



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

11 (61) 2023

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
М.А. АБДУЛЛАЕВА
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ

Н.Н. ЗОЛОТОВА
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
ХАСАНОВА Д.А.
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
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
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)

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)

11 (61)

2023

ноябрь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.10.2023, Accepted: 27.10.2023, Published: 10.11.2023.

УДК 616.72-002.772

РЕВМАТОИД АРТРИТ ЙЎЛДОШ КАСАЛЛИКЛАРИ БИЛАН КЕЛГАНДА ҲАЁТ СИФАТИ ТАҲЛИЛИ

Ш.А. Наимова <https://orcid.org/0000-0003-3490-1600>

Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш., А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Даволашнинг замонавий усуллари тадбиқ этилганига қарамай дунёнинг кўпгина давлатларида бўғимларнинг сурункали яллиғланиш касалликлари қаторида ревматоидли артрит (РА) оқибатида касалланиш ва ногиронлик кўрсаткичлари ортиб бормоқда. Мақолада ревматоид артрит (РА) касаллигида коморбид ҳолатлар учраш даражаси ва тизими баҳоланган. Ҳозирда РА беморларида бир неча касалликлари аниқланиш ҳоллари коморбидлик деб аталиб, барча ревматологик мутахассислар орасида долзарб муаммо бўлиб ҳисобланади. Шунингдек, бундай ҳолларда алоҳида касалликларни эмас, балки бир неча патологияси аниқланган РА беморни умумий даволаш стратегияси алоҳида аҳамиятга эга бўлиб ҳисобланади.

Калит сўзлар: ревматоидли артрит, коморбидлик, мультиморбидлик, ҳамроҳ касалликлар, юрак-қон томир касалликлари, ҳаёт сифати.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ РЕМАТОИДНОМ АРТРИТЕ С СОПУСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Ш.А.Наимова <https://orcid.org/0000-0003-3490-1600>

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан, г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Несмотря на внедрение современных методов лечения, заболеваемость и инвалидизация ревматоидным артритом (РА) среди хронических воспалительных заболеваний суставов увеличивается во многих странах мира. В статье оцениваются частота и система встречаемости коморбидных заболеваний при ревматоидном артрите (РА). В настоящее время выявление ряда заболеваний у больных РА называется коморбидностью и является актуальным вопросом среди всех ревматологов. Также в данных случаях особое значение имеет не отдельные заболевания, а общая тактика лечения больного РА с множественной патологией.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, коморбидность, мультиморбидность, сердечно-сосудистые заболевания, качество жизни.

ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE IN RHEMATOID ARTHRITIS WITH RELATED DISEASES

Sh.A.Naimova <https://orcid.org/0000-0003-3490-1600>

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Resume

Despite the introduction of modern methods of treatment, the incidence and disability of rheumatoid arthritis (RA) among chronic inflammatory diseases of the joints is increasing in many countries of the world. The article evaluates the frequency and system of occurrence of comorbid diseases in rheumatoid arthritis (RA). Currently, the identification of a number of diseases in patients with RA is called comorbidity and is a topical issue among all rheumatologists. Also, in these cases, not individual diseases are of particular importance, but the general tactics of treating a patient with RA with multiple pathologies.

Key words: rheumatoid arthritis, comorbidity, multimorbidity, cardiovascular diseases, quality of life.

