

Из данной таблицы следует, что наиболее частым поражением является фиброз митрального и аортального клапана – у 4 (9,52%) и у 10 (16,13%) пациентов с МС и без него соответственно, реже всего встречается фиброз митрального клапана – у 2 (4,76%) пациентов с МС и у 3 (4,84%) пациентов без него.

### **Выводы**

У пациентов с МС чаще наблюдался крупноочаговый инфаркт миокарда – у 83,33% против 59,68% пациентов без МС, что указывает на более тяжелое течение ИМ у этой группы лиц. Локализация инфаркта миокарда чаще встречалась в заднедиафрагмальной области левого желудочка у пациентов с МС – 61,90% против 33,87% у пациентов без МС.

Такие нарушения ритма как фибрилляция предсердий была зарегистрирована у 14,29% лиц с МС против 6,45% пациентов без МС, блокада левой ножки пучка Гиса – у 7,14% пациентов с МС против 1,61% пациентов с нормальным обменом веществ.

Гипертрофия миокарда левого желудочка была более выражена у пациентов с МС – 38,10% в сравнении с 14,53% пациентов без МС, что статистически значимо ( $\chi^2 = 3,64$ ,  $p = 0,049$ ). Дилатация камер сердца чаще наблюдалась у пациентов с МС, хотя различия не всегда были статистически значимыми.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. *Иванова, А. В.* Современные подходы к лабораторной диагностике инфаркта миокарда / А. В. Иванова // Вестник современной медицины. – 2023. – Т. 15, № 112. – С. 45–52.
2. *Петров, С. И.* Метаболический синдром как фактор риска развития инфаркта миокарда у молодых пациентов / С. И. Петров, Е. А. Сидорова, Д. В. Кузнецов // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2022. – Т. 8, № 45. – С. 78–89.
3. *Smith, J.* Prevalence of metabolic syndrome in young adults with acute myocardial infarction: a contemporary analysis / J. Smith, R. Brown, L. Johnson // Journal of Cardiovascular Risk. – 2024. – Vol. 30, № 5. – P. 210–218.
4. *Taylor, M.* The impact of metabolic syndrome on clinical outcomes in patients with acute myocardial infarction: a retrospective cohort study / M. Taylor, K. Anderson, P. Wilson // Archives of Internal Medicine. – 2023. – Vol. 18, № 3. – P. 345–352.
5. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней : учеб. пособие / Е. Г. Малаева [и др.]. – Гомель : ГомГМУ, 2021. – 134 с.

**УДК 616.36-098-052-06**

**Д. А. Зур**

*Научные руководители: к.м.н., доцент О. Н. Кононова, к.м.н., доцент Е. С. Махлина*

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

## **ОЦЕНКА РИСКА МЕТАБОЛИЧЕСКИ АССОЦИИРОВАННОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

### **Введение**

Метаболически ассоциированная жировая болезнь печени (МАЗБП) – это широко распространенное хроническое заболевание, характеризующееся повышенной аккумуляцией жира в печени, в основе которого лежит дисфункция обмена веществ. В настоящий момент частота выявления МАЗБП в популяции развитых стран приобретает характер неинфекционной пандемии, драйверами роста которой являются ожирение и сахарный диабет [1].

При возникновении данного заболевания важное значение имеют кардиометаболические факторы: дислипидемия, нарушение углеводного обмена, инсулинорезистентность, которые нарастают по мере прогрессирования МАЗБП и чаще всего способствуют развитию сердечно-сосудистой патологии. В настоящее время МАЗБП является мультисистемным заболеванием, ассоциированным с ожирением, сахарным диабетом 2-го типа (СД 2 типа), сердечно-сосудистыми заболеваниями, хронической болезнью почек, онкологией и т.д. [2].

### **Цель**

Провести оценку риска МАЖБП с использованием индекса стеатоза (St-index) у пациентов с коморбидной патологией (КП) и определить факторы, влияющих на данную патологию.

### **Материал и методы исследования**

В исследование включены 39 пациентов с КП (СД 2 типа, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия) находящихся на стационарном лечении в эндокринологическом и терапевтическом отделениях ГУ «РНПЦРМ и ЭЧ» г. Гомеля. Возраст пациентов составил от 31 года до 87 лет. Были определены клинические данные, включая индекс массы тела (ИМТ), объем талии (ОТ) и лабораторные данные: общий холестерин (ОХ), липопротеины низкой плотности (ЛПНП), липопротеины высокой плотности (ЛПВП), триглицериды (ТГ). Биохимические исследования выполнялись на автоматизированной системе Cobas 6000. St-index рассчитывался по формуле:  $-3.5856 + 0.0141 \times \text{возраст} + 0.4711 \times 1$  (если есть СД)  $+ 4.4373 \times \text{вес} / \text{рост}$ . Интерпретация: St-index более 0,405 – риск стеатоза высокий (специфичность – 91,4%) и St-index менее – 0,847 риск стеатоза низкий (чувствительность – 93,8%). С учетом значения St-index пациенты были разделены на две группы: 1-я группа пациенты с высоким риском МАЖБП (n=17; 44%) и 2-я группа пациенты с низким риском МАЖБП (n=22; 56%). Статистическая обработка массива данных выполнена с помощью статистической программы «Statistica 6.0» (StatSoft, GS35F-5899H). Распределение количественных признаков оценивалось с помощью теста Шапиро-Уилка. Количественные признаки, не имеющие приближения нормального распределения, оценивали с использованием методов непараметрической статистики – критериев Манна-Уитни, Краскела-Уоллиса и Вилкоксона. Средние величины представлены в формате медианы (Me) и интерквартильного размаха (25-й и 75-й перцентили). В качестве критерия статистической достоверной значимости результатов рассматривается уровень  $p < 0,05$ .

