

vestnik – *Kuban scientific medical bulletin*, 2014, No. 4 (146), pp. 115-120.

#### ХУЛОСА

Д.М. Қодиров, Ф.Д. Қодиров,  
Ш.Ш. Сайдалиев, З.В. Табаров

### УСУЛИ ЧАРРОҲИИ РЕШҲОИ ХУН- РАВАНДАИ ГАСТРОДУОДЕНАЛӢ ДАР ЯКҚОЯГӢ БО ТАНГШАВИИ МАВЗЕИ ПИЛОРОДУОДЕНАЛӢ

**Мақсади тадқиқот.** Роҳҳои такмилдиҳии усулҳои чарроҳии решҳои хунравандаи гастродуоденалӣ дар якқоягӣ бо тангшавии пилородуоденалӣ.

**Мавод ва усулҳои тадқиқот.** Дар мақола санҷиши натиҷаи таъхис ва табобати 105 нафар беморони гирифтори решӣ хунравандаи гастродуоденалӣ дар якқоягӣ бо тангшавии пилородуоденалӣ оварда мешаванд, ки беморон ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд: гурӯҳи якум ин 54 нафар бемороне, ки дар онҳо тактикаи фардикунонидашуда бо истифодаи усулҳои ҳозиразамони даруннигари (эндоскопӣ) ва фармакологӣ (доругӣ) бо бартарияти истифодаи чарроҳии нақшавӣ ва гурӯҳи дуюм ин 51 нафар бемороне, ки дар онҳо тактикаи ғайри чарроҳӣ бо истифодаи усулҳои эндоскопии хунманъкунӣ (гемостатики) бо бартарияти истифодаи чарроҳии анъанавии рафъ-

кунии (резексионӣ) меъда анҷом дода шудаанд оварда шудааст.

**Натиҷаҳо.** Ҳангоми истифодаи тактикаи ғайри чарроҳӣ микдори чарроҳии таъҷилӣ - 29,4%, мавқуфгузошта - 54,9% ва нақшавӣ - 15,7%-ро ташкил доданд. Бартарияти истифодаи чарроҳии резексионӣ (76,4%) ва паллиативӣ (19,6%) сабаби барзиёдгари микдори оризаҳо (37,2%) ва ғайри пас аз чарроҳӣ (13,7%) гардиданд.

Баръакс истифодаи усулҳои ҳозиразамони даруннигари ва фармакологии решҳои хунравандаи тангшудаи пилородуоденалӣ ба беҳтаршавӣ ва самаранокии усулҳои табобати чарроҳӣ оварда ба пастшавии микдори чарроҳии таъҷилӣ (11,0%) ва мавқуфгузошта (9,2%) оварда микдори чарроҳии нақшавиро то ҳадди 79,8% баланд бардоштанд. Ин ҳам бошад ба пастшавии микдори оризаҳо (9,2%) ва бартарифкунии ғайри пас аз чарроҳӣ оварданд.

**Хулоса.** Ҳангоми решҳои хунравандаи тангшудаи мавзеи пилородуоденалӣ усули табобати истифодашудаи фарди бо истифода аз усулҳои даруннигари ва фармакологии гемостазӣ ба пастшавии нишондодҳои ғайри чарроҳӣ бо нишондодҳои таъҷилӣ ва мавқуфгузошта оварда, ҳолати ҷойдоштаро аз шакли таъҷилӣ ба нақшавӣ мусоидат мекунад, ки дар натиҷа ғайричарроҳӣ оризаҳо ва ғайри пас аз чарроҳӣ паст мегарданд.

**Калимаҳои асосӣ:** бемории реш, оризаҳои омехта, хунравӣ, тангшавӣ (стеноз), табобати чарроҳӣ.

УДК 616.155.392-002.1-053.2

doi: 10.52888/0514-2515-2022-352-1-42-49

И.И. Караев

### СОСТОЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ ПОСЛЕ ХИМИОТЕРАПИИ

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»

Караев И.И. - соискатель ГУ «Научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»;  
тел.: +992917383333

**Цель исследования.** Улучшения результатов лечения детей с острым лейкозом после химиотерапии

**Материалы и методы исследования.** Было исследовано 85 детей с ОЛ, находившихся на лечении в отделении детской гематологии Национального медицинского центра РТ «Шифобахи» и областном онкологическом центре г. Бохтар за период 2015-2019 гг. В исследуемую группу включены 32 ребенка с диагнозом ОЛМ и 53 с острым ОЛЛ.

Всем детям проведено комплексное обследование, включающее клинические, рентгеноэндоскопические, лабораторные анализы, УЗИ, КТ, стерильную пункцию и анализ ликвора.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При обращении в стационар у всех госпитализированных детей имела место полноценная клинико-лабораторная картина ОЛ.

