкоцитоз от 10 до 30 тыс. в 1 мкл крови (50,0%), лейкоцитоз < от 10 до 50 тыс. в 1 мкл крови (сублейкемическая) у 33,3%, нейтропения у 33,3%, лимфоцитоз у 50,0%, тромбоцитопения у 66,6%, гипофибриногенемия у 16,6, бластемия и бластоз у всех пациентов.

У всех пациентов с меланхолическим темпераментом в гемограмме была обнаружена анемия тяжёлой степени, лейкопения от 0,7 до 6,0 тыс. в 1 мкл крови (лейкопеническая форма), нейтропения; лимфопения у 50,0%, тромбоцитопения у 80,0%, гипофибриногенемия у 50,0% пациентов.

Анализ литературных данных показал, что у пациентов с ОМЛ (33,5%) развивается токсический миокардит и экссудативный перикардит (27,0%) [51].

Проведенное нами исследование показало, что морфофункциональное состояние (МФС) ССС у пациентов с ОМЛ в зависимости от типа темперамента было различным.

Морфофункциональное состояние ССС при ОМЛ в основном зависит от выраженности миелотоксичности самого опухолевого процесса, от выраженности интоксикационного и от степени тяжести анемического синдрома [51].

Исследование МФС ССС у пациентов с ОМЛ в зависимости от типа темперамента и вегетативной регуляции показало, что у больных ваготоников (ВТ) с флегматическим темпераментом (ФТ) по отношению к симпатотоникам (СТ) с холерическим темпераментом (ХТ) обнаружено увеличение границ сердца в поперечнике у 89% больных (кардиомегалия), возможно это, прежде всего, связано с конституциональными особенностями (гиперстеническая конституция), наличия ожирения различной степени, с отягощенным коморбидным статусом (артериальная гипертензия, ИБС, гипотиреоз, гломерулонефрит, хронический панкреатит, сахарный диабет).

Сопоставление МФС ССС у пациентов с ОМЛ в зависимости от вегетативной регуляции было различным.

Все пациенты с сангвиническим и флегматическим темпераментом относятся к группе риска по морфофункциональным нарушениям у пациентов с ОМЛ.

У пациентов с ОМЛ в зависимости от типов темперамента показано, что у пациентов с сангвиническим и флегматическим темпераментом размеры ПП,

МП, ЛЖ, ЛА, Ао были достоверно выше, чем у больных с холерическим и меланхолическим темпераментом (МТ).

Увеличение размеров сердца у пациентов с ОМЛ связано не только с артериальной гипертензией, токсическим миокардитом, но и зависит от психофизической конституции.

Исследование МФС ССС у пациентов с ОМЛ в зависимости от типов темперамента показало, что пациенты с сангвиническим и холерическим темпераментом относятся к симпатотоникам (экстраверты), тогда как флегматики и меланхолики относятся к ваготоникам (интроверты).

Аускультативно тоны сердца у пациентов с сангвиническим и флегматическим темпераментом (ФТ) были приглушены, возможно, это было связано не только с изменениями со стороны сердца, но и с гиперстенической конституцией и преобладанием подкожно-жирового слоя над мышечной массой, или же астенической конституцией и гипотрофией мышц.

У всех пациентов с сангвиническим и флегматическим темпераментом пульс был напряженным, с высокой амплитудой.

У всех пациентов с меланхолическим темпераментом наблюдалось слабое наполнение и напряжения пульса.

У всех пациентов с холерическим темпераментом наблюдали тахикардию от 93 до 117. Пульс был среднего наполнения и напряжения у 75% больных, а у 25% с сопутствием артериальной гипертензией пульс был напряженным с высокой амплитудой.

Наблюдение уровня АД в динамике показало, что у пациентов с сангвиническим и флегматическим темпераментом в основном наблюдался гипертоническим синдром, тогда как у пациентов с меланхолическим темпераментом обнаружен гипотонический синдром.

При сопоставлении показателей ЭКГ в зависимости от темперамента среди наших пациентов получены статистически значимые различия по

длительности QRS комплекса: у ваготоников с ФТ длительность QRS была предельно высокой, у пациентов с МТ – низкой.

На ЭКГ регистрировались правый тип электрокардиографии, урежение ЧСС, выраженные изменения зубцов в грудных отведениях, снижение амплитуды зубцов, отчетливо проявленная деформация комплекса QRS в стандартных отведениях, нарушение AV проводимости ($PQ < 3; 0,20-0,24$).

У пациентов с меланхолическим темпераментом на ЭКГ не наблюдались отклонения ЭОС, дистрофические нарушения в миокарде и проявления гемодинамических перегрузок левого желудочка, синусовая тахикардия.

Таким образом, морфофункциональное состояние ССС у пациентов с ОМЛ зависит не только от миелотоксичности самого опухолевого процесса, но и от типа темперамента и вегетативной регуляции сердечного ритма.

Коморбидное состояние, несомненно, влияет на проведение химиотерапии у пациентов с лейкемией. Риск отсутствия ответа у пациентов со средним уровнем коморбидности был статистически значимо выше, чем у пациентов с низким уровнем коморбидности ($RR=10,56; \times 2=28; p=0,0001$) [15, 79, 123].

Среди пациентов с ХМЛ с сопутствующими заболеваниями 56% умерли во время наблюдения по сравнению с 42% пациентов без сопутствующих заболеваний. У коморбидных пациентов смерть чаще была вызвана сердечно-сосудистыми заболеваниями (14% против 6%) или другими причинами (14% против 10%), в то время как гематологические злокачественные новообразования встречались реже (25% против 34%) по сравнению с пациентами без сопутствующих заболеваний [103].

Наблюдаемые наши пациенты с ОМЛ отличаются отягощенным коморбидным статусом. Сопутствующие патологии без сомнения ухудшают течение острой лейкемии.

Ассоциации нескольких заболеваний, несомненно, усугубляют течение основного заболевания, и приводят к прогрессированию психовегетативных

расстройств. В большинстве случаев пациенты с сангвиническим и флегматическим темпераментом были ассоциированы с артериальной гипертензией (85,0% и 60,0%), ИБС (79,0% и 46,0%), сахарным диабетом (28,3% и 33,3%), в то же время флегматики в более половине случаев страдали хроническим панкреатитом (73,3%), ХОБЛ (53,3%), гипотиреозом (40,0%), хроническим гломерулонефритом (33,3%)

У пациентов с холерическим темпераментом лидирующее место занимал диффузно-токсический зоб (83,3%).

У всех пациентов с меланхолическим темпераментом обнаружена анемия различного генеза, ИБС, ХОБЛ и атрофический гастрит.

У всех пациентов (100,0%) с флегматическим темпераментом составил более 5 баллов, у 85% пациентов с сангвиническим темпераментом при ОЛ индекс коморбидности по Чарлсону составил от 3-4 баллов, у 83,3% холериков ИК составил % – от 0 до 2 баллов, у всех больных с меланхолическим темпераментом – более 5 баллов [119].

Следует подчеркнуть, что ассоциации сопутствующих патологий в основном возрастали в среднем и пожилом возрасте у пациентов с хронической лейкемией.

Таким образом, пациенты с флегматическим и сангвиническим темпераментом характеризовались отягощенным коморбидным анамнезом по сравнению с пациентами с холерическим и меланхолическим темпераментом.

Базисной терапии ОМЛ онкогематологи уделяют особое внимание, но, к сожалению, личностная сторона самого пациента, психовегетативный статус, его горе, индивидуальные тревоги и волнения, оказывающие отрицательное влияние на течение заболевания, в меньшей степени или вовсе не учитываются лечащим врачом [59, 115].

Согласно научным исследованиям у пациентов с лейкемией психотерапевтическая и психологическая помощь выходит на первый план,

использование психотропных препаратов занимает второстепенное значение [63, 76].

Dwek M.R. (2017) предлагает вариант когнитивной психотерапии, позволяющей поддержать позитивное психологическое состояние и снизить психопатологические расстройства при онкопатологиях [117, 118].

Проведены многочисленные экспериментальные исследования, касающиеся гипносуггестивной терапии при онкопатологии, после которой 93 раковых пациента прожили более 10 лет [67, 68].

Для сравнительной оценки эффективности индивидуализированной психоаналитической терапии пациенты с ОМЛ соответственно распределены на две группы: первая группа больных с ОМЛ, получивших только базисную терапию (БТ), и вторая группа, на фоне базисной терапии получившая индивидуализированную психоаналитическую терапию (ИПТ) с учётом типологических различий.

Для оценки критериев эффективности проводимого лечения выбрали наиболее достоверную и познавательную информацию. Изучали динамику психовегетативных и клинико-гематологических показателей до и после проведенной терапии.

Сопоставление динамики психо-вегетативных, клинических проявлений у пациентов с сангвиническим темпераментом, страдающих ОМЛ, в стадии полной ремиссии направлено на повышение нейродинамических реакций специальными щадящими упражнениями, и привлечение к лёгкому труду.

Среди пациентов I группы с сангвиническим темпераментом, страдающих ОМЛ, получивших комплексную терапию (ИП+базисная), до лечения по отношению к пациентам II группы, получавшим только БТ, уменьшилась безудержность в 2 раза, легкомыслие в 1,3 раза; хотя общительность и неуравновешенность сохранились, гиперсаливация уменьшилась в 5,5 раза, гипертонический синдром 11,6 раза, потливость в 3

раза, бессонница в 3,5 раза, запоры, чередующиеся диареей в 2,2 раза, тахикардия в 3,7 раза.

После проведенной комплексной терапии больные с флегматическим темпераментом в стадии полной ремиссии оставались уравновешенными (100,0%), мало-эмоциональность уменьшилась на 1,3%, пациенты стали более общительными и активными, уменьшилась гиперсаливация в 3 раза, потливость в 3,5 раза, запоры в 3 раза, сонливость в 7 раз; нормализовались уровень артериального давления (93,3% и 20,0%), ЧСС (73,3% и 6,6%) и стул (60,0 и 13,3%) по отношению к группе сравнения.

Сопоставление клинических симптомов у пациентов с холерическим темпераментом после проведенной базисной и комплексной терапии (на фоне базисной терапии индивидуализированная аналитическая психокоррекционная терапия) показало, что у пациентов с холерическим темпераментом по отношению к сравниваемой группе было отмечено уменьшение возбудимости в 3,7 раза, эмоциональности в 3 раза, агрессивности в 2 раза, раздражительности в 4 раза, гиперсаливации в 3 раза, потливости в 3,5 раза, бессонницы в 9 раз, запоров в 3,0 раза, артериального давления в 3,6 раза.

Сопоставление клинических симптомов у пациентов с меланхолическим темпераментом, страдающих ОМЛ, до и после получения традиционной и индивидуализированной психоаналитической терапии показало, что у меланхоликов по отношению к группе сравнения было отмечено уменьшение уровня нейротизма в 5 раз, эмоциональной неустойчивости в 2,5 раза, чувства тревоги 2,5 раза, эмоциональной неустойчивости (100,0%), чувства одиночества (1,25%), легко-ранимости в 2 раза, подозрительности в 2 раза, снижение артериального давления (1,6%), гипосаливации в 5 раз.

