

THE CLINICAL CHARACTERISTIC OF CHRONIC MYELOGENOUS LEUKEMIA AND CHRONIC LYMPHOCYTIC LEUKEMIA AND TYPES OF PERSONAL RESPONSE OF PATIENTS TO THESE DISEASES

Saidullaeva M.G.¹, Mutsalov A-M.A.², Dokhkaeva A.Z.³ (Russian Federation)

Email: Saidullaeva564@scientifictext.ru

¹Saidullaeva Madina Gadjiyeva - Doctor of medical sciences, Professor, Head of the Department,
DEPARTMENT OF HOSPITAL THERAPY,
FEDERAL STATE BUDGETARY EDUCATIONAL INSTITUTION OF HIGHER PROFESSIONAL EDUCATION
CHECHEN STATE UNIVERSITY;

²Mutsalov Abu-Muslim Abuevich – Assistant,
DEPARTMENT OF HOSPITAL THERAPY,
FEDERAL STATE BUDGETARY EDUCATIONAL INSTITUTION OF HIGHER PROFESSIONAL EDUCATION
CHECHEN STATE UNIVERSITY;

Hematologist,
REPUBLICAN CLINICAL HOSPITAL,
GROZNY;

³Dokhkaeva Aza Zaurvna – Therapist,
1ST THERAPEUTIC DEPARTMENT,
CLINICAL EMERGENCY HOSPITAL, KRASNODAR

Abstract: the work is devoted to the study of the specificity of somatic complaints of patients with chronic myelogenous leukemia and chronic lymphocytic leukemia; research on the relationship to the disease and treatment of patients of chronic myelogenous leukemia and chronic lymphocytic leukemia; the study of the personality characteristics of the patient, affecting his ability to withstand a stressful situation and strategies for coping behavior in this category of patients; conducting a comparative assessment of the changes in the internal picture of the disease in patients with previously not receiving specific therapy and patients after polychemotherapy.

Keywords: chronic myelogenous leukemia, chronic lymphocytic leukemia, internal picture of the disease.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОЛЕЙКОЗА И ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА И ТИПЫ ЛИЧНОСТНОГО РЕАГИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ НА ДАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Сайдуллаева М.Г.¹, Муцалов А-М.А.², Дохкаева А.З.³ (Российская Федерация)

¹Сайдуллаева Мадина Гаджиевна - доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой,
кафедра госпитальной терапии,
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего профессионального образования
Чеченский государственный университет;

²Муцалов Абу-Муслим Абуевич – ассистент,
кафедра госпитальной терапии,
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего профессионального образования
Чеченский государственный университет,

врач-гематолог,
Республиканская клиническая больница,
г. Грозный;

³Дохкаева Аза Зауровна – врач-терапевт,
терапевтическое отделение № 1,
Клиническая больница скорой медицинской помощи, г. Краснодар

Аннотация: работа посвящена изучению специфики соматических жалоб больных с хроническим миелолейкозом и хроническим лимфолейкозом; исследованию отношения к заболеванию и лечению у больных хроническим миелолейкозом и хроническим лимфолейкозом; исследованию особенностей личности больного, влияющих на его способность выдерживать стрессовую ситуацию (жизнестойкость), и стратегии совладающего поведения у данной категории пациентов; проведению сравнительной оценки изменений внутренней картины болезни у больных, ранее не получавших специфическую терапию, и больных после проведения полихимиотерапии.

Ключевые слова: хронический миелолейкоз, хронический лимфолейкоз, внутренняя картина болезни.

Хронический миелолейкоз (ХМЛ) развивается в результате злокачественной трансформации и клональной пролиферации плюрипотентных стволовых клеток, приводящей к гиперпродукции незрелых

гранулоцитов. ХМЛ составляет около 15% от всех лейкозов взрослых; встречается в любом возрасте; средний возраст больных – 45–55 лет. ХМЛ одинаково распространен у мужчин и у женщин [1].

Хронический лимфолейкоз (ХЛЛ) – лимфопролиферативное заболевание, в основе которого лежит накопление моноклональных В-лимфоцитов зрелой морфологии, имеющих характерный aberrантный иммунофенотип и являющееся наиболее распространенным вариантом лейкоза и России, Европе и США [2].

Отражение болезни в переживаниях человека определяется таким понятием как внутренняя картина болезни (ВКБ), - это сугубо индивидуальная система ощущений, эмоциональных переживаний и мыслей, определяющих отношение больного к нарушению здоровья и связанное с ним поведение. ВКБ формируется у больного на основе множества факторов, к которым относятся пол, возраст, профессия человека, свойства темперамента, особенности характера и качества личности [3, с. 814-819].