Мы изучали 2 группы больных с ОЛ, получивших КИТ двумя схемами. 1 группа - больные с ОЛ получали стандартную терапию. 2 группа - больные с ОЛ, дополнительно к стандартной схеме, получали реамберин в сочетании с ремаксолом. Эти препараты способны защищать организм пациента с ОЛ от токсичности химиопрепаратов, используемых при лечении ОЛ, при этом они не снижают противоопухолевое действие химиопрепаратов.

**Выводы.**

1. У детей с ОЛ отмечается выраженное нарушение гемостаза по сравнению со здоровыми детьми.
2. Проведении КИТ детей в сочетании реамберин с ремаксолом является более эффективным по сравнению со стандартной терапией, т.к. значительно снижаются маркеры интоксикации.

**Ключевые слова:** острый лейкоз, гемостаз, дети, химиотерапия, реамберин, ремаксол.

**I.I. Karaev**

**THE STATUS OF SOME HEMOSTASIS PARAMETERS IN CHILDREN WITH ACUTE LEUKEMIA AFTER CHEMOTHERAPY**

**National Clinical Research Center of Pediatrics and Children's Surgery**

**Karaev I.I.** - candidate of State Institution "Republican Scientific Clinical Centre of Pediatrics and Children's Surgery"; Tel. +992917383333

*Aim.* To improve treatment outcomes of children with acute leukemia after chemotherapy.

**Materials and Methods.** Eighty-five children with AL who were treated at the Department of Pediatric Hematology of the National Medical Center of Tajikistan "Shifobakhsh" and the Regional Cancer Center of Bokhtar during the period 2015-2019 were studied. The study group included 32 children diagnosed with AML and 53 with ALL.

All children underwent a comprehensive examination including clinical, X-ray and endoscopic, laboratory tests, ultrasound, CT scan, sternal puncture, and analysis of cerebrospinal fluid.

**Results and discussion.** On admission to the hospital, all hospitalized children had a complete clinical and laboratory picture of AL.

We studied 2 groups of patients with AL who received KIT by two schemes. Group 1 - patients with AL received standard therapy. Group 2 - patients with AL, in addition to the standard regimen, received reamberine in combination with remaxol. These medications can protect patients with AL from the toxicity of chemotherapeutic agents used for the treatment of AL, at the same time they don't decrease the antitumor action of chemotherapeutic agents.

**Conclusions.** 1. A marked impairment of hemostasis in children with AL compared to healthy children is observed.

2. Conducting KIT in children in combination reamberine with remaxol is more effective compared to standard therapy, as markers of intoxication are significantly reduced.

**Keywords:** acute leukemia, hemostasis, children, chemotherapy.

**Актуальность.** По данным различных зарубежных канцер-регистров показатели заболеваемости острыми лейкозами (ОЛ) в мире составляет около 5-6 случаев на 100 тыс. населения в год. У детей наиболее чаще встречаются лимфобластные формы ОЛ и составляют 80-90% [6, 8].

Анализ литературы по изучению показателей заболеваемости ОЛ в странах СНГ показали, что среднегодовая заболеваемость ОЛ в Российской Федерации (2008-2014 гг.) у детей составляет от 3,5 до 4,16 на 100 тыс. населения в год [1]. В Республике Таджикистан в период 2000-2009 гг. варьировала от 1,92 до 2,40 на 100 тыс. населения [3]. В Кыргызстане за период 1985-2004 гг. составила 0,7 на 100 тыс. населения [4].

По морфологическим признакам ОЛ у детей классифицируется как острый лимфобластный

лейкоз (ОЛЛ) и острый миелобластный лейкоз (ОМЛ), на долю ОЛЛ у детей приходится 80% и на ОМЛ 15-17% случаев от общей структуры заболеваемости ОЛ [2]

Высокая смертность от лейкозов отмечается в Восточной Европе, в частности, среди мужчин и женщин в Венгрии (8 и 5), Чехии (7 и 4), Словакии (7 и 4), США (7 и 4), Израиле (7 и 5), В России смертность от лейкозов равна 5 и 4 среди мужчин и женщин соответственно. Показатели смертности ниже в Китае (3 и 2) и Японии (4 и 3)

Показатели выживаемости часто используются врачами как стандартный способ обсуждения прогноза (перспективы) ребенка. Общая 5-летняя выживаемость при ОЛЛ у детей составляет примерно 90%, а при ОМЛ 65-70% [5, 7].

