

ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ ПАТОЛОГИЯСИ БЎЛГАН РЕВМАТОИД АРТРИТ БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШ ПРИНЦИПЛАРИ

Шоназарова Н.Х.

Самарқанд давлат тиббиёт университети

Аннотация

Ревматоид артрит билан оғриган беморларда қалқонсимон без касаллиги ривожланишига мойиллиги, бу унинг умумий иммунологик механизмлари билан изоҳланади. Умуман олганда, ревматоид артрит билан оғриган беморларда қалқонсимон без патологиясининг тарқалиши 28 %га етади.

Тадқиқотнинг мақсади ревматоид артрит билан оғриган беморларда клиник-лаборатор кўрсаткичларни таҳлил қилиш орқали қалқонсимон без касалликларини эрта ва дифференциал ташхислаш ҳамда даволаш усулини такомиллаштиришдан иборат

Материаллар ва тадқиқот усуллари. Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси (СамШТБ) марказий шифохонасининг кардиоревматология бўлимида ва Самарқанд дала тиббиёт университети (СамДУ) кўп тармоқли клиникасида ревматоид артрит ташхиси қўйилган 208 нафар бемор тиббий кўриқдан ўтказилди. Ушбу тадқиқот 2021-2024 йилларда амалга оширилди.

Тадқиқот натижалари. Шундай қилиб 208 нафар ревматоид артрит билан оғриган беморларда қондаги гормон тахлилига кўра 174 (83,6 %) нафар беморда эутиреоз, 21 нафарда (10,1%) гипотиреоз, 13 нафар (6,25 %) беморда гипертиреоз аниқланди. Стационардан жавоб беришдан олдин бўғимларнинг эрталабки қотиши давомийлиги 2,1 марта камайиб, $46,5 \pm 3,2$ минутни ($P < 0,02$) ташкил этди. Даводан кейин шунингдек, оғриқ индекси кўрсаткичларини ($2,2 \pm 0,02$ дан $1,3 \pm 0,02$ гача, $P < 0,02$), зарарланган бўғимлар сонини ($8,1 \pm 0,4$ дан $4,2 \pm 0,3$ гача, $P < 0,05$) пасайиши ва кафт бўғимларининг манипуляция қобилятини ортиши ($70,8 \pm 5,4$ дан $85,3 \pm 6,2\%$ гача, $P < 0,05$) кузатилди. Бу эса бўғимлар функционал қобилятини пасайиши кўрсаткичи Р.І индексининг пасайишига ($13,9 \pm 1,2$ дан $7,7 \pm 0,5$ баллгача, $P < 0,05$) олиб келди.

Хулоса. Ревматоид артритда қалқонсимон без касаллигини узоқ муддатда комплекс даволашда ностероид ялиғланишга қарши антитанача дориларга бўлган эҳтиёжни 46 % га, шунингдек тиббий ёрдам учун такрорий амбулатор ва шифохонага мурожаатлар сонини 1,8 бараварга камайтириш имконини берди.

Калит сўзлар: ревматоид артрит, қалқонсимон без, аутоиммунли тиреоидит, гипотиреоз.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ФОНЕ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Шоназарова Н.Х.

Самаркандский государственный медицинский университет

Аннотация

У больных ревматоидным артритом имеется склонность к развитию патологии щитовидной железы, что объясняется общностью иммунологических механизмов этих заболеваний. В целом распространенность патологии щитовидной железы у больных ревматоидным артритом достигает 28%.

Цель исследования заключается в совершенствовании ранней и дифференциальной диагностики, а также методов лечения заболеваний щитовидной железы у больных ревматоидным артритом на основе анализа клинико-лабораторных показателей.

Материалы и методы. Карточка обследованных больных в кардиоревматологическом отделении Самаркандского городского медицинского объединения и в многопрофильной клинике СамГосМУ было обследовано 208 больных с диагнозом ревматоидный артрит. Данное исследование проводилось в 2021-2024 годах.

Результаты. Так, по данным анализов на гормоны в крови у 208 больных с ревматоидным артритом у 174 (83,6%) больных имелся эутиреоз, у 21 (10,1%) - гипотиреоз, у 13 (6,25%) - гипертиреоз.

