

рассматривать уровень циркулирующих липопероксидов (прежде всего гептанрастворимых ДК) в качестве дополнительных предикторов СД-ассоциированной депрессии. Необходимо подчеркнуть, что изученные показатели продуктов ПОЛ, так же как α -ТК, не зависели от пола пациентов и типа СД (см. табл. 3) и не коррелировали ни с возрастом больных, ни с длительностью заболевания. При этом уровень гептанрастворимых ДК отрицательно коррелировал с оценкой по ШДБ в общей совокупности больных ($r_s = -0,243$, $p = 0,03$).

Показатели углеводного обмена характеризовались наименее выраженной зависимостью от тяжести депрессии (см. табл. 2). Это проявилось отсутствием достоверных различий между пациентами без депрессии и больными обеих групп с депрессией по значениям гликемии натощак и концентрации обоих гликированных белков (HbA_{1c} и ФА). Лишь содержание HbA_{1c} прямо коррелировало с оценкой по ШДБ в общей совокупности больных ($r_s = 0,234$, $p = 0,042$), а уровень ФА оказался выше у больных со среднетяжелой и тяжелой депрессией по сравнению с аналогичным показателем при легкой депрессии. Полученные данные не позволяют рассматривать показатели углеводного обмена в качестве информативных предикторов депрессии при СД.

В целом полученные данные свидетельствуют о том, что развитие среднетяжелой и тяжелой депрессии у больных СД связано с достоверными сдвигами трех биохимических показателей, величины которых не зависят от возраста пациентов, их половой принадлежности, длительности и типа СД. Это касается уровня ОХС, α -ТК и гептанрастворимых ДК. Значения этих показателей были использованы для проведения дискриминантного анализа. В результате установлено, что концентрация α -ТК обладает наибольшей предикторной информативностью в отношении депрессии при СД. Процедура дискриминантного анализа позволила получить статистически значимый ($p = 0,003$) токоферолометрический алгоритм верификации депрессивных расстройств с оценкой по ШДБ 17 баллов и более:

$$F = 0,181 \cdot \alpha\text{-ТК (мкмоль/л)} - 3,279.$$

Величины $F = -0,0205$ и более свидетельствуют о наличии среднетяжелых или тяжелых депрессивных расстройств у больных СД. Значения F менее $0,0205$ иллюстрируют вероятное отсутствие СД-коморбидной депрессии или ее легкую (субклиническую) выраженность. Применение указанного алгоритма позволяет выявлять клинически значимую депрессию

при СД с чувствительностью 70,5% и специфичностью 64,1%. Полученный алгоритм может оказаться полезным клинико-биохимическим дополнением к арсеналу психометрических методов скрининга депрессивных расстройств у больных СД.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / Под ред. И. И. Дедова, М. А. Шестаковой. – М., 2009.
2. Балаболкин М. И. Диабетология. – М., 2000.
3. Балаболкин М. И., Креминская В. М. // Журн. неврол. и психиатр. – 2000. – Т. 100, № 10. – С. 57–64.
4. Белова А. Н., Шепетова О. Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации: Руководство для врачей и научных работников. – М., 2002.
5. Волчегорский И. А., Налимов А. Г., Яровинский Б. Г., Лифищ Р. И. // Вопр. мед. химии. – 1989. – Т. 35, № 1. – С. 127–131.
6. Волчегорский И. А., Харченко Н. В. // Клин. лаб. диагн. – 2003. – № 4. – С. 3–15.
7. Волчегорский И. А., Местер Н. В., Зотова О. Г. // Журн. неврол. и психиатр. – 2006. – Т. 106, № 9. – С. 12–16.
8. Волчегорский И. А., Местер Н. В. // Клин. мед. – 2007. – № 2. – С. 40–45.
9. Волчегорский И. А., Алексеев М. Н., Волчегорская М. И., Рассохина Л. М. // Клин. мед. – 2008. – Т. 86, № 10. – С. 52–59.
10. Климов А. Н., Никульчик Н. Г. Липиды, липопротеиды и атеросклероз. – СПб., 1995.
11. Колб В. Г., Камышиников В. С. Клиническая биохимия. – Минск, 1976.
12. Коркина М. В., Елфимова Е. В. // Журн. неврол. и психиатр. – 2003. – № 12. – С. 66–70.
13. Меньшиков В. В., Делекторская Л. Н., Золотницкая Р. П. Лабораторные методы исследования в клинике. – М., 1987.
14. Надиров Н. К. Токоферолы и их использование в медицине и сельском хозяйстве. – М., 1991.
15. Ожирение: этиология, патогенез, клинические аспекты / Под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. – М., 2006.
16. Окислительный стресс. Прооксиданты и антиоксиданты / Меньшикова Е. Б., Ланкин В. З., Зенков Н. К. и др. – М., 2006.
17. Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. – М., 2003.
18. Спиричев В. Б., Матусис И. И., Бронштейн Л. М. Экспериментальная витаминология: Справочное руководство. – Минск, 1979.
19. Judd L. L. // Psychosom. Med. – 2000. – Vol. 62. – P. 472–473.