Любое заболевание отражается в психике человека и вызывает определенные изменения, а постановка диагноза «онкологическое заболевание» может привести к сильным переживаниям и создавать для больного трудные жизненно-психологические ситуации. В частности, это характерно для больных хроническим лимфолейкозом и хроническим миелолейкозом: так как кровь является «метафизической субстанцией» на подсознательном уровне людей, и любое ее заболевание, в частности, онкологическое, - имеет повышенный риск развития психической травматизации. Психо-эмоциональный статус больного, сформированное отношение к своему состоянию, копинг-механизмы играют ключевую роль в определении успеха лечения, реабилитации и возвращению к привычному образу жизни.

Исходя из вышесказанного, стало интересным оценить специфику жалоб, изучить личностное реагирование пациентов на заболевание хроническим лимфолейкозом и хроническим миелолейкозом, и провести сравнительную оценку внутренней картины болезни больных, ранее не проводившим ПХТ, и больных после проведения специфической терапии.

1. Специфика соматических жалоб больных с ХМЛ и ХЛЛ.

В соответствии с темой работы исследовано 32 больных ХМЛ и ХЛЛ, в возрасте от 29 до 69 лет, находящихся на лечении в отделении гематологии РКБ им. Ш.Ш.Эпендиева, из которых на лиц мужского пола приходилось 56% (18 человек), на лиц женского пола – 44% (14 человек). На момент исследования 31,25% (10) больных поступили для проведения 1 курса специфической терапии, 68,75% (22) - для проведения второго и последующего курсов ПХТ.

Пик заболеваемости ХМЛ пришелся на пациентов в возрасте от 28 до 65 лет, а ХЛЛ – в возрасте от 45 до 69 лет. Средний возраст больных ХМЛ составил 53,31 лет; больных ХЛЛ – 56,31 лет.

При изучении клинической картины больных с ХМЛ наиболее частыми жалобами при первичной госпитализации явились: проявления *синдрома опухолевой интоксикации* (общая слабость – 87,5% (14 человек), снижение аппетита – 56,2% (9 человек), потеря веса – 56,2% (9 человек), потливость – 68,7% (11 человек), субфебрильная температура – 37,5% (6 человек)), *синдрома опухолевой пролиферации* – боль и чувство тяжести в левом боку при спленомегалии у 68,7% (11 человек), *анемического синдрома* (общая слабость – 87,5% (14 человек), одышка – 50,0% (8 человек), снижение толерантности к физической нагрузке – 56,2% (9 человек), бледность кожи и слизистых – 50,0% (8 человек), тахикардия – 50,0% (8 человек)), *геморрагического синдрома* – повышенная кровоточивость у 12,5% (2 человека).

У больных с ХЛЛ: *синдром опухолевой интоксикации* (общая слабость – 100,0% (16 человек), снижение аппетита – 43,7% (7 человек), потеря веса – 12,5% (2 человека), потливость – 68,7% (11 человек), субфебрильная температура – 43,7% (7 человек)), *анемический синдром* (общая слабость – 100,0% (16 человек), быстрая утомляемость – 56,2% (9 человек), тахикардия – 56,2% (9 человек), бледность кожи и слизистых – 50,0% (8 человек), одышка при физической нагрузке – 25,0% (4 человека)), *лимфаденопатия шейно-надключичной зоны* – 68,7% (11 человек), *геморрагический синдром* – повышенная кровоточивость у 25,0% (4 человека).

2. Результаты исследования и их обсуждение.

Пациентам было предложено два вида методики опроса: «клиническая шкала самоотчета SCL-90» и «опросник совладающего поведения Лазаруса».

2.1. Анализ данных, полученных с помощью методики «Клиническая шкала самоотчета SCL-90».