Таблица 1

Распределение детей основной группы с ОЛ по возрасту

| Нозология | Возраст детей |            |            |            | Всего      |
|-----------|---------------|------------|------------|------------|------------|
|           | 3-7 лет       | 7-10 лет   | 10-14 лет  | 14-18 лет  |            |
| ОМЛ       | 6 (7,1%)      | 10 (11,8%) | 11 (12,9%) | 5 (5,9%)   | 32 (37,6%) |
| ОЛЛ       | 12 (14,1%)    | 25 (29,4%) | 7 (8,2%)   | 9 (10,6%)  | 53 (62,4%) |
| Всего     | 18 (21,2%)    | 35 (41,2%) | 18 (21,2%) | 14 (16,4%) | 85 (100%)  |

Примечание: % - от общего количества больных

**Цель исследования.** Улучшения результатов лечения детей с острым лейкозом после химиотерапии

**Материалы и методы исследования.** Было исследовано 85 детей с ОЛ, находившихся на лечении в отделении детской гематологии Национального медицинского центра РТ «Шифобахш» и областном онкологическом центре г. Бохтар за период 2015-2019 гг. В исследуемую группу включены 32 ребенка с диагнозом ОЛМ и 53 с острым ОЛЛ. В качестве контрольной группы были включены 20 детей, без гематологических отклонений.

При изучении половых особенностей основной группы было установлено, что 51 (60,0%) составили мальчики и 34 (40,0%) девочки с острыми лейкозами, из них было 32 (37,6%) больных с ОМЛ мальчики 18 (57,3%), девочек 14 (43,7%) и 53 (62,3%) больных с ОЛЛ мальчики 30 (56,7%), девочек 23 (43,4%) (табл. 1). Следует отметить, что ОЛ в основной группе диагностировано у детей от 7 до 10 лет, что составило более 41,0%.

Всем детям проведено комплексное обследование, включающее клинические, рентгеноэндоскопические исследования, лабораторный анализы, УЗИ, КТ, стерильную пункцию и анализ ликвора.

Результаты полученных данных подверглись статистической обработке с использованием методов критерия знаков и критерия Вилкоксона, вариационной статистики по критерию Стьюдента-Фишера.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При обращении в стационар у всех госпитализированных детей имела место полноценная клинико-лабораторная картина ОЛ.

Верификация диагноза основывалась на данных морфологического и цитохимического анализа костного мозга и крови. Обнаружение в стерильном пунктате злокачественных клеток, число которых превышало свыше 20, дало основание к постановке диагноза ОЛ, а на основе анализа ликвора установлена степень поражения мозга.

Все дети с различными формами ОЛ получали полихимиотерапию в различных схемах.

30 (35,3%) из исследуемых детей с ОЛ по тяжести общего состояния госпитализированны в ОРИТ. Из них 16 (18,8%) детей были с ОМЛ, а 14 (16,4%) - с ОЛЛ. Тяжесть состояния оценивалось по шкале ECOG и составляла 3-4 баллов.

При поступлении в ОРИТ детей с ОЛЛ и ОМЛ мы придерживались федеральной клинической рекомендации по диагностике и лечению детей с ОЛЛ и ОМЛ, Советов ассоциаций гематологов и онкологов РФ и Республики Таджикистан.

При выборе терапии учитывались тяжесть состояния, характер органических нарушений, периоды заболеваемости, сопутствующие патологии, а также другие показатели.

Программа КИТ у больных с ОМЛ и ОЛЛ, проводимая в отделении гематологии ГУ НМЦ РТ «Шифобахш», курируемая ГУ «РНКИ П и ДХ» МЗ и СЗН РТ, основывается на общих принципах с учетом индивидуальных особенностей:

во-первых, устранение анемии, восстановление кислородной емкости крови, гиповолемии, нарушения гемодинамики, которые достигаются путем нормализации транкапиллярного обмена, гидродинамического, онкотического и осмолярности в плазме крови;

во-вторых, проведение комплекса мероприятий, направленных на стабилизацию регионарной и центральной гемодинамики, микроциркуляции и реологии крови;

в-третьих, устранение кризиса смешанной гипоксии, путем устранения нарушения дыхания, улучшение кислородотранспортной функции крови, и кислородотерапии;

в-четвертых, коррекция нарушений водно-электролитного, белкового обмена, гемостаза, КОС, покрытие энергзатрат, профилактика ДВС-синдрома и СПОН;

в-пятых, при необходимости притивомикробная терапия, терапия воспалительных и септических осложнений.

Мы изучали 2 группы больных с ОЛ, получивших КИТ двумя схемами:

1 группа - больные с ОЛ получали стандартную терапию.

2 группа - больные с ОЛ дополнительно к стандартной схеме в программу КИТ включен реамберин в сочетании с ремаксолом.

