

© Коллектив авторов, 2026
УДК 612.171.3/616.132-007.64
DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2026.21015>
ISSN – 2073-8137

Клинический случай инфекционного эндокардита у пациента с бicuspidальным клапаном, аневризмой корня аорты и расслоением ее стенки

С. Б. Александрова, В. В. Павленко, Г. А. Есенева, В. В. Алферов, П. К. Горбунова

Ставропольский государственный медицинский университет,
Российская Федерация

Clinical case of infective endocarditis in a patient with a bicuspid valve, aortic root aneurysm and aortic dissection

Aleksandrova S. B., Pavlenko V. V., Eseneeva G. A., Alferov V. V., Gorbunova P. K.

Stavropol State Medical University, Russian Federation

Представлен клинический случай инфекционного эндокардита с формированием тяжелой недостаточности и расслоением аорты у пациента с врожденным пороком аортального клапана. Пациент был госпитализирован в стационар с фебрильной лихорадкой. При обследовании выявлен врожденный порок сердца – двустворчатый аортальный клапан с развитием инфекционного эндокардита и расслоением аорты. Пациенту выполнено оперативное вмешательство: протезирование аортального клапана по методике «Full Root Replacement» аортальным аллогraftом № 24. Послеоперационный период протекал с развитием осложнений. Наблюдались нарушения сердечного ритма в виде фибрилляции-трепетания предсердий и нефропатии смешанного генеза. Несмотря на развитие у пациента тяжелых осложнений, исход заболевания благоприятен.

Ключевые слова: аортальный клапан, инфекционный эндокардит, расслоение аорты

This item offers a clinical case of infective endocarditis resulting in severe valvular insufficiency and aortic dissection in a patient with a congenital aortic valve defect. The patient was hospitalized with a febrile fever. An examination revealed a congenital heart defect – a bicuspid aortic valve – complicated by developing infective endocarditis and aortic dissection. The patient in question underwent surgical intervention, which implied aortic valve replacement using the *Full Root Replacement* technique with a № 24 aortic allograft. The postoperative period featured complications, including cardiac arrhythmias such as atrial fibrillation and flutter, as well as nephropathy of mixed etiology. Despite the development of these severe complications, the clinical outcome was favorable.

Keywords: aortic valve; infective endocarditis; aortic dissection

Для цитирования: Александрова С. Б., Павленко В. В., Есенева Г. А., Алферов В. В., Горбунова П. К. Клинический случай инфекционного эндокардита у пациента с бicuspidальным клапаном, аневризмой корня аорты и расслоением ее стенки. *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2026;21(1):66-70.
DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2026.21015>

For citation: Aleksandrova S. B., Pavlenko V. V., Eseneeva G. A., Alferov V. V., Gorbunova P. K. Clinical case of infective endocarditis in a patient with a bicuspid valve, aortic root aneurysm and aortic dissection. *Medical News of North Caucasus*. 2026;21(1):66-70. DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2026.21015> (In Russ.)

АД – артериальное давление
ВПС – врожденный порок сердца
ДАК – двустворчатый аортальный клапан
ДН – дыхательная недостаточность
МСКТ – мультиспиральная компьютерная томография
СОЭ – скорость оседания эритроцитов
УЗИ – ультразвуковое исследование
ФВ – фракция выброса

ФК – функциональный класс
ХБП – хроническая болезнь почек
ХСН – хроническая сердечная недостаточность
ЧДД – частота дыхательных движений
ЧСС – частота сердечных сокращений
ЭКГ – электрокардиография
ЭОС – электрическая ось сердца
ЭХОКГ – эхокардиография

Инфекционный эндокардит – инфекционно-воспалительное заболевание эндокарда, клапанных структур и пристеночного эндокарда, обусловленное инвазией микроорганизмами с развитием полипозно-язвенного пораже-

ния структур сердца. Он протекает с системным воспалением, прогрессирующей сердечной недостаточностью, тромбеморрагическими и иммунокомплексными внесердечными проявлениями [1, 2]. Врожденные пороки сердца являются

