

лемии, а учитывая сдвиги скорости внутрисосудистого свертывания крови и о начальной (гиперкоагулемической) фазе диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови. Важной особенностью является то, что наряду с активацией гемостаза наблюдалась активация ПОЛ в тромбоцитах при одновременном снижении антиоксидантной активности. Введение компливента ограничило вызываемые ригевидоном изменения, и придало им отчасти противоположную направленность, что позволяет считать целесообразным его применение как средства неспецифической коррекции гемостатических сдвигов при назначении оральных контрацептивов.

## ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ОСТРОМ ЛИМФОБЛАСТНОМ ЛЕЙКОЗЕ У ДЕТЕЙ

Рощик А.С., Колесникова О.И.

*Алтайский государственный медицинский университет, Алтайская краевая клиническая детская больница  
Барнаул, Россия*

Острые лейкозы – самая частая форма опухолевых заболеваний у детей. Одним из клинических синдромов этого заболевания является геморрагический синдром. До недавнего времени причиной геморрагического синдрома при острых лейкозах у детей считали тромбоцитопению. Вместе с тем современная химиотерапия острых лейкозов у детей приводит к тяжелым полиорганным нарушениям, сопровождающимся нарушениями свертывающей системы крови, фибринолиза и сосудисто-тромбоцитарного гемостаза. Нередко при остром лейкозе, вне зависимости от формы и его варианта, применяемой терапии, развивается диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови. Все это указывает на необходимость исследования системы гемостаза у больных острым лейкозом с целью профилактики и лечения геморрагического синдрома.

Оценить состояние системы гемостаза у детей с острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ) до- и на программной химиотерапии (БФМ-90).

Было обследовано 53 ребенка с ОЛЛ. Исследование системы гемостаза проводилось до начала химиотерапии (1 группа) и на фоне лечения (2 группа). Показатели системы гемостаза до начала химиотерапии сравнивали с таковыми у детей с ОЛЛ в периоде ремиссии (3 группа). Состояние системы гемостаза оценивалось по показателям активированного парциального тромбопластинового времени (АПТВ), протромбинового (ПТВ), тромбинового (ТВ) и эхитоксового времени (ЭВ), фибриногена, активности антитромбина III, скрининга нарушений в системе протеинов С и S по нормализованному отношению (НО), XII-а зависимого лизиса эуглобулинов, эуглобулинового лизиса, активированного стрептокиназой с подсчетом индекса резерва плазминогена, уровня плазминогена.

У всех больных с ОЛЛ до химиотерапии отмечался геморрагический синдром средней степени тяжести. Сравнительный анализ параметров гемостаза показал, что у больных 1 группы, в отличие от больных 3 группы, отмечается гиперкоагуляция по АПТВ  $33,5 \pm 3,1$  сек. ( $p < 0,05$ ), гипокоагуляция по ТВ и ЭВ и умеренная тромбинемия  $116,8 \pm 22,3$  мкг/мл ( $p < 0,05$ ). Концентрация фибриногена, протромбиновое время и НО были нормальными. Установлено снижение активности антитромбина III до  $70,1 \pm 9,1\%$  ( $p < 0,05$ ) и уровня плазминогена -  $62,8 \pm 4,1\%$  ( $p < 0,05$ ), а также угнетение XII-а зависимого лизиса эуглобулинов. На фоне химиотерапии у больных 2 группы, по сравнению с пациентами 1 группы, отмечалось усиление геморрагического синдрома, сопровождающегося следующими на-

рушениями гемостаза: гипокоагуляцией по АПТВ  $42,1 \pm 2,35$  сек. ( $p < 0,05$ ), достоверным усугублением гипокоагуляции по ТВ и ЭВ, сохраняющейся умеренной тромбинемии. Параллельно регистрировалось снижение физиологических антикоагулянтов – антитромбина III -  $53,7 \pm 8,5\%$  ( $p < 0,05$ ) и НО -  $0,58 \pm 0,02$  ( $p < 0,05$ ), угнетение XII-а зависимого лизиса эуглобулинов и снижение плазминогена до  $53,4 \pm 3,5\%$  ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, у всех детей с ОЛЛ до лечения развиваются разнонаправленные нарушения в системе гемостаза и усугубляются на фоне проведения химиотерапии, что сопровождается усилением геморрагического синдрома, препятствующего проведению химиотерапии в строго определенные сроки. Детям с ОЛЛ, на программной химиотерапии необходима диагностика нарушений системы гемостаза в динамике для своевременной их коррекции с целью предупреждения и лечения геморрагического синдрома, а, следовательно, повышения эффективности лечения ОЛЛ в детском возрасте.

## РЕЙТИНГОВАЯ ОЦЕНКА ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫМ МОНОНУКЛЕОЗОМ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ

Савина О.Г., Шаркова В.А.,  
Гордеев А.В.

*Государственный медицинский университет,  
Владивосток, Россия*

Инфекционный мононуклеоз (ИМ) – острое инфекционное заболевание, вызываемое вирусом Эпштейна-Барр, цитомегаловирусом и другими возбудителями, характеризующееся поражением ретикулоэндотелиальной и лимфатической систем, может принимать хроническое рецидивирующее течение, а так же трансформироваться в иммунодефицитное состояние. Изучение функционирования иммунной системы при ИМ, в том числе и разной этиологии, на современном этапе включает в себя процесс уточнения механизмов иммунологических реакций с позиции цитокиновой концепции.

Целью нашего исследования являлась оценка степени и характера выявленных изменений в цитокиновом статусе патологии с помощью рейтингового алгоритма иммунных нарушений. Материалом исследования послужили данные 42 детей больных ИМ разной этиологии в возрасте от 1 года до 14 лет. Диагностика инфекции осуществлялась по совокупности клинических, лабораторных и серологических данных. Уровни ИЛ-2, ИЛ-8, ИЛ-6 определялись методом иммуноферментного анализа. Для оценки степени иммунных расстройств использовали формулу А.М. Земского (1995).

При оценке степени и характера выявленных изменений в цитокиновом статусе зафиксирована отчетливая их зависимость от этиологического фактора. Так в острый период заболевания отмечается гиперсекреция ИЛ-6 и ИЛ-8 с преобладанием при ИМ-ВЭБ. Положительная клиническая динамика после комплексной терапии с включением циклоферона коррелирует со снижением уровня отмеченных цитокинов. Причем, при ВЭБ инфекции продукция ИЛ-6, регулирующего процессы созревания антителопродуцирующих клеток, меняется с 5 степени на 1, при ЦМВ - с 4 на 3. Динамика ИЛ-8, наоборот, более активна при ИМ-ЦМВ – снижение до 1 степени, ИМ-ВЭБ – с 5 до 3 степени. Динамика в секреции ИЛ-2 в различных этиологических группах была также однонаправленной, но обратной и не различалась в группах с ЦМВ и ВЭБ: дефект продукции в остром периоде менялся на 2 степень продукции. На наш взгляд, данный мониторинг позволяет не только ориентировочно судить о направлении, силе, типе иммунного ответа, но и косвенно судить о тяжести процесса и этиологическом компоненте.

## КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ СВЯЗИ МЕЖДУ РАЗМЕРАМИ ТАЗА И ОБЩИМИ