

УДК: 616.155.392-036.11

**ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОГРАММЫ С ЛЕЙКОФОРМУЛОЙ
ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ
ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ,
С ПОЛНОЙ РЕМИССИЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТЬЮ ДО 2-Х ЛЕТ**

**Салиев К.К., Салиев Д.К., Юлдашева Н.Э., Абдувахобова Н.Р.,
Салиева М., Расулова Д.Б.**

Андижанский государственный медицинский институт

**READINGS OF HEMOGRAMME FROM LEUKOFORMULA OF
PERIPHERAL BLOOD AT PATIENTS WITH ACUTE LYMPHOBLAST
LEUCOSIS IN TREATMENT DYNAMICS, THE COURSE WITH
COMPLETE REMISSION AND WITH THE SURVIVAL RATE UP TO 2
YEAR'S**

**Saliyev K.K., Saliyev D.K., Yuldasheva N.E., Abduvaxobova N.R.,
Saliyev M.O., Rasulova D.B.**

Andijan state medical institute

**ЎТКИР ЛИМФОБЛАСТ ЛЕЙКОЗНИ ДАВОЛАШ ДАВРИ ВА 2 ЙИЛ
ЯШАГАНДАН СЎНГ ПЕРЕФЕРИК ҚОНДАГИ ГЕМОГРАММА ВА
ЛЕЙКОФОРМУЛА КЎРСАТКИЧЛАРИ**

**Салиев К.К., Салиев Д.К., Юлдашева Н.Э., Абдувахобова Н.Р.,
Салиева М., Расулова Д.Б.**

Андижон давлат тиббиёт институти

РЕЗЮМЕ:

В статье обсуждены показатели гемограмма с лейкоформулой крови у больных острым лимфобластным лейкозом в динамике лечения, курса консолидации ремиссии и в период постоянной поддерживающей терапии (ППТ) с полной ремиссией выживаемостью до 2-х лет. Проведённый анализ результатов исследования показывает, что показатели лейкоформулы и гемограммы периферической крови у больных острым лимфобластным лейкозом является основным прогностическим показателем в ходе лечения, диспансерного наблюдения в зависимости от стадии болезни, под контролем которых возможно предупредить возникновение рецидивов болезни, продлить выживаемость больных и улучшить качество их жизни в постремиссионном периоде.

Ключевые слова: лимфобластный лейкоз, ремиссия, индукция ремиссии, выживаемость, гемограмма, лейкоформула, поддерживающая терапия.

SUMMARY:

Readings of hemogramme from leukoformula of peripheral blood at patients with acute lymphoblast leucosis in treatment dynamics, the course of remission consolidation and during constant supportive therapy (CSTh) with complete remission and with the survival rate up to 2 year's have been discussed in this article. The analysis of performed investigation results showed that index of leukoformula and hemogramme of peripheral blood at patients with acute lymphoblast leucosis are presented as the main and prognostic indexes during therapeutic dispensary observation depending on the stage of disease, under the control of which it is possible to prevent the recurrence of the disease, survival rate and quality of life of patient's post-eriod

Key words: Lymphoblastic leucosis, remission, induction remission, survival rate, hemogramme, leukoformula, supportive therapy.

ХУЛОСА:

Уткир лимфобласт лейкоз билан огриган беморларни периферик кинини лейкоформуласи ва гемограмма курсаткичлари ушбу касалликни даволаш жараёнини асосий курсаткичи хисобланади. Ушбу курсаткичларни назорат қилиш орқали беморларни ҳаёт сифатини яхшилаш юқори даражада умрини узайтиришга эришилади.

Текширилаётган 35 та беморларни 4 таси бир йилдан сунг 21 таси бир ярим йилдан сунг, яна 10 таси 2 йилдан сунг асосий касалликни рецидив ва асоратидан улган. Ушбу беморлар асосан йирингли, септико, инфекцион, ситопеник, гемморагик асоратлари улимга олиб келувчи сабаб булди. Касалликларни паст ремиссион даври ҳаёти уртача 20,8 ойни ташкил этади.

Калит сўзлар: Лимфобласт лейкоз, ремиссия, индукция ремиссия, яшаб қолмок, гемограмма, лейкоформула, ушлаб турувчи терапия.

