



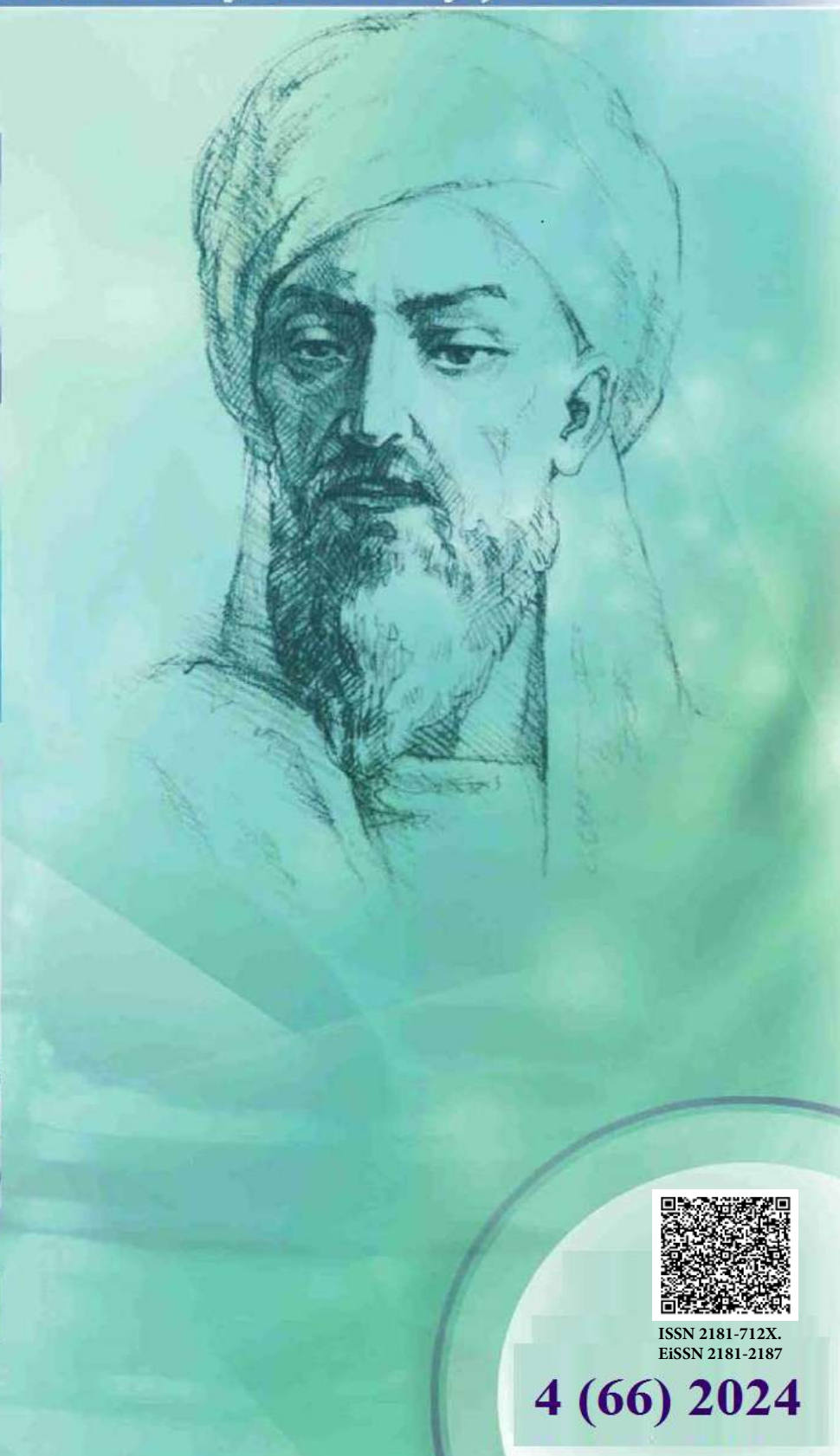
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIOVIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

4 (66) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
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
А.А. ДЖАЛИЛОВ
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
М.Р. МИРЗОЕВА
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
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
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)

4 (66)

2024

апрель

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.03.2024, Accepted: 10.04.2024, Published: 15.04.2024

УДК 616.72-002/616.441.072

АУТОИММУН ТИРЕОИДИТ БИЛАН БИРГАЛИҚДА КЕЧАЁТГАН РЕВМАТОИД АРТРИТНИНГ КЛИНИК ЛАБОРАТОР КЕЧЕШИНИ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Шагазатова Б.Х., <https://orcid.org/0000-0002-0758-0410>

