



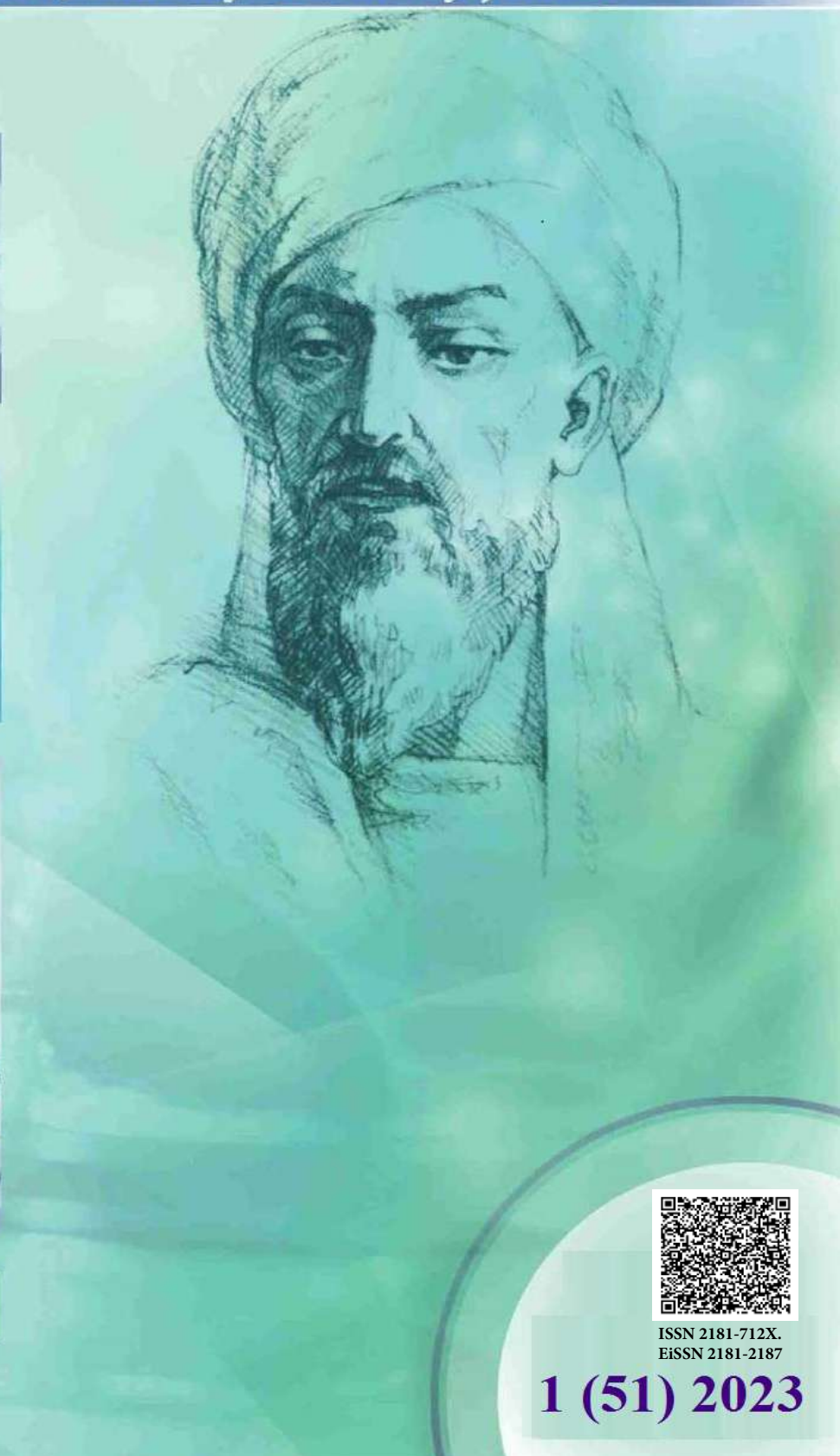
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIOVIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

1 (51) 2023

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

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

1 (51)

2023

Received: 20.12.2022
Accepted: 29.12.2022
Published: 20.01.2023

УДК 616.72.-002-031.13-616.441-002

РЕВМАТОИД АРТРИТ ҲАМДА АУТОИММУН ТИРЕОИДИТ БИРГАЛИКДА КЕЧГАН БЕМОРЛАРДА ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ ПАТОЛОГИЯСИНИ ЭРТА АНИҚЛАШ ТАМОЙИЛЛАРИ

Исамитдинова Нилуфар Шахобовна

Бухоро Вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази, Ўзбекистон, Бухоро шаҳар

