

Степень поражения почек оценивается в первую очередь по скорости клубочковой фильтрации (СКФ), являющейся основным диагностическим критерием ХБП. В таблице 2 отражены показатели СКФ и канальцевой реабсорбции (КР) у пациентов.

Таблица 2 – Показатели СКФ и КР у пациентов обеих групп

Показатель	Пациенты без СД				Пациенты с СД				p
	Me	Q1	Q3	95% ДИ	Me	Q1	Q3	95% ДИ	
СКФ, мл/мин	74	58	92	71–76	65	52	87	60–72	0,0034
КР, %	98	98	98	98–98	98	98	99	98–98	0,301

Согласно данным, представленным в таблице, в группе пациентов с СД СКФ была статистически значимо ниже, чем у пациентов без нарушений углеводного обмена.

### **Выводы**

1. У пациентов с ИБС распространенность ХБП статистически значимо выше в группе больных сахарным диабетом – 14,29% против 9,81% ( $p < 0,0001$ ).

2. Скорость клубочковой фильтрации в группе пациентов с СД была ниже, чем у пациентов без нарушений углеводного обмена ( $p = 0,0034$ ).

3. В группе пациентов с СД наблюдалась значимо более высокая распространенность артериальной гипертензии ( $p = 0,0038$ ), в том числе более тяжелой АГ 3 степени ( $p < 0,0001$ ), а также выше частота недостаточно контролируемой АГ амбулаторно ( $p = 0,0072$ ), что в целом может оказывать существенное влияние на формирование и прогрессирование ХБП.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Взаимосвязь сахарного диабета 2-го типа и сердечно-сосудистой патологии: значение контроля гликемии на пути решения проблемы / Г. Н. Гороховская [и др.] // Медицинский совет. – 2020. – № 4. – С. 22–28.
2. Диабетическая нефропатия: современные принципы классификации, диагностики и особенности сахароснижающей терапии / А. Г. Борисов [и др.] // LECHASCHY VRACH. – 2021. – № 9. – С. 53–58.
3. Трегубенко, Е. В. Особенности течения ишемической болезни сердца у больных сахарным диабетом 2 типа / Е. В. Трегубенко, А. С. Клишкин. // Трудный пациент. – 2015. – № 13(7). – С. 26–29.
4. Коваленко, Е. В. Особенности течения сердечной недостаточности и возможности прогнозирования неблагоприятных исходов у больных сердечно-сосудистой патологией, сахарным диабетом 2 типа и хронической болезнью почек / Е. В. Коваленко, Л. И. Маркова, О. Л. Белая // Международный журнал сердца и сосудистых заболеваний. – 2023. – № 39. – С. 17–34.

**УДК 616.126-022-052**

**Е. А. Гаврилькова, Д. С. Плющай**

*Научный руководитель: заведующий кафедрой, д.м.н., профессор А. Л. Калинин*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ У ПАЦИЕНТОВ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА**

### **Введение**

Инфекционный эндокардит (ИЭ) остается редким и тяжелым заболеванием, ассоциированным с высокой смертностью. С увеличением использования устройств сосудистого доступа, имплантируемых сердечных устройств и клапанов, а также ростом внутривенного употребления наркотиков эпидемиология ИЭ изменилась. Заболевание неоднородно по этиологии, клиническим проявлениям и течению.

Быстрое реагирование и своевременная постановка диагноза необходимы для правильного выбора лечения, снижения уровня осложнения и смертности.

Большая часть случаев ИЭ поддаются антибиотикотерапии, в остальных случаях необходимо оперативное вмешательство, которое включает удаление пораженных тканей и восстановление функции клапанов.

### **Цель**

Изучить заболеваемость, этиологию, особенности клинического течения ИЭ пациентов, находившихся на лечении в учреждении «Гомельская университетская клиника-областной госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны».

### **Материал и методы исследования**

Материалом для исследования послужили 9 историй болезни пациентов с диагнозом инфекционный эндокардит, отобранных из архива Гомельской университетской клиники за 2019–2023 гг. Из 9 пациентов 5 мужчин (55,6%) и 4 женщины (44,4%), в возрасте от 30 до 74 лет, средний возраст среди мужчин составил 47,2 [30–68] лет, а среди женщин – 62,7 [56–74] лет.

По данным эхокардиографии (ЭхоКГ) оценивалось состояние клапанов сердца. По результатам общего анализа крови рассматривался уровень лейкоцитов, эритроцитов, гемоглобина, гематокрита и скорость оседания эритроцитов (СОЭ), в биохимическом анализе крови – уровень креатинина, мочевины, ферритина и С-реактивного белка (СРБ).