Шодикулова Г.З., <https://orcid.org/0000-0003-2679-1296>

Шоназарова Н.Х., <https://orcid.org/0009-0008-7202-2539>

Самарқанд давлат тиббиёт университети Ўзбекистон, Самарқанд, Амир Темур кўчаси,
Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Резюме

Ревматоид артритли беморларда қалқонсимон без касаллиги қўшилиб келганда, касалликнинг кечиш хусусияти ўзига хос равишда ўзгаради. Шу билан бирга, гормонал тизимлар ҳолати, уларнинг РА билан алоқалари кўриб чиқилган бўлса-да, бу соҳада ҳозирги кунгача аниқ маълумотлар тизимлаштирилмаган. Шу сабабли соҳага жиддий аниқлик киритиш талаб қилинади.

Калит сўзлар: Ревматоид артрит, қалқонсимон без, аутоиммун тиреодит, гипотиреоз.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАННОГО ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА И ЗАБОЛЕВАНИЯ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА

Шагазатова Б.Х., <https://orcid.org/0000-0002-0758-0410>

Шодикулова Г.З., <https://orcid.org/0000-0003-2679-1296>

Шоназарова Н.Х., <https://orcid.org/0009-0008-7202-2539>

Самаркандский государственный медицинский университет Узбекистан, г.Самарканд, ул.
Амира Темура, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Резюме

Течение основного заболевания у пациентов с ревматоидным артритом при присоединении заболевания щитовидной железы имеет специфические особенности. Также рассматривается состояние гормональных систем, и их связь с РА, но пока точные данные в этой области до настоящего времени не систематизированы. По этой причине требуется серьезное исследование в этой области.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, щитовидная железа, аутоиммунный тиреодит, гипотиреоз.

CLINICAL AND LABORATORY FEATURES OF THE COMBINED COURSE OF RHEUMATOID ARTHRITIS AND AUTOIMMUNE THYROIDITIS DISEASE

Shagazatova B.X., <https://orcid.org/0000-0002-0758-0410>

Shodikulova G.Z., <https://orcid.org/0000-0003-2679-1296>

Shonazarova N.X., <https://orcid.org/0009-0008-7202-2539>

Samarkand State Medical University Uzbekistan, Samarkand, st. Amir Temur,
Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Resume

The course of the underlying disease in patients with rheumatoid arthritis with the addition of thyroid disease has specific features. The state of hormonal systems and their relationship with RA are also considered, but so far accurate data in this area have not yet been systematized. For this reason, serious research is required in this area.

Keywords: rheumatoid arthritis, thyroid gland, autoimmune thyroiditis, hypothyroidism.

Дунё аҳолисининг 3-20 фоизи аутоиммун тиреоидит (АИТ) билан оғриган. АИТ 70-80 фоиз ҳолларда гипотиреозга ўтади. Турли мамлакатларда АИТ болаларда 0,1-1,2 фоизгача учраса, катталарда 6-11 фоизгача кузатилиши мумкин. Россия Федерациясида АИТ касаллиги аҳолининг 3-4 фоизда учрайди. АИТ касаллигининг келиб чиқишига 31,8 фоиз ҳолларда генетик мойиллик сабаб бўлади. Иккинчи сабаблардан бир бу – нурланишдир. Бунга яққол мисол қилиб, Чернобиль АЭС ҳалокатидан 6-7 йил ўтиб, АИТ касаллиги кескин ошганини айтиш мумкин. Япон олимлари Хиросима ва Нагасакига ядро бомбалари ташланганидан 30-40 йил ўтиб, аҳоли орасида АИТ касаллигига чалиниш сон жиҳатдан ортганини аниқлашган. Кейинги сабаблардан бири, йод миқдори билан боғлиқ бўлиб, йод микроэлементи табиатда кўп учрайдиган ҳудудлар аҳолисида АИТ ривожланиши кузатилади (В.А.Рожко 2019).

Гипотиреод артрит қуйидагича намоён бўлади: бўғимда оғриқ ва шиш, ҳаракатнинг чегараланганлиги, қарахтлик, синовиал парданинг қалинлашиши, бўғим бўшлиғига суюқлик йиғилиши. Кўп ҳолларда артропатия яллиғланиш характериға эға бўлмагани учун рентгенграммада патология аниқланмайди. Гипотиреозда ҳам бириктирувчи тўқима касалликларида бўлгани каби кўплаб ревматик синдромлар кузатилганлиги учун уларни фарқлашда қийинчиликлар туғилиши мумкин. Шу сабабли гипотиреоз касаллиги ревматологик касалликлар билан қиёсий таққослашни талаб қилади. Шу боис ревматологлар гипотиреоз касаллиги эҳтимолини ёдда сақлаган ҳолда, беморларда гормон текширувини ўтказиш лозим (Л.В.Теплова, А.В.Еремеева 2017).

