



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

12(50)2022

**Сопредседатели редакционной
коллекции:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
С.И. ИСМОИЛОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
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)

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

**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 (Ташкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

12 (50)

2022

декабрь



Received: 20.11.2022
Accepted: 29.11.2022
Published: 20.12.2022

УДК 616.77-002.72: 618.24-085

ДЕБЮТ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Абдуазизова Н.Х., Хидоятова М.Р., Шаранов З.А., Солихов Б.М., Жаксымуратова Х.Т.

Ташкентская медицинская академия Узбекистан

✓ Резюме

В настоящее время генетические механизмы ревматоидного артрита (РА) изучены более широко, другие механизмы, например, патологические изменения у лиц пожилого возраста, имеющие место в патогенезе и прогрессировании заболевания остаются вне поля зрения. Своевременное диагностирование ревматоидного артрита у пожилых позволяет своевременно вносить коррективы в лечение.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, пожилой возраст, лечение

THE DEBUT OF RHEUMATOID ARTHRITIS IN THE ELDERLY PERSONS

Abduazizova N.X., Xidoyatova M.R., Sharapov Z.A., Solixov B.M., Jaksymuratova X.T.

Tashkent medical academy Uzbekistan

✓ Resume

At present time genetic mechanisms of rheumatoid arthritis were studied more widely than other mechanisms, for example pathological changes in elder age which playing role in pathogenesis and progress of disease are out of field of view. Early diagnosis of rheumatoid arthritis in elder age allows to add corrections to manegment.

Key words: rheumatoid arthritis, elderly age, treatment

КЕКСА ЁШДАГИ БЕМОРЛАРДА РЕВМАТОИД АРТРИТ ДЕБЮТИ

Абдуазизова Н.Х., Хидоятова М.Р., Шаранов З.А., Солихов Б.М., Жаксымуратова Х.Т.

Тошкент тиббиёт академияси

✓ Резюме

Ҳозирги кунда ревматоид артритнинг (РА) генетик механизмлари кенг ўрганилган, бошқа механизмлар, яъни кекса ёшдаги беморларда касалликнинг тез авж олувчи кечишининг патогенетик ўзгаришлари назардан четда қолмоқда. Кекса ёшдаги беморларда ревматоид артритни эрта таъхислаш ўз вақтида давони коррекция қилишда ёрдам беради.

Калит сўзлар: ревматоид артрит, кекса ёш, даволаш

Актуальность

РА – системное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением мелких суставов по типу эрозивно-деструктивного полиартрита неясной этиологии со сложным аутоиммунным патогенезом. Дебют заболевания может быть острым, подострым и хроническим. Острое начало чаще отмечается у лиц молодого возраста и характеризуется быстрым (в течение нескольких дней, а иногда и часов) развитием ярких артритов с присоединением лихорадки, миалгии, развитием выраженной общей скованности и тяжелого состояния. При подостром начале болезни признаки воспаления нарастают в течение 1-2 недель. Артралгии могут быть умеренными, без нарушения функции суставов. Возможен субфебрилитет. Этот вариант начала болезни чаще возникает у лиц среднего возраста, особенно у женщин [1,2,11].

РА поражающий около 1% взрослого населения, преимущественно старшего возраста, имеет особенности клинической картины при дебюте в пожилом и старческом возрасте. По классификации возраста, представленной ВОЗ, к группе пожилого возраста относятся люди 60–74 лет, старческого возраста 75–89 лет, долгожителями считаются лица старше 90 лет. В Узбекистане последние возрастные категории редко встречаются в практике ревматолога, учитывая среднюю продолжительность жизни населения и влияние самих ревматических заболеваний на демографические показатели.

Определение предикторов тяжелого течения РА является актуальной задачей, так как в этих случаях необходимо проведение агрессивной терапии для возможной трансформации такого течения в более доброкачественное. Выделяют предикторы функциональной недостаточности, структурных изменений и повышенной смертности. К предикторам повышенной смертности относят средний и пожилой возраст, малоподвижный образ жизни, высокие значения ревматоидного фактора, наличие внесуставных проявлений РА и коморбидных заболеваний, выраженных структурных изменений.

