

**ГОУ 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**

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени кандидата
медицинских наук

по специальности 14.01.04 - Внутренние болезни

Душанбе – 2023

Работа выполнена на кафедре внутренних болезней №3 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

Научный руководитель: **Мустафакулова Намуна Ибрагимовна**, доктор медицинских наук, профессор кафедры внутренних болезней №3 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Официальные оппоненты: **Косанова Алия Капаркановна**, доктор медицинских наук, профессор кафедры внутренних болезней №2 с курсом смежных дисциплин Казахского национального медицинского университета имени С.Д. Асфендиярова

Рахматов Муким Каримович, кандидат медицинских наук, врач – гематолог консультативной поликлиники ГУ Национальный медицинский центр Республики Таджикистан «Шифобахш»

Оппонирующая организация: Некоммерческое акционерное общество «Медицинский Университет Караганды» (г. Караганда, Республика Казахстан)

Защита диссертации состоится «___» _____ 2023 г. в «___» часов на заседании диссертационного совета 6D.КОА-008 при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино». Адрес: 734003, г. Душанбе, улица Сино 29-31, www.tajmedun.tj, +992918724088

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино».

Автореферат разослан «___» _____ 2023 г.

**Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук, доцент**

Джамолова Р.Дж.

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, морфо-функциональное состояние органов и систем, вегетативные функции. Свойства нервной системы у каждого типа в отдельности отличаются силой, подвижностью, изменчивостью и эмоциональной стабильностью и в полной 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; Severnyu 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 ме-

роприятия [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 [Кучер Е.В., 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 особен-

ности, 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 нейрорлейкемия 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 пре-

клонном 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 и социологические 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 лейкоэмическим 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 конфе-

ренции 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.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. 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 1.



Рисунок 1. - Распределение пациентов с ОМЛ в зависимости от типов темперамента

Пациенты с ОМЛ с СТ 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.

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).

Сопоставление пациентов с ОМЛ в зависимости от возрастного аспекта и половых различий, а также от типологических особенностей показало, что пациенты с сангвиническим темпераментам 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).

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

Проведены общеклинические, биохимические исследования (сахар крови, фибриноген, холестерин, ЛПНП, ЛПВП), исследование психосоматической и вегетативной системы, и морфофункционального состояния ССС.

Типологические особенности ВВД 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 (1971). Вегетативный статус определяли с использованием вегетативной комбинированной таблицы А.М. Vein. и соавт (1971). 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.

Для определения выраженности эмоциональной дезадаптации больных с ОМЛ использован психодиагностический метод: шкала тревоги Спилбергера. 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. 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.

Определяли общую и безрецидивную выживаемость у пациентов с ОМЛ в период получения программной химиотерапии. Летальность подсчитали по формуле: число летальных случаев от настоящего заболевания на 100 000 населения.

Функциональное состояние сердечноvascularной системы определено электрокардиографией (ЭКГ) на аппарате Cardiofax ЕСС – 9320 ОК. Морфофункциональное состояние ССС исследовано эхокардиографией (ЭхоКГ) и доплерографией (ДГ) на аппарате «Toshiba» (2008).

Проводили стерильную и люмбальную пункцию. Давление ликвора измеряли водяным манометром в виде стеклянной трубочки. При цитозе ликвора выше 10 в 1 мкл и при наличии бластоа был выставлен диагноз нейрорлейкемия.

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

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

Качество жизни больных у пациентов с лейкемией определяли с применением опросника MOS SF-36. Придавали значение физическому функционированию (ФФ), показывающему активность движения по лестнице, самообслуживание без других лиц; ролевому физическому функционированию (ФФ), отражающему ежедневные проблемы; степени болевых ощущений; общему здоровью (ОЗ); жизненной энергии (ЖЭ), социальному функционированию (СФ) и психо-эмоциональному состоянию, указывающему на состояние тревожно-депрессивного синдрома.

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 $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование состояния психовегетативного статуса у больных с ОМЛ в зависимости от типологических особенностей показало, что пациенты с СТ характеризовались 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 ФТ отличались интровертностью (100,0%), уравновешенностью (100,0%), мало-эмоциональностью (100,0%), малоподвижностью (100,0%), серьёзностью (78,0%). Вегетативные дисфункции у пациентов с ОМЛ с ФТ сопровождалась гиперсаливацией (86,6%), артериальной гипертензией (93,3%), потливостью (100,0%), сонливостью (80,0%), запорами (60,0%) и брадикардией (73,3%).

Пациенты с МТ отличались интровертностью с высоким уровнем нейротизма (100,0%), характеризующегося 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%). Вегетативные нарушения проявлялись в виде: гипосаливации (96%), периодических запоров (67%), головокружения (89%), гипотонического синдрома

(87%), тахикардии (94%) и белого дермографизма (95%).

Лица с ХТ (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%). Вегетативные изменения характеризовались гипосаливацией (89,0%), тахикардией (93,0%), красным дермографизмом (100,0%), артериальной гипертензией (45,0%).

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

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 ($\chi^2=15,3$, $p_{1-2}>0,05$), ($\chi^2=18,7$, $p_{1-3}<0,001$), ($\chi^2=18,7$, $p_{1-4}<0,001$). 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 ($\chi^2=23,7$; $p_{1-2}>0,05$), ($\chi^2=16,7$; $p_{1-3}<0,001$), ($\chi^2=16,7$, $p_{1-4}<0,001$).

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

Анализируя пальцевые узоры у пациентов с ОМЛ, 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).

Следовательно, пальцевые узоры у пациентов с ОМЛ в зависимости от типов темперамента различны.

Таким образом, по кожным узорам пальцев рук у пациентов с ОМЛ можно судить об особенностях темперамента, определить их поведенческий характер и выбрать индивидуальный подход к общению.

У пациентов с ОМЛ с различными типами темперамента обнаружены различия в клинической симптоматике. У пациентов с СТ чаще обнаруживались преобладание в клинической практике интоксикационного (82,0%), геморрагического (94,0%) и гипертонического (98,0%) синдромов. У ФТ 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 ХТ были характерны интоксикационный (84,6%) и геморрагический (53,8%) синдромы и значительное увеличение лимфатических узлов (76,9%), и все пациенты с МТ отличались прогрессированием анемического, интоксикационного, 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 ($p < 0,001$).

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

Морфофункциональное состояние (МФС) 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 ФТ по отношению к симпатотоникам (СТ) ХТ обнаружено увеличение границ сердца в поперечнике у 89% больных, 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 ФТ темпераментом относятся к группе риска по морфофункциональным нарушениям у пациентов с ОМЛ.

Как видно в таблице 1, результаты сопоставления показателей ЭхоКГ у пациентов с ОМЛ в зависимости от типов темперамента показали, что у пациентов с сангвиническим и ФТ размеры ПП, МЖП, ЛЖ, ЛА, Ао были достоверно выше, чем у больных с холерическим и МТ.

Таблица 1. - Морфофункциональные параметры левого и правого желудочка у пациентов с ОМЛ в зависимости от темперамента

Размеры отделов сердца	Здоровые	Темперамент			
		Р1 Сангвиники n=133	Р2 Флегматики n=30	Р3 Холерики n=15	Р4 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/м2, 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/м2, 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/м2, 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/м2, 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.

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).

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.

Исследование коморбидного статуса у пациентов с ОМЛ в зависимости от типов темперамента показало, что 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%), гипотериозом (40,0%), хроническим гломерулонефритом (33,3%). У пациентов с ХТ 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 с ФТ и МТ индекс коморбидности по Чарлсону составил более 5 баллов, у 85% пациентов СТ составил от 3-4 баллов, у 83,3% холериков – от 0 до 2 баллов.

Таким образом, пациенты с флегматическим и МТ характеризовались отягощенным коморбидным анамнезом по сравнению с пациентами с холерическим и СТ.

Для сравнительной оценки эффективности комплексной терапии пациенты (КТ) с ОМЛ соответственно разделены на две группы: I группа пациентов с ОМЛ, получивших только базисную терапию (БТ) (7+3), и вторая группа, получившие комплексную (базисную и индивидуализированную психоаналитическую терапию) с учётом типологических различий. Сопоставление динамики психоvegetативных, клинических проявлений у пациентов с ФТ, страдающих ОМЛ, в стадии полной ремиссии, указывает на повышение нейродинамических реакций специальными щадящими упражнениями, привлечение к лёгкому труду. Среди пациентов I группы с СТ, страдающих ОМЛ, получивших КТ, по отношению к пациентам II группы, получавшим только БТ, уменьшилась безудержность в 2 раза, легкомыслие в 1,3 раза; хотя общительность и неуравновешенность сохранилась, 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, рецидив заболевания в 3 раза, тогда как после получения БТ в 1,6 раза (таблица 2).

Таблица 2. - Динамика вегетативных нарушений у больных с ОМЛ СТ при базисной и комплексной терапии

Вегетативный статус	Сангвиники с ОМЛ, получившие КТ (n=67)			Сангвиники с ОМЛ, получившие только БТ (n=66)		
	До лечения абс (%)	После лечения абс (%)	P	До лечения абс (%)	После лечения абс (%)	P
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
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 дермогра-	67 (100,0)	67 (100,0)		66 (100,0)	66 (100,0)	>0,05

физм						
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)

Сопоставление динамики клинических проявлений у пациентов с ФТ, страдающих ОМЛ, в стадии полной ремиссии, указывает на повышение нейродинамических реакций специальными щадящими упражнениями, с привлечением к лёгкому труду (таблица 3).

Таблица 3. - Динамика клинических проявлений у больных с ОМЛ 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 (%)	Р	До абс (%)	После абс (%)	Р
Уравновешенность	15 (100,0)	15 (100,0)	>0,05	15 (100,0)	15 (100,0)	>0,05
Мало-эмоциональность	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: р - статистически значимые различия показателей в группах до и после лечения (по критерию Мак Немара); *р<0,05, **р<0,01 при сравнении с таковыми показателями между группами (по критерию χ^2)

После проведенной КТ больные с ФТ 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%), рецидив заболевания в 2,5 раза, тогда как после получения БТ в 1,4 раза по отношению к группе сравнения. У холериков до и после проведенной КТ по отношению к сравниваемой группе было отмечено уменьшение возбудимости в 3,7 раза; эмоциональности в 3 раза, агрессивности в 2 раза, гиперсаливации в 3 раза, запора в 3,0 раза, артериального давления в 3,6 раза, рецидива заболевания в 3 раза, тогда как после получения БТ в 1,5 раза (таблица 4).

Таблица 4. - Динамика клинических проявлений у пациентов с холерическим темпераментом, страдающих ОМЛ, и сравниваемой группы до и после получе-

ния базисной и комплексной терапии

Клинический симптом	Холерика с ОМЛ после КТ (n=8)			Холерика 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
Гипертон. с-м	12 (92,3)	3 (20,1)	<0,001	13 (86,6)	11 (73,3)**	>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, чувства тревоги 2,5 раза, эмоциональной неустойчивости и (100,0%), чувства одиночества (1,25%), легко-ранимости в 2 раза, подозрительности в 2 раза, снижения артериального давления (1,6%), гипосаливации в 5 раз; рецидив заболевания в 3 раза, тогда как после получения БТ в 1,5 раза (таблица 5).

Таблица 5. - Сопоставление клинических симптомов у пациентов с меланхолическим темпераментом, страдающих ОМЛ, до и после получения комплексной и базисной терапии

Клинический симптомы	Меланхолики 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.

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%). После проведения комплексной терапии отмечено уменьшение анемии тяжелой степени, тромбоцитопении и гипофибриногенемии в 2,4 раза, снижение уровня лейкоцитоза от 2-х до 3 раза, 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.

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 раз, бластемии в 3,5 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 1,6 раз была больше у сангвиников по сравнению с флегматиками. Степень лейкоцитоза (больше 50 тыс. в 1 мкл крови (лейкемическая форма) и нейтропении 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 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.

Таким образом, у пациентов с холерическим и сангвиническим темпераментом в основном превалировали 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

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.

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.

Сопоставление показателей липидного и углеводного обмена у пациентов с ОМЛ с сангвиническим и флегматическим темпераментом до и после проведенной терапии показало, что ИМТ, ОТ, концентрация холестерина, ЛПНП и глюкозы крови были высокими, 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, уровень ЛПВП более значительно снижен, тогда как у пациентов с меланхолическим темпераментом ИМТ, ОТ, концентрация холестерина, ЛПНП и глюкоза крови были значительно снижены.

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.

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 лицами, которые получили только базисную терапию (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.

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, 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.

Качество жизни больных было обследовано до лечения и после базисной и комплексной терапии. Показатели КЖ (ФФ, РФФ, РЭФ, болевой синдром, ЖС, СФ, ОЗ, ПЗ) у пациентов с ОМЛ 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 КЖ не улучшились и сохранились длительное время (рисунок 2 и 3).

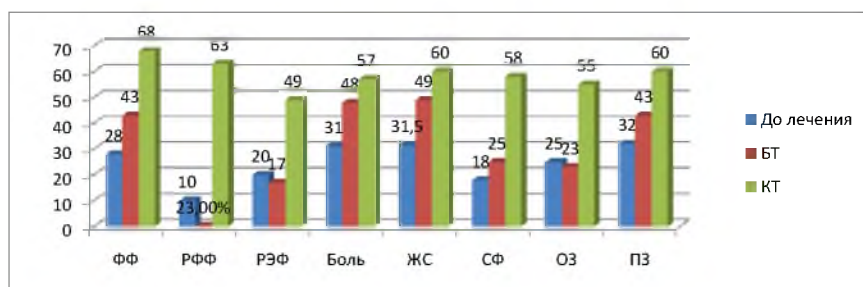


Рисунок 2. - Показатели КЖ у пациентов с ОМЛ с флегматическим темпераментом до, во время, после получения базисной и комплексной терапии

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

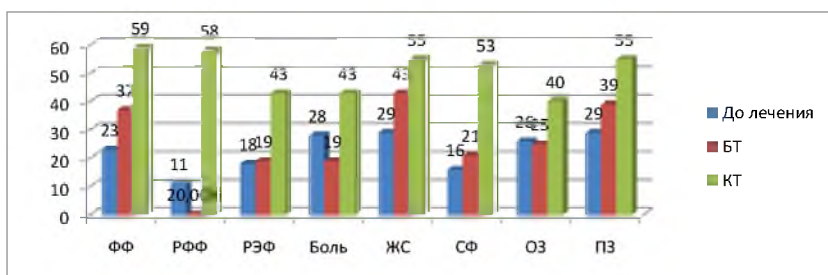


Рисунок 3. - Показатели КЖ у пациентов с ОМЛ с меланхолическим темпераментом до, в период и после проведения программной ПХТ

После проведения комплексной терапии показатели КЖ у пациентов с ОМЛ с сангвиническим темпераментом значительно улучшились за короткий срок, что позволило добиться полной клинико-гематологической ремиссии (рисунок 4).

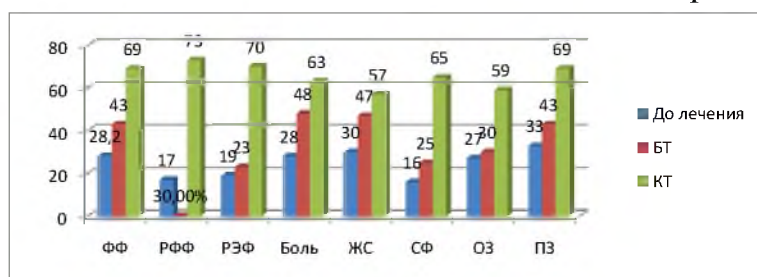


Рисунок 4. - Показатели КЖ у пациентов с ОМЛ с сангвиническим темпераментом до, в период и после проведения программной ПХТ

После проведения комплексной терапии показатели КЖ у пациентов с ОМЛ с холерическим темпераментом улучшились менее значительно по отношению к пациентам с сангвиническим темпераментом (рисунок 5).