Комплексная индивидуализированная психокоррекция на фоне базисной терапии привела не только к улучшению клинического и психологического состояния больных, но и к нормализации гематологических показателей.

У пациентов с сангвиническим темпераментом в гемограмме до получения соответствующей терапии были обнаружены: анемия тяжелой и средней степени тяжести (21,0% и 23,0% и 79,1% и 83,3%), лейкоцитоз: > больше 50 тыс. в 1 мкл крови (лейкемическая форма) (49,2% и 47,0%), лейкоцитоз от 10 до 30 тыс. в 1 мкл крови (37,3% и 35,0%), лейкоцитоз < от 10 до 50 тыс. в 1 мкл крови (сублейкемическая форма) (13,4% и 15,1%), нейтропения (43,2% и 42,4%), лимфопения (28,3% и 32,0%), тромбоцитопения (71,6% и 71,2%), гипофибриногенемия (58,2 и 58,2), бластемия (100,0% и 98,4%) и бластоз костного мозга (100,0 и 65,0%).

После проведения комплексной терапии отмечено уменьшения анемии тяжелой степени, тромбоцитопении и гипофибриногенемии в 2,4 раза, снижение уровня лейкоцитоза от 2-х до 3 раз, бластоза костного мозга в 2 раза, нейтропении и лимфопении в 1,6 раз, бластемии в 1,3 раза по сравнению с пациентами, получавшими базисную терапию.

У пациентов с флегматическим темпераментом в гемограмме до получения соответствующей терапии были обнаружены: анемия тяжелой и средней степени тяжести (53,3% и 53,3% и 46,6% и 53,3%), лейкоцитоз: > больше 50 тыс. в 1 мкл крови (лейкемическая форма) (73,3% и 66,6%), лейкоцитоз от 10 до 30 тыс. в 1 мкл крови (26,6% и 33,3%), нейтропения (40,0% и 46,6%), лимфопения (40,0% и 60,0%), тромбоцитопения (53,3% и 46,6%), гипофибриногенемия (40,0% и 46,6%), бластемия (86,6% и 93,3%) и бластоз костного мозга (80 и 40,0%).

После проведения комплексной терапии отмечено уменьшение уровня анемии тяжелой степени и лейкоцитоза 1,6 раза, средней степени тяжести в 2,5 раза, нейтропении, тромбоцитопении, гипофибриногенемии, бластоза костного мозга в 2 раза, лимфопении и лимфоцитоза в 1,6 раз, бластемии в 3,5 раза.

У пациентов с холерическим темпераментом в гемограмме до получения соответствующей терапии были обнаружены: анемия тяжелой и средней степени тяжести (25,0% и 33,3%), лейкоцитоз: > больше 50 тыс. в 1 мкл крови

(лейкемическая форма) (12,5% и 11,1%), лейкоцитоз от 10 до 30 тыс. в 1 мкл крови (26,6% и 33,3%), нейтропения (37,5% и 44,%), лимфопения (12,5% и 60,0%), тромбоцитопения (37,5% и 33,3%), гипофибриногенемия (3% и 22,5%), бластемия (100,0% и 93,3%) и бластоз костного мозга (100,0 и 40,0%).

После проведения комплексной терапии отмечено уменьшение уровня анемии тяжелой степени в 2,2 раза, средней степени тяжести 1,7 раза; лейкоцитоза в 2 раза, нейтропении и бластемии в 1,3 раза, лимфоцитоза и бластоза костного мозга в 1,1 раза и лейкоцитоза 1,6 раза, средней степени тяжести в 2,5 раза, нейтропении, тромбоцитопении в 1,4 раза, гипофибриногенемии 1,5 раза.

У пациентов с меланхолическим темпераментом в гемограмме до получения соответствующей терапии были обнаружены: анемия тяжелой (53,3% и 53,3%), и средней степени тяжести (46,6% и 53,3%) лейкоцитоз: > больше 50 тыс. в 1 мкл крови (лейкемическая форма) (73,3% и 66,6%), лейкоцитоз от 10 до 30 тыс. в 1 мкл крови (26,6% и 17,5%), нейтропения (40,0% и 44,%), лимфопения (12,5% и 60,0%), тромбоцитопения (37,5% и 33,3%), гипофибриногенемия (3% и 22,5%), бластемия (100,0% и 93,3%) и бластоз костного мозга (100,0 и 40,0%).

После проведения комплексной терапии отмечено уменьшение уровня анемии тяжелой степени в 2,2 раза, средней степени тяжести 1,7 раза; лейкоцитоза в 2 раза, нейтропении и бластемии в 1,3 раза, лимфоцитоза и бластоза костного мозга в 1,1 раза и лейкоцитоза 1,6 раза, средней степени тяжести в 2,5 раза, нейтропении, тромбоцитопении в 1,4 раза, гипофибриногенемии 1,5 раза.

Таким образом, сравнительный анализ гематологических показателей сангвиников и флегматиков показал, что анемия тяжелой степени в 2,5 раза чаще встречалась у флегматиков по отношению к сангвиникам, тогда как анемия средней степени тяжести в 1,6 раза была больше у сангвиников по сравнению с флегматиками. Степень лейкоцитоза (больше 50 тыс. в 1 мкл

крови (лейкемическая форма) и нейтропения 1,4 раза больше встречалась у флегматиков по сравнению с сангвиниками, тромбоцитопения, гипофибриногенемия, бластемия и бластоз костного мозга встречались почти в одинаковых значениях. У пациентов с холерическим и сангвиническим темпераментом в основном преобладали анемии средней степени тяжести, тогда как у флегматиков чаще встречались анемии тяжёлой степени тяжести, лейкоцитоз более 50 тыс. в 1 мкл крови, бластемия и бластоз костного мозга.

По мере прогрессирования бластемии и бластоза клинические синдромы становились более выраженными, особенно у лиц с меланхолическим и холерическим темпераментами по отношению к пациентам с сангвиническим и флегматическим темпераментами, при индексе корреляции – от $r=0,7$ до $0,9$ считается высокая корреляционная связь, от $0,2$ до $0,4$ слабая зависимость.

Сравнительная характеристика показателей липидного и углеводного обмена у пациентов с ОМЛ с сангвиническим темпераментом до и после проведенной терапии показала, что ИМТ, ОТ, концентрация холестерина, ЛПНП и глюкозы крови была высокой, тогда как уровень ЛПВП был низким.

Сопоставление показателей липидного и углеводного обмена у пациентов с ОМЛ с флегматическим темпераментом до и после проведенной терапии показало, что ИМТ, ОТ, концентрация холестерина, ЛПНП и глюкоза крови были высокими как у сангвиников, тогда как уровень ЛПВП был низким.

Сравнительная характеристика показателей липидного обмена у пациентов с ОМЛ с холерическим темпераментом показала, что ИМТ, ОТ, концентрация холестерина, ЛПНП были незначительно снижены, тогда как уровень ЛПВП более значительно снижен.

Сравнительная характеристика показателей липидного обмена у пациентов с ОМЛ с меланхолическим темпераментом показала, что ИМТ, ОТ, концентрация холестерина, ЛПНП и глюкоза крови были значительно снижены.

Выживаемость пациентов с острыми лейкозами зависит, прежде всего, от социального уровня населения, от своевременной диагностики и оказания медицинской помощи, от возрастного аспекта, коморбидного статуса генетических особенностей индивидуума, подтипов лейкозий [127].

Проведенное когортное исследование в Британии в 2020 году показало, что благодаря инновационной программной химиотерапии, несмотря на возрастной аспект показатели 5-летней выживаемости улучшились. У детей в возрасте до 14 лет этот показатель составил от 65-70%, от 15-34 лет 52%, от 35-54 37%, от 55 - 64 лет 20%, от 65 – 74 9% [128].

На выживаемость также влияет то, насколько далеко зашла лейкемия на момент постановки диагноза. Если у пациента высокое количество лейкоцитов в крови при постановке диагноза, перспективы ухудшаются [136].

Прогноз выживаемости и летальности зависит от подтипа ОМЛ, от общего состояния здоровья, возрастного аспекта, от приема химиопрепаратов в анамнезе, от отягощенности коморбидного статуса, наличия наследственных патологий, от уровня лейкоцитов во время верификации диагноза (более 10 тысяч) [150]. Отсутствие рецидива заболевания при ОМЛ в течение 5 лет считается излечением [51, 81, 110].

Частота встречаемости и структура инфекционных осложнений, выживаемость и летальность пациентов не одинакова при ОМЛ, и прежде всего, зависит от возрастного аспекта, от соматического состояния больных, от стадии заболевания.

Наши исследования показали, что выживаемость и летальность среди пациентов, страдающих ОМЛ, с различными видами темперамента были различными.

Среди пациентов с сангвиническим и холерическим темпераментом после проведения базисной и комплексной терапии 5-летняя выживаемость наблюдалась у 69,0% и 58,0% против 93,0% и 89% пациентов соответственно, которые в ходе терапии достигли полной ремиссии, летальность среди них

составила 31,0% и 42,0% в более преклонном возрасте (выше 60 лет). В основном, причинами летального исхода у сангвиников и флегматиков были: кровоизлияние в мозг (11,0%; 15,0%), нейролейкемия (10,0%; 13,0%), прогрессирование сердечной недостаточности (7,0%; 9,0%), острая коронарная недостаточность (3,0%; 4,0%).

Среди пациентов с ОМЛ с флегматическим и меланхолическим темпераментом 5-летнюю выживаемость имели 37,0% и 23,0% и 55 и 39,0% пациентов соответственно, которые в ходе терапии достигли полной ремиссии, летальность среди них была высокая и составила 63,0% и 77,0% в пожилом и старческом возрасте.

В основном, причинами летального исхода у сангвиников и флегматиков были: инсульт (11,0%; 15,0%), нейролейкемия (10,0%; 13,0%), прогрессирование сердечной недостаточности (7,0%; 9,0%), инфаркт миокарда (3,0%; 4,0%).

В основном, причинами летального исхода у холериков и меланхоликов были: полиорганная недостаточность (17,0% и 79,0%), энтеральная недостаточность (33,0%; 49,0%), присоединение вторичных инфекций (19,0% и 37,0%), гемическая кома (17,0% и 23,0%) и инфаркт миокарда (9,0%; 7,0%).

Так, частота рецидивов в течение года у больных с холерическим, флегматическим и меланхолическим темпераментом уменьшилась соответственно в 3,9 (1,7 против 6,7) и 2,7 раза (1,3 против 4,3), в 3,5 (1,3 против 3,7).

Таким образом, частота и структура инфекционных осложнений, выживаемость и летальность пациентов не одинаковы при ОМЛ, и прежде всего, зависят от возрастного аспекта, от соматического состояния больных, от стадии заболевания и типологических особенностей пациента.

У пациентов с сангвиническим и холерическим темпераментом 5-летняя выживаемость выше, по сравнению с флегматическим и меланхолическим темпераментом, следовательно, и летальность среди них была высокая в более

преклонном возрасте. Факторами риска, приводящими к летальности у сангвиников и флегматиков, были: инсульт, нейролейкемия, прогрессирование сердечной недостаточности, инфаркт миокарда, у холериков и меланхоликов были: полиорганная недостаточность, энтеральная недостаточность, присоединение вторичных инфекций, гемическая кома и инфаркт миокарда.