Введение: Изучения выживаемости больных острым лимфолейкозом в постремиссионном периоде полной ремиссией во многом зависит от показателей гемограммы с лейкоформулой, полноценности проведенного лечения, оптимизации постоянной поддерживающей терапии (ППТ) и насколько правильно и четко соблюдались со стороны больных приписанные им принципы программного лечения, в чем и заключаются значимости и актуальности данного исследования. Цель исследования: изучить показатели гемограммы с лейкоформулой периферической крови больных острым лимфолейкозом в динамике в ходе лечения, курс консолидации индукции ремиссии и в периоды оптимизации постоянной поддерживающей терапии с полной ремиссией с выживаемостью до 2-х лет в постремиссионном периоде

жизни больных.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находились 35 больных острым лимфолейкозом, у которых были проведены общие клинические методы исследования, изучены гемограммы с лейкоформулой периферической крови в динамике, цитохимические исследования, костного мозга и спинномозговой жидкости. Полученные цифровые данные в результате проведенных исследований подвергли статистической обработке. После верификации диагноза для получения индукции ремиссии у больных с ОЛЛ нами были использованы протоколы ВАМЦ, ЦВАМЦ, СОАР, 5+2 и их комбинации, при необходимости ротациями.

Результаты и обсуждение. Все 35 больных до единого, начиная с 6 дня поступления в клинику в ходе лечения, курса консолидации индукции ремиссии с полной ремиссией с целью оптимизации постоянной поддерживающей терапии больных острыми лимфобластными лейкозами, были взяты на диспансерный учет с целью коррекции получаемых ими цитостатиков и профилактики возможных рецидивов заболевания.

Сравнительные показатели гемограммы с лейкоформулой больных острым лимфобластным лейкозом с полной ремиссией в динамике лечения и проведении постоянной поддерживающей терапии с выживаемостью до 2-х лет в постремиссионном периоде представлены в таблице 1.

При поступлении в клинику у больных гемограмма и лейкоформула с анемическим синдромом, высокой бластемией; средние арифметические и средние ошибки отклонения гемоглобина равны $56,2 \pm 3,01$ г/л, эритроциты $2,2 \pm 0,9 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель $0,7 \pm 0,02$, тромбоциты $145 \pm 4,0 \times 10^9$ /л; лейкоциты $25,3 \pm 2,9 \times 10^9$ %, лимфобласты $38,4 \pm 4$ %, пролимфоциты 1%, палочкоядерные $2 \pm 0,3$ %, сегментоядерные $6 \pm 1,1$ %, лимфоциты $62 \pm 4,2$ %, СОЭ $42 \pm 5,1$ мм/час, клинический диагноз острый лимфобластный лейкоз.

После первого курса ПХТ гемоглобин $50,6 \pm 4$ г/л, эритроциты $2,13 \pm 0,7 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель $0,7 \pm 0,02$, тромбоциты $139 \pm 4 \times 10^9$ /л, лейкоциты $20,619 \times 10^9$ %, лимфобласты $15,7 \pm 3,0$ %, пролимфоциты $5,5 \pm 0,9$ %,

миелоциты $3,8 \pm 0,8$, метомиелоциты $3,8 \pm 0,5\%$, т.е. лейкоцитоз и бластемия значительно уменьшились, значит программная Г1ХТ работает, после 9-ти дневного перерыва надо продолжать II и III курс ПХТ.

