

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.

Глобальные затраты на лечение ССЗ оцениваются в триллионы долларов ежедневно, включая как прямые медицинские расходы, так и экономические потери. По данным Американской кардиологической ассоциации (American Heart Association), ежегодные затраты на лечение ССЗ в США составляют около 350–400 миллиардов долларов. Фармацевтическая отрасль Беларуси активно развивается и привлекает инвесторов благодаря растущему рынку медицинских услуг, оборудования и лекарств в стране, включает 98 организаций, из которых 79,1% – частные, а 15,1% – иностранные. Отрасль генерирует 1,2% общего объема производства страны, что составляет 765,5 млн долларов. В Беларуси затраты на лечение ССЗ составляют 1–3% ВВП. Для страны это эквивалентно 0,5–1,5 миллиарда долларов США. Только на лечение артериальной гипертензии в Беларуси за 2021 год было потрачено около 1,77 млрд белорусских рублей. [1, 2, 3].

Цель

Изучить фармакоэкономические характеристики современного лечения коморбидного пациента в кардиологии.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 56 историй болезни пациентов УЗ «Гомельский областной клинический кардиологический центр» за период времени с 2022 по 2024 год, среди которых было 50 (89%) мужчины и 6 (11%) женщины. Медиана возраста пациентов составила 64 года (минимальный возраст – 52 года, максимальный возраст – 74 года). Все пациенты в ходе исследования были разделены на четыре группы. Первая группа – 15 исследуемых (26,7%) средний возраст 65 лет, количество женщин – 2, количество мужчин – 13 с диагнозом ИБС: Стабильная стенокардия напряжения функциональный класс (ФК) 3 атеросклеротический кардиосклероз Н2А (МКК) + АГ 2 степени риск 4. Во второй группе – пациенты в количестве 10 (17,8%) человек, средний возраст составил – 61 год, среди пациентов 9 – мужчины и 1 женщина с диагнозом ИБС: Стабильная стенокардия напряжения функциональный класс (ФК) 3 атеросклеротический кардиосклероз Н2А (МКК) + АГ 2 степени риск 4 + сахарный диабет (СД) субкомпенсация. В третьей группе находится 13 (23,2%) пациентов (12 мужчин и 1 женщина) со средним возрастом 64 года диагнозом является ИБС: Стабильная стенокардия напряжения функциональный класс (ФК) 3 атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз Н2А (МКК) + АГ 2 степени риск 4 + сахарный диабет (СД) субкомпенсация. В четвертой группе – 18 (32,1%) пациентов (16 мужчин и 2 женщины) с диагнозом ИБС: Стабильная стенокардия напряжения функциональный класс (ФК) 3 атеросклеротический кардиосклероз. Фибрилляция предсердий постоянная форма тахисисталия Н2А (МКК) + АГ 2 степени риск 4 + сахарный диабет (СД) субкомпенсация. Все исследуемые были лабораторно и инструментально обследованы, Схема лечения всем пациентам была назначена согласно протоколам РБ, включала в себя антиишемическую, антитромбоцитарную, антикоагуляционную, гипотензивную терапию, прием статинов, сахароснижающих препаратов и других дополнительных средств.

Результаты исследования и их обсуждение

Среднее пребывание в стационаре в первой группе составило 6 койко-дней, во второй и третьей группах – 9 койко-дней, в четвертой группе – 11 койко-дней. Большинство пациентов во всех группах получали кардиоселективный бета-блокатор – бисопролол 5 недель (1 таблетка 1 раз в день). В 1 группе принимали препарат 15 пациентов (100%), во 2 группе – 10 пациентов (100%), в 3 группе – 13 пациентов (100%), в 4 группе – 18 пациентов (100%). Затраты на лечение данным препаратом составили – 356,16 белорусский рублей. Антиагрегант – аспикард 75 недель (1 таблетка на ночь) получали все пациенты

в первой, второй и третьей группе. В третьей группе 4 пациента дополнительно принимали антиагрегант клопидогрель 75 недель (1 таблетка на ночь). Затраты на лечение данными препаратами составили 4943,52 белорусских рублей. Антикоагулянтную терапию получали все пациенты четвертой группы: варфарин 5 недель – 2 пациента; варфарин 2,5 недели – 1 пациент; ривароксабан 20 недель – 13 пациента, ривораксобан 10 недель – 2 пациента. Затраты на лечение данной группой препаратов составили – 620,64 белорусский рублей. Все пациенты получали ингибиторы АПФ или блокаторы ангиотензина 2. Из пациентов 1 группы лизиноприл 10 недель (1 раз в день) получали 7 человек, кандесартан 8 недель (2 раза в день) – 8 человек. Во 2 группе лизиноприл 10 недель (1 раз в день) принимали 6 пациентов, 2 пациента – рамиприл 5 недель (1 раз в день), 2 пациента – лозартан 50 недель (1 раз в день). Затраты на лечение данными группами препаратов составили – 765,05 белорусский рублей. В 3 группе 5 пациентов принимаю лозартан 50 недель (1 раз в день), 3 пациента – рамиприл 5 недель (1 раз в день), 5 человек – лизиноприл 10 недель (1 раз в день). Затраты на лечение данными препаратами составили – 561,33 белорусский рублей. В 4 группе кандесартан в течении 8 недель (2 таблетки 2 раза в день) принимали 8 исследуемых; 4 пациента принимали рамиприл 5 недель (1 таблетка 1 раз в сутки); 6 пациентов – лизиноприл 5 недель (2 раза в день). Затраты на лечение данными препаратами составили – 625,1 белорусский рублей. Все пациенты во всех группах получали спиронолактон 25 недель (1 раз в день). Затраты на лечение данным препаратом составили – 1310,4 белорусский рублей. Исследуемым так же была проведена терапия статинами. Аторвастатин 40 недель (1 таблетка 1 раз в день) получали все пациенты в 1 группе. Во 2 группе 6 пациентов принимали аторвастатин 40 недель (1 таблетка 1 раз в день), 4 пациента – розувастатин 10 недель (1 таблетка 1 раз в день). В 3 группе 10 пациентов получали аторвастатин 40 недель (1 таблетка 1 раз в день), 3 пациента – розувастатин 10 недель (1 таблетка 1 раз в день). В 4 группе 8 пациентов принимали аторвастатин 40 недель (1 таблетка 1 раз в день), 10 пациента – розувастатин 10 недель (1 таблетка 1 раз в день). Затраты на лечение данной группой препаратов составили – 2796,09 белорусский рублей. Нитроглицерином 2 таблетки в день принимали 3 пациента из 2 группы, 6 пациентов из 3 группы, 4 пациента из 4 группы. Затраты на лечение данным препаратом составили – 35,36 белорусский рублей. Терапия СД проводилась гликлозидом 60 миллиграмм (мг) (1 раз в день), метформин 850 мг (2 раза в день). Во 2 группе 18 пациентов получали метформин, 2 пациента – гликозамид. Исследуемые четвертой группы в количестве 6 пациентов получали инсулин-протамин (до 16 ЕД в сутки), 7 пациентов принимали метформин, 5 пациентов – глюкозамид. Затраты на лечение данными препаратами составили – 4795,17 белорусский рублей.