Качество жизни (КЖ) больных было обследовано до лечения, в ходе терапии и в период ремиссии. У пациентов флегматиков и меланхоликов, страдающих ОМЛ ваготонического типа вегетативной регуляции, до проведения химиотерапии обнаружены очень низкие показатели КЖ по отношению к группе контроля, особенно, по шкалам жизненной энергии (ЖЭ) ($19,0 \pm 0,5$), ролевого физического (РФФ) ($13,7 + 3,77$) и эмоционального функционирования (РЭФ) ($23,1 + 3,77$), социального функционирования (СФ) ($18,0 \pm 0,1$) и психического здоровья (ПЗ) ($19,0 \pm 0,5$) в баллах, отличающихся интравертностью, инертностью, депрессивностью и малоэмоциональностью ($p < 0,001$).

У пациентов сангвиников и холериков, страдающих ОМЛ симпатотонического типа вегетативной регуляции, до проведения химиотерапии обнаружены низкие показатели КЖ, но по отношению к флегматикам и меланхоликам оказались несколько выше, по шкалам жизненной энергии (ЖЭ) ($35,0 \pm 0,5$; $33,0 \pm 0,5$), ролевого физического (РФФ) ($13,0 + 0,7$; $15,0 + 0,8$;) и эмоционального функционирования (РЭФ) ($23,0 + 3,7$; $21,0 + 3,3$), социального функционирования (СФ) ($29,0 \pm 0,3$; $17,0 \pm 0,3$) и психического здоровья (ПЗ) ($17,0 \pm 0,7$; $15,0 \pm 0,3$) в баллах, отличающихся экстравертностью, подвижностью, раздражительностью и агрессивностью ($p < 0,0001$).

Показатели КЖ у пациентов с ОМЛ с флегматическим темпераментом до получения ПХТ были самые низкие, но в период и после проведения ПХТ по сравнению с меланхолическим темпераментом показатели шкалы гораздо быстро и больше улучшились, тогда как у пациентов с меланхолическим

темпераментом некоторые показатели КЖ не улучшились и сохранились длительное время.

Возможно, это было связано с прогрессированием миелотоксичности самого опухолевого процесса, анемического и диспепсического синдрома, с присоединением вторичной инфекции, развитием септической пневмонии, что, несомненно, повлияло на ЖЭ, ФФ, РФФ, ПЗ и СФ жизнедеятельности больных с ОМЛ.

В период и после проведения программной ПХТ показатели КЖ у пациентов с ОМЛ с сангвиническим темпераментом значительно улучшились за короткий срок, что позволило добиться полной клинико-гематологической ремиссии.

В период и после проведения программной ПХТ показатели КЖ у пациентов с ОМЛ с холерическим темпераментом улучшились менее значительно по отношению к пациентам с сангвиническим темпераментом.

Таким образом, исследование КЖ у пациентов с ОМЛ в зависимости от типов темперамента на различных этапах получения программной химиотерапии были различными в области физического и психического здоровья, психологической, жизненной энергии, РФФ, РЭФ, социальной сферы жизнедеятельности, что диктует разработку и внедрение инновационных индивидуализированных программ лечения и реабилитации.

Комплексное изучение психовегетативных и конституциональных особенностей пациентов с ОМЛ позволяет выделить конституциональную индивидуальность пациентов. Психовегетативные нарушения в системе дыхания, кровообращения и пищеварения протекают различно в зависимости от типов темперамента.

Психотерапевтическая помощь позитивно влияет на состояние лейкоэмических больных, на общую и безрецидивную выживаемость, и качество жизни тяжёлых пациентов.

Выводы

1. Доказано, что пациенты с ОМЛ с сангвиническим темпераментом по частоте встречаемости выходят на первый план (133 чел.; 71,1) по сравнению с меланхолическим (9 чел.; 4,8%), холерическим (15 чел.; 8,0%) и флегматическим темпераментами (30 чел.; 16,0%). Сангвиники и холерики характеризовались экстравертностью, флегматики и меланхолики интровертностью. У сангвиников и флегматиков наблюдали гиперстеническую конституцию, у холериков нормостеническую, тогда как у меланхоликов отмечали астеническую конституцию [2-А; 3-А; 4-А; 20-А; 21-А; 22-А; 23-А; 24-А; 25-А].
2. У сангвиников и холериков наблюдалось преобладание интоксикационного, геморрагического и гипертонического синдромов; у флегматиков гиперпластического, гипертонического и костно-суставного, тогда как у меланхоликов – прогрессирующий анемический, болевой и диспепсический синдромы. Пальцевые узоры у пациентов с ОМЛ в зависимости от типов темперамента были различны: у лиц с СТ превалировали «петля», «петля» (L), у ФТ- «завиток» и «завиток» (WW) и у ХТ радиальные «дуга» и «дуга» (AA), тогда как у всех МТ доминировали узоры «завиток-петля» (LA) и «петля» и «дуга» (LA). Пальцевые узоры никоим образом не являются заменой золотых стандартных психодиагностических методов исследования [6-А; 8-А; 9-А; 12-А; 13-А; 28-А].
3. У сангвиников и флегматиков в большинстве случаев правые и левые отделы сердца были увеличенными, тогда как гемодинамические показатели сниженными по отношению к пациентам с холерическим и меланхолическим темпераментом. Нейролейкемия наиболее часто встречалась у пациентов с сангвиническим (55,0%) и флегматическим темпераментом (46,0%), у холериков этот показатель составил всего лишь 15,0% случаев, тогда как у меланхоликов нейролейкемия ни разу не встречалась [1-А; 10-А; 11-А].

4. Флегматики и меланхолики отличались отягощенным коморбидным анамнезом по отношению к лицам с холерическим и сангвиническим темпераментом. Среди пациентов с сангвиническим и флегматическим темпераментом 5-летняя выживаемость отмечена у 69,0% и 58,0% пациентов соответственно, летальность среди них составила 31,0% и 42,0%, тогда как среди пациентов с холерическим и меланхолическим темпераментом 5-летнюю выживаемость наблюдали у 37,0% и 23,0% пациентов соответственно, летальность среди них была высокая в более преклонном возрасте и составила 63,0% и 77,0% [14-А; 15-А; 18-А; 19-А; 26-А].
5. Доказано, что разработанный комплексный подход к лечению ОМЛ способствует улучшению качества жизни пациентов, клинико-гематологических показателей и психовегетативного статуса (78,0 и 93,0%), тогда как у пациентов с ОМЛ на фоне только базисной терапии без проведения психокоррекционных мероприятий наблюдается снижение эффективности восстановительного лечения (46,0% и 57,0% соответственно) [5-А; 7-А; 16-А; 17-А; 27-А].

Рекомендации по практическому использованию результатов

1. Дифференцированный подход к психовегетативному и морфофенотипическому портрету, лабораторным и дерматоглифическим показателям у пациентов с лейкемией даёт возможность на ранних этапах заболевания выявить признаки болезни и индивидуализировать прогноз.
2. Нельзя абсолютизировать единственный способ научного исследования, как универсальный, только при комплексном исследовании можно получить наиболее достоверные данные о психовегетативном и морфофенотипическом состоянии индивидуума.
3. Установление и применение психовегетативного статуса при ОМЛ должны стать в процессе базисной терапии обязательным диагностическим компонентом. Для проведения психокоррекционных мероприятий при

ОМЛ следует применять гипносуггестивную терапию с назначением психотропных препаратов (граидаксин), регулирующих психовегетативный статус.

Список литературы

1. Абуали ибни Сино. Канон врачебной науки [Текст] / Абуали ибни Сино, под ред. С. Бердыева. – Ташкент: [Б/и], 1986. – 233 с.
2. Адлер, Альфред. Наука о характерах. Понять природу человека [Текст] / Альфред Адлер. - М.: Академический Проект, Гаудеамус, 2014. - 248 с.
3. Айзенк Г.Ю. Структура личности [Текст] / Г.Ю. Айзенк. - СПб.: Ювента; М.: КСП, 1999. – 464 с.
4. Айсина Р.М. Психологическая безопасность взрослых интернет-пользователей: анализ современных исследований [Текст] / Р.М. Айсина // Вестник Омского университета. Серия: Психология. – 2019. – № 1. – С. 28-38.
5. Алиева М.Т. Изучение эмоционального стресса и адаптивности центральной нервной системы, высшей нервной деятельности у студентов в зависимости от формы обучения: дисс. ... канд. биол. наук по специальности 03.03.01 – физиология / М.Т. Алиева. – Душанбе, 2021. – 133 с.
6. Андронникова О. О Онтогенетическая виктимизация личности в ситуации социально-психологической депривации ребенка //Перспективы науки и образования. - 2019. №2 (38). - С. 229-239.
7. Ануфриев А.Ф. Как преодолеть трудности в обучении детей. Психодиагностические таблицы. Психодиагностические методики. Коррекционные упражнения [Текст] / А.Ф. Ануфриев. - М.: Ось-89, 1997. - 224 с.
8. Арзикулов А.Ш. Методологические подходы к изучению личностной структуры в популяции здоровых школьников [Текст] / А.Ш. Арзикулов, М.Х. Салиева, К.М. Юсупов // Молодой ученый. – 2019. – С.244 -246.
9. Арзикулов А.Ш. Личностные особенности детей и подростков узбекской популяции при некоторых соматических заболеваниях [Текст] / М.М.

- Махсумов, Д.А. Арзикулова // Современные проблемы науки и образования. – 2020. – № 5. - С. 33-37.
10. Ахметжанов Э.Р. Шкала депрессии. Психологические тесты / Э.Р. Ахметжанов. - М., Лист, 1996. - 320 с.
 11. Бадиев И.В. Эмоционально-волевые особенности акцентуаций характера подростков [Текст] / И.В. Бадиев // Вестник БГУ. Образование. Личность. Общество. – 2017. – № 5. – С. 60-65.
 12. Байгазиева Ж.Т. Взаимосвязь акцентуаций характера подростков с уровнем их социально-психологической адаптации [Текст] / Ж.Т. Байгазиева // Молодой ученый. – 2020. – № 3. – С. 284-286.
 13. Балашева И.И. Роль конституционального фактора в клиническом полиморфизме у детей острым лимфобластным лейкозом [Текст] / Л.Ф. Балашева, Л.Ф. Десятова // Сибирский онкологический журнал. - 2012. - №6.
 14. Балашева И.И. Особенности течения и исхода острого лимфобластного лейкоза у детей с различными типами конституции [Текст] / И.И. Балашева, Л.Ф. Десятова, Н.А. Корнетов // Biomedical and biosocial Anthropology.-2004.- №2. -С. 4.
 15. Батаршев А.В. Базовые психологические свойства и самоопределение личности: Практическое руководство по психологической диагностике / А.В. Батаршев. - СПб.: Речь, 2005.
 16. Батаршев А.В. Многофакторный личностный опросник Р. Кэттелла [Текст] / А.В. Батаршев. - М.: Сфера, 2002. – 96 с.
 17. Батуев А.С. Физиология высшей нервной деятельности и сенсорных систем [Текст] / А.С. Батуев. – СПб.: «Питер», 2010. - 310 с.
 18. Блинков А.Н. Депрессия и рак: основные направления международных исследований [Текст] / А.Н. Блинков // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. –2020. - № 2. - С. 16-25.