✓ Резюме

Ҳозирги кунда РА, нафақат бўғим ва бўғим атрофи тўқималари, бундан ташқари, марказий ва вегетатив асаб, эндокрин тизимлари зарарланиши ва уларнинг ўзаро боғлиқлигининг бузилиши натижасида ва асосий касалликнинг кечишининг қўшимча асоратланишига олиб келувчи сурункали тизимли яллиғланиш касаллик ҳисобланади. Клиницистлар РА билан касалланган беморларда эндокрин безларнинг кўп учрайдиган патологияси бўқоқ, гипотиреоз, буйрак усти безлари функцияларининг бузилиши каби патологиялар билан танишдир. Ревматоидли артрит ва аутоиммун тиреоидит билан касалланган беморлар даволаш тамойиллари замонавий ревматологиянинг мураккаб муаммоларидан бири бўлиб ҳисобланади. Унинг долзарблиги иккита аутоиммун касаллик (РА ва АИТ) касалликнинг прогрессияланиб кечиши, таянч-ҳаракат тизимининг зарарланиш оғирлиги, меҳнатга лаёқатли аҳоли орасида зарарланиш сони юқорилиги, функционал қобилиятнинг эрта пасайиши, профессионал ва ижтимоий малаканинг йўқотилиши, ҳаракат функциясини йўқотган беморларда жисмоний ва психологик мослашишнинг қийинлиги, жуда катта иқтисодий йўқотишга сабаб бўладиган умумий тиббиёт ва ижтимоий муаммо яъни ногиронликка олиб келиши билан белгиланади.

Асосий касаллик давомийлигининг чўзилиши ва жадал кечиши патологик жараёнга янги бўғимлар ва бўғимдан ташқари тизимлар кўшилиши, бўғимларнинг қайтмас, турғун ўзгаришлар (деструкция, ярим чиқиш, контрактура) шаклланишига тиреоид патологиясининг ривожланиши олиб келади. Буларнинг барчаси оғир функционал етишмовчиликка олиб келади, ҳаёт тарзининг барча муҳити бузилиши ва беморлар яшаши сифати пасайишига сабаб бўлади.

Калит сўзлар: ревматоид артрит, аутоиммун тиреоидит, қалқонсимон без, диффуз токсик бўқоқ, гипотиреоз.

ПРИНЦИПЫ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ

Исамитдинова Н.Ш.

Бухарский областной многопрофильный медицинский центр, Узбекистан

✓ Резюме

В настоящее время РА представляет собой хроническое системное воспалительное заболевание, поражающее не только суставные и околосуставные ткани, но также центральную и вегетативную нервную систему, эндокринную систему и их взаимосвязь, что еще больше осложняет течение основного заболевания. Клиницисты знакомы с такими патологиями, как зоб, гипотиреоз, дисфункция надпочечников, которые являются распространенной патологией желез внутренней секреции у больных РА. Принципы

лечения больных ревматоидным артритом и аутоиммунным тиреоидитом являются одной из сложных проблем современной ревматологии. Актуальность ее заключается в прогрессировании двух аутоиммунных заболеваний (РА и АИТ), тяжести поражения опорно-двигательного аппарата, высокой травматизации работающего населения, раннем снижении функциональных возможностей, утрате профессиональных и социальных навыков, затруднении физического и психологическая адаптация у больных с утратой двигательной функции, определяется как общая медико-социальная проблема, вызывающая значительные экономические потери, т.е. инвалидность.

Удлинение и ускорение течения основного заболевания приводит к развитию тиреоидной патологии, присоединению к патологическому процессу новых суставов и внесуставных систем, формированию необратимых, стойких изменений в суставах (деструкция, контрактура). Все это приводит к тяжелой функциональной недостаточности, нарушению всех сторон жизни и снижению качества жизни больных.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, аутоиммунный тиреоидит, щитовидная железа, диффузный токсический зоб, гипотиреоз

PRINCIPLES OF EARLY DETECTION OF THYROID PATHOLOGY IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS AND AUTOIMMUNE THYROIDITIS

Isamitdinova N.Sh.

Bukhara Regional Multidisciplinary Medical Center, Uzbekistan

✓ Resume

Currently, RA is a chronic systemic inflammatory disease that affects not only the joint and peri-articular tissues, but also the central and autonomic nervous system, endocrine systems and their interrelationships, and further complicates the course of the underlying disease. Clinicians are familiar with pathologies such as goitre, hypothyroidism, adrenal gland dysfunction, which are common pathologies of endocrine glands in patients with RA. The principles of treating patients with rheumatoid arthritis and autoimmune thyroiditis are one of the complex problems of modern rheumatology. Its relevance is the progression of two autoimmune diseases (RA and AIT), the severity of damage to the musculoskeletal system, the high number of injuries among the working population, early decline in functional ability, loss of professional and social skills, difficulty in physical and psychological adaptation in patients with loss of motor function, It is defined as a general medical and social problem that causes significant economic loss, i.e. disability.