одним из предрасполагающих факторов к развитию инфекционного эндокардита [1, 3]. Наибольший риск его развития отмечается при наличии двустворчатого (бикуспидального) аортального клапана (ДАК) (74 %) [4, 5]. ДАК – наиболее распространенный врожденный порок сердца, встречающийся у 1–2,5 % населения. Наиболее важными клиническими проявлениями ДАК являются: дисфункция клапанов, дилатация аорты (20–40 %), в том числе с ее расслоением (до 5 %), инфекционный эндокардит (10–30 % случаев) и сердечная недостаточность [6, 7]. Нарушения гемодинамики, включая напряжение сдвига стенки, эксцентрический и спиральный потоки, энергетическую турбулентность, имеют решающее значение в развитии и прогрессировании аортопатии, связанной с ДАК, которая характеризуется расширением восходящей аорты, аневризмой и расслоением аорты. Ассоциация ДАК с аортальным стенозом, аортальной недостаточностью и инфекционным эндокардитом известна более 150 лет, с расслоением аорты – около 75 лет [4]. Инфекционный эндокардит чаще диагностируется у мужчин и характеризуется абсцессами створок с переходом на корень аорты и расслоением ее стенки, а также инфицированием миокарда. Нередко требуется неотложное оперативное вмешательство [6]. Инфицирование эндокарда происходит путем прямой колонизации и инвазии из тока крови при бактериемии, в том числе транзиторной. Бессимптомную бактериемию чаще всего вызывает микрофлора полости рта после стоматологических процедур [1, 4]. Сложность диагностики и лечения инфекционного эндокардита, его осложнений, высокая летальность, ассоциация с другими заболеваниями определяют актуальность данной темы.

Клинический случай

Пациент И., 63 года, заболел остро 05.05.24, когда отметил повышение температуры тела до 40 °С, проливной пот по ночам, озноб, плохой аппетит, появление артралгий и миалгий. Накануне, 02.05.2024, была выполнена экстракция зуба в условиях стоматологической поликлиники, антибиотикопрофилактика не проводилась. Пациент самостоятельно начал лечение путем введения цефотаксима 2,0 г в сутки внутримышечно, приема метронидазола 1,0 г в сутки перорально в течение 3 дней. Однако клинического эффекта не отмечал. 07.05.24 обратился к участковому терапевту, который после объективного обследования пациента (патологии со стороны внутренних органов не выявлено) назначил: общий анализ крови, мочи, электрокардиографию (ЭКГ), рентгенографию легких. В анализе крови: умеренный лейкоцитоз, СОЭ 18 мм/час, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. В общем анализе мочи зарегистрированы протеинурия и лейкоцитурия, ЭКГ – синусовый ритм, нормальное положение электрической оси сердца (ЭОС), АВ-блокада 1 степени. При рентгенографии легких патологии не выявлено. Установлен диагноз хронического пиелонефрита в стадии обострения. Продолжение ранее назначенной терапии не привело к ожидаемому клиническому результату. 09.05.24 пациент отметил появление рвоты на фоне продолжающейся лихорадки. При повторном осмотре участковым терапевтом данное состояние расценено как развитие токсического гепатита на фоне хронического пиелонефрита и был рекомендован прием гептрала, реамберина, цефтриаксона 2 г в сутки, внутримышечно в течение 10 дней. Вновь клинический эффект отсутствовал. В связи с сохраняющейся лихорадкой, артралгией, миалгией на фоне приема антибактериальных препаратов пациент самостоя-

тельно обратился в Городскую клиническую больницу № 2 г. Ставрополя. 18.05.24 госпитализирован в терапевтическое отделение с диагнозом: лихорадка неясного генеза.

Анамнез. Перенесенные заболевания: острая респираторная вирусная инфекция, гипертоническая болезнь более 15 лет, прием нормодипина привел к целевому уровню артериального давления (АД). Другие заболевания и вредные привычки отрицает. Аллергический анамнез характеризуется реакцией на хлор в виде потери сознания.