19. Божченко А.П. Расово-диагностические особенности комбинаторики типов папиллярных узоров пальцев рук и их судебно-медицинское значение [Текст] / А.П. Божченко // Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке». – 2017. – Т.19, № 20. – С.175-178.
20. Божченко А.П. Особенности комбинаторики типов узоров билатерально симметричных пальцев рук серийных убийц [Текст] / А.П. Божченко., В.В. Якушев // В книге: Криминалистика - наука без границ: традиции и новации. Материалы всероссийской научно-практической конференции. – Санкт-Петербург, 2022. - С. 53-56.
21. Божченко, А.П. Возможности и перспективы дерматоглифических исследований в судебной медицине [Текст] / А.П. Божченко, А.А. Гомон, В.И. Ригонен // Судебная экспертиза. – 2017. - № 4. – С. 19-36.
22. Божченко А.П. Комбинаторный анализ как метод исследования в судебно-медицинской дерматоглифике и дактилоскопии [Текст] / А.П. Божченко, А.А. Гомон // Судебная экспертиза. – 2018. - № 1 (20). – С. 61-63.
23. Божченко А.П. Новые возможности диагностики половой принадлежности и возрастной группы взрослого человека на основе частотного анализа сочетаний дерматоглифических признаков пальцев рук [Текст] / А.П. Божченко, Ю.В. Назаров, К.В. Теплов // Судебно-медицинская экспертиза. – 2019. - №62(5). – С.33-38.
24. Болотова А.К. Психология развития и возрастная психология: учебник для вузов (Стандарт третьего поколения) / А.К. Болотова, О.Н. Молчанова. — Санкт-Петербург: Питер, 2018. - 512 с.
25. Борисов Д.Д. Темперамент и индивидуальность. Исследование темперамента методом визуальной психодиагностики [Текст] / Д.Д. Борисов // Проблемы современного образования. – 2016. – № 5. – С. 134-141.
26. Боткин С.П. Курс клиники внутренних болезней и клинические лекции, в двух томах [Текст] / С.П. Боткин. – Москва: Медгиз, 2019. – 188 с.

27. Валиев Т.Т. Острый миелоидный лейкоз как вторая опухоль у больного лимфомой Беркитта: обзор литературы и клиническое наблюдение [Текст] / Т.Т. Валиев, Т.Ю. Павлова, А.Т. Каврыгина // Клиническая онкогематология. – 2021. - №14(2). – С.167-172.
28. Вейнингер, О. Пол и характер [Текст] / О. Вейнингер. - М.: Фолио, 2011. – 750 с.
29. Вырубков Н.А. К вопросу о генезе и лечении невроза тревоги комбинированным гипно-аналитическим методом [Текст] / Н.А. Вырубков // Психотерапия. - 1910. - № 1. - С. 29-41.
30. Вейн А.М. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение [Текст] / А.М. Вейн. - М: МИА, 2003. – 752 с.
31. Велихов Е.П. Междисциплинарные исследования сознания: 30 лет спустя [Текст] / Е.П. Велихов, А.А. Котов, В.А. Лекторский, Б.М. Величковский // Вопросы философии. - 2018. – №12. - .С.5-17.
32. Величковский Б.М. Когнитивная наука. Основы психологии познания в 2т. Том 1, 2-е изд., испр. и доп. [Текст] / Б.М. Величковский // Учебник для бакалавриата и магистратуры - М.: Издательство Юрайт, 2019 – 405 с.
33. Галкина Т.Н. Антропометрические и соматотипологические особенности лиц юношеского возраста в Пензенском регионе: автореф. дисс. ... канд. мед. / Т.Н. Галкина. – Волгоград, 2008. - 22 с.
34. Ганиев Х.А. Особенности дерматоглифики различных этнических групп населения Таджикистана: автореф. дисс. ... канд. биолог. наук / Х.А. Ганиев. – Душанбе, 2004. – 24 с.
35. Гиппократ. Избранные труды [Текст] / Перевод с греческого проф. Руднева В.Н. -М., 1936. - 736 с.
36. Голованова Е.А. Психические расстройства при проведении химиотерапии онкозаболеваний [Текст] / Е.А. Голованова // Психиатрическая наука в истории и перспективе. Материалы Юбилейной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 75-

- летию Научного центра психического здоровья. - 2019. - С. 44-46.
37. Гомон А.А. Расово-диагностические признаки дерматоглифики пальцев рук европеоидов и монголоидов. Судебная экспертиза: прошлое, настоящее и взгляд в будущее [Текст] / А.А. Гомон //Материалы международной научно-практической конференции. Санкт-Петербург, 2018. - С. 77-79.
 38. Гомон А.А. Этно-территориальные различия дерматоглифики пальцев рук и ладоней центральных и южных европеоидов [Текст] / А.А. Гомон, М.Т. Исмаилов // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2018. - № 2. – С. 5-11.
 39. Горбунов Н.С. Основные положения формирования конституции [Текст] / Н.С. Горбунов // Морфология. – 2002. – Т. 121, № 2/3. – С. 41-45.
 40. Данилов Н.Н. Физиология высшей нервной деятельности: учебник для студентов вузов [Текст] / Н.Н. Данилов, А.С. Крылова / под. ред. Н. Благородова. - Ростов-на-Дону: Изд-во «Феликс», 2005. – 478 с.
 41. Данилова, Ж.Л. Медиативная практика психолога учреждения здравоохранения в предупреждении конфликтных ситуаций [Текст] / Ж.Л. Данилова // Современная образовательная психология в подготовке специалистов помогающих профессий: актуальные проблемы теории и практики оказания помощи другим : сб. науч. ст. Междунар. науч.-практ. конф. – Могилев, 2019. – С. 186–191.
 42. Десятова Л.Ф. Роль соматотипа в течении и исходе острого лимфобластного лейкоза у детей [Текст] / Л.Ф. Десятова // Аспирантские чтения-2002: сборник тезисов докладов межрегиональной конференции молодых исследователей. - Самара, 2002. - С. 54-55.
 43. Десятова Л.Ф. Клинико-конституциональные особенности при остром лимфобластном лейкозе у детей [Текст] / Л.Ф. Десятова, И.И. Губерт // Современные проблемы фундаментальной и клинической медицины. Сборник трудов молодых учёных и студентов. - Томск, 1999. - С. 46-47.

44. Десятова Л.Ф. Результаты лечения острого лимфобластного лейкоза у детей с различными типами конституции [Текст] / Л.Ф Десятова, И.И. Балашева, Н.А. Корнетов // Бюллетень сибирской медицины. - 2005. - Том 5. - С.133-138.
45. Десятова Л.Ф. Конституциональный тип – предиктор клиники и течения острого лимфобластного лейкоза у детей [Текст] / Л.Ф. Десятова, Н.А. Корнетов, И.И. Балашева // Biomedical and Biosocial Anthropology. – 2007. – №9. – С.237 – 238.
46. Десятова Л.Ф. Соматотипические особенности при остром лимфобластном лейкозе у детей [Текст] / Л Ф Десятова, И.И. Балашева // Актуальные вопросы гематологии и трансфузиологии: материалы Российской научно-практической конференции. - Спб., 2004. - С. 27.
47. Добровольский А.В. Психотропные средства у пациентов с соматическими заболеваниями. Сообщение 1 [Текст] / А.В. Добровольский // Журн. Невр. Псих. - 1998. Т.98, №7. Стр.53-62.
48. Дяблова Ю.Л. Возможности использования дерматоглифики в криминалистическом изучении личности [Текст] / Ю.Л. Дяблова // Журн. Известия Тульского государственного университета. Экономические и юридические науки. - 2020. – С. 33-37.
49. Дяблова Ю.Л. Цифровая криминалистика – будущее науки или тренд современности? [Текст] / Ю.Л. Дяблова // Известия Тульского государственного университета. Экономические и юридические науки. – 2021. - №1. – С. 85-93.
50. Исмайлова Х.Ю. Изучение особенностей личностных характеристик и маркеров темперамента у юношей различной психологической типологии [Текст] / Х.Ю. Исмайлова, М.Б. Султанов // Сибирский педагогический журнал. – 2019. – № 1. – С. 139-147.
51. Канон врачебной науки [Текст] / Абу Али Ибн Сина (Авиценна): пер. с араб. /под ред. У.И. Каримова. - 2-е изд. - Ташкент: Фан, 1982. – 832 с.

52. Караваева Т.А. Принципы и алгоритмы психотерапии тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств) [Текст] / Т.А. Караваева, А.В. Васильева, С.В. Полторак // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2016. – №4. – С.42–51..
53. Капустина А.Н. Многофакторная личностная методика Кеттелла [Текст] / А.Н. Капустина. - Издательство: СПб: Речь. - 2007. – 104 с.
54. Карл Леонгард. Акцентуированные личности [Текст] / Карл Леонгард. - Изд. Киев, 2-е изд, 1989. – 375 с.
55. Копылова, Т.Ю. Психологические предпосылки возникновения аддиктивного поведения в подростковом возрасте [Текст] / Г.С. Воробьева, Т.Ю. Копылова // Известия Юго-Западного государственного университета. Серия: Лингвистика и педагогика. – 2019. – Т. 9, №1(30). – С. 160-167.
56. Корнетов Н.А. Является дигестивный тип телосложения фенотипическим проявлением повышенного риска острого лимфобластного лейкоза [Текст] / Н.А Корнетов, И.И. Балашева, Л Ф. Десятова // Biomedical and biosocial Anthropology. - 2004 - № 2. - С. 34-35.
57. Корнетов Л.И. Особенности темперамента у детей с острым лимфобластным лейкозом [Текст] / Л.И. Десятова, И.И. Балашева // Сибирский онкологический журнал - 2013. - № 3 (57). – С.25-28.
58. [58] Котова О. В. Психовегетативный синдром: трудности диагностики и эффективного лечения [Текст] / О.В. Котова, Е.С. Акарачкова, А.А. Беляев // Медицинский Совет. – 2018. - №21. - С.50-55.
59. Кречмер Э. Строение тела и характер [Текст] / Э. Кречмер. - М.: Педагогика- пресс, 1995. - 607 с.
60. Кучер Е.В. Дерматоглифический скрининг у детей с острой лейкемией [Текст] / Е.В. Кучер // Журнал: Семейная медицина. Киев. – 2015. - С. 200.