Долзарблиги

Аҳоли орасида энг кўп учровчи касалликларидан бири ҳисобланган ревматоидли артрит – умумий популяцияда тахминан 1% частота билан юзага келади, аёллар эркекларникига қараганда 2,5 баробар кўпроқ касалланишади [3,4,12]. Кўпинча, РА 40 ёшдан 70 ёшгача бўлган даврда бошланади, касаллик ёш ортган сайин ортади [5]. РА ўзига хос хусусияти - бу янги бўғимлар ва бўғимдан ташқари тизимларни жалб қилиш билан патологик жараёни юзага келишига, беморларнинг тез ногиронлигига олиб келадиган қайтмас ўзгаришларнинг шаклланишига олиб келадиган, шунингдек, терапияга сезувчанликнинг пасайиши билан тавсифланган ривожланиб боровчи кечиши билан тавсифланади. [6,7,13]. Касалликларни ташхислаш ва даволаш усуллари такомиллашгани сари аҳоли ўртача яшаш давомийлиги ўсиб бормоқда, бироқ бунда бир неча касалликларга эга беморлар сони ҳам ошмоқда. Бир неча касалликлари бўлган беморларни баҳоловчи турли хил нозологик атамалар мавжуд. Инглиз адабиётларида бу “коморбидлик”, “мультиморбидлик”, рус адабиётларида эса – “хамроҳ касалликлар”, “полипатия”, “полиморбидлик” атамалари ишлатилади. Бир неча касаллик билан оғриган беморни ҳар томонлама баҳолаган пайтда уларнинг бир-бирига ўзаро таъсирини инобатга олиниши керак. Бундай ҳолларда алоҳида касалликларни эмас, балки бир неча патологиялари бўлган беморни даволаш мақсадга мувофиқ бўлиб ҳисобланади [1,2,11].

Ревматик касалликлар билан оғриган аҳоли сонининг ортиши амалий соғлиқни сақлаш тизими учун катта қийинчиликлар туғдиради. Кўп факторли келиб чиқиши, мураккаб ва охиригача тўлиқ тушунилмаган патогенези туфайли ревматоидли артрит (РА) тадқиқотчилар диққат марказида қолмоқда [8,12].

Ҳозирда РА ни даволашда замонавий дори-воситалари синтетик базисли яллиғланишга қарши дори воситалари (БЯҚД) ва генно-инженерияли биологик дори воситалари (ГИБД) ишлатилишига қарамай проспектив олиб борилган тадқиқотларга кўра, аҳамиятли ўзгармаган. РА касаллигида коморбид ҳолатларга бўлган қизиқиш РА беморларни мақсадга интилгунга қадар даволаш – Treat to target (T2T) нинг асосий нуқтаси ҳисобланган даволашнинг турини танлаш, унинг самарадорлиги ва хавфсизлиги, ремиссияга етиш имкониятидан келиб чиқиб, йиллар сайин ошиб бормоқда. А.В.Гордеев фикрига кўра, мультиморбидлик ҳолатни баҳоламасдан туриб, умумий организмга, хусусан РА да T2T стратегиясини тўлиқ амалга ошириб бўлмайди [9,10].

Тадқиқот мақсади. РА беморларда коморбидлик учраш даражаси ва тизимини ўрганиш ва ҳаёт сифатини баҳолаш.

Материал ва усуллар

РА ташхиси Америка Ревматология Ассоциацияси (ACR) 1987 йил диагностика мезонлари ва 2010 йил ACR/EULAR таснифи бўйича аниқланган. 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 куйидаги 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.

Барча беморларда ўртача касалликнинг давомийлиги 3 йилдан 31 йилгача аниқланди. Тадқиқотга жалб қилинган беморларнинг ёши 28 ёшдан 63 ёшгача ва ўртача $51,9 \pm 1,37$ ёшни ташкил этди. Кўпинча РА бўлган беморларда бўғимларнинг носимметрик зарарланиши, шу жумладан эрталабки қаратилиш, ҳаракат пайтида ва палпация пайтида оғриқ, зарарланган бўғимларда ҳаракат чекланиши ва шиш билан намоён бўлган бўғим синдроми кузатилди. Қўл ва оёқларнинг майда бўғимлари, билак ва тизза бўғимлари кўп ҳолларда зарарланган. Беморларнинг аксарияти (89,0%) полиартрит аниқланди. Шунингдек, кичик, ўрта, катта бўғимларнинг зарарланиши қайд этилди. Серопозитив РА 71 (84,5%) беморда учради. Патологик жараёнинг клиник кенгайтирилган босқичи 31 (36,9%) беморда, клиник кечки

