

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.

Анализ осуществлен методом сплошной выборки. Средний возраст и стандартное отклонение составили $30,4 \pm 6,1$ (M $\pm\sigma$) лет.

Осуществлялась статистическая оценка комплекса лабораторных и инструментальных методов исследования, включающих биохимический анализ крови с определением уровня билирубина (8,5–20,5 мкмоль/л), АЛТ (< 31 Ед/л), АСТ (< 31 Ед/л), щелочной фосфатазы (ЩФ) (30–120 Ед/л) и общего белка (65–85 г/л), а также УЗИ органов брюшной полости (ОБП) и почек. В скобках указаны референсные значения.

Статистический анализ данных осуществлялся с помощью пакета прикладных статистических программ SPSS 20 и Microsoft Excel.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ историй болезни показал, что во время беременности у пациенток наблюдались различные сопутствующие заболевания. Согласно данным, представленным на рисунке 1, наиболее распространенными из них являются: вагинит (встречается более чем в 50% случаев), анемия (29,4%), гестационный сахарный диабет (23,5%) и инфекции мочеполовых путей, включая гестационный пиелонефрит (17,6%).

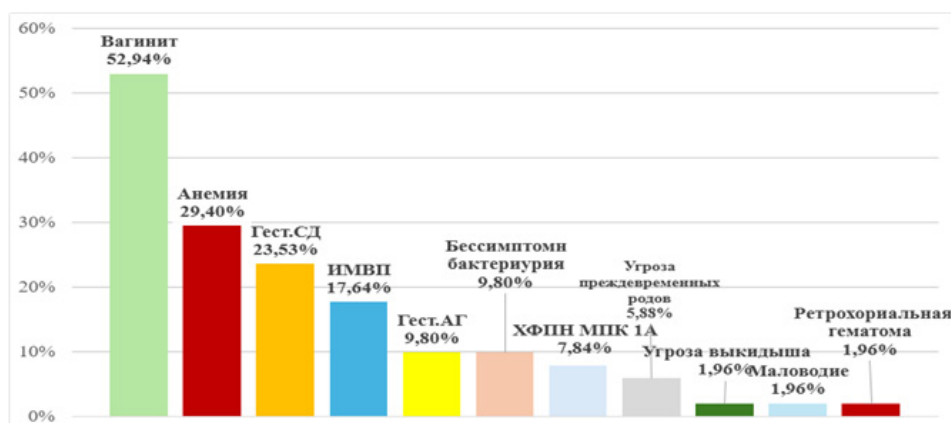


Рисунок 1 – Осложнения беременности

Также было выявлено, что 13,7% пациенток принимали препараты прогестерона с целью сохранения беременности.

Наиболее высокие показатели трансаминаз наблюдались на фоне инфекции Covid-19 и холестаза беременных.

По данным УЗИ у 29,4% беременных были выявлены патологические изменения в гепатобилиарной зоне: гепатомегалия (17,6%), диффузные изменения печени (9,8%), полип желчного пузыря (5,9%) и желчнокаменная болезнь. Сравнение биохимических показателей крови беременных в группах с наличием или отсутствием изменений печени по результатам УЗИ ОБП представлено в таблице 1.

Таблица 1 – Биохимические показатели крови беременных

Лабораторные показатели	Беременные без УЗ-изменений в печени (n=35)	Беременные с УЗ-изменениями в печени (n=15)
АЛТ, Ед/л	70,9	73,7
АСТ, Ед/л	54,0	41,7
ЩФ, Ед/л	144,5	176,0
Общий билирубин, мкмоль/л	8,4	9,4
Общий белок, г/л	67,3	66,4

Анализ данных показал, что уровни ЩФ в группе с изменениями в печени по результатам УЗИ были выше, однако различия статистически недостоверны ($p > 0,05$).

При проведении статистического анализа структуры причин гипертрансаминаземии у беременных все случаи были разделены на 2 группы: ассоциированные с инфекциями, в т. ч. Covid-19 (18,4%), и неинфекционные (81,6%). Среди неинфекционных причин выделены случаи: ассоциированные с приемом лекарств (антибиотики, препараты прогестерона, метилдопа), холестаазом беременных, эндокринными заболеваниями (гипотиреоз, гестационный сахарный диабет) и метаболическими расстройствами (общее нарушение жирового обмена). Сравнение биохимических показателей в выделенных группах представлено в таблице 2.

Таблица 2 – Сравнение биохимических показателей беременных в различных группах

Лабораторные показатели	Ассоциированные с инфекциями (n=9)	Неинфекционные (n=40)
АЛТ, Ед/л	91,0*	69,7
АСТ, Ед/л	53,2	51,1
ЩФ, Ед/л	142,4	154,1
Общий билирубин, мкмоль/л	7,3	9,0
Общий белок, г/л	69,0	66,6

*Различия достоверны $p=0,01$

В группе гипертрансаминаземий, ассоциированных с инфекциями, был выявлен достоверно более высокий уровень АЛТ.