61. Мазур Е.С. Дерматоглифика в прогнозировании конституциональных, физических и внешне-опознавательных признаков человека: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук / Е.С. Мазур. – Москва, 2009. –45 с.
62. Малеев А.Л. Личностные особенности пациентов онкогематологического отделения с различными формами гемобластозов [Текст] / А.Л. Малеев, А.Н. Захарова, В.Б. Калиберзенко //Таврический журнал психиатрии. – 2017. - №21. - С. 38-41.
63. Медведева Л.А. Нейрокогнитивное и нейропсихологическое тестирование в кардиохирургии [Текст] / Л.А. Медведева // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2013. - №2. – С.80-90.
64. Меморандум №1 Комиссии РАН по борьбе с лженаукой и фальсификацией научных исследований о лженаучном статусе коммерческого тестирования по кожным узорам пальцев рук. Приложения 1-6, 2016. URL: <http://klnran.ru/2016/05/memorandum01 - dermatoglifika/> (дата обращения: 27.09.2021).
65. Мерлин В.С. Очерк теории темперамента [Текст] / В.С. Мерлин // Пермь: Пермс. - 2003 - №3. – С. 70.
66. Метько Е.Е. Опросник SF-36 как метод оценки качества жизни человека [Текст] / Е.Е. Метько, В.В. Полянская // Журн. Естественные и технические науки. – 2018. - №5. – С.5.
67. Морфофенотипические особенности острого лимфобластного лейкоза у детей [Текст] / Л.Ф. Десятова [и др.] // Проблемы современной онкологии: материалы юбилейной конференции НИИ онкологии ТНЦ РАМН. - Томск, 1999. - С. 100-101
68. Мурик С.Э. Типология И.П. Павлова и перспективы ее развития [Текст] / С.Э. Мурик // Интеллектуальные и материальные ресурсы Сибири: сборник научных трудов. – Иркутск, 2003. – С. 73-77.
69. Мустафакулова Н.И. Психовегетативное и морфофенотипическое состояние пациентов с острой лейкемией [Текст] / Н.И. Мустафакулова,

- Т.И. Кароматова // Вестник академии медицинских наук Таджикистана. Душанбе, 2018. - №2. - С.214-218.
70. Мустафакулова Н.И. Бронхиальная астма в сочетании с нейродерматозами с учетом типов высшей нервной деятельности: автореф. д-ра мед. наук / Н.И. Мустафакулова. – Москва, 2010. –45 с.
71. Небылицын В.Д. Психофизиологические исследования индивидуальных различий [Текст] / В.Д. Небылицын - М.: Наука, 1976. – 336 с.
72. Негашева, М.А. Системный подход при изучении взаимосвязей соматических, дерматоглифических и психологических признаков в структуре общей конституции человека [Текст] / М. А. Негашева // Морфология. - 2008. - Т.133, №1.-С. 73-77.
73. Негашева, М.А. Психомоторные особенности и пальцевые дерматоглифы как частные аспекты конституции [Текст] / М.А. Негашева, А.А. Дубинина // Вопросы психологии. -2007. - №3. - С. 127.
74. Незнанов Н.Г. Биопсихосоциальная модель в психиатрии как оптимальная парадигма для современных биомедицинских исследований [Текст] / Н.Г. Незнанов, Г.В. Рукавишников, Е.Д. Касьянов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2020. - №2. – С.3-15.
75. Никитюк Д.Б. Антропонутириология: развитие идей основоположников нового научного направления / Д.Б. Никитюк, В.Н. Николенко, Р.М. Хайруллин // Вопросы питания - 2020. - №89(4). – С. 82-88.
76. Нуркова В. Индивидуально-типологические особенности автобиографической памяти [Текст] / В. Нуркова, К.Н. Василевской, М.К. Кабардовым // Психологические исследования: электрон. науч. журн. - 2017. - № 3.- С. 73-77.
77. Онуприенко С.П. Интеллект. Темперамент. Как организовать свою жизнь [Текст] / С.П. Онуприенко. - Минск : ТетраСистемс, 2011. - 384 с.

78. Педак А.А. Психические и психосоматические расстройства в клинике врача общей практики - семейной медицины [Текст] / А.А. Педак // Илион Николаев. – 2011. - 695 с.
79. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия: пер. с нем. [Текст] // под ред. Е.Г. Трошихиной Изд.: 2-е, испр. и доп. - СПб.: – М.: Медицина, 2002. – С. 216.
80. Поддубная И.В. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению лимфопролиферативных заболеваний [Текст] / И.В. Поддубная, В.Г. Савченко. – Москва, 2018. – С. 213-217.
81. Полторак С.В. О психодинамических аспектах соотношения психотерапии и фармакотерапии в лечении пограничных расстройств [Текст] / С.В. Полторак, А.В. Васильева // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. – 2012. - №3. – С.88-92.
82. Поспелова М.Л. Возможности гипносуггестивной терапии психосоматических заболеваний [Текст] / М.Л. Поспелова // Вестник биомедицина и социология. – 2019. – С. 45-48.
83. Проскуракова Л.А. Взаимосвязь индивидуально-психологических характеристик и пищевого поведения населения в половозрастном и социальном контексте [Текст] / Л.А. Проскуракова // Здравоохранение Российской Федерации. – 2020. - №64(2). – С.68-75.
84. Поспелова М.Л. Возможности гипносуггестивной терапии психосоматических заболеваний [Текст] / М.Л. Поспелова // Вестник Биомедицина и социология. – 2019. – С. 45-48.
85. Псядло Е.М. Роль диагностики в психологической помощи водителям и лицам, перенесшим стрессогенные ситуации на транспорте [Текст] / Е.М. Псядло // Journal of Education, Health and Sport. – 2016. - №6(10). – С.566-577.

86. Пятницкий Н.Ю. Развитие типологии «темпераментов» в концепции E. Kretschmer [Текст] / Н.Ю. Пятницкий // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2020. - №120(4). – С.88-96.
87. Пятницкий Н.Ю. Учение о типологии психопатий: конституционально-морфологическая концепция E. Kretschmer [Текст] / Н.Ю. Пятницкий // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2018. - №4.
88. Ракитин В.А. Выбор признаков пальцевых узоров для дерматоглифических исследований в зависимости от функциональной активности рук [Текст] / В.А. Ракитин // Судебно-медицинская экспертиза. - 2017. - № 2. – С.21-26.
89. Рева А.В. Оскорбление чувств верующих как современное социально-психологическое явление [Текст] / А.В. Рева // Сборник материалов международной научной конференции. – 2017. – С. 803-818.
90. Ригонен В.И. Этно-территориальные особенности папиллярных узоров пальцев рук русских, киргизов и узбеков [Текст] / В.И. Ригонен, А.П. Божченко // Судебно-медицинская экспертиза. - 2017. - № 1. – С.14-18.
91. Романова Е.С. Психодиагностика: [Электронный ресурс]. - 2005. 400 сURL: http://www.koob.ru/pomanova_e_c/psychognosis_ru (дата обращения: 22.09.2018).
92. Рябова Т.В. Роль психолога в подготовке школьников к обучению в ВУЗе [Текст] / Т.В. Рябова // «Актуальные вопросы психологической службы в образовании»: сборник материалов II городской конференции педагогов – психологов. – Казань 2017.- С. 64-66.
93. Русалов В.М. Измерение темперамента человека [Текст] / В.М. Русалов // Психологический журнал. - 1992. - Т.13, №2. - С. 133-140.
94. Русалов В.М. Темперамент в структуре индивидуальности человека. Дифференциально-психофизиологические и психологические исследования: монография [Текст] / В.М. Русалов. – Москва: Ин-т психологии РАН 2012. – 528 с.

95. Русина Н.А. Эмоции и стресс при онкологических заболеваниях [Текст] / Н.А. Русина // Мир психологии. – 2002. – № 6. – С. 215–260.
96. Рыков М.Ю. Заболеваемость и смертность детей от злокачественных новообразований в Российской Федерации в 2011–2016 гг. [Текст] / М.Ю. Рыков // Российский онкологический журнал. – 2017. - №22(6). – С.322–328.
97. Савченко В.Г. Долгосрочные результаты лечения больных острыми миелоидными лейкозами по протоколу Российского многоцентрового рандомизированного исследования ОМЛ-10 [Текст] / В.Г. Савченко, Е.Н. Паровичникова, В.В. Троицкая // Гематология и трансфузиология. – 2016. – С.60–65.
98. Сагидуллина Л.С. Поражение нервной системы при острых лейкозах у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук. / Л.С. Сагидуллина. – М, 1973. - 21 с.
99. Саймонтон К. Возвращение к здоровой новой жизни [Текст] / К. Саймонтон, С. Саймонтон. – Санкт-Петербург: Питер, 2015. – 288 с.
100. Сидоренко Л.Л. Влияние темперамента и импульсивности на показатели уровня тревожности [Текст] / Л.Л. Сидоренко, И.А. Жучкова // Психологическая наука и образование: XIV междунар. науч.-практ. конф. (03 апрель 2017 г.): сб. публикаций. – Москва: Chronos, 2017. – С. 4-12.
101. Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности [Текст] / Л.Н. Собчик // СМИЛ. – СПб.: Речь, 2000. – 219 с.
102. Созонов В.Ф. Кинезология, снимающая стресс (Введение в психоориентированную кинезологию [Текст] / В.Ф. Созонов // Кинезолог. – 2009-2016.
103. Солдатова О.Г. Вариабельность сердечного ритма у лиц разных типов темперамента [Текст] / О.Г. Солдатова, С.Н. Шилов, О.С. Горбачева // Бюллетень Сибирской медицины. – 2005. – Т. 4, приложение 1. – С.78.
104. Солдатова, С.Н. Состояние кардио-респираторной и пищеварительной

систем у лиц с различными типами темперамента [Текст] / О.Г. Солдатова // Российский физиологический журнал им. И.М. Сеченова. – 2004. – Т. 9, №8. – С. 157.