босқичи - 18 (21,4%) беморларда қайд этилган. Кўпроқ нисбатда учраган II даражали РА фаоллигининг учраши (DAS – 28 индекси бўйича) 38 (45,2%) беморда ва I фаоллик даражаси эса - 19 (23%) беморда аниқланди. Эрозив артрит 33 (39,2%) беморда кузатилди. III рентген босқичи бўлган беморлар - 26 (30,9%) тани, IV рентген босқичи эса 15 (17,8%) тани ташкил этиб, II функционал синф билан - 32 (38,1%) бемор ва III функционал синф билан 23 (27,3%) беморда аниқланди (1-жадвал).

1-жадвал.

РА беморлар хусусиятлари n=84

Кўрсаткич	РА
Жинси: - аёл - эркак	69 % (84 тадан 58 тасида) 31 % (84 тадан 26 тасида)
Ёши, йиллар	51,9 ± 1,37 йил
Ўртача касаллик давомийлиги, йиллар	8,2 ± 0,48 йил
Касаллик давомийлиги: - 5 йилгача - 5–10 йил - 10 йилдан юқори	27,3% (84 тадан 23 тасида) 40,4% (84 тадан 34 тасида) 32,1% (84 тадан 27 тасида)
Рентгенография босқичи (Штейнброкер бўйича): - 1- босқич - 2 - босқич - 3 - босқич - 4 - босқич	11,9% (84 тадан 10 тасида) 39,2% (84 тадан 33 тасида) 30,9% (84 тадан 26 тасида) 17,8% (84 тадан 15 тасида)
DAS – 28 индекси фаоллиги: - 1 - даража - 2 - даража - 3 - даража	22,6 % (84 тадан 19 тасида) 57,2 % (84 тадан 48 тасида) 20,2 % (84 тадан 17 тасида)
Функционал синф: - 1-синф - 2-синф - 3-синф - 4-синф	19,0 % (84 тадан 16 тасида) 38,1 % (84 тадан 32 тасида) 27,3 % (84 тадан 23 тасида) 15,4 % (84 тадан 13 тасида)
Тизимли белгилари: - Тизимли белгилари мавжуд* - Тизимли белгилари мавжуд эмас	28,6% (84 тадан 24 тасида) 71,4% (84 тадан 54 тасида)

Изоҳ: * тизимли белгилар сифатида қайд этилган: ревматоидли тугунлар - 25% (24 тадан 6 таси), тери васкулитлари – 17,1% (24 тадан 4 таси), сенсомотор полинейропатия – 21,2% (24 тадан 5 таси), қуруқ синдром – 25,1% (24 дан 6 тасида).

РА беморларини даволашнинг асосий мақсади касаллик фаоллигининг клиник белгиларини имкон қадар тезроқ пасайтириш ва асосий терапияни танлаш бўлиб ҳисобланди. Ушбу мақсадга ЯҚДВларни индивидуал танлаш, реологик коррекция ва зарарсизлантириш мақсадида инфузион терапия орқали эришилди. Кортикостероидлар билан пулс терапия 15 (14,2%) бемор қабул қилди. Бундан ташқари, бир неча беморлар кунига 5-15 мг дозада преднизолон қабул

қилдилар. Барча беморларга базис терапия тавсия этилди. Цитостатик иммуносупрессантлар гуруҳининг дори-дармонларини асосан вицерал шаклдаги ва юқори даражадаги РА фаоллиги билан 72 бемор (85,7%) қабул қилди. Кўпинча метотрексат яхши таъсир ва юқори самарадорликка эга бўлганлиги туфайли ҳафтасига 5-15 мг дозада буюрилди. МТ нинг ноҳўя таъсирини камайтириш мақсадида фолий кислотаси ишлатилди. Касалликнинг бутун даврида ЯҚДВни доимий қабул қилишда беморларнинг 88,1% (84 тадан 74 таси) қуйидаги дори-дармоннинг бирига муҳтож эди: ацеклофенак – 74 тадан 15 таси, диклофенак – 74 тадан 25 таси, кетопрофен – 74 тадан 9 таси, нимесулид - 74 дан 11 таси, мелоксикам -74 тадан 14 таси. Назорат гуруҳи сифатида Бухоро вилоятида яшовчи, мушак-скелет ва сийдик тизимининг патологиясиз 20 ёшдан 68 ёшгача (ўртача ёши $40,65 \pm 12,06$ ёш) 20 кишидан иборат кишилар танлаб олинди.