Ревматоид артритда (РА) қалқонсимон без (ҚБ) касалликларининг аутоиммун тиреоидит тури кенг кузатилади. Бу давлатлар кесимида турлича бўлиб, 0,5 – 27 фоизгача бўлиши мумкин (Кондратева Л.В.,Попкова Т.В. 2017). Оқибати гипотиреозга ўтувчи аутоиммун тиреоидит РАда юқори клиник ва лаборатория кўрсаткичлари фаоллигига таъсир кўрсатади. Мавжуд маълумотларга кўра, аутоиммун тиреоидит касаллиги ревматоид артритда умумий популяцияга қараганда уч барабар кўп учрайди [А.Э.Дворовкин 2016, О.В.Парамонова О.А.Русанова 2012].

РАнинг кўпинча ҚБ патологияси билан бирга келиши уларнинг иммуноген генетик мойиллигидан ва иммунопатогенез механизмларининг ўхшашлигидан дарак беради [А.Э.Дворовкин 2016,Ф.В. Валеева, Т.А. Киселева, Г.Р. Ахунова 2011]. Қалқонсимон без аутоиммун касалликлари ва РА хасталигининг генетик ўхшашлиги бўйича далиллар мавжуд. Жумладан, РА ва қалқонсимон без аутоиммун касалликларини келтириб чиқарувчи сабаблардан бири бу – чекиш ҳисобланади [Кондратева Л.В.,Попкова Т.В. 2017].

РА билан оғриган беморларда қалқонсимон безнинг аутоиммун касалликларига мойиллик юқори бўлади. РАда ҚБ касалликлари учраши 28 фоизни ташкил қилса, Хошимота тиреоидити эса 4 – 13,5 фоизга етади [Ф.В. Валеева, Т.А. Киселева, Г.Р. Ахунова 2011].

В.Н. Сороская маълумотиға кўра, РА бор беморларда ҚБ аутоиммун жараёнининг қўшилиши, касалликнинг юқори фаолликда кечишига, васкулит белгиларининг ортишига ва тез кечишига олиб келади. Л.В. Елисееванинг таъкидлашича, ҚБнинг функционал ҳолати РА нинг клиник кечишига таъсир кўрсатади. РА гипотиреозда ва ҳатто субклиник гипотиреозда тизимли ўзгаришлар, фаоллик даражасининг ортиши, оғир деструктив ўзгаришлар, буйрак амилоидози, асептик некрознинг кўпайиши билан кечади. В.Г. Серебряков РА да АИТнинг қўшилиши буйрак амилоидозининг учраш фоизини ошириб, юрак-қон томир тизимида яққол ўзгаришлар кузатилишини қайд этади. Чап ва ўнг қоринча гипертрофияси, юрак ритмининг бузилиши, блокадалар, миокардда ўзгаришлар шулар жумласидан (Ф.В. Валеева, Т.А. Киселева, Г.Р. Ахунова 2011).

Қалқонсимон бездаги ўзгаришлар, хусусан, қон зардобидеги ТТГ миқдори буйрак гломеруляр аппаратининг иммунитет билан боғлиқ зарарланишга олиб келади. АИТ касаллигининг буйрак функционал ҳолати ва цитокининлар миқдори билан боғлиқлиги аниқланди. АИТ касаллигининг гипотиреоз ҳолатида коптокчалар филтрацияси тезлиги камайган. Шу билан биргаликда, АИТ касаллигида ИЛ-8 миқдори соғлом одамларга нисбатан юқори бўлган. АИТда гипотиреозни даволаш эутиреоз ҳолатиға олиб келиши сабабли ИЛ-8 миқдори белгиланган меъёрга тушган. Ундан ташқари, яқинда ўтказилган текширувлар шуни кўрсатдики, қалқонсимон без гормонлари яллиғланиш жараёнида иштирок этиб, хужайраларда ИЛ-12, ИЛ-6, ИЛ-8 ажралишини кучайтирган (Моҳаммад Жеҳа 2022).

Шу кунгача амалга оширилган илмий изланишларда гормонал тизимлар ҳолати, уларнинг РА билан алоқалари кўриб чиқилган бўлса-да, ҚБ билан боғлиқ шаклда етарли даражада тадқиқ қилинмаган. РА касаллигига чалинган беморларда иммун тизими жиддий зарарланади. ҚБнинг моддалар алмашинуви ва иммун реакцияларини тартибга солишдаги аҳамиятини инобатга олсак, РА ва ҚБни ўзаро боғлиқ ҳолда тўлиқроқ ўрганиш муҳим аҳамиятга эга экани ойдинлашади.