Эти препараты способны защищать организм пациента с ОЛ от токсичности химиопрепаратов, используемых при лечении ОЛ, при этом не снижают противоопухолевые действия химиопрепаратов.

2 схема КИТ показала значительные положительные результаты по сравнению с традиционной стандартной схемой терапии, проведенной у детей 1 группы с ОЛ. Показатели гемостаза, электролитов и биохимических анализов достоверно улучшились во 2 группе (табл.2).

Показатели ВСК по Ли-Уайту статистически достоверно повышаются на 36,7% ( $p<0,001$ ) у больных при поступлении по сравнению с контрольной группой. После проведения КИТ традиционной схемы отмечается статистический достоверное повышение на 26,7% ( $p<0,001$ ) по сравнению с показателями при поступлении и на 7,3% снижено по сравнению с показателями ВСК контрольной группы у больных 1 группы. У больных с ОЛ 2 группы после КИТ отмечается недостоверное снижение на 6,7% по сравнению с контрольной группой, достоверное повышение на 21,9% ( $p<0,01$ ) по сравнению с показателями при поступлении и на 15,8% ( $p<0,001$ ) по сравнению с показателями 1 группы после лечения, что указывает на большую эффективность проведенной терапии у 2 группы чем 1 группы (табл. 2). В показателях АЧТВ при поступлении по сравнению с контрольной группой отмечается достоверное их повышение у больных с ОЛ на 13,1% ( $p<0,01$ ). При сравнении показателей АЧТВ у 1 группы после лечения отмечается тенденция к повышению на 2,9% АЧТВ по сравнению с контрольной группой и снижение на 8,9% ( $p<0,001$ ) по сравнению с показателями при поступлении (табл. 2).

Во 2 группе показатели АЧТВ после лечения имели тенденция к снижению на 4,5% по сравнению с контрольной группой, статистически достоверное снижение на 15,6% ( $p<0,001$ ) по сравнению с показателями при поступлении и на 7,3% отмечается тенденция снижения по сравнению с 1 группой после лечения.

Показатели МНО при поступлении по сравнению с контрольной группой отмечаются статистически достоверное их повышение у больных с ОЛ на 11,1% ( $p<0,05$ ). Показатели МНО у 1 группы после проведенного лечения отмечаются тенден-

цию к повышению на 2,8% МНО по сравнению с контрольной группой и снижение на 7,5% по сравнению с показателями при поступлении. При сравнении показателей МНО у 2 группы после лечения отмечается недостоверное снижение на 2,8% по сравнению с контрольной группой, достоверное снижение на 12,5% ( $p<0,001$ ) по сравнению с показателями при поступлении и на 5,4% ( $p<0,05$ ) достоверное снижение по сравнению с 1 группой после лечения (табл. 2).

При анализе показателей фибриногена у детей с ОЛ при поступлении отмечаются выраженные нарушения: при сравнении достоверно на 37,2% ( $p<0,001$ ) были снижены по сравнению с нормой. После проведения лечения в двух различных схемах отмечаются разные результаты: у больных с ОЛ первой группы уровень фибриногена снижен на 16,9% ( $p<0,01$ ) по сравнению с нормой, достоверно повышен на 32,3% ( $p<0,05$ ) по сравнению с показателем при поступлении у больных с ОЛ (табл. 2). У детей 2 группы с ОЛ после комплексной интенсивной терапии по сравнению с 1 группой отмечается значительное улучшение показателей фибриногена, что указывает на эффективность 2 схемы терапии: по сравнению с показателями фибриногена при поступлении отмечается достоверное повышение фибриногена на 50,0% ( $p<0,001$ ) и на 13,7% ( $p<0,05$ ) по сравнению с 1 группой, а по сравнению с нормой отмечается статически недостоверное снижение на 5,5% показателей фибриногена.

При сравнительном анализе ВС гепарина у контрольной группы и при поступлении отмечается: достоверное повышение этих показателей на 32,0% ( $p<0,001$ ) при поступлении по сравнению с контрольной группой. Сравнительный анализ после проведенного лечения у больных 1 группы показал достоверное повышение ВС гепарина на 24,3% ( $p<0,001$ ) по сравнению с контрольной группой и снижение на 5,8% ( $p<0,05$ ) по сравнению с показателями при поступлении. Следует отметить, что оптимизированная КИТ у больных 2 группы дала положительный эффект: показатель ВС гепарина у больных 2 группы достоверно повышен на 15,4% ( $p<0,001$ ) по сравнению с контрольной группой, достоверно снижен на 12,6% ( $p<0,001$ ) по сравнению с показателем ВС гепарина при поступлении, а при сравнении с 1 группой отмечается достоверное снижение на 7,2% ( $p<0,05$ ) (табл. 2).