Prolongation and acceleration of the duration of the main disease leads to the development of thyroid pathology, the addition of new joints and extra-articular systems to the pathological process, the formation of irreversible, permanent changes in the joints (destruction, half-extinction, contracture). All this leads to severe functional deficiency, disruption of all aspects of life and a decrease in the quality of life of patients.

Key words: rheumatoid arthritis, autoimmune thyroiditis, thyroid gland, hyperthyroidism, hypothyroidism

Долзарблиги

РА ва АИТ аутоиммун касалликлар орасида юқори тиббий ва ижтимоий аҳамияти унинг кенг тарқалганлиги ва эрта ногиронликка сабаб бўлиши ҳамда беморларнинг умр кўриш давомийлигининг пасайиши билан боғлиқ [1-6]. РА диагностикаси ҳали ҳам доимий равишда ўзгариб турадиган тасниф мезонлари кўринишидаги клиник ва лаборатория кўрсаткичлари тўпламига асосланади. РА нинг висцерал кўринишлари, у алоҳида ўрин тутади, чунки у нафақат касалликнинг оғирлиги ва оқибатини, балки унинг натижасини ҳам белгилайдиган омил бўлиб қолади. РА касаллиги беморларнинг умр кўриш давомийлигини ўртача 10 йилга қисқартиради, ўлим сабаблари одатда умумий аҳолидаги омилларга мос бўлиб, аммо эрта юрак-қон томир ва буйрак касалликлари, ўпка ва ошқозон-ичак инфекциялари ўлим сабаблари орасида юқори даражада кузатилади [7-12]. Ҳозирги кунда РА, нафақат бўғим ва бўғим атрофи тўқималари,

бундан ташқари, марказий ва вегетатив асаб, эндокрин тизимлари зарарланиши ва уларнинг ўзаро боғлиқлигининг бузилиши натижасида ва асосий касалликнинг кечишининг қўшимча асоратланишига келтирувчи сурункали тизимли яллиғланиш касаллиқдир [22,23]. Клиницистлар РА билан касалланган беморларда эндокрин безларнинг кўп учрайдиган патологияси бўқоқ, гипотиреоз, буйрак усти безлари функцияларининг бузилиши каби патологиялар билан танишдир. Қалқонсимон без (ҚБ) гормонлари метаболик жараёнлар активлигини ошириб, липогенезни стимуляциялайди, мушак ва ёғ тўқималари томонидан глюкозанинг ўзлаштирилишини кучайтириб, глюконеоз ва гликонеогенезни фаоллаштиради [13-20]. Тиреоид гормонлар (трийодтиронин –Т3, тироксин –Т4) суяк тўқимасининг резорбцияси, ҳамда синтезини, бириктирувчи тўқима протеингликанлари ва гликозамиларнинг ишлаб чиқарилишини кучайтиради. Улар микдорининг ортиши ўсувчи ва актив остеокластлар сонининг ошиши, суяк тўқимаси метаболизмидики тезлаштиради, ҳамда остеобластик функцияни стимуллаштиради, бу жараён эса, конда суяк тўқимасини ҳосил қилувчи маркерлари ошади [1].

Тиреоид гормонларнинг етишмовчилигида синовиал қобикда аденилциклаза миқдори ошади, фибробластларнинг гиалурон кислотасининг ишлаб чиқарилишини кўпайтиради, бу ўз навбатида синовиал суюқликнинг бўғимларда тўпланишига ва синовит клиникасини чақиради [11]. Клиник амалиётда ҚБ нинг айнан тўқимаси-ТТГ рецепторлари ва антипероксидаза антителларини текширилади ўтказилади [12].

Д. Тҳомас ва ҳаммуалифлар [15], хулосаларига биноан, ҚБ томонидан қандайдир клиник ва биокимёвий белгиларнинг бўлмаганлигига қарамай, ушбу антителаларнинг аниқланиши патологиянинг бошланғич босқичларини акс эттиради. Мавжуд адабиётларда тиреоид гормонларга антителалар ишлаб чиқарилиши жараёнлари тўғрисидаги маълумотлар жуда кам ёритилган. Шу сабабли, РА беморларда қалқонсимон без гормонларига бевосита антитаначаларни аниқланиши қалқонсимон безнинг аутоиммун шикастланиши диагностикасида тест бўлиши мумкин деб ҳисобланиб, уларни аниқлаш имкониятини, уларнинг роли ва қалқонсимон без функциясига таъсирини ўрганилишига муҳтожлик аниқланди [21].