Тадқиқот мақсади: Ревматоид артрит билан оғриган беморларда клиник - лаборатор кўрсаткичларини таҳлил қилиш натижасида аутоиммун тиреоидитни эрта ва қиёсий ташхислаш натижаларини ўрганиш.

Материал ва усуллар

Юқорида белгиланган муаммоларни ҳал қилиш мақсадида Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси марказий шифохонасининг кардиоревматология бўлимида ва Сам ДТУ кўп тармоқли клиникасида ревматоид артрит ташхиси қўйилган 208 нафар бемор тиббий кўрикдан ўтказилди. Ушбу тадқиқот 2021-2024 йилларда амалга оширилди.

Беморлар ҚБ ҳолатига кўра, икки гуруҳга бўлинди:

1. Асосий гуруҳга (бемор) РА қалқонсимон безда ўзгариши бўлган беморлар;
2. Таққослаш гуруҳига РА қалқонсимон безда ўзгариш аниқланмаган беморлар.

Шунингдек, назорат гуруҳи учун тадқиқотга 30 нафар амалда соғлом шахслар киритилди. Ёш чегараси 24 – 56 ёш бўлиб, шулардан 22 нафари аёл ва 8 нафари эркак. Текширувдаги беморларнинг аксариятини аёллар ташкил қилиб, биринчи гуруҳда аёллар 86,5 фоизни ташкил қилган бўлса, иккинчи гуруҳда 76 фоиздан иборат бўлди. Бу кўрсаткичлар қалқонсимон без касалликлари аёлларда кўпроқ учрашдан далолатдир. Тадқиқотдаги беморларнинг ўртача ёши, уларнинг сони асосий ва қиёсий гуруҳларда мос равишда 52,75 ва 51,49 ёшдир. Тадқиқотда иштирок этган беморларнинг ўртача ёшини таҳлил қилиш бўйича маълумотлар гуруҳлардаги зарур кўрсаткичларда сезиларли фарқлар йўқлигини кўрсатади.

Қондаги ревматоид омилга қараб, серопозитив ҳар икки гуруҳдаги беморларнинг кўпчилигини ташкил қилди. Иммунологик кўрсаткичларимизни таҳлил қилганда, биринчи гуруҳда ревматик омил 96 нафар беморнинг 72 нафарида (75 фоиз) учраган бўлса, иккинчи гуруҳдаги 112 нафар беморнинг 81 нафарида (72,3 фоиз) аниқланди, яъни бу кўрсаткич ҳамма вақт ҳам касалликни тасдиқлаб бермаслигига амин бўлди. Ҳозирги кундаги янги, замонавий, юқори специфик, иммунологик маркер бўлган ЦЦПҚА 1-гуруҳда 100 фоиз мусбат бўлса, 2-гуруҳда эса 96 фоиз беморларда аниқланган.

Беморнинг аҳолини субъектив баҳолаш учун оғриқ синдроми миллиметрдаги визуал аналог шкала (ВАШ) ёрдамида баҳоланди. EULAR кўрсатмаларига мувофиқ, касаллик фаоллигини баҳолаш учун DAS-28 индексидан фойдаланилди. Қалқонсимон без палпацияси ва кўриги стандартлаштирилган услубда ўтказилди. ЖССТга кўра, ҚБ катталашини 2 даражага бўлинган (2001 йилги маълумот).

О даража – бўқоқ йўқ. Меъёрга ҚБ палпациясида ҳар бир бўлак бош бармоқ юқори фалангасининг ҳажмидан ошмаган бўлади.

I даража – палпациясида ҚБ бўлаклари бош бармоқ юқори фалангасининг ҳажмидан катталашган, лекин кўзга кўринмайди.

II даража – ҚБ ҳажмини кўз билан кўриш мумкин.

Тадқиқот ишида I даражали катталашини 63 (30 фоиз) нафар беморда аниқланган бўлса, II даражали катталашини 47 (22 фоиз) нафар беморда аниқланди. Шуни такидлаш лозимки, семизлик (медикаментоз Иценко-Кушинг) ва калта бўйин ҳисобидан палпация жараёнида ҚБ ҳажми бўйича етарли маълумот олишнинг имкони бўлмади. Шу сабабли қўшимча УТТ текширувлари ўтказилди.