Показатель АТIII при поступлении у детей с ОЛ был повышен на 2,3%, а у больных 1 группы после лечения повышен на 1,3% по сравнению с

Таблица 2

Показатели гемостаза после КИТ у детей с острым лейкозом

| Показатели                     | Контрольная группа, n=20 | ОЛ при поступлении, n=30 | 1 группа после КИТ, n=16          | 2 группа после КИТ, n=14                       |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------|
| ВСК по Ли-Уайту, мин           | 6,0±0,3                  | 8,2±0,5<br>+36,7%***     | 7,6±0,1<br>+26,7%***<br>+7,3%     | 6,4±0,2<br>+6,7%<br>21,9%**<br>15,8%***        |
| АЧТВ, сек                      | 37,4±1,2                 | 42,3±1,09<br>+13,1%**    | 38,5±1,08<br>+2,9%<br>- 8,9%*     | 35,7±1,1<br>- 4,5%<br>- 15,6%***<br>- 7,3%t    |
| МНО                            | 1,08±0,5                 | 1,2±0,2<br>+11,1%*       | 1,11±0,3<br>+2,8%<br>- 7,5%       | 1,05±0,2<br>- 2,8%<br>- 12,5%***<br>- 5,4%*    |
| Фибриноген, г/л                | 3,6±0,16                 | 2,26±0,2<br>- 37,2%***   | 2,99±0,1<br>- 16,9%**<br>+32,3%*  | 3,4±0,2<br>- 5,5%<br>+50,0%***<br>+13,7%*      |
| ВС гепарина, сек               | 7,8±0,3                  | 10,3±0,2<br>+32,0%***    | 9,7±0,3<br>+24,3%***<br>- 5,8%*   | 9,0±0,2<br>+15,4%***<br>- 12,6%***<br>- 7,2%*  |
| АТШ, %                         | 86,6±3,1                 | 88,6±4,1<br>+2,3%        | 87,7±3,2<br>+1,3%<br>- 1,01%      | 86,8±3,3<br>+0,2%<br>- 2,1%<br>- 1,0%          |
| ФАК, %                         | 16,5±1,4                 | 18,4±1,1<br>+11,5%t      | 17,6±1,2<br>+6,7%<br>- 4,3%       | 16,9±1,2<br>+2,4%<br>- 8,1%<br>- 4,0%t         |
| Д-димер, нг/мл                 | 250,6±37,7               | 360,5±21,0<br>+43,6%***  | 320,7±14,2<br>+27,7%*<br>- 11,1%t | 280,6±11,5<br>+11,7%t<br>- 22,2%**<br>- 12,5%* |
| Нб, г/л                        | 125,6±5,4                | 86,1±4,3<br>- 31,5%***   | 100,2±6,1<br>- 20,4%**<br>+16,3%* | 106,3±5,8<br>- 15,6%*<br>+23,2%**<br>+6,0%t    |
| Нт, %                          | 40,2±2,2                 | 33,0±1,1<br>- 17,9%**    | 36,0±1,6<br>- 10,4%t<br>+9,0%t    | 38,3±2,3<br>- 4,7%<br>+16,0%*<br>+6,4%t        |
| Тромбоциты, 10 <sup>9</sup> /л | 280,8±16,4               | 205,3±12,5<br>- 26,8%*** | 220,7±13,8<br>- 21,6%**<br>+7,3%  | 240±11,5<br>- 14,5%*<br>+17,0%*<br>+9,0%t      |

**Примечание:** \*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001, % - первый ряд отношений при поступлении и группы к контрольной группе, второй ряд отношений 1 группы к поступлению, третий ряд отношений 2 группы к 1 группе.

контрольной группой. АТШ после лечения у больных 1 группы имеется тенденция к снижению на 1,1% по сравнению с показателями АТШ при поступлении. Показатель АТШ у больных 2 группы после КИТ достоверно повысился на 0,2% по сравнению с показателем АТШ при поступлении, и у больных 1 группы после КИТ снижен на 2,1% и 1,0% соответственно (табл. 2).

В показателях ФАК при поступлении у детей с ОЛ была тенденция к повышению на 11,5% по сравнению с контрольной группой. При сравнении показателей ФАК у больных 2 группы после КИТ с показателями ФАК при поступлении отмечается снижение на 4,3%, а по сравнению с контрольной группой повышение на 6,7%. Проведенная оптимизированная КИТ у больных 2 группы показала больше эффект, чем в 1 группе. Отмечается достоверное повышение ФАК на 2,4% по сравнению с контрольной группой. При сравнении с показателями ФАК при поступлении отмечается снижение на 8,1%, а при сравнении с 1 группой на 4,0%.