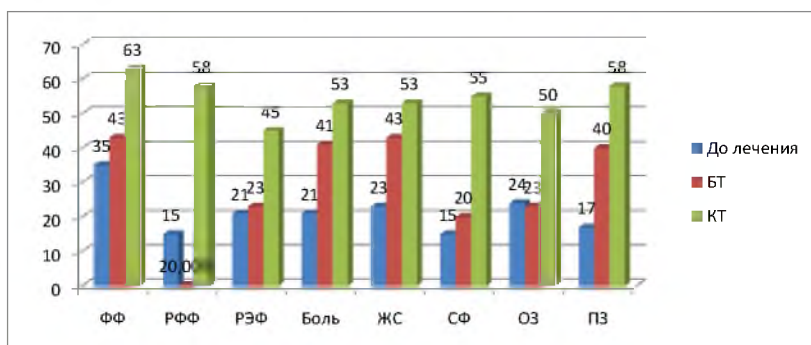


Рисунок 5. - Показатели КЖ у пациентов с ОМЛ с холерическим темпераментом до, после проведения базисной и комплексной терапии

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 сфере жизнедеятельности, что диктует необходимость разработки и внедрения инновационных индивидуализированных программ лечения и реабилитации. Комплексная терапия оказалась более эффективной по сравнению с базисной терапией.

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 преобладали «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 публикаций соискателя учёной степени

Статьи в рецензируемых журналах ВАК при Президенте РТ

[1-А] Кароматова Т.И. Роль раннего интратекального введения цитостатических средств в профилактике нейролейкемии 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. Психоэмоциональные 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. - 2018 – 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-А] 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-А] 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 ремесел (2019-2021). – Душанбе, 2019. – С. 132-133.

[20-А] 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, посвященной «Годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021)». «Научная дискуссия: актуальные вопросы, достижения и инновации в медицине». – Душанбе, 2019. – С. 50.

[21-А] 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, посвященной «Годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021)». «Научная дискуссия: актуальные вопросы, достижения и инновации в медицине». – Душанбе, 2019. – С. 49.

[22-А] 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.

Список сокращений и условных обозначений

Ао	– аорта
ВНД	– высшая нервная деятельность
ГУ	– государственное учреждение
ГОУ	– государственное образовательное учреждение
ЖЭ	– жизненная энергия
ИМТ	– индекс массы тела
КТВР	– компьютерная томография высокого разрешения
КЖ	– качества жизни
ЛА	– легочная артерия
ЛЖ	– левый желудочек
ЛПНП	– липопротеиды низкой плотности
ЛПВП	– липопротеиды высокой плотности
МКБ	– Международная классификация болезней
МП	– межжелудочковый перегородок
МТ	– меланхолический темперамент
ОЗ	– общее здоровье
ПЗ	– психическое здоровье
ПП	– правое предсердие
РТ	– Республика Таджикистан
РФФ	– ролевое физическое функционирование
РЭФ	– ролевое эмоциональное функционирование
СТ	– сангвинический темперамент
ССС	– сердечно-сосудистая система
СФ	– социальное функционирование
ФТ	– флегматический темперамент
ФФ	– физическое функционирование
ХТ	– холерический темперамент

**МДТ «ДОНИШГОҲИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ ТОҶИКИСТОН
БА НОМИ АБУАЛӢ ИБНИ СИНО»**

УДК: 616.006.446.8 - 036.11; 616.89

КАРОМАТОВА ТАҲМИНА ИЗАТУЛОЕВНА

**ХУСУСИЯТҲОИ ПСИХОВЕГЕТАТИВӢ ВА
КОНСТИТУТСИОНАЛИИ БЕМОРОНИ ДОРОИ
ЛЕЙКЕМИЯИ ШАДИДИ МИЕЛОИДӢ ВОБАСТА АЗ
ХУСУСИЯТҲОИ ТИПОЛОГИИ ФАРД ВА
ТАБОБАТИ КОМПЛЕКСИИ ОН**

АВТОРЕФЕРАТИ

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии
номзади илмҳои тиб аз рӯи ихтисоси
14.01.04 –Бемориҳои дарунӣ

Душанбе – 2023

Таҳқиқот дар кафедраи бемориҳои дарунии №3 МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» иҷро карда шудааст.

Роҳбари илмӣ: **Мустафакулова Намуна Ибагимовна** – доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи бемориҳои дарунии №3 МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Муқарризони расмӣ: **Косанова Алия Капаркановна**, доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи бемориҳои дарунии №2, бо фанҳои алоқаманд, Донишгоҳи миллии тиббии Қазоқистон ба номи С.Д. Асфендиёров

Раҳматов Муқим Каримович – номзади илмҳои тиб, табиб - гематологи поликлиникаи машваратии Муассисаи давлатии маркази миллии тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон - «Шифобахш».

Муассисаи тақриздиханда: Ҷамъияти саҳҳомии ғайритиҷоратии «Донишгоҳи тиббии Қараганда» (Қараганда, Ҷумҳурии Қазоқистон)

Ҳимояи диссертатсия «___» _____ соли 2023 соати _____ дар ҷаласаи шӯрои диссертатсионии 6D.КOA-008 МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» баргузор мегардад. Нишонӣ: 734003, ш. Душанбе, кӯч. Сино 29-31, www.tajmedun.tj +992918724088

Бо диссертатсия дар китобхонаи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «___» _____ соли 2023 ирсол гардид.

**Котиби илмии шӯрои
диссертатсионӣ
номзади илмҳои тиб, дотсент**

Ҷамолова Р.Ҷ.

МУҚАДДИМА

Мубрами мавзӯи таҳқиқот

Ҳангоми лейкози шадид миелоидӣ (ЛШМ) бадсифат шудан ва афзоиши идоранашавандаи решаи миелоидӣ ба ҳама шудани миқдори зиёди ҳуҷайраҳои аномалии бластӣ дар хун ва дар мағзи устухон оварда мерасонад ва рушди муътадили унсурҳои шаклии хунро маҳв месозад, бо аломатҳои клиникӣ пешравандаи сустӣ, интоксикатсияи возеҳ, синдромҳои геморагӣ ва камхунӣ зоҳир мегардад [Валиев Т.Т., 2021; Allahyari A., 2016; Kulsoom B., 2017; Pelcovits A., 2020].

Омили хатари пайдошавии ЛШМ инҳоянд: радиатсия, нурафкани рентгенӣ, ҳамкорӣ кардан бо бензол, химиотерапия, синдроми Даун, синдроми миелодиспластикӣ ва ғ. мебошанд [Touzet, L., 2019; Vi M., 2020].

ЛШМ дар авали беморӣ бо аломатҳои гуногуни клиникӣ дар ҳар як фард алоҳида ҷараён мегирад. Дар робита бо ин, омӯзиши хусусиятҳои психоветеативӣ ва морфофенотипии беморон таваҷҷуҳи махсусро талаб мекунад [Десяткова Л.Ф., 2005; Мустафакулова Н.И., 2018; Babusíková, 1996; Takahashi K., 2018].

Хусусиятҳои морфофенотипии фардхоро на танҳо ҳамчун ба сифати пешабари пайдошавии беморӣ, балки ҳамчун омили муайянкунандаи хусусиятҳои клиникӣ ва ҷараёни беморихоӣ серомил низ ҳисобидан зарур аст [Корнетов Н.А., 2004; Десяткова Л.Ф., 2007; Manup S., Andrew P., 2017].

Меъёрҳои асосие, ки типҳои инфиродии психофизиологиро муайян мекунад, инҳоянд: манзараи нейродинамикӣ ва фенотипикӣ, ҳолати морфофункционалии узвҳо ва системаҳо, функцияҳои вегетативӣ.

Хосиятҳои системаи асаб дар ҳар як тип дар алоҳидагӣ бо қувва, мутаҳаррикӣ, тағйирпазирӣ ва устувории эмоционалӣ фарқ мекунад ва бот шкалаи экстраверсия-интроверсия пурра мувофиқат мекунад [Небылицин В.Д., 1976; Бадиев И.В., 2017; White, 2021].

Дар беморони гирифтори лейкози шадиди лимфобластӣ дар аломатҳои мизоч ва вусъати фаъолнокии ҳаракатӣ, зиёд шудани вазни холиси беморон бо соматотипи дигестивӣ ва сатҳи нисбатан пасти зиндамонӣ дар байни онҳо, кам шудани миқдори беморони дорои андоми торақло-мушакӣ фарқиятҳо муайян карда шуд [Десяткова Л.Ф., 2005; Корнетов Н.А., 2013; Marta Tremolada, 2022].

Таъсири интоксикатсионии полихимиотерапия (ПХТ) ҳангоми беморихоӣ лимфопролиферативӣ ҳамроҳ бо ихтилолҳои возеҳи когнитивӣ (бад шудани хотира ва нутқ, тамаркузи диққат ва дарккунӣ, муҳокимаронӣ ва ҳулосабарорӣ) ҷараён мегиранд [Величковский Б.М., 2019; Dwek M.R., 2017; Bernardi S., 2018].

Хусусиятҳои инфиродии типологии фаъолияти олии асаб (мизоч) на танҳо аҳамияти пешгӯикунандаро дар ҷараёни беморӣ дорад, балки дар ошкор намудани омилҳои хатари пайдошавӣ, дар интиҳоби табобати инфиродишудаи табобат ва пешгирии беморӣ низ аҳамияти калон дорад [Мустафакулова Н.И., 2018; Усмонова М.А., 2019; Пятницкий Н.Ю., 2020].

Дар беморони дорои хусусиятҳои гуногуни типологӣ дар ҳамон як беморӣ ихтилолҳои психоветеативӣ метавонанд, ки як ҳел набошанд ва ин дар навбати худ, на танҳо хусусиятҳои рафториро, балки гомеостази даруниро низ ба таври куллӣ тағйир медиҳад [Мустафакулова Н.И., 2010; Severnyy A.A., 2020; Marta Tremolada, 2022].

Муносибати тафриқавӣ нисбат ба хусусиятҳои клиникӣ-конститутсионалӣ

дар беморони дорои ЛШ имконият медиҳад, ки аломатҳои инфиродӣ- типологӣ беморӣ ва омилҳои сабабӣ, ки имконият медиҳанд чорабинитабобатӣ фардӣ кунонида шаванд, ҷудо карда шаванд [Балашев И.И., 2012; Пятницкий Ю.Ю., 2018].

Хусусиятҳои психо-вегетативӣ ва морфо-фенотипии шахс дар инкишофи беморӣ на танҳо нақши пешгӯӣ мебозанд, балки хусусияти ҷараёни клиникӣ онро инъикос мекунанд [Мустафакулова Н.И., Алиева М.Т., 2021; Eckstein O.S., 2016].

Психовегетативные и морфо-фенотипические особенности индивидуума играют не только прогностическую роль в развитии заболевания, но и отражают особенности его клинического течения

Хусусиятҳои инфиродӣ – типологӣ мизочро метавон на танҳо бо усулҳои психологии таҳқиқот, балки бо омӯзиши портрети морфофенотипӣ ва дерматоглифӣ таҳқиқоти ҳар як расми дастпанҷаи одам (дерматоглификӣ) муайян кард [Мазур Е.С., 2009; Кучер Е.В., 2015; Божченко А.П., 2019; Joseph M., 2011].

Исбот карда шудааст, ки дар кӯдакони дорои лейкози шадиди лимфобластӣ алоқамандии байни аломатҳои тақсимои сохторҳои пӯст ва нишондиҳандаҳои клиникӣ- гематологӣ ва иммуногенетикӣ муайян карда шудааст [Кучер Е.В., 2015].

Дяблова Ю.Л. (2020) тасдиқ мекунанд, ки барои собит кардани потенциали илми дерматоглифика гузаронидани таҳқиқоти бузургмиқёс дар асоси дахҳо ва садҳо ҳазор картаи дактилоскопӣ зарур аст.

Дар айни замон таҳқиқотҳое, ки дар онҳо нақши хусусиятҳои типологӣ фаъолияти олии асаб (ФОА) дар пайдоиш, ҷараён ва тамоюл ба лейкомия ва хусусиятҳои оқибатҳои беморӣ шарҳ дода шуда бошад, мавҷуд нест.

Мавҷуд будани ихтилофи назар дар тавсифи дерматоглификӣ хангоми баъзе бемориҳо ба зарурати гузаронидани таҳқиқотҳои иловагӣ, бо мақсади муқаррар кардани иртиботи байни портрети психо-вегетативӣ ва морфофенотипии беморони мубтало ба лейкомия ишора мекунанд.

Дарачаи коркарди илми проблемаи мавриди омӯзиш. Мувофиқи таҳқиқоти донишмандони ватаниву хориҷӣ, ҳолатҳои депрессивӣ –изтиробӣ дар беморони дорои ЛШМ дар 77%-и ҳолатҳо дида мешавад ва возеҳии ин ҳолат, пеш аз ҳама, аз намуди темперамент, сифати ҳаёт, мавҷуд будани лонаҳои метастазӣ ва синдроми возеҳи дард вобаста аст [Сидоренко Л.Л., 2017; Areej E.I., Marie Doualla, 2019.].

Дар манзараи ихтилолҳои психологии беморони гирфтори ЛШМ, пеш аз ҳама, чунин шикоятҳо муайян карда мешаванд: хира будани табъ (97%), беоромӣ, изтироб, асабоният, мондашавӣ, ҳазинӣ, зхудранҷӣ (76%), беҳобӣ (67%), вучуддоштани ғояҳои худкушӣ [Kucher E.V., 2015; Kulsoom B., al., 2017; Martini V., 2018].

Ҳамаи гуфтаҳои боло таъкид мекунанд, ки беморони дорои ЛШМ эҳтиёткорона ба ислоҳи инфиродии психологӣ зарурат доранд.

Робитаи таҳқиқот бо барномаҳо (лоихаҳо), мавзӯҳои илмӣ. Таҳқиқоти диссертационӣ бо мавзӯи ташаббуси кафедраи бемориҳои дарунии №3-и МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» алоқаманд аст. Таҳқиқот дар доираи тадқиқи Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 3-юми декабри соли 2012, №676 «Дар бораи барномаи пешгирия ва мубориза бар зидди бемориҳои ғайрисироятӣ ва ҷароҳат дар Ҷумҳурии

Тоҷикистон» аз соли 2013 то соли 2023 гузаронида шуд.

ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

Мақсади таҳқиқот: омӯзиши хусусиятҳои психовегетативӣ ва конституционалии беморони гирифтори ЛШМ вобаста аз фарқиятҳои типологӣ ва таҳия кардани терапияи комплексии индивидуалӣ.

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Муқаррар намудани басомад, сохтор, хусусиятҳои психовегетативӣ ва конституционалӣ, вобаста будани нишондиҳандаҳои мубодилаи липидӣ ва углеводӣ, хусусиятҳои нишондиҳандаҳои клиникӣ-гематологӣ ва дерматоглифӣ дар беморони гирифтори ЛШМ вобаста аз намуди мизоч.
2. Муайян кардани зиндамонӣ ва омилҳои хатарӣ, ки дар беморони гирифтори ЛШМ, вобаста аз намуди мизоч, ба бад шудани сифати ҳаёт ва оқибати марговар мерасонанд.
3. Муайян кардани ҳолати морфофункционалии СДР ва статуси коморбидӣ дар беморони гирифтори ЛШМ, вобаста аз танзими психовегетативӣ.
4. Дар заминаи таъбири баъзе таҳия кардани ҷараёнҳои инфиродӣ асоснокӣ ислоҳи рӯҳӣ барои беморони гирифтори ЛШМ.

Объекти таҳқиқот. Объекти таҳқиқот 187 нафар бо лейкози шадиди миелоидӣ буд.