Қалқонсимон без ва паратироид безларининг ультратовуш текшируви ҳозирги вақтда 7,5 – 15 Мгц юқори частотали чизиқли узатма билан амалга оширилиши керак. Қалқонсимон без ҳажми қуйидаги формула асосида ҳисобланди. Унга кўра:

$$V_{\text{қб}} = V_{\text{ўнг бўлак}} + V_{\text{чап бўлак}}$$

Ҳар қайси бўлак “ellipsoid” формуласи асосида текширилади.

$$V_{\text{бўлак}} = (0,479) * A * B * C$$

V – бўлак ҳажми миллилитр (см 3), A – бўлак қалинлиги см., Б – бўлак кенлиги см, С – бўлак узунлиги см., 0,479 – аниқлаштирилган коэффициент. Қалқонсимон бўйин қисми без ҳажмининг 5 фоизини ташкил қилганлиги сабабли ҳажм ўлчашда у инobatга олинмади. Ҳажм нормативларини беморнинг тана вазнига қараб, В.А. Костюченко ва С.И. Пиманов тавсия қилган жадвалдан фойдаланилди. УТТ текширувида 109 нафар беморнинг қалқонсимон безида ўзгаришлар аниқланиб, шундан 58 (53,2 фоиз) нафар беморда гиперплазия, 23 (21,1 фоиз) нафар беморда тугунли бўқоқ, 9(8,3 фоиз) нафар беморда аралаш бўқоқ, 19(17,4 фоиз) нафар беморда ҚБ гипоплазияси аниқланди.

Қалқонсимон безда 1 см.дан зиёд тугун аниқланганда, стандарт усулга кўра, пункцион биопсия қилинди (Belfiore A., La Rosa G.L., 2001).

Тадқиқотнинг вазифаларига асосланиб, умумий клиник лаборатория текширувлари барча шахслардан эрталабки соат 9 дан 10 гача бўлган вақт оралиғида, тирсак венасидан (улар камида 12 соат давомида овқатланишмади) қон олинди. Ишлаб чиқарувчининг кўрсатмаларига мувофиқ, “Dymind DF 50” (“Albatros” компанияси) автоматик гематологик анализаторида умумий қон таҳлили ҳамда эритроцитлар чўкиш тезлиги (ЭЧТ) текширувдан ўтказилди.

Стандарт биокимёвий текширувларда: умумий холестерин, қанд микдори, креатинин, мочевино, сийдик кислотаси, умумий оксил, АЛТ, АСТ, биллирубин “Biossays 240 Plus” анализаторидан (“Албатрос” компанияси) фойдаланилди. Иммунологик текширувларга барча беморлардан қуйидаги таҳлиллар учун қон олинди: С реактив оксил (СРО), ревма омил (РО), циклик цитрулин пептидига қарши антитанача (ЦЦПҚА).

Гипофизар-тиреоид тизимининг функционал ҳолатини баҳолаш учун иммунохемилюминесценсия (ИХЛА) усулда “Maglumi 800” (Roche, Швейцария) автоматик анализаторида ТТГ, Т3 эркин, Т4 эркин, ТПО, ТГ, ТТГ рецепторига антитанача аниқланди. Тиреоид статус меъёрий қийматлари қуйидагилар: ТТГ – 0,3 – 4,5 mIU/ml, Т3 эркин – 1,2 – 4,2 pg/ml, Т4 эркин – 8,9 – 17,2 pg/ml, ТПОга қарши антитанача – 0 – 30 IU/ml, ТГ қарши антитанача – 0 – 100ME/ml, ТТГ рецепторига қарши антитанача >1.5 IU/l.

Натижа ва таҳлиллар

Шундай қилиб, 208 нафар ревматоид артрит билан оғриган беморлардаги қон таҳлиliga кўра, 174 (83,6 фоиз) нафар беморда эутиреоз, 21 нафарда (10,1 фоиз) гипотиреоз, 13 нафар (6,25 фоиз) беморда гипертиреоз аниқланди. Шулардан 96 нафарида (46 фоиз) қондаги ўзгаришларга қараб, 62 нафар (29,8 фоиз) беморда АИТ, 10,1 фоизда гипотиреоз, 6,25 фоизда гипертиреозни ташкил қилди. 208 нафар бемордан 90 нафарида (43 фоиз) эндемик бўқоқ аниқланиб, эутиреоз ҳолатлари таққослаш гуруҳларига киритилмади. Бу маълумотлар жаҳон адабиёти маълумотлари билан ҳам мос келади. РА касаллигида гипотиреоз касаллигининг улуши 0,05 фоиз – 34 фоизни ташкил қилади (Mohamad Жеха 2022). Аниқланган ҚБ патологияси ичида АИТнинг улуши 64,5 фоизни ташкил қилди.