Длительность утренней скованности суставов к моменту выписки пациентов из стационара уменьшилась в 2,1 раза и составила $46,5 \pm 3,2$ минуты ($p < 0,02$). После лечения индекс боли снизился (от $2,2 \pm 0,02$ до $1,3 \pm 0,02$, $p < 0,02$), уменьшилось количество пораженных суставов (от $8,1 \pm 0,4$ до $4,2 \pm 0,3$, $p < 0,05$) и повысилась манипулятивная способность ладонных суставов (от $70,8 \pm 5,4$ до $85,3 \pm 6,2\%$, $p < 0,05$). Это привело к снижению индекса P.Li (с $13,9 \pm 1,2$ до $7,7 \pm 0,5$ балла, $p < 0,05$), являющегося показателем функциональной способности суставов.

Заключение. Комплекс длительного лечения заболеваний щитовидной железы при ревматоидном артрите позволило снизить потребность в нестероидных противовоспалительных препаратах на 46%, а также количество повторных амбулаторных и стационарных посещений по медицинским показаниям в 1,8 раз.

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

PRINCIPLES OF IDENTIFYING PATIENTS WITH THYROID PATHOLOGY DUE TO RHEUMATOID ARTHRITIS

Shonazarova N.Kh.

Samarkand state medical university

Abstract

Patients with rheumatoid arthritis have a tendency to develop thyroid pathology, which is explained by the common immunological mechanisms of these diseases. In general, the prevalence of thyroid pathology in patients with rheumatoid arthritis reaches 28%.

The aim of the study was to improve the early and differential diagnosis, as well as the method of treatment of thyroid diseases in patients with rheumatoid arthritis based on the analysis of clinical and laboratory parameters.

Materials and methods. Card file of examined patients in the cardio-rheumatology department of the Samarkand City Medical Association And in the multidisciplinary clinic of the State Medical University itself, 208 patients with a diagnosis of rheumatoid arthritis were examined. This study was conducted in 2021-2024.

Results. Thus, according to blood hormone tests in 208 patients with rheumatoid arthritis, 174 (83.6%) patients had euthyroidism, 21 (10.1%) had hypothyroidism, and 13 (6.25%) had hyperthyroidism.

The duration of morning joint stiffness by the time patients were discharged from the hospital decreased by 2.1 times and amounted to 46.5 ± 3.2 minutes ($p < 0.02$). After treatment, the pain index decreased (from 2.2 ± 0.02 to 1.3 ± 0.02 , $p < 0.02$), the number of affected joints decreased (from 8.1 ± 0.4 to 4.2 ± 0.3 , $p < 0.05$) and the manipulative ability of the palmar joints increased (from 70.8 ± 5.4 to $85.3 \pm 6.2\%$, $p < 0.05$). This led to a decrease in the P.Li index (from 13.9 ± 1.2 to 7.7 ± 0.5 points, $p < 0.05$), which is an indicator of the functional ability of the joints.

Conclusion. The complex of long-term treatment of thyroid diseases in rheumatoid arthritis made it possible to reduce the need for non-steroidal anti-inflammatory drugs by 46%, as well as the number of repeated outpatient and inpatient visits for medical reasons by 1.8 times.

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

Бугунги кунда суяк ва бўғим тизими касалликлари аҳоли ўртасида учрайдиган барча патологиялар орасида учинчи ўринни эгаллайди. Улардан энг кенг тарқалганидан бири ревматоид артрит (РА) ҳисобланади. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра «...ревматоид артрит билан бутун дунё аҳолисининг 1-2 % касалланган ва унинг дастлабки 5 йилида ревматоид артрит билан оғриган беморларнинг 40 %дан ортиғи бўғимларнинг жиддий зарарланиши туфайли ногирон бўлиб қолмоқда. Бу эса уларнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада ёмонлаштиради. Қалқонсимон без (ҚБ)

касалликлари эса аҳолининг 10-30 %да учрайди». Ревматоид артрит билан касалланган беморлар орасида қалқонсимон без патологияси кўп учрашини иноботга олган ҳолда касалликни эрта ташхислаш ҳамда мақбул даволаш усуллари танлаш, асоратларининг олдини олиш ревматология ва эндокринология амалиётида ечими топилиши зарур бўлган муаммо ҳисобланади.

Илк марта 1960 йилда РА беморларда ҚБ патологиясини текшириш илмий ишлар бошланган бўлиб, ўшанда АИТ 12 % ташкил қилган [1]. Умуман олганда, РА билан оғриган беморларда ҚБ патологиясининг тарқалиши 6%дан 34 %гача етади [6].

