

Тромботические осложнения регистрируются у 3–7% детей с ОЛЛ, получающих терапию L-аспарагиназой, а смертность вследствие тромбозов в этой группе больных достигает 1–2%.

**Описание клинического случая.** Больной С., 6 лет, госпитализирован в отделение онкологии и гематологии 29.11.2024 с артропатией и двухростковой цитопенией (анемия, тромбоцитопения) для исключения дебюта гемобластоза. Из анамнеза выявлено, что болеет около 2 нед, при этом отмечались боли в области левого тазобедренного сустава, лихорадка до 38,5°C. При поступлении состояние удовлетворительное, очаговой неврологической симптоматики нет. Размеры печени +1,5 см, селезёнка +1 см. В анализе крови: гемоглобин 96 г/л, тромбоциты  $122 \times 10^9$ /л, лейкоциты  $10,65 \times 10^9$ /л, бласты 40%. В миелограмме: бластные клетки 93,6%. Иммунофенотип: ОЛЛ В-II с коэкспрессией CD33, CD117. FISH: t(12;21)(p13;q22). Диагноз: ОЛЛ В-II вариант, ЦНС-I, t(12;21). С 03.12.2024 начато лечение по протоколу ALL-MB 2015 (группа стандартного риска) с учётом критериев стратификации по возрасту, уровню лейкоцитов на момент диагностики и генетическим факторам риска. В индукции применялись дексаметазон, ПЭГ-аспарагиназа, даунорубицин, винкристин, интратекальная терапия (с пропуском 3 люмбальных пункций из-за тромбоза верхнего сагиттального синуса). На 19-й день терапии появились непроизвольные подергивания бровей, забывчивость, головная боль. При МРТ головного мозга с контрастированием и ангиографией выявлены синус-тромбоз верхнего сагиттального синуса и поверхностных вен правой теменной области, вазогенный отёк, венозный инсульт. Начата терапия нефракционированным гепарином (целевая анти-Ха-активность 0,4–0,9), затем переход на низкомолекулярный гепарин (фрагмин). Отмечалась положительная динамика по данным нейровизуализации, подтверждающая регресс синус-тромбоза. На фоне антикоагулянтной терапии: регресс неврологической симптоматики, нормализация когнитивных функций на 2-й день. Тромбофильные состояния не выявлены. По завершении индукции: МОБ-негативная клинико-гематологическая ремиссия. Ребёнок переведён на 1-й этап консолидации.

**Заключение.** Тромботические осложнения при ОЛЛ у детей остаются серьёзной проблемой, особенно при использовании L-аспарагиназы и глюкокортикоидов. Ранняя диагностика, мониторинг коагулограммы и своевременное назначение антикоагулянтов позволяют снизить риски и улучшить результаты лечения.

\*\*\*

\*\*\*

## ТРОМБОЗ ВЕРХНЕГО САГИТТАЛЬНОГО СИНУСА У РЕБЁНКА С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ

Ситтигуллина А.Р.

Научный руководитель: Н.В. Сидорова

Российский национальный исследовательский  
медицинский университет имени Н.И. Пирогова  
Минздрава России, Москва, Россия

**Ключевые слова:** *клинический случай; дети; острый лимфобластный лейкоз; тромбоз; диагностика*

**Актуальность.** Острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) является распространённым злокачественным заболеванием у детей. За последние десятилетия достижения в лечении ОЛЛ стали примером значительного прогресса в медицине. В современных условиях летальные исходы чаще связаны с осложнениями терапии, одним из которых является тромбоз.