Объективные данные: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. На слизистых оболочках полости рта и на переходной складке конъюнктивы нижнего века определяются петехиальные геморрагии – пятна Лукина. Отеков нет. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Костно-мышечная система без патологии. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. Границы сердца: правая – в 4-м межреберье у правого края грудины, левая – в 5-м межреберье по передней подмышечной линии, верхняя – на уровне 2 ребра. Аускультативно: тоны сердца приглушены, ритм правильный, выслушивается грубый систолический шум на верхушке, над трехстворчатым клапаном, систоло-диастолический шум над аортой, акцент 2 тона над легочной артерией. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Температура тела 37,8 °С. ЧСС 79/мин; пульс 79 ударов в 1 мин, ритмичный, удовлетворительных свойств. АД 150/90 мм рт. ст. Рост пациента составил 178 см. Масса тела – 72 кг. Индекс массы тела равен 22,7 кг/м². ЧДД составила 18 в минуту, а сатурация кислорода в крови – 96 %.

Общий анализ крови: эр. $4,59 \times 10^{12}/л$, лей. $14,8 \times 10^9/л$, тр. $212 \times 10^9/л$, п. – 6 %, с. – 77 %, лимф. – 14 %, э. – 1 %, м. – 2 %, СОЭ – 15 мм/ч.

Биохимическое исследование крови: билирубин 12,5 мкмоль/л, АсАТ 62,8 Ед/л, АлАТ 121,1 Ед/л, ЛДГ 577,1 Ед/л, КФК 121,3 Ед/л, КФК-МВ 47 Ед/л, миоглобин 48,0 нг/мл, креатинин 101,4 мкмоль/л, мочевины 5,9 ммоль/л, общий белок 64,0 г/л, альбумин 34,6 г/л, глобулины 29,4 г/л, глюкоза 7,0 ммоль/л, холестерин 3,1 ммоль/л, ЛПВП 0,9 ммоль/л, ЛПНП 1,74 ммоль/л, ТГ 0,6 мкмоль/л, ферритин 294,1 мкг/л, железо 10,6 мкмоль/л, ЩФ 67,2 Ед/л, СКФ 68 мл/мин. Коагулограмма: МНО 1,39 сек., АЧТВ 27,2 сек., фибриноген 5,14 г/л, ПВ 18 сек., ПТИ 72 %, ТВ 19,4 сек. Общий анализ мочи – без патологии. Прокальцитонин-тест – 0,9. Исследование крови на ВИЧ – отрицательно.

HBsAg, общий анти-HCV не обнаружены. При бактериологическом исследовании мокроты роста микроорганизмов не выявлено. Трехкратное бактериологическое исследование крови: отсутствие роста.

На ЭКГ: синусовый ритм, нормальное положение ЭОС, АВ-блокада 1 степени и признаки гипертрофии миокарда левого желудочка.

При проведении УЗИ органов брюшной полости и малого таза выявлены диффузные изменения в паренхиме поджелудочной железы, конкремент в полости желчного пузыря, наличие жидкостной структуры в правой почке, умеренное уплотнение чашечно-лоханочной системы обеих почек. По данным рентгенографии патология органов грудной полости при госпитализации, отсутствует.

При холтеровском мониторировании ЭКГ регистрировался синусовый ритм с ЧСС 69/мин, эпизоды синусовой тахикардии с максимальной ЧСС 144/мин, эпизоды синусовой брадикардии с минимальной ЧСС 50/мин. Выявлена постоянная АВ-блокада 1 степени, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, транзиторная СА-блокада 2 степени, тип 2 (выпадение 1 комплекса pQRST) – всего 6. Зарегистрированы одиночные наджелудочковые экстрасистолы (всего 117: максимальное количество –

14 в час), парные наджелудочковые экстрасистолы (всего 7 пар: максимальное количество – 2 пары в час), одиночные желудочковые экстрасистолы (всего 3). В мониторинговых отведениях aVF, V5, отражающих потенциалы миокарда задне-боковой области левого желудочка, патологических смещений сегмента ST-T и зубца T не наблюдается.

Эхокардиография (ЭхоКГ) с доплеровским анализом показала фракцию выброса 64 %. Врожденный порок сердца (ВПС): двустворчатый аортальный клапан: значительный стеноз, недостаточность клапана. На створке аортального клапана визуализируется гиперэхогенная округлая структура размером 0,92–0,96 см – кальцинированная вегетация? На правой коронарной створке визуализируется гиперэхогенная, «подвижная», нитчатая структура – вегетация? (рис.). Гипертрофия миокарда левого желудочка. Увеличение полостей обоих предсердий и недостаточность митрального, трикуспидального клапанов. Отмечены дисфункция клапана легочной артерии и умеренная степень легочной гипертензии. Выявлены склероз аорты, аневризматическое расширение ее просвета на уровне синусов Вальсальвы и восходящего отдела. Диффузный кардиосклероз.



