

сти клубочковой фильтрации, с параллельным уменьшением интенсивности почечного кровотока, что может объяснять поражение почек и увеличивает риск гепаторенального синдрома [4].

В свою очередь, при исследовании коагулограммы было выявлено, что у пациентов при сочетании цирроза печени и инфекции COVID-19, в сравнении с пациентами только с циррозом печени, отмечается повышение показателей фибриногена и ПТИ, что является характерной чертой COVID-ассоциированной коагулопатии как проявление системного воспаления [5].

ЛИТЕРАТУРА

1. Механизмы повреждения печени при COVID-19 / М. Г. Мнацаканян [и др.] // Терапевтический архив. 2021. № 93. С. 427–430.
2. Досыбаева, Г. Н. Постковидное поражение печени у больных циррозом печени / Г. Н. Досыбаева, Е. Т. Отумбаева, Ж. М. Рсалиева // Вестник Казахского Национального медицинского университета. 2021. № 4. С. 25–27.
3. Ильченко, А. Ю. COVID-19 и поражение печени / А. Ю. Ильченко, И. Г. Никитин, И. Г. Федоров // Архивъ внутренней медицины. 2020. № 3. С. 188–197.
4. Кульченко, Н. Г. Эпидемиология болезней почек у пациентов с COVID-19 / Н. Г. Кульченко // Research'n Practical Medicine Journal. 2020. № 3. С. 74–82.
5. Новая коронавирусная инфекция COVID-19 : клиническая и прогностическая значимость оценки фибриногена плазмы / А. Ю. Буланов [и др.] // Вестник интенсивной терапии имени А. И. Салтанова. 2020. № 4. С. 42–47.

УДК 616.61-002.3-036.11-06

СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Денисенко А. В.

**Научные руководители: старший преподаватель А. И. Презов¹;
старший преподаватель З. В. Грекова²**

¹Учреждение здравоохранения

«Гомельская городская больница скорой медицинской помощи»,

²Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Пиелонефрит — это неспецифическое бактериальное воспаление почечной паренхимы и собирательной системы почек, проявляющееся картиной инфекционного заболевания, характеризующееся лейкоцитурией и бактериурией, а также нарушением функционального состояния почек [1].

К факторам риска развития пиелонефрита относятся: общее снижение иммунного статуса, некоторые соматические патологии сердечно-сосудистой системы, сахарный диабет, беременность, несоблюдение личной гигиены и др. [2].

Возможно развитие большого числа осложнений острого пиелонефрита, которые делятся на местные (абсцесс, карбункул, паранефрит, пионефроз) и общие (переход острого процесса в хроническую форму, артериальная гипертензия, острая или хроническая почечная недостаточность, бактериальный токсический шок, сепсис) [3].

Исходя из этого исследование сопутствующих заболеваний острого пиелонефрита представляет интерес, что позволит планировать необходимый объем исследований для своевременного обнаружения заболевания, профилактики прогрессирования и осложнений заболевания.

Цель

Проанализировать сопутствующие заболевания у пациентов с острым пиелонефритом.

Материал и методы исследования

Проанализированы истории болезни 63 пациентов БСМП г. Гомеля, которым был поставлен диагноз острого пиелонефрита в 2019–2020 гг. для оценки сопутствующих заболеваний. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программного обеспечения «Microsoft Excel».

Результаты исследования и их обсуждение

Число пациентов мужского пола — 13(20,6%), женского пола — 50 (79,4 %). Отношение мужчин и женщин 1:4.

Средний возраст пациентов составил $\pm 45,7$ лет, при этом у мужчин — ± 55 лет, а у женщин — $\pm 43,8$ лет.

Среди пациентов с ИБС: атеросклеротическим кардиосклерозом 11 (22 %) были женщинами, а 4 (30,8 %) — мужчинами; артериальная гипертензия (АГ): 20 (40 %) женщин, 4 (30,8 %) мужчины; ожирение встречалось только у женщин, как и синусовая тахикардия, постоянная форма фибрилляции предсердий; сахарный диабет (СД) II типа — 5 (10 %) женщин и 1 (7,7 %) мужчина (таблица 1).

Таблица 1 — Распространенность сопутствующих заболеваний острого пиелонефрита у мужчин и женщин

Заболевание	Мужчины	Женщины
ИБС: атеросклеротический кардиосклероз	4 (30,8 %)	11 (22 %)
АГ	4 (30,8 %)	20 (40 %)
СД II типа	1 (7,7 %)	5 (10 %)
Синусовая тахикардия	—	2 (4 %)
Ожирение	—	2 (4 %)
Постоянная форма фибрилляции предсердий	—	1 (2 %)

На основании таблицы можно сделать вывод, что основными сопутствующими заболеваниями среди женщин являются: ИБС: атеросклеротический кардиосклероз, АГ, СД II типа, а у мужчин: ИБС: атеросклеротический кардиосклероз, АГ.