105. Соколов Е.И. Реакция симпатико-адреналовой системы у больных ишемической болезнью сердца при эмоциональном напряжении в зависимости от типа личности [Текст] / Н.Ю. Лавренова, И.В. Голобородова // Кардиология. - 2009. - № 12. - С. 18–23.
106. Сукиасян С.Г. Новые подходы к психосоматической проблеме [Текст] / С.Г. Сукиасян // Sciences of Europe. – 2021. – С. 28-38.
107. Султанбаев А.В. Персонифицированный подход в ранней диагностике и профилактике злокачественных новообразований [Текст] / А.В. Султанбаев, А.Ф. Насретдинов, М.Г. Гордиев // Тезисы. VI Петербургский международный онкологический форум «Белые ночи 2020». - Санкт-Петербург, 2020. – 111 с.
108. Сулайманова М.Р. Клинические характеристики коморбидных соотношений с учётом типологических особенностей соматических - заболеваний [Текст] / А.С. Ким, М.Р. Сулайманова, Т.А. Нелюбова // Вестник КРСУ. - 2010. - Т. 10, № 12. - С. 113-115.
109. Сыроквашина, К.В. Клинические и психологические подходы к исследованию проблемы суицидов у подростков. Научный обзор [Текст] / К.В. Сыроквашина, Е.Г. Дозорцева, В.Д. Бадмаева // Российский психиатрический журнал. - 2017.- № 6.- С.24-31.
110. Теплов Б.М. Новые данные по изучению свойств нервной системы [Текст]: В кн. Типологические особенности высшей нервной деятельности человека / Б.М.Теплов; под ред. Б.М.Теплова. – 3-у изд. - Изд-во АПН РСФСР. - Т. 3. – Москва, 1983. – 96 с.
111. Тихонова Н.Н. Патогенетическая терапия больных истинной экземой на основе анализа типов нервной системы, вегетативной реактивности,

- фенотипа ацетилирования и активности монооксигеназ: автореф. дис. ... канд. мед наук: 14.00.11 / Н.Н. Тихонова. - С. – Петерб, 1991. – 25 с.
112. Тхань Н.Х. Результаты терапии иматинибом у больных хроническим миелолейкозом в национальном институте гематологии и трансфузиологии Вьетнама [Текст] / Н.Х. Тхань // Гематология и трансфузиология. – 2018. - №63(1). – С.31-43.
113. Усенко А. Г. Влияние гелиогеофизических факторов на минутный объем крови у больных артериальной гипертензией с различным темпераментом [Текст] / А.Г. Усенко // Вестник Российской Военно-медицинской академии. - 2018. - Т.20, №1. - С. 35-37.
114. Усмонова М.А. Влияние темперамента на деятельность и поведение человека [Текст] / М.А. Усмонова, Ш.А. Расулова // Вестник науки и образования. – 2019. – № 19-3 (73). – С. 56-58.
115. Усенко Г.А. Исследование влияния гелиометеофакторов на содержание кортизола и альдостерона в крови у лиц с различным психосоматическим статусом [Текст] / Г.А. Усенко, С.М. Бекмурзов, Д.В. Васендин // Якутский медицинский журнал. - 2017. - №1. - С. 14-18.
116. Фандюхин С.А. Особенности структуры и черт темперамента у лиц с различными соматотипами: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.02; 03.00.13 / С.А. Фандюхин;. - Красноярск, 2002. – 22 с.
117. Харченко Ю.А. Синдром лизиса опухоли: взгляд на проблему [Текст] / Ю.А. Харченко, И.П. Нагорный, В.Н. Дмитриев // Онкогинекология. – 2019. – № 4 (32). – С. 17–25
118. Холевчук А.Г. Криминалистическая дерматоглифика: современные тенденции и перспективы развития [Текст] / А.Г. Холевчук // Российский следователь. - 2017. – №3. - С.8-11.
119. Холодова Н.Б. Особенности проявления энцефалопатии, возникшей после химиотерапии онкологических заболеваний [Текст] / В.М. Сотников, Н.Ю.

- Добровольская Ю.А. Понкратова // Журнал неврологии и психиатрии. – 2014. - №12. – С.84–88.
120. Холодова Н.Б. Особенности клинических проявлений и лечения полинейропатии, развившейся после химиотерапии [Текст] / В.М. Сотников, Н.Ю. Добровольская // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2013. - №113(5). - С. 20-24.
121. Харченко Ю.А. Синдром лизиса опухоли: взгляд на проблему [Текст] / Ю.А., Харченко, И.П. Нагорный, В.Н. Дмитриев / Онкогинекология. – 2019. – № 4 (32). – С. 17–25
122. Чиркова Т.И. Целеполагание высшего профессионального образования: проблемное поле психологических исследований [Текст] / Т.И. Чиркова // Нижегородское образование. - 2011. - № 3. - С.130-138.
123. Шац И.К. Психические расстройства у детей, страдающих острым лейкозом: автореф. дис. ... канд. мед. наук / И.К. Шац. - Л., 1989. - 26 с.
124. Штефко, В.Г. Схема клинической диагностики конституциональных типов [Текст] / В.Г. Штефко, А.Д. Островский. - М.-Л: Госмедиздат, 1929.– 79 с.
125. Шумский В.Б. Экзистенциальная психология и психотерапия [Текст] / В.Б. Шумский // Учебное пособие для бакалавриата и магистратуры. — М.: Юрайт, 2019. - 156 с.
126. Эльзессер А.С., Капустина Т.В. Проблема диагностических возможностей психологических методик: современное состояние [Текст] / А.С. Эльзессер, Т.В. Капустина // Психолог. – 2019. – № 3. – С. 1-9.
127. Яровенко В.В. Коммерческое дерматоглифическое тестирование и криминалистическая дерматоглифика [Текст] / В.В. Яровенко // Право и политика. – 2017. – № 7. – С. 100 - 109.
128. Aiki S. Cognitive dysfunction among newly diagnosed older patients with hematological malignancy: frequency, clinical indicators and predictors [Text] / Т., Okuyama, K. Sugano Y. Kubota // Japanese Journal of Clinical Oncology. - 2018. - N48 (1). – P.61–67.

129. Alexander T.B. The genetic basis and cell of origin of mixed phenotype acute leukaemia [Text] / T.B. Alexander // Nature. - 2018. –N 562. – P.373.
130. Allahyari A. Prognostic factors and survival in acute myeloid leukemia cases: a report from the Northeast of Iran [Text] / A. Allahyari // Asian Pac J Cancer Prev. – 2016. – N17. – P.1547–551.
131. Andrew P. Phenotype in combination with genotype improves outcome prediction in acute myeloid leukemia: a report from Children’s Oncology Group protocol AAML0531 [Text] / P. Andrew, L. Voigt, E. Brodersen // Haematologica. – 2017. - N102(12) – P.2058–2068.
132. Arghavan Tonkaboni. Investigating the Relationship between Fingerprint Pattern and Development of Oral Squamous Cell Carcinoma [Text] / Arghavan Tonkaboni, Mahdi Etemadian // J Dent (Shiraz). – 2022. - N23(2). – P.144–150.
133. Areej El-Jawahr. Quality of life and mood of older patients with acute myeloid leukemia (AML) receiving intensive and non-intensive chemotherapy [Text] / Areej El-Jawahr. // Revised. - 2019. - №3.
134. Asher A. The effect of cancer treatment on cognitive function [Text] //Clin Adv Hematol Oncol. - 2015. - N13 (7). – P.441–450.
135. Leukemia-associated phenotypes: their characteristics and incidence in acute leukemia [Text] / Babusíková, M Glasová, E Koníková, J Kusenda // Neoplasm 1996. - N43(6). – P.367-72.
136. Baert S. Attentional bias training in depression: therapeutic effects depend on depression severity [Text] / R. De Raedt R, Schacht, E.H. Koster // Ther Exp Psychiatry. – 2010. – N41. – P. 265–274.
137. Barve A. Comparative utility of NRG and NRGs mice for the study of normal hematopoiesis, leukemogenesis, and therapeutic response [Text] / A. Barve // Experimental Hematology. - 2018. – N67. – P.18–31.
138. Batsivari A. Understanding of the crosstalk between normal residual hematopoietic stem cells and the leukemic niche in acute myeloid leukemia [Text] / A. Batsivari // Experimental Hematology. – 2021. - N95. – P.23–30.

139. Bernardi S. Multidomain cognitive impairment disclosed before the diagnosis of chronic lymphocytic leukaemia: an autoimmune/paraneoplastic disorder? [Text] / De Nardis L., E. Macci M. Fiorelli // Neurological Sciences. – 2018. - N34 (5). – P.801–803.
140. Bewersdorf J.P. Leukapheresis for the management of hyperleukocytosis in acute myeloid leukemia-A systematic review and meta-analysis [Text] / J.P. Bewersdorf // Transfusion.- 2020 (doi: 10.1111/trf.15994).
141. Camila K. Dermatologic Manifestations of Down Syndrome [Text] / K Janniger Camila, MD; Chief Editor // Dermatology. – 2022.
142. Charlson M.E. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation [Text] / M.E. Charlson // J Chronic Dis. - 1987. - N40(5). – P.373-383.
143. Chen J. Myelodysplastic syndrome progression to acute myeloid leukemia at the stem cell level [Text] / J. Chen // Nature Medicin. – 2019. - N25(1). – P.103–110.
144. Close D. Measurement of health-related quality of life: reliability and validity of the SF-36 health survey in patients with cancer [Text] / D. Close // Qual. Life Res. – 2000. - N9(3). – P.296.
145. Ding T. Anxiety and depression predict unfavorable survival in acute myeloid leukemia patients [Text] / T. Ding, X. Wang, A. Fu // Medicine. - 2019. – N98(43). – P.17314.
146. Djunic I. Comorbidity as a risk factor for overall survival and decision criteria for intensity of chemotherapy in elderly patients with acute myeloid leukemia [Text] / I. Djunic, M .Virijevic, A.Novkovic // Med Oncol. - 2012. - N29(2). – P.1077–1081.
147. Dwek M.R. Is there a relationship between objectively measured cognitive changes in patients with solid tumours undergoing chemotherapy treatment and their health-related quality of life outcomes? A systematic review [Text] /. M.R. Dwek // Psychooncology. - 2017. - Vol. 26. - P.1422–1432.

148. Eckstein O.S. Mixed-phenotype acute leukemia (MPAL) exhibits frequent mutations in DNMT3A and activated signaling genes [Text] / O.S. Eckstein, L. Wang, J.N. Punia // *Exp Hematol.* – 2016. – N44. – P.740.
149. Eiser C. Examining the psychological consequence of surviving childhood cancer: systematic review as a research method in pediatric psychology [Text] / C. Eiser, J. Hill, Y.H. Vance // *J-Pediatric Psychology.* – 2013. - N27 (7). – P.459 -460.
150. Ellenberg L. Use of hypnosis for multiple symptoms in an adolescent girl with leukemia [Text] / L. Ellenberg, J. Kellerman, J. Dash // *J Adolesc Health Care.* – 1980. - N1(2). – P.132-136.
151. Faro A. Confirmatory factor analysis and standardization of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Análise fatorial confirmatória e normatização da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)) [Text] / A. Faro // *Psicologia: Teoria e Pesquisa.* – 2015. - N31(3). – P.349-353.
152. Frequently Asked Questions regarding Stephanie Simon // bridgewaybhs.org. 2022
153. Genetic-test // <https://www.genetic-test.ru/>.- 2022
154. Ghosh R. Digital dermatoglyphics-a new approach in early detection of oral cancer [Text] / R. Ghosh // *J Adv Med Dent Scie Res.* – 2017. – N5. – P.15–18.
155. Gwendolyn H. Complications and Early Mortality in Patients with Acute Promyelocytic Leukemia treated in California [Text] / H. Gwendolyn // *Am J Hematol.* Author manuscript; available in PMC. - 2019. - №1.
156. Jan Philipp. Hyperleukocytosis and Leukostasis in Acute Myeloid Leukemia: Can a Better Understanding of the Underlying Molecular Pathophysiology Lead to Novel Treatments? [Text] / Jan Philipp Bewersdorf and Amer M. Zeidan // *Journal List.* - 2020. - N9(10). – P.2310
157. Jenny N. Poynter. Chemical Exposures and Risk of Acute Myeloid Leukemia and Myelodysplastic Syndromes in a Population-Based Study [Text] / Jenny N. Poynter. // *Int J. Cancer.* - 2017 – N140(1). – P.23–33.