Рис. Эхокардиография с доплеровским анализом.

Примечание: стрелочкой обозначена вегетация на створке аортального клапана

В лечении: эврин, реамберин, флюксум, эналаприл, индапамид, омепразол, ацесоль, самеликс, ивабрадин, сульмаграф.

На фоне проводимой терапии сохранялась фебрильная лихорадка, отмечалось усиление кашля. 05.06.2024 пациенту выполнена мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) органов грудной полости с внутривенным болюсным усилением. Выявлены МСКТ-признаки двусторонней полисегментарной пневмонии, двустороннего гидроторакса, умеренной дилатации восходящего отдела аорты.

При бактериологическом исследовании мокроты выделена *M. Catarrhalis*. Проведена коррекция антибактериальной терапии с учетом чувствительности бактериальной флоры. На фоне проводимого лечения отмечалось уменьшение кашля, нормализация температуры тела, уменьшение участков неомогенной инфильтрации легочной ткани по данным рентгенографии легких.

Далее в лечении использованы эврин, флюксум, эналаприл, индапамид, омепразол, ванкомицин, тигридазин, хлоропирамин, кетопрофен, бианем-АФ, фуросемид.

Заключительный клинический диагноз при выписке из стационара:

основное заболевание: 1) инфекционный эндокардит с поражением аортального клапана с формированием комбинированного порока: стеноз и недостаточность. Недостаточность митрального и трикуспидального клапанов. Постоянная АВ-блокада 1 степени. Транзиторная неполная блокада правой ножки пучка Гиса. СА-блокада 2 степени, тип 2. Одиночная, парная наджелудочковая экстрасистолия. Одиночная желудочковая экстрасистолия;

2) внутрибольничная двусторонняя полисегментарная пневмония, ассоциированная с *M. catarrhalis*, тяжёлое течение.

Фоновое заболевание: врожденный порок сердца. Двустворчатый аортальный клапан (код по МКБ: I33.0).

Осложнения основного заболевания: 1) ХСН 2 с сохраненной ФВ (64 %), ФК 2 Экссудативный перикардит. Интоксикационный синдром. Умеренная степень легочной гипертензии;

2) двусторонний экссудативный плеврит. ДН 0–1 ст.

Отсутствующие заболевания: гипертоническая болезнь 2 стадии, достигнутая степень АГ 1, контролируемая, риск ССО 3 (высокий) с поражением органов-мишеней: сердца (гипертрофия левого желудочка). Целевые значения АД 120/80 мм рт. ст. Гепатит смешанного генеза (лекарственно-индуцированный, инфекционный) минимальной степени биохимической активности. Анемия легкой степени тяжести смешанного генеза.

18.06.2024 пациент выписан для продолжения лечения в амбулаторных условиях по месту жительства, даны рекомендации.

После выписки из стационара в течение июня 2024 года пациент отмечал эпизоды повышения температуры тела до 37–38 °С. Данные пациента направлены на консультацию в Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии (г. Астрахань), установлены показания к оперативному лечению.

10.07.2024 г. пациент госпитализирован в «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» (г. Астрахань). При обследовании, по данным ЭхоКГ, выявлены признаки инфекционного эндокардита аортального клапана с тяжелой аортальной недостаточностью, расширение корня аорты до 4,9 см, гидроторакс. По данным магнитно-резонансной томографии головного мозга, обнаружены последствия асимптомных инфарктов в бассейнах левой и правой средних мозговых артерий неизвестной давности, без неврологического дефицита. По данным компьютерной томографической ангиографии выявлена аневризма корня аорты с признаками расслоения до уровня восходящего отдела.

12.07.2024 выполнено оперативное вмешательство: протезирование аортального клапана по методике «Full Root Replacement» аортальным аллогraftом № 24.