1-жадвал

Текширувдан ўтган беморларнинг бўғимга оид шикоятлари

Кўрсаткичлар	1-группа (n=96)		2-группа (n=112)		RR	P
	Абс	%	абс	%		
Эрталабки қарахлик	96	100	112	100	6,44	<0,001
Бўғимларда шиш мавжудлиги	76	79	73	65	1,51	>0,05
Ҳаракат ҳажмининг чекланганлиги	63	66,1	46	41,3	2,88	<0,01
Оғрик						
Умurtқа поғонаси пастки соҳасида сурункали оғрик	45	47	31	28	4,16	<0,001
Жисмоний юкламада	40	42	36	33,9	1,68	<0,05
Юрганда	43	44	50	45,2	3,49	<0,001
Зинадан тушиш	77	80	85	72,6	6,25	<0,001
Об-ҳаво ўзгарганда	40	42	23	37,1	1,42	>0,05

РА касаллигида энг кўп АИТ бирга келиши яна бир бор ўз исботини топди. АИТ касалликлари ичида антитанача ТПО 17,7 фоиз, антитанача ТГ 35 фоиз, ҳар икки антитанача бирга ошиши 11,45 фоизни ташкил қилди. Бу кўрсаткичлар дунё олимлари кўрсаткичларига мос равишда тўғри келди. Антпо тарқалиши 5 фоиздан 37 фоизгача, антг 5 фоиздан 31 фоизгача, ҳар икки антитанача 4 фоиздан 32 фоизгача ташкил қилади (Paola Сониглиароа 2020).

Текширувимиздаги беморлар шикоятлари икки турга бўлиб ўрганилди: бўғимдаги шикоятлар ва бўғимдан ташқари шикоятлар. Бўғимдаги шикоятлар эрталабки қарахтлик, шишган бўғимлар сони, ҳаракатнинг чекланиши, оғриқ характериға кўра, биринчи гуруҳ устунлик қилди. Қалқонсимон без патологиясининг клиникасида кўп ҳолларда ревматологик белгилар устунлик қилиб, РА касаллигида бу шикоятлар кўп учрайди. Айниқса белдаги оғриқ, қўл панжа қисмининг шишиши, оғриқ бўлиши биринчи гуруҳда кўп кузатилди.

РА касаллигига қалқонсимон без патологияси қўшилиб келган беморларда ўзига хос хусусиятга эга шикоятлар этиборимизни тортди. Шулар ичида кўп учрайдиган шикоят – астено-невротик характерга хос бўлиб: умумий ҳолсизлик (100 фоиз), тез чарчаш (100 фоиз), кўп терлаш (66,7 фоиз), қўлнинг қалтираши (83,3 фоиз), озиш ёки тана вазнининг ортиши, юрак уриб кетиши шулар жумласидир. ҚБ патологияси бўлган 50 фоиз беморларда трофик ўзгаришлар учраб, уларга соч тўкилиши, тирноқ мўртлашиши киради.

Оғриқ синдроми мм.даги Визуал аналог шкала (ВАШ) ёрдамида баҳоланди. Беморларда оғриқ синдроми ВАШ шкаласи бўйича аниқланганда, вертикал чизиқ билан белгиланди, кейин оғриқ мм. билан ўлчаланди. 1-гуруҳда 50,8 фоизнинг ярмидан ортиғида оғриқ даражаси юқори ($PP = 2,55, P < 0,05$) – 6 – 8 мм. дан иборат бўлса, 2-гуруҳдаги беморларда оғриқ даражасининг ўртача кўрсаткичи устунлик қилди 4 – 6 мм. – (69,4 фоиз), бўлди ($PP = 5,23, P < 0,001$). Ҳаракат вақтида ВАШ шкаласи бирини гуруҳда 10,5±2,5 бўлса, иккинчи гуруҳда 5,9±0,5мм.ни ташкил қилди. Тинч ҳолатда биринчи гуруҳда 8,1±0,1 бўлса, иккинчи гуруҳда 6,2 ±0,5 ни ташкил илди.