РА ва АС беморларининг функционал ҳолати Стенфорд соғлиқни баҳолаш сўровномаси (НАQ) ёрдамида баҳоланди. Сўровнома беморнинг кундалик фаолиятига тегишли бўлган саккизта саволлардан иборат (қийиниш ва ўзига хизмат қилиш, тик туриш, овқатланиш, юриш, гигиена, эришиш мумкин бўлган диапазон, ушлаш, умумий фаолият). Беморда муайян ҳаракатларни бажаришда юзага келадиган қийинчиликлар 4 баллик тизимда баҳоланди:

- 0 - қийинчиликсиз бажарилади,
- 1 - озгина қийинчилик билан бажарилади,
- 2 - катта қийинчилик билан бажарилади,
- 3 - бемор учун бундай ҳаракатни амалга ошириш мумкин эмас.

Саккизта савол гуруҳининг ҳар бирида НАQ ни ҳисоблашда, ҳар бир гуруҳнинг максимал баллари тўпланди уларнинг ўртача арифметик қиймати ҳисоблаб чиқилган. Шундай қилиб, НАQ 0 дан 3 гача бўлган қийматларни қабул қилиши мумкин. НАQ индексининг муҳим минимал клиник ўзгаришларини даволашдан олдинги ва кейинги кўрсаткичлари фарқи қуйидагича баҳоланди: НАQ <0,22 балл – самара йўқ, $0,22 \leq \text{НАQ} \leq 0,36$ – минимал самара, $0,36 \leq \text{НАQ} < 0,80$ қониқарли самара, НАQ $\geq 0,80$ балл – яққол самара деб қаралди.

Тадқиқот натижалари ва муҳокамаси

Ҳамроҳ касалликлар 78,6% беморларда аниқланди, улардан 52,4 % ида бир неча касалликлар билан келган коморбид ҳолатлар ташкил қилди.

Коморбид ҳолатлар тизимида етакчи ўринни кардиоваскуляр патология ташкил қилди (82,5 %). Шунингдек, 50,6 % беморларда артериал гипертензия ташкил қилди (1-расм). Кўпчилик беморларда (89%) РА ташхис қўйилгандан кейин ривожланган, 3% РА ташхиси қўйилгунга қадар ривожланиб, 4 % ида бўғим синдроми билан бирга намоён бўлган. Юрак ишемик касаллиги (ЮИК) 27,6 % ни ташкил қилди, кўп ҳолларда II-III функционал синф зўриқиш стенокардияси аниқланди.

Иккинчи ўринда ошқозон-ичак тизими (ОИТ) патологияси ўрин олди – 78,5 %. Энг кўп ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак касалликлари – 36,5% қайд этилди. ОИТ сурункали яллиғланиш касалликлари ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак эрозив ва ярали зарарланиши РА беморларини симптоматик ва базисли даволашда тўсқинлик қилувчи омил бўлиб хизмат қилади. Шунини таъкидлаш керакки, РА гача 72,4 % ошқозон ва 12 бармоқли ичак яллиғланиш касаллиги бўлган беморлар, узоқ муддат 10мг\суткадан юқори дозаларда ГКС қабул қилишган, бу эса доимий равишда протон помпа ингибитори дори воситаларини қабул қилишни тақозо этиб, умумий даволашга кетадиган сарф харажатнинг ошишига олиб келган. Вирусли гепатитнинг борлиги БЯҚД ва ГИБД дори-дармонларни тавсия қилишда муаммоларни юзага келтиради. Жигарнинг вирусли касалланиши 5,2 % ҳолларда аниқланди.