Выводы

1) Средняя длительность пребывания в стационаре была больше во второй, третьей и четвертой группах, чем в первой группе.

2) Затраты на лечение пациентов в первой группе 3151,42 белорусских рублей.

3) Затраты на лечение пациентов во второй группе 3257,54 белорусских рублей.

4) Затраты на лечение пациентов в третьей группе 3788,13 белорусских рублей.

5) Затраты на лечение пациентов в четвертой группе 6291,37 белорусских рублей.

6) Затраты на лечение пациентов с коморбидной патологией превышают таковые по сравнению с затратами в первой группе с ИБС: Стабильная стенокардия напряжения функциональный класс (ФК) 3 атеросклеротический кардиосклероз H2A (МКК) + АГ 2 степени риск 4, что обусловлено длительностью пребывания в стационаре, а также затратами на лечение сопутствующей патологии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Цырульникова, А. Н. Хроническая сердечная недостаточность : Учебно-методическое пособие / А. Н. Цырульникова, Е. Г. Малаева, И. И. Мистюкевич [и др.]. – Гомель : Учреждение образования “Гомельский государственный медицинский университет”, 2015. – 40 с.
2. Жмуров, Д. В. Артериальная гипертензия / Д. В. Жмуров, М. А. Парфентева, Ю. В. Семенова // Colloquium-journal. – 2020. – С. 48–55
3. Мистюкевич, И. И. Холтеровское мониторирование электрокардиограммы и суточное мониторирование артериального давления: возможности метода, показания к проведению, интерпретация показателей : Учебно-методическое пособие / И. И. Мистюкевич, Т. В. Алейникова, Е. Г. Малаева, А. Н. Цырульникова ; – Гомель : Учреждение образования “Гомельский государственный медицинский университет”, 2013. – 36 с.
4. Артериальная гипертензия в молодом возрасте: современное состояние проблемы / И. С. Сабиров, И. Т. Муркамилов, В. В. Фомин [и др.] // The Scientific Heritage. – 2021. – С. 15–23

УДК 616.379-008.64:617.586]-06

Д. С. Ильюшенко, П. С. Садченко

Научные руководители: д.м.н., доцент Ю. М. Чернякова, к.м.н., доцент Е. Г. Малаева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

МОРБИДНЫЙ ФОН СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Введение

Синдром диабетической стопы (СДС), протекающий на фоне коморбидной патологии, является причиной снижения качества и продолжительности жизни пациентов с сахарным диабетом (СД). Традиционно спектр морбидного фона у пациентов с СДС включает микроангиопатии (ретино- и нефропатию), невропатии, макроангиопатии (атеросклероз коронарных артерий, мозговых и других периферических артерий), что в свою очередь влечет риск развития ишемического поражения сердца, органов дыхания, почек, печени, головного мозга, желудочно-кишечного тракта и характеризуется высокой инвалидизацией и летальностью в сравнении с группой лиц, не страдающих СД [1].

По статистике, от 5 до 25% лиц пожилого и престарелого возраста имеют тяжелые когнитивные нарушения (деменцию) [2]. Распространенность когнитивных нарушений при СД 2 составляет 20% у мужчин и 18% у женщин 60 лет и старше по данным исследования, проведенного в США [3], что в свою очередь становится наиболее значимым фактором снижения трудоспособности и нарушения бытовой адаптации у пациентов с СДС. Смертность среди группы больных с когнитивными нарушениями сосудистого генеза в 2,4 раза выше, чем у лиц той же возрастной группы без таких нарушений [4].

Цель

Изучить частоту встречаемости и спектр коморбидной патологии у пациентов с СДС.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе специализированного хирургического отделения № 3 государственного учреждения здравоохранения «Гомельская городская клиническая больница № 3», являющегося областным центром «Диабетической стопы». Проведен ретроспективный анализ 100 историй болезней пациентов с гнойно-некротическими поражениями нижних конечностей на фоне СД за 2023 и 2024 годы.

Верификацию диагноза и определение этиологии заболевания проводили в соответствии с клиническим протоколом «Диагностика и лечение пациентов с сахарным диабетом», утвержденным Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь 21.06.2021 № 85 [5].