

с неровными краями. Верхний край куска пищи четко заметен на фоне контрастного агента. Рентгенонегативные ИТ могут быть ошибочно приняты за стриктуру. Небольшие по размеру рентгенонегативные ИТ помогает выявить проглатывание хлопкового шарика, смоченного в контрастном веществе. Однако в нашем наблюдении данная методика не использовалась. В 1 (5,6 %) случае выполнялось МРТ органов средостеня. МРТ помогает выявить осложнения, которые в наших наблюдениях отсутствовали.

Выводы

Основным методом диагностики ИТП является эзофагогастроскопия. Для выяснения точной локализации и размеров ИТ используют рентгенографию шейного отдела позвоночника в прямой и боковой проекциях, прицельную рентгенографию пищевода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Случай необычного инородного тела пищевода / А. Л. Чарышкин [и др.] // Журнал им. Н. В. Склифосовского. — Неотложная медицинская помощь. — 2019. — С. 337–339.
2. Войновский, А. Е. Диагностика и лечение при инородных телах желудочно-кишечного тракта / А. Е. Войновский // Хирургия. — 2012. — № 8. — С. 51–54.
3. Review of Foreign Body Ingestion and Esophageal Food Impaction Management in Adolescents / B. Sahn [et al.] // J. Adolesc Health. ePub. — 2014.

УДК 616.13/.14-002.151-053.2

КОАГУЛЯЦИОННЫЙ СТАТУС У ДЕТЕЙ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ВАСКУЛИТОМ

Штаненко А. В., Рида Х.

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. А. Ходулева

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Геморрагический васкулит (ГВ) является полиэтиологичным заболеванием группы иммунокомплексных болезней с преимущественным поражением мелких сосудов кожи, суставов, желудочно-кишечного тракта и почечных клубочков.

По своей распространенности занимает первое место среди других системных васкулитов: частота заболевания составляет в среднем 25 случаев на 100 тыс. населения в год. Основой патогенеза ГВ является образование циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), вызывающих асептическое воспаление сосудов микроциркуляторного русла с последующим множественным микротромбообразованием, угрожающим развитием ДВС синдрома. Развитие геморрагического васкулита у детей сопровождается формированием выраженных нарушений различных звеньев системы гемостаза.

Цель

Дать оценку коагуляционного статуса у детей с геморрагическим васкулитом.

Материал и методы исследования

На базе гематологического отделения для детей ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» нами изучены данные амбулаторных карт и историй болезней пациентов с впервые диагностированным ГВ за период с 2016 по 2020 гг. Всего обследовано 40 детей в возрасте от 0 до 18 лет. Диагноз верифицировался на основании клинических проявлений кожного синдрома по васкулитно-пурпурному типу кровоточивости. С целью оценки состояния системы гемостаза определялись следующие показатели коагулограммы: Д-димер, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), фибриноген и тромбиновое время.

Данные показатели анализировались при первичной диагностике и после лечения до достижения ремиссии. В качестве базисной терапии все пациенты получали нефракционированный гепарин в суточной дозе 150–500 ЕД/кг. Средняя продолжительность лечения составила 3 недели. Статистическая обработка материала проводилась с помощью программы «Statistica» 6.0. Использовались непараметрические методы с расчетом медианы (Me), верхнего и нижнего квартиля. Значимость различий оценивали методом согласованности пар с использованием критерия Уилкоксона и Манна — Уитни. При оценке достоверности различий использовали порог значений достоверности $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Всего обследовано 40 детей, мальчики болели несколько чаще, чем девочки в соотношении 1,5: 1. Средний возраст обследованных пациентов составил $8 \pm 2,5$ лет. Преобладали дети в возрасте от 6 до 12 лет (48,7 %). У 22,5 % пациентов ($n = 9$) диагностирована висцеральная форма заболевания (наличие абдоминального и (или) почечного синдромов) и у 77,5 % пациентов ($n = 31$) — невисцеральная форма ГВ (наличие кожного и суставного синдромов). Анализ показателей коагулограммы при инициальной диагностике ГВ позволил выявить разнонаправленные изменения АЧТВ: от 24,5 до 73,8 с, но в большинстве случаев наблюдалась нормакоагуляция (92,5 %). При этом медиана АЧТВ до лечения составила 29 с (27,20...32,75) и достоверно не отличалась от аналогичного показателя после антикоагулянтной терапии 28,2 с (25,70...31,05) (таблица 1). Зарегистрировано удлинение АЧТВ у 3 (7,5 %) пациентов может быть объяснено накоплением большего количества ранних и поздних продуктов деградации фибрина, растворимых фибрин-мономерных комплексов и более выраженным потреблением факторов свертывания.