Остеоартрит (ОА) РА беморларнинг 47,8% , асосан 40 ёшдан юқори беморларда аниқланди. 70 % беморларда ОА РА бошланғич босқичидан 1-5 йил ўтиб ривожланган ва 65% ҳолларда иккиламчи хусусиятга эга бўлди. 6,5% ҳолларда РА подагрик артрит билан бирга келди.

РА беморларнинг ҳар тўртинчисида (24,8%) эндокрин патология аниқланди: 4,1 % беморларда – қандли диабет, 18,2% беморларда – сурункали аутоиммун тиреодит қайд этилди.

Сийдик айириш аъзолари муаммолари, бунда базис даволаш воситаларини тавсия этишда муаммо туғдирувчи ҳолатни юзага келтириб, 21,4 % беморларда аниқланди.

Нафас тизими касалликлари кам учради: 6 % бронхиал астма, 2 % упка сурункали обструктив касаллиги ташхис қўйилган.



1-расм. РА да коморбид патологияларнинг беморлар ёшига кўра учраши.

Беморлар ёши ва коморбидлик ҳолатига кўра 10 йиллик яшовчанликни баҳоловчи Чарльсон индекси ўртача кўрсаткичлари, иккала гуруҳ беморларда мос келди: 1 гуруҳда индекс 1 (2;3), 2 гуруҳда эса (2;4) ни ташкил қилди ($p>0,05$).

60 ёшгача беморлар орасидаги 10 йиллик яшовчанлик $<20\%$ (Чарльсон индекси ≥ 5) 40 ёшгача беморларга нисбатан аҳамиятли юқорилиги аниқланди. (2,5% ва 13,6% мос равишда; $p<0,05$), бу эса ёш улуғлангани сари коморбид касалликлар ортишини тасдиқлайди. Шунингдек, ушбу индекс қиймати ва беморлар ёши орасидаги корреляция статистик ишончли қийматга эришилди. ($p=0,58$ 1 гуруҳда ва $p=0,79$ 2 гуруҳда; $p<0,05$). Чарльсон индекси ва РА давомийлиги қийматлари орасида боғлиқликлар аниқланмади ($p=0,18$ и $p=0,21$ мос равишда).

Коморбид патологиялари бўлган ва бўлмаган РА беморларда НАҚ сўровнома барча шкалалари буйича ҳаёт сифати баҳоланди. Ҳаёт сифати коморбид патология аниқланган гуруҳда пастлиги аниқланди. НАҚ сўровномаси кўрсаткичларининг аҳамиятли $1,23\pm 0,16$ дан $1,44\pm 0,35$ гача ёмонлашиши ($p<0,05$) кузатилди. РА беморлари ҳаёт сифати яхшилашда даволаш чора тадбирларини комплекс равишда белгилашни тақозо этди. Реабилитация ва даволаш курсидан сўнг ўртача шишган бўғимлар сони (ШБС) асосий гуруҳида 4,2 дан 2,6 ($p<0,05$) гача, назорат гуруҳида 4,5 дан 2,8 ($p<0,05$) гача пасайди. Оғриган бўғимлар сони (ОБС) шишган бўғимлар сонига ўхшаб ўзгариши аниқланди. Кузатув гуруҳидаги ОБС палпация ва ҳаракатда 4,8 дан 2,7 ($p<0,05$) гача пасайди, назорат гуруҳида 4,4 дан 2,9 ($p<0,05$) гача ўзгариши кузатилди. Бемор суммар умумий аҳволи DAS 28 индекси бўйича $3,3\pm 0,7$ дан $2,3\pm 0,8$ гача, таққослаш гуруҳида $3,5\pm 1,1$ дан $2,7\pm 1,0$ ($p<0,05$) гача пасайди. РА беморларида умумий аҳволнинг яхшиланиши кузатув гуруҳида аҳамиятга эга бўлган қиймат ($p<0,05$) да эрталабки қараткич кўрсаткичининг 86,15 дан 54,17 мин.гача пасайиши (таққослаш гуруҳида 93,18 дан 59,16 мин гача) натижасида кузатилган ҳаракат фаоллигининг ортишида намоён бўлди.