РАда қалқонсимон без касалликларининг аутоиммун тиреоидит тури кенг кузатилади. Бу давлатлар кесимида турлича бўлиб, 0,5–27 %гача бўлиши мумкин [4]. Оқибати гипотиреозга ўтувчи аутоиммун тиреоидит РА да юқори клиник ва лаборатория кўрсаткичлари фаоллигига таъсир кўрсатади. Мавжуд маълумотларга кўра, аутоиммун тиреоидит касаллиги ревматоид артритда умумий популяцияга қараганда уч барабар кўп учрайди [1, 4].

Тадқиқотнинг мақсади ревматоид артрит билан оғриган беморларда клиник-лаборатор кўрсаткичларни таҳлил қилиш орқали қалқонсимон без касалликларини эрта ва дифференциал ташхислаш ҳамда даволаш усулини такомиллаштиришдан иборат

Материаллар ва тадқиқот усуллари. Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси (СамШТБ) марказий шифохонасининг кардиоревматология бўлимида ва Самарқанд дала тиббиёт университети (СамДТУ) кўп тармоқли клиникасида ревматоид артрит ташхиси қўйилган 208 нафар бемор тиббий кўриқдан ўтказилди. Ушбу тадқиқот 2021-2024 йилларда амалга оширилди. Тадқиқот 2010 йилдаги ACR/EULAR мезонларига мувофиқ ревматоид артрит ташхиси қўйилган беморларни ўз ичига олди.

Ревматоид артрит билан касалланган беморларнинг ўртача ёши 49 ёшни ташкил этди, шу жумладан 159 (80,3%) нафар аёллар ва 39 (19,7%) нафар эркеклар. Тадқиқот 2010 йилдаги ACR/EULAR мезонларига мувофиқ ревматоид артрит ташхиси қўйилган беморларни ўз ичига олди. Тадқиқотга киритиш мезонлари қуйидагилар эди: аниқланган РА ташхиси, 18 ёшдан 55 ёшгача бўлган аёллар ва эркеклар. Истисно мезонлари: оғир ёндош касалликлар (жигар ва буйрак етишмовчилиги); юқумли касалликлар (фаол сил ва гепатит); онкологик касалликлар; сурункали юрак етишмовчилиги; ҳомиладорлар ва эмизикли аёллар; қон касалликлари;

Беморлар қалқонсимон безнинг қон таҳлилига кўра икки гуруҳга бўлинди

:

1. Асосий гуруҳга (бемор) ревматоид артрит қалқонсимон безида ўзгариши бўлган беморлар;

2. Таққослаш гуруҳига ревматоид артрит қалқонсимон безида ўзгариш аниқланмаган беморлар.

Текширувдаги беморларнинг аксариятини аёллар ташкил қилиб, биринчи гуруҳда аёллар 86,5 % ташкил қилган бўлса, иккинчи гуруҳда 76 % дан иборат бўлди. Бу кўрсаткичлар қалқонсимон без касалликлари аёлларда кўпроқ учрашидан далолатдир. Тадқиқотимизда АИТ билан оғриган эркак беморларимиз жуда камчиликни ташкил қилди, бу эса яна бир бор қалқонсимон без патологияси аёлларда кўп учрашини тасдиқлайди.

1-жадвал

Текширувдан ўтган беморларнинг бўғимга оид шикоятлари.

| Кўрсаткичлар | асосий-гуруҳ (n=96) | | қиёсий-гуруҳ (n=112) | | P |
|--|---------------------|------|----------------------|------|--------|
| | Абс | % | Абс | % | |
| Эрталабки қарахтлик | 96 | 100 | 112 | 100 | P>0,05 |
| Бўғимларда шиш мавжудлиги | 76 | 79 | 73 | 65 | P<0,05 |
| Ҳаракат ҳажмининг чекланганлиги | 63 | 66.1 | 46 | 41.3 | P<0,05 |
| Оғриқ | | | | | |
| Умуртқа поғонаси пастки соҳасида сурункали оғриқ | 45 | 47 | 31 | 28 | P<0,05 |
| Жисмоний юкламада | 40 | 42 | 36 | 33.9 | P<0,05 |
| Юрганда | 43 | 44 | 50 | 45.2 | P>0,05 |
| Зинадан тушиш | 77 | 80 | 85 | 72.6 | P>0,05 |
| Об-ҳаво ўзгарганда | 40 | 42 | 23 | 37.1 | P<0,05 |

Изоҳ: Таққослаш гуруҳига нисбат ишончли фарқланиш.

