

РЕВМАТОИД АРТРИТДА ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ТАРҚАЛИШ ДАРАЖАСИ

Н.Х. Шоназарова, Ш.М. Саъдуллаева
Самарқанд давлат тиббиёт университети

Аннотация

Мақсад: ревматоид артрит (РА) билан оғриган беморларда қалқонсимон бездаги функционал ва органик ўзгаришларнинг учраш даражасини ҳамда ўзига хос хусусиятларини аниқлаш

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. Беморлар ҚБ гормонал ҳолатига кўра, икки гуруҳга бўлинди: Асосий гуруҳга (бемор) РА қалқонсимон безида ўзгариши бўлган беморлар; Таққослаш гуруҳига РА қалқонсимон безида ўзгариш аниқланмаган беморлар. Шунингдек, назорат гуруҳи учун тадқиқотга 30 нафар амалда соғлом одам киритилди.

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. Шулардан 96 нафарида (46 %) қондаги ўзгаришларга қараб, 62 нафар (29,8 %) беморда АИТ, 10,1 %и гипотиреоз, 6,25 %и гипертиреозни ташкил қилди. 208 нафар бемордан 90 нафар (43%) эндемик бўқоқ аниқланиб эутиреоз ҳолатлари таққослаш гуруҳларига киритилмади. Бу маълумотлар жаҳон адабиёти маълумотлари билан ҳам мос келади.

Хулоса. Олинган маълумотларга кўра ревматоид артрит билан оғриган беморларнинг 46%да ҚБнинг турли хил патологиялари аниқланган ва улар орасида энг кенг тарқалгани АИТ бўлиб 29,8 % ни ташкил этган.

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

THE INCIDENCE OF THYROID DISEASE IN RHEUMATOID ARTHRITIS

N.Kh. Shonazarova, Sh.M. Sadullaeva
Samarkand State Medical University

Abstract

Purpose - The goal is to determine the frequency, as well as features of functional and organic changes in the thyroid gland in patients with RA;

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 2021-2023. The patients were divided into two groups depending on the hormonal status of the thyroid gland. Group 1: the main group consisted of 96 patients with changes in thyroid hormones in RA. Group II comparison group consisted of 112 patients with RA without changes in thyroid hormones. Also, 30 practically healthy individuals were included in the control group study.

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. Of 96 (46%) patients with RA and thyroid pathology, AIT was diagnosed in 62 (29.8%) patients, hypothyroidism in 10.1%, hyperthyroidism in 6.25%. Of the 208 patients, 90 (43%) had endemic goiter, and euthyroid cases were not included in the comparison groups. These data corresponded to the data of foreign literature, which emphasizes that the proportion of patients with hypothyroidism in RA fluctuates in the range of 0.05-34 %.

Conclusion - In patients with rheumatoid arthritis, thyroid pathology was detected in 46% of cases, of which 29.8% had AIT.

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

ЧАСТОТА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Н.Х. Шоназарова, Ш.М. Саъдуллаева

Самаркандский государственный медицинский университет

Аннотация

Цель - определить частоту, а также особенности функциональных и органических изменений щитовидной железы у больных РА;

Материалы и методы - Картотека 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 2021-2023 годах. Пациенты были разделены на две группы в зависимости от гормонального статуса щитовидной железы.

Группа I – основную группу составили 96 больных с изменениями гормонов щитовидной железы (ЩЖ) при РА. Группа II - группу сравнения составили 112 пациентов больных РА без изменений гормонов щитовидной железы. Также в исследование контрольной группы были включены 30 практически здоровых лиц.

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. Из 96 (46%) больных с РА и патологией ЩЖ, АИТ диагностирован у 62 (29,8%) больных, гипотиреоз – у 10,1%, гипертиреоз – у 6,25%. Из 208 больных, у 90 (43%) был эндемический зоб, а эутиреоидные случаи не были включены в группы сравнения.

Эти данные соответствовали данным зарубежной литературы, где подчеркивается, что доля больных с гипотиреозом при РА колеблется в диапазоне 0,05–34% .

Заключение - У больных с ревматоидным артритом в 46% случаев выявлена патология ЩЖ, из них в 29,8% - АИТ.