Поступила 19.04.11

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.24-002.5-08-036.8-074

О. Т. Титаренко, М. Е. Дьякова, М. В. Павлова, Д. С. Эсмедяева, Н. П. Алексева, Т. Л. Перова

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ В ОЦЕНКЕ ПРОГНОЗА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

ФГУ Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии Минздравсоцразвития РФ

На основании комплексного проспективного обследования 66 больных с впервые выявленным нелеченным инфильтративным туберкулезом легких анализируется возможность оптимизации оценки характера течения специфического воспалительного процесса по уровням белков-реактантов острой фазы (БОФ). В качестве группирующих факторов использованы характеристики динамики клинико-рентгенологических данных и сроки наступления абациллирования по результатам трехмесячной противотуберкулезной терапии. Установлено, что наиболее прогностически информативной является констелляция трех из 12 исходных (до начала лечения) анализировавшихся показателей уровня – гаптоглобина, церулоплазмينا и альбумина в крови. Их сочетанное использование по предлагаемому решающему правилу обеспечивает 90,6% эффективность прогнозирования результатов лечения у обсуждаемой категории больных.

Ключевые слова: инфильтративный туберкулез, белки-реактанты острой фазы, прогноз

O. T. Titarenko, M. Ye. Dyakova, M. V. Pavlova, D. S. Esmedyayeva, N. P. Alekseyeva, T. L. Petrova

THE CLINICAL LABORATORY COMPARISON IN THE ASSESSMENT OF TREATMENT PROGNOSIS IN PATIENTS WITH INFILTRATIVE TUBERCULOSIS OF LUNGS

The comprehensive prospective examination of 66 patients with first established non-treated infiltrative tuberculosis of lungs was used to analyze the possibility of optimization of assessment of course of specific inflammatory process on the basis of levels of proteins-reactants of acute phase. The characteristics of dynamics of clinical roentgenologic data and terms of coming of abacillarization as a result of three months anti-tuberculosis therapy has been used as grouping factors. It is established that the constellation of 3 out of 12 basic (before treatment) analyzed level indicators are the most prognostic informative - haptoglobin, ceruloplasmin and blood albumin. Their combined application according the proposed decisive rule provides 90.6% of effectiveness of prognosis of the results of treatment in the discussed category of patients.

Key words: *infiltrative tuberculosis, proteins-reactants of acute phase, prognosis*

Адекватная оценка течения и прогноза туберкулеза легких в значительной мере определяет возможности оптимизации лекарственной терапии и своевременного хирургического лечения данной категории больных. При этом в первую очередь уделяется внимание характеристикам воспалительной реакции, все этапы которой сопровождаются образованием свойственных им собственных комплексов биологически активных соединений, выделением медиаторов воспаления, высвобождением белков-реактантов острой фазы (БОФ), развитием эндотелиальной дисфункции, изменением систем свертывания крови, микроциркуляции и др. [3, 7]. Во фтизиопульмонологии биохимические показатели широко используются для оценки остроты, активности и тяжести процесса в легких и эффективности терапии на различных этапах заболевания [1, 9, 12]. Однако попытки прогнозирования исходов процесса по значениям биохимических показателей крови, регистрируемых на начальных этапах заболевания (при впервые выявленном специфическом поражении), до сих пор не предпринимались, хотя в других областях клинической медицины такого рода исследования проводились [2, 8, 11].

Сложность трактовки изменений биохимических показателей, используемых в качестве маркеров остроты и активности воспаления, связана со свойственной им полифункциональностью, обусловленной их различными защитными функциями, мобилизация которых зависит от выраженности ответа на интенсивность агрессии, определяемой биологическими свойствами микобактерий туберкулеза (МБТ) и адекватностью реакции организма. Необходимость учета указанных положений подтверждается результатами клинкомиорфологических и клинкомиохимических исследований [4, 5]. Имеет значение и возможность несовпадения уровней БОФ не только по выраженности, но и во времени [6].

