



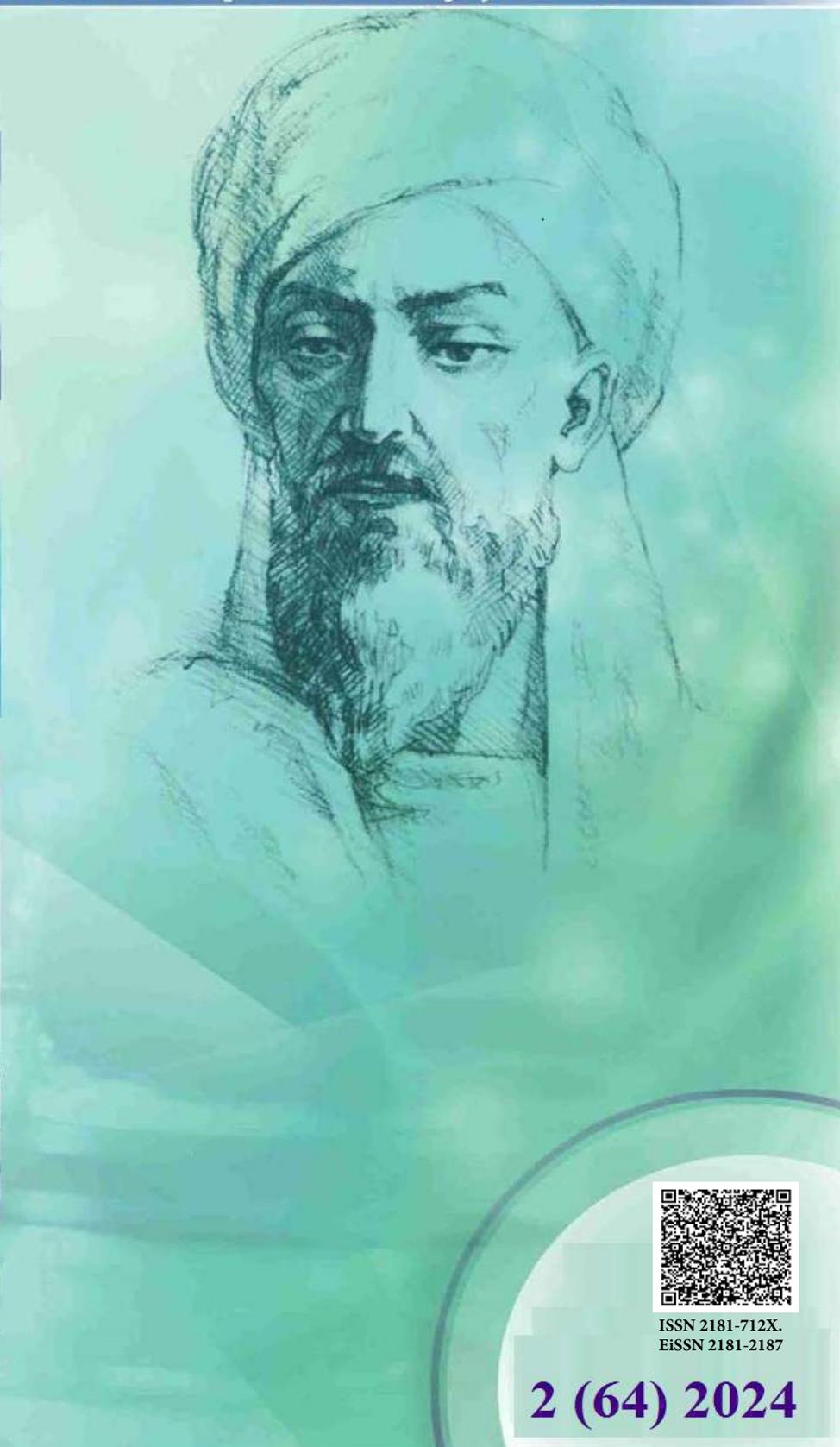
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

2 (64) 2024

**Сопредседатели редакционной
коллекции:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

2 (64)

2024

февраль

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.01.2024, Accepted: 10.2.2024, Published: 20.02.2024

УДК 616.24–008.4:616–001.8–08–014.62

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И КОМОРБИДНОСТЬ ПРИ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Раджабова Дилором Джалиловна <https://orcid.org/0000-0002-7874-4275>

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан, г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

В последнее время в клинической практике лечения заболеваний гепатобилиарной зоны достигнут существенный прогресс в понимании молекулярных основ образования желчи и патофизиологии холестаза.

Статья посвящена изучению клинических особенностей и коморбидных патологий при холестатическом синдроме в условиях амбулаторной поликлиники, что является очень важным для оздоровления населения и контроля здоровья людей в амбулаторных условиях, а также имеет большое значение при организации специализированной терапевтической службы первичного звена здравоохранения.

Ключевые слова: холестатический синдром, коморбидность, желчный пузырь, холецистит, печень.

CLINICAL FEATURES AND COMORBIDITY IN CHOLESTATIC SYNDROME

Rajabova D.D. <https://orcid.org/0000-0002-7874-4275>

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Resume

Recently, significant progress has been made in the clinical practice of treating diseases of the hepatobiliary zone in understanding the molecular basis of bile formation and the pathophysiology of cholestasis.

The article is devoted to the study of clinical features and comorbid pathologies in cholestatic syndrome in an outpatient clinic, which is very important for improving the health of the population and monitoring the health of people in outpatient settings, and is also of great importance in the organization of a specialized therapeutic primary health care service.

Keywords: cholestatic syndrome, comorbidity, gallbladder, cholecystitis, liver

ХОЛЕСТАТИК СИНДРОМНИНГ КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ ВА КОМОРБИДЛИК

Раджабова Дилором Джалиловна <https://orcid.org/0000-0002-7874-4275>

Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш., А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Сўнги пайтларда гепатобилиар зона касалликларини даволашнинг клиник амалиётида сафро ҳосил бўлишининг молекуляр асослари ва холестазнинг патофизиологиясини тушунишда сезиларли ютуқларга эришилди.

Мақола амбулатория шароитида холестатик синдромнинг клиник хусусиятлари ва қўшма патологияларини ўрганишга бағишланган бўлиб, бу аҳоли саломатлигини яхшилаш ва амбулатория шароитида одамларнинг соғлигини назорат қилиш учун жуда муҳимдир, шунингдек ихтисослаштирилган терапевтик бирламчи тиббий ёрдам хизматини ташкил этишида катта аҳамиятга эга.

Калит сўзлар: холестатик синдром, коморбидлик, ўт пуфаги, холецистит, жигар

Актуальность

Вопросы ранней диагностики заболеваний печени, сопровождающихся холестазом, и их дифференциальной диагностики по сей день являются весьма актуальными, ведь возможности исследования функции желчеобразования и желчевыведения ограничены определением выраженности холестаза, и основываются на клинических проявлениях и определении биохимических маркеров [2].

Холестаз является обычным явлением и может встречаться в различных клинических условиях. Понимание особенностей этиопатогенеза холестаза и правильное применение этих особенностей в дифференциальной диагностике и лечении холестатических заболеваний печени способствует формированию эффективного практического подхода в терапии холестаза общей этиологии [1,5].

Холестатические заболевания печени возникают вследствие нарушения выработки и выведения желчи гепатобилиарной системой. В результате чего происходит уменьшение канальцевого тока желчи, печеночной экскреции воды и/или органических анионов (билирубина, желчных кислот), накопление желчи в гепатоцитах и желчевыводящих путях, задержка компонентов желчи в крови. Повреждение клеток печени (гепатоцитов) или клеток желчных протоков (холангиоцитов) приводит к широкому диапазону клинических проявлений: от отдельных нарушений биохимических показателей функции печени до острой печеночной недостаточности или злокачественных образований в гепатобилиарной системе (например, холангиокарциномы). Длительно сохраняющийся холестаз (в течение нескольких месяцев или лет) может привести к развитию цирроза печени [3,4,6].

Цель исследования: изучение коморбидности и особенностей клинического течения холестатического синдрома.

Материал и методы

В исследование были включены 3500 человек, в возрасте 40-74 лет, проживающих в регионе городской поликлиники №1, которым проведен профилактический плановый осмотр. Из всех осмотренных у 774 больных (22,2%) выявили холестатический синдром (ХС).

Верификацию диагноза проводили по требованиям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), классифицировали по международной классификации болезней (МКБ-10).

Критериями исключения из исследования были острый вирусный гепатит, хронический гепатит В, С и D, инфаркт миокарда, сахарный диабет 1-типа, нестабильная стенокардия, мочекаменная болезнь, желчекаменная болезнь, цирроз печени, онкозаболевания печени.

Результат и обсуждение

В отборе всех выявленных больных (774) с ХС преобладали мужчины -501 (64,7%), чем женщины-273 (35,3%).

Изучение вредных привычек у пациентов (как у мужчин, так и у женщин) с ХС показало:

- курящих табака (сигарет)- 597 (77,2%);
- употребляющих насвай-112 (14,5%);
- употребляющие алкоголя-278 (35,9%);
- курящих электронные сигареты-109 (14,1%);
- курящие кальян-321 (41,5%);
- употребляющих безалкогольные «Энергетики»-689 (89,1%);
- исключительно питающие жирные сорта мяса, копченые мяса-675 (87,2%);
- часто употребляющие газированные напитки-598 (77,3%).

Длительность заболевания составила в среднем $7,0 \pm 0,8$ лет (от 4 до 12 лет).

Диагноз поставили по существующей международной классификации и больных распределили на 2 группы:

1-группа: 315 больных с внепеченочным холестазом (40,7%). Из них

- 169 женщин (53,6%);

- 226 мужчин (46,4%);

2-группа: 459 больных с внутриспеченочным ХС (59,3%) больных, из них:

-104 (40,1%) женщин;

-275 (59,9%) мужчин, (табл 1).



Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту

Возраст больных	1-группа				2-группа			
	Мужчины (n=226)		Женщины (n=169)		Мужчины (n=275)		Женщины (n=104)	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
40-44 (молодой)	87	38,5	32	18,9	122	44,4	26	25
45-59 (средний)	88	38,9	67	39,6	76	27,6	35	33,6
60-74 (пожилой)	51	22,6	70	41,5	77	28	43	41,4
всего	226	100	169	100	275	100	104	100

Классификацией Всемирной организации здравоохранения установлено: 18 - 44 лет - молодой возраст, 45 - 59 лет - средний возраст; 60 - 74 года - пожилой возраст, 75 - 90 лет - старческий возраст; старше 90 лет - долгожители.

Для удобства расчёта и сравнительной оценки изучаемых показателей отобранных больных распределили на 2-группы:

-1-я группа -395 (51,1%) больных с внепеченочной формой ХС;

-2-группа -379 (48,9%) больных с внутripеченочной формой ХС.

-контрольную группу составили 35 здоровых людей соответствующего возраста.

Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывали по формуле:

$ИМТ = \frac{\text{масса тела в кг}}{\text{рост}^2 \text{ в метрах}}$

Всем больным было проведено измерение веса и роста для расчета индекса массы тела (ИМТ).

На основании полученных данных антропометрических измерений установлены средние показатели физического роста. При этом, средний рост женщин с ХС равен 167,2 см, вес -96,2 кг. А также, окружность талии в среднем равна 95,4 см, окружность бедра -104,5 см.

У мужчин с ХС средний рост был равен 176,2 см, вес-99,4 кг. При этом окружность талии у мужчин в среднем равняется 92,8 см, окружность бедра-88,8 см.

Интересно было сведение об ИМТ в зависимости от формы ХС. Распределение больных по ИМТ в зависимости от формы ХС показало следующее:

-у мужчин 1-й группы в возрасте 40-44 года ИМТ был равен в среднем на -35,0 диагностировано ожирение 1-степени, в других возрастах ИМТ был в пределах 25-30, что подтверждает состояние предожирения или избыточной массы тела.

- ожирение 1-степени установлен у мужчин 2-группы в возрасте 45-59 и 60-74 года по ИМТ=30,1 и 30,2, соответственно.

-у всех женщин с ХС 1-группы установлена избыточная масса тела (или состояние предожирения) по ИМТ= 25-29.

- у женщин с ХС 2-группы установлено ожирение 1-степени: в возрасте 45-59 и 60-74 года ИМТ=30,4, в возрасте 40- 44 года ИМТ был равен =30,1 (табл.2).

Таблица 2

ИМТ в гендерном аспекте

Возраст больных	1-группа		2-группа	
	Мужчины (n=226)	Женщины (n=169)	Мужчины (n=275)	Женщины (n=104)
40-44	35	27,4	27,1	30,1
45-59	28,2	28,2	30,1	30,4
60-74	30,2	27,6	30,2	30,4

Таким образом, установлено характерное течение ХС на фоне избыточного веса и ожирения. Гендерный анализ показал, что в 40 лет начало метаболического синдрома как у мужчин, так и у женщин 1-группы. А у женщин 2-группы в возрасте 40 лет, а у мужчин в возрасте 45 лет.

При этом установленная высокая окружность талии у женщин (более 80 см) свидетельствует о вероятности накопления висцерального жира. Все установленное доказывает необходимость изучения липидного спектра крови при ХС.

Следовательно, для изучения гендерных особенностей механизма развития ХС необходимо комплексное изучение биохимического статуса.

В зависимости от формы ХС изучали сопутствующие заболевания у отобранных для исследования пациентов с учетом пола (табл.3).

Таблица 3

Частота коморбидности при холестатическом синдроме

нозологии	1-группа				2-группа			
	Мужчины n=226		Женщин n=169		Мужчины n=275		Женщины n=104	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Сердечно-сосудистые заболевания	111	49,1	102	60,4	103	37,5	69	66,4
Заболевания органов дыхания	48	21,3	26	15,4	16	5,8	9	8,6
избыточный вес	19	8,4	107	63,3	122	44,4	-	-
ожирение 1-ст	93	41,2	5	2,9	153	55,6	55	52,8
Ожирение 2-ст	41	18,2	36	21,3	-	-	49	47,1
Ожирение 3-ст	73	32,3	21	12,4	-	-	-	-
Язвенная болезнь	11	4,8	5	2,9	2	0,73	10	9,6
Хрон холецистит	118	52,2	98	57,9	48	17,5	41	39,4
хронический панкреатит	26	11,5	7	4,2	17	6,2	13	12,5
Хрон.гепатит	42	18,6	25	14,8	14	5,1	18	17,3
Артериальная гипертония	66	29,2	97	57,4	87	31,6	67	64,4
Анемия	23	10,2	15	8,8	11	4	5	4,8
Заболевания мочевых путей	19	8,4	22	13,1	11	4	15	14,4

Сравнительная оценка состояния коморбидности в исследуемых группах показала преобладание у женщин 1-группы сердечно-сосудистые заболевания- 60,4%, избыточного веса- 63,3%, ожирения 2ст-21,3%, хронического холецистита-57,9%, артериальной гипертонии (АГ)- 57,4% и заболеваний мочеполовой системы-13,1% по отношению к мужчинам данной группы.

При этом среди всех мужчин 1-й группы чаще отмечаются заболевания органов дыхания – 21,3%, ожирение 1 степени-41,2% и 3-степени-32,3%, язвенная болезнь-4,8%, хронический панкреатит-11,5%, хронический гепатит-18,6% и анемия-10,2% против показателей женщин данной группы.

Сравнительная оценка структуры коморбидности у пациентов 2-группы также показала учащение случаев всех выше приведенных сопутствующих заболеваний у женщин по отношению к мужчинам 2-группы.

Следовательно, для ХС характерно коморбидное течение. Полученные информации показывают важность учета гендерных особенностей формирования и течения ХС в зависимости от возраста.

Анализ нозологической структуры коморбидности показал, при внутрпеченочном холестазае у мужчин первое место занимают избыточный вес и ожирение 1-степени (100%), а у женщин ожирение 1 и2-степени (100%).

При внепеченочном холестазае у мужчин первое место занимают хронический холецистит- 52,2%, у женщин-избыточный вес-63,3%. Характерно было преобладание сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) не зависимо от вида ХС и пола пациентов.

Таким образом, полученные данные исследования показали важность учета коморбидного состояния у пациентов с ХС для своевременной ранней профилактики осложнений и

прогнозирования течения основного заболевания. Тот факт наличия коморбидности доказывает сложность механизма развития ХС и её осложнений.

Выводы

1. Частота выявления холестатического синдрома в условиях амбулаторной поликлиники составляет 22,2%, что преобладает у мужчины -64,7%, чем женщины-35,3%.
2. Установлено, холестатический синдром не зависимо от пола протекает на фоне избыточного веса и ожирения в коморбидности.
3. В структуре коморбидности при внутрипеченочном холестазае у мужчин первое место занимают избыточный вес и ожирение 1-степени (100%), а у женщин ожирение 1 и 2-степени (100%). При внепеченочном холестазае у мужчин первое место занимают хронический холецистит-52,2%, у женщин-избыточный вес-63,3%. Характерно было преобладание сердечно- сосудистых заболеваний не зависимо от вида холестатического синдрома и пола пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ильченко А.А., Вихрова Т.В., Зотина М.М. Состояние местного и общего гуморального иммунитета при холелитиазе и билиарном сладже // Рос. гастроэнтерол. журн. 2021;(1):10–15.
2. Климов А.Н., Никульчева Н.Г. Обмен липидов и липопротеидов и его нарушения. / Руководство для врачей. Изд. 3-е, перераб. и доп. СПб.: Питер Ком, 2019; 512 с.
3. Ройтберг Г.Е., Ушакова Т.И., Дорош Ж.В. Роль инсулинорезистентности в диагностике метаболического синдрома // Кардиология. 2014;(3):94–100.
4. Рослый И.М., Абрамов С.В., Покровский В.И. Ферментемия – адаптивный механизм или маркер цитолиза? // Вестн. РАМН. 2018;(8):3–8.
5. Субботина Т.И. Ультраструктурные изменения гепатоцитов как показатель тяжести функциональных нарушений печени // Вестн. новых мед. технологий. 2017;(4):15–18.
6. Хворостинка В.Н., Вовк К.В. Нарушение желчеобразования и желчевыделения у больных хроническим бескаменным холециститом с сопутствующей гипотонически-гипокинетической дискинезией желчного пузыря // Украин. терапевт. журн. 2014;(4):38–42.

Поступила 20.01.2024