

означает повышение концентрации клеток и макромолекул. Изменения могут быть более выраженными у пациентов со склонностью к отекам.

Постаналитический этап можно разделить на внутрилабораторную и внелабораторную часть. Основной элемент внутрилабораторной части постаналитического этапа — проверка квалифицированным специалистом КДЛ результата анализа на предмет его аналитической достоверности, биологической вероятности и правдоподобия, а также сопоставление каждого результата с референсными интервалами, ранее проведенными аналогичными исследованиями или параллельно проведенными другими исследованиями у того же больного.

Важно, чтобы, получив результаты анализов, врач мог адекватно оценить их. Для этого лаборатория обязана предоставить информацию о референсных величинах используемых методов.

ВЫВОДЫ

1. Вопросы обеспечения качества лабораторных исследований имеют первостепенное значение.
2. Заявка на исследования должна включать минимально достаточный перечень лабораторных тестов для обследования пациента.
3. Без правильных современных лабораторных исследований невозможны диагностика и лечение заболеваний.

Д.Ч. Санжиева, Е.Я. Салдамаева, С.Ц. Ябжанова

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ВТОРИЧНЫХ КОМПЛЕКСНЫХ НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА ПРИ ДВС-СИНДРОМЕ

Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)

При ведении пациентов с подозрением на нарушения системы гемостаза, как ни в каком другом разделе медицины, важны результаты лабораторных исследований. Многие геморрагические заболевания имеют сходную клиническую картину, однако требуют разных терапевтических подходов. Тромботические проявления, как правило, возникают при сочетании разных протромботических факторов, как врожденных, так и приобретенных. Лабораторная диагностика позволяет выявить эти факторы и провести не только лечение развившегося тромбоза, но и фоновых изменений, предупредить рецидивы тромбозов, контролируя терапию.

Основными задачами лабораторных исследований у пациентов с нарушениями гемостаза являются:

- диагностика нарушений системы гемостаза;
- контроль проводимой терапии.

Ведущим механизмом патологических изменений при ДВС являются нарушения в системе микроциркуляции. Выпадение фибрина в мелких сосудах сопровождается замедлением кровотока, травматизацией с изменением формы эритроцитов, увеличением анизоцитоза. Количественной характеристикой анизоцитоза эритроцитов является увеличение показателя RDW (№ 10,0 — 16,5 % CV), определяемого гематологическим анализатором и рассчитываемого как коэффициент вариации объема клеток. Травматизация эритроцитов сопровождается внутрисосудистым гемолизом: повышение свободного Hb, неконъюгированного билирубина и ретикулоцитоз.

Тромбоциты при ДВС всегда вовлечены в развитие патологических реакций. Тромбоцитопения (менее 150 тыс./мкл) возникает в результате потребления тромбоцитов. Тромбоцитопатия развивается в результате реактивного выброса в кровоток незрелых тромбоцитов и потребления наиболее полноценного пула тромбоцитов.

Основным лабораторным показателем нарушения тромбоцитарно-сосудистого гемостаза при ДВС-синдроме является: острое снижение в крови тромбоцитов при одновременном повышении спонтанной агрегации. Однако при значительной тромбоцитопатии агрегация, как спонтанная, так и индуцированная, будет сниженной.

Активация системы гемостаза, приводящая к тромбозу, сопровождается появлением в крови специфических маркеров. Гиперкоагуляция в плазменном звене проявляется в первую очередь избыточной активацией тромбина, что определяется лабораторными тестами, характерными для ДВС-синдрома: ПДФ, ТАТ, ПАП, РФМК, ФПА и др.

При подозрении на возможность развития острого ДВС-синдрома рекомендуется срочно исследовать число тромбоцитов и содержание фибриногена. В этих случаях снижение числа тромбоцитов и уровня фибриногена до нормальных величин является серьезным основанием для подозрения на начало ДВС. В этом случае рационально, кроме числа тромбоцитов и фибриногена, провести общие скрининговые тесты — ПВ, АЧТВ и ТВ, а также исследовать активность естественных антикоагулянтов, прежде всего

антитромбина. Однако при трактовке общих скрининговых тестов следует помнить, что на показатели ПВ и АЧТВ в значительной степени влияет тромбин, который в избытке имеется в плазме больных с острым ДВС и может стать причиной нормальных результатов даже на фоне значительного снижения прокоагулянтов. Поэтому для подтверждения диагноза ДВС рекомендуется провести специальные тесты на повышенное образование тромбина и плазмينا.