Все это определяет перспективность клинкомиохимических сопоставлений для получения наиболее информативных прогностических моделей и оптимальной оценки направленности течения воспалительного процесса и результатов терапии туберкулеза легких.

Цель настоящего исследования – поиск биохимических критериев прогноза результатов трехмесячной противотуберкулезной терапии больных впервые выявленным инфильтративным туберкулезом легких в фазе распада (ИТЛ).

Материалы и методы. Обследовано 66 больных впервые выявленным нелеченным деструктивным ИТЛ в возрасте 18–56 лет (средний возраст 29,6 года). У 48 (73%) из них, по данным посева, установлено бактериовыделение – у 24 (50%) обильное, у 6 (12%) умеренное и у 18 (38%) скудное. Высокая жизнеспособность МБТ (II–III степень) отмечена в 41% случаев. Распространенность процесса определялась на основании рентгенологического обследования по числу

пораженных сегментов: у 40% больных ограничивалась 1–2 сегментами, у 54% – 3–5 и у 6% – превышала 5 сегментов.

Для характеристики остроты воспаления исследовали уровень в сыворотке крови церулоплазмينا (ЦП), гаптоглобина (ГП), С-реактивного белка (СРБ), α_1 -протеазного ингибитора (α_1 -ПИ), орозомукоида (АГП), фибриногена (Фб), альбумина (Альб.), α_2 -макроглобулина (α_2 -МГ). Активность и тяжесть процесса оценивали по активности аденозиндезаминазы (АДА), уровню веществ низкой и средней молекулярной массы (ВНСММ), показателям интенсивности протеолиза – общей протеолитической (БАПНА) и эластазоподобной (ЭП) активности крови.

Активность ЦП определяли методом Равина; концентрацию СРБ, АГП, ГП – с использованием наборов фирмы «Konelab»; активность БАПНА, α_1 -ПИ и α_2 -МГ – с использованием синтетического субстрата трипсина N- α -бензоил-L-аргининпаранитроанилида; активность АДА – методом G. Giusti. ЭП активность определяли методом L. Visser, E. Blout; ВНСММ – методом М. Я. Малаховой; Альб. и Фб – наборами «Roche» на анализаторе закрытого типа «Cobas III».

Статистический анализ данных, представленных в виде $\bar{X} \pm m$, проводился с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0. За патологические величины показателей принимались их значения, выходящие за пределы $\bar{X} + \sigma$, а для α_2 -МГ – $\bar{X} - \sigma$. Значимость различий величин показателей оценивалась по непараметрическому U-критерию Вилкоксона–Манна–Уитни, а значимость результатов корреляционного анализа – по критерию Фишера. Информативность показателей с существенными межгрупповыми различиями для определения вероятности их сочетанного использования в качестве критериев прогноза течения туберкулезного процесса в легких оценивали путем расчета дискриминантной функции (Y).

Результаты и обсуждение. Согласно полученным данным, обследованные больные в общей группе отличаются от лиц референтных групп по средним значениям 8 из 12 анализируемых биохимических показателей (табл. 1). Исключение составили ГП, АГП, Фб и ЭП. Значения ГП отличает выраженная вариабельность: доля лиц с уровнем ГП $< \bar{X} + \sigma$ и $> \bar{X} + \sigma$ составила 32 и 45% соответственно, с уровнем АГП $> \bar{X} + \sigma$ – только 29,7%, а ЭП – 35,4%. Доля лиц со значениями остальных показателей, превышающими $\bar{X} + \sigma$, составила для Фб – 52,7%, СРБ – 43,7%, АДА – 53,9%, ВНСММ – 96,7%, α_2 -МГобщ. – 67,7%, α_1 -ИП – 45,3%.

