

Проведен анализ частоты встречаемости геморрагического синдрома в зависимости от степени тяжести ЦП (таблица 2).

Таблица 2 — Частота различных видов геморрагий при циррозе печени

Виды геморрагий	Компенсированный цирроз (класс А, В)	Декомпенсированный цирроз (класс С)	p
Носовые кровотечения	13 %	60 %	p < 0,05
Десневые кровотечения	26 %	73 %	p < 0,05
Желудочно-кишечные кровотечения	0 %	40 %	p < 0,05
Кожные геморрагии	40 %	87 %	p < 0,05
Длительные кровотечения	20 %	67 %	p < 0,05

Геморрагический синдром при циррозе печени проявлялся в виде носовых, желудочно-кишечных (ректальных и пищеводных) кровотечений, кровоточивости десен, кожных геморрагий-синяков и (или) петехиальных (точечных) кровоизлияний достоверно чаще у пациентов с декомпенсированным ЦП.

Выводы

1. Снижение уровня тромбоцитов, удлинение АЧТВ и повышение ПТИ играют большую роль в реализации геморрагических проявлений при ЦП.

2. При анализе геморрагических проявлений было выявлено, что при ЦП чаще встречаются кожные проявления, реже — желудочно-кишечные кровотечения.

3. В случае декомпенсированного ЦП любые геморрагии встречаются с большей частотой, чем при компенсированном.

УДК 616.12-008.331.1+616.379-008.64]-037

ФАКТОРЫ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Ридецкая Е. Н.

Научный руководитель: ассистент А. Ю. Прислопская

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Артериальная гипертензия (АГ) на фоне сахарного диабета (СД) 2 типа — распространенная и серьезная медико-социальная проблема в современном мире. АГ и СД 2 типа — две взаимоотягощающие патологии, которые обладают мощным аддитивным повреждающим действием, направленным одновременно на несколько органов-мишеней: сердце, почки, сосуды мозга и сетчатка. В результате чего происходит значительное возрастание риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Важнейшими факторами, оказывающими влияние на риск сердечно-сосудистых осложнений у больных СД 2 типа являются уровень артериального давления, состояние углеводного и липидного обмена. Факторами риска развития АГ являются — курение, ожирение, малоподвижный образ жизни, отсутствие адекватного контроля артериального давления и глюкозы [1]. Ведущую роль в развитии СД 2 типа играет инсулинорезистентность. В условиях инсулинорезистентности происходит снижение поступления глюкозы в инсулинзависимые ткани, повышение продукции глюкозы печенью, которые способствуют развитию гипергликемии. Глюкоза в высоких концентрациях оказывает прямое токсическое действие на эндотелий сосудов, что в свою очередь приводит к развитию атеросклероза [2].

Цель

Изучить влияние факторов риска на развитие и течение артериальной гипертензии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

Материал и методы исследования

В исследовании принимали участие 40 (100 %) пациентов с СД 2 типа и АГ (АД > 140/90) в возрасте от 37 до 78 лет. Обследование проводилось в условиях стационара эндокринологического отделения ГОКБ № 3. Проводилась оценка антропометрических параметров: определение индекса массы тела (ИМТ) по формуле Кетле, измерение окружности талии. Проводился анализ результатов лабораторных исследований: биохимический анализ крови (липидный спектр: триглицериды, общий холестерин). Все исследуемые пациенты прошли анкетирование на наличие отягощенного наследственного анамнеза по СД 2 типа и АГ, наличие вредных привычек, время постановки диагноза АГ (до или после диагностирования СД 2 типа), самостоятельного контроля артериального давления и уровня гликемии крови, занятия физической активностью.

Результаты, полученные в ходе исследования обрабатывались с помощью статистических функций программы «Excel». Различия оценивались при помощи непараметрического критерия Манна — Уитна. Различия считались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе полученных данных отягощенный наследственный анамнез по СД 2 типа и АГ выявлен у 34 (85 %; $p < 0,05$) пациентов, отсутствие отягощенного наследственного анамнеза по СД 2 типа и АГ наблюдалось у 6 (15 %) пациентов.

На момент опроса 14 (35 %) пациентов имели стаж курения более 20 лет. После постановки диагноза СД 2 типа 15 (37,5 %) пациентов избавились от данной привычки, 11 (27,5 %) пациентов никогда ее не имели.

При оценке антропометрических параметров пациентов — 29 (72,5 %; $p < 0,05$) имели ожирение (ИМТ > 29,9), 5 (12,5 %) — избыточный вес (ИМТ = 25–29,9), только 6 (15 %) пациентов нормальные значения ИМТ (ИМТ = 18,5–24,9). Абдоминальный тип ожирения (для мужчин >102 см, для женщин >88 см) выявлен у 30 (75 %; $p < 0,05$) пациентов, из которых 18 (45 %) женщин и 12 (30 %) мужчин.