Мавзӯи таҳқиқот. Мавзӯи таҳқиқот омӯзиши хусусиятҳои психо-вегетативӣ ва конституционалии беморони гирифтори ЛШМ вобаста ба фарқиятҳои типологӣ ва рушди терапияи комплексии инфиродӣ мебошад.

Навгониҳои илмӣ таҳқиқот. Бори нахуст қайд карда шудааст, ки дар беморони мубтало ба лейкози шадиди дорои мизочи сангвиникӣ аз ҷиҳати миқдори дучоршавӣ дар ҷои аввал меистад (133 нафар; 71,1) дар муқоиса аз мизочҳои меланхоликӣ (9 нафар; 4,8%), холерикӣ (15 нафар; 8,0%) ва флегматикӣ (30 нафар; 16,0%). Иштироки психовегетативӣ ва хусусиятҳои конституционалӣ дар беморони мубтало ба ЛШМ гуногун буд: сангвиникҳо ва холерикҳо хусусияти берунгарой (экстраверсия) доштанд, флегматикҳо ва меланхоликҳо бо хусусияти дарунгарой (интроверсия) фарқ мекарданд, дар сангвиникҳо ва флегматикҳо конституцияи гиперстеникӣ мушоҳида шуд, дар холерикҳо бештар нормостеникӣ ва дар меланхоликҳо конституцияи астеникӣ ба назар расид. Дар фаъолияти амалии клиникӣ бори нахуст бартарӣ доштани синдромҳои гипертоникӣ, интоксикатсионӣ ва геморагӣ дар сангвиникҳо; дар флегматикҳо гиперпластикӣ, гипертоникӣ ва устухонӣ-буғумӣ; дар холерикҳо синдромҳои интоксикатсионӣ, геморагӣ ва лимфаденопатия исбот карда шуд, ҳол он ки дар меланхоликҳо синдромҳои рушдкунандаи камхунӣ, дар два диспепсӣ бартарӣ доштанд.

Исбот карда шудааст, ки намунаҳои ангиустон ба ҳаҷ ва ҳаҷ ивазкунандаи усулҳои стандартҳои тиллоии таҳлили равонӣ буда наметавонанд. Муайян карда шуд, ки намунаҳои ангиустон дар беморони гирифтори ЛШМ вобаста аз намуди мизоч гуногун буданд: дар шахсони дорои мизочи сангвиникӣ (МС) «ҳалқа», «ҳалқа» (L), дар шахсони дорои мизочи флегматик (МФ) «қавс», «қавс» (WW) ва дар шахсони дорои мизочи холерикӣ (МХ) «қавс», «қавс»-ҳои радиалӣ бартарӣ доштанд, ҳол он ки дар ҳамаи шахсони дорои мизочи меланхоликӣ (ММ) намунаҳои «қавс-ҳалқа» (LA) ва «ҳалқа» ва «қавс» (LA) бартарӣ доштанд.

Дар сангвиникҳо ва флегматикҳо дар бештари мавридҳо қисми рушд ва

чапи дил калон шудаанд, дар ҳоле ки нишондиҳандаҳои гемодинамикӣ нисбат ба беморони дорои мизочҳои холерикӣ ва меланхоликӣ паст буд.

Нейролейкемия бештар дар беморони дорои мизочҳои сангвиникӣ (55,0%) ва флегматикӣ (46,0%) ба назар расид, дар мизочҳои холерикӣ ҳамагӣ дар 15,0% ҳолат ва дар байни беморони дорои мизочи меланхоликӣ ин оризаро мушоҳида накардем.

Муайян карда шуд, ки флегматикҳо ва меланхоликҳо бо доштани заминаи вазнинкуандаи коморбидӣ фарқ мекарданд. Зиндагӣ ва фавт дар байни беморони мубталои ЛШИ, бо намудҳои гуногуни темперамент буданд.

Дар байни беморони гирифтори темпераментҳои сангвиникӣ ва холерикӣ пас аз табобати базисӣ ва комплексӣ зиндамони 5-сола дар 69,0% ва 58,0% дар муқоиса бо 93,0% ва 89% беморон, ки дар давоми табобат пурра ремиссия ба даст овардаанд, мушоҳида шудааст, фавт дар байни онҳо 31,0% -ро ташкил дод ва 42,0% дар синну соли калонтар (аз 60 сола боло). Дар байни беморони гирифтори МЛ ва характери флегматикӣ ва меланхоликӣ сатҳи зинда мондани 5-сола мутаносибан 37,0% ва 23,0% ва 55 ва 39,0% беморонро, ки ҳангоми табобат ба ремиссияи пурра ноил шудаанд, фавт дар байни онҳо баланд буда, 63,0% - ро ташкил дод ва 77,0 фоиз дар пиронсолон ва соли пирӣ ташкил дод.

Исбот карда шудааст, ки равиши комплекси таҳияшуда барои табобати ЛШИ дар самти беҳтаршавии нишондиҳандаҳои клиникӣ-гематологӣ, статуси психовегетативӣ (78,0 ва 93,0%), сифати ҳаёт ва зиндамони беморони гирифтори ЛШИ мусоидат мекунад, ҳол он ки дар беморони гирифтори ЛШИ дар заминаи танҳо табобати базисӣ бидуни чорабиниҳои ислоҳи раванӣ ба кам шудани самаранокии протсессии барқароршавӣ (мутаносибан 46,0% и 57, 0%) оварда мерасонад.

Аҳамияти назариявӣ ва илмию амалии таҳқиқот. Аҳамияти назариявии таҳқиқот аз он иборат аст, ки нуктаҳои назариявӣ, методологӣ, ҳулосаҳо ва тавсияҳои дар диссертатсия овардашуда, метавонанд, ки дар раванди таълими макотиби олии тиббӣ мавриди истифода қарор дода шаванд.

Равиши тафриқавӣ нисбат ба портрети психовегетативӣ ва морфофенотипӣ, нишондиҳандаҳои лабораторӣ дар лейкемия имконият медиҳад, ки дар марҳалаҳои аввали беморӣ аломатҳои беморӣ ва пешгуи инфродӣ муайян карда шаванд. Усули ягонаи таҳқиқоти илмиро ҳамчун усули универсалӣ мутлақ шуморидан мумкин нест, танҳо ҳангоми таҳқиқоти комплексӣ дар хусуси ҳолатҳои психовегетативӣ ва морфофенотипии фард маълумотҳои нисбатан саҳеҳ ба дасо овардан мумкин аст.

Нуктаҳои ба химоя пешниҳодшаванда:

1. Хусусиятҳои психовегетативӣ ва морфофенотипики дар беморони ЛШМ аз ҷиҳати типологӣ фарқ мекарданд. Дар байни беморони гирифтори ЛШМ сангвиникҳо мавқеи асосиро касб кардаанд (133 нафар; 71,1%) ҳол он ки флегматикҳо (30 нафар; 16,0%) холерикҳо (15 нафар; 8,0%) ва меланхоликҳо (9 нафар; 4,8%) фоизи камтарро ташкил доданд. Беморони гирифтори ЛШМ бо мизочҳои сангвиникӣ ва холерикӣ бо хусусияти берунгарой (экстраверсия), флегматикҳо ва меланхоликҳо бо хусусиятҳои дарунгарой (интроверсия) фарқ мекарданд. Ихтилолҳои вегетативӣ вобаста аз хусусиятҳои типологии фардӣ гуногун буданд.
2. Дар байни беморони гирифтори ЛШМ дар заминаи чараёни шадиди беморӣ дар беморони сангвиникӣ ва холерикӣ, бартарияти синдромҳои интаксикатсионӣ, геморрагӣ ва гипертония мушоҳида шудааст; дар

флегматикҳо синдромҳои гиперпластикӣ ва устухонӣ - буғумӣ дида шуд, ҳол он ки дар меланхоликҳо синдромҳои рушдкунандаи камхунӣ, дард ва диспепсӣ бартарӣ доштанд. Намунаҳои ангуштон дар беморони гирифтори ЛШМ вобаста ба намуди темперамент гуногун буданд: дар сангвиникҳо «халқа», «халқа» (L) бартарӣ дошанд, дар флегматикҳо - «чингила» ва «чингила» (WW) ва холерикҳо радиалии "камон" ва "камон" (AA) доштанд, дар ҳоле ки дар ҳама меланхоликҳо намунаҳои "камон" (LA) ва "халқа" ва "камон" (LA) бартарӣ доштанд. Намунаҳои ангуштон ба ҳеҷ вазҷ ивазкунандаи усулҳои тадқиқоти психодиагностикии стандарти тиллоӣ нестанд.

3. Фосилаи вазнини ҳамроҳ ва бисёрҷониба омилҳои хавфе мебошанд, ки боиси бад шудани сифати ҳаёти беморон ва марги гирифтори ЛШМ мегардад. Флегматикҳо ва меланхоликҳо бо доштани заминаи вазнинкунандаи коморбидӣ фарқ мекарданд. Дар байни беморони дорои мизочҳои сангвиникӣ ва холерикӣ зиндамони 5-сола мутаносибан дар 69,0% ва 58,0% -и беморон дида шуд, фавт дар онҳ мутаносибан 31,0% ва 42,0%-ро ташкил дод, ҳол он ки дар байни намояндагони мизочҳои флегматикӣ ва меланхоликӣ зиндамони 5-сола мутаносибан дар 37,0% ва 23,0%-и беморон ба қайд гирифта шуд, сатҳи фавтият дар байни онҳо дар куҳансолӣ баланд буда, 63,0% ва 77,0%-ро ташкил дод.
4. Дар сангвиникҳо ва флегматикҳо дар бештари мавридҳо қисмҳои рост ва чапи дил қалон шудаанд, дар ҳоле ки нишондиҳандаҳои гемодинамикӣ нисбат ба беморони дорои мизочҳои холерикӣ ва меланхоликӣ паст буд. Нейролейкемия бештар дар беморони дорои мизочҳои сангвиникӣ (55,0%) ва флегматикӣ (46,0%) ба назар расид, дар мизочони холерикӣ ҳамагӣ дар 15,0% ҳолат ва дар байни беморони дорои мизочи меланхоликӣ нейролейкемияро мушоҳида накардем.
5. Муносибати комплексӣ нисбат ба табобати ЛШМ барои беҳтар гаштани нишондиҳандаҳои клиникӣ-гематологӣ ва статуси психовегетативӣ (78,0 ва 93,0%), сифати ҳаёт ва зиндамони беморон мусоидат мекунад, ҳол он ки дар беморони гирифтори ЛШМ дар заминаи табобати базисӣ бидуни гузавронидани чорабиниҳои ислоҳи равонӣ паст шудани сатҳи самаранокии табобати барқарорсозӣ коҳиш меёбад (мутаносибан 46,0% ва 57,0%).

Дарачаи эътимоднокии натиҷаҳо. Эътимоднокии натиҷаҳои диссертатсия бо эътимоднокии маълумот, ҳаҷми кофии маводи тадқиқотӣ, коркарди омории натиҷаҳои тадқиқот ва нашрияҳо тасдиқ карда мешавад. Хулоса ва тавсияҳо ба таҳлили илмӣ натиҷаҳои тадқиқот асос ёфтаанд.

Мутобиқати диссертатсия ба шиносномаи ихтисоси илмӣ. Мақсад, вазифаҳо ва мавзӯи таҳқиқот, ҳамчунин усулҳои муосири инструменталӣ ва иҷтимоии таҳхис ва табобат ба шиносномаи Комиссияи олии аттестатсионии (КОА) назди Президенти ҶТ аз рӯи ихтисоси 14.01.04 – Тиб (Бемориҳои дарунӣ) мувофиқ мебошад.

Саҳми шахсии доктарабӣ дарёфти дарачаи илмӣ дар таҳқиқот.

Муаллифи рисола шахсан таҳлили муфассали адабиёти илмиро, ки ба аҳамияти ихтилолҳои психовегетативӣ дар чараёни лейкоз, хусусиятҳои типологии одамон ва аҳамияти онҳо дар амалияи клиникӣ, ҳолати статуси коморбидӣ, омилҳои ба сифати ҳаёт таъсиркунанда, аҳамияти истифодаи усулҳои таҳхиси равонии таҳқиқотро дар гематологияи клиникӣ, зиндамонӣ ва фавти беморони гирифтори ЛШМ, ёрии психотерапевтӣ ба беморони гирифтори лейкоз бахшидаро фаро гирифта, таҳлили муфассали натиҷаҳои таҳқиқотро

гузаронида, маълумотҳои ҳосилшударо бо истифода аз усулҳои муосири омӯри коркард намудааст.

Тавсиб ва амалисозии натиҷаҳои диссертатсия. Маводи таҳқиқоти диссертатсия дар конференсияи илмӣ- амалии 64-ум, 65-ум, 66, 67, 68 ва 69-уми солони илмӣ-амалии МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино”: «Таҳқиқотҳои бунёди ва амали дар ҷаҳони муосир» (Душанбе, 2017); «Нақш ва мавқеи технологияи инноватсионӣ дар тибби муосир» (Душанбе, 2018); «Конференсия, баҳшида ба 80-солагии МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино” ва «Соли рушди деҳот, сайёҳӣ ва хунарҳои мардумӣ (2019-2021)» (Душанбе, 2019); «Асосҳои бунёди рушди инноватсионии илм ва таҳсилот» (Душанбе, 2020); «Дастовардҳо ва мушкилоти илмҳои бунёди ва тибби амалӣ» (Душанбе, 2021) баррасӣ, таҳлил ва гузориш шудаанд.

Интишороти аз рӯи мавзӯи диссертатсия: 28 мақолаи илмӣ, аз ҷумла 5 мақолаи илмӣ дар маҷаллаҳои тақризшаванда, аз ҷумла 5 мақола дар маҷаллаҳои тақризшавандаи ҚОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон нашр шудааст.

Ҳаҷм ва сохтори диссертатсия. Диссертатсия дар ҳаҷми 150 саҳифаи матни компютерӣ таълиф шуда, аз муқаддима, шарҳи адабиёт, 4 боби таҳқиқоти худӣ муаллиф, муҳокимаи натиҷаҳои ҳосилшуда, хулоса, тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳо иборат аст. Феҳристи адабиёти истифодашуда, ки 210 сарчашмаро дар бар мегирад, ки аз онҳо бо забони русӣ 127 сарчашма ва бо забони англисӣ 83 сарчашма ҳастанд. Дар рисола 19 ҷадвал ва 21 расм оварда шудааст.

МУҲТАВОИ ТАҲҚИҚОТ

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқоти илмӣ дар кафедраи бемориҳои дарунии №3 МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино», дар пойгоҳи шӯъбаи гематологияи МД ММТ ҶТ дар давраи солҳои 2015-2020 иҷро карда шудааст.

Таҳти таҳқиқот 187 бемори гирифтори ЛШМ қарор доштанд, дохил шудааст, ки синну солшон аз 17 то 63-сола мебошад. Гурӯҳбандии беморони дорои ЛШМ вобаста аз намуди мизоч дар расми 1 оварда шудааст.



Расми 1. - Гурӯҳбандии беморони дорои ЛШМ вобаста аз намуди мизоч

Беморони гирифтори ЛШИ бо мизочи сангвиникӣ (МС) аз рӯи басомади дучоршавӣ (133 нафар; 71,1%) дар муқоиса аз меланхоликҳо (9 нафар; 4,8%), холерикҳо (15 нафар; 8,0%) ва флегматикҳо (30 нафар; 16,0%) дар ҷои якум меистад.

Дар ҳарду гурӯҳнамуди мизоч муайян карда шуд. Дар гурӯҳи назорати 50

нафари солим дохил шудааст, ки аз рӯи чинс ва синну сол мувофиқанд.

