

ОСОБЕННОСТИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИ АССОЦИИРОВАННОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ОЖИРЕНИЯ

Орипов Саидислом Кахрамонжон угли

*Андижанский государственный
медицинский институт*

Актуальность. Метаболически ассоциированная жировая болезнь печени (МАЗБП) признана одной из самых распространённых форм хронического заболевания печени, встречающейся у 25–30% взрослого населения. Её патогенез тесно связан с метаболическим синдромом, инсулинорезистентностью, ожирением и нарушениями липидного обмена. Клинически значимым осложнением МАЗБП является увеличение кардиоваскулярного риска, который во многом определяет прогноз и основную причину смертности у этой категории пациентов. Наличие ожирения усугубляет течение заболевания, ускоряет прогрессирование стеатоза и фиброза печени, а также усиливает сердечно-сосудистую нагрузку. Современная медицина требует персонифицированного подхода к прогнозированию и лечению пациентов с МАЗБП, особенно при наличии ожирения как дополнительного фактора риска.

Цель исследования. Определить влияние ожирения на выраженность кардиоваскулярного риска у пациентов с метаболически ассоциированной жировой болезнью печени и выявить ключевые предикторы, ассоциированные с развитием сердечно-сосудистых осложнений.

Материалы и методы исследования. Исследование носило **проспективный сравнительный характер** и проводилось на базе гастроэнтерологического и кардиологического отделений клиники Андижанского государственного медицинского института в 2023–2024 годах. В исследование были включены **100 пациентов** в возрасте от 30 до 60 лет с диагностированной **метаболически ассоциированной жировой болезнью печени (МАЗБП)**, подтверждённой клинико-лабораторными и инструментальными методами.

Результаты исследования. Сравнительный анализ двух исследуемых групп продемонстрировал, что наличие ожирения у пациентов с метаболически ассоциированной жировой болезнью печени (МАЗБП) достоверно утяжеляет метаболические нарушения и увеличивает кардиоваскулярный риск.

У пациентов **группы I** (МАЗБП с ожирением) средний индекс массы тела (ИМТ) составил **$32,8 \pm 2,4$ кг/м²**, тогда как в **группе II** (без ожирения) —

$26,4 \pm 1,7$ кг/м² ($p < 0,001$). Уровни АЛТ и АСТ были выше в основной группе, что указывает на большую степень поражения гепатоцитов. Также выявлены повышенные уровни триглицеридов ($2,1 \pm 0,4$ ммоль/л) и ЛПНП, при снижении ЛПВП, особенно выраженные у пациентов с ожирением.

Показатели инсулина и индекса НОМА-IR ($4,8 \pm 1,3$ против $2,9 \pm 0,9$; $p < 0,01$) были существенно выше в группе I, что свидетельствует об усиленной инсулинорезистентности. Уровень высокочувствительного С-реактивного белка (hsCRP) был также повышен у пациентов с ожирением ($3,9 \pm 1,2$ мг/л против $2,2 \pm 0,8$ мг/л; $p < 0,01$), указывая на наличие системного воспаления.

Оценка кардиоваскулярного риска выявила следующее:

По шкале SCORE2, риск $\geq 7,5\%$ был зарегистрирован у 44% пациентов группы I и лишь у 18% — группы II ($p < 0,01$).

Средний Framingham Risk Score в группе I составил 14,8%, в группе II — 8,6% ($p < 0,05$).

Коронарный кальций (Agatston Score) более 100 ед. выявлен у 36% пациентов с ожирением и у 12% без ожирения ($p = 0,01$).

По данным эхокардиографии, признаки диастолической дисфункции миокарда обнаружены у 42% пациентов группы I и у 24% группы II ($p < 0,05$).

Корреляционный анализ показал прямую зависимость между ИМТ и кардиоваскулярным риском ($r = 0,54$; $p < 0,01$), а также между индексом НОМА-IR и уровнем коронарного кальция ($r = 0,47$; $p < 0,01$). Значимыми независимыми предикторами высокого сердечно-сосудистого риска при МАЖБП стали: ИМТ, уровень триглицеридов, НОМА-IR и наличие диастолической дисфункции.

Таким образом, наличие ожирения при МАЖБП значительно утяжеляет кардиометаболический профиль пациента и требует более агрессивной профилактической и терапевтической тактики.

Вывод. Наличие ожирения у пациентов с МАЖБП существенно усиливает сердечно-сосудистый риск за счёт усугубления метаболических нарушений, инсулинорезистентности и дисфункции миокарда.

Рекомендуется включение оценки ожирения как независимого фактора при стратификации риска и выработке индивидуального плана терапии. Комплексное лечение должно включать не только гепатопротективные и метаболические препараты, но и интенсивную коррекцию массы тела, образа жизни и факторов риска ССЗ.