АГ до развития СД 2 типа наблюдалась у 33 (82,5 %) пациентов. У 7 (17,5 %) пациентов первичной патологией был СД 2 типа.

Самостоятельный контроль за уровнем артериального давления и глюкозы крови из опрошенных осуществляли 29 (72,5 %; $p < 0,05$) пациентов. Не проводили самостоятельного контроля данных показателей 11 (27,5 %) пациентов.

Анализируя данные о соблюдении активного образа жизни пациентов и ведении ими пищевого дневника выявлено: 26 (65 %; $p < 0,05$) пациентов не имели достаточной физической нагрузки, 14 (35 %) пациентов ведут пищевой дневник, 26 (22,5 %; $p < 0,05$) не придерживаются правильного питания.

При оценке показателей липидного спектра крови: изолированная гипертриглицеридемия и гиперхолестеринемия наблюдалась у 8 (20 %) и 14 (35 %) соответственно, дислипидемия выявлена у 18 (45 %; $p < 0,05$).

Выводы

1. Такие факторы риска как отягощенный наследственный анамнез (85 %), абдоминальное ожирение (75 %), курение (35 %), гиподинамия (65 %), дислипидемия (45 %) могут стать причиной прогрессирования СД 2 типа и АГ.

2. У 82,5 % пациентов на фоне АГ развился СД 2 типа.

3. Необходимо более тщательно и динамично осуществлять контроль артериального давления, уровня глюкозы крови, показателей липидного обмена, физической

нагрузки, пищевого дневника с целью предотвращения возникновения катастрофических последствий со стороны сердечно-сосудистой системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абрамович, С. Г.* Показатели качества жизни и индекс массы тела у больных гипертонической болезнью пожилого возраста / С. Г. Абрамович // Клиническая медицина. — 2015. — № 6. — С. 27–29.
2. Артериальная гипертензия лиц пожилого возраста: аспекты донозологической диагностики / А. В. Белобородова [и др.] // Клиническая геронтология. — 2017. — Т. 14, № 11. — С. 33–28.

УДК 616.126-002-022-089

**АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА,
ПОДВЕРГШИХСЯ ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ**

Саввина А. А., Гнедько К. А.

Научный руководитель: старший преподаватель А. Н. Цырульникова

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

Введение

Инфекционный эндокардит (ИЭ) — воспалительное поражение эндокарда клапанных структур, пристеночного эндокарда и искусственных материалов, применяемых для коррекции порока, обусловленное прямым внедрением возбудителя и протекающее чаще всего по типу сепсиса остро или подостро с циркуляцией возбудителя в крови, эмболиями, иммунопатологическими и тромбогеморрагическими изменениями.

Инфекционный эндокардит (ИЭ) в течение последних 30 лет становится все более значимой проблемой кардиологии.

Ежегодная заболеваемость инфекционным эндокардитом в среднем составляет 3,8 случая на 100 тыс. населения в год, причем наиболее часто заболевание встречается у лиц в возрасте 21–50 лет. Отмечается неодинаковая распространенность инфекционного эндокардита в различных странах: наибольшая заболеваемость инфекционным эндокардитом в США — 38–92,9 на 1 млн населения, в Канаде — 25, в Швеции — 59, в Англии — 23–25, во Франции — 18–23, в Германии — 16 человек на 1 млн населения. В Беларуси регистрируется 100 случаев инфекционного эндокардита в год.

В большинстве случаев (80 %) ИЭ на ранних стадиях поддается лечению антибактериальными препаратами, в остальных случаях неизбежны оперативные вмешательства, иногда в неотложном порядке. Радикальное хирургическое лечение ИЭ должно включать удаление пораженных тканей и восстановление замыкательной функции клапана.

Цель

Анализ предоставленных случаев инфекционного эндокардита, проходивших оперативное лечение в Гомельском областном кардиологическом центре (ГОККЦ) за период с ноября 2018 по октябрь 2019 гг.

Материал и методы исследования

Проанализированы истории болезни 27 пациентов с инфекционным эндокардитом, поступивших в кардиохирургическое отделение для оперативного лечения ГОККЦ за период с ноября 2018 по октябрь 2019 гг. Из 27 пациентов было 20 (77,8 %) мужчин и 7 (22,2 %) женщин, в возрасте от 34 и до 75 лет, средний возраст составил $51 \pm 18,5$ лет. Все поступившие пациенты ранее находились на стационарном лечении в других стационарах г. Гомеля и Гомельской области и были переведены для оперативного лечения, т. к. медикаментозная терапия была неэффективна. У 2-х пациентов развился абсцесс митрального клапана с разрушением клапана, у 1-го пациента с поражением аор-