

Выводы

Таким образом, главным предиктором болезни действительно можно считать алиментарно-конституциональное ожирение, которое наблюдалось у 68% исследуемых, что, несомненно, указывает на преобладающую роль фактора питания в развитии желчнокаменной болезни у детей. Данные лабораторных исследований, вероятно, в диагностике особой роли не играют, так как у большинства исследуемых находились в пределах нормы.

Нами был сделан вывод о несомненной взаимосвязи ЖКБ с такими патологиями пищеварительного тракта как ГЭР, ДГР и воспалительными заболеваниями слизистой желудка, так как частота встречаемости данных патологий в когорте исследуемых достигала 87%. Стоит отметить также и наличие поражений печени и поджелудочной железы, нетипичное для структуры заболеваний детского возраста.

С одной стороны можно предположить, что ЖКБ, в силу анатомо-физиологической общности органов пищеварительного тракта, может способствовать развитию вышеупомянутых заболеваний, с другой, все те же патологии могут способствовать образованию желчных камней [4]. Все это позволяет говорить о формировании коморбидных заболеваний уже в детском возрасте.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Хирургическое лечение желчнокаменной болезни у детей / И. Ю. Карпова [и др.] // Медицинский альманах. – 2021. – Т. 67, № 2. – С. 58–65.
2. Di Dato, F. / F. Di Dato, G. Ranucci, R. Iorio // Pediatric Hepatology and Liver Transplantation. – 2019. – С. 219–226.
3. Новикова, В. П. Состояние желчевыводящих путей при ожирении у детей / В. П. Новикова, В. А. Калашникова // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2016. – Т. 1. – С. 79–86.
4. Маталаева, С. Ю. Желчнокаменная болезнь у детей и коморбидность / С. Ю. Маталаева // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2021. – Т. 66, № 3. – С. 34–39.

УДК 616-001.17-036.8:616.151.5-073

П. В. Скакун

*Научные руководители: к.м.н., доцент Е. В. Жилинский,
д.м.н., профессор С. А. Алексеев*

*Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь*

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЯ ПТВ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ЕГО СВЯЗЬ С ИСХОДОМ

Введение

При значительной площади ожоговых ран у пострадавших развивается комплекс реакций в организме, приводящий к развитию ожоговой болезни. Данное состояние проявляется нарушениями функций различных органов и систем, запуском иммунных и воспалительных реакций, изменениями в метаболизме и развитием ожогового шока. Такие изменения могут привести к органной недостаточности и летальному исходу. В патогенезе ожоговой болезни выделяют несколько стадий: стадия ожогового шока, длительность которого варьируется от 2 до 4 дней в зависимости от тяжести поражения, затем следует стадия ожоговой токсемии, продолжающаяся до 10–12 дней, за ней идет стадия септико-токсемии с развитием инфекционных осложнений, и заканчивается процесс восстановительной фазой или периодом ожогового истощения [1].

Коагулопатия, развивающаяся как осложнение ожоговой травмы, часто имеет сходные симптомы с теми, что наблюдаются у больных с сепсисом или тяжелыми травмами, однако также присутствуют уникальные особенности. У пациентов с ожогами риск летального исхода возрастает как непосредственно после получения травмы, так и в последующие этапы болезни ввиду развития осложнений, в том числе и нарушения системы гемостаза. Однако, в данный момент отсутствуют определенные рекомендации по диагностике и лечению коагулопатии у ожоговых пациентов, что подчеркивает необходимость дальнейших исследований в этом направлении [2, 3].

Цель

Проанализировать изменения ПТВ, как показателя стандартной коагулограммы у пациентов в раннем периоде ожоговой болезни в зависимости от исхода травмы.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось в соответствии с Хельсинской декларацией «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека» с поправками 2000 г. Информированное согласие пациента (родственников) на участие в исследовании содержит сведения согласно Закону «О защите прав и достоинств человека в биомедицинских исследованиях в государствах СНГ» (принят Межпарламентской Ассамблеей СНГ 18.10.2005 № 26-10). Критериями включения являлись: возраст старше 18 лет, индекс тяжести поражения свыше 30 единиц. Критериями исключения считали: несогласие пациента или его родственников на участие в исследовании, смерть в период ожогового шока, неразглашение данных в связи с тайной следствия.

На основании проведенного анализа медицинской документации и исследования биологического материала пациентов УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» в 2019–2022 годах с целью изучения динамики ПТВ все пациенты (n=46) нами разделены на 2 группы: группа пациентов с благоприятным исходом (n=21) и группа пациентов с неблагоприятным исходом (n=25). Группа пациентов с неблагоприятным исходом была достоверно старше и имела достоверно большую площадь ожоговых ран, по остальным показателям (пол, общая площадь ожоговых ран) группы были однородны. В качестве методов математической обработки данных были выбраны непараметрические, так как большинство переменных были распределены по отличному от нормального распределению. Статистический анализ проводился с помощью программного пакета SPSS 16.0, MS Excel Attestat.