По данным А.М. Сатыбалдыева и соавт. начало РА в пожилом возрасте часто характеризуется низкой степенью активности воспалительного процесса, что при ретроспективной оценке классифицируется как «хроническое» течение заболевания. У таких пациентов признаки суставного синдрома развиваются постепенно, в течение нескольких месяцев, а внесуставные проявления отмечаются не чаще чем в 20% случаев. S.C. Mastbergen и соавт. считают, что РА у пожилых имеет более острое, практически без продромального периода, начало. Соотношение мужчин и женщин, у которых РА возник в пожилом возрасте, одинаковое – 1:1, в то время как в более молодом возрасте среди заболевших преобладают лица женского пола: соотношение мужчины: женщины

составляет 1:3–1:4. Примерно у 2/3 больных пожилого возраста РА начинается с симметричного олигоартрита, у 1/3 – с симметричного полиартрита, отмечается преимущественное поражение крупных суставов, а не мелких суставов кистей и стоп [3, 4, 5].

Поражение крупных суставов в дебюте заболевания встречается в 30% случаев. Суставной синдром нередко сопровождается повышением температуры тела до фебрильных цифр с присоединением внесуставных признаков: лимфоаденопатии, ревматоидных узелков, полиневропатии (у 1/3 больных), ulcerации кожи [6].

Для РА у пожилых характерен быстрый деструктивный процесс в суставах в сочетании с пролиферативными изменениями и формированием анкилозов. Рентгенологическое исследование обладает малой чувствительностью в отношении выявления типичных для РА эрозивных поражений на ранних стадиях развития болезни, в связи с чем возможно несоответствие рентгенологической картины и функционального состояния пациента. Формирование эрозий отмечается у 30% пациентов в первые полгода с момента дебюта РА. В таких случаях рекомендуется проведение МРТ и УЗИ суставов [7, 8].

По данным литературы, органические поражения при РА у пожилых встречаются с несколько иной частотой, чем у лиц более молодого возраста. В пожилом возрасте вначале протекает медленно, с постепенным развёртыванием клинической симптоматики в течение нескольких месяцев или лет, значительно реже — подостро или остро. Около 2/3 случаев проявляются полиартритом, остальные — моно- или олигоартритом, причём суставной синдром часто не имеет клинической специфики, что значительно затрудняет дифференциальную диагностику. Начало ревматоидного артрита в пожилом возрасте требует проведения дифференциального диагноза с остеоартрозом, при котором может развиваться вторичный синовит и ограничение подвижности суставов, с кристаллическими артропатиями, в том числе - с подагрой, исключения ревматической полимиалгии, а также проведения онкопоиска [9].

Серонегативные варианты ревматоидного артрита необходимо дифференцировать с ремитирующим серо негативным симметричным синовитом с выраженным отеком. Дебют клинических проявлений, характерных для РА, предполагает наличие у пожилого человека одной из двух ситуаций: первая - сочетание опухолевого процесса и РА, один из которых предшествует появлению другого. В данной ситуации идет речь о сочетании и взаимовлиянии патологий без причинно-следственной связи между ними. Вторая - появление РА как пара неопластического синдрома, развившегося в результате аутоиммунных реакций, обусловленных возникновением и прогрессированием опухолевого процесса. По данным литературы, из костно-суставных поражений при неоплазиях наиболее часто наблюдается клиника ревматоидного артрита. Проявления РА, по данным различных онкологов, встречаются у 13% онкологических больных и чаще наблюдаются

при опухолях легкого и желудочно-кишечного тракта. Суставной синдром в данном случае чаще проявляется симметричным полиартритом с вовлечением мелких суставов кистей и стоп. У некоторых больных наблюдаются подкожные ревматоидные узелки, рентгенологические признаки длительно текущего ревматического процесса - эрозивные изменения суставных поверхностей эпифизов. Эти изменения могут возникать уже на ранних стадиях злокачественного роста, они отличаются резистентностью к глюкокортикостероидам и цитостатикам, применяющимся для лечения этих заболеваний, и чаще всего исчезают после радикального удаления опухоли. Эффект от терапии в данном случае может быть одним из надежных критериев постановки диагноза [10].