В раннем послеоперационном периоде на аортальном клапане определялась недостаточность до 2 ст., без нарастания в динамике, ФВ сохранена, зарегистрированы пароксизмы фибрилляции предсердий, которые купировались введением амиодарона.

В посевах крови при поступлении и в посевах операционного материала бактериального роста не обнаружено. Назначена эмпирическая антибактериальная терапия. На 10 сутки после операции отмечался озноб, в связи с чем взяты повторные посева крови, выделена *Klebsiella pneumoniae* с полирезистентностью к антибиотикам. Проведена коррекция антибактериальной терапии. На этом фоне отмечался рост уровня креатинина в крови, беспокоили выраженные диспептические расстройства (тошнота, рвота). По данным биохимического анализа крови, дисфункции печени и поджелудочной железы не выявлено.

По результатам УЗИ органов брюшной полости: желчнокаменная болезнь без обтурации желчевыводящих путей. Фиброгастродуоденоскопия патологии не выявила. При УЗИ почек установлены признаки нефропатии, кисты почек. В посевах мочи бактериологи-

ческого роста не обнаружено. Диспептические расстройства расценены как проявление нефропатии на фоне антибактериальной терапии. По данным рентгенографии органов грудной полости инфильтративных и очаговых изменений в легких не выявлено.

Проведено лечение: гентамицина сульфат, линезолид, амлодипин, пропafenон, спиронолактон, торасемид, эзомепразол, дротаверин, метоклопрамид, варфарин, энноксипарин, трамадол, бисопролол, меропенем, метамизол натрия, фуросемид, полимиксин В, полиметилсилоксана полигидрат, декстроза, аскорбиновая кислота, ко-тримоксазол, максилак, алгедрат + магнезия гидроксид, ондасетрон.

На фоне проводимого лечения в посевах крови бактериального роста не отмечалось, СРБ снизился, температура тела нормализовалась. По данным ЧП, ЭхоКГ, данных за рецидив инфекции эндокардита не получено, вегетаций нет. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением.

Заключительный клинический диагноз:

Основное заболевание: ВПС: двустворчатый аортальный клапан. Вторичный инфекционный эндокардит с поражением аортального клапана с формированием аневризмы корня аорты и ее расслоением (код по МКБ 135.2).

Расслаивающая аневризма аорты, хроническое течение, тип II по Де Бейки, тип А по Стэнфорду (код по МКБ 171) 2А стадии, ФК III (код по МКБ 150.0).

Осложнение основного заболевания: трепетание-фибрилляция предсердий, пароксизмальная форма ХСН II, ФК 2.

Сопутствующее заболевание: хроническая ишемия мозга 2 ст. Легкие сосудистые когнитивные нарушения. Последствия асимптомных инфарктов в бассейнах левой и правой средних мозговых артерий, неизвестной давности, без дефицита. Желчнокаменная болезнь. Хронический холецистит. Хронический панкреатит.

Фоновое заболевание: артериальная гипертензия III стадии, контролируемая, риск 4 (код по МКБ 111.9).

Операция: протезирование аортального клапана по методике «Full Root Replacement» аортальным аллотрафтом № 24 от 12.07.2024 г.

Послеоперационное осложнение: нефропатия смешанного генеза (послеоперационная, медикаментозная). Кисты почек. ХБП 5 ст.

09.08.2024 г. пациент выписан для продолжения амбулаторного лечения по месту жительства, даны рекомендации по дальнейшему лечению. Несмотря на развитие у пациента тяжелых осложнений исход заболевания благоприятен.

Обсуждение. В представленном клиническом случае необходимо отметить несколько особенностей течения заболевания. Врожденный порок сердца (ДАК) длительное время протекал бессимптомно. Пусковым моментом развития инфекционного эндокардита, вероятно, явилась экстракция зуба. Вторичный инфекционный эндокардит осложнился формированием недостаточности аортального клапана и содействовал расслоению корня аорты. Течение заболевания сопровождалось нарушением сердечного ритма и развитием нефропатии.