Текширувимиздаги беморлар шикояти икки турга бўлиб ўрганилди, бўғимга оид шикоятлар ва бўғимдан ташқари шикоятлар. Бўғимга оид шикоятлар эрталабки қарахтлик, шишган бўғимлар сони, ҳаракатнинг чекланиши, оғриқ характериға кўра асосий гуруҳ устунлик қилди.

Оғриқ синдроми мм даги визуал аналог шкала (ВАШ) ёрдамида баҳоланди. Беморларда оғриқ синдроми ВАШ шкаласи бўйича аниқланганда вертикал чизик билан белгилайди, кейин оғриқ мм билан ўлчанилади. Асосий -гуруҳда 50,8% нинг ярмидан ортиқ оғриқ даражаси юқори (RR = 2,55, P<0,05) - 6-8 ммдан иборат бўлса, қиёсий -гуруҳдаги беморлардаги оғриқ даражаси ўртача оғриқли беморлар устунлик қилди 4-6 мм - (69,4%), бўлди. (RR=5,23, P<0,001). Ҳаракат вақтида ВАШ шкаласи асосий гуруҳда 10.5±2,5 бўлса, қиёсий гуруҳда 5,9±0.5мм ташкил қилди. Тинч ҳолатда асосий гуруҳда 8,1±0,1 бўлса, қиёсий гуруҳда 6,2 ±0,5 ташкил қилди.

Стационардан жавоб беришдан олдин бўғимларнинг эрталабки қотиши давомийлиги 2,1 марта камайиб, $46,5 \pm 3,2$ минутни ($P < 0,02$) ташкил этди. Даводан кейин шунингдек, оғриқ индекси кўрсаткичларини ($2,2 \pm 0,02$ дан $1,3 \pm 0,02$ гача, $P < 0,02$), зарарланган бўғимлар сонини ($8,1 \pm 0,4$ дан $4,2 \pm 0,3$ гача, $P < 0,05$) пасайиши ва кафт бўғимларининг манипуляцион қобилиятини ортиши ($70,8 \pm 5,4$ дан $85,3 \pm 6,2\%$ гача, $P < 0,05$) кузатилди. Бу эса бўғимлар функционал қобилиятини пасайиши кўрсаткичи P.Li индексининг пасайишига ($13,9 \pm 1,2$ дан $7,7 \pm 0,5$ баллгача, $P < 0,05$) олиб келди.

Биз шартли равишда асосий гуруҳни яна 2 кичик гуруҳга та D1 ва D2 кичик гуруҳларга ажратдик. D1 кичик гуруҳини 47 нафар бемор ҚБ даволашни хохламаган ва пала партиш даволанган, D2 кичик гуруҳини 49 нафар бемор ташкил этди. Булар тўлиқ ҚБ даволанган. Беморларнинг динамик текшируви қабул қилинганда, даволаниш бош-ланганидан 3 ва 6 ой ўтгач амалга оширилди. Самарадорлик клиник, лаборатория ва инструментал тадқиқотлар маълумотлари асосида баҳоланди. Текширув қабул пайтида ва даволаниш бошланганидан 6 ой ўтгач ўтказилди. Самарадорлик клиник, лаборатория ва инструментал тадқиқотлар асосида баҳоланди. Барча таққосланган гуруҳлар учун назорат тадқиқотга маълумотли розилик берган 20 соғлом одамнинг маълумотлари эди.

2-жадвал

Қалқонсимон без касалликлар кесимида даволаш натижалари.

