



## КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

**Раджабова Дилором Джалиловна**

Бухарский государственный медицинский институт  
<https://doi.org/10.5281/zenodo.10704645>

В последнее время в клинической практике лечения заболеваний гепатобилиарной зоны достигнут существенный прогресс в понимании молекулярных основ образования желчи и патофизиологии холестаза [1].

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 [2,3].

**Цель исследования:** изучить структуру коморбидной патологии и клинические особенности при холестатическом синдроме.

**Материалы 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).

### **Результаты и обсуждение.**

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 гипертензии (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 внутривисочном 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 (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.

### **Заключение**

В структуре коморбидности при внутривисочном 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.

### **Использованная литература:**

1. Рослый И.М., Абрамов С.В., Покровский В.И. Ферментемия – адаптивный механизм или маркер цитолиза? // Вестн. РАМН. 2018. (8). 3–8.
2. Субботина Т.И. Ультраструктурные изменения гепатоцитов как показатель тяжести функциональных нарушений печени // Вестн. новых мед. технологий. 2017. (4). 15–18.
3. 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.