Шундай қилиб, ревматик касалликларида, хусусан РА да қалқонсимон без патологиясининг асосий касалликнинг кечишига ва прогнозига арид ҳудудларда ҳозирги кунда ҳам тарли даражада ўрганилмаган ва актуал бўлиб келмоқда.

Олинган маълумотларга кўра, қалқонсимон безнинг ТПО га АТ ва ТГ га АТ антителалар миқдорини аниқлаш, РА билан оғриган беморларнинг аксарият кўпчилигида назорат гуруҳи билан солиштирилганда улар титрнинг ошганлиги кузатилди.

РА билан касалланганларда тиреоид патологиянинг (42,5%) нинг юқори частотада аниқланиши, бизларни РА нинг активлиги ва шаклига боғлиқ бўлган тиреоид гормонларга антитаналар пайдо бўлиш жараёнларини батафсил ўрганишга ундади.

Тадқиқот мақсади: Ревматоид артрит ва аутоиммун тиреоидит биргаликда кечган беморларда тиреоид патологияни эрта аниқлаш ва асоратларни олдини олиш чора-тадбирларини ишлаб чиқиш.

Материал ва методлар

Тадқиқот БКТТМ ревматология бўлими ревматоидли артрит (РА) беморлар 2018 йил ва 2020 йиллар давомида стационар даволанган барча беморларда клиник, инструментал, лаборатор таҳлиллардан ўтказилди ва улар орасидан 82 та РА бемор (42 РА ва 40 РА+АИТ) беморлар проспектив ва 20 соғлом назорат гуруҳи танлаб олинди. РА ташхиси Америка ревматологлар жамияти 2010 йил таснифига асосланиб диагностик мезонлари асосида қўйилди.

Биринчи эмпирик босқичда фақат ревматоид артрит, аутоиммун тиреоидити бор беморлар ва беморлар ёши, жинси мос келувчи соғлом назорат гуруҳи танланди. Тадқиқотга жами бўлиб, 82 та бемор, шулардан фақат ревматоид артрит билан 42 бемор, ревматоид артрит ва аутоиммун тиреоидит билан ассоциацияланганлар 40 бемор, назорат гуруҳи 20 соғлом киритилди. Беморлар асосий касаллигининг кечиши, йўлдош касаллиги, шунингдек дори анамнези ва қабул қилаётган фармакотерапияси баҳоланди. Барча беморларда ҳар томонлама ревматологик клиник амалиётда қабул қилинган РА ва АИТ нинг барча кўринишларини батафсил баҳоловчи комплекс гематологик, биохимик, қалқонсимон без гормонлари, ва уларга қарши антитаналар,

калқонсимон без ультратовуш текшируви, денситометрия текширувлари ўтказилди. Лаборатор таҳлиллардан гемоглобин, умумий сийдик таҳлили, зардобдаги креатинин, кальций, фосфор, мочевино, альбумин, АЛТ, АСТ, Т3, Т4, ТТГ, антиТПО, антиТГ ўтказилди.

Жадвал-1

Тадиқотга танланган ревматоид артрит ва назорат гуруҳи тавсифи

Кўрсаткич	РА (n-82)	Назорат гуруҳи (n-20)	P
Жинси (аёл %)	76(92,6%)	16(82%)	0,62
Ёши	50,58±1,6	48,45± 2,1	0,6
Қишлоқ аҳолиси	55(67%)	13(65%)	0,7
Гипертония	37(46%)	9 (43%)	0,04
Қасаллик давомийлиги, йил.	8,82±1,12	-	-
Қандли диабет 2 тип	6(7%)	1(5%)	0,05
Терапия тури:	82 (100%)	-	-
БЯҚП	82 (100%)	-	-
Глюкокортикоидлар	28 (35,2%)	-	-
НЯҚВ	80 (97,2%)	-	-
ГИБП	3 (3,7%)	-	-
Комбинацияланган терапия	45 (54,9 %)	-	-

Тадиқот давомида мос равишда 82 та РА ли беморларнинг ва 20 та назорат гуруҳида аёллар 76 (92,6 %) ва 16 (82 %), қишлоқ аҳолиси 55(67 %) ва 13(65 %), гипертония қасаллиги 37(46%) ва 9(43%), қандли диабет 2 тип 6(7%) ва 1(5 %) ни ташкил этди. РА билан беморларнинг 76(92,6 %) метотрексат, 28 (35,2 %) глюкокортикостероидлар, 13(15,7 %) лефлуномид, 80(97,2%) НЯҚВ, 3(3 %) ГИБП, 45(54,9 %) комбинацияланган терапияни қабул қилишган. Шундай қилиб, тадиқот давомида ревматоид артритли беморларнинг асосий қисми НЯҚВ ва метотрексат дориларини доимий равишда қабул қилиб келишган.