Таблица 1. Результаты опроса по методике «Клиническая шкала самоотчета SCL-90»

№№	ШКАЛЫ	НОРМА		ПАЦИЕНТЫ			
		Россия	Америка	с ХМЛ до лечения	с ХМЛ во время лечения	с ХЛЛ до лечения	с ХЛЛ во время лечения
1	SOM Соматизация	0,44 ± 0,03	0,36	1,19	0,70	0,75	0,45

2	O-C Обсессивность - Компульсивность	0,75 ± 0,04	0,39	1,42	0,72	0,98	0,65
3	IN Межличностная тревожность	0,66 ± 0,03	0,29	1,40	0,80	1,45	0,32
4	DEP Депрессивность	0,62 ± 0,04	0,36	1,55	0,69	1,65	1,58
5	ANX Тревожность	0,47 ± 0,03	0,30	1,58	0,78	1,48	1,35
6	HOS Враждебность	0,60 ± 0,04	0,30	0,75	0,54	0,57	0,45
7	PHOB Фобии	0,18 ± 0,02	0,13	0,74	0,57	0,53	0,36
8	PAR Паранойяльность	0,54 ± 0,04	0,34	0,75	0,56	0,92	0,84
9	PSY Психотизм	0,30 ± 0,03	0,14	0,43	0,35	0,54	0,47
10	Дополн.	0,49 ± 0,03		1,15	0,62	0,52	0,48
	GSI	0,51 ± 0,02	0,31	1,10	0,60	1,30	1,26
	PSI	21,39±2,02		47,00	35,00	57,00	43,00
	PDSI	1,17±0,05		2,10	1,54	2,05	2,63

Исследуя результаты опроса больных ХМЛ отмечается следующая тенденция: такие показатели как соматизация (1,19), обсессивность-компульсивность (1,42), межличностная тревожность (1,40), депрессивность (1,55), тревожность (1,58) значительно превышают значения нормы у больных, ранее не получавших специфическую терапию и поступивших в стационар первично. При сравнении этих показателей по половому признаку: у женщин преобладают такие показатели, как депрессивность и тревожность; у мужчин – соматизация, межличностная тревожность и враждебность. При исследовании результатов опросника у больных, проходящих второй и последующие курсы полихимиотерапии, эти показатели незначительно преобладали от нормы: соматизация (0,70), обсессивность-компульсивность (0,72), межличностная тревожность (0,80), депрессивность (0,69), тревожность (0,78), враждебность (0,54), фобии (0,57), паранойяльность (0,56), психотизм (0,35).

Результаты подсчета опросников у больных с ХЛЛ с впервые выявленным диагнозом и поступившим для проведения первого курса ПХТ: соматизация (0,75), обсессивность-компульсивность (0,98), межличностная тревожность (1,45), депрессивность (1,65), тревожность (1,48), враждебность (0,57), фобии (0,53), паранойяльность (0,92), психотизм (0,54) – отмечается незначительное превышение этих показателей от нормы, в сравнении с результатами аналогичной группы больных с ХМЛ. Также при сравнении этих показателей у мужчин и женщин с диагнозом ХМЛ: у мужчин преобладают такие показатели как межличностная тревожность и враждебность; а такие показатели как соматизация, тревожность и враждебность встречаются с одинаковой частотой как у мужчин, так и у женщин.

2.2. Анализ данных, полученных с помощью методики «Опросник совладающего поведения Лазаруса».

При подсчете результатов опросника анализировались средние значения по использованию стратегий совладания по выборке в целом, а также анализ частоты использования копинговых стратегий среди пациентов (в %).

Таблица 2. Анализ средних значений по результатам методики «Опросник копинг-стратегий» (подсчитывание баллов в %, в адаптации Крюковой и соавт.)

	Пациенты		Пациенты	
	с ХМЛ до лечения (%)	с ХМЛ во время лечения (%)	с ХЛЛ до лечения (%)	с ХЛЛ во время лечения (%)
Конфронтация	44,4	66,6	55,5	8,3
Дистанцирование	55,5	61,1	41,8	33,3
Самоконтроль	80,9	85,7	66,6	38,0
Поиск социальной поддержки	66,6	55,5	50,0	45,0
Принятие ответственности	33,3	41,6	55,5	38,4
Бегство-избегание	70,8	50,0	44,4	20,7

Планирование решения	72,2	55,5	61,1	41,8
Положительная переоценка	66,6	76,1	33,3	27,7

Таблица 3. Анализ частоты использования копинговых стратегий среди пациентов

	Пациенты		Пациенты	
	с ХМЛ до лечения (%)	с ХМЛ во время лечения (%)	с ХЛЛ до лечения (%)	с ХЛЛ во время лечения (%)
Конфронтация	12,5	31,2	37,5	12,5
Дистанцирование	50,0	68,7	43,7	31,2
Самоконтроль	87,5	75,0	87,5	100,0
Поиск социальной поддержки	56,2	56,2	50,0	43,7
Принятие ответственности	31,2	50,0	56,2	37,5
Бегство-избегание	75,0	50,0	43,7	25,0
Планирование решения	75,0	56,2	68,7	43,7
Положительная переоценка	68,7	75,0	37,5	25,0