Структура неинфекционных причин гипертрансаминаземии представлена на рисунке 2.



Рисунок 2 – Структура неинфекционных причин гипертрансаминаземии

Представленные данные свидетельствуют, что наибольшее число беременных имели медикаментозные причины повышения трансаминаз. В этой группе прием антибактериальных препаратов был у 58,6% беременных, препаратов прогестерона – у 24,1%, метилдопы – у 13,8%, а длительный прием поливитаминов (около 5 месяцев) – у 1 беременной (3,4%). Сочетание различных групп препаратов отмечено у 4 беременных: антибактериальные препараты и метилдопа – у 1, антибактериальные препараты и препараты прогестерона – у 3. Следует отметить, что медикаментозно-индуцированные гипертрансаминаземии сопровождались более высокими значениями ЩФ и общего билирубина.

Роль метаболических факторов (общее нарушение жирового обмена, гестационный сахарный диабет) как причины гипертрансаминаземии предполагалась у 6 беременных (15,4%). Заболевания щитовидной железы были выявлены у 10 женщин (25,6%). Сочетание метаболических факторов и патологии щитовидной железы наблюдалось у 4 пациенток (10,3%). Значимых особенностей биохимических параметров в данных группах причин гипертрансаминаземии выявлено не было.

Выводы

Среди сопутствующих заболеваний у беременных наиболее часто встречаются вагинит (52,9%), анемия (29,4%), гестационный сахарный диабет (23,5%) и инфекции мочеполовых путей (17,6%).

В структуре гипертрансаминаземий у беременных преобладали неинфекционные причины (81,6%).

В группе гипертрансаминаземий, ассоциированных с инфекциями, был выявлен достоверно более высокий уровень АЛТ. Среди неинфекционных причин гипертрансаминаземии у беременных наиболее часто встречались медикаментозно-индуцированные (33,3%) и причины, связанные с метаболическими факторами в сочетании с приемом лекарств (30,8%).

Среди причин гипертрансаминаземий, связанных с приемом лекарств, наиболее часто встречались случаи, ассоциированные с приемом антибактериальных препаратов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Атипичные гестозы: клиника, диагностика, терапия / Н. И. Киселева, И. М. Арестова, Н. П. Жукова [и др.] // Охрана материнства и детства. – 2011. – Т. 2, № 18. – С. 56–61.
2. Кузьмин, В. Н. Варианты возникновения желтухи и холестаза у беременных в современном акушерстве и пути их решения / В. Н. Кузьмин // Лечащий врач. – 2015. – № 8. – С. 42–45.
3. Успенская, Ю. Б. Современное состояние проблемы холестаза беременных / Ю. Б. Успенская, Н. В. Гончаренко // Проблемы женского здоровья. – 2013. – Т. 8, № 3. – С. 70–76.
4. Еремина, Е. Ю. Внутрипеченочный холестаз беременных / Е. Ю. Еремина // Медицинский алфавит. – 2015. – Т. 1, № 7. – С. 36–40.
5. Liver Disease During Pregnancy: A Challenging Clinical Issue / I. Mikolasevic, T. Filipec-Kanizaj, I. Jakopcic [et al.] // Med Sci Monit. – 2018. – Vol. 2. – P. 4080–4090.
6. Медведев, Б. И. Маркеры клеточного обновления в плаценте при преэклампсии с ранним и поздним дебютом / Б. И. Медведев, Е. Г. Сюндюкова, С. Л. Сашенков // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2016. – № 15. – С. 31–36.
7. Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy in Women with Twin Pregnancy / D. Shan, Y. Hu, P. Qiu [et al.] // Twin Research and Human Genetics. – 2016. – Vol. 19(6). – P. 697–707.

УДК 616.12–052–06:[615.2:33]

Я. В. Иванова

Научный руководитель: старший преподаватель А. Н. Цырульникова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СОВРЕМЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ КОМОРБИДНОГО ПАЦИЕНТА В КАРДИОЛОГИИ

Введение

Затраты на лечение сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) являются одними из самых значительных в мировой и белорусской системе здравоохранения. Эти заболевания, включая ишемическую болезнь сердца (ИБС), артериальную гипертензию (АГ), острый инфаркт миокарда, инсульт и сердечную недостаточность, требуют длительного и часто дорогостоящего лечения из-за приема таких препаратов, как антикоагулянты, статины, бета-блокаторы, ингибиторы АПФ. Затраты включают в себя: лечение в стационарах (госпитализация, операции, реабилитация), амбулаторное лечение (прием кардиологов, диагностика, медикаменты), профилактические программы (скрининги, информационные кампании). По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), сердечно-сосудистые заболевания являются одной из основных причин смертности во всем мире.