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

Ревматоид артритнинг (РА) намоён бўлиш характери қуйидагилар: бўғимларда оғриқ ҳамда унинг функцияси бузилиши, бўғимнинг тобора деформациялашуви, ички органларнинг ортга қайтмас ўзгаришлари, эрта ногиронлик ва бемор ўртача умр кўриш давомийлигининг камайишидир (хасталикка чалингандан сўнг ўртача 5-15 йил умрга қисқаради) [7, 10]. Касаллик асосан меҳнатга лаёқатли (40-55 ёш) қатлам орасида кенг учрайди. РА касаллик бошланган дастлабки 3-5 йил ичида беморларнинг ярмида доимий меҳнатга лаёқатсизликни келтириб чиқаради. РАда юрак-қон томир патологияси, оғир инфекциялар, онкологик хасталиклар юқори даражада учрайди. Бу эса ўз навбатида беморларнинг умр кўриш давомийлигини сезиларли даражада камайтиради. Касаллик бошланганидан 20 йил ўтгач, беморларнинг 60-90 фоизи иш қобилиятини йўқотади ва 1/3 қисми бутунлай ногирон бўлиб қолади [2, 5].

Қалқонсимон без(ҚБ) гормонлари (трийодтиронин - Т3, тироксин - Т4) суяк тўқималарининг ҳам резорбциясини, ҳам синтезини кучайтиради, бириктирувчи тўқималарда гликозаминогликанлар ва протеогликанлар ишлаб чиқаришни фаоллаштиради. Гормонлар миқдорининг кўпайиши остеокластлар сони ва фаоллиги ошиши туфайли суяк метаболизмининг тезлашишига олиб келади, шунингдек, қонда суяк шаклланиши маркерларининг кўпайиши остеобластик вазифани кучайганлигидан далолат беради [4, 6]. Кальций ионлари, паратиреоид гормонлари, кальцитонин гормони, витамин Д, жинсий гормонлар, тиреоид гормонлар, глюкокортикоид гормонлари, ўсиш гормони, инсулин, простогландинлар, цитокинлар – барчаси суяклар резорбцияси ва синтезининг ўзаро боғлиқ жараёнини бошқаради [1]. ҚБ гормонларининг етишмаслиги синовиал мембраналарда аденилатциклаза фаоллигини ошириб, фибробластлар томонидан гиалурон кислотаси ишлаб чиқаришни кучайтиради. Бу эса бўғимларда

синовиал суюқликнинг тўпланишига олиб келади ва синовитнинг клиник кўринишини келтириб чиқаради [12].

Маълумотларга кўра, РА билан оғриган беморларда бўқоқ, гипотиреоз, сурункали буйрак усти беши етишмовчилиги ва бошқа эндокрин безлар патологиясининг тез-тез учраши аниқланган [5]. РА билан оғриган беморларда ҚБ патологиясининг ривожланишига мойиллик бўлиб, бу касалликларнинг умумий иммунологик механизмлари билан изоҳланади [6]. Умуман олганда, РА билан оғриган беморларда ҚБ патологиясининг тарқалиши 28 %га етади.

РАда қалқонсимон без касалликларининг аутоиммун тиреоидит тури кенг кузатилади. Бу давлатлар кесимида турлича бўлиб, 0.5 – 27 фоизгача бўлиши мумкин [11]. 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 [14].

РАнинг кўпинча ҚБ патологияси билан бирга келиши уларнинг иммуноген генетик мойиллигининг ва иммунопатогенез механизмларининг ўхшашлигидан дарак беради [13]. 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 [8, 9].

Тадқиқотнинг мақсади: Ревматоид артрит билан оғриган беморларда қалқонсимон бездаги функционал ва органик ўзгаришларнинг учраш даражасини ҳамда ўзига хос хусусиятларини аниқлаш

Материаллар ва тадқиқот усуллари: Юқорида белгиланган муаммоларни ҳал қилиш мақсадида 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 кўрикдан ўтказилди. Тадқиқот 2010 йилдаги ACR/EULAR мезонларига мувофиқ ревматоид артрит ташхиси қўйилган беморларни ўз ичига олди. Беморлар ҚБ гормонал ҳолатига кўра икки гуруҳга бўлинди :

1. Асосий гуруҳга (бемор) РА қалқонсимон безнинг ўзгариши бўлган беморлар;

2. Таққослаш гуруҳига РА қалқонсимон безда ўзгариш аниқланмаган беморлар.