Как известно Д-димер является маркером ДВС-синдрома и этот показатель был достоверно повышен при поступлении на 43,6% ( $p<0,001$ ) по сравнению с показателями контрольной группы. Показатели Д-димера после лечения у больных заметно улучшились во 2 группе, чем 1 группе, по сравнению с показателями при поступлении: у больных 1 группы по сравнению с контрольной группой и данными при поступлении показатель Д-димера достоверно повышен на 27,7% ( $p<0,05$ ) и отмечается тенденция к снижению на 11,1% соответственно; у больных 2 группы по сравнению с контрольной группой, показатели при поступлении и 1 группы после лечения показатель Д-димера отмечает тенденцию к повышению на 11,7%, достоверно снижен на 22,2% ( $p<0,01$ ) и на 12,5% ( $p<0,05$ ) соответственно, что указывает на эффективность оптимизированной комплексной интенсивной терапии у больных 2 группы (табл. 2).

Как правило, течение ОЛ сопровождается снижением гемоглобина, что неизбежно приводит к анемии тяжелой степени. Поэтому, исходя из цели и задач нашего исследования, мы изучали уровень Нб у детей с ОЛ при поступлении, где отмечалось достоверное снижение Нб на 31,5% ( $p<0,001$ ) по сравнению со здоровыми детьми (контрольная группа). После получения целенаправленного антианемического лечения у больных 2 группы по сравнению с контрольной группой, данные при поступлении и данные после лечения у больных 1 группы, показатель Нб достоверно снижен на

15,6% ( $p<0,05$ ), достоверно повышен на 23,2% ( $p<0,01$ ) и наблюдается тенденция к повышению на 6,0% соответственно, что указывает на эффективность оптимизированной комплексной интенсивной терапии у больных 2 группы; у больных 1 группы по сравнению с контрольной группой и данными при поступлении показатель Нб достоверно снижен на 20,4% ( $p<0,01$ ) и достоверно повышено на 16,3% ( $p<0,05$ ) соответственно.

При исследовании показателей Нт у больных с ОЛ при поступлении отмечается достоверное снижение Нт на 17,9% ( $p<0,01$ ) по сравнению с данными со здоровыми детьми, которые входят в контрольную группу. После проведенной КИТ в разных схемах у больных 1 группы по сравнению с контрольной группой и данными при поступлении показатель Нт отмечает тенденцию к снижению на 10,4% и тенденцию к повышению на 9,0% соответственно; а у больных 2 группы по сравнению с контрольной группой данные при поступлении и данные после лечения у больных 1 группы показатель Нт достоверно снижен на 4,7%, достоверно повышен на 16,0% ( $p<0,05$ ) и тенденция к повышению на 6,4% соответственно, что указывает на эффективность схемы КИТ, проведенной у больных 2 группы.

Так как ОЛ относится к заболеваниям кровеносных органов, тромбоцитопения при данной патологии неизбежна. Доказательством этого является достоверное снижение тромбоцитов у детей с ОЛ при поступлении на 26,8% ( $p<0,001$ ) по сравнению с контрольной группой. Однако, после КИТ количество тромбоцитов заметно увеличивается в обеих группах, больше во 2 группе: отмечается достоверное снижение уровня тромбоцитов во 2 группе на 14,5% ( $p<0,05$ ) по сравнению с контрольной группой, когда этот показатель по сравнению с контрольной группой при поступлении был снижено на 26,8% ( $p<0,001$ ); у больных 1 группы снижение количества на 21,6% ( $p<0,01$ ) по сравнению с контрольной группой, а по сравнению с показателям тромбоцитов при поступлении отмечается повышение на 7,3%. Другим доказательством эффективности 2 схемы КИТ является то, что у детей 2 группы достоверно повышено количество тромбоцитов на 17,0% ( $p<0,05$ ), чем у больных 1 группы, и тенденция к повышению на 9,0% по сравнению с данными, полученными при поступлении (табл. 2).

Таким образом, проведенное исследование показателей гемостаза выявило значительное отклонение от норм этих показателей при посту-

плении у детей с ОЛ. Проведённая комплексная интенсивная терапия в 2 схемах даёт ожидаемые положительные результаты в обеих группах. Однако, при сравнении межгрупповых данных отмечается значительное улучшение показателей гемостаза у детей с ОЛ 2 группы по сравнению с 1 группой, что связано больше всего с патогенетически основанной проведённой 2 схемой оптимизированной комплексной терапии больных, страдающих острым лейкозом.