При анализе частоты использования копинговых стратегий отмечается, что все копинг-стратегии используются преимущественно умеренно. Стратегия «Конфронтация» используются редко большим количеством пациентов, поступивших первично в стационар (12,5% с ХМЛ и 37,5% с ХЛЛ соответственно). Среди часто используемых вариантов у больных с впервые верифицированным диагнозом ХМЛ выделяются «Самоконтроль», «Планирование решения проблемы», «Положительная переоценка»; к ним прибегают в 87,5%; 75,0 и 68,7% случаев соответственно; у больных с ХЛЛ «Самоконтроль», «Планирование решения проблемы» - 87,5% и 68,7% случаев соответственно.

Вывод: Наиболее частыми жалобами больных с ХМЛ на момент первичного поступления в стационар были: общая слабость (87,5%), потеря веса (75,0%), потливость (68,7%), боль и тяжесть в левом боку, обусловленные спленомегалией (68,7%); быстрая утомляемость – у 56,2% больных; снижение аппетита – у 56,2% больных; бледность кожных покровов, тахикардия и одышка при физической нагрузке отмечалась у 50% больных.

У больных с ХЛЛ наиболее частыми жалобами на момент верификации диагноза явились: выраженная общая слабость - 100% (16 больных), лимфаденопатия шейно-надключичной зоны и потливость – по 68,7% (11 человек), быстрая утомляемость – 56,2% (9 человек), головокружение, субфебрильная температура, снижение аппетита, – у 43,7% больных (7 человек).

На физический дискомфорт и эмоциональный фон больных ХМЛ и ХЛЛ влияет множество факторов: во-первых, болевой синдром – «боль», как одно из проявлений основного заболевания. Во-вторых, это токсический эффект и прямые побочные эффекты (такие как тревожность, апатия, депрессия) лекарственных средств, применяемых при проведении курсов полихимиотерапии - цитостатиков, таргетных, молекулярно-ориентированных препаратов, гормональных препаратов. Все эти лекарства в той или иной мере негативно влияют на аффективную сферу пациента и снижают его когнитивные свойства. Помимо всего прочего, сопутствующие химиотерапии осложнения (такие как тошнота, рвота, диарея, поражение полости рта, алоpecia и др.) – усугубляли эмоциональный дискомфорт пациентов с ХМЛ и ХЛЛ.

В зависимости от количества курсов проведенной химиотерапии пациенты были разделены условно на две группы: I группа (10 человек) - больные, ранее не получавшие специфического лечения и поступившие на первый курс химиотерапии для лечения в стационаре; II группа (22 человека) - больные, проходящие второй, третий, четвертый, пятый, шестой и последующие курсы химиотерапии.

По результатам проведенных нами исследований имеется прямая зависимость между длительностью (количеством курсов) химиотерапии и увеличением уровня тревоги и депрессии для первой группы. В I-й группе показатели тревоги и депрессии – превышают значения нормы. К 5-6-м и последующим курсам химиотерапии пациенты полностью осведомлены о своем диагнозе, течении заболевания и его прогнозе, и к химиотерапии относятся не столь негативно, признавая ее роль в будущем излечении.

Также вместе с увеличением количества пройденных курсов химиотерапии был отмечен рост небольшого количества пациентов, испытывающих страх (те пациенты, которые тяжело переносили предыдущие курсы химиотерапии). В этом состоянии больные нуждаются в поддержке близких и курирующих их врачей, как никогда (Чулкова В.А., Блинов Н.Н., и соавт., 2002).

Проводя анализ данных, полученных в результате исследования по методике «Опросник совладающего поведения Лазаруса», отмечается использование больными всех стратегий совладания в разной мере, - что является благоприятным прогностическим признаком для адаптации пациента к своему заболеванию и к длительному лечению.

Список литературы / References

1. *Rytting Michael E.*, MD, Professor, Department of Leukemia, University of Texas MD Anderson Cancer Center; Professor, Department of Pediatrics, University of Texas MD Anderson Cancer.
2. «Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению лимфопролиферативных заболеваний». Под редакцией И.В. Поддубной, В.Г. Савченко, 2016.
3. «Психиатрия и медицинская психология». Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г., Кинкулькина М.А., Москва, 2016.
4. «Алгоритмы диагностики и протоколы лечения заболеваний системы крови». 2 том. Под редакцией В.Г. Савченко, 2018.