Литература/References

1. Трисветова Е. Л. Двустворчатый аортальный клапан: морфология, клиника, диагностика, осложнения. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. 2021;17(1):111-118. [Trisvetova E. L. Bicuspid aortic valve: morphology, clinic, diagnosis, complications. *Rational'naya Farmakoterapiya v Kardiologii*. – *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2021;17(1):111-118. (In Russ.)). <https://doi.org/10.20996/1819-6446-2021-02-05>
2. 2021 Рекомендации ESC/EACTS по ведению пациентов с клапанной болезнью сердца. *Российский кардиологический журнал*. 2022;27(7):5160. [2021 ESC/EACTS Guidelines for the Management of patients with valvular Heart Disease. *Rossiyskij kardiologicheskij zhurnal*. – *Rus-*

Двустворчатый аортальный клапан достаточно часто является основой для развития инфекционного эндокардита, а в случае расширения аорты ассоциируется с её расслоением [1, 2, 5, 7]. Патопатология инфекционного эндокардита при ДАК изучена недостаточно хорошо [7]. Как правило, эта врожденная аномалия клапанов сердца характеризуется высокой частотой дисфункции клапанов на 4–5-м десятилетии жизни. Различные схемы кровотока через бicuspidальный аортальный клапан могут объяснять дополнительное повреждение эндотелия, сопровождающееся отложением тромбоцитов и фибриногена, которые способствуют проникновению гематогенных бактерий или грибков. Расслоение аорты при наличии врожденной аномалии аортального клапана встречается в 5–9 раз чаще, чем у лиц с нормальным клапаном, и может протекать бессимптомно. Кроме того, артериальная гипертензия является одним из наиболее частых этиологических факторов развития расслоения [7, 8]. Высокое давление оказывает механическое влияние на гистологическую структуру аортальной стенки. Происходят утолщение интимы, дегенеративные изменения экстрацеллюлярного матрикса, нарушение питания и доставки кислорода. Интенсивное гемодинамическое воздействие на измененную структуру створок приводит к возникновению микротравм по их свободному краю или в области комиссур, что способствует внедрению микроорганизмов и развитию инфекционного процесса, а распространение инфекции на восходящую аорту также может сопровождаться некрозом интимы и последующим ее расслоением [7, 8].

Таким образом, в представленном клиническом случае наличие у пациента врожденной аномалии (бicuspidального аортального клапана), артериальной гипертензии и присоединение инфекционного эндокардита с возможным распространением инфекции на корень аорты привели к формированию аневризмы корня аорты и ее расслоению.

Хирургическое лечение инфекционного эндокардита всегда является сложной задачей. Вне зависимости от развития современных методов обследования, антибактериальной терапии и методов хирургической реконструкции при данной патологии наблюдается высокая летальность, которая обусловлена развитием тяжелых осложнений в виде системных эмболий, васкулита, сепсиса, полиорганной недостаточности [1, 4, 5].

Клиническая осторожность и готовность быстро выполнить нужные обследования для исключения/подтверждения инфекционного эндокардита на раннем этапе являются важными навыками врача, особенно по отношению к пациентам из группы высокого риска.

Авторы заявляют об отсутствии конфликтов интересов.

sian Journal of Cardiology. 2022;27(7):5160. (In Russ.)). <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2022-5160>

3. Муратов Р. М., Бабенко С. И. Двустворчатый аортальный клапан: перспективы хирургического лечения. *Грудная и сердечно-сосудистая хирургия*. 2023;65(3):254-268. [Muratov R. M., Babenko S. I. Bicuspid aortic valve: prospects of surgical treatment. *Grudnaya i serdechno-sosudistaya hirurgiya*. – *Thoracic and cardiovascular surgery*. 2023;65(3):254-268. (In Russ.)). <https://doi.org/10.24022/0236-2791-2023-65-3-254-26>
4. Вахненко Ю. В., Филатов В. В., Гордиенко Е. Н., Филиппов А. С. Двустворчатый аортальный клапан – проблемы и возможности их решения. *Амурский медицинский журнал*. 2022;(2.):6-16. [Vakhnenko Yu. V., Filatov V. V.,