С учетом полифункциональности БОФ и других показателей, применяемых для оценки остроты и тяжести воспаления, установленная вариабельность их значений может рассматриваться как отражение неоднородности процесса у обследованных больных ИТЛ, отвечающих принятым клинкомиохимическим критериям данной формы заболевания. Поэтому для дальнейшего анализа и решения прогностических задач в качестве группирующего признака были использованы варианты результативности противотуберкулезной терапии, эффективность которой оценивали через 3 мес с учетом динамики клинкомиохимических и бактериологических данных. Соответственно больные со значительным улучшением (абациллированием и ликвидацией признаков интоксикации и полостей распада) составили 1-ю группу (n = 42), а 24 больных с улучшением, у которых

Для корреспонденции:

Дьякова Марина Евгеньевна, науч. сотр.

Адрес: 191036, Санкт-Петербург, Лиговский пр., 2–4

Телефон: (8921)-375-54-32

E-mail: marinadyakova@yandex.ru

Таблица 1

Средние значения биохимических показателей ($\bar{X} \pm m$)

Показатель	Группы	
	референтная	общая
СРБ, мг/л	< 10	28,0 ± 5,06* (3,5–162,3)
ГП, г/л	1,02 ± 0,06 (0,81–1,30)	1,32 ± 0,088 (0,19–4,13)
ЦП, г/л	0,34 ± 0,01 (0,2–0,46)	0,41 ± 0,015* (0,18–0,9)
АГП, г/л	0,94 ± 0,07 (0,46–1,23)	1,13 ± 0,08 (0,22–4,6)
α_1 -ИП, мкм/мл	1,60 ± 0,13 (0,66–2,85)	2,07 ± 0,078* (0,63–3,7)
α_2 -МГобщ., мкм/мл	2,55 ± 0,13 (1,64–3,55)	1,92 ± 0,06* (1,04–3,3)
Фб, ммоль/л	3,15 ± 0,13 (2,55–3,75)	4,12 ± 0,21 (2,0–8,36)
Альб., г/л	41,0 ± 0,23	44,56 ± 0,59*
АДА, ед/л	14,16 ± 0,26 (10,7–18,3)	18,5 ± 0,93* (11,0–55,5)
ЭП, мЕ	161,34 ± 5,2 (108,7–173,9)	183,12 ± 9,66 (86,9–652,0)
ВНСММ, усл. ед.	10,84 ± 0,53 (5,9–12,9)	23,88 ± 0,78* (8,65–39,2)
БАПНА, нмоль/л	51,8 ± 4,3 (21,6–88,9)	99,38 ± 6,45* (41,4–318,0)

Примечание. Здесь и в табл. 2: в скобках – пределы колебания показателей; * – значимые различия с референтными значениями.

Таблица 2

Исходные значения лабораторных показателей у больных с впервые выявленным туберкулезом легких ($\bar{X} \pm m$) с учетом эффекта трехмесячной противотуберкулезной терапии

Показатель	1-я группа	2-я группа
СРБ, мг/л	21,4 ± 5,67 (3,5–150,7)	40,1 ± 9,54 (4,2–162,3)
ГП, г/л	1,02 ± 0,07 (0,19–2,16)	1,86 ± 0,17* ** (0,59–4,13)
ЦП, г/л	0,37 ± 0,014 (0,18–0,62)	0,48 ± 0,02* ** (0,33–0,90)
АГП, г/л	0,91 ± 0,05 (0,22–1,84)	1,53 ± 0,18* ** (0,48–4,6)
α_1 -ИП	1,96 ± 0,10* (0,63–3,7)	2,26 ± 0,13* (0,71–3,55)
α_2 -МГобщ., мкм/мл	1,91 ± 0,08* (1,04–3,3)	1,93 ± 0,06* (1,43–2,55)
Фб, ммоль/л	3,68 ± 0,26* (2,0–8,36)	4,91 ± 0,32* ** (2,0–7,7)
Альб., г/л	44,0 ± 0,67* (36,0–54,4)	46,64 ± 1,31* (38,8–62,7)
АДА, ед/л	16,5 ± 0,60* (11,0–26,9)	22,1 ± 2,15* ** (12,2–55,5)
ЭП, мЕ	180,5 ± 8,91 (87,9–347,7)	187,7 ± 21,8 (86,9–652)
ВНСММ, усл. ед.	24,5 ± 0,87* (11,1–36,3)	22,8 ± 1,51* (8,7–39,2)
БАПНА, нмоль/л	97,8 ± 8,32* (46,0–318,0)	102,1 ± 10,45* (41,4–271,0)

Примечание. ** – значимые различия между 1-й и 2-й группами.

на фоне абациллирования и исчезновения признаков интоксикации сохранились полости распада, – 2-ю группу.