Тадиқотнинг кейинги босқичида 82 та ревматоид артрит билан қасалланганлар саволномалар, клиник ва лаборатор – инструментал текширишлар натижаларининг ўрганилиши натижасида иккита - 42 та фақат ревматоид артрит ва 40 аутоиммун тиреоидит билан биргаликдаги ревматоид артрит гуруҳларига бўлинди.

Жадвал таҳлили асосида қуйидагилар аниқланди, ревматоид артрит (82) ва назорат гуруҳидагилар (20) орасидаги ёши, жинси, коморбидлик қасалликлари бўйича ва яшаш региони бўйича деярли фарқ топилмади. Бухоро вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази ревматология бўлимида РА билан даволанган 82 нафар бемор, шулардан 76 нафари аёллар (92,6%) ва 6 нафари эркеклар (7,4%) текширилди. Улардан ревматоид артрит билан қасалланганлар, 55 нафар аёл (72,4%) ва 4 нафар эркек (25%) ижтимоий фаол аҳоли қатламига мансуб бўлиб, ёш гуруҳи бўйича мос равишда 55 ёшдан 60 ёшни ташкил этди. Шундай қилиб, РА билан оғриган беморларнинг асосий қисми 50 нафар (61%) меҳнатга лаёқатли ёшга тўғри келиши аниқланди. Беморларнинг ўртача ёши 50,58 ± 1,34 ёшни ташкил этди. Қасалликнинг ўртача давомийлиги – 8,88±1,12 йилни ташкил этди.

Жадвал 2

РА ва РА+АИТ беморлар тавсифи

Кўрсаткич	РА (n=42)	РА+АИТ (n=40)	n-82(100%)
Аёллар, n (%)	38(90,4%)	38(95,0%)	76(92,6%)
Эркаклар, n (%)	4(9,5%)	2(5,0%)	6(7,4%)
Ўртача ёш, йил	50,73±1,30 лет	53,62±1,48	51,6±1,34
Тана массаси индекси, кг/м ²	25,56±0,24	25,34±0,28	25,46±0,25
Ревматоидли артрит давомийлиги, йил.	8,77±1,12	9,0±1,10	8,88±1,12
РО (+), n (%)	35(83%)	32(80%)	67(81,7%)
АЦЦП (+), n (%)	11(26,6%)	22(55%)	33(40,2%)
DAS-28, баллар	5,4±0,15	5,68±0,15	5,55±
Жараённинг фаоллиги: I даража (паст) II даража (ўрта) III даража (юкори)	10(23,8%) 22(52,3%) 10(23,8%)	5(12,5%) 20(50%) 15(37,5%)	15(18,3%) 42(51,2%) 25(30,5%)
Функционал синф, n (%) I II III IV	2(4,8%) 8(19,0%) 30(71,4%) 2 (4,8%)	4(10,7%) 7(17,5%) 28 (70,0%) 1 (2,5%)	6(7,4%) 15(18,3%) 58(70,7%) 3(3,6%)
Рентгенологик босқичлар (Штейнброкер бўйича), n (%) I II III IV	4(12%) 24 (57,1 %) 12 (26,2 %) 2 (4,7%)	3(7,5%) 16 (45%) 17 (42,5%) 4 (5%)	7(8,5 %) 40 (48,7 %) 29 (35,3 %) 6(7,5%)
Бўғимдан ташқари (тизимли) белгилар борлиги, n (%)	6(14,3%)	7(17,5%)	13(17,0%)
Базис терапия қабул қилган беморлар, n (%)	42(100%)	40(100%)	82(100%)

Жадвал 3

Гипотиреозни аниқлаш бўйича саволнома

Белги	Ха, бор	Узоқ вақт давом этади	Йўқ
Ошқозон ичак функцияларининг сабабсиз бузилиши (муҳими- қабзият)	+40	+6	-5
Тана вазнининг ошиши	+25	+5	-3
Терининг ноодатий қуриши (косметика, иқлим ўзгартирилмаган ҳолда)	+30	+6	-15
Чарчаш, ҳолсизлик	+4	+3	-13
Кундузги уйқучанлик	+26	+5	-6
Соч тўкилишининг кучайиши	+20	+5	-3
Шишларнинг тез-тез пайдо бўлиши (олдинги ичиш режимида)	+20	+4	-19
Овоз тембрининг пасайиши, овоз хириллаши (чекмайдиганларда, нафас тизими касалликлари истисно этилганда).	+39	+4	-6

Бундан ташқари тадқиқот давомида барча беморлар тиреодит ва гипотиреозни аниқловчи сўровномани тўлдиришди. Сўровномаларнинг қўлланилиши, касалликнинг эрта диагностикаси ва асоратлар профилактикаси учун муҳим рол ўйнайди.