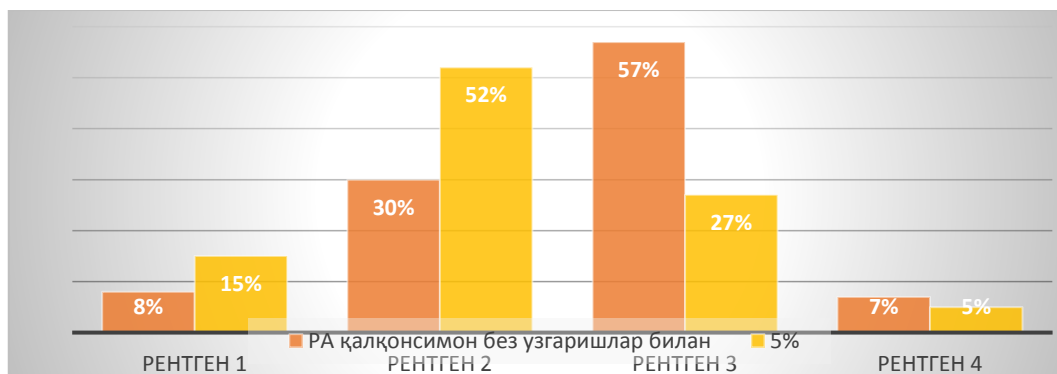
Этиборни касаллик давомийлигига қаратганимизда, биринчи гуруҳда ушбу давомийлик 7,34±0,45 йилни, иккинчи гуруҳда 5,96±0,37 йилни ташкил қилди. Бу маълумотларни ўрганиб чиқиш мобайнида касаллик қанча узок давом этса, беморларда қалқонсимон без патологияси ривожланиш хавфи ортиши ойдинлашди.

2-жадвал

“Das 28” га мувофиқ текширилган беморларнинг фаоллик даражаси

“DAS 28” бўйича фаоллик даражаси	Биринчи гуруҳ	Иккинчи гуруҳ
Паст 2,6 – 3,1	18 (18,75 фоиз)	30 (26,7 фоиз)
Ўртача 3,2 – 5,1	30 (31,25 фоиз)	46 (41,7 фоиз)
Юқори > 5.1	48 (50 фоиз)	36 (32,14 фоиз)

Касаллик фаоллигини баҳолашда Европа антиревматик лигасининг 28 та бўғимларни баҳолашга асосланган мезонларига мувофиқ, “Disease Active Score” (DAS) 28 дан фойдаландик. 2-жадвалдаги маълумотларни таҳлил қилганда, ўртача 3,2<DAS28<5,1, юқори – DAS 28>5,1 индекси қийматларига мос келадиган биринчи гуруҳда 50 фоиз юқори фаоллик кузатилган бўлса, иккинчи гуруҳда ўртача фаоллик кўпроқ кузатилганлиги аниқланди.



1-расм. Ревматоид артрити бор беморларда қалқонсимон без патологияси қўшилиб келганда рентген текширувлари

Тадқиқотга киритилган РА билан оғриган беморлар Штеинброкер таснифига кўра, асосий гуруҳдаги беморларда III-IV рентгенологик босқичлари устунлик қилган бўлса (64 фоиз), қиёсий гуруҳда I-II рентгенологик босқичлари (67 фоиз) устунлик қилган (1-расм).

1-жадвал

Қалқонсимон без касалликлари кесимида бўғим синдроми

Кўрсаткичлар	РА+АИТ	РА+гипотиреоз	РА+гипертиреоз
Эрталабки қарахтлик	6,44 ± 0,43	6,25 ± 0,80	6,16 ± 0,81
Das 28	5,34 ± 0,23	4,95 ± 0,52	4,56 ± 0,43
Рентген босқич			
I	7 (11,3 фоиз)	1 (5,89 фоиз)	-
II	20 (32,3 фоиз)	4 (23,5 фоиз)	5 (29,4 фоиз)
III	31 (50 фоиз)	10 (58,8 фоиз)	11 (64,7 фоиз)
IV	4 (6,4 фоиз)	2 (11,8 фоиз)	1 (5,89 фоиз)

Қалқонсимон без касалликларини ажратганимиздан кейин уларнинг ҳар бирини РАнинг фаоллик даражаси билан, эрталабки қарахтлик билан ва рентгенологик босқичи билан қиёсилаб кўрилганда қуйидаги натижалар аниқланди. Бунга кўра, эрталабки қарахтликнинг 6,44±0,43 [2,6 – 8,4] юқори кўрсаткичи АИТ касаллигида учради. “Das 28” фаоллик даражаси 5,34±0,23 [2 – 12] бўйича ҳам АИТ касаллигида кузатилди.

РАнинг рентгенологик босқичини таҳлил қилганимизда, тиреотоксикоз касаллигида 11 (64,7 фоиз) беморларда III босқич аниқланган бўлса, IV босқич гипотиреоз касаллигида 2 (11,8 фоиз) кўп учради.