Бо мақсади баҳо додан ба самаранокии табобати комплексӣ (ТК) ҳамаи беморон ба 2 гурӯҳ тақсим карда шуданд: гурӯҳи I –и беморон (93 нафар; 49,7%), ки табобати комплексӣ гирифтаанд: табобати базисӣ (ТБ) ва табобати инфиродишудаи психоаналитикӣ (ТИП) бо препаратҳои психотропӣ (граидаксин бо дозаи 50мгх2 маротиба дар як рӯз), гурӯҳи II –и беморон (94 нафар; 50,3%), танҳо табобати гирифтаанд.

Муқоиса кардани беморони гирифтори ЛШМ вобаста аз ҷанбаи синнусолӣ ва фарқиятҳои чинсӣ, ҳамчунин аз хусусиятҳои типологӣ нишон доданд, ки беморони дорои мизочи сангвиникӣ бештар дар байни синну соли ҷавон ва болиғ (28-49-сола), флегматик ва меланхоликҳо дар синну соли миёна ва солхӯрда (от 39-63 лет) дида шуд, ҳол он ки холерикҳо дар синну соли нисбатан ҷавонтар ба назар расид (18-28 -сола).

Баҳогузори муқоисавии шохиси массаи бадан дар беморони гирифтори ЛШМ вобаста аз намуди мизоч нишон дод, ки дар беморони дорои мизочи меланхоликӣ (ММ) дар динамика дар заминаи табобат кам шудани массаи бадан аз вазни ибтидоӣ то дефитситаи массаи бадан (15,0%), кахексияи дараҷаи вазниниаш миёна (19,0%) ва вазнин (6,0%) дида мешавад. Дар беморони дорои мизочи холерикӣ бо вазни муътадил 23,0% ва дефитситаи вазн 77,0%-и ҳолатҳоро ташкил доданд, дар беморони дорои мизочи сангвиникӣ ва флегматикӣ, ба вазнинии ҳолаташон тнигоҳ накарда, пастшавии афзоюндаи массаи бадан, ҳатто дар марҳалаи терминалии беморӣ ба мушоҳида нарасид. Дар ин категорияи беморон фарбеҳии дараҷаи I (37,0% ва 57,0%) дараҷаи II (63,0% ва 43,0%) ба қайд гирифта шуд.

Таҳқиқоти умумиклиникӣ, биохимиявӣ (қанди хун, фибриноген, холестерин, ЛПЗП, ЛПЗБ), таҳқиқоти психосоматикӣ ва вегетативӣ ва ҳолати морфофункционалии СДР.

Хусусиятҳои типологӣ фаъолияти олии асаб (ФОА) бо усули Илина Е.П. (1972) муайян карда шуд: қувваи системаи асаб, устувории протсессҳои асабӣ, ҳолати системаи вегетативии асаб. Ҳолати заминаи вегетативӣ бо ёрии ҷадвали стандартии аз тарафи А. М. Бейн (1971) таҳияшуда муайян карда шуд. Статуси вегетативӣ бо истифода аз ҷадвали вегетативии омехтаи А.М. Веин. ва ҳаммуаллифон (1971) муайян карда шуд. Намуди мизоч таҳқиқ карда шуд: сатҳи экстраверсия ва интраверсия, устувории эмотсионалӣ. Саволномаи сохтори мизочҳо ва саволномаи Айзенгу, Genetic-test (ALW) бо скниркунии нақши ангуштон ва баҳогузори ба шакли нақшҳо сурат гирифт.

Барои муайян кардани возеҳии дезадаптатсияи эмотсионалии беморони дорои ЛШМ усули ташхиси раванӣ истифода шуд: шкалаи изтиробии Спилбергер. Беморонро лозим омад, ки ба 40 савол ҷавоб гӯянд: 20 савол ба ҳал кардани изтиробии ситуатсионӣ бахшида шуда, 20 – савол изтиробии шахсиро муайян мекарданд. Беморон саволҳоро бодикқат аз назар гузаронида, аз тарафи ростба зери саволҳо, фикр накарда, дуру дароз хат кашиданд. Баъдан натиҷаҳои ҳосилшударо шарҳ доданд: то 30 балл – изтироб паст, 31 - 44 балл - миёна; 45 ва бештар - баланд. Типи конститутисияро мувофиқи шохиси инкишофи ҷисмонии (Пине) аз рӯи формулаи $ИП = L - (P+T)$ (L – дарозии бадан (см), P – массаи бадан (кг), T – даври қафаси сина, см). Типи астеникӣ андоми лоғар ҳангоми шохиси зиёд -30; - 10; гиперстеникӣ ҳангоми шохиси аз 10 то 30 – бадани фарбеҳ ҳисобида шуд.

Зиндамонии умумӣ ва бидуни ретсидивии беморони дорои ЛШМ дар

давраи гирифтани химиотерапияи барномавӣ муайян карда шуд. Фавтият аз рӯйи формула ҳисоб карда шуд: миқдори ҳолатҳои фавт аз ҳамин беморӣ ба сари ҳар 100 000 аҳоли.

Ҳолати функционалии системаи кардиоваскулярӣ бо электрокардиография (ЭКГ) дар дастгоҳи Cardiofax ЕСС – 9320 ОК муайян карда шуд. Ҳолати морфофункционалии системаи дилу рағҳо бо эхокардиография (ЭхоКГ) ва доплерография (ДГ) дар дастгоҳи «Toshiba» муайян карда шуд (2008).

Таъриқи устухони туш ва камар (пунксияи стерилӣ ва люмбалӣ) гузаронида шуд. Фишори ликворро бо манометри обӣ дар шакли найчаи шишагӣ чен карданд. Ҳангоми ситоз ликвор болотар аз 10 дар 1 мкл ҳангоми мавҷуд будани бластога ташҳиси нейролейкемия гузошта шуд.

Таҳқиқоти ултрасадоӣ (ТУС) дар узвҳои ковокии қафаси сина ва шикам ва гирехҳои лимфатикии канорӣ бо истифода аз дастгоҳи “Sonostar SS-7” (Чин, 2013). ТКИВ (Томографияи компютери имконияташ васеъ) дар дастгоҳи «Toshiba» иҷро гардид.

Таҳқиқоти рентгенологии шушҳо бо ташҳиси комплекси шуои сурат гирифт. Шохиси массаи бадани (ШМБ) ҳамаи баморон тибқи формулаи зерин ҳисоб карда шуд:

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

Дар ин ҷо: m — массаи бадан бо кг, h — қад бо метр, бо кг/м². Меъёр массаи бадан аз 18,5 то 24,99; барзиёдӣ – 25-29,99; фарбеҳии дараҷаи I – 30-34,99; дараҷаи II – 35-39,99; дараҷаи III - аз 40 – боло ҳисобида шуд.

Шохиси таҷаммуии (кумулятивиӣ) коморбидӣ (Charlson., 1987) чунин баҳогузорӣ карда шуд : шохиси «0» набудани бемориҳои ҳамроҳшударо нишон дод, «1» ҷараёни сабуки бемории мавҷудбуда, «2» — бемориҳои ҳамроҳшуда таъбаоти медикаментозиро тақозо доранд, «3» — бемориҳои ҳамроҳшуда, ки ба корношоямии бемор оварда мерасонанд, «4» — ҷараёни вазнини беморӣ, бо бемориҳои ҳамроҳшудаи норасоии морфофункционалӣ ва вистсеропатия якҷоя шуда, ёрии фавриро талаб мекунанд.

Сифати ҳаёти беморони гирифтори лейкомия бо истифода аз саволномаи MOS SF-36 муайян карда шуд. Ба фаъолияти ҷисмонӣ, ки фаъолнокии ҳаракат дар зина, худхизматрасонӣ бе ёрии шахсони дигарро нишон медиҳанд, фаъолияти нақшии ҷисмонӣ, ки мушкilotи ҳаррӯзаро инъикос мекунанд; дараҷаи эҳсосоти дард; солимии умумӣ ; энергияи ҳаётӣ, фаъолияти иҷтимоӣ ва ҳолати психо-эмотсионалӣ, ки ба ҳолати синдроми изтиробӣ -депрессивӣ ишора мекунанд.

Бо мақсади коркарди омории мавод аз барномаи компютери таҳлили омории Statistica версияи 10.0 барои Windows истифода карда шуд. Муътадил будани гурӯҳбандии намуна тибқи критерияҳои Шапиро-Уилка ва Колмогоров-Смирнов баҳогузорӣ карда шуд. Бузургҳои миқдорӣ дар шакли қимати миёна ва ғалати стандартӣ ($M \pm m$), сифатӣ дар шакли қиматҳои мутлақ ва ҳиссаҳо (%) пешниҳод карда шудаанд. Муқоисаҳои ҷуфти миқдорӣ гурӯҳҳои мустакил тибқи U-критерияи Манн-Уитни, сершумор тибқи H-критерияи Краскел-Уоллис иҷро карда шуданд. Муқоисаҳои ҷуфти миқдорӣ гурӯҳҳои вобаста тибқи T-критерияи Вилкоксон, сифатӣ - тибқи критерияи Мак Немар иҷро карда шуд. Барои муқоиса кардани нишондиҳандаҳои сифатӣ дар байни ду гурӯҳ критерияи χ^2 , аз ҷумла бо ислоҳи Йетса ва критерияи дақиқи Фишер, муқоисаи сершумор бо

истифода аз критерияи χ^2 барои чадвалҳои озод иҷро карда шуд. Фарқият аз ҷиҳати омори муҳим ҳангоми $p < 0,05$ муҳим ҳисобида шуд

НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

Таҳқиқоти ҳолати психовегетативӣ дар беморони дорои ЛШМ вобаста аз хусусиятҳои типологӣ нишон дод, ки барои беморони дорои МС берунгарой (100,0%), фаъолнокӣ (98,0%), боғайратӣ (99,0%), одамдӯстӣ (97,0%), сабукфикрӣ (67,0%) таҳаммулнопазирӣ (39,0%) хос аст. Ихтилолҳои вегетативӣ дар сангвиникҳо, ки аз ЛШМ ранҷ мекашанд, дар шакли гиперсаливатсия (85,0%), синдроми гипертоникӣ (94,0%), серарақӣ (82,0%), беҳобӣ (73,1%), тахикардия (97,0%), қабзият, исҳоли такроршаванда (64,0%), дермографизми сурха (100,0%) зоҳир мегардад.

Беморони дорои мизочи флегматикӣ бо доштани интроверсия (100,0%), ботамкинӣ (100,0%), камэмотсионалӣ (100,0%), камҳаракат (100,0%), чиддият (78,0%) фарқ мекунанд. Дисфунксияи вегетативӣ дар беморони дорои ЛШМ бо МФ гиперсаливатсия (86,6%), гипертензияи шарёнӣ (93,3%), серарақӣ (100,0%), хоболудагӣ (80,0%), қабзият (60,0%) ва брадикардия (73,3%) дида мешавад.

Барои беморони дорои ММ бо интроверсия ва сатҳи баланди нейротизм (100,0%), ноустувории эмотсионалӣ (100,0%), изтироб (89,0%), худэктиромкунии паст (78,0%), зудранҷӣ (99,0%), нозукдил (93,0%), одамдӯстии кам (95,0%), шубҳанокӣ (93,0%), одамгурезӣ (89,0%) хос аст. Ихтилолҳои вегетативӣ дар шаклҳои зерин намудор гаштанд: гипосаливатсия (96%), қабзиятҳои гоҳ-гоҳ такроршаванда (67%), сарчарханӣ (89%), синдроми гипотоникӣ (87%), тахикардия (94%) ва дермографизми сафед (95%) хос буд.

Шахсони дорои МХ (симпатотоникҳо) бо дараҷаи баланди экстраверсия (100,0%), одамдӯстӣ (97,0%), эмотсионалӣ (100,0%), ғазаболудагӣ (92,0%), фаъолнокӣ (98,0%), назарбаландӣ (79,0%), худбоварӣ (96,0%) фарқ мекунанд. Тағйиротҳои вегетативӣ бо гипосаливатсия (89,0%), тахикардия (93,0%), дермографизми сурх (100,0%), гипертензияи шарёнӣ (45,0%) намудор мешаванд.

Ҳамин тавр, ҳолати статуси психовегетативии беморони дорои ЛШМ, пеш аз ҳама, аз хусусиятҳои типологии мизоч вобаста аст.

Таҳлили муқоисавии портрети морфофенотипии беморони дорои ЛШМ фарқияти байни намудҳои мизочро нишон дод. Беморони дорои мизочҳои сангвиникӣ ва флегматикӣ бо доштани конституцияи гиперстеникӣ ва массаи барзиёди бадан, қафаси синаи васеъ ва барҷаста, холерикҳо – бо вазни муътадили бадан ва мускулатураи рушдкарда фарқ мекунанд, ҳол он ки дар дорандагони мизочи меланхоликӣ конституцияи астеникӣ бо қафаси синаи танг ва ҳамвор ва дефитситаи массаи бадан ($\chi^2=15,3$, $p_{1-2}>0,05$), ($\chi^2=18,7$, $p_{1-3}<0,001$), ($\chi^2=18,7$, $p_{1-4}<0,001$) дида шуд. Андомҳои поёнӣ ва болоӣ дар беморони мизочҳои сангвиникӣ ва флегматикӣ каме кӯтоҳ буданд, пурра ва дар холерикҳо рушдкарда ва боқувват, дар ҳамаи меланхоликҳо андомҳои борику дароз дида шуд ($\chi^2=23,7$; $p_{1-2}>0,05$), ($\chi^2=16,7$; $p_{1-3}<0,001$), ($\chi^2=16,7$, $p_{1-4}<0,001$).

Ҳамин тавр, муқоиса кардани портрети морфофенотипии беморони дорои ЛШМ фарқияти байни типҳои мизочҳоро нишон дод.

Нақшҳои ангуштонро дар беморони дорои ЛШМ таҳлил намуда, қайд кардан зарур аст, ки дар шахсони дорои мизочи сангвиникӣ «гирех», «гирех» (L) дар зиёда аз 57,0% ва 85,0% ҳолат ба назар расид, дар флегматикҳо нақшҳои «қачак» ва «қачак» (WW) дар 100,0% ва 100,0%, дар 100,0% ва 100,0% холерикҳо «қавс» ва «қавс»-и радиалӣ (A A) дида мешавад, ҳол он ки дар ҳамаи меланхоликҳо нақшҳои «қачак-ҳалқа» 60,0% ва 60,0%; (WL), «ҳалқа» ва «қавс»

40,0% ва 40,0%; (LA) бартарӣ доштанд.

Пас, нақшҳои ангуштон дар беморони дорои ЛШМ вобаста аз типҳои мизоч гуногун мешаванд.

Ҳамин тавр, аз рӯи нақшҳои пӯсти ангуштони даст дар беморони дорои ЛШМ аз хусусиятҳои мизочҳо ҳулоса баровардан, муайян кардани рафтори онҳо ва ба ин васила муоширати инфиродиро интихоб намудан мумкин аст.

Дар беморони дорои ЛШМ типҳои гуногуни мизочҳо симптоматикаи гуногуни клиникӣ дида шуд. Дар беморони дорои МС бештар бартарӣ дар амалияи клиникӣ бартариҳои синдромҳои интоксикатсионӣ (82,0%), геморрагӣ (94,0%) ва гипертоникӣ (98,0%) ба назар расиданд. Дар МФ дараҷаи токсикӣ ПХТ дар намудҳои зерин возеҳтар буд: сустӣ, беҳолӣ, нотобӣ дар ҳамаи беморон, бидуни талафи назарраси вазн (40,0%), лимфаденопатия (84,6%), синдроми гипертоникӣ (86,0%) ва артропатия (73,3%). Барои МХ синдромҳои интоксикатсионӣ (84,6%) ва геморрагӣ (53,8%), синдромҳо ва хеле калон шудани гиреҳҳои лимфатикӣ (76,9%), ҳама беморони ММ бо пешравии синдроми камхунӣ, интоксикатсионӣ, дар два диспепсӣ (60,0%) хос буд. Гепатоспленомегалия дар флегматикҳо ва сангвиникҳо возеҳтар буд (94,0% и 80,0%), ҳол он ки гепатоспленомегалия холерикҳо (30,0%) ва меланхоликҳо (40,0%) буд ва синдроми геморрагӣ (35,0% 20,0%) возеҳии камтар доштанд ($p < 0,001$).

