

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам опроса было установлено, что достаточно часто встречается параллельно еще одно инвалидизирующее заболевание, такое как сахарный диабет 1 типа у пациентов с целиакией.

Распределение по полу очевидно указывает на то, что данное генетическое заболевание диагностируется чаще у женщин.

На данный момент идет процесс опроса пациентов с целиакией. Собранные результаты станут важными направляющими для сотрудничества в сферах:

- ✓ производства продуктов питания без глютена и импортозамещения;
- ✓ услуг гостеприимства и общественного питания HoReCa;
- ✓ оказания медицинских услуг;
- ✓ повышения квалификации персонала (здравоохранение, общественное питание, образование).

Заключение

Положительное сотрудничество в вышеуказанных сферах приведет к улучшению качества жизни больных целиакией в РБ. Будет повышена осведомленность врачей касательно диагноза целиакии, первичного звена особенностей этого заболевания и настороженность в отношении целиакии [5].

Будет предоставлена возможность сделать раннюю диагностику пациентам, находящимся в зоне риска. Важным шагом будет наличие безглютенового диетического стола в больницах и родильных домах. Помимо консультации гастроэнтеролога будет оказана помощь психолога, диетолога.

Представители сектора общественного питания будут учитывать потребности и стараться удовлетворить спрос потребителя. Местные производители уделят внимание данному вопросу и появится больше продуктов без глютена. Торговые сети увеличат ассортимент безглютеновой продукции, и она станет более доступной, особенно в регионах. Последнее, но все же немаловажное, Беларусь станет привлекательной страной для туристов с целиакией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинический протокол МЗ РБ «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями органов пищеварения».
2. Горгун, Ю. В. Диагностика целиакии у взрослых: монография / Ю. В. Горгун. — Минск: Белпринт, 2012.
3. «Раскодировка» как метод диагностики целиакии и лактазной недостаточности [Электронный ресурс] / Здоровые люди. — Минск, 2019.
4. Целиакия в профиль и анфас, или Как найти черную кошку в темной комнате [Электронный ресурс] / Здоровые люди. — Минск, 2017.
5. Сахарный диабет 1 типа и целиакия в детском возрасте: особенности клинического течения и диагностики у пациентов с «двойным диагнозом» [Электронный ресурс] / Белорусский государственный медицинский университет.
6. Дают ли инвалидность при целиакии [Электронный ресурс] / Юридическая консультация. — М., 2020.
7. Волкова, М. П. Целиакия у детей гродненской области / М. П. Волкова, Н. А. Малышко [Электронный ресурс] / УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница». — Гродно, 2010.

УДК 616.6-022:616.36-004

МАНИФЕСТНЫЕ И БЕССИМПТОМНЫЕ БАКТЕРИАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

Малаева Е. Г.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Циррозы печени (ЦП) по медицинской и социально-экономической значимости занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваний человека. Высокая распространенность ЦП (в Республике Беларусь на начало 2021 г. зарегистрировано 107