Статистическая обработка результатов проводилась в Microsoft Excel.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Из 9 человек у 3 имелись протезы митрального клапана (МК) (33,3%) и у 2 аортального клапана (АоК) (22,2%).

У 4 (44,4%) пациентов, в том числе у пациента с протезом АоК, наблюдался фиброз АоК, у 2 (22,2%) пациентов выявлены фиброз и кальциноз АоК.

Фиброз МК был выявлен у 4 (44,4%) пациентов, в том числе у 2 пациентов с протезом МК, фиброз и кальциноз МК у 1 (11,1%) пациента.

Миксоматозная дегенерация створок трикуспидального (ТК) и МК была диагностирована у 1 пациента.

Митральная, трикуспидальная и регургитация клапана легочной артерии различных степеней были обнаружены у 100%, аортальная регургитация различной степени выявлена у 66,6% пациентов. Распределение степеней регургитации отражены в таблице 1.

Таблица 1 – Наличие регургитации на клапанах и ее степень

Клапан	Количество человек с регургитацией на данном клапане	Степень регургитации
АоК	6	1–2 ст. (1), 2 ст. (1), 3 ст. (3), 4 ст. (1)
МК	9	1–2 ст. (1), 3 ст. (4), 4 ст. (4)
ТК	9	2 ст. (1), 2–3 ст. (1), 3 ст. (3), 3–4 ст. (3), 4 ст. (1)
кЛа	9	1 ст. (2), 1–2 ст. (4), 2 ст. (2), 2–3 ст. (1)

Вегетации обнаружены у 8 пациентов (88,9%). Вегетация на МК у 4 человек, на МК и АоК у 2 человека, на АоК у 1 человек, на ТК у 1 человека.

Размеры вегетаций: на МК от 8×3 мм до 17×12 мм, на АоК от 4×4 мм до 12×4 мм, на ТК 27×12 мм.

Абсцесс створки МК был выявлен у 1 пациента.

Наиболее частые другие поражения: легочная гипертензия (55,5%), дилатация ЛП, ЛЖ, ПП, ПЖ (55,5%), расширение отделов аорты (33,3%).

На электрокардиограмме (ЭКГ) изменения в виде нагрузки: на левое предсердие (ЛП) и левый желудочек (ЛЖ) (33,3%), нагрузка на ЛП (22,2%), нагрузка на ЛЖ (11,1%), ЛП, ЛЖ, правое предсердие (ПП), правый желудочек (ПЖ) (11,1%).

По результатам общего анализа крови повышение уровня лейкоцитов наблюдалось у всех пациентов, снижение уровня эритроцитов, гемоглобина и гематокрита в 77,8% случаев. СОЭ оценивалось у 8 пациентов, у 7 из них она была повышена.

При рассмотрении биохимического анализа крови уровень СРБ оценивался у 7 пациентов, у 6 из них был повышен, уровень мочевины оценивался у 7 пациентов, у 5 был повышен, уровень креатинина оценивался у 8 пациентов, у 5 был повышен, уровень ферритина был повышен у 2 из 4 пациентов, у которых он оценивался.

Таблица 2 – Анализ клинико-лабораторных данных пациентов

Показатели	В начале лечения		В конце лечения	
	Среднее значение	Медиана	Среднее значение	Медиана
Эритроциты, 10 <sup>12</sup> /л	М. 3,61 Ж. 4,0	М. 3,56 Ж. 4,03	М. 3,22 Ж. 4,12	М. 3,35 Ж. 4,4
Гемоглобин, г/л	М. 99,4 Ж. 119	М. 100 Ж. 123	М. 97 Ж. 114,47	М. 86 Ж. 127
Гематокрит, %	М. 29,84 Ж. 34,35	М. 31,2 Ж. 33,8	М. 28,14 Ж. 33,63	М. 27,5 Ж. 35,0
Лейкоциты, 10 <sup>9</sup> /л	13,42	12,3	10,74	8,32
СОЭ, мм/ч	М. 42,2 Ж. 23,6	М. 39,0 Ж. 21,0	М. 29,0 Ж. 17,0	М. 31,0 Ж. 20,0
СРБ, мг/л	108,67	90,2	20,25	8,35
Креатинин, мкмоль/л	М. 112,98 Ж. 93,0	М. 91 Ж. 79	М. 120,75 Ж. 121,3	М. 119,5 Ж. 118,0
Мочевина, ммоль/л	10,37	8,2	15,39	11

Из 9 пациентов бактериальный посев крови выполнялся у 7. В 2 случаях наблюдалось отсутствие роста, в 4 были выявлены: *Klebsiella aerogenes*, *Staphylococcus aureus* (2), *Acinetobacter baumannii*, в оставшемся случае первоначально в трех образцах крови выявлялся *Staphylococcus haemolyticus*, через два дня в двух образцах крови был выявлен *Enterococcus faecalis*.