При сопоставлении средних значений в анализируемых группах отмечены существенно большие величины 6 из 12 показателей у больных 2-й группы (табл. 2): уровень ГП в среднем выше на 82%, СРБ – на 87%, АГП – на 68%, ЦП – на 30%, Фб – на 33%, АДА – на 34%. Это свидетельствует об исходно большей тяжести патологического процесса в легких. Изменения остальных показателей, характеризующих интенсивность протеолитических процессов – α_1 -ИП, α_2 -МГобщ., БАПНА, а также выраженность эндогенной интоксикации, судя по уровню ВНСММ и концентрации Альб. были сходны и значимо отличались от референтных значений ($p < 0,05$).

Анализ встречаемости патологических значений и результаты расчета характеристик диагностической информативности обсуждаемых показателей выявили, что с клинических позиций ни один из них в отдельности недостаточен для дифференциации больных 1-й и 2-й групп – диагностическая эффективность варьируется от 35 до 73% (табл. 3). Подтверждением неоднородности структуры соотношений лабораторных признаков воспалительного процесса при ИТЛ служат и выявленные различия пляд корреляций, включенных в исследование показателей (табл. 4). Из 9 и 7 значимых линейных корреляций, свойственных больным 1-й и 2-й групп соответственно, одноименные значимые связи выявлены лишь для 5 признаков, составивших 3 корреляционные пары: СРБ–ЭП, ГП–АГП и α_1 -ИП–ЭП. Выделение последних подтверждает целесообразность отбора совокупностей биохимических маркеров воспаления даже в рамках одной формы специфического воспаления легких. В пользу этого свидетельствуют и различия характера (знака) значимой связи показателей α_1 -ИП и ЭП: положительной в 1-й и отрицательной во 2-й группе. Выявленные различия могут рассматриваться как отражение изменения (повышения) активности α_1 -ИП в ответ на рост уровня ЭП у больных 1-й группы, у которых трехмесячная противотуберкулезная терапия вела к значительному улучшению, и как дисбаланс протеазно-ингибиторного ответа у больных 2-й группы. Более сложная интерпретация направленности изменений показателей корреляционной пары СРБ–ЭП. При условии, что СРБ отводится пусковая роль в формировании и течении воспалительного процесса [10], а уровень ЭП отражает его активность и тяжесть, можно предполагать, что большие сопоставляемых групп различны по протеазному потенциалу и возможностям противодействия ему.

В связи с вышеизложенным представляется актуальным поиск для прогностических целей у больных ИТЛ оптимальных совокупностей биохимических маркеров воспаления, в том числе и в сочетаниях с другими характеристиками заболевания. В ходе настоящего исследования для решения одной из перечисленных задач использован логистический дис-

Таблица 3

Информативность биохимических показателей в прогнозировании эффекта трехмесячной противотуберкулезной терапии

Показатель	Чувствительность, %	Специфичность, %	Диагностическая информативность, %
ГП	71	71	73
ЦП	63	67	65
АГП	50	83	71
АДА	67	55	59
Фб	85	50	58
СРБ	58	31	50
α_1 -ИП	54	67	62
α_2 -МГобщ.	50	26	35
ЭП	29	62	62
Альб.	29	69	55
ВНСММ	91	3	33
БАПНА	62	43	50

Таблица 4

Плеяды значимых парных корреляций у больных анализируемых групп

Пары признаков	1-я группа	2-я группа	
СРБ-	α_1 -ИП	-0,33 (0,03)	–
	α_2 -МГобщ.	0,32 (0,039)	–
	АГП	–	0,626 (0,001)
	ГП	–	0,486 (0,018)
	ЭП	-0,388 (0,01)	0,741 (0,0001)
ГП-	АГП	0,460 (0,002)	0,546 (0,007)
	Альб.	-0,350 (0,02)	–
ЦП-	ЭП	–	0,615 (0,002)
	ЭП	0,468 (0,003)	–
АГП-	α_1 -ИП	0,353 (0,02)	–
	ВНСММ	–	-0,609 (0,03)
α_1 -ИП-	ЭП	0,423 (0,009)	-0,559 (0,024)
	АДА	0,378 (0,017)	–

криминантный анализ, позволяющий выделить оптимально минимизированную комбинацию признаков при сохранении общей информативности анализируемых переменных. Полученная в итоге дискриминантная функция, включающая три показателя – ГП, Альб., ЦП, имеет следующий вид:

$$Y = 2,515 \cdot \text{ГП} - 0,275 \cdot \text{Альб.} - 11,636 \cdot \text{ЦП} + 21,913$$

При этом с точностью до 90,6% при значениях $Y > 0$ больные относятся к 1-й группе – со «значительным улучшением», а при $Y < 0$ – ко 2-й группе – с «улучшением» после трехмесячной противотуберкулезной терапии.