158. Joseph M. Palmar dermatoglyphics in children with acute lymphoblastic leukemia – A preliminary investigation [Text] / Joseph M., Bukelo // Journal of Forensic and Legal Medicine. – 2011. – V.18. – P. 115-118
159. Katarina Aili Susann. Health related quality of life and buffering factors in adult survivors of acute pediatric lymphoblastic leukemia and their siblings [Text] / Katarina Aili, Susann Arvidsson, Jens M. Nygren // Health and Quality of Life Outcomes. - 2021. - V.19, №55.
160. Kantarjian H. Acute myeloid leukemia-treatment and research outlook in 2021, and the MD Anderson approach [Text] / H. Kantarjian, T. Kadia, C. DiNardo // Cancer J. – 2021. - N11(2). – P.41.
161. Koji Sasaki. Prediction of early (4-week) mortality in acute myeloid leukemia with intensive chemotherapy [Text] / Koji Sasaki, Tapan Kadia, Kebede Begna // Am J Hematol. – 2022. - N97(1). – P.68-78.
162. Koung Jin Suh. Comparison of quality of life and health behaviors in survivors of acute leukemia and the general population [Text] / Koung Jin Suh. //Ann Hematol. - 2019. - N98(10). – P.2357-2366.
163. Koppelmans V. Global and focal brain volume in long term breast cancer survivors exposed to adjuvant chemotherapy [Text] / V. Koppelmans De Ruiter M.B., Van der Lijn F., Boogerd W. Breast // Cancer Res Treat. – 2012. – N132. – P.1099–1106.
164. Koppelmans V. Global and focal brain volume in long term breast cancer survivors exposed to adjuvant chemotherapy [Text] / M.B. De Ruiter, F, Van der Lijn, W. Breast // Cancer Res Treat. – 2012. – N132. – P.1099–1106.
165. Kucher E.V. The prediction of acute leukemias current at children //Abstracts for the 8th Annual Congress of the European Hematology Association, Lyon, France, 12-15 June 2008 [Text] / E.V. Kucher // The Hematology Journal. - 2008. - Vol. 4, Suppl. 2. - P.287.
166. Kucher E.V. The prediction of acute leukemias current at children Abstracts for the 8th Annual Congress of the European Hematology Association, Lyon,

- France, 12-15 June 2008 [Text] / E.V. Kucher // The Hematology Journal. - 2015.-Vol. 3, Suppl. 2. - P.277.
167. Kulsoom B. Clinical presentation of acute myeloid leukaemia - A decade-long institutional follow-up. [Text] / B. Kulsoom //J. Pak. Med. Assoc. - 2017. - Vol.67, N12. - P. 1837 - 1842.
168. Küllmer A. Rapid progressive decrease of cognitive and physical functions in a B cell non Hodgkin's lymphoma patient treated with rituximab [Text] / G. Herrmann, B. Riecken / bendamustine // Dtsch Med Wochenschr. – 2013. - N138 (25–26). – P.1355–1359.
169. Laura Inhestern. Families Affected by Parental Cancer: Quality of Life, Impact on Children and Psychosocial Care Needs /<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.765327> - 2021. - 765327
170. LoMartire. Psychometric properties of Short Form-36 (SF-36) Health Survey, EuroQol 5-dimensions, and Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with chronic pain [Text] / LoMartire. //PAIN. - 2020. - N161(1). - P 83-95.
171. Luz María Torres – Espíndola. Comorbidity Index as a Predictor of Mortality in Pediatric Patients With Solid Tumors [Text] / Luz María Torres - Espíndola // Journal List Front Pediatr. – 2019. – N7. – P.48.
172. Ly M. Diminished AHR signaling drives human acute myeloid leukemia stem cell maintenance [Text] / M. Ly // Cancer Research. – 2019. - N79(22). – P.5799–5811.
173. Magnuson A. Cognition and Cognitive Impairment in Older Adults with Cancer. [Text] / S. Mohile M. Janelins // Current Geriatrics Reports. - 2016. - N5 (3). – P.213–219.
174. Manupriya Sharma. Haematological profile of patients with mixed-phenotype acute leukaemia from a tertiary care centre of north India [Text] / Manupriya Sharma // Indian J Med Res. – 2017. - N145(2). – P.215–221.

175. Marie Doualla. Factors influencing disability in patients with chronic low back pain attending a tertiary hospital in sub-Saharan Africa [Text] / Marie Doualla. // Journal List BMC Musculoskelet Disord.. - 2019. – N20. – P.25
176. Martini V. Comorbidity of chronic back pain and depression in Germany: results from the GEDA study, 2009 and 2010 [Text] / V. Martini // Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. – 2018. - N137–138. – P.62–68.
177. Marta Tremolada. Development delays and temperament in children with leukemia after the first year of therapy /Marta Tremolada, Sabrina Bonichini //https: //www.researchgate.net/publication. - 2022.
178. Melinda Krakow. Prevalence and Correlates of Family Cancer History Knowledge and Communication Among US Adults [Text] / Melinda Krakow // Chronic Dis – 2020. - N17. – P.57.
179. Mjali A. Imatinib Mesylate Adherence in Chronic Myeloid Leukemia Patients: Data from Middle Euphrates Region of Iraq [Text] / A. Mjali // Sys Rev Pharm. - 2021. - N12(1). – P.83-87.
180. Morphophenotypical features of a sharp lymphoblast leucosis in children [Text] / L.F. Desyatova [et al.] // Problems of modern oncology: materials of an anniversary conference of SRI of oncology of TSC RAMS. – Tomsk, 1999. – P. 100-101.
181. Mohammad M. Comorbidity in risk and outcome of hematological malignancies [Text] / M. Mohammadi, T. Moradi, M. Bottai // Psychooncology. – 2014. - №23(11). – P.1276-1282.
182. Mohammadi M. The impact of comorbid disease history on all-cause and cancer-specific mortality in myeloid leukemia and myeloma: a Swedish population-based study [Text] / M. Mohammadi // BMC Cancer. – 2015. - №5. – 15. – P.850.
183. Muhammad Azeem Yaqoob. Oral squamous cell carcinoma: review of incidence and risk factors [Text] / Muhammad Azeem Yaqoob // European Journal of Molecular & Clinical Medicine. – 2020. – Vol. 07, Issue 11.

184. Nguyen T.H. Pre-chemotherapy white blood cell depletion by therapeutic leukocytapheresis in leukemia patients: A single-institution experience [Text] / T.H. Nguyen // J Clin Apheresis. – 2020. - N35. – P.117–124.
185. Oberley M.J. Significance of minimal residual disease in pediatric mixed phenotype acute leukemia: A multicenter cohort study [Text] / M.J. Oberley // Leukemia. - 2020. - N34. – P.1741–1750.
186. Ostgard L.S. Comorbidity and performance status in acute myeloid leukemia patients: a nation-wide population-based cohort study [Text] / L.S. Ostgard // Leukemia.- 2014. - N29(3). –P.548–555.
187. Pallavajjala A. Genomic characterization of chromosome translocations in patients with T/myeloid mixed-phenotype acute leukemia [Text] / A. Pallavajjala // Leuk Lymphoma. – 2018. – N59. – P.1231.
188. Pelcovits A. Acute Myeloid Leukemia: A Review R I [Text] / A. Pelcovits // Med J. - 2020. - N103. – P.38-40.
189. Philip Hazell. Antidepressants in adolescence [Text] / Philip Hazell // Prescr. – 2022. – N45. – P.49-52
190. Plana-Ripoll. Exploring Comorbidity Within Mental Disorders Among a Danish National Population [Text] / Plana-Ripoll //JAMA Psychiatry. - 2019. - 3658.
191. Prajwal Dhakal. . Early mortality and overall survival in acute promyelocytic leukemia: do real-world data match results of the clinical trials? [Text] / Prajwal Dhakal , Elizabeth Lyden, Venkat Rajasurya // Leuk Lymphoma. - 2021 - N62(8). – P.1949-1957.
192. Rakibul Hasan Rifat. Incidence, Mortality, and Epidemiology of Leukemia in South Asia: An Ecological Study // <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1615020/v1>. – 2022.
193. Sarah A. Buckley . Development and validation of the AML-QOL: a quality of life instrument for patients with acute myeloid leukemia [Text] / Sarah A. Buckley // Leuk Lymphoma . – - 2020. - N61(5). – P.1158-1167.

194. Sellbom M. The MMPI-2-Restructured Form (MMPI-2-RF): Assessment of Personality and Psychopathology in the Twenty-First Century [Text] / M. Sellbom // *Annu Rev Clin Psychol.* - 2019. – N07 –15. – P.149-177.
195. Severnyy A.A. The features of the manifestations of psycho-vegetative disorders in children and adolescents [Text] / A.A. Severnyy // *J. Neurol Stroke.* – 2020. - N10(3). – P.114-118.
196. Tumor lysis syndrome (TLS) in acute myeloid leukemia (AML) patients treated with azacitidine (AZA) and venetoclax (VEN) [Text] / Joanna Q. Huang, Emmeline Academia // *Journal of Clinical Oncology.* - 2020.
197. Tremblay Z. Use of midostaurin in mixed phenotype acute leukemia with FLT3 mutation: A case series [Text] / Z. Tremblay // *Eur. J. Haematol.* – 2021. – N108. – P.163–165.
198. Takahashi K. Integrative genomic analysis of adult mixed phenotype acute leukemia delineates lineage associated molecular subtypes [Text] / K.. Takahashi // *Nat Commun.* – 2018. – N9. – P.2670.
199. Thomas, D. “Biology and relevance of human acute myeloid leukemia stem cells,” (in eng) [Text] / D. Thomas // *Blood.* – 2017. - N129(12). – P.1577–1585.
200. Touzet, L. “CD9 in acute myeloid leukemia: Prognostic role and usefulness to target leukemic stem cells,” (in eng) [Text] / L. Touzet // *Cancer Medicine.* - 2019. - N8(3). – P.1279–1288.
201. Van den Berk Clark. Factors Associated With Receipt of Cognitive-Behavioral Therapy or Prolonged Exposure Therapy Among Individuals With PTSD [Text] / Van den Berk Clark // *Psychiatr Serv.* – 2019. – N70(8). – P.703-713.
202. Wielgosz J. Mindfulness meditation and psychopathology [Text] / J. Wielgosz, S.B. Goldberg, TRA Kral // *Annu Rev Clin Psychol.* – 2019. – N15. – P.285–316.
203. White B. How the Chameleon Effect Impacts Introverts and Extroverts in Social and Academic Settings [Text] / B. White // *Ursidae:The Undergraduate*

- Research Journal at the University of Northern Colorado. - 2021. - Vol. 10 . - No.1.
204. Wu D. Venetoclax Combined with Hypomethylating Agents for Treatment-Naïve B/Myeloid Mixed Phenotype Acute Leukemia [Text] / D. Wu // Case Rep. Hematol. – 2021. - 3109.
205. Webster, J.A. Acute myeloid leukemia in the elderly: Therapeutic options and choice [Text] / J.A. Webster //Leuk. Lymphoma. – 2018. - N59. – P.274–287.
206. White B. How the Chameleon Effect Impacts Introverts and Extroverts in Social and Academic Settings [Text] / B. White // Ursidae:The Undergraduate Research Journal at the University of Northern Colorado. - 2021. - Vol. 10 . - No.1.
207. Xhaard A. Impact of comorbidity indexes on non-relapse mortality [Text] / A. Xhaard // Leukemia. – 2008. - N22(11). – P.2062–2069.
208. Yarovenko V. Study of hereditary transmission of papillary pattern [Text] / V. Yarovenko // Mediterranean Journal of Social Sciences MJSS. - 2017. - Vol. 6. - P. 264-271.
209. Yi, M. The global burden and attributable risk factor analysis of acute myeloid leukemia in 195 countries and territories from 1990 to 2017: estimates based on the global burden of disease study [Text] / M. Yi, A. Li, L. Zhou // J Hematol Oncol. - 2020. – N13. – P.72.
210. Zelezníková T. The value of dot plot patterns and leukemia-associated phenotypes in AML diagnosis by multiparameter flow cytometry [Text] / T. Zelezníková // Neoplasma. – 2005. - N52(6). – P.517-22.