Мы также изучили показатели биохимических анализов крови, для определения степени нарушений гомеостаза у больных детей с ОЛ, а также влияние проведённой КИТ по 2 схемам.

При поступлении у больных с ОЛ показатель общего белка крови достоверно снижен на 17,9% ( $p<0,01$ ) по сравнению с контрольной группой. После КИТ показатель общего белка крови в обеих группах повысился, больше у больных 2 группы. Отмечается достоверное снижение общего белка у больных 1 группы после лечения по сравнению с контрольной группой на 8,5% ( $p<0,05$ ) и тенденция к повышению на 11,4% по сравнению с показателем при поступлении. Недостоверное снижение на 4,7% общего белка по сравнению с контрольной группой, а также достоверное повышение на 16,0% ( $p<0,01$ ) по сравнению с показателями при поступлении и тенденция к повышению на 4,2% по сравнению с 1 группой указывают на большую эффективность 2 схемы терапии (табл. 2).

При поступлении у больных с ОЛ показатель общего билирубина крови достоверно повышен на 50,1% ( $p<0,01$ ) по сравнению с контрольной группой. После КИТ показатель общего билирубина крови в обеих группах снизился, больше у больных 2 группы. Отмечается тенденция к повышению общего билирубина у больных 1 группы после лечения по сравнению с контрольной группой на 25,8% и снижение на 16,7% по сравнению с показателем при поступлении. Недостоверное повышение на 6,7% общего билирубина по сравнению с контрольной группой, а также достоверное снижение на 29,3% ( $p<0,01$ ) по сравнению с показателем при поступлении и тенденция к снижению на 15,1% по сравнению 1 группой указывают на большую эффективность 2 схемы комплексной интенсивной терапии (табл. 2).

При поступлении у больных с ОЛ показатель мочевины крови достоверно повышен на 77,8% ( $p<0,01$ ) по сравнению с контрольной группой. После КИТ показатель мочевины крови в обеих группах повысился, больше у больных 2 группы.

Отмечается достоверное повышение мочевины крови у больных 1 группы после лечения по сравнению с контрольной группой на 46,3% ( $p<0,05$ ) и тенденция к снижению на 17,7% по сравнению с показателем при поступлении. Повышение на 18,5% мочевины крови по сравнению с контрольной группой, а также достоверное снижение на 33,3% ( $p<0,001$ ) по сравнению с показателем при поступлении и тенденция к снижению на 18,9% по сравнению с 1 группой указывают на большую эффективность 2 схемы КИТ (табл. 2).

#### **Выводы.**

1. У детей с ОЛ отмечается выраженное нарушение гемостаза по сравнению со здоровыми детьми.

2. При проведении КИТ детей в сочетании с реамберин и ремаксолом является более эффективным по сравнению со стандартной терапией, т.к. значительно снижаются маркеры интоксикации.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

##### **(пп. 5-8 см. в REFERENCES)**

1. Каприн А.Д. Злокачественные новообразования в России в 2014 году (заболеваемость и смертность) / П. Г. В. Каприн А.Д., Старинский В.В. – 2016. Вып. М.: МНИОИ.
2. Нагорная Н.В. Острый лейкоз у детей / Н.В. Нагорная [и др.] // Здоровье ребенка. - 2013. - №2 (45). – С. 11-14.
3. Рахматов М.К. Некоторые социально-демографические аспекты заболеваемости лейкозами населения Республики Таджикистан (2000-2009г) / М.К. Рахматов–Душанбе, 2011.
4. Усенова А.А. Эпидемиологические особенности лейкозов в Кыргызстане / А.А. Усенова. Бишкек, 2006

#### **REFERENCES**

1. Kaprin A.D. *Zlokachestvennye novoobrazovaniya v Rossii v 2014 godu (zabolevaemost i smertnost)* [Malignant neoplasms in Russia in 2014 (morbidity and mortality)]. Moscow, MNIOI Publ., 2016.
2. Nagornaya N.V. *Ostryy leykoz u detey* [Acute leukemia in children]. *Zdorove rebenka - Child health*, 2013, No. 2 (45), pp. 11-14.
3. Rakhmatov M.K. *Nekotorye sotsialno-demograficheskie aspekty zabolevaemosti leykozami naseleniya Respubliki Tadzhikistan (2000-2009g)* [Some Socio-Demographic Aspects of the Incidence of Leukemia in the Population of Tajikistan (2000-2009)]. Dushanbe, 2011.
4. Usenova A.A. *Epidemiologicheskie osobennosti leykozov v Kyrgyzstane* [Epidemiological features of leukemia in Kyrgyzstan]. Bishkek, 2006.
5. American Cancer Society. *Cancer Facts and Figures*. Atlanta, 2018.