Полиморбидность - наиболее актуальная проблема современной клинической гериатрической практики. В среднем при клиническом обследовании больных пожилого и старческого возраста диагностируется не менее 4-5 болезней, проявлений патологических процессов. Взаимовлияние заболеваний изменяет их классическую клиническую картину, характер течения, увеличивает количество осложнений и их тяжесть, ухудшает качество жизни и прогноз. У пожилых больных чаще диагностировали коморбидные состояния: поражение коронарных сосудов, инфаркт миокарда, артериальную гипертензию, инсульт и др. Возраст больных играет большую, а иногда и определяющую роль в выборе базисной терапии РА [11].

Заклучение

Аминохинолиновые препараты у пожилых увеличивают риск развития ретинопатии, дегенеративных изменений макулярной области, однако стоит помнить, что данные явления купируются после отмены препарата. D-пеницилламин вызывает более частое возникновение дерматозов и вкусовых расстройств. При назначении цитостатиков требуется более частый контроль за гематологическими показателями, состоянием функции печени. При приеме азатиоприна отмечено более частое развитие оппортунистических инфекций у пожилых больных, чем у пациентов молодого возраста. Имеются данные по лечению пожилых больных РА лефлуномидом, которые свидетельствуют о выраженном эффекте препарата на суставной синдром с замедлением деструктивных изменений в суставах через год регулярного приема препарата и относительно невысоким риском серьезных побочных реакций.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Балабанова Р.М., Каптаева А.К. Особенности клинической картины и лечения ревматоидного артрита в пожилом возрасте. *Consilium Medicum*. 2006; (12):12-82.
2. Бочкова АГ. Ревматоидный артрит с дебютом в пожилом возрасте: течение и терапия. *Клиническая геронтология*. 2002; 8(3):45-50.
3. Еламшва И.Ж. Врачебно-трудовая экспертиза больных ревматоидным артритом. Материалы научно-практической конференции. Ташкент, 1990. - С. 40-45.
4. Елисеев М.С., Желябина О.В., Чикина М.Н. и др. Влияние терапии на субклинический атеросклероз сонных артерий у пациентов с болезнью депонирования кристаллов пирофосфатов кальция и остеоартритом (пилотное исследование). //Научно-практическая ревматология журнал – 2021. – Том:59 –№6. –С.708-714.
5. Сатыбалдыев А.М. Ревматоидный артрит у пожилых. *Consilium Medicum*.2007;9(12):85-92. [Satybaldyev AM. Rheumatoid arthritis in elderly. //Consilium Medicum. 2007;9(12):85-92. (In Russ.)].
6. Hays-Salinas M.J., Bertoli A.M., Lema L., Saucedo C., Rosa J., Quintana R. et al. Prevalence of dyslipidemia and elevated cardiovascular risk in patients with rheumatoid arthritis. //Medicina (B Aires) 2013; 73(1):26–30. [PubMed] [Google Scholar].
7. Nargiza Abduazizova., Sevara Mukhammadieva, Elnora Djurayeva., Gulnoza Rakhmatullaeva. Lipid profile in patients with rheumatoid arthritis on thebackground of basic treatment //International Journal of Early Childhood Special Education (INT-JECSE)DOI: 10.9756/INT-JECSE/V14I1.382 ISSN: 1308-5581 Vol 14, Issue 01 2022 PP:3189-3191
8. Ixomova K.A., Abduazizova N.Kh., Kasimova M.B., Agzamova G.S. Optimization of methods of basic treatment of early rheumatoid arthritis //American journal of medicine and medical sciences 2021, 11(3): 165-169Doi: 10.5923/j.ajmms.20211103.01
9. Curtis J.R., John A., Baser O. Dyslipidemia and changes in lipid profiles associated with rheumatoid arthritis and initiation of anti-tumor necrosis factor therapy. //Arthritis Care Res. 2012; 64(9):1282–1291. doi:10.1002/acr.21693. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar].
10. Leung B.P., Sattar N., Crilly A. et al. A novel anti-inflammatory role for simvastatin in inflammatory arthritis. //J Immunol 2003; 170: 1524–1530.
11. McCarey D.W., McInnes I.B., Madhok R. et al. Trial of Atorvastatin in Rheumatoid Arthritis (TARA): double blind, randomized placebo-controlled trial. *Lancet* 2004; 363:2015–2021.

Поступила 20.11.2022