При этом встречались сочетания данных заболеваний у одного пациента, наиболее частые: ИБС: атеросклеротический кардиосклероз и АГ — 11 (17,5 %) пациентов, СД II типа и АГ — 5 (8,9 %) человек и другие.

Так же необходимо отметить, что у 4 пациенток острый пиелонефрит был поставлен во время беременности (гестационный пиелонефрит).

По мнению других авторов, хроническая болезнь почек (ХБП), часто диагностируема у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ). ХБП и ХСН имеют схожие патогенетические механизмы и общие органы-«мишени»; сосуществуя, оба патологических состояния ускоряют прогрессирование основных заболеваний и значительно отягощают их течение [4].

Именно поэтому особо важно не допустить перехода острого пиелонефрита в хроническую форму и проводить скрининг пациентов с ССЗ на заболевания почек.

Выводы

1. Средний возраст пациентов мужского пола составил 55 лет, а женского — 43,8 лет.

2. Наиболее часто встречающиеся сопутствующие заболевания у женщин: ИБС: атеросклеротический кардиосклероз — 11 (22 %) пациентов, АГ — 20 (40 %) пациентов, СД II типа — 5 (10 %) пациентов, а у мужчин: ИБС: атеросклеротический кардиосклероз — 4 (30,8 %) пациентов, АГ — 4 (30,8 %) пациентов. При этом встречались сочетания данных заболеваний у одного пациента, наиболее частые: ИБС: атеросклеротический кардиосклероз и АГ; СД II типа и АГ и другие.

Значительное количество схожих сопутствующих заболеваний у разных пациентов говорит о том, что они могут являться факторами риска развития

острого пиелонефрита у мужчин и женщин. Поэтому целесообразным является проводить скрининг таких пациентов для ранней диагностики, профилактики прогрессирования и избегания осложнений острого пиелонефрита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тареева, И. Е. Нефрология: рук-во для врачей / И. Е. Тареева. М. : Медицина, 2000. 688 с.
2. Румянцев, А. III. Этиология и патогенез пиелонефрита / А. III. Румянцев, Н. С. Гончарова // Нефрология. 2000. С. 40–52.
3. Некрасова, А. А. Осторожно — пиелонефрит! / А. А. Некрасова // Атмосфера. Кардиология. 2004. № 2. С. 40–41.
4. www.urovest.ru/jour/article/view/473?local.

УДК 616.12-008.313.2-08:616.379-008.64

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2-ГО ТИПА

Деревянко Д. Д., Нестеров В. В.

**Научные руководители: старший преподаватель З. В. Грекова;
к.м.н., доцент Е. Г. Малаева**

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

Введение

Фибрилляция предсердий (ФП) имеет непосредственную связь с другими заболеваниями системы кровообращения, такими как сердечная недостаточность, ишемическая болезнь сердца (ИБС), клапанные пороки сердца, артериальная гипертензия, а также с сахарным диабетом (СД) [1].

Этиологическими факторами развития ФП могут быть как кардиальные, так и экстракардиальные причины или заболевания. Развитию ФП также может способствовать кардиомиопатия, перикардит, синдром слабости синусового узла. Среди экстракардиальных причин наиболее часто приводят к развитию ФП болезни легких (хроническая обструктивная болезнь легких или бронхиальная астма), болезни щитовидной железы (аутоиммунный тиреоидит или диффузный токсический зоб), а также прочие состояния, как ожирение и др. [2].

Выделяют несколько типов ФП: впервые выявленная — любой впервые диагностированный эпизод; пароксизмальная — длительность до 7 суток, самопроизвольное прекращение, обычно в первые 48 ч; персистирующая — самостоятельно не прекращается, продолжается более 7 дней; длительно персистирующая — продолжается в течение ≥ 1 года, и выбрана стратегия контроля ритма сердца; постоянная — сохранение аритмии при условии безуспешной кардиоверсии или кардиохирургического лечения; бессимптомные эпизоды ФП, которые не проявляются клинически и регистрируются случайно [1, 3].

Цель

Оценить структуру вариантов течения ФП на фоне СД 2-го типа и без него, а также выявить особенности клинического течения на примере пациентов кардиологического отделения «Гомельского областного клинического кардиологического центра».

Материал и методы исследования

Проведен сравнительный анализ двух групп пациентов, разделенных по наличию сопутствующего СД 2-го типа с последующей оценкой частоты встречаемости той или иной формы ФП и особенностей клинического течения заболевания с учетом жалоб пациентов для установленных групп.