| Кўрсаткичлар | Ревматоид артрит + Аутоиммун тиреоидит | | Ревматоид артрит +Гипотиреоз | | Ревматоид артрит +Гипертиреоз | |
|---|--|-------------------------|---------------------------------|-------------------------|----------------------------------|-------------------------|
| | Даводан олдин | Даводан кейин | Даводан олдин | Даводан кейин | Даводан олдин | Даводан кейин |
| Эритроцитлар чўкиш тезлиги | 38.7 ± 1.8 | 21.2 $\pm 2.4^{***}$ | 30.7 ± 3.2 | 22.2 $\pm 1.4^*$ | 32.18 ± 4.35 | 18.6 $\pm 2.4^*$ |
| Циклик цитрулин пептидга қарши антитанача | 84.3 ± 5.9 | 14.4 $\pm 1.2^{***}$ | 84.2 ± 14.8 | 13.4 $\pm 1.2^{***}$ | 46.33 ± 7.1 | 21.4 $\pm 1.2^{***}$ |
| DiseaseActivity Score | 5.34 ± 0.2 | 3.1 $\pm 0.2^{***}$ | 4.5 ± 0.44 | 2.4 $\pm 0.4^{***}$ | 4.95 ± 0.52 | 2.8 $\pm 0.3^{***}$ |
| Эрталабки карахтлик | 6.4 ± 0.4 | 2.4 $\pm 0.3^{***}$ | 6.2 ± 0.8 | 3.1 $\pm 0.3^{***}$ | 6.25 ± 0.9 | 3.5 $\pm 0.3^{**}$ |

Изох: Учала гуруҳда ҳам даводан олдин ва даводан кейин ишончли статистик ишончли фарқ (* - $P < 0,05$; ** - $P < 0,01$; *** - $P < 0,001$).

Беморларда кичик гуруҳларда даво муолажаларни кузатганимизда

ревматоид артрит ҳамда аутоиммун тиреоидит билан биргаликда келганда даво муолажаларини олиб борганимизда эритроцитлар чўкиш тезлиги, циклик цитрулин пептидга қарши антитанача, Das 28, эрталабки карахтлик сезиларли даражада меъёрига тушиши кузатилиб, гипертиреоз билан оғриган беморларда бу кўрсаткиларнинг меъёрга яқин тушиши қийинроқ бўлди.

Хулоса. Ревматоид артритда қалқонсимон без билан оғриган беморларнинг 92 %да НАQ сўровномасига кўра, коморбид патология билан биргаликда кечганда ҳаёт сифатининг пасайиши қайд этилди. 6 ой давомида асосий даволаш негизда қалқонсимон без касалликларини даволашдан фойдаланиш НАQ қийматларини 1,5 дан 0,51 гача яхшиланиши аниқланган.

Ревматоид артритда қалқонсимон без касаллигини узоқ муддатда комплекс даволашда витамин Д қўшилиши ностероид ялиғланишга қарши антитанача дориларга бўлган эҳтиёжни 46 % га, шунингдек тиббий ёрдам учун такрорий амбулатор ва шифохонага мурожаатлар сонини 1,8 бараварга камайтириш имконини берди.

Использованная литература:

1. Алиахунова М.Ю., Исамитдинова Н.Ш. Состояние функциональной активности щитовидной железы при ревматоидном артрите // Терапевтический вестник Узбекистана №2, 2022 Б. 121-123
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. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/immunologicheskie-i-klinicheskie-vzaimosvyazi-pri-revmatoidnom-artrite-assotsirovannom-s-autoimmunnym-tireoiditom>
3. Кондратьева Л.В., Попкова Т.В. Аутоиммунные заболевания и дисфункция щитовидной железы при ревматоидном артрите // Научно-практическая ревматология. 2017. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/autoimmunnye-zabolevaniya-i-disfunktsiya-schitovidnoy-zhelezy-pri-revmatoidnom-artrite>
4. Никитина Н.М., Афанасьев И.А., Ребров А.П. КОМОРБИДНОСТЬ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ. *Научно-практическая ревматология.* 2015;53(2):149-154. <https://doi.org/10.14412/1995-4484-2015-149-154>
5. Рожко В.А. Современное состояние проблемы аутоиммунного тиреоидита // Проблемы здоровья и экологии. 2019. №2 (60). URL:

<https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennoe-sostoyanie-problemy-autoimmunnogo-tireoidita>

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. Bliddal S, Nielsen CH, Feldt-Rasmussen U. Recent advances in understanding autoimmune thyroid disease: the tallest tree in the forest of polyautoimmunity. *F1000Res*. 2017;6:1776.
doi: 10.12688/f1000research.11535.1. [[PMC](#) [free](#) [article](#)] [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
8. Waldenlind K. et al. Risk of thyroxine-treated autoimmune thyroid disease associated with disease onset in patients with rheumatoid arthritis // *JAMA network open*. – 2018. – Т. 1. – №. 6. – С. e183567-e183567.