Шунингдек, назорат гуруҳи учун тадқиқотга 30 нафар амалда соғлом одам 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 % ташкил қилган бўлса, иккинчи гуруҳда 76 % дан иборат бўлди. Бу кўрсаткичлар қалқонсимон без касалликлари аёлларда кўпроқ учрашидан 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 гуруҳларда зарур кўрсаткичларда сезиларли фарқлар йўқлигини кўрсатади. Иммунологик кўрсаткичларимизни таҳлил қилганда, биринчи гуруҳда ревматик омил 96 нафар беморнинг 74,5 % да учраган бўлса, иккинчи гуруҳдади 112 нафар беморнинг 72,5 % да аниқланди, яъни бу кўрсаткич ҳамма вақт ҳам касалликни тасдиқлаб бермаслигига амин бўлдик. Ҳозирги кундаги янги, замонавий, юқори специфик, иммунологик маркер бўлган ЦЦПА 1- гуруҳда 100 % мусбат бўлса, 2-гуруҳда еса 96 % беморларда аниқланган. ЦЦПА титри биринчи гуруҳда юқори бўлиб, бу аутоиммун тиреоидит

касаллиги қўшилиб келган беморларда ЦЦПА титри жуда юқори бўлган. ЖССТга кўра, ҚБ катталашиси 2 даражага бўлинган (2001-йилги маълумот).

0 дараж – бўқоқ йўқ. Меъёрда 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 катталашис 63 (30 %) нафар беморда аниқланган бўлса, II даражали катталашис 47 (22 %) нафар беморда аниқланди.

УТТ текширувида 109 нафар беморнинг қалқонсимон безида ўзгаришлар аниқланиб, шундан 58 (53,2 %) нафар беморда гиперплазия, 23 (21,1 %) нафар беморда тугунли бўқоқ, 9(8,3 %) нафар беморда аралаш бўқоқ, 19 (17,4 %) нафар беморда ҚБ гипоплазияси аниқланди.

Умумий клиник лаборатория тадқиқотлари тадқиқотнинг вазифаларига асосланиб, барча текширилган шахслардан ерталабки 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 текширувлар: умумий холестерин, қанд миқдори, креатинин, мочевина, сийдик кислотаси, умумий оқсил, АЛТ, АСТ, биллирубин Biossays 240 Plus анализаторидан (“Албатрос” компанияси) фойдаланилди. Иммунологик текширувларга барча беморлардан қуйидаги таҳлиллар учун қон олинди: С реактив оқсил (СРО), ревмаомил(РО), циклик цитрулин пептидига қарши антитана (ЦЦПҚА).

Гипофизар-тиреоид тизимининг функционал ҳолатини баҳолаш учун иммунохемилюминесли (ИХЛА) усулда Maglumi 800 (Roche, Швецария) 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, ТПО га қарши антитанача -0-30 IU/ml, ТГ қарши антитанача -0-100 ME/ml, ТТГ рецепторига қарши антитанача >1.5 IU/l.

Тадқиқот натижалари: Беморлардан сўраб суриштирилганда, ҚБ касалликлари дебюти 35,4 % РА ташхиси қўйилишидан олдин бошланган бўлса, 56,6 % ҳолатларда РА ташхиси қўйилгандан кейин кузатилган. Жаҳон олимлари маълумотларида бу кўрсаткичлар қуйидагича келган. Кондратева Л.В., Попкова Т.В. (2017) шуни кўрсатдики, ҳар икки касаллик бор беморларнинг 54 %ида аввал эндокрин, ундан сўнг РА ривожланган, 23 %ида ҳар икки касаллик бир вақтда бошланган. Бу маълумотларимиз жаҳон адабиётига тўғри келмаслигининг сабаби сифатида беморларимизнинг қалқонсимон без касаллиги билан оғриганини билмаган бўлишлари мумкинлигини кўрсатиш зарур.

1-жадвал.

Анамнезига кўра

РА касаллигидан олдин ҚБ касаллиги бўлган	34 (35,4 %)
РА касаллигидан кейин ривожланган	54 (56,3 %)
РА касаллиги билан ҚБ касаллиги бирга бошланган	8 (8,3 %)

Оғриқ синдроми мм даги визуал аналог шкала (ВАШ) ёрдамида баҳоланди. Беморларда оғриқ синдроми ВАШ шкаласи бўйича аниқланганда вертикал чизиқ билан белгилайди, кейин оғриқ мм билан ўлчанилади. 1-гурухда 50,8% нинг ярмидан ортиқ оғриқ даражаси юқори ($P = 2,55$, $P < 0,05$) - 6-8 ммдан иборат бўлса, 2-гурухдаги беморлардаги оғриқ даражаси ўртача оғриқли беморлар устунлик қилди 4-6 мм -

(69,4%), бўлди. (PP=5,23, P<0,001). Ҳаракат вақтида ВАШ шкаласи бирини гуруҳда $10.5 \pm 2,5$ бўлса, иккинчи гуруҳда $5,9 \pm 0,5$ мм ташкил қилди. Тинч ҳолатда биринчи гуруҳда $8,1 \pm 0,1$ бўлса, иккинчи гуруҳда $6,2 \pm 0,5$ ташкил қилди.