Дар байни беморони дорои мизочҳои сангвиникӣ (55,0%) ва флегматикӣ (46,0%) нейрорлейкемия бештар ба назар расид, нисбат ба холерикҳо (15,0%), дар байни меланхоликҳо нейрорлейкемия ба қайд гирифта нашуд.

Ҳолати морфофункционалии СДР ҳангоми ЛШМ асоан аз возеҳии миелотоксикӣ худӣ протсессӣ омос, аз возеҳии синдроми интоксикатсионӣ, аз дараҷаи вазнинии синдроми камхунӣ вобаста аст.

Таҳқиқоти морфофункционалии СДР дар беморони дорои ЛШМ вобаста аз намуди мизоч ва танзими вегетативӣ нишон дод, ки дар беморони ваготоникҳо (ВТ) бо МФ нисбат ба симпатотоникҳо (СТ) МХ калон шудани сарҳади дил дар самти кундалангӣ дар 89% -и беморон дида шуд, мумкин аст, ки ин, пеш аз ҳама, бо хусусиятҳои конституционалӣ (конститутсияи гиперстеникӣ), барвақт, то тасдиқ шудан ба лейкокемияи шадид, мавҷуд будани фарбеҳии дараҷаҳои гуногун, бо статуси вазнинкунандаи коморбидӣ (гипертензияи шарёнӣ, БИД, гипотиреоз, гломерулонефрит, панкреатити музмин, диабетӣ қанд) вобаста бошад.

Муқоиса кардани ҳолати морфофункционалии СДР дар беморони дорои ЛШМ вобаста аз танзими вегетативӣ гуногун буд. Ҳамаи беморони дорои мизочи сангвиникӣ ва МФ аз ҷиҳати ихтилолҳои морфофункционалӣ дар беморони дорои ЛШМ ба гурӯҳи хатар дохил мешаванд.

Тавре ки дар ҷадвали 1 дида мешавад, натиҷаҳои муқоисаи нишондодҳои ЭхоКГ дар беморони дорои ЛШМ вобаста аз намуди мизоч нишон дод, ки дар беморони дорои мизочи сангвиникӣ ва МФ андозаи ДР, ДБМ, МЧ, ШШ, аорта нисбат ба беморони дорои мизочи холерикӣ ва ММ саҳеҳан баланд буд.

Ҷадвали 1. - Параметрҳои морфофункционалии меъдаҷаҳои чап ва рост дар беморони дорои ЛШМ вобаста аз намуди мизоч.

Андозаи қисмҳои дил	Солим	Мизоч			
		Р1 Сангвиник n=133	Р2 Флегматик n=30	Р3 Холерик n=15	Р4 Меланхолик n=9

ДР	3,11 ± 0,08	3,88 ± 0,06*	3,98 ± 0,05*	3,2 ± 0,07**	2,7 ± 0,7 ***
ДР/м ² , см	1,87 ± 0,03	2,15 ± 0,04*	2,35 ± 0,03*	1,93 ± 0,5**	1,59 ± 0,8***
МР	2,03 ± 0,06	2,53 ± 0,07*	2,73 ± 0,09*	2,3 ± 0,05**	1,89 ± 0,6 ***
МР/м ² , см	1,24 ± 0,05	1,48 ± 0,05*	1,89 ± 0,03*	1,23 ± 0,02**	1,13 ± 0,5 ***
ДЧ	2,87 ± 0,07	3,37 ± 0,19*	3,67 ± 0,17*	2,77 ± 0,05**	2,67 ± 0,8 ***
ДЧ/м ² , см	1,68 ± 0,04	2,15 ± 0,05*	2,75 ± 0,07*	1,80 ± 0,01**	1,38 ± 0,5 ***
МЧ дар диастола, см	4,45 ± 0,08	4,79 ± 0,08*	4,99 ± 0,07*	4,50 ± 0,8**	3,93 ± 0,9 ***
Ғавсӣ ДБМ, см	0,70 ± 0,02	1,95 ± 0,07*	1,99 ± 0,07*	0,87 ± 0,03**	0,66 ± 0,9***
ШШ/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***

Эзоҳ: (*)- эътимоднокии фарқияти байни Р1-2, (**), эътимоднокии фарқияти байни Р2-3, (***) - эътимоднокии фарқияти байни Р1-3 хангоми $P < 0,05$.

Калон шудани андозаи дил дар беморони дорои ЛШМ на танҳо бо гипертензияи шарёнӣ, миокардити токсикӣ, балки бо конституцияи психофизикӣ низ алоқаманд аст. Таҳқиқоти морфофункционалии СДР дар беморони дорои ЛШМ вобаста аз намуди мизоч нишон дод, ки ба беморони мизочи сангвиникӣ ва холерикӣ симпатотоникҳо (экстраверҳо) дохил мешаванд, ҳол он ки флегматикҳо ва меланхоликҳо ба ваготоникҳо (интровертҳо) мансубанд.

Ҳамин тавр, ҳолати морфофункционалии СДР дар беморони дорои ЛШМ на танҳо аз возеҳии миелотоксикии худӣ протсессӣ омос, балки аз намуди мизоч ва танзими вегетативии ритми дил низ вобаста аст. Дар сангвиникҳо ва флегматикҳо дар бештари мавридҳо, қисмҳои рост ва чапи дил калон шудаанд ҳол он ки нишондиҳандаҳои гемодинамикӣ нисбат ба беморони дорои мизочҳои холерикӣ ва меланхоликӣ паст буданд.

Таҳқиқоти статуси коморбидӣ дар беморони дорои ЛШМ вобаста аз намуди мизоч нишон дод, ки дар бештари ҳолатҳо беморони дорои МС ва МФ бо гипертензияи шарёнӣ (85,0% ва 60,0%), БИД (79,0% и 46,0%), диабети қанд (28,3% ва 33,3%), ҳамбастагӣ доштанд, дар айни замон флегматикҳо дар зиёда аз нисфи ҳолатҳо аз панкреатити музмин (73,3%), бемории музмини инсидодии шушҳо (БМИШ) (53,3%), гипотериоз (40,0%), гломерулонефрити музмин (33,3%) ранҷ медиданд. Дар беморони дорои МХ ҷои асосиро ҷоғари диффузӣ-токсикӣ (83,3%) ишғол мекунад. Дар ҳамаи беморони дорои мизочи меланхоликӣ камхунии генезаш номаълум, БИД, БМИШ гастрити атрофикӣ муайян карда шуд. Дар ҳамаи беморони дорои МФ ва ММ шохиси коморбидӣ мувофиқи Чарлсон зиёда аз 5 баллро ташкил дод, дар 85,0% -и беморони дорои МС аз 3-4 балл, да 83,3% холерикҳо – аз 0 то 2 балл буд.

Ҳамин тавр, барои беморони дорои мизочи флегматикӣ ва ММ дар муқоиса бо беморони дорои мизочи холерикӣ ва МС, ананмнези вазнинкунандаи коморбидӣ хос буд.

Барои баҳогузори муқоисавии самаранокии табобати комплексӣ беморони дорои ЛШМ мутаносибан ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд: гурӯҳи I беморони дорои ЛШМ, ки танҳо табобати базисӣ (7+3) гирифтаанд, гурӯҳи II, ки табобати комплексӣ (табобати базисӣ ва инфиродишудаи психоаналитикӣ) гирифтаанд бо назардошти фарқиятҳои типологӣ. Муқоиса кардани динамикаи аломатҳои психо вегетативӣ, клиникӣ дар беморони дорои МФ, беморони дорои ЛШМ, дар марҳалаи ремиссияи пурра, ба баландшавии ақсуламали

нейродинамикии тамринҳои эҳтиёткоронаи махсус, чалб кардани ба кори сабук ишора мекунанд. Дар байни беморони гурӯҳи I бо МС СТ, беморони дорои ЛШМ, ки таболати комплексӣ гирифтаанд, то таболат нисбат ба беморони гурӯҳи II, ки танҳо ТБ (таболати базисӣ) гирифтаанд, безудержность 2 маротиба, сабукфикрӣ 1,3 маротиба кам шудааст, гарчанде одамдӯстӣ ва бетахаммулӣ нигоҳ дошта шудаанд, гиперсаливатсия то 5,5 маротиба, синдроми гипертоникӣ 11,6 маротиба, араққунӣ 3 маротиба, беҳобӣ 3,5 маротиба, қабзият, исҳоли даврӣ то 2,2 маротиба, тахикардия то 3,7 маротиба, ретсидиви беморӣ то 3 маротиба кам шудааст, ҳол он ки баъди ТБ гирифтаан 1, 6 маротиба аст (ҷадвали 2).

Ҷадвали 2. – Динамикаи ихтилолҳои вегетативӣ дар беморони дорои ЛШМ МС бо таболати базисӣ ва комплексӣ.

Статуси вегетативӣ	Ҳамагӣ ЛШМ (n=187)					
	Сангвиникҳо бо ЛШМ, ТК гирифтаанд (n=67)			Сангвиникҳо бо ЛШМ, ки танҳо ТБ гирифтаанд (n=66)		
	То таболат мутл. (%)	Баъди таболат мутл. (%)	P	То таболат мутл. (%)	Баъди таболат мутл. (%)	P
Бетахаммулӣ	67 (100,0)	53 (79,0)	<0,001	66 (100,0)	66 (100,0)***	>0,05
Сабукфикрӣ	67 (100,0)	50 (74,6)	<0,001	66 (100,0)	66 (100,0)***	>0,05
Худдорӣ	59 (88,0)	29 (43,2)	<0,001	57 (86,3)	65 (98,4)***	<0,05
Гиперсаливатсия	57 (85,0)	9 (13,4)	<0,001	59 (89,3)	49 (74,2)***	<0,05
Синдроми гипертоникӣ	63 (94,0)	5 (7,4)	<0,001	60 (91,0)	57 (86,3)***	>0,05
Серарақӣ	55 (82,0)	10 (15,0)	<0,001	53 (80,3)	29 (44,0)***	<0,001
Беҳобӣ	49 (73,1)	11 (16,4)	<0,001	47 (71,2)	39 (59,0)***	>0,05
Дермографизми сурх	67 (100,0)	67 (100,0)		66 (100,0)	66 (100,0)	>0,05
Қабзияти табдилёбанда ба	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
Ретсидиви беморӣ	23(34,3)	7(10,4)	<0,01	25(37,8)	15(22,7)	<0,05

Эзоҳ: p – фарқиятҳои аз ҷиҳати омӯри муҳимми нишондиҳандаҳо дар гурӯҳҳо то ва пас аз таболат (тибқи критерияи Мак Немар); **p<0,01, ***p<0,001 дар муқоиса бо ҳамин гуна нишондиҳандаҳо дар байни гурӯҳҳо (тибқи критерияи χ^2)

Муқоиса кардани динамикаи аломатҳои клиникӣ дар беморони дорои МФ гирифтори бемории ЛШМ дар марҳалаи ремиссияи пурра, аз баланд шудани ақсуламали нейродинамикии тамринҳои махсуси эҳтиёткорона, чалб кардан ба кори сабук дарак медиҳад (ҷадвали 3).

Ҷадвали 3. - Динамикаи аломатҳои клиникӣ дар беморони дорои ЛШМ МС бо мизочи флегматикӣ то таболати базисӣ ва комплексӣ.

Симптоми клиникӣ	МФ бо ЛШМ пас аз КТ (n=15)	МФ бо ЛШМ пас аз БТ (n=15)
------------------	----------------------------	----------------------------

	То мулт. (%)	Пас мулт (%)	Р	То мулт. (%)	Пас мулт (%)	Р
Ботамкинӣ	15 (100,0)	15 (100,0)	>0,05	15 (100,0)	15 (100,0)	>0,05
Камэмотсионалӣ	15 (100,0)	11 (73,3)	<0,05	15 (100,0)	15 (100,0)*	>0,05
Инертноқӣ	15 (100,0)	12 (80,0)	>0,05	15 (100,0)	15 (100,0)	>0,05
Чиддият	9 (60,0)	11 (73,3)	<0,05	7 (46,6)	6 (40,0)	>0,05
Гиперсаливатсия	13 (86,6)	3 (20,0)	<0,001	12 (80,0)	9 (60,0)*	0,05
Гипертензия шарёнӣ	14 (93,3)	3 (20,0)	<0,001	13 (86,6)	11 (73,3)**	<0,05
Серарақӣ	15 (100,0)	2 (13,3)	<0,001	10 (66,6)*	7 (46,6)*	<0,05
Хоболудағӣ	12 (80,0)	1 (6,6)	<0,001	13 (86,6)	9 (60,0)**	<0,05
Қабзият	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
Ретсидив	5(33,3)	2(13,3)	<0,01	6(37,5)	4(26,6)	<0,05

Эзоҳ: р - фарқиятҳои аз ҷиҳати оморӣ муҳимми нишондиҳандаҳо дар гурӯҳҳо то ва пас аз табобат (мувофиқи критерияи Мак Немар); *p<0,05, **p<0,01 дар муқоиса бо ҳамин гуна нишондиҳандаҳо дар байни гурӯҳҳо (тибқи критерияи χ^2).

Пас аз гузаронидани ТК беморони дорои МФ дар марҳалаи ремиссияи пурра бештар ботамкин (100,0%), оромтар шуданд, аломатҳои эмотсионалӣ то 1,3% кам гаштанд, беморон бештар одамдӯст ва ғаёл шуданд, гиперсаливатсия то 3 маротиба кам шуд, серарақӣ то 3,5 маротиба, қабзият 3 маротиба, хоболудағӣ 7 маротиба; сатҳи фишори шарёнӣ муътадил гашт (93,3% ва 20,0%), КБД (кашишхӯрии басомади дил) (73,3% ва 6,6%) наҷосат (60,0 ва 13,3%), ретсидиви беморӣ то 2,5 маротиба, ҳол он, ки пас аз гирифтани ТБ то 1, 4 маротиба нисбат ба гурӯҳи муқоисавӣ буд. Дар холерикҳо то ва пас аз ТК гузаронидашуда нисбат ба гурӯҳи муқоисавӣ кам шудани ба шӯр омадан то 3,7 маротиба буд; эмотсионалноқӣ то 3 маротиба, ҳашмгинӣ то 2 маротиба, гиперсаливатсия то 3 маротиба, қабзият 3,0 маротиба, фишори шарёнӣ то 3,6 маротиба, ретсидиви беморӣ то 3 маротиба, ҳол он ки пас аз гирифтани ТБ 1, 5 маротиба буд (ҷадвали 4).

Ҷадвали 4. - Динамикаи аломатҳои клиникӣ дар беморони дорои мизочҳои холерикӣ гирифтори ЛШМ ва гурӯҳҳои муқоисаванда то ва пас аз табобати базисӣ ва комплексӣ.