Саволнома ўтказилиши натижасида тўпланган ҳар қандай умумий йиғиндининг 7 баллдан юқори бўлиши, беморни эндокринолог қабулига юборишга кўрсатма учун асос бўлиб хизмат қилади.

Жадвал 4

Сўровномалар асосида аниқланган симптомлар

Симптомлар	РА+АИТ		РА	
	N (40)	%	N (42)	%
Шишларнинг кучайиши	30	75	14	33
Уйқучанлик	24	60	11	26
Секинлашган реакция	30	75	20	54
Чарчоқнинг кучайиши	28	70	13	30
Хотира ёмонлашуви	22	55	19	45
Апатия ва кайфиятнинг тушиши	15	38	12	29
Брадикардия	12	30	8	20
Тана вазнининг ошиши	35	30	7	18
Соч тўкилиши	28	70	13	32
Тери қуриши	30	75	13	30
Қабзият	30	75	6	15

Сўровномалар таҳлили, шуни кўрсатдики, тиреоид статусни текширгунга қадар, беморларда қалқонсимон без патологиясинининг симптомларини эрта аниқлаш ва беморларни кейинги мақсадли текшириш режасини тузиш имкониятини беради.

Тадқиқот натижасида аутоиммун тиреоидит билан кечадиган ревматоид артрит беморлар 30(75%) да тери қуриши, қабзият, секинлашган реакция, 28(70%) да чарчоқнинг кучайиши, тана вазнининг ошиши, уйқучанлик 24(60%), хотиранинг ёмонлашуви 22(55%) аниқланиб, фақатгина ревматоид артрит билан касалланганларга нисбатан орасида айтиб ўтилган симптомлар нисбатан фоиз даражаси юқорилигиги аниқланди.

РА ташхиси Америка Ревматология Ассоциацияси (ACR) 1987 йил диагностика мезонлари ва 2010 йил ACR/EULAR таснифи бўйича аниқланган [43; 17-20-б.]. Оғриқ интенсивлиги 100 мм визуал аналогли шкала (ВАШ) ёрдамида баҳоланди. РА фаоллигини баҳолаш учун замонавий EULAR тавсияларига мувофиқ DAS-28 индексдан фойдаланилган. РА DAS-28 индекси <2,6 гача бўлганда касаллик ремиссия ҳолатида, DAS-28 <3,2 (3,2 <DAS-28 <5,1) бўлганда ўртача фаолликда ва DAS-28 индекси >5,1 бўлганда касаллик фаоллиги юқори деб баҳоланди. Функционал синф қуйидаги мезонларга асосан баҳоланди: I - ўз-ўзига хизмат қилиш, профессионал ва непрофессионал фаолият қобилияти сақланган; II - ўз-ўзига хизмат қилиш, касбий фаолият қобилияти сақланган; чекланган непрофессионал фаолият мавжуд; III - ўз-ўзига хизмат қилиш қобилияти сақланган, непрофессионал ва касбий фаолият имкониятлари чекланган; IV - ўз-ўзига хизмат қилиш, касбий ва нокасбий фаолияти чекланган.

Жадвалга кўра, тадқиқотда иштирок этган иккала гуруҳдаги беморлар гендерлик типи, ёши ва касалликнинг функционал синфлари бўйича бир-биридан фарқ қилмаган. Тадқиқотга киритиш даврида, ревматоид артрит ва аутоиммун тиреоидит билан ассоциацияланган ногирон беморлар сони, фақат ревматоид артрит билан касалланганларга нисбатан бир неча марта ортиқ бўлган ($p > 0,05$). Агар фақат РАли беморларда II- рентгенологик босқич устунлик қилса, АИТ билан биргаликдаги РА беморларда ишончли III – IV босқичлар учун характерли бўлган бўғимларнинг деструктив жараёнлар ва анкилозлари кузатилди.

Фақат РА билан касалланган беморларда камдан-кам ҳолатларда сезиларли даражада функционал фаолликнинг пасайиши қайд этилиб, кўпчилик беморлар касбий фаолиятини давом эттириб, улар фаол ҳаёт тарзини олиб боришган бўлса, аутоиммун тиреоидит билан ассоциацияланган РА беморлар, касалликнинг илк даврларида меҳнатга лаёқатсиз бўлиб қолишди.

