

Е.Ф. Лушникова (1977). При этом 1–2 степень лечебного патоморфоза определена в 4 случаях, 3 степень – в 12 случаях и 4 степень – в 4 наблюдениях.

Выводы. Продemonстрированное положительное влияние предоперационной химио-

лучевой терапии на местное распространение злокачественного процесса, благоприятный профиль безопасности допускает дальнейшее лечение больных с местнораспространённым раком прямой кишки по схеме.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ У ОНКОБОЛЬНЫХ

А.Н. ШИЛОВА, А.Ф. ЛАЗАРЕВ, Е.Ф. КОТОВЩИКОВА

*ГОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Росздрава, г. Барнаул
Алтайский филиал РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, г. Барнаул
Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул*

Актуальность. У онкологических больных имеется высокая предрасположенность к развитию тромбозов глубоких вен (ТГВ) и тромбоэмболии легочных артерий (ТЭЛА), которые часто обнаруживаются на самых ранних доклинических стадиях развития опухолевого процесса, что обозначается в литературе как «синдром Труссо». Известно, что в формировании тромбофилического статуса у пациентов с онкопатологией значительную роль играют изменения коагуляционного гемостаза. Доказано, что у большинства онкологических больных имеется тромbogenный сдвиг, характеризующийся гипертромбинемией и гиперфибриногенемией, а в части случаев гипертромбоцитозом, дефицитом плазминогена, повышением активности VIII фактора и нарушением в системе протеина С. Однако до настоящего времени исследований, посвященных изучению функциональной активности тромбоцитов как в отечественной, так и в зарубежной литературе крайне недостаточно.

Цель исследования. Изучить агрегационную функцию тромбоцитов у больных раком молочной железы и желудочно-кишечного тракта.

Материал и методы. Мы изучили агрегационную функцию тромбоцитов у 175 онкобольных. Среди них опухоль молочной железы была обнаружена у 119 больных, рак желудка – у 28 и рак толстой кишки – у 28. Среди них было 152 женщины и 23 мужчины, средний возраст – 56,8 ± 2,6 года.

Результаты. Выяснилось, что у онкологических больных происходит повышение как

спонтанной, так и индуцированной агрегации тромбоцитов (на все индукторы, кроме адреналина). Выяснилось также, что у женщин с опухолью молочной железы повышение агрегации тромбоцитов наблюдается достоверно чаще, чем у больных раком желудка и толстой кишки, соответственно 65,5 ± 4,4 % против 39,3 ± 6,5 % случаев ($p < 0,001$). Кроме того, у больных раком молочной железы происходит достоверное повышение ристомидин-агрегации в среднем до 117,0 ± 1,6 % в контрольной группе – 80,1 ± 4,3% ($p < 0,001$), что свидетельствует об изменении антитромботического потенциала сосудистой стенки на тромbogenный. При анализе агрегации тромбоцитов в зависимости от стадии опухолевого процесса было обнаружено, что наиболее высокие показатели спонтанной и АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов отмечаются при II стадии рака. Так, при I стадии спонтанная агрегация тромбоцитов составила 28,6 ± 1,6 %, при II стадии – 34,1 ± 1,4 %, при III стадии – 24,2 ± 1,8 %. Показатели АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов были следующими: при I стадии – 80,1 ± 1,2 %, при II стадии – 87,0 ± 1,6 %, при III стадии – 63,6 ± 1,4%. Снижение агрегационной функции тромбоцитов при III стадии опухолевого процесса было обусловлено применением анальгетиков, которыми в этот период пользовались все больные.

Выводы. У больных злокачественными опухолями происходит достоверное повышение как спонтанной, так и индуцированной агрегации

тромбоцитов, что вносит свой вклад в формирование тромбофилического статуса у онкологических больных, играет непосредственную патогенетическую роль в прогрессировании опухолевого процесса и в метастазировании. В связи с этим применение дезагрегантов должно

стать неотъемлемой частью лекарственной коррекции нарушений гемостаза у онкобольных, что приведет не только к уменьшению риска возникновения тромботических осложнений, но и повысит выживаемость онкологических больных.

ПОКАЗАТЕЛИ КОАГУЛЯЦИОННОГО ГЕМОСТАЗА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

А.Н. ШИЛОВА, С.А. ХОДОРЕНКО, А.Ф. ЛАЗАРЕВ, Ю.Н. ШИЛОВА

*ГОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Росздрава, г. Барнаул
Алтайский филиал РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, г. Барнаул
Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул*

Актуальность. Известно, что онкологические больные относятся к группе высокого риска по развитию спонтанных и послеоперационных тромбозов и тромбоэмболий. Однако имеющиеся в литературе данные недостаточно отражают механизм формирования тромбофилического статуса у онкобольных, степень нарушений в системе гемостаза в зависимости от стадии опухоли. Это приводит к грубым ошибкам ведения таких больных, возникновению поздних и рецидивирующих тромбоэмболий.

Цель исследования. Определить степень тромбогенного риска у больных раком толстой кишки и желудка, направляемых на хирургическое лечение по исходному уровню растворимого фибрина в плазме и ряда других параметров коагулограммы (гиперфибриногенемии, гипертромбоцитоза, дефицита антитромбина III, плазминогена).

Материал и методы. Мы изучили ряд параметров коагуляционного гемостаза у 102 больных в возрасте от 50 до 76 лет со злокачественными опухолями толстой кишки и желудка. Для выявления характера изменений системы гемостаза в зависимости от локализации опухолевого процесса проведен сравнительный анализ исходных параметров указанной системы у 37 больных раком желудка и у 65 – раком толстой кишки.

Результаты. Выяснилось, что наиболее значимые нарушения как по средним показателям, так и по частоте выявления обнаружили у обследованных нами больных по содержанию

растворимого фибрина в плазме, как показателя повышенного содержания в ней тромбина. Гипертромбинемия была выявлена нами у 82,4% больных. Повышение уровня D-димера – у 31,6% пациентов. Кроме того, у 3 % больных было выявлено снижение одного из важнейших антикоагулянтов крови – антитромбина III, у 12% – снижение уровня плазминогена, у 14% больных – тромбоцитоз. Выяснилось, что у больных с раком III–IV стадии по сравнению с пациентами с I–II стадией заболевания достоверно более высок уровень одного из маркеров тромбинемии – растворимого фибрина, соответственно $15,4 \pm 1,0$ мг% и $10,7 \pm 0,9$ мг% ($p < 0,001$). У больных с III–IV стадией заболевания по сравнению с пациентами с I–II стадией рака в большей степени повышена концентрация фибриногена – $4,4 \pm 0,1$ г/л и $3,9 \pm 0,1$ соответственно ($p < 0,001$). Таким образом, по мере прогрессирования рака нарушения в системе гемостаза усугубляются, и риск развития тромбоэмболических осложнений увеличивается. Выяснилось, что изменения в системе гемостаза были однотипными у больных раком желудка и толстой кишки по большинству исследуемых показателей.

Выводы. У большинства больных с висцеральными формами рака до операции имеется тромбогенный сдвиг, характеризующийся гипертромбинемией и гиперфибриногенемией, а у части пациентов – гипертромбоцитозом и дефицитом плазминогена, что оправдывает отнесение этой патологии к тромбофилиям.