стрировано 8 837 случаев фиброза и цирроза печени, из них большинство пациентов — 4 834 человека — лица трудоспособного возраста), развитие ассоциированных осложнений и наличие коморбидных состояний, прогрессирующее течение, экономические затраты на лечение пациентов (в 2020 г. пациентами с фиброзом и циррозом печени проведено в стационаре 56 712 тыс. койко-дней), высокая частота инвалидизации и смертности, в ряде случаев необходимость выполнения трансплантации печени, почек, заместительной почечной терапии определяют актуальность проблемы. ЦП имеет естественное течение, при котором бессимптомная компенсированная фаза переходит в фазу декомпенсации. Декомпенсация ЦП характеризуется развитием явных клинических признаков, наиболее частыми из которых являются асцит, кровотечение, печеночная энцефалопатия и желтуха. После декомпенсации ЦП становится системным заболеванием с полиорганной системной дисфункцией. Декомпенсация представляет собой прогностический рубеж, так как выживаемость пациентов снижается: при компенсированном циррозе составляет более 12 лет, при декомпенсированном — около 2 лет. Прогрессирование декомпенсированного ЦП может быть ускорено за счет развития других осложнений, таких как кровотечение, острое почечное повреждение, кардиопульмонарные расстройства, гепатоцеллюлярный рак, бактериальные инфекции, в том числе органов мочевой системы [1, 2]. В клинических рекомендациях Европейской ассоциации урологов по урологическим инфекциям (2021) принята классификация инфекций мочевыводящих путей (ИМВП) на неосложненные и осложненные в зависимости от риска развития уросепсиса (низкий, высокий). К неосложненным ИМВП относят острые, спорадические или рецидивирующие инфекции нижних (неосложненный цистит) и (или) верхних (неосложненный пиелонефрит) мочевыводящих путей у небеременных женщин без известных анатомических и функциональных нарушений мочевыводящих путей или коморбидных заболеваний. ИМВП относят к категории осложненных у пациентов с заведомо высоким риском осложненного течения — мужчин, беременных женщин, пациентов с анатомическими или функциональными нарушениями мочевыводящих путей, постоянным мочевым катетером, заболеваниями почек и (или) другими иммунокомпрометирующими заболеваниями, в том числе ЦП. Осложненные и неосложненные ИМВП отличаются друг от друга спектром микроорганизмов и особенностями проведения эрадикационного лечения [3, 4]. Бессимптомная бактериурия — рост бактерий в моче, не сопровождающийся симптомами, часто встречается и связан с колонизацией комменсалами. В исследованиях показано, что бессимптомная бактериурия может защищать против суперинфекции с развитием симптоматической ИМВП. Например, при наблюдении за 699 молодыми женщинами с бессимптомной бактериурией в течение 12 мес. выявлено, что у половины из них, которая получала антибиотики, наблюдался рост симптомных ИМВП. Таким образом, бессимптомная бактериурия рассматривается не как инфекция, а как комменсальная микрофлора, которая не требует лечения и диагностики, за исключением случаев, когда она считается специфическим фактором риска. ЦП относится к заболеваниям с иммунной дисфункцией, соответственно, пациенты с ЦП и ИМВП имеют высокий риск осложненного течения и требуют выбора стратегии лечения осложненных ИМВП в соответствии с клиническими рекомендациями Европейской ассоциации урологов по урологическим инфекциям (2021) [3].

Ранняя диагностика бактериальных инфекций органов мочевой системы, воздействие на ключевые факторы, лежащие в основе декомпенсации цирроза, выбор тактики ведения пациента и решение вопроса о назначении антибиотикотерапии является одним из стратегических направлений ведения пациентов с ЦП [European Association for the Study of the Liver (EASL) Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis, 2018].

Цель

Изучить распространенность манифестных и бессимптомных инфекций нижних мочевыводящих путей у пациентов с циррозом печени.

Материал и методы исследования

Обследовано 75 пациентов с циррозом печени, выполнены стандартные клинические, лабораторно-инструментальные методы исследования согласно клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями органов пищеварения» (2017). Всем пациентам проведено исследование мочи на микрофлору и чувствительность к антибиотикам с использованием стандартных методик микробиологического исследования в двух последовательных анализах в течение 48 ч от момента поступления в стационар. Бессимптомная бактериурия у пациентов без клинических проявлений определялась как концентрация бактерий в средней порции мочи $\geq 10^5$ КОЕ/мл в двух последовательных анализах у женщин и одном анализе у мужчин. Наличие острого цистита предполагалось у женщин с ирритативными симптомами мочеиспускания (дизурия, частые позывы и ургентность) и отсутствием отделяемого из влагалища. Репрезентативность выборки обеспечена случайным отбором пациентов для исследования. Статистический анализ выполнялся с помощью программы «Statistica», 10. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Общая характеристика пациентов: средний возраст составил $56,4 \pm 8,7$ лет, класс тяжести А диагностирован у 5 %, В — 44 %, С — 51 % пациентов. У 28 (37 %) пациентов с ЦП (преимущественно женщин) выявлена бессимптомная бактериурия, что выше популяционного значения: частота бессимптомной бактериурии у женщин пременопаузального возраста составляет 1–5 %, у практически здоровых женщин пожилого возраста — 4–19 %, пациентов с сахарным диабетом — 0,7–27 %, беременных женщин — 2–10 %, пожилых лиц, проживающих в домах престарелых — 15–50 % [3]. У 5 (7 %) женщин отмечались ирритативные симптомы мочеиспускания при тщательном сборе анамнеза (самостоятельно жалобы на нарушение мочеиспускания пациенты не предъявляли), из них у 3 (4 %) симптомы дизурии сочетались с наличием патологической бактериурии. Повышение температуры тела до субфебрильных цифр зарегистрировано у большинства обследуемых пациентов, но в то же время не у всех пациентов с симптомами острого цистита.