6. Arber D.A. The 2016 revision to the World Health Organization classification of myeloid neoplasms and acute leukemia. *Blood*, 2016, Vol. 127, No. 20, pp. 2391-2405.

7. National Cancer Institute. *Childhood Acute Myeloid Leukemia. Other Myeloid Malignancies Treatment (PDQ®)–Health Professional Version*. Available at: <https://www.cancer.gov/types/leukemia/hp/child-aml-treatment-pdq> on December 29

8. Park H.J. Statistics of hematologic malignancies in Korea: incidence, prevalence and survival rates from 1999 to 2008. *The Korean Journal of Hematology*, 2012, Vol. 47, No. 1, pp. 28-38.

## ХУЛОСА

**И.И. Қараев**

### ҲОЛАТИ БАЪЗЕ НИШОНДИҲАНДАҲОИ ГЕМОСТАЗ ДАР КЎДАКОНИ ГИРИФТОР БА ЛЕЙКОЗИ ШАДИД БАЪДИ КИМИЁДАРМОНӢ

**Мақсади таҳқиқ.** Беҳтар намудани натиҷаҳои муолиҷаи кўдакони гирифтор ба лейкози шадида баъди кимиёдармонӣ

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот:** 85 кўдаки мубтало ба ЛШ таҳқиқ карда шуд, ки дар давраи солҳои 2015-2019 барои муолиҷа дар шуъбаи кўдаконаи гематологияи ММТ ҶТ «Шифобахш» ва маркази вилоятии саратоншиносии ш. Бохтар қарор доштанд. Гурӯҳи таҳти таҳқиқ аз 32 кўдак

бо таҳхиси ЛШМ ва 53 бемори мубтало ба ЛШЛ иборат буд.

Дар мавриди тамоми кўдакон муолиҷаи маҷмӯӣ татбиқ шуд, ки таҳлили клиникӣ, рентгено-эндоскопӣ, лабораторӣ, ТУС, ТК, пункцияи сарисинағӣ ва таҳлили моеи мағзиро дар бар мегирифт.

**Натиҷаи таҳқиқ ва муҳокимаи онҳо.** Ҳангоми мурочиат ба беморхона дар тамоми кўдакони бистаришуда манзараи клиникӣ-лаборатории ЛШ ба назар мерасид. Мо ду гурӯҳи беморонро омӯхтем, ки аз ЛШ ранҷ мебуданду КИТ-ро аз рӯйи ду нақша қабул кардаанд. Гурӯҳи 1 - беморони гирифтор ба ЛШ, буда муолиҷаи стандартӣ қабул карданд. Гурӯҳи 2 – беморони гирифтор ба ЛШ, ки илова ба нақшаи стандартӣ ба барномаи КИТ реамберинро яқоя бо ремаксолом гирифтаанд. Доруҳои мазкур қобилияти дорад, ки организми бемори мубтало ба ЛШ-ро аз масмумияти доруҳои кимиёвӣ ҳифз менамояд, ки ҳангоми муолиҷаи ЛШ истифода мешавад ва зимнан таъсири зиддиомосии препаратҳои кимиёвӣ кам намешаванд.

**Хулоса.** 1. Дар кўдакони мубтало ба ЛШ ихтилолоти зоҳиршудаи гемостаз қиёсан ба кўдакони солим ба мушоҳида мерасад.

2. Ҳангоми амалинамоии КИТ яқоя кардани реамберин бо ремаксолом дар муқоиса ба муолиҷаи стандартӣ натиҷабахш ба ҳисоб меравад, зеро маркерҳои масмумиятро хеле коҳиш медиҳад.

УДК 616.311-005-02:613.84

doi: 10.52888/0514-2515-2022-352-1-49-54

**С.М. Каримов, Г.Э. Муллоджанов**

### КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕЙКОЦИТАРНОГО ИНТЕРФЕРОНА ПРИ ТЕРАПИИ ВИРУСНЫХ ПАТОЛОГИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

*Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ*

**Каримов Сафарахмад Мунаварович** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ; 734026, г. Душанбе, ул. И. Сомони, 59; E-mail: rfrimov.safar67@gmail.com

**Цель исследования.** Провести клиническое испытание мажевой формы человеческого лейкоцитарного интерферона у соматических больных с рецидивирующим герпетическим стоматитом.

**Материал и методы исследования.** Было отобрано 98 соматических больных с вирусной патологией слизистой оболочки полости рта в возрасте от 20 до 60 лет и старше с целью изучения клинической эффективности использования лейкоцитарного интерферона. Порядок клинических исследований регламентировался