

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 ¹² /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 ⁹ /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 AoК. 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].