Текширилган барча беморлар симптомларининг клиник кўринишлари

Симптомы	РА+АИТ n=40		РА n=42	
	n	%	n	%
Шишган бўғимлар	40	100	31	75
Оғриқли бўғимлар	40	100	35	84
Бўғимлар деформацияси	24	60	16	40
Эрталабки тиришиш	40	100	42	100
Вазнининг ошиши	28	70	13	30
Қуруқ тери	22	55	19	45
Гипотиреоз белгилари	9	22	0	0
Брадикардия	12	30	8	20

Текширилган гуруҳларнинг ижтимоий характеристикаси

Кўрсаткич	Жинси (Э/А, %)	Ёши	Функционал синф	Ногиронлик, n (%)
РА (n=42)	4/39 (8%-92%)	50,83±1,60 ёш	I: 1 (3%) II: 11 (28%) III: 29 (66%) IV: 1(3%)	13 (16%)
РА+АИТ (n=40)	2/37 (9%-91%)	52,92±1,60 ёш	I: 0 (0 %) II: 4 (11%) III: 34 (85%) IV: 2 (4%)	36 (90%)

7 жадвалда иккала гуруҳ беморлари ногиронлиги бўйича маълумотлар акс эттирилган

Ногиронлик структураси

Кўрсаткич	Ногиронлик, n (%)	I гуруҳ ногиронлик, n (%)	II гуруҳ ногиронлик, n (%)	III гуруҳ ногиронлик, n (%)
РА (n=42)	13(31%)	1 (2%)	12 (29%)	0 (0%)
РА+АИТ (n=40)	14(35%)	2(5%)	12 (30%)	0(0%)

Иккала гуруҳ беморларида асосан II ногиронлиги қайд этилиб, аммо ревматоид артрит ва аутоиммун тиреоидит билан ассоциацияланган беморларда I гуруҳ ногиронлар сони, фақат ревматоид артрит билан касалланганларга нисбатан 2 марта ортиқ бўлган.

Патологик жараённинг фаоллик даражаси диагностик мезонлар, ишчи классификация ва DAS 28 (Disease Activity Score) индекси ёрдамида аниқланди. DAS 28 индекси бўйича 3,2 ва ундан паст бал РА нинг I фаоллик даражасига тўғри келиб, 9 нафар (11,1%) беморда аниқланди, DAS

28 индекси бўйича 3,2 дан 5,1 гача (II фаоллик даражаси) 44 нафар (53,7%) беморда ва DAS 28 индекси бўйича 5,1 дан юқори бўлган (III фаоллик даражаси) – 29 нафар (35,2%) беморда аниқланди. DAS-28 индекси бўйича беморларда ўхшаш фаоллик даражалари аниқланиб, иккала гуруҳда бу кўрсаткич РА ўртача фаоллик даражасидан юқорироқ натижаларини кўрсатди. Серопозитив РА 67 нафар беморда, серонегатив эса – 15 нафар беморда аниқланди. АИТ билан бирга кечган РА да серопозитив тур ишончли равишда кўпроқ аниқланиб (81,7%, назорат гуруҳида эса 18,3%), кўп ҳолларда оғир кечади.

Хулоса

Юқоридаги сабаблар ва РА беморларида қалқонсимон без зарарланиши юқори даражада аниқлангани инобатга олинган ҳолда, қалқонсимон без субклиник зарарланиш белгиларини фаол аниқлашни жорий этиш мақсадга мувофиқ бўлиб ҳисобланади. РА ва АИТ билан касалланганларда тиреоид патологияни аниқлашда сўровномаларнинг татбиқ этиш умумий амалиёт шифокорлари, эндокринологлар ва ревматологларга асосий касалликнинг кечиш прогнозини тузишда амалий ёрдам беради.

АДАБИЕТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Авдеева А.С., Новиков А.А., Александрова Е.Н. и др. Связь уровней цитокинов с активностью заболевания, уровнем аутоантител и деструктивными изменениями суставов при раннем ревматоидном артрите. //Научно-практическая ревматология. 2015;53(4):385-90.
2. Агаки С.А., Граппа Л.Г. Взаимосвязь между функцией щитовидной железы и течением ревматоидного артрита //Научно практическая ревматология. – 2001. – № 3. – С. 4
3. Елисеева Л.В. Течение ревматоидного артрита, сочетающегося с патологией щитовидной железы: /автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2002. – 21 с
4. Зборовский А.Б., Фофанова Н.А. Ревматические болезни и ревматическая служба в Южном Федеральном округе: состояние и перспективы. //Научно-практическая ревматология. 2007; 3: 4-9.
5. Зиннетуллина Н.Х. Особенности тиреоидного статуса у больных ревматоидным артритом: /автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Чебоксары, 2003. – 23 с.
6. Ajjan R.A., Watson P.F., McIntosh R.S., Weetman A.P. Intrathyroidal cytokine gene expression in Hashimoto's thyroiditis. //Clin Exp Immunol. 1996 Sep;105(3):523-8. doi: 10.1046/j.1365-2249.1996.d01-784.x ;
7. Ajjan R.A., Weetman A.P. Cytokines in thyroid autoimmunity. //Autoimmunity. 2003 SepNov;36(67):3519
8. Al-Awadhi A.M, Olusi S., Hasan EA, Abdullah A. Frequency of abnormal thyroid function tests in Kuwaiti Arabs with autoimmune diseases. //Med Princ Pract. 2008;17(1):61-5.
9. Al Girgawy Sh. A.F., AlShabrawy D.A. Thyroid disorders and autoantibodies in systemic lupus erythematosus //Egypt. Rheumatol. Rehab. – 2007. – Vol. 34, No. 3. – P. 497–508
10. Boltayev K. J. et al. Assessment of hemodynamics of the kidneys in young patients with arterial hypertension //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – Т. 3. – №. 4. – С. 720-725.
11. Boltayev K., Shajanova N. Anemia associated with polydeficiency in elderly and senile people //Galaxy International Interdisciplinary Research Journal. – 2022. – Т. 10. – №. 2. – С. 688-694.
12. Boltayev K.J., Ruziyev Z.M., Ulug'ova Sh.T. Features changes in the hemostasis system in patients with COVID-19 //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – Т. 3. – №. 5. – С. 479-486.
13. Алиахунова М.Ю., Наимова Ш.А. Особенности поражения почек у больных ревматоидным артритом //Новый день медицины 2(30)2020 47-49 <https://newdaymedicine.com/index.php/2020/07/07/10-2-30-2020>
14. Наимова Ш. А., Рузиева Ф. А. Особенности почечной коморбидности при ревматологических заболеваниях //Вестник науки и образования. – 2020. – №. 24-2 (102).

15. Naimova N. S. et al. Features of coagulation and cellular hemostasis in rheumatoid arthritis in patients with cardiovascular pathology //Asian Journal of Multidimensional Research (AJMR). – 2019. – Т. 8. – №. 2. – С. 157-164.
16. Наимова Ш. А., Латипова Н. С., Болтаев К. Ж. Коагуляционный и тромбоцитарный гемостаз у пациентов с ревматоидным артритом в сочетании с сердечно-сосудистом заболеванием //Инфекция, иммунитет и фармакология. – 2017. – №. 2. – С. 150-152.
17. Sulaymanova G. T., Amonov M. K. Regional Causes of Iron Deficiency Anemia, Pathogenesis And Use Of Antianemic Drugs //The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research (ISSN – 2689-1026) – 2021. April 30 – P. 165-170.
18. Boltayev K.J., Naimova S.A. Risk factors of kidney damage at patients with rheumatoid arthritis //WJPR (World Journal of Pharmaceutical Research). – 2019. – Т. 8. – №. 13.
19. Sulaymonova Gulnoza Tulkinjanovna, Raufov Alisher Anvarovich. The influence of deficiency of microelements in children with bronchial hyperreactivity //ACADEMICIA: An International Multidisciplinary Research Journal (ISSN: 2249-7137) – 2020. April – Vol. 10, Issue 4, April – P. 846-853.
20. Anvarovna N.S. Features Of Kidney Damage at Patients with Ankylosing Spondiloarthritis //Texas Journal of Medical Science. – 2021. – Т. 3. – С. 18-22.
21. Болтаев К.Ж., Ахмедова Н.Ш. Характеристика феномена развития полидефицитных состояний при старении //Проблемы биологии и медицины. – 2020. – Т. 1. – С. 24-26.
22. Plasqui G., Arnold D., Kester M. and Westerterp K. R. Seasonal variation in sleeping metabolic rate, thyroid activity, and leptin. //Am JPhysiol Endocrinol Metab. — 2003. — v.285. — pp. E338 — E3434.
23. Pongratz R., Buchinger W., Semlitsch G., Meister E., Nadler K., Rainer F. [Increased occurrence of autoimmune thyroiditis in patients with chronic rheumatoid arthritis]. Acta medica Austriaca. 2000;27(2):58-60.

Қабул қилинган сана 20.12.2022