Симптомҳои клиникӣ	Холерикҳои дорои ЛШМ пас аз ТК (n=8)			Холерикҳои дорои ЛШМ пас аз ТБ (n=9)		
	То мулт. (%)	Пас мулт (%)	Р	То мулт. (%)	Пас мулт (%)	Р
Мутаассиршавӣ	13 (100,0)	3 (23,1)	<0,001	15 (100,0)	13 (86,6)***	>0,05
Эмотсионалноқӣ	13 (100,0)	4 (30,8)	<0,001	15 (100,0)	13 (86,6)**	>0,05
Ҳашмгинӣ	12 (92,3)	5 (38,5)	<0,01	14 (93,3)	12 (80,0)*	>0,05
Ҷазболудағӣ	9 (69,2)	3 (20,1)	>0,05	13 (86,6)	14 (93,3)***	>0,05
Гиперсаливатсия	11 (84,6)	3 (20,1)	<0,001	12 (80,0)	9 (60,0)*	>0,05
Синдроми гипертония	12 (92,3)	3 (20,1)	<0,001	13 (86,6)	11 (73,3)**	>0,05
Қабзият	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
Ретсидив	3(37,5)	1(12,5)	<0,01	5(55,5)	3(33,3)	<0,05

Эзоҳ: р - фарқиятҳои аз ҷиҳати оморӣ муҳимми нишондиҳандаҳо дар гурӯҳҳо то ва пас аз табобат (мувофиқи критерияи Мак Немар); *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

дар муқоиса бо ҳамин гуна нишондиҳандаҳо дар байни гурӯҳҳо (тибқи критерияи χ^2).

Ҳангоми муқоиса кардани симптомҳои клиникӣ дар беморони дорои мизочи меланхоликӣ, гирифтори ЛШМ пас аз гирифтани табобати комплексӣ (ТК) нисбат ба гурӯҳи муқоисавӣ кам шудани сатҳи нейротизм то 5 маротиба, бесуботи эмотсионалӣ то 2,5 маротиба, эҳсосоти изтироб 2,5 маротиба, бесуботи эмотсионалӣ ва (100,0%), эҳсосоти танҳой (1,25%), зудранҷӣ то 2 маротиба, шубҳанокӣ то 2 маротиба, паст шудани фишори шарёӣ (1,6%), гипосаливатсия то 5 маротиба; ретсидиви беморӣ то 3 маротиба дида шуд, ҳол он ки пас аз табобат базисиро гирифтани вай 1,5 маротиба буд (ҷадвали 5).

Ҷадвали 5. – Муқоисаи аломатҳои клиникӣ дар беморони дорои мизочи меланхоликӣ гирифтори ЛШМ то ва пас аз табобати базисӣ ва комплексӣ.

Клинический симптомы	Меланхоликҳои ЛШМ пас аз ТК (n=5)			Меланхоликҳои ЛШМ пас аз ТБ (n=4)		
	То мутл. (%)	Пас мутл (%)	P	То мутл. (%)	Пас мутл (%)	P
Сатҳи баланди нейротизм	5 (100,0)	1 (20,0)	<0,05	4 (100,0)	4 (100,0)*	>0,05
Эмотсионалноӣ	5 (100,0)	2 (40,0)	<0,05	4 (100,0)	4 (100,0)*	>0,05
Эҳсосоти изтироб	3 (60,0)	1 (20,0)	>0,05	2 (50,0)	2 (50,0)	>0,05
Зудранҷӣ	4 (80,0)	2 (40,0)	>0,05	3 (75,0)	3 (75,0)	>0,05
Шубҳанокӣ	4 (80,0)	1 (20,0)	<0,05	4 (100,0)	4 (100,0)*	>0,05
Гипосаливатсия	5 (100,0)	1 (20,0)	<0,05	4 (100,0)	4 (100,0)*	
Хоби канда-канда	4 (80,0)	1 (20,0)	<0,05	2 (50,0)	2 (50,0)	>0,05
Исҳол	3 (60,0)	2 (40,0)	>0,05	3 (75,0)	3 (75,0)	>0,05
Ретсидиви беморӣ	3(60,0%)	1(20,0%)	<0,05	3(75,0)	2(50,0%)	<0,05

Эзоҳ: p - фарқиятҳои аз ҷиҳати омӯри муҳимми нишондиҳандаҳо дар гурӯҳҳо то ва пас аз табобат (мувофиқи критерияи Мак Немар); *p<0,05, дар муқоиса бо ҳамин гуна нишондиҳандаҳо дар байни гурӯҳҳо (тибқи критерияи χ^2).

Табобати комплекси инфиродишудаи равонӣ дар заминаи табобати базисӣ на танҳо боиси беҳтаршавии ҳолатҳои клиникӣ ва психологӣи беморон гашт, балки ба муътадилшавии нишондиҳандаҳои гематологӣ низ оварда расонид.

Дарачаи ихтилоли нишондиҳандаҳои гематологӣ ҳангоми ЛШМ, пеш аз ҳама, аз вазнинии ҷараён, марҳалаи беморӣ, мавҷуд будани бемориҳои сироятӣ, оризаҳои ғайрисироятӣ, миелотоксинии ҳуди протесси омос ва табобати ситостатистикӣ вобаста аст.

Ба аломатҳои хатари нишон додашуда нигоҳ накарда, ки дар беморони гирифтори ЛШМ ба ихтилоли нишондиҳандаҳои гематологӣ оварда мерасонанд, вобаста аз типҳои мизочӣ манзараи гемограмма гуногун буд.

Дар беморони дорои мизочи сангвиникӣ дар гемограмма то гирифтани табобати дахлдор дар (21,0% ва 23,0% ва 79,1% ва 83,3%) камхунии дараҷаҳои вазнин ва миёна, лейкоцитоз: > бештар аз ҳазор дар 1 мкл хун (шакли лейкемӣ) (49,2% ва 47,0%), лейкоцитоз аз 10 ио 30 ҳазор дар 1 мкл хун (37,3% ва 35,0%), лейкоцитоз < аз 10 то 50 ҳазор дар 1 мкл хун (шакли сублейкемӣ) (13,4% ва 15,1%), нейтропения (43,2% ва 42,4%), лимфопения (28,3% ва 32,0%), тромбоситопения (71,6% ва 71,2%), гипофибриногенемия (58,2 ва 58,2), бластемия (100,0% ва 98,4%) ва бластози мағзи устухон (100,0 ва 65,0%) ба мушоҳида расид. Пас аз гузаронидани табобати комплексӣ дар муқоиса аз бемороне, ки табобати

базисӣ гирифтаанд, кам шудани дараҷаи вазнини камхунӣ, тромбоцитопения ваи гипофибриногенемия то 2,4 маротиба, паст шудани сатҳи лейкоцитоз аз 2 то 3 маротиба, бластоэи мағзи устухон то 2 маротиба, нейтропения ва лимфопения то 1,6 маротиба, бластемия то 1,3 маротиба ба мушоҳида расид.

Ҳамин тавр, гузаронидани табобати комплексӣ ҳангоми ЛШМ дар муътадил гардонидани нишондиҳандаҳои гематологӣ хеле самаранок ва муҳим арзёбӣ мешавад.

Дар беморони дорои мизочи флегматикӣ дар гемограмма то гирифтани табобати дахлдор дар (53,3% и 53,3% и 46,6% и 53,3%), лейкоцитоз: > бештар аз 50 ҳазор дар 1 мкл хун (шакли лейкоемӣ) (73,3% и 66,6%), лейкоцитоз аз 10 то 30 аз ҳазор дар 1 мкл хун (26,6% и 33,3%), нейтропения (40,0% ва 46,6%), лимфопения (40,0% ва 60,0%), тромбоцитопения (53,3% ва 46,6%), гипофибриногенемия (40,0% ва 46,6%), бластемия (86,6% ва 93,3%) ва бластоэи мағзи устухон (80 ва 40,0%) ба мушоҳида расид. Пас аз гузаронидани табобати комплексӣ кам шудани дараҷаи вазнини камхунӣ ва лейкоцитоз 1,6 маротиба, дараҷаи миёнаки вазнинӣ 2,5 раза, нейтропения, тромбоцитопения, гипофибриногенемия, бластоэи мағзи устухон то 2 маротиба, лимфопения ва лимфоситоз то 1,6 маротиба, бластемия то 3,5 маротиба ба мушоҳида расид.

Ҳамин тавр, таҳлили муқоисавии нишондиҳандаҳои гематологии сангвиникҳо ва флегматикҳо нишон дод, ки камхунии дараҷаи вазнин 2,5 маротиба дар флегматикҳо назар ба сангвиникҳо дида шуд, ҳол он ки камхунии дараҷаи миёна назар ба флегматикҳо дар сангвиникҳо 1,6 маротиба зиёдтар буд. Дараҷаи лейкоцитоз а (зиёда аз 50 ҳазор дар 1 мкл хун (шакли лейкоемӣ) ва нейтропения 1,4 маротиба бештар дар флегматикҳо дида шуд назар ба сангвиникҳо, тромбоцитопения, гипофибриногенемия, бластемия ва бластоэи мағзи устухон тақрибан бо қитматҳои якхела ба қайд гирифта шуданд.

Дар беморони дорои мизочи холерикӣ дар гемограмма то гирифтани табобати зарурӣ камхунии дараҷаи вазнин ва миёна дар (25,0% и 33,3%), лейкоцитоз: > бештар аз 50 ҳазор дар 1 мкл хун (шакли лейкоемӣ) (12,5% ва 11,1%), лейкоцитоз аз 10 то 30 ҳазор дар 1 мкл хун (26,6% и 33,3%), нейтропения (37,5% ва 44,%), лимфопения (12,5% ва 60,0%), тромбоцитопения (37,5% ва 33,3%), гипофибриногенемия (3% ва 22,5%), бластемия (100,0% ва 93,3%) ва бластоэи мағзи устухон (100,0 ва 40,0%) дида шуд.

Пас аз гузаронидани табобати комплексӣ кам шудани дараҷаи вазнини камхунӣ 2,2 маротиба ва дараҷаи вазнинии миёнаи камхунӣ 1,7 маротиба ба назар расид; лейкоцитоз то 2 маротиба, нейтропения ва бластемия 1,3 маротиба, лимфоситоз ва бластоэи мағзи устухон 1,1 маротиба, лейкоцитоз 1,6 маротиба, дараҷаи миёнаи вазнинӣ 2,5 маротиба, нейтропения, тромбоцитопения 1,4 маротиба, гипофибриногенемия 1,5 маротиба кам шуд.

Ҳамин тавр, дар беморони дорои мизочи холерикӣ ва сангвиникӣ асосан дараҷаи вазнинии миёнаи камхунӣ бартарӣ дошт, дар флегматикҳо бошад, асосан дараҷаи вазнинии вазнини камхунӣ, лейкоцитоз бештар аз 50 ҳазор дар 1 мкл хун, бластемия ва бластоэи мағзи устухон дида шуд. в ческим

Дар беморони дорои мизочи меланхоликӣ дар гемограмма то гирифтани табобати зарурӣ камхунии дараҷаи вазнин (53,3% и 53,3%), ва миёна (46,6% и 53,3%) лейкоцитоз: > бештар аз 50 ҳазор дар 1 мкл хун, (шакли лейкоемӣ) (73,3% и 66,6%), лейкоцитоз аз 10 то 30 ҳазор дар 1 мкл хун, (26,6% ва 17,5%), нейтропения (40,0% ва 44,%), лимфопения (12,5% ва 60,0%), тромбоцитопения (37,5% ва 33,3%), гипофибриногенемия (3% ва 22,5%), бластемия (100,0% ва 93,3%) ва бластоэи

мағзи устухон (100,0 ва 40,0%) дида шуд.

Пас аз гузаронидани табобати комплексӣ паст шудани сатҳи дараҷаи вазнини камхунӣ 2,2 маротиба ва дараҷаи вазнини миёнаи камхунӣ 1,7 маротиба ба назар расид; лейкоцитоз то 2 маротиба, нейтропения ва бластемия 1,3 маротиба, лимфоситоз ва бластози мағзи устухон 1,1 маротиба, лейкоцитоз 1,6 маротиба, дараҷаи миёнаи вазнинӣ 2,5 маротиба, нейтропения, тромбоситопения 1,4 маротиба, гипофибриногенемия 1,5 маротиба кам шуд.

Бо пешравию бластемия ва бластоза синдромҳои клиникӣвозехтар шуданд, махсусан дар шахсони дорои мизочи меланхоликӣ ва холерикӣ нисбат ба беморони дорои мизочи сангвиникӣ ва флегматикӣ ҳангоми шохиси таносуб – аз $r=0,79$ то $0,9$ иртиботи баланди таносубӣ ва аз $0,2$ то $0,4$ иртиботи сусти ҳисобида мешавад.

Муқоиса кардани нишондиҳандаҳои мубодилаи липидҳо ва карбогидратҳо дар беморони дорои ЛШМ бо мизочи сангвиникӣ ва флегматикӣ то ва пас аз гузаронидани табобат нишон дод, ки ШМБ, ДК (даври камар), ғализати холестерин, ЛПЗП ва глюкозаи хун баланд буд, ҳол он ки сатҳи ЛПЗБ паст буд. Тавсифи муқоисавии мубодилаи липидҳо дар беморони гирифтори ЛШМ дорои мизочи холерикӣ нишон дод, ки ШМБ, ДК, ғализати холестерин, ЛПЗП каме паст шудааст, сатҳи ЛПЗБ хеле паст гаштааст, дар беморони дорои мизочи меланхоликӣ ки ШМБ, ДК (даври камар), ғализати холестерин, ЛПЗП ШМБ, ҳеским темпераментом ИМТ, ОТ, концентрация холестерина, ЛПНП ва глюкозаи хун хеле паст буд.

Таҳқиқоти мо нишон дод, ки зиндамонӣ ва фавт дар байни беморони дорои ЛШМ бо намудҳои гуногуни мизочҳо гуногун буданд. Дар байни беморони дорои мизочи сангвиникӣ ва холерикӣ пас аз гузаронидани табобати базисӣ ва комплексӣ зиндамонии 5-сола мутаносибан дар 69,0% ва 58,0% дар муқобили 93,0% ва 89% -и бемороне, ки дар ҷараёни табобат ремиссияи пурраро ба даст овардаанд, фавтият дар байни онҳо 31,0% ва 42,0% дар синну соли калонсолӣ (аз 60-сола боло) буд. Асосан, сабаби натиҷаҳои фавтовар дар сангвиникҳо ва флегматикҳо инҳо буданд: хунравӣ дар майнаи сар (11,0%; 15,0%), нейрорлейкемия (10,0%; 13,0%), пешраи норасоии дил (7,0%; 9,0%), норасоии шадиди коронарӣ (3,0%; 4,0%).

Дар байни беморони дорои ЛШМ бо мизочи флегматикӣ ва меланхоликӣ зиндамонии 5-сола мутаносибан дар 37,0% ва 23,0% ва 55 ва 39,0% -и беморон дида шуд, ки дар ҷараёни табобат ремиссияи пурраро ба даст овардаанд, фавтият дар байни онҳо баланд буда, дар синну соли калонсолӣ ва пиронсолӣ 63,0% ва 77,0%-ро ташкил дод.

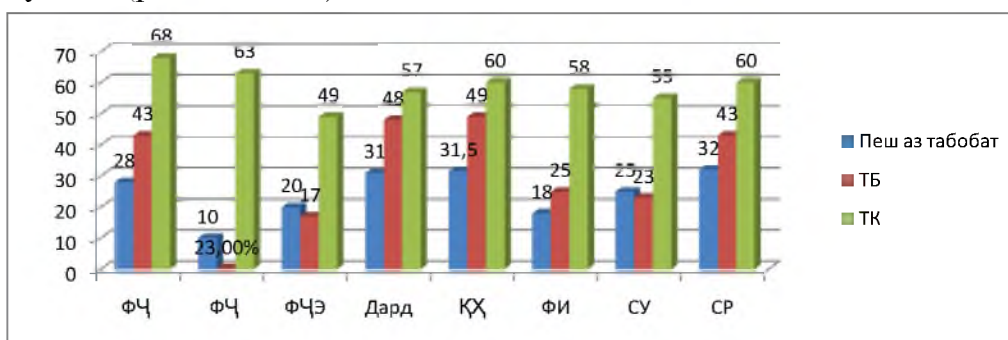
Таҳлили ҳолатҳои фавт дар беморон вобаста аз намуди мизоч нишон дод, ки дар сангвиникҳо ва холерикҳо пас аз гирифтани табобати комплексӣ дар муқоиса аз гирифтани табобати базисӣ 2 маротиба (31,0% ва 15,0% дар муқобили 37,0% ва 17,0%) кам шудааст, ҳол он ки дар флегматикҳо ва меланхоликҳо (42,0% ва 29,0% дар муқобили 77,0% ва 47,0 ин нишондиҳандаҳо 1,4 ва 1,6 маротибаро ташкил доданд.