После III курса программной ПХТ гемоглобин равен $68,0 \pm 3,0$ г/л при сравнении с показателями при поступлении $P_1 < 0,01$; эритроциты $2,85 \pm 0,1 \times 10^{12}$ /л, при $P_1 < 0,05$, цветовой показатель $0,78 \pm 0,02$, тромбоциты $142 \pm 5 \times 10^9$, $P_1 < 0,05$; лейкоциты $3,6 \pm 0,2 \times 10^9$ /л, $P_1 < 0,01$; бластные и промежуточные клетки исчезли из поля зрения вообще, палочкоядерные $8,6 \pm 0,8\%$, $P_1 < 0,01$, сегментоядерные $51 \pm 3,6\%$, $P_1 < 0,01$, лимфоциты $36 \pm 4,1\%$, $P_1 < 0,01$, СОЭ $20,6 \pm 2,6$ мм/час $P_1 < 0,05$. показатели гемограммы и лейкоформулы после III курса ПХТ значительно улучшились с достоверными показателями, т.е. исчезли бластемия, лейкоформула нормализовались. Отсюда возникает необходимость проведения курса подкрепления полученной ремиссии и профилактики нейролейкоза. После курса консолидации индукции ремиссии и профилактики нейролейкоза гемограмма и лейкоформула стали выглядеть следующим образом; гемоглобин $72 \pm 2,3$ г/л, $P_2 < 0,05$, эритроциты $3,0 \pm 0,2 \times 10^{12}$ /л $P_2 < 0,05$; цветовой показатель $0,8 \pm 0,01$, тромбоциты $150 \pm 6,1 \times 10^9$ /л $P_2 < 0,05$, лейкоциты $4,1 \pm 0,9 \times 10^9$ /л, $P_2 < 0,05$ т.е. достоверно повысились показатели гемопоэза при сравнении с показателями после III курса ПХТ, а лейкоформула нормализовалась, палочкоядерные $9,2 \pm 1,3\%$ $P_2 < 0,05$; сегментоядерные $53,8 \pm 4,1\%$, $P_2 < 0,05$, лимфоциты $34 \pm 4,7\%$ $P_2 < 0,05$ и СОЭ $16,2 \pm 2,3$ мм/час, т.е. наступила полная клинико-гематологическая ремиссия. Через 3 месяца после ремиссии гемоглобин $75 \pm 2,5$ г/л эритроциты $3,15 \pm 0,1 \times 10^{12}$ /л, Ц.ПТ. $0,73 \pm 0,01$, тромбоциты $145 \pm 5,5 \times 10^9$, лейкоциты $3,9 \pm 1,9 \times 10^9$; бласты не обнаружены, палочкоядерные $10 \pm 0,8\%$ сегментоядерные $51 \pm 3,5\%$, лимфоциты $32 \pm 2,8\%$ и СОЭ $18 \pm 2,3$ мм/час.

Через 6 месяцев гемоглобин $77 \pm 3,3$, $P_3 < 0,05$; эритроциты $3,13 \pm 4,0 \times 10^{12}$; $P_2 < 0,05$, цветовой показатель $0,7 \pm 0,2$; тромбоциты $147 \pm 4,0 \times 10^9$; $P_1 < 0,05$ лейкоциты $5,0 \pm 2,8$, $P_3 < 0,05$, бласты не обнаружены, т.е. сравнительное

ухудшение гемограммы, по сравнению с предыдущими периодами, за счет рецидива. Однако лейкоформула остается в пределах нормальных колебаний, палочкоядерные $9,4 \pm 0,7\%$, сегментоядерные $52 \pm 3,4\%$ $P_3 < 0,05$ и лимфоциты $31 \pm 2,7\%$ $P_3 < 0,05$; СОЭ $17,57 \pm 2,5$ мм/час $P_3 < 0,05$. Здесь следует отметить, что гемопоез стабилизировался у части больных анемией средней степени и в отдельных случаях при малейших признаках рецидива мы проводили противорецидивную ПХТ и ликвидировали угрозы рецидивов. Через 1 и 1,5 года в постремиссионном периоде гемоглобин равен $73 \pm 2,07$ г/л и $58 \pm 3,2$ г/л соответственно; эритроциты $2,9 \pm 0,11 \times 10^9$ /л и $2,5 \pm 0,3 \times 10^9$ /л; цветовой показатель $0,7 \pm 0,01$ и $0,4 \pm 0,01$; тромбоциты $137 \pm 5,7 \times 10^9$ /л и $118 \pm 5,4 \times 10^9$ /л; лейкоциты $4,8 \pm 0,7 \times 10^9$ /л и $4,7 \pm 1,0 \times 10^9$ /л; лимфобласты $1,2 \pm 0,1\%$ и $25,0 \pm 2,8\%$; пролимфоциты $3,5 \pm 0,4\%$ и $4,3 \pm 0,4\%$; миелоциты $2,0 \pm 1,1\%$ и $4,1 \pm 0,8\%$; метомиелоциты $2,0 \pm 0,0$ и $1,5 \pm 0,1\%$; палочкоядерные клетки $9 \pm 0,8\%$ и $8 \pm 0,9\%$; сегментоядерные $50 \pm 2,9\%$ и $33 \pm 4\%$ лимфоциты $33,5 \pm 2,0$ и $36 \pm 3\%$ и СОЭ $17,0 \pm 2,2$ и $21 \pm 2,6$ мм/час. Здесь следует отметить то, что отмечается постепенное понижение показателей гемоглобина, особенно через 1,5 года в постремиссионном периоде жизни этих больных за счет учащения рецидивов основного заболевания и их гнойно-септико-инфекционных осложнений через 1 год из 35 у 4 (11,4%) и через 1,5 года из 35 у 21 (60%) больных погибли не дожив до 2-х лет в постремиссии. Причинами частых рецидивов из 4 у 2 (50%) и из 21 у 9 (42,9%) больных не смогли обеспечить себя необходимыми цитостатическими препаратами и не смогли соблюдать принципы регулярности ППТ. До 2-х лет в постремиссионном периоде показатели гемограммы и морфология лейкоцитов - лейкоформула еще в большей степени ухудшились; гемоглобин равен $48,5 \pm 3,0$ г/л по сравнению с показателями после III курса ПХТ еще более резко ухудшился, эритроциты $1,4 \pm 0,2 \times 10^9$ /л цветовой показатель $0,6 \pm 0,01$; тромбоциты $98 \pm 2 \times 10^9$ /л; лейкоциты $3,9 \pm 0,7 \times 10^9$ /л, лимфобласты $25,7 \pm 0,7\%$,

пролимфоциты $1,6 \pm 0,1\%$, миелоциты $1,0 \pm 0,0\%$, палочкоядерные $5,4 \pm 0,5\%$, сегментоядерные клетки $20 \pm 2,2\%$, лимфоциты $50 \pm 2,7\%$ и СОЭ $28 \pm 1,5$. В этот период отмечалось резкое ухудшение лейкоформулы и гемограммы, еще больше повысились бластные клетки которые свидетельствует, о том что все больные дожившие до этого периода находились в глубоком терминальном состоянии и из 35 оставшихся 10 (28,6%) погибли от различных осложнений ОЛЛ в результате вторичного иммунодефицита как обычно завершающий этап острого лимфобластного лейкоза. Средняя выживаемость составила 20,8 месяцев в постремиссионном периоде жизни больных.

Заключения: Показатели гемограммы и лейкоформулы периферической крови у больных ОЛЛ в динамике является основными прогностическими показателями в ходе лечения, под контролями которых возможно максимально продлить выживаемость и улучшить качество жизни больных острыми лимфобластными лейкозами.

В финале из всех обследованных 35 больных 4 (11,4%) через 1 год, 21(60%) через 1,5 года, еще 10(28,6%) до 2-х лет в постремиссионном периоде, погибали в результате рецидива основного заболевания и ее различных осложнений. Наиболее часто гнойно-септико-инфекционные, цитопенические, геморрагические осложнение были причинами гибели этих больных. С медианой выживаемостью 20,8 месяца в постремиссионном периоде жизни больных.

Литература:

1. Баранова О.Ю., Волкова М.А., Френкель М.А., Тупицин А.Н. Анализ результатов различных программ терапии острых не лимфобластных лейкозов МО-М2-М4-М7 ФАБ вариантами (по данным Российского онкологического научного центра) журнал гематол. и трансфузиол. 2003г. №4. стр. 3-10.
2. Воробьев А.И., Бриллиант М.Д., Савченко В.Г. Новые методы лечения

острых лейкозов. Руководство по гематологии под. Ред. А.И. Вороьева М. Ньюдиамед. 2002г. т.1.

3. Ионка-Шауб Г.Е., Винклер К., Кирштейн Ц. и др. лечение детей с высоким риском обострения острого лимфобластного лейкоза. Гематол. и трансфузиол. 1991г. №10. стр. 3-7.

4. Минаков В.Н., КОРТУНОВА М.Е., Новосадов В.М. Биохимические и цитохимические критерии прогнозирования течения острого лимфобластного лейкоза у детей. Гематол. и трансфузиол. 1991г. №10. стр.910.

5. Мари Э. Вуд., Пол А. Банн Секреты гематологии и онкологии. Перевод Проф. Ю.Н.Токарева. Москва изд. Бином. Санкт. Петербург «Невский диалект» 2001г.

6. Савченко В.Г., Паровичникова Е.Н., Исаев В.Г. Программное лечение лейкозов М. 2002г.

7. Салиев Д.К. Салиев К.К. Динамика распространенная лейкозов в Каракалпакистане и в пяти областях Узбекистана за два последних пятилетних периода (2001-2005 и 2006-2010 гг) Вестник гематологии том.Х, №2 2014 с 133-136 с.

8. Шамов О.А., Челышева Е.Ю., Туркина А.Г Использование принципа Ранней индукционной терапии у больных хроническим миелолейкозом. Вестник гематологии том. Х №2. 2014 г. С 84.