Выводы

Характерной особенностью бактериальных инфекций нижних мочевыводящих путей у пациентов с циррозом печени является высокая распространенность бессимптомной бактериурии и наличие стертой клинической картины при манифестных формах заболевания. С внедрением новых молекулярно-генетических методов исследования микроорганизмов стало известно, что микробиота мочевыводящих путей представлена более 100 видами микроорганизмов из более 50 родов, плотность микроорганизмов составляет 10^3 – 10^5 /мл и бессимптомная бактериурия представляет собой фракцию микробиоты, в норме заселяющую мочевые пути и выполняющую протективную роль [5]. В связи с этим до настоящего времени нет четких рекомендаций по назначению антибиотиков у пациентов с ИМВП и ЦП, лечение следует рассматривать индивидуально. Актуальным вопросом для практического врача является выбор стратегии лечения пациента с ИМВП, определение показаний к назначению антибактериальных лекарственных средств и длительности лечения, расширение спектра лечебных и профилактических мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Step by step: managing the complications of cirrhosis / I. Perez [et al.] // *Hepat Med.* — 2021. — Vol. 13. — P. 45–57. — Режим доступа: doi: 10.2147/HMER.S278032.
2. Силивончик, Н. Н. Декомпенсированный цирроз печени в таблицах и схемах (по материалам международных согласительных документов): учеб.-метод. пособие / Н. Н. Силивончик, Е. И. Адаменко. — Минск: БелМАПО, 2020. — 53 с.
3. EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Milan Italy 2021. — Дата обращения: 2021 октябрь 01. — Режим доступа: <https://uroweb.org/guidelines/compilations-of-all-guidelines/>.
4. Малаева, Е. Г. Инфекции мочевыводящих путей и микробиота / Е. Г. Малаева // Проблемы здоровья и экологии. — 2021. — № 18(3). — С. 5–14.
5. Стома, И. О. Микробиом в медицине: руководство для врачей / И.О. Стома. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. — 320 с.

УДК 616.1-037:616.36-003.826

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Мамченко И. А., Малаева Е. Г., Ярмоленко О. А.

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

Введение

Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) — хроническое метаболическое заболевание печени, развивающееся при отсутствии токсического поражения печени, обусловленное накоплением липидов в клеточных элементах печеночной дольки, подтверждаемое морфологически стеатозом, стеатогепатитом, фиброзом, циррозом или аденокарциномой.

Распространенность НАЖБП в различных странах варьирует от 17 до 46 % с ростом заболевания в последние годы. Чаще заболевание регистрируется в Соединенных Штатах Америки, Европе, Южной Америке [1].

ССЗ и НАЖБП имеют сходные факторы риска развития патологий.

Факторами риска прогрессирования НАЖБП являются: возраст старше 50 лет, метаболический синдром (МС), атерогенная дислипидемия, инсулинорезистентность, сахарный диабет 2 типа (СД 2), повышенный уровень ферритина и мононуклеотидный полиморфизм гена PNPLA3 [2].

Исследования последних лет доказывают повышение риска развития ССЗ на фоне НАЖБП. Наличие НАЖБП является не только маркером сердечно-сосудистой патологии, но и фактором ее патогенеза [2].

При НАЖБП нарушается вазодилатация, повышается кальцификация коронарных артерий, увеличивается толщина комплекса интима-медиа сонных артерий, нарушаются распад инсулина и утилизация глюкозы, создаются условия для синтеза атерогенных фракций холестерина и триглицеридов, что способствует раннему появлению атеросклероза и связанных с ним ССЗ [3]. При НАЖБП в стадии фиброза смертность повышается на 69% от общей смертности за счет смертности от ССЗ [1].

В связи с этим необходимо раннее выявление факторов риска ССЗ у пациентов с НАЖБП с целью предупреждения развития патологии сердечно-сосудистой системы.

Цель

Выявить факторы риска ССЗ у пациентов с НАЖБП.

Материал и методы исследования

В исследовании участвовало 65 пациентов, находившихся на стационарном лечении УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3» (УЗ «ГТКБ № 3») в период 2019–2020 гг. Проведены клинические и лабораторно-инструментальные