Асосан сабаби натиҷаи фавт дар холерикҳо ва меланхоликҳои онҳо буданд: норасоии бисёрузвӣ (17,0% ва 79,0%), норасоии энтералӣ (33,0%; 49,0%), ҳамроҳ шудани сироятҳои такрорӣ (19,0% ва 37,0%), комаи гемикӣ (hemic coma) (17,0% ва 23,0%) ва инфаркти миокард (9,0%; 7,0%). Дар беморонидорои мизочи холерикӣ дар 3,9 маротиба (1,7 дар муқобили 6,7), сангвиникӣ 3,5 (1,5 дар муқобили 6,5), флегматикӣ 2,7 маротиба (1,3 дар муқобили 4,3), ва меланхоликӣ

2,5 (1,3 дар муқобили 3,7) басомади ретсидивҳо дар давоми сол мутаносибан кам шудааст.

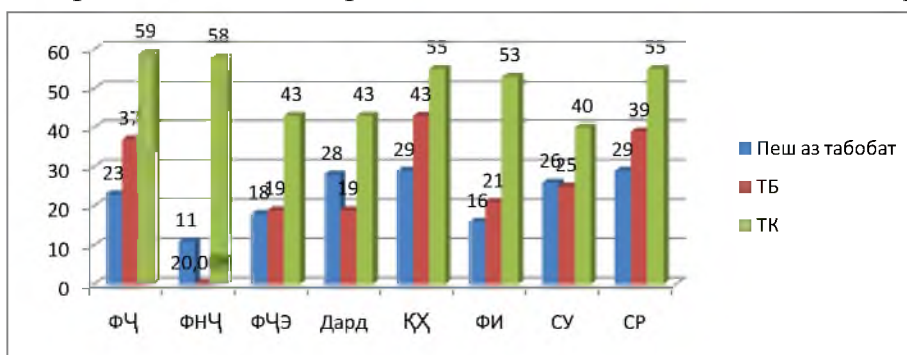
Ҳамин тавр, таъобати комплексӣ нисбат ба танҳо таъобати базисӣ самараноктар аст.

Сифати ҳаёти беморон то таъобат ва пас аз таъобати базисӣ ва комплексӣ гузаронида шуд. Нишондиҳандаҳои СҲ (ФЧ, ФНЧ, ФНЭ, синдроми дард, ҚҲ, ФӢ, СУ, СР) дар беморони дорои ЛШМ бо мизочҳои флегматикӣ то гирифтани ПХТ пасттарин буданд, аммо пас аз гузаронидани таъобати комплексӣ дар муқоиса аз мизочҳои меланхоликӣ нишондиҳандаҳои шкала хеле зуд ва зиёд беҳтар шуданд, ҳол он ки дар беморони дорои мизочи меланхоликӣ баъзе нишондиҳандаҳои СҲ беҳтар нашуданд ӯва муддати тӯлонӣ нигоҳ дошта шуданд (расми 2 ва 3).



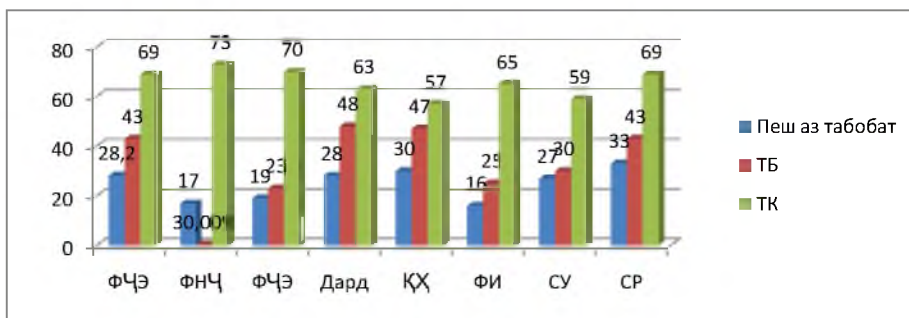
Расми 2. – Нишондиҳандаҳои сифати ҳаёт дар беморони дорои ЛШМ бо мизочи флегматикӣ то ва пас аз таъобати базисӣ ва комплексӣ

Мумкин аст ки ин аз пешравии миелотоксикияти уди протсессии омос, синдромҳои камхунӣ ва диспептикӣ, ҳамроҳ шудани сирояти дувумӣ иртибот дошта бошад, ки бешубҳа, ба СҲ, ФЧ, ФНЧ, СР, ФИ – и фаъолияти ҳаётии беморони дорои ЛШМ таъсир расонидааст.



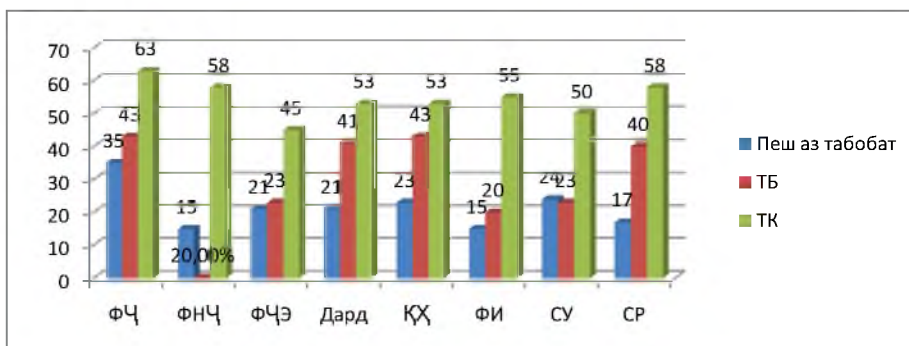
Расми 3. – Нишондиҳандаҳои сифати ҳаёт дар беморони дорои ЛШМ бо мизочи меланхоликӣ то, дар ва пас аз гузаронидани ПХТ барномавӣ.

Пас аз гузаронидани таъобати комплексӣ СҲ дар беморони дорои ЛШМ бо мизочи сангвиникӣ дар муддати кӯтоҳхеле беҳтар шуда, ремиссияи пурраи клиникӣ-гематологӣ ба даст оварда шуд (расми 4).



Расми 4. – Нишондиҳандаҳои сифати ҳаёт дар беморони дорои ЛШМ бо мизочи сангвинӣ то, дар ва пас аз гузаронидани ПХТ барномавӣ.

Пас аз гузаронидани табобати комплексӣ СҲ дар беморони дорои ЛШМ бо мизочи холерикӣ нисбат ба беморони дорои мизочи сангвиникӣ камтар беҳтар шудааст.



Расми 5. – Нишондиҳандаҳои сифати ҳаёт дар беморони дорои ЛШМ бо мизочи холерикӣ то ва пас аз гузаронидани табобати базисӣ ва комплексӣ.

Ҳамин тавр, таҳқиқи СҲ дар беморони дорои ЛШМ вобаста аз намудҳои мизоҷ дар марҳалаҳои гуногуни табобати базисӣ ва комплексӣ дар самти солимии равонӣ ва ҷисмонӣ, психологӣ, энергияи ҳаётӣ, ФНЧ, ФНЭ, соҳаи иҷтимоии фаъолияти ҳаётӣ гуногун буданд, ки ин коркард ва татбиқи барномаҳои инфиродишудаи инноватсионии табобат ва барқарорсозиро тақозо мекунад. Табобати комплексӣ дар муқоиса аз табобати базисӣ самараноктар арзёбӣ мешавад.

Хулосаҳо

1. Исбот карда шудааст, ки дар беморони мубтало ба лейкемияи шадиди дорои мизоҷи сангвиникӣ аз ҷиҳати миқдори дучоршавӣ дар ҷои аввал меистад (133 нафар; 71,1) дар муқоиса аз мизоҷҳои меланхоликӣ (9 нафар; 4,8%), холерикӣ (15 нафар; 8,0%) ва флегматикӣ (30 нафар; 16,0%). Сангвиникҳо ва холерикҳо хусусияти берунгарой (экстраверсия) доштанд, флегматикҳо ва меланхоликҳо бо хусусияти дарунгарой (интроверсия) фарқ мекарданд. Дар сангвиникҳо ва флегматикҳо сангвиникҳо ва флегматикҳо конститутсияи гиперстеникӣ мушоҳида шуд, дар холерикҳо бештар нормостеникӣ ва дар меланхоликҳо конститутсияи астеникӣ ба назар расид [2-М; 3-М; 4-М; 20-М; 21-М; 22-М; 23-М; 24-М; 25-М].
2. Дар сангвиникҳо ва холерикҳо бартарӣ доштани синдромҳои

интоксикатсионӣ, геморагӣ ва гипертоникӣ ба мушоҳида расид; дар флегматикҳо синдромҳои гиперпластикӣ, гипертоникӣ ва устухонӣ-буғумӣ; ҳол он ки дар меланхоликҳо синдромҳои рушдкунандаи камхунӣ, дард ва диспепсӣ бартарӣ доштанд. Нақшҳои ангуштон дар беморони дорои ЛШМ вобаста аз типҳои мизоч гуногун мешаванд: дар шахсони дорои мизочи сангвиникӣ «гирех» ва «гирех» (L), дар флегматикҳо нақшҳои «качак» ва «качак» (WW), дар холерикҳо «қавс» ва «қавс»-и радиалӣ дида мешавад, ҳол он ки дар ҳамаи меланхоликҳо нақшҳои «качак-ҳалқа» (WL), «ҳалқа» ва «қавс» (LA) бартарӣ доштанд. Намунаҳои ангуштон ба ҳеҷ вачҳ ивазкунандаи усулҳои стандартҳои тиллоии таҳқиқоти ташҳиси равоӣ ба намераванд. [6-М; 8-М; 9-М; 12-М; 13-М; 28-М].

3. Дар сангвиникҳо ва флегматикҳо дар бештари мавридҳо қисмҳои рост ва чапи дил калон шудаанд, дар ҳоле ки нишондиҳандаҳои гемодинамикӣ нисбат ба беморони дорои мизочҳои холерик ва меланхоликӣ паст буд. Нейролейкемия бештар дар беморони дорои мизочҳои сангвиникӣ (55,0%) ва флегматикӣ (46,0%) ба назар расид, дар мизочони холерикӣ ҳамагӣ дар 15,0% ҳолат ва дар байни беморони дорои мизочи меланхоликӣ ин оризари мушоҳида накардем [1-М; 10-М; 11-М].
4. Флегматикҳо ва меланхоликҳо бо доштани заминаи вазнинкуандаи коморбидӣ фарқ мекарданд. Дар байни беморони дорои мизочҳои сангвиникӣ ва холерикӣ зиндамони 5-сола мутаносибан дар 69,0% ва 58,0% -и беморон дида шуд, ғайр дар онҳ мутаносибан 31,0% ва 42,0%-ро ташкил дод, ҳол он ки дар байни намояндагони мизочҳои флегматикӣ ва меланхоликӣ зиндамони 5-сола мутаносибан дар 37,0% ва 23,0%-и беморон ба қайд гирифта шуд, сатҳи ғайрият дар байни онҳо дар куҳансолӣ баланд буда, 63,0% ва 77,0%-ро ташкил дод [14-М; 15-М; 18-М; 19-М; 26-М].
5. Иҷбот карда шудааст, ки муносибати комплексӣ нисбат ба табобати ЛШМ барои бештар гаштани нишондиҳандаҳои клиникӣ-гематологӣ ва статуси психовегетативӣ (78,0 ва 93,0%), сифати ҳаёт ва зиндамони беморон мусоидат мекунад, ҳол он ки дар беморони гирифтори ЛШМ дар заминаи табобати базисӣ бидуни гузавронидани чорабиниҳои ислоҳи равоӣ паст шудани сатҳи самаранокии табобати барқарорсозӣ коҳиш меёбад (мутаносибан 46,0% ва 57,0%) [5-М; 7-М; 16-М; 17-М; 27-М].

Тавсияҳо барои истифодаи амалии натиҷаҳо

1. Равиши тафриқавӣ нисбат ба портрети психовегетативӣ ва морфофенотипӣ, нишондиҳандаҳои лабораторӣ ва дерматоглифӣ дар беморони дорои лейкемия имконият медиҳад, ки дар марҳалаҳои барвақти беморӣ аломатҳои беморӣ муайян ва пешгӯӣ инфиродӣ карда шавад.
2. Мутлақ қунонидани усули ягонаи таҳқиқоти илмӣ ҳамчун универсалӣ мумкин нест, танҳо ҳангоми таҳқиқоти комплексӣ маълумотҳои нисбатан эътимоднокро дар бораи ҳолатҳои психовегетативӣ ва морфофенотипии фардҳо ба даст овардан мумкин аст. Муқаррар ва истифода намудани статуси психовегетативӣ ҳангоми ЛШМ бояд дар протсессии табобати базисӣ чузъи ҳатмии ташҳисӣ бошад. Барои баргузориҳои чорабиниҳои ислоҳи равоӣ ҳангоми ЛШМ табобати гипносуггестивиро бо таъйин намудани препаратҳои психотропӣ (граидаксин), танзимкунандаи статуси психовегетативӣ зарур аст.

Феҳристи интишороти доғалаби дарёфти дарачаи илмӣ

Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда

- 1-М. Кароматова Т.И. Роль раннего интратекального введения цитостатических средств в профилактике нейтролейкемии у больных с острым миелоидным лейкозом / Т.И. Кароматова, Н.И. Мустафакулова, М.П. Ганиева //Журнал Здравоохранение Таджикистана. - 2015. - №3. - С. 142-147.
- 2-М. Кароматова Т.И. Дерматоглифика в прогнозировании индивидуально-типологических особенностей и течения кожного процесса у больных лейкемией /Т.И. Кароматова, Н.И. Мустафакулова / Здравоохранение Таджикистана. – Душанбе. - №3. - 2015. - С. 164-167.
- 3–М. Кароматова Т.И. Психовегетативное и морфофенотипическое состояние пациентов с острой лейкемией /Т.И. Кароматова, Н.И. Мустафакулова /Вестник академии медицинских наук Таджикистана. Душанбе. – 2018. - №2. - С.214-218.
- 4-М. Кароматова Т.И. Патогенетическая роль биомаркеров и психоневрологических расстройств при лейкемии /Т.И. Кароматова Н.И.Мустафакулова, Н.С. Мирзокаримова, С.Н. Абдуллаева //Международный журнал медицины и психологии. - 2020. Т. №3. - №5. – С. 140-145.
- 5-М. Роль психовегетативных нарушений и психотерапевтических коррекций в течение лейкемий / Т.И. Кароматова /Вестник академии медицинских наук Таджикистана. Душанбе. – 2022. - №1. - С. 331-2337.

