

несмотря на их широкое применение и несмотря на неисчислимое количество всевозможных пособий, методичек, рекомендаций и т. п. документов, согласно которым МНО является единственной допустимой формой выражения результатов протромбинового теста при контроле за действием препаратов АВК. Но именно в этой проблеме проявляется отсутствие взаимодействия, взаимопонимания и взаимное пренебрежение клиницистов и специалистов по лабораторной медицине. Нигде в мире, кроме как в бывшем СССР (включая Россию), с упорством достойным лучшего применения, не используют «протромбиновый индекс» (ПТИ). У нас же врач нередко не понимает или «не хочет услышать», что ПТИ — это не какой-то «специальный» анализ, а всего лишь форма представления результатов протромбинового теста (степень ошибки которой достигает 30% с лишним), чем нередко пользуются некоторые «нечистоплотные» коммерческие лаборатории.

Много надежд связано с использованием новых пероральных антитромботических препаратов. Однако особенности их применения в ряде клинических случаев обусловили многолетнюю дискуссию о потребности лабораторного мониторинга и выборе тестов. На примере ривароксабана можно утверждать, что наиболее адекватным является хромогенное определение анти-фактор Ха-активности. Модификация других, более привычных тестов, может быть использована с меньшим успехом.

Поэтому следует акцентировать внимание на возросшей роли лабораторного обеспечения проблемы. Также, как и в случае со средствами профилактики ВТЭО, российский рынок диа-

гностических средств предлагает любые способы оценки состояния системы свертывания крови — современные коагулометры с широким спектром тестов и опциональными блоками для постановки теста генерации тромбина, анализаторы агрегации тромбоцитов, в т. ч. потоковой. За счет создания специфических диагностических наборов новый импульс к развитию получила хорошо известная тромбоэластография. В этой связи исключительно важным становится аспект выбора диагностических средств, определяемый 1) клиническими потребностями, 2) адекватностью поставленным задачам, 3) экономически обоснованным формированием потока исследований (загрузка оборудования и потребление реактивов и расходных материалов), 4) интеграцией в систему оказания лечебной помощи и 5) разумной оценкой достоинств, недостатков и ограничений (метода, теста, анализатора), даже вопреки заверениям разработчиков, производителей, дистрибьюторов и пр.

Другими словами, изменение характера антитромботической терапии предполагает внесение новых подходов и взглядов на лабораторную диагностику состояния системы гемостаза. Становясь рутинными, лабораторные тесты вносят свой вклад в снижение стоимости лечения отдельного пациента и, тем самым, уменьшают общие и, в том числе, необязательные, затраты лечебно-профилактического учреждения. Как следствие, современная тромбопрофилактика должна строиться на основе сочетания клинической и экономической целесообразности использования современных средств и технологий.

Ройтман Е. В., Колесникова И. М., Жарикова Л. И., Румянцева Ю. В., Румянцев С. А.

*ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва*

ГЕМОРЕОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ СОСТОЯНИЯ ТРОМБОТИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ

Острые лимфобластные лейкозы (ОЛЛ) — злокачественные заболевания системы кроветворения, характеризующиеся неконтролируемой пролиферацией незрелых лимфоидных клеток (лимфобластов). ОЛЛ являются самыми распространёнными злокачественными заболеваниями в детском и юношеском возрасте. В свою очередь, идиопатические тромбозы нередко являются первыми признаками еще не выявленного он-

кологического процесса. В свою очередь, любое онкологическое заболевание относит пациента к группам высокого или крайне высокого риска развития тромбозов, в первую очередь — венозных тромбоэмболических осложнений. Острый лимфобластный лейкоз исключением не является. По нашему мнению, состояние тромботической готовности (А. П. Момот, 2010) может формироваться и поддерживаться не только нару-

шениями в системе гемокоагуляции, но и специфическими гемореологическими изменениями. Целью исследования явилось изучение реологических свойств крови у детей с острым лимфобластным лейкозом в стадии ремиссии.