Для хронического ДВС-синдрома характерно повышение маркеров тромбинемии, в т.ч. Д-димеров. Основные тесты, указывающие на активацию свертывающей системы — это тесты, выявляемые иммунохимическими методами. Ручные методы латекс-агглютинации также достаточно широко используются в диагностике механизмов нарушения гемостаза, но они постепенно заменяются автоматизированными методами иммунохимии.

Все более активно в клинику внедряются экспресс-тесты прикроватной диагностики (Д-димеры, фибринопептиды, ТАТ), основанные на принципе иммунохимии. Определение Д-димеров имеет высокую диагностическую чувствительность, но относительно низкую специфичность для ДВС-синдрома. Высокая чувствительность — показатель наибольшей надежности; использование этого теста гарантирует выявление ДВС. Низкая специфичность обусловлена ложноположительными результатами, объясняется это тем, что данный тест фактически выявляет продукты деградации фибрина, который составляет основу любых тромбов и не зависит от причины их образования. Поэтому этот тест выявляет лизис нерастворимого фибрина, а реактивный фибринолиз — практически обязательный элемент ДВС.

Таким образом, в постановке диагноза ДВС-синдрома требуется тщательная оценка клинических и лабораторных данных. Лабораторная диагностика нарушений системы гемостаза является важным фактором эффективности лечения многих заболеваний.

Т.Д. Санжиева, Ч.Ц. Цыбикова, Л.В. Манкетова

РАЗВИТИЕ СУРДОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В БУРЯТИИ

Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)

Сурдологопедический кабинет был создан при республиканской поликлинике в 1975 году. Предпосылкой для создания данного кабинета послужило практическое отсутствие специализированного диагностического кабинета и сурдологической помощи детям и взрослым. При создании кабинета были поставлены следующие задачи: проведение топической дифференциальной диагностики поражения слуха с использованием клинического аудиометра, проведение сурдологопедической работы с детьми в виде амбулаторных циклов занятий.

Основную массу детей и взрослых, которые проходили реабилитацию в сурдологопедическом кабинете, составляли пациенты с тяжелыми формами сенсоневральной тугоухости и глухоты. В кабинете работали: врач-сурдолог Цыбикова Чимитцо Цыреновна, сурдопедагог Манкетова Любовь Владимировна и медицинская сестра-аудиометрист Бальжирова Зоя Семеновна.

Слухопротезная помощь оказывалась оториноларингологом совместителем в республиканской поликлинике, им проводилось обследование пациента и выдача направления для подбора слухового аппарата в «Медтехнике». В кабинете ушного протезирования в то время работал Баженов Александр Михайлович.

В 1981 г. приказом Министерства здравоохранения Бурятской АССР был создан сурдологопедический центр путем объединения сурдологопедического кабинета и кабинета ушного протезирования. Создание сурдологопедического центра позволило более рациональное использование квалифицированных кадров, специального аудиологического оборудования, что повысило эффективность и качество сурдологической и слухопротезной помощи населению.

В разное время работали врачами-слухопротезистами А.Ц. Дондитов, И.П. Павленова, А.Б. Цыбе-нов.

Проблема реабилитации детей и взрослых с нарушением слуха является комплексной и требует участия различных специалистов: с 1990 года в центре врачом-невропатологом работает Нелип Светлана Владимировна, медсестрами: Жамсуева Валентина Эрдынеевна, Иванова Марина Петровна. С 2005 года в центре работает сурдолог - отоларинголог Санжиева Татьяна Доржиевна. Заведующей центром с 1981 по 2006 г. работала Цыбикова Ч.Ц., заслуженный врач Бурятской АССР, с 2007 г. заведующей центром работает Санжиева Т.Д. За последние 4 года специалистами центра активно направляются дети с выраженными нарушениями слуховой функции на высокотехнологичные методы реабилитации, как кохлеарная имплантация. Эта работа проводится совместно с Министерством здравоохранения Республики Бурятия.