Хулоса

1. Олинган маълумотларга кўра, ревматоид артрит билан оғриган беморларнинг 46 фоизда қалқонсимон безнинг турли хил патологиялари аниқланди ва улар орасида энг кенг тарқалгани аутоиммун тиреоидит бўлиб, у 29,8 фоизни ташкил этди.
2. Қалқонсимон без патологияси ревматоид артрит касаллигининг клиник кечиши, оғирлиги ва лаборатор фаоллик кўрсаткичларига муайян даражада таъсир кўрсатиши аниқланди. Бунга кўра, эрталабки қарахтлик (6,44 ± 0,43 [2,6-8,4]) ҳамда “Das 28” фаоллик даражаси (5,34 ± 0,23 [2-12]) бўйича энг юқори кўрсаткични АИТ касаллиги бор РА билан касалланган беморлар ташкил қилди.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Вернигородский В.С., Власенко М.В., Паламарчук А.В., Нежинская-Остапенко З.П., Литвинова С.В., Вильчинская Н.В., Шкаровская С.В. Терапевтические маски гипотиреоза // МЭЖ. 2018. №5. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/terapevticheskie-maski-gipotireoza>
2. Дворовкин А.Э., Один В.И., Инамова О.В., Тыренко В.В., Топорков М.М., Цыган Е.Н. Иммунологические и клинические взаимосвязи при ревматоидном артрите, ассоциированном с аутоиммунным тиреоидитом // Гены и клетки. 2016. №3.
3. Пиксин Иван Никифорович, Давыдкин Василий Иванович, Московченко Александр Сергеевич, Вилков Александр Владимирович, Кечайкин Алексей Николаевич Состояние костного метаболизма при заболеваниях щитовидной железы (обзор) // Медицинский альманах. 2016;4(44). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/costoyanie-kostnogo-metabolizma-pri-zabolevaniyah-schitovidnoy-zhelezy-obzor>
4. Теплова Л.В., Еремеева А.В., Байкова О.А., Суворова Н.А. Ревматические проявления гипотиреоза. *Современная ревматология*. 2017;11(2):47-53. <https://doi.org/10.14412/1996-7012-2017-2-47-53m>

5. Трошина Екатерина Анатольевна Синдром тиреотоксикоза аутоиммунного генеза (клинический случай и обзор литературы) // Consilium Medicum. 2018. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sindrom-tireotoksikoza-autoimmunnogo-geneza-klinicheskiy-sluchay-i-obzor-literatury>
6. Русанова Ольга Александровна, Трофименко Андрей Степанович, Емельянова Ольга Ивановна Влияние базисной и экстракорпоральной терапии на уровень тиреоидных гормонов и антител к ним у больных ревматоидным артритом с поражением щитовидной железы // Вестник ВолГМУ. 2021;4(80). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-bazisnoy-i-ekstrakorporalnoy-terapii-na-uroven-tireoidnyh-gormonov-i-antitel-k-nim-u-bolnyh-revmatoidnym-artritom-s>
7. Чекалина Н.И. Корреляционные связи между показателями системного воспаления, липидного спектра и тиреоидной функции при ишемической болезни сердца в сочетании с аутоиммунным тиреоидитом // Вестник ВГМУ. 2016. №5.
8. Чаренгам Н., Ширвани А., Холик М.Ф. Витамин D для здоровья скелета и других органов: что мы должны знать. *Дж. Клин. Ортоп. Травма*. 2019 год;10:1082–1093. doi: 10.1016/j.jcot.2019.07.004.
9. Чаренгам Н., Холик М.Ф. Иммунологические эффекты витамина D на здоровье и болезни человека. // Питательные вещества. 2020;12:2097. DOI: 10.3390/nu12072097.
10. Бут Д.Р., Дин Н., Парнелл Г.П., Шахиджанян Ф., Коултер С., Шибечи С.Д., Аткинс А.Р., Стюарт Г.Дж., Эванс Р.М., Даунс М. и др. Цистромические и генетические доказательства того, что рецептор витамина D опосредует восприимчивость к аутоиммунным заболеваниям, зависящим от широты. // Гены Иммунитет. 2016г.;17:213–219. doi: 10.1038/gen.2016.12.
11. Liu YJ, Miao HB, Lin S, Chen Z. Association between rheumatoid arthritis and thyroid dysfunction: A meta-analysis and systematic review. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2022 Oct 13;13:1015516. doi: 10.3389/fendo.2022.1015516. PMID: 36313752; PMCID: PMC9608862.
12. Zikriyayeva S. G., Kamolidinova T. Z. Stratification of Cardiovascular Risk in Patients with Rheumatoid Arthritis // *Telematique*. 2023;22(1):1114-1119.
13. Kamolidinova T. Z., Zikriyayeva S. G. Risk factors and features of coronary heart disease in patients with rheumatoid arthritis // *Journal of biomedicine and practice*. 2022;7:6.
14. Таирова З. К., Шодикулова Г. З. Шоназарова НХ Ревматоид артрит bilan kasallangan bemorlarda komorbid kasalliklarning uchrash chastotasi // *Журнал кардиореспираторных исследований*. 2022;3:4.

Қабул қилинган сана 20.03.2024