Из всех пациентов 8 получали антибиотики (88,9%), из них: ванкомицин получали 100%, гентамицин 62,5%, меропенем 37,5%, цефепим 12,5%, левофлоксацин 12,5%, цефтазидим 12,5%, метронидазол 12,5%.

За время лечения все пациенты находились в ОАИР от 1 до 24 дней, в среднем – 7,6 дней.

На момент выписки 2 пациентам (22,2%) был рекомендован перевод в Гомельский областной клинический кардиологический центр (ГОККЦ) для продолжения лечения, 2 (22,2%) проведена операция, 5 (55,6%) смертельных исходов.

Из 5 смертельных исходов в 2 случаях обнаружилось расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов: в первом случае клиническим диагнозом был первичный острый инфекционный эндокардит неуточненной этиологии, а патологоанатомическим – подострый вторичный инфекционный полипозно-язвенный эндокардит, во втором случае клиническим диагнозом был подострый миокардит вирусной этиоло-

гии, а патологоанатомическим – острый первичный инфекционный эндокардит АоК. В первом случае причиной расхождения была неправильная формулировка диагноза, во втором – кратковременность пребывания в стационаре.

#### **Выводы**

1. Важнейшим критерием в постановке диагноза ИЭ было обнаружение вегетаций на клапанах (в 88,9% случаев). Чаще поражались митральный и аортальный клапаны.

2. Повышение уровня креатинина и мочевины в крови у большинства пациентов свидетельствует о нарушении функции почек.

3. Развитие воспалительной реакции отражает повышенный уровень лейкоцитов, СОЭ, СРБ.

4. Необходимо стремиться к проведению бактериологического исследования крови всем пациентам.

5. В анамнезе 3 пациентов ранее были кардиохирургические операции (протезирование клапанов).

6. Высокая летальность (5 летальных случаев из 9 пациентов, 55,6%), тяжелое поражение клапанов, образование на них вегетаций, высокий риск тромбоэмболии указывают на то, что необходимо раннее приглашение для консультации кардиохирурга.

#### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Саввина, А. А. Анализ случаев инфекционного эндокардита, подвергшихся оперативному лечению / А. А. Саввина, К. А. Гнедько // Проблемы и перспективы развития современной медицины : сб. науч. ст. XII Респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием студентов и молодых ученых, Гомель, 8 окт. 2020 г. : в 8 т. / Гомел. гос. мед. ун-т; редкол. : А. Н. Лызилов [и др.]. – Гомель, 2020. – Т. 2. – С. 149–150.

2. Trends in infective endocarditis incidence, microbiology, and valve re-placement in the United States from 2000 to 2011 / S. Pant [et al.] // Journal of the American College of Cardiology. – 2016. – Vol. 65. – P. 2070–2076.

**УДК 616.341-008.6-053.2**

**Д. Д. Гансецкая, М. О. Букатина**

*Научный руководитель: к.м.н., доцент О.Н. Назаренко*

*Учреждение образования*

*«Белорусский государственный медицинский университет»*

*г. Минск, Республика Беларусь*

### **ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА МАЛЬАБСОРБЦИИ ПРИ ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ЦЕЛИАКИИ У ДЕТЕЙ**

#### **Введение**

Весьма существенное место, особенно у детей раннего возраста, занимают как наследственные, так и приобретенные заболевания кишечника, протекающие с синдромом кишечной пищеварительной недостаточности.

Синдром мальабсорбции – это комплекс клинических проявлений, обусловленных нарушениями полостного, пристеночного, мембранного пищеварения и транспорта в тонкой кишке, приводящими к сдвигам обмена веществ [3]. Лактазная недостаточность – приобретенная или врожденная неспособность человеческого организма переваривать и усваивать фермент лактозу (сахар, содержащийся в молоке млекопитающих. Данное состояние может быть как генетически обусловленным, так и вторичным [1]. Целиакия – аутоиммунное заболевание, распространённое повсеместно, развивающееся у генетически предрасположенных людей при употреблении в пищу глютена и проявляющееся энтеропатией и внекишечными признаками или протекающее бессимптомно [2].