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

Проводя анализ данных пациентов с КП отмечено что, медиана возраста составила 65,00[523,00;71,00] лет, медиана ИМТ 29,60 [27,10;34,60] кг/м<sup>2</sup>, медиана ОТ 100,00[90,00;115,00]см. Проводя оценку липидного профиля, медиана ОХ составила 5,20[4,40;5,78] ммоль/л., медиана ЛПВП 1,48[1,32;1,74] ммоль/л., медиана ЛПНП 2,40[1,78;3,55] ммоль/л., медиана ТГ 0,83[0,71;1,46] ммоль/л.) что показывает о наличие дислипидемии.

Проводя оценку пациентов в 1-й группе отмечено, что пациенты по возрастному составу распределены следующим образом: от 45 до 59 лет – 3 пациента (18 %), от 60 до 74 лет – 10 пациентов (59 %) и старше 75 лет – 4 пациента (23%). Оценивая ИМТ в данной группе пациентов отмечено, что у 35% пациентов избыточный вес. Так, ожирение 1ст. у 18 % пациентов, ожирение 2ст. у 24 % пациентов и ожирение 3 ст. у 23% пациентов. Характеризуя ОТ у всех пациентов независимо от пола ОТ, превышал целевые значения. Показатели липидного спектра не соответствовали целевым показателям, которые необходимы для данной категории пациентов с коморбидностью.

Оценивая пациентов 2-й группы отмечено, что пациенты по возрастному составу распределены следующим образом: до 45 лет – 5 пациентов (23%), от 45 до 59 лет – 5 пациентов (23 %), от 60 до 74 лет – 11 пациентов (50 %) и старше 75 лет – 1 пациент (4%). Проводя оценку ИМТ в данной группе пациентов отмечено, что у 18% пациентов не отмечен избыток веса, у 50 % пациентов избыточный вес. Так, ожирение 1ст у 23% пациентов, ожирение 2ст. у 5% пациентов. Характеризуя ОТ у женщин только

15 % пациентов, достигли целевых значений и у 85 % пациентов ОТ превышал 80 см. У пациентов мужского пола в 55 % случаев ОТ превышал целевые значения (более 94 см). В данной группе пациентов так же было выявлено не соответствие целевым значениям для данной группы коморбидных пациентов.

### **Выводы**

У пациентов с КП степень риска МАЖБП (оцененной по St-index) зависит от возраста пациентов, причем за счет возрастной группы от 60 до 74 лет, степени избытка веса за счет абдоминального компонента. Независимо от степени риска МАЖБП показатели липидного спектра не соответствовали целевым показателям.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Андреев, Д. Н. Ожирение как фактор риска заболеваний пищеварительной системы / Д. Н. Андреев, Ю. А. Кучерявый // Терапевтический архив. – 2021. – № 8. – С. 954–962.
2. Бабенко, А. Ю. Неалкогольная жировая болезнь печени - взаимосвязи с метаболическим синдромом / А. Ю. Бабенко, М. Ю. Лаевская // Русский Медицинский Журнал. – 2018. – №1 (1). – С. 34–40.

**УДК 618.3:664.236**

**А. В. Иванова**

*Научный руководитель: к.м.н., доцент С. А. Шут*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **СТРУКТУРА ПРИЧИН ГИПЕРТРАНСАМИНАЗЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ**

### **Введение**

Заболевания печени, ассоциированные с беременностью, поражают до 3% женщин и являются наиболее частой причиной нарушения функции печени во время беременности. В тяжелых случаях они сопряжены со значительной заболеваемостью и смертностью матери и плода [5]. При беременности возникает физиологическое увеличение нагрузки на печень, что при неблагоприятных условиях может привести к нарушению функционирования органа и обострению заболеваний гепатобилиарной системы [6].

Ведущая роль отводится генетической предрасположенности организма женщины к холестатической реакции печени на эстрогены и прогестерон на фоне конституциональной неполноценности транспортных мембран гепатоцита [3].

Частота холестатического гепатоза беременных не имеет тенденции к снижению и составляет от 8% до 35%, а тяжелые его проявления являются одной из основных причин материнской и перинатальной смертности [1, 2]. При использовании экстракорпоральных способов репродукции женщины принимают препараты половых гормонов. В связи с этим частота возникновения ХГБ среди беременных увеличилась [7]. По проведенным исследованиям наличие патологии гепатобилиарной системы у беременных женщин является предрасполагающим фактором к развитию ХГБ [4].

### **Цель**

Исследование и статистический анализ структуры причин гипертрансаминаземии у беременных.

### **Материал и методы исследования**

Были обследованы 48 беременных женщин в возрасте от 19 до 44 лет, находившихся на лечении в учреждении «Гомельская городская клиническая больница № 2» в 2024 году, у которых была диагностирована гипертрансаминаземия различной этиологии.