Публикации по теме диссертации

Статьи в рецензируемых журналах ВАК при Президенте РФ

[1-А]. Кароматова Т.И. Роль раннего интратекального введения цитостатических средств в профилактике нейрорлейкемии у больных с острым миелоидным лейкозом [Текст] / Т.И. Кароматова, Н.И. Мустафакулова, М.П.

Ганиева, К.З. Уроков // Журнал Здравоохранение Таджикистана. - Душанбе 2015. - №3. - С. 42-46.

[2-А]. Кароматова Т.И. Дерматоглифика в прогнозировании индивидуально- типологических особенностей и течения кожного процесса у больных лейкемией [Текст] / Т.И. Кароматова, Н.И. Мустафакулова, М.П. Ганиева, Н.С. Мустафакулова // Журнал Здравоохранение Таджикистана. – Душанбе. - №3. - 2015. - С. 164-167.

[3-А] Кароматова Т.И. Психовегетативное и морфофенотипические особенности пациентов с острой лейкемией [Текст] / Т.И. Кароматова, Н.И. Мустафакулова // Вестник академии медицинских наук Таджикистана. Душанбе. – 2018. - №2. - С.214-218.

[4-А]. Кароматова Т.И. Психоневрологические нарушения у пациентов с острой лейкемией в условиях жаркого климата Республики Таджикистан [Текст] / Т.И. Кароматова, Н.И. Мустафакулова, Н.С. Мирзокаримова, Г.Н.Камолова // East European Scientific Journal. – 2019. - Part 2., №7 (47). - С. 43-47.

[5-А]. Кароматова Т.И. Роль психовегетативных нарушений и психотерапевтических коррекций при лейкемиях [Текст] / Т.И. Кароматова // Медицинский Вестник Национальной Академии Наук Таджикистана. Душанбе. – 2022. - Том XII, №1(41). - С. 76-82.

Статьи и тезисы в сборниках конференций

[6-А]. Кароматова Т.И. Патогенетическая роль биомаркеров и психоневрологических расстройств при лейкемии [Текст] / Т.И. Кароматова, Н.И. Мустафакулова, Н.С. Мирзокаримова, С.Н. Абдуллаева // Международный журнал медицины и психологии. - 2020. - Том 3, №5. - С. 140-145.

[7-А]. Кароматова Т. И. Особенности темперамента и дерматоглифики у пациентов с лейкемией [Текст] / Т.И. Кароматова, Н.И. Мустафакулова, А.Т. Шамсов // Материалы 64-ой научно-практической конференции ТГМУ им.

Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной 25-летию Государственной независимости Республики Таджикистан. «Проблемы теории и практики современной медицины». – Душанбе, 2016. – С. 56-57.

[8-А]. Кароматова Т.И. Прогнозирование течения лейкемии в условиях жаркого климата Республики Таджикистан [Текст] / Т.И. Кароматова, Н.С. Мустафакулова, Г.Н. Камолова // Материалы 64-ой научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной 25-летию Государственной независимости Республики Таджикистан. «Проблемы теории и практики современной медицины». – Душанбе, 2016. – С. 75-76.

[9-А]. Кароматова Т.И. Влияние сезона года на развитие кардиоваскулярных осложнений у пациентов с лейкемией в условиях Республики Таджикистан [Текст] / Т.И. Кароматова, Н.И. Мустафакулова, Н.С. Мустафакулова, Г.Н. Камолова // Евроазиатский Союз Учёных (ЕСУ), Ежемесячный научный журнал. - 2016. - № 5(26). – С. 53-57.

[10-А]. Кароматова Т.И. Психологические и морфофенотипические особенности пациентов с лейкемией [Текст] / Т.И. Кароматова, Н.С. Мустафакулова, Г.Н. Камолова // Материалы научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной «Году молодёжи». «Роль молодежи в развитии медицинской науки». – Душанбе, 2017. – С. 42.

[11-А]. Кароматова Т.И. Особенности течения и терапии костно-суставных и нервных поражений у пациентов с острой лейкемией [Текст] / Т.И. Кароматова, Н.С. Мустафакулова, Г.Н. Камолова // Материалы научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной «Году молодёжи». «Роль молодежи в развитии медицинской науки». – Душанбе, 2017. – С. 41.

[12-А]. Кароматова Т.И. Прогностическое значение конституционально-морфологических факторов в течении острого лимфобластного лейкоза [Текст]

/ Т.И. Кароматова, Н.И. Мустафакулова, Г.Н. Камолова // Сборник научных статей 65 годичной международной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино. «Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире». – Душанбе, 2017. - С. 94-95.

[13-А]. Кароматова Т.И. Психоземotionalные расстройства при острых лейкозах [Текст] / Т.И. Кароматова, Н.И. Мустафакулова, Г.Н. Камолова // Материалы 66-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, в рамках которой проходят Симпозиум детских хирургов. – Душанбе, 2018. - С.501-502

[14-А]. Кароматова Т.И. Психовегетативные и неврологические нарушения у пациентов с острой лейкемией [Текст] / Т.И. Кароматова, Н.И. Мустафакулова, Г.Н. Камолова // Труды региональной конференции «Иновация и актуальные вопросы неврологии» и I съезда неврологов Республики Таджикистан. – Душанбе, 20.. – С. 355-363.

[15-А]. Кароматова Т.И. Вторичная гиперурекемия при хроническом миелолейкозе [Текст] / Т.И. Кароматова, Г.Н. Камолова, Н.С. Мирзокаримова // Материалы XIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием, посвященной «Году развития туризма и народных ремесел». – Душанбе, 2018. – С. 43.

[16-А]. Кароматова Т.И. Состояние психовегетативного синдрома у пациентов с лейкемией [Текст] / Т.И. Кароматова, Н.С. Мирзокаримова, Г.Н. Камолова // Материалы XIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием, посвященной «Году развития туризма и народных ремесел». – Душанбе, 2018, -С. 46-47.

[17-А]. Кароматова Т.И. Клинические и рентгенологические проявления поражения костей при миеломной болезни [Текст] /Т.И. Кароматова, Г.Н. Камолова // Материалы XIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием, посвященной «Году развития туризма и народных ремесел». – Душанбе, 2018. - С. 43-44.

[18-A]. Кароматова Т.И. Прогностическая значимость дерматоостеоартикулярных проявлений и ранних гематологических показателей при различных формах лейкемии [Текст] / Т.И. Кароматова, Н.И. Мустафакулова, Г.Н. Камолова, Н.С. Мирзокаримова // American Scientific Journal. - 2019. - Vol.1., № (27). - P.7-12.

[19-A]. Кароматова Т.И., Клинико-рентгенологические и психологические особенности интерстициальной пневмонии у пациентов с острым лимфобластным лейкозом [Текст] / Т.И. Кароматова, Н.И. Мустафакулова, Д.Ю. Абдуллаева // Материалы 67 международной научно-практической конференции, посвященной 80-летию ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино и Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021). – Душанбе, 2019. – С. 132-133.

[20-A]. Кароматова Т.И. Индивидуально-типологические особенности пациентов с лейкемией [Текст] / Т.И. Кароматова, Г.Н. Камолова, Н.С. Мирзокаримова // Материалы XIV международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов, посвящённой «Годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021)». «Научная дискуссия: актуальные вопросы, достижения и инновации в медицине». – Душанбе, 2019. – С. 50.

[21-A]. Кароматова Т.И. Состояние психовегетативной и кардиоваскулярной системы у пациентов с хроническим лимфолейкозом [Текст] / Т.И. Кароматова, Н.С. Мирзокаримова // Материалы XIV международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов, посвящённой «Годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021)». «Научная дискуссия: актуальные вопросы, достижения и инновации в медицине». – Душанбе, 2019. – С. 49.

[22-A]. Кароматова Т.И. Влияние коморбитного статуса и инфекционных осложнений на течении хронического миелоидного лейкоза. [Текст] / Т.И. Кароматова, Н.И. Мустафакулова, Г.Н. Камолова, Н.С. Мирзокаримова //

Сборник тезисов научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы социально-значимых заболеваний». - г. Бухара, 2019. – С. 90-91.

[23-А]. Кароматова Т.И. Кардионеврологические нарушения при миеломной болезни [Текст] / Т.И. Кароматова, Н.И. Мустафакулова // Материалы конгресса кардиологов и терапевтов стран Азии и Содружества независимых государств «Актуальные проблемы сердечно-сосудистых и соматических заболеваний». - Душанбе, 2019. – С. 215-218.

[24-А]. Кароматова Т.И. Состояние психоэмоционального и вегетативного фона у пациентов с лейкемией в условиях жаркого климата РТ [Текст] / Т.И. Кароматова, Н.С. Мирзокаримова // Материалы XV научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. «Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки». – Душанбе, 2020. – С. 44-45.

[25-А]. Кароматова Т.И. Прогностическая значимость психовегетативных и конституциональных факторов в течение острой миелоидной лейкемии [Текст] / Т.И. Кароматова, Н.И. Мустафакулова, Н.С. Мирзокаримова // Материалы международной научно-практической конференции (69-ой годичной), посвященная 30- летию Государственной независимости Республики Таджикистан и годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021). Достижения и проблемы фундаментальной науки и клинической медицины. – Душанбе, 2021. - Том 1. - С. 340-341.

[26-А]. Кароматова Т.И. Типологические особенности пациентов с острой лейкемией, ассоциированной с короновирусной инфекцией. [Текст] / Т.И. Кароматова, Ф.Н. Махмади, Д.Ю. Абдулаева // «Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений». Посвященная 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021), с международным участием. – Душанбе, 2021. - С. 431.

[27-А]. Кароматова Т.И. Хронический миелолейкоз и вторичные артропатии [Текст] / Т.И. Кароматова, Г.Н. Камолова, С.Н. Абдулоева // Актуальные вопросы современных научных исследований. – Душанбе, 2022. – С. 78

[28-А]. Кароматова Т.И. Урологические, дерматоневрологические и психовегетативные расстройства у больных с лейкемией [Текст] / Т.И. Кароматова, С.С. Мустафакулов // Актуальные вопросы современных научных исследований. – Душанбе, 2022. – С. 80-81.