Обследовано 48 пациентов (возраст от 1 до 18 лет) с ОЛЛ, находящихся в стадии ремиссии после первого курса терапии. В работе использованы методы вискозиметрии цельной крови (диапазон скоростей сдвига от 5 до 300 сек⁻¹), определения величины вязкости плазмы, оценки агрегационной и деформационной способности эритроцитов. В состав обследования были включены: показатель СОЭ, величина гематокрита, концентрация фибриногена, рН, показатели буферных систем крови, определения электролитного состава плазмы, концентраций молочной кислоты, глюкозы, мочевины, креатинина и натрийуретического пептида В-типа (BNP).

Умеренное повышение вязкости цельной крови было отмечено у всех пациентов при том, что значения величин вязкости плазмы находились в пределах нормального диапазона, а величина гематокрита, напротив, оказалась несколько сниженной. Повышение вязкости цельной крови особенно просматривалось в диапазоне скоростей сдвига 5–100 сек⁻¹, что свидетельствовало о гиперагрегации эритроцитов с повышением гидродинамической стойкости их агрегатов. Показатели деформационной способности эритроцитов, в целом, соответствовали нормальным. Другие исследования выявили у большинства пациентов умеренную гипокалиемию, умеренную гипогликемию, компенсированный ацидоз при,

в целом, нормальных концентрациях мочевины и креатинина.

Тромботические эпизоды были отмечены у 8 пациентов, из которых у шести была отмечена повышенная концентрация BNP (> 80 нг/л). Двое из последних имели кардиологический анамнез, у шести оставшихся повышенный уровень BNP вызвал подозрение на наличие скрытой вентрикулярной перегрузки (желудочковой дисфункции). Как следствие, таким пациентам была рекомендована немедленная консультация кардиолога.

Возможно предполагать, что гиперагрегация эритроцитов является характерной для детей с острым лимфобластным лейкозом в стадии ремиссии при сохранении нормальной деформируемости красных клеток крови. Не исключено, что увеличенная вязкость крови и гиперагрегация эритроцитов являются компонентами, которые совместно с иными факторами длительно увеличивают преднагрузку, способствуя тем самым развитию сердечной недостаточности у таких пациентов.

Результаты также продемонстрировали, что гемореологическая картина крови у детей с ОЛЛ в значительной степени складывается под влиянием концентрационной и выделительной функции почек, а также содержания ионов К⁺ в плазме крови, очевидно связанных с функционированием каналов мембран и энергетических ферментов эритроцитов. В свою очередь, стойкая гиперагрегация эритроцитов в совокупности с иными протромботическими факторами, может оказаться тем самым звеном, которое способно «запустить» процесс тромбообразования.

Шелковникова Т. В., Вавин В. Г., Тахчиди Х. П., Кацадзе Ю. Л., Добрякова Э. А.

КемГМА Минздрава России, г. Кемерово;

ГБУЗ Кемеровская областная клиническая офтальмологическая больница, г. Кемерово;

ГБУЗ Кемеровская областная клиническая больница, г. Кемерово;

Общество офтальмологов России, г. Москва;

ФГБУ Российский НИИ гематологии и трансфузиологии ФМБА, Санкт-Петербург;

ГБУЗ городская клиническая больница № 52, Москва

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ СОСУДОВ СЕТЧАТКИ

Актуальность. В настоящее время среди пациентов молодого и среднего возраста возросло число артериальных окклюзий сосудов сетчатки (АОСС), в патогенезе которых возможно имеется приобретенная или наследственная тромбофилия.

Цель работы. Исследовать состояние системы гемостаза у пациентов с артериальной окклюзией сосудов сетчатки.

Материалы и методы. 50 пациентов (52 глаза) с артериальной окклюзией сосудов сетчатки. Возраст пациентов от 18 до 52 лет. Мужчин —