Мақолаҳо ва фишурдаҳои дар мамӯаҳои конференсияҳо напшрӯда:

- 6-М. Кароматова Т. И. Особенности темперамента и дерматоглифики у пациентов с лейкемией /Н.И.Мустафакулова, А.Т. Шамсов / Материалы 64 годичной 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. 67-69.
- 7-М. Кароматова Т.И. Прогнозирование течения лейкемии в условиях жаркого климата Республики Таджикистан /Н.И. Мустафакулова, Г.Н. Камолова // Материалы 64 годичной 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. 103 -105.
- 8-М. Кароматова Т.И. Влияние сезона года на развитие кардиоваскулярных осложнений у пациентов с лейкемией в условиях Республики Таджикистан / Н.С. Мустафакулова, Г.Н. Камолова / Евроазиатский союз учёных ЕАСУ Ежемесячный научный журнал. - 2016. - № 5(26). – С. 207-209.
- 9-М. Кароматова Т.И. Психологические и морфофенотипические особенности у пациентов с лейкемией /Н.С. Мирзокаримова, Г.Н. Камолова /Материалы XII научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино. «Роль молодежи в развитии медицинской науки», посвященной Году молодежи, – Душанбе. -2017. - 117с.
- 10-М. Кароматова Т.И. Неврологические нарушения при лейкозах / Мустафакулова Н.И., /Материалы 65 годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино. «Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире». – Душанбе. – 2017. - Том 2. - С. 58-60.
- 11-М. Кароматова Т.И. Психоземotionalные расстройства при острых лейкозах /Н.И.Мустафакулова //Материалы 66-годичной научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». «Роль и место инновационных технологий в современной медицине». – 2018. - С.501-502

- 12-М. Психовегетативные и неврологические нарушения у пациентов с острой лейкемией / Мустафакулова Н.И., Кароматова Т.И. /Материалы I Республиканской конференции неврологов Республики Таджикистан «Инновационные и актуальные вопросы неврологии» – Душанбе. – 2018. –С. 355-364.
- 13-М. Кароматова Т.И. Вторичная гиперурекемия при хроническом миелолейкозе /Г.Н. Камолова, Мирзокаримова Н.С. / Материалы XIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, посвященной Году развития туризма и народных ремесел. – Душанбе. -2018. - 111с.
- 14-М. Кароматова Т.И. Состояние психовегетативного статуса у пациентов с лейкемией / /Н.С. Мирзокаримова, Г.Н. Камолова //Материалы XIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, посвященной Году развития туризма и народных ремесел. – Душанбе. -2018. - 115с..
- 15-М. Кароматова Т.И. Клинические и рентгенологические особенности поражения костей при миеломной болезни /Г.Н. Камолова, Ориён Мехр Шула // Г.Н. Камолова, Ориён Мехр Шула /Материалы XIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, посвященной Году развития туризма и народных ремесел. – Душанбе. -2018. - 111с.
- 16-М. Кароматова Т.И., Прогностическая значимость дермаостеоартикулярных проявлений и ранних гематологических показателей при различных формах лейкемии / Н.И. Мустафакулова, Г.Н. Камолова, Н.С. Мирзокаримова, /American Scientific Journal № (27). - 2019. - Vol.1. - P.7-12.
- 17-М. Кароматова Т.И. Психоневрологические нарушения у пациентов с острой лейкемией в условиях жаркого климата Республики Таджикистан / Н.И. Мустафакулова, Н.С. Мирзокаримова /East European Scientific Journal, 7(47), Warshava. Polska. – 2019. Part 2. - P. 43-47.
- 18-М. Клинико-рентгенологические и психологические особенности интерстициальной пневмонии у пациентов с острым лимфобластным лейкозом / Мустафакулова Н.И., Д.Ю. Абдуллаева, Т.И.Кароматова /Материалы 67 международной научно-практической конференции, посвященной 80-летию ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино и Годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021). – Душанбе. – 2019. – С. 132-133.
- 19-М. Кароматова Т.И. Прогностическое значение конституционально-морфологических факторов в течении острого лимфобластного лейкоза / Н.И. Мустафакулова /Материалы 65 годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино. «Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире». – Душанбе. – 2017. - Том 2. - С. 94-96.
- 20-М. Кароматова Т.И. Индивидуально-типологические особенности пациентов с лейкемией / Н.И. Мустафакулова, Г.Н. Камолова, Н.С. Мирзокаримова / Материалы XIV научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. «Научная дискуссия: актуальные вопросы, достижения и инновации в медицине». – Душанбе. - 2019. - 101с.
- 21-М. Кароматова Т.И. Состояние психоэмоционального и вегетативного фона у пациентов с лейкемией в условиях жаркого климата РТ /Н.И. Мустафакулова, 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. 44с.

22-М. Кароматова Т.И. Прогностическая значимость психовегетативных и конституциональных факторов в течение острой миелоидной лейкемии / Н.И. Мустафакулова, Н.С. Мирзокаримова //Материалы 65 годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино. «Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире». – Душанбе. – 2021. - Том 1. - С. 340.

23-М. Кароматова Т.И. Урологические, дерматоневрологические и психовегетативные расстройства у больных с лейкемией / Т.И.Кароматова, С.С. Мустафакулов, А.А. Абдурахманов //Материалы XVI научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». «Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки». – Душанбе. -2022. 45с.

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

28-М. 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.

Рӯйхати ихтисораҳо

Ао – аорта

ФОА- фаъолияти олиии асаб

МД– муассисаи давлатӣ

МДТ – муассисаи давлатии тиблимӣ

ЭҲ – кувваи ҳаётӣ

ИМБ - индекси массаи бадан

ТКДВ– томографияи компютери доираи васеъ

СХ – сифати ҳаёт
АШ - артерияи шуш
МЧ –меъдачаи чап
ЛПЗП – липопроteidҳои зичиашон паст
ЛПЗБ– липопроteidҳои зичиашон баланд
ТББ – Таснифи Байналмилалии Бемориҳо
ДБМ – девораи байни меъдачавай
ММ – мизочи меланхоликӣ
СУ - саломатии умумӣ
СР – солимии равонӣ
ДР – даҳлезии рост
ҶТ - Ҷумҳурии Тоҷикистон
ФНҶ– фаъолияти нақшии ҷисмонӣ
ФНЭ– фаъолияти нақшии ҷисмонӣ эмотсионалӣ
МС – мизочи сангвиникӣ
ШШ–шарёни шуш
СДР – системаи дилу рағҳо
ФИ– фаъолияти иҷтимоӣ
МФ – мизочи флегматикӣ
ФҶ – фаъолияти ҷисмонӣ
ПП – даҳлезии рост
МХ – мизочи холерикӣ

АННОТАЦИЯ

Кароматова Тахмина Изатуловна

Психовегетативные и конституциональные особенности пациентов с острой миелоидной лейкемией в зависимости от типологических особенностей индивидуума и её психологическая коррекция

Ключевые слова: лейкемия, темперамент, сангвиник, флегматик, холерик, меланхолик, качество жизни, коморбидность, выживаемость, летальность.

Цель: изучить психовегетативные и конституциональные особенности у пациентов с ОМЛ в зависимости от типологических различий и разработать индивидуализированные психокоррекционные мероприятия.

Методы исследования и использованная аппаратура: проводили: развёрнутый анализ крови, общий анализ мочи, биохимические анализы крови, стерильную пункцию, цитохимические исследования костного мозга, исследования внешнего фенотипа, индекса массы тела, вегетативного фона, структуры темперамента, коморбидный статус, морфофункциональное состояние ССС, качество жизни, выживаемость и смертность пациентов.

Полученные результаты и их новизна: Впервые отмечено, 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 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. Нейролейкемия чаще развивалась у больных с сангвиническим (55,0%) и флегматическим темпераментом (46,0%), у лиц с холерическим темпераментом наблюдали всего лишь в 15,0% случаев, а среди больных с меланхолическим темпераментом мы не наблюдали данного осложнения. Доказано, что разработанный комплексный подход к лечению ОМЛ способствует улучшению клинко-гематологических показателей, психовегетативного статуса (78,0 и 93,0%), качества жизни и выживаемость пациентов, тогда как у пациентов с ОМЛ на фоне только базисной терапии без проведения психокоррекционных мероприятий лечение приводит к снижению эффективности восстановительного процесса (46,0% и 57,0% соответственно).

Рекомендации по исследованию: Дифференцированный подход к психовегетативному и морфофенотипическому портрету, лабораторным 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 морфофенотипическом состоянии индивидуума. Для проведения психокоррекционных мероприятий при ОМЛ следует применять гипносуггестивную терапию с назначением психотропных препаратов (граидаксин), регулирующих психовегетативный статус.

Область применения: внутренние болезни, гематология, психология

АННОТАЦИЯ
КАРОМАТОВА ТАҲМИНА ИЗАТУЛОЕВНА
ХУСУСИЯТҲОИ ПСИХОВЕГЕТАТИВӢ ВА КОНСТИТУТСИОНАЛИИ
БЕМОРОНИ ДОРОИ ЛЕЙКЕМИЯИ ШАДИДИ МИЕЛОИДӢ ВОБАСТА АЗ
ХУСУСИЯТҲОИ ТИПОЛОГИИ ФАРД ВА ВА ТАБОБАТИ КОМПЛЕКСИИ
ОН

Калимаҳои калидӣ: лейкемия, мизоч, сангвиник, флегматик, холерик, меланхолик, сифати ҳаёт, коморбидият, зиндамонӣ, ғавтият.

Мақсади таҳқиқот: омӯзиши хусусиятҳои психовегетативӣ ва конститутсионалии беморони гирифтори ЛШМ вобаста аз фарқиятҳои типологӣ ва таҳия кардани чорабиниҳои инфиродии ислоҳи рӯҳӣ.

Усулҳои таҳқиқот ва истифодаи таҷҳизот: Таҳқиқоти зерин гузаронида шуд: таҳлили пурраи хун, таҳлили умумии пешоб, таҳлили биохимиявии хун, тазриқи стерналӣ, таҳқиқи ситохимиявии мағзи устухон, таҳқиқи фенотипи зоҳирӣ, шохиси массаи бадан, заминаи вегетативӣ сохтори мизоч, статуси коморбидӣ, ҳолати морфофункционалии СДР, сифати ҳаёт, зиндамонӣ ва ғавти беморон.

Натиҷаҳои ҳосилшуда ва нағзони онҳо: Бори нахуст нишон дода шудааст, ки дар беморони мубтало ба лейкемияи шадиди дорои мизочи сангвиникӣ аз ҷиҳати миқдори дучоршавӣ дар ҷои аввал меистад (133 нафар; 71,1) дар муқоиса аз мизочҳои меланхоликӣ (9 нафар; 4,8%), холерикӣ (15 нафар; 8,0%) ва флегматикӣ (30 нафар; 16,0%). Сангвиникҳо ва холерикҳо хусусияти берунгарой (экстраверсия) доштанд, флегматикҳо ва меланхоликҳо бо хусусияти дарунгарой (интроверсия) фарқ мекарданд, дар сангвиникҳо ва флегматикҳо конститутсияи гиперстеникӣ мушоҳида шуд, дар холерикҳо бештар нормостеникӣ ва дар меланхоликҳо конститутсияи астеникӣ ба назар расид. Ибтот карда шудааст, ки бартарӣ доштани синдромҳои гипертоникӣ, интоксикатсионӣ ва геморрагӣ дар сангвиникҳо ба мушоҳида расид; дар флегматикҳо синдромҳои гиперпластикӣ, гипертоникӣ ва устухонӣ-буғумӣ; дар холкерикҳо синдромҳои интоксикатсионӣ, геморрагӣ ва лимфаденопатия дида шуд, ҳол он ки дар меланхоликҳо синдромҳои рушдкунандаи камхунӣ, дард ва диспепсӣ бартарӣ доштанд. Нейролейкемия бештар дар беморони дорои мизочҳои сангвиникӣ (55,0%) ва флегматикӣ (46,0%) ба назар расид, дар мизочони холерикӣ ҳамагӣ дар 15,0% ҳолат ва дар байни беморони дорои мизочи меланхоликӣ ин оризари мушоҳида накардем. Ибтот карда шудааст, ки муносибати комплексӣ нисбат ба табобати ЛШМ барои бештар гаштани нишондиҳандаҳои клиникӣ-гематологӣ ва статуси психовегетативӣ (78,0 ва 93,0%), сифати ҳаёт ва зиндамонии беморон мусоидат мекунад, ҳол он ки дар беморони гирифтори ЛШМ дар заминаи табобати базисӣ бидуни гузавронидани чорабиниҳои ислоҳи равонӣ паст шудани сатҳи самаранокии табобати барқарорсозӣ коҳиш меёбад (мутаносибан 46,0% ва 57,0%).

Тавсияҳо барои истифода:

Равиши тафриқавӣ нисбат ба портрети психовегетативӣ ва морфофенотипӣ, нишондиҳандаҳои лабораторӣ ва ным и дерматоглифӣ дар беморони дорои лейкемия имконият медиҳад, ки дар марҳалаҳои барвақти беморӣ аломатҳои беморӣ муайян ва пешгӯӣ инфиродӣ карда шавад. Мутлақ қунондани усули ягонаи таҳқиқоти илмӣ ҳамчун универсалӣ мумкин нест, танҳо ҳангоми таҳқиқоти комплексӣ маълумотҳои нисбатан эътимоднокро дар бораи ҳолатҳои психовегетативӣ ва морфофенотипии фардҳо ба даст овардан мумкин аст. Барои баргузориҳои чорабиниҳои ислоҳи равонӣ ҳангоми ЛШМ табобати гипносуггестивиро бо таъйин намудани препаратҳои психотропӣ (граидаксин), танзимкунандаи статуси психовегетативӣ зарур аст.

Соҳаи истифода: бемориҳои дарунӣ, гематология, психология

ANNOTATION

Karomatova Takhmina Izatuloevna

Psychovegetative and constitutional features of patients with acute myeloid leukemia depending on the typological features of the individual and its psychological correction

Key words: leukemia, temperament, sanguine, phlegmatic, choleric, melancholic, quality of life, comorbidity, survival, mortality.

Purpose: to study the psycho-vegetative and constitutional features of the patients with AML depending on typological differences and to develop individualized psychocorrective measures

Research methods and equipment used: performed: complete blood count, general urinalysis, biochemical blood tests, sternal puncture, cytochemical studies of the bone marrow, studies of the external phenotype, body mass index, vegetative background, temperament structures, comorbid status, morphofunctional state of the cardiovascular system, quality of life, survival and mortality of patients.

The results obtained and their novelty: For the first time it was noted that patients with AML with sanguine temperament come to the fore in terms of frequency of occurrence (133 people; 71.1) compared with melancholic (9 people; 4.8%), choleric (15 people; 8.0%) and phlegmatic temperaments (30 people; 16.0%). Sanguine and choleric people were characterized by extroversion, phlegmatic and melancholic people were distinguished by introversion, sanguine and phlegmatic people had a hypersthenic constitution, choleric people were more likely to have a normosthenic constitution, while melancholic people had an asthenic constitution.

The prevalence of hypertensive, intoxication and hemorrhagic syndromes in sanguine people has been proven; in phlegmatic hyperplastic, hypertonic and osteoarticular; in choleric patients with intoxication, hemorrhagic syndromes and lymphadenopathy, while in melancholic patients with progressive anemic, pain and dyspeptic syndromes.

Neuroleukemia more often developed in patients with sanguine (55.0%) and phlegmatic temperament (46.0%), in choleric temperament it was observed only in 15.0% of cases, and among patients with melancholic temperament we did not observe this complication.

It has been proven that the developed comprehensive approach to the treatment of AML contributes to the improvement of clinical and hematological parameters, psycho-vegetative status (78.0 and 93.0%), quality of life and survival of patients, while in patients with AML on the background of only basic therapy without psychocorrective measures treatment leads to a decrease in the efficiency of the recovery process (46.0% and 57.0%, respectively).

Recommendations for the study: A differentiated approach to the psychovegetative and morphophenotypic portrait, laboratory parameters in patients with leukemia makes it possible to identify signs of the disease and individualize the prognosis at the early stages of the disease. It is impossible to absolutize the only method of scientific research as universal, only with a comprehensive study it is possible to obtain the most reliable data on the psychovegetative and morphophenotypic state of an individual. To carry out psychocorrective measures in AML, hypnosuggestive therapy should be used with the appointment of psychotropic drugs (gradaxin) that regulate the psychovegetative status.

Field of application: internal diseases, hematology, psychology.