Заключение. Установленная у больных впервые выявленным нелеченным ИТБ легких вариабельность показателей системного воспалительного ответа, отражающих выраженность защитных и метаболических процессов в организме, свидетельствует о различных по тяжести поражения легких в

рамках одной клинической формы туберкулеза. Это подтверждается разной эффективностью лечения, оцениваемой по срокам абациллирования и закрытию полостей распада через 3 мес противотуберкулезной терапии. Показано, что прогнозирование результатов лечения возможно с высокой точностью по исходным (до лечения) значениям белков острой фазы крови с помощью выведенного решающего правила. Для получаемой в итоге классификации («заметное» улучшение» и «улучшение») достаточно информации о трех показателях – уровне в крови ГП, ЦП, Альб., обеспечивающих 91% эффективность прогнозирования результатов трехмесячного противотуберкулезного лечения данной категории больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллаев Р. Ю., Еришова Н. Г., Каминская Г. О., Губкина М. Ф. // Пробл. туб. – 2008. – № 1. – С. 11–17.
2. Бокерия Л. Н., Аракелян В. С., Ширинбек О. Ш. // Анналы хир. – 2007. – № 5. – С. 5–10.
3. Воспаление / Под ред. В. В. Серова, В. С. Паукова. – М., 1995. – С. 3–29.
4. Ерохин В. В. // Клеточная биология легких в норме и при патологии. – М., 2000. – С. 422–449.
5. Каминская Г. О., Абдуллаев Р. Ю., Мартынова Е. В. // Пробл. туб. – 2009. – № 11. – С. 40–48.
6. Ким Л. Б., Калмыкова Е. Ю. // Клини. лаб. диагн. – 2006. – № 5. – С. 13–18.
7. Кулинский В. И. // Сиб. мед. журн. – 2007. – № 1. – С. 95–101.
8. Ляпина Е. А., Шульдяков А. А., Соболева Л. А. и др. // Клини. лаб. диагн. – 2009. – № 11. – С. 20–22.
9. Макинский А. И., Доценко В. Л., Спирина А. Я. // Пробл. туб. – 2000. – № 4. – С. 36–39.
10. Титов В. Н. // Клини. лаб. диагн. – 2004. – № 7. – С. 3–11.
11. Яблонский П. К., Александрова Н. И., Федорова Т. А. // Пробл. туб. – 2001. – № 9. – С. 13–17.
12. Almeida M. L., Barbieri M. A., Gurgel R. Q. et al. // Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg. – 2009. – Vol. 103, N 6. – P. 575–580.

Поступила 01.03.11

ГЕМАТОЛОГИЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.155.194.7-07:616.151.5

Р. Н. Шишина¹, Т. А. Пчелинцева¹, Т. А. Савенко², Т. А. Балакина², М. Л. Маркова²**СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИЕЙ В ПЕРИОД РАЗВЕРНУТЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ БОЛЕЗНИ**¹ФГУ Российский геронтологический научно-клинический центр Росздрава, ²ФБГУ Гематологический научный центр Минздравсоцразвития РФ, Москва

В большинстве случаев непосредственной причиной летальных исходов при апластической анемии (АА) является повышенная кровоточивость. С учетом многофакторной причинности развития геморрагического синдрома необходимо иметь информативные и доступные характеристики в оценке состояния системы гемостаза при АА для разработки рационального применения соответствующей терапии. Цель работы – определение особенностей системы гемостаза у больных АА в острый период болезни. При комплексном изучении показателей системы гемостаза в острый период течения АА выявлены наиболее характерные ее изменения, выражающиеся в наличии признаков активации системы гемостаза, снижении уровня фактора XIII, угнетении системы фибринолиза, качественной неполноценности тромбоцитов периферической крови, что свидетельствовало о их значении в патогенезе кровоточивости у пациентов с АА.

Ключевые слова: апластическая анемия, активация гемостаза, геморрагический синдром, тромбоцитогаммы