Хулоса

Шундай қилиб, РА беморларда коморбид ҳолатлар юқорилигича қолмоқда. Коморбид патологиялари тизимида олдингидек, артериал гипертензия, ошқозон-ичак тизими касалликлари, буйрак патологияси ва остеоартрит касалликлари етакчилик қилмоқда. Коморбид патологияларнинг мавжудлиги РА кечиш хусусиятига таъсир қилади, бу эса базис дори воситасини танлашни қийинлаштиради ва табиийки, унинг самарадорлигини пасайтиради. Шунингдек, 60 ёшдан ошган РА беморлар орасида коморбид патологияларнинг учраш даражаси юқорилиги ва бу уларнинг НАҚ сўровнома асосида баҳоланган ҳаёт сифати

кўрсаткичларининг ифодаланганлиги беморларни эрта назоратга олиш, коморбид касалликларни ўз вақтида ташхислаб керакли базис даволашни талаб этади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Панафидина Т.А. и др. Коморбидность при ревматоидном артрите // Научно-практическая ревматология. 2014;52(3):283-289.
2. Трубникова Н.С., Шилова Л.Н., Александров А.В. Проблемы коморбидного фона у пациентов с ревматоидным артритом // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2019;2(70):12-16.
3. Boers M, Dijkmans B, Gabriel S, et al. Making an impact on mortality in rheumatoid arthritis. Targeting cardiovascular comorbidity. // Arthritis Rheum. 2004 Jun;50(6):1734-9. doi: 10.1002/art.20306
4. Юдин В.А., Один В.И. Особенности коморбидного статуса пациентов с ревматоидным артритом и подагрой // Известия Российской Военно-медицинской академии. 2021;40(1-3):372-376.
5. Мясоедов Е.Е. Роль традиционных факторов риска, хронического аутоиммунного воспаления и фармакотерапии в развитии кардиоваскулярных нарушений при ревматоидном артрите. // Вестник Ивановской медицинской академии. 2013;18(1):57-64.
6. Мазуров В.И. и др. Сравнительная оценка влияния различных средств базисной и генно-инженерной биологической терапии на клиническое течение, скорость развития остеодеструктивных изменений, качество жизни и состояние стрессоустойчивости больных ревматоидным артритом (открытое наблюдательное исследование) // Медицинский алфавит. 2022;29:28-35.
7. Boltayev K.J. Comparative Indicators of Iron Metabolism and Hematopoietic Trace Elements in Healthy Individuals, Depending on Gender and Place of Residence // American Journal of Medicine and Medical Sciences. 2020;10(11):848-851.
8. 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;2:150-152.
9. Наимова Ш.А. COVID-19 пандемия и коморбидность ревматических заболеваний // Orienss. 2022;6.
10. Наимова Н.Ш., Хамидова Н.К., Азамов Б.З. Особенности коагуляционного и клеточного гемостаза при ревматоидном артрите у лиц с сердечно-сосудистой патологией // Новый день в медицине. 2019;2:219-222.
11. Maradit-Kremers H., Nicola P.J., Crowsoon C.S. et al. Cardiovascular death in rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. 2005;52:722-32.
12. Sulaymonova G.T. The influence of deficiency of microelements in children with bronchial hyperreactivity // April 2020;10(4):846-853.
13. Boltayev K.J., Ismatova M.N., Sh M.F. Assessment of hemodynamics of the kidneys in young patients with arterial hypertension. 2022.

Қабул қилинган сана 20.10.2023