Ҳаёт сифати HAQ сўровномаси бўйича баҳоланганда, биринчи гуруҳ беморларида турли даражалардаги соғлиғида муаммолар аниқланган. Бизнинг тадқиқотимизда иккала гуруҳни таҳлил қилганда HAQ индекси $2,01 \pm 0,7$ ва $1,21 \pm 0,08$ ($p < 0,05$) гуруҳларга мос келган.

Стационар даволаниш вақтида тегишли тадқиқот усулларида фойдаланган ҳолда РА нинг бўғимдан ташқари кўринишлари аниқланди. 93 та беморда тизимли шикастланишлар кузатилган (2-расм), 22та (10,57 %) беморда Рейно синдроми аниқланган, 24та (11,53%) беморда ревматоид тугунлар пайпасланган, 22 (10,57%) беморда нейропатиялар аниқланган. Тери васкулитлари 12 (5,76%) беморда, иккиламчи Шегрен синдроми 7 (3,36%) беморда аниқланган. Шунингдек, серозит (плеврит, перикардит) беморларда - 2 (0,9 %) бемор ва кўзнинг шикастланиши (склерит, эписклерит, retinal васкулит) - 4 (1,92 %) беморларда аниқланган.

2 -жадвал

Ревматоид артрити бор беморларда қалқонсимон без патологичесининг тарқалиши

Касалликлар	РА	РА+АИТ	РА+Гипотиреоз	РА+Гипертиреоз
Беморлар сони № 208 (%)	112 (53,9%)	62 (29,8%)	21 (10,1 %)	13 (6,25 %)

Шундай қилиб, 208 нафар ревматоид артрит билан оғриган беморларнинг қондаги гормон таҳлилига кўра, 174 (83,6 %) нафар беморда эутиреоз, 21 нафарида (10,1%) гипотиреоз, 13 нафар (6,25 %)

беморда гипертиреоз аниқланди. Шулардан 96 нафариди (46 %) қондаги ўзгаришларга қараб, 62 нафар (29.8 %) беморда АИТ, 10.1 % гипотиреоз, 6.25 % гипертиреозни ташкил қилди. 208 нафар бемордан 90 нафариди (43%) эндемик бўқоқ аниқланиб, эутиреоз ҳолатлари таққослаш гуруҳларига киритилмади. Бу маълумотлар жаҳон адабиёти маълумотлари билан ҳам мос келади. РА касаллигида гипотиреоз касаллигининг улуши 0.05 % – 34 %ни ташкил қилади (Моҳаммад Жеҳа, 2022). Аниқланган ҚБ патологияси ичида АИТ нинг улуши 64.5 %ни ташкил қилди. РА касаллигида энг кўп АИТ бирга келиши яна бир бор ўз исботини топди. АИТ касаллар ичида антитанача ТПО 17.7 %, антитанача ТГ 35 %, ҳар икки антитанача бирга ошиши 11.45 %ни ташкил қилди. Бу кўрсаткичлар дунё олимлари кўрсаткичларига мос равишда тўғри келди. Антпо тарқалиши 5 %дан 37 %гача, антг 5%дан 31 %гача, ҳар икки антитанача 4 %дан 32 %гача ташкил қилади.

3-жадвал

Қалқонсимон без касалликлари кесимида бўғим синдроми

Кўрсаткичлар	РА+АИТ	РА+гипотиреоз	РА+гипертиреоз
Эрталабки караҳтлик	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 %)	1(5.89 %)	-
II	20(32.3 %)	4(23.5 %)	5(29.4 %)
III	31(50 %)	10(58,8%)	11(64.7 %)
IV	4(6.4 %)	2(11.8 %)	1(5,89 %)

Қалқонсимон без касалликларини ажратганимиздан кейин уларнинг ҳар бