

выявлены: явления деформирующего бронхита с пневмофиброзом - 31%, изменения по типу матового стекла - 37%, картина перибронхиальной инфильтрации с очаговым уплотнением легочной ткани – 32 %.

При спирографии отмечено изменения функции внешнего дыхания проявлялись следующим образом: рестриктивные нарушения – 42%%, смешанный тип нарушения – 34%%, смешанный тип с преобладанием рестрикции - 24%. При госпитализации в стационар, клинические и спирографические признаки бронхиальной обструкции не обнаружены, но спирографически выявлены тяжелые рестриктивные нарушения, то есть объемных показателей.

Клиника течения патологии во многом зависит от состояния реактивности и тяжести организма. При этом основными клиническими проявлениями заболевания являются кашель с мокротой встречалось у 86%, с усилением бронхиального и ослаблением везикулярного дыхания. При лабораторном исследовании – лейкоцитоз, ускорение СОЭ, снижения субпопуляции лимфоцитов.

**Выводы.** Следовательно, полученные данные свидетельствуют об увеличении пациентов с интерстициальными заболеваниями легких, с преобладанием в клинике одышки, кашля, рестриктивных нарушений и др. Клинически проявлялось разнообразным течением болезни с изменениями функции внешнего дыхания.

## **НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЮ ПОЧЕК**

**Расулев Ёркин Эркинович, докторант 1 года по специальности Терапия**

**Научный руководитель: профессор Даминов Б.Т.**

**ТашПМИ, кафедра факультетских внутренних болезней, ВПТ, проф.,  
патологии, госпитальных внутренних болезней и пропедевтика  
внутренних болезней**

**Актуальность:** в последние годы внимание исследователей всё больше привлекает проблема коморбидности, под которой понимают сочетание у одного больного нескольких хронических заболеваний. Следует подчеркнуть, что влияние коморбидной патологии на клинические проявления, диагностику, прогноз и лечение многих заболеваний многогранно и индивидуально. В последние годы еще одним признанным компонентом МС является неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП). НАЖБП охватывает спектр состояний от стеатоза печени до цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы. Результаты последних исследований подтверждают гипотезу о том, что НАЖБП приводит к более высокому риску сердечно-сосудистых заболеваний независимо от других прогностических факторов риска.

**Цель исследования:** оценить результаты онлайн калькулятор фиброза-4 (FIB-4) у с НАЖБП на фоне ХБП.

**Пациенты и методы:** проведен ретроспективный анализ 140 историй болезни пациентов, в возрасте до 86 лет, госпитализированных в отделение интервенционной кардиологии, ГУ «РСНПМЦТ и МР» 2018 - 2020 года. Проанализированы основные факторы риска для развития ССЗ. В условиях стационара был сформирован в онлайн опросники и размещенный в интернете (<https://docs.google.com/forms/d/1-bsQWspbgVLYo6EUxzfzMPj2kVjEhQk5Gq5xBkej0/edit?usp=sharing>). Опрос был

добровольным и анонимным, опрошено 140 больных с признаками ХБП. Статистическая обработка проводилась в программе Microsoft Office Excel 2019.

**Результаты исследования:** было обследовано 140 пациентов, из них 81 (57,85%) мужчин и 59 (42,15%) женщин, лишь 55 пациентов перенесли ОИМ в анамнезе, так среди пациентов, перенесших ИМ и возрасте до 86 лет мужчин было 37 (45,67%), женщин – 18 (30,50%). Средний возраст на момент исследования составил –  $66,53 \pm 7,79$  лет, среди мужчин –  $65,44 \pm 7,17$  лет, среди женщин  $65,20 \pm 9,06$  лет соответственно.

**Результаты:** при исследовании антропометрических показателей пациентов средний индекс массы тела по выборке составил  $28,46 \pm 2,58$  м<sup>2</sup>/кг, что говорит о преобладании избыточного веса. Ожирение отмечалось у 48 (34%) пациентов, избыточная масса тела – у 75 (53,57%). Дислипидемии по уровню ОХС  $\geq 5,0$  ммоль/л было зафиксировано у 70 (50%) больных, однако были повышены показатели ЛПНП более чем 3 ммоль/л у 91 (65%) больных, наибольшей во I группе пациентов. Во 2 - й же группе были выявлен наивысший показатель уровня ТГ  $\geq 9,0$  ммоль/л.

В целом в общей группе по результатам калькулятора FIB - 4 составили  $0,97 \pm 0,31$ , у лиц мужского пола  $1,0 \pm 0,31$  лиц женского пола  $0,97 \pm 0,32$  соответственно, то есть достоверных различий между полом не было.

При этом результат 0-2 расценивался как легкий фиброз, от 3 до 4 – умеренный фиброз, 5-6 – тяжелый фиброз/цирроз.

**Выводы:** из приведенных результатов можно сделать вывод, что основная масса больных по результатам калькулятора FIB - 4 имели в среднем легкий фиброз печеночной ткани. Таким образом, для профилактики развития и прогрессирования стеатоза важно достигать целевых значений гликемии и показателей липидного спектра, а также достигать снижения веса.

**КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ  
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С КОМОРБИДНЫМИ  
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ**  
**Рахманкулова Сабрияхоним 411 – группа медико-педагогического и  
лечебного факультета**  
**Научный руководитель: ассистент Расулев Ё.Э.**  
**ТашПМИ, кафедра факультетских внутренних болезней, ВПТ, проф.,  
патологии, госпитальных внутренних болезней и пропедевтика  
внутренних болезней**

**Актуальность:** большой интерес представляет изучение сочетанной патологии бронхиальной астмы и гипертонической болезни. Среди пациентов, страдающих БА более половины страдают различными сердечно-сосудистыми заболеваниями, среди которых основное место занимает гипертоническая болезнь. Доля пациентов с бронхиальной астмой, страдающих артериальной гипертензией, составляет от 12,9% до 37,6% и увеличивается с возрастом. Многие вопросы, касающиеся клинического течения и патогенеза коморбидной патологии бронхиальной астмы и гипертонической болезни, ИБС остаются открытыми.

**Цель исследования:** изучить клинические особенности больных бронхиальной астмой в сочетании с гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца.

**Пациенты и методы:** в исследование проводилось на базе Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра терапии медицинской реабилитации (РСНПМЦ и МР). Были изучены данные анкетирования 91 больного, в