Таблица 1 — Показатели коагулограммы при геморрагическом васкулите у детей

Показатель	До лечения	После лечения	p
	Me (25–75 %)	Me (25–75 %)	
АЧТВ (с)	29 (27,2...32,75)	28,2 (25,7...31,05)	0,268382
ТВ (с)	16,2 (15,2...18)	17 (15,8...18)	0,867632
Фибриноген (г/л)	3,7 (2,94...4,6)	3 (2,50...3,5)	0,000427
Д-димеры (нг/мл)	569 (269...1129)	217,5 (168...250)	0,000007

Значения ТВ до начала терапии также, как и показателя АЧТВ в большинстве случаев находились в пределах нормальных значений, и его медиана не отличалась от данного показателя после лечения: 16,2 с (15,2...18) и 17 с (15,8...18) соответственно. Установлена достоверная разница в медиане показателя фибриногена: до лечения — 3,7 г/л (2,94...4,6) и 3 г/л (2,5...3,5) — после терапии гепарином. При этом инициально у 35 % пациентов уровень фибриногена превышал нормальные значения при максимальном показателе — 6 г/л. После гепаринотерапии ни у одного пациента не зарегистрировано повышение уровня фибриногена. Учитывая, что ФГ относится к острофазовым белкам, гиперфибриногемия в острую фазу ГВ может свидетельствовать о наличии инфекционного процесса, сыгравшего разрешающую роль в развитии заболевания. Известно, что Д-димеры являются специфическими продуктами деградации фибрина, которые увеличиваются в крови после лизиса сгустка под влиянием плазмина и других неспецифических фибринолитиков. Уровень Д-димеров позволяет судить об интенсивности процессов образования и разрушения фибриновых сгустков и является наиболее чувствительным показателем, отражающим состояние гиперкоагуляции. В данном наблюдении медиана Д-димеров до лечения составила — 569 нг/мл (269...1129) и достоверно отличалась от данного показателя после лечения — 217,50 нг/мл (168...250). Уровень Д-димеров в острую фазу варьировал от 147 до 8579 нг/мл и превышал нор-

мальные значения у 80 % пациентов. После купирования острой фазы заболевания показатель Д-димеров превышал нормальные значения только у 20 % пациентов при максимальном значении — 631 нг/мл.

Выводы

Результаты проведенных исследований позволяют сделать следующие выводы. ГВ чаще диагностировался у детей в возрасте от 6 до 12 лет (48,7 %), преобладала невисцеральная форма заболевания (77,5 % пациентов). Инициально коагуляционный статус при ГВ у детей характеризовался состоянием гиперкоагуляции, что продемонстрировал показатель Д-димеров, превысивший референтные значения у 80 % пациентов при медиане составившей 569 нг/мл. Показатели вторичного гемостаза после проведенной базисной терапии и при достижении клинической ремиссии соответствовали нормокоагуляции с уровнем Д-димеров, достоверно более низким при сравнении с инициальными значениями (217,5 нг/мл), что свидетельствовало об эффективности антикоагулянтной терапии.

УДК 616.379-008.64

**ЗНАЧИМОСТЬ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ СОСТОЯНИЙ,
АССОЦИИРОВАННЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

Ястребов В. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *Е. М. Хардикова*

**Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Курск, Российская Федерация**

Введение

По мнению International Diabetes Federation (IDF), Россия занимает пятое место в мире по числу больных сахарным диабетом (СД) после Китая, Индии, США и Бразилии. Рост распространенности заболевания происходит в основном за счет СД 2 типа, на который приходится 9 из 10 всех случаев заболевания. При этом у 50 % от этого числа СД протекает скрыто. В свою очередь, состояние, при котором показатели сахара крови еще не достигли критериев сахарного диабета, но уже выходят за границы нормы, именуется предиабетом [1]. Следовательно, рост количества таких состояний создает благоприятную почву для дальнейшего увеличения заболеваемости СД2, с последующими осложнениями его течения, во всем мире, что заставляет специалистов уделять этому аспекту больше внимания, т.к. оперативные действия на ранней стадии предиабета способны существенно уменьшить риск развития данной эндокринной патологии, а также улучшить качество жизни уже заболевших пациентов [2].

Цель

Выявить зависимость между наличием факторов предиабета и развитием самого заболевания в будущем; показать значимость выявления биомаркеров диабета на ранних этапах.

Материал и методы исследования

Для проведения нашего исследования были выбраны критерии предиабета Американской диабетической ассоциации. Согласно этим критериям, люди, имеющие в анамнезе значение глюкозы плазмы натощак в диапазоне 5,6–6,9 ммоль/л, а также уровень сахара крови после проведения перорального глюкозотолерантного теста от 7,8 до 11,1 ммоль/л и показатель гликированного гемоглобина в пределах 5,7–6,4%, и состав-