Результаты исследования и их обсуждение

Уровень ПТВ у пациентов разных групп в первые 9 суток с момента травмы приведен в таблице 1 и на рисунке 1.

Таблица 1 – Значение ПТВ у пациентов с тяжелой ожоговой травмой

Сутки	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
ПТВ у всех пациентов, сек	12,4	13,6	13,7	13,6	13,2	13,7	14,0	14,2	14,0	13,8
ПТВ у пациентов с благоприятным исходом, сек	12,5	13,3	13,4	13,1	13,2	13,9	13,9	13,9	14,0	13,8
ПТВ у пациентов с неблагоприятным исходом, сек	12,3	13,8	14,0	14,0	13,2	13,6	14,1	14,4	14,0	13,9
p	0,3	0,07	0,04	0,04	0,274	0,605	0,659	0,876	0,947	0,9

Уровень ПТВ у пациентов при поступлении в среднем находился в границах нормальных значений, однако наблюдалось увеличение ПТВ выше верхней границы нормы,

достигая максимума ко 2–3 суткам, после чего средний уровень снижался практически до нормального уровня к 4–5 суткам. В дальнейшем уровень ПТВ нарастал к 7–8 суткам. Уровень ПТВ на 2–3 сутки с момента травмы у пациентов с благоприятным исходом был достоверно ниже, чем у пациентов с неблагоприятным исходом (рисунок 1).

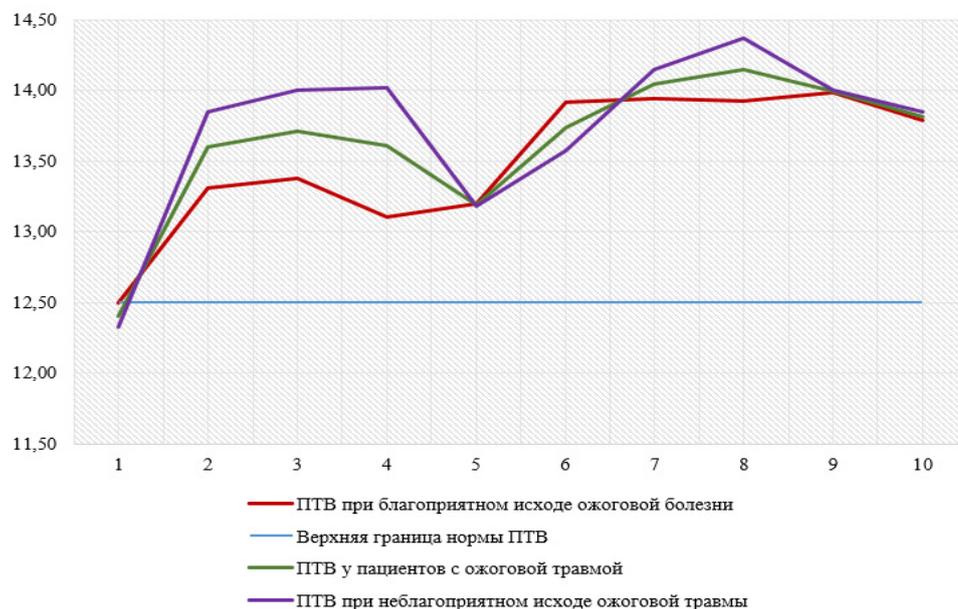


Рисунок 1 – Динамика изменений ПТВ у пациентов с тяжелой ожоговой травмой

На данный момент нет единого мнения относительно уровня ПТВ, как и общего состояния системы гемостаза у пациентов после тяжелой ожоговой травмы. Ряд исследований показывает, что в течение первых 7 дней после травмы прокоагулянтный потенциал увеличивается в первый день и сохраняется незначительно повышенным [3, 4]. Эти данные соответствуют нашим результатам и отражают высокий ПТВ в первые 9 суток с момента травмы. Так же наши результаты соответствуют данным литературы, согласно которым повышение ПТВ связано с неблагоприятным исходом [1, 4].

Выводы

У пациентов с ожоговой болезнью в нашем исследовании наблюдается рост ПТВ со 2-х суток после травмы, при этом уровень ПТВ достоверно выше в группе пациентов с неблагоприятным исходом в первые 3 суток с момента травмы.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Glas, G. J. Coagulopathy and Its Management in Patients With Severe Burns / G. J. Glas, M. Levi, M. J. Schultz // J. Thromb. Haemost. – 2016. – Vol. 14, № 5. – P. 865–874.
2. Coagulation Alterations in Major Burn Patients: A Narrative Review / P. Guilabert [et al.] // J. Burn Care and Research. – 2023. – Vol. 44, № 2. – P. 280–292.
3. Major Burn Injury is not Associated with Acute Traumatic Coagulopathy / R. P. Lu [et al.] // J. Trauma Acute Care Surg. – 2013. – Vol. 74, № 6. – P. 1474–1479.
4. Early correction of coagulopathy reduces the 28 – day mortality in adult patients with large – area burns / K. Xiao [et al.] // Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban. – 2021. – Vol. 46, № 8. – P. 851–857.