- Gordienko E. N., Filippov A. S. Bicuspid aortic valve – problems and possibilities of their solution. *Amurskij medicinskij zhurnal. – Amur Medical Journal*. 2022;2:6-16. (In Russ.). <https://doi.org/10.22448/23115068-2022-2-6>
- Rodríguez-Palomares J., Dux-Santoy L., Guala A., Galian-Gay L., Evangelista A. Mechanisms of Aortic Dilation in Patients With Bicuspid Aortic Valve: JACC State-of-the-Art Review. *JACC*. 2023;82(5):448-464. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2022.10.042>
 - Pereira S. C., Abrantes A. L., António P. S., Morais P., Sousa C. [et al.]. Infective endocarditis risk in patients with bicuspid aortic valve: Systematic review and meta-analysis. *Int. J. Cardiol. Heart Vasc.* 2023;47:101249. <https://doi.org/10.1016/j.ijcha.2023.101249>
 - Yang M., Nie Z., Yue H., Liang W., Wu Z. Aortopathy associated with bicuspid aortic valve: advances in clinical and hemodynamics research. *Front. Physiol.* 2025;16:1576072. <https://doi.org/10.3389/fphys.2025.1576072>
 - Carvajal V., Reyes F. B., Gonzalez D., Schwartz M., Whitlow A. [et al.]. Endocarditis in Adult Congenital Heart Disease Patients: Prevention, Recognition, and Management. *Current Cardiology Reports*. 2024;26:1031-1045. <https://doi.org/10.1007/s11886-024-02103-9>

Поступила 22.12.2025

Сведения об авторах:

Александрова Светлана Борисовна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней; тел.: +79283027116; e-mail: AleksandrovaSB@yandex.ru; <https://orcid.org/0009-0001-0219-2240>

Павленко Владимир Васильевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней; тел.: +79034451748; e-mail: pavlenkovv@yandex.ru; <https://orcid.org/0009-0007-7717-0840>

Есенева Гульнара Арсланбековна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней; тел.: +79283194531; e-mail: gulj081181@yandex.ru; <https://orcid.org/0009-0001-0415-7334>

Алферов Владимир Валентинович, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней; тел.: +79280124449; e-mail: v.v.alferov@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0008-0207-4480>

Горбунова Полина Константиновна, врач-терапевт; тел.: +79624496891; e-mail: polinahurceva@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0004-1977-0475>

© Коллектив авторов, 2026

УДК 616.68-007.21

DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2026.21016>

ISSN – 2073-8137

Приобретенный крипторхизм у детей г. Черкесска: серия клинических случаев

Ю. Н. Болотов, С. В. Минаев, К. А. Тамбиева, А. Ю. Болотова

Ставропольский государственный медицинский университет,
Российская Федерация

Acquired cryptorchidism in children of Cherkessk: a case series

Bolotov Yu. N., Minaev S. V., Tambieva K. A., Bolotova A. Yu.

Stavropol State Medical University, Russian Federation

На основании проведенного с 2020 по 2025 г. ретроспективного анализа амбулаторных карт 16029 мальчиков в возрасте 0–18 лет, проживающих в г. Черкесске, было выявлено 4 пациента с приобретенным крипторхизмом. Срок между последним документально зафиксированным нормальным положением яичка и диагностированием приобретенного крипторхизма составил от 2 до 4 лет. В трех случаях патологический процесс носил правосторонний характер и в одном случае – левосторонний. У половины пациентов за год до установления диагноза с той же стороны фиксировали ложный крипторхизм. Разработанный алгоритм является эффективным методом выявления мальчиков с первичным приобретенным крипторхизмом.

Ключевые слова: дети, первичный приобретенный крипторхизм, восходящее яичко, ретракция яичка

A retrospective analysis of outpatient records of 16,029 boys (age: 0–18 y.o.) residing in the City of Cherkessk (time range: 2020–2025) helped identify four patients with acquired cryptorchidism. The interval between the last documented normal testicular position and the diagnosis of acquired cryptorchidism ranged from two to four years. In three cases, the pathology was right-sided, one case being left-sided. 50 % of the patients had the diagnosis of retractile testis (pseudocryptorchidism) set on the same side one year prior to the diagnosis. The developed algorithm serves as an effective method for identifying boys with primary acquired cryptorchidism.

Keywords: children, primary acquired cryptorchidism, ascending testis, testicular retraction