

А.И. Алферова

**ВЛИЯНИЕ СРОКОВ ОТ НАСТУПЛЕНИЯ РЕМИССИИ И ОКОНЧАНИЯ
ЛЕЧЕНИЯ НА УСТАНОВЛЕНИЕ ИНВАЛИДНОСТИ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ
ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ ПРИ ПОВТОРНЫХ
ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯХ**

Научный руководитель: И.Т. Дорошенко

*Лаборатория медицинской экспертизы и реабилитации детей
Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы
и реабилитации, д. Юхновка*

A.I. Alferova

**THE EFFECT OF REMISSION'S TIME AND THERAPY'S TERMINATION
ON CHILDREN DISABILITY DUE TO ACUTE LYMPHOBLASTIC LEUKEMIA
DURING RE-ASSESSMENT**

Tutor: I.T. Doroshenko

*Laboratory of Medical Examination and Rehabilitation of Children
Republican Scientific and Practical Center for Medical Expertise and Rehabilitation,
vill. of Yukhnovka*

Резюме. В статье представлены результаты оценки степени утраты здоровья у детей с острым лимфобластным лейкозом в зависимости от сроков наступления клинико-лабораторной ремиссии и окончания специализированной и поддерживающей терапии.

Ключевые слова: дети, острый лимфобластный лейкоз, степень утраты здоровья.

Resume. The article presents the results of assessing disability in children with acute lymphoblastic leukemia, which depending on clinical and laboratory remission's time and specialized and maintenance therapy's termination.

Keywords: children, acute lymphoblastic leukemia, disability.

Актуальность. Острый лейкоз – самая частая злокачественная опухоль кроветворной ткани у детей в возрасте от 0 до 14 лет [1]. Исходя из данных Республиканской информационно-аналитической системы по медицинской экспертизе и реабилитации инвалидов Республики Беларусь, тяжесть первичной инвалидности (дети с СУЗ 3 и СУЗ 4) детского населения при острых лейкозах составляет 100,0%, а при повторных освидетельствованиях на МРЭК – более 20,0%.

Следует отметить, что в детском возрасте чаще встречается острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) (78,0-80,0%) [2].

В настоящее время в большинстве случаев при первичных освидетельствованиях на МРЭК детям с ОЛЛ инвалидность устанавливают на срок 5 лет вследствие абсолютно неблагоприятного для жизни на ближайшее время клинико-трудового прогноза [3].

По различным причинам (отдаленные последствия проведенного лечения, нуждаемость в постоянной посторонней помощи или уходе, сопутствующие заболевания, нуждаемость в лечебном питании и др.) даже после наступления ремиссии и окончания терапии (специализированной и поддерживающей) у детей с ОЛЛ могут сохраняться различной степени выраженности нарушения функций

органов и систем организма, приводящие к ограничениям жизнедеятельности и установлению инвалидности (определению степени утраты здоровья у детей) при повторных освидетельствованиях.

Цель: изучить влияние сроков от наступления ремиссии и окончания терапии на определение степени утраты здоровья у детей-инвалидов с ОЛЛ при повторных освидетельствованиях.

Задачи:

1. Изучить сроки от наступления ремиссии и окончания терапии у детей-инвалидов с ОЛЛ.
2. Оценить степень утраты здоровья (СУЗ) обследованных детей в зависимости от сроков наступления ремиссии и окончания терапии.
3. Провести статистическую обработку результатов исследования.

Материалы и методы. Объектом исследования явилось 15 детей-инвалидов в возрасте от 4 до 18 лет, имеющих нарушение функции кроветворения вследствие острого лимфобластного лейкоза. В группе обследованных детей преобладали мальчики (52,3%, 95ДИ: 30,1-75,2) и городские жители (80,0%, 95ДИ: 54,8-92,9).

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием приложения Vassarstats. Применялись методы описательной статистики: для показателей, характеризующих качественные признаки, учитывалось абсолютное число, относительная величина в процентах (P), %, при расчете погрешности – 95% доверительный интервал (95ДИ). Достоверность различий показателей определялась по критерию χ^2 , сила связи – по коэффициенту Крамера Фи (ϕ).

Результаты и их обсуждение. В ходе проведенного исследования были изучены сроки от наступления ремиссии и окончания терапии у детей-инвалидов с ОЛЛ. Анализ данных позволил установить следующие сроки от наступления клинико-лабораторной ремиссии среди детей с ОЛЛ (n=15): меньше 1 года (n=5), 1-2 года (n=1), 3-4 года (n=2), 5 лет (n=7). Также выделены сроки от окончания специализированной и поддерживающей терапии: меньше 1 года (n=6), 1-2 года (n=2), 3-4 года (n=7).

После анализа данных была проведена оценка СУЗ обследованных детей в зависимости от выделенных сроков наступления ремиссии и окончания терапии, что представлено в таблицах 1 и 2.

Детям с ОЛЛ, достигшим ремиссии 5 лет назад, наиболее часто (57,1%, 95ДИ: 25,0-84,2) СУЗ не определялась, 3-4 года назад – определялась вторая СУЗ (100,0%, 95ДИ: 32,4-100,0 случаев), 1-2 года назад – вторая СУЗ (100,0%, 95ДИ: 20,7-100,0 случаев), менее 1 года назад – четвертая СУЗ 4 (100,0%, 95ДИ: 56,6-100,0 случаев).

Оценка СУЗ у обследованных детей с ОЛЛ в зависимости от срока окончания терапии показала следующее: у детей, завершивших лечение менее 1 года назад, преобладала четвертая СУЗ (83,3%, 95ДИ: 43,7-96,9 случаев). Также анализ данных показал, что детям, завершившим терапию 1-2 года назад, в 50,0% (95ДИ: 9,5-90,6) случаев определялась вторая СУЗ и в 50,0% (95ДИ: 9,5-90,6) случаев – СУЗ не определялась. Распределение детей с ОЛЛ, терапия которых была завершена 3-4

года назад, в зависимости от СУЗ представлено следующим образом: наиболее часто определялась вторая СУЗ и СУЗ не определялась (по 42,9%, 95ДИ: 15,8-74,9 случаев соответственно).

Табл. 1. Степень утраты здоровья у 15 детей с ОЛЛ в зависимости от срока наступления клиничко-лабораторной ремиссии

СУЗ		Количество											
		СУЗ 1			СУЗ 2			СУЗ 4			СУЗ не определена		
		абс.	р,%	95 ДИ	абс.	р,%	95 ДИ	абс.	р,%	95 ДИ	абс.	р,%	95 ДИ
Срок	> 1 года (n=5)	-	0,0	0,0-43,5	-	0,0	0,0-43,5	5	100,0	56,6-100,0	-	0,0	0,0-43,5
	1-2 года (n=1)	-	0,0	0,0-79,4	1	100,0	20,7-100,0	-	0,0	0,0-79,4	-	0,0	0,0-79,4
	3-4 года (n=2)	-	0,0	0,0-65,8	2	100,0	32,4-100,0	-	0,0	0,0-65,8	-	0,0	0,0-65,8
	5 лет (n=7)	1	14,3	2,6-51,3	2	28,6	8,2-64,1	-	0,0	0,0-35,4	4	57,1	25,0-84,2

Табл. 2. Степень утраты здоровья у 15 детей с ОЛЛ в зависимости от срока окончания специализированной и поддерживающей терапии

СУЗ		Количество											
		СУЗ 1			СУЗ 2			СУЗ 4			СУЗ не определена		
		абс.	р,%	95 ДИ	абс.	р,%	95 ДИ	абс.	р,%	95 ДИ	абс.	р,%	95 ДИ
Срок	> 1 года (n=6)	-	0,0	0,0-39,0	1	16,7	3,0-56,4	5	83,3	43,7-96,9	-	0,0	0,0-39,0
	1-2 года (n=2)	-	0,0	0,0-65,8	1	50,0	9,5-90,6	-	0,0	0,0-65,8	1	50,0	9,5-90,6
	3-4 года (n=7)	1	14,2	2,6-51,3	3	42,9	15,8-74,9	-	0,0	0,0-35,4	3	42,9	15,8-74,9

Статистическая обработка результатов исследования позволила установить, что у детей с ОЛЛ по мере увеличения срока от наступления клиничко-лабораторной ремиссии ($\chi^2=21,4$, $df=9$, $p=0,011$, $\xi=0,69$) и срока от окончания специализированной и поддерживающей терапии ($\chi^2=12,2$, $df=6$, $p=0,050$, $\xi=0,63$) снижается тяжесть инвалидности.

Выводы: у детей с ОЛЛ по мере увеличения срока от наступления клинико-лабораторной ремиссии ($\chi^2=21,4$, $df=9$, $p=0,011$, $\xi=0,69$) и срока от окончания специализированной и поддерживающей терапии ($\chi^2=12,2$, $df=6$, $p=0,050$, $\xi=0,63$) снижается тяжесть инвалидности.

Литература

1. Багиров, И.А. Заболеваемость острым лимфобластным лейкозом детей Азербайджанской Республики: эпидемиологические данные и сравнительный анализ / И.А. Багиров, О.И. Быданов, О.В. Петина [и др.] // Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии. – 2015. – т. 14. – № 3. – С. 55–59.
2. Маякова, С.А. Проект. Клинические рекомендации по диагностике и лечению детей, больных острыми лейкозами / С.А. Маякова, В.С. Немировченко, А.В. Попа. – Москва, 2014. – 9 с.
3. О вопросах проведения медико-социальной экспертизы [Электронный ресурс] : постановление Министерства Здравоохранения Республики Беларусь, 9 июня 2021 г., № 77 // ILEX / ООО "ЮрСпектр". – Режим доступа : <https://ilex-private.ilex.by/view-document/BELAW/174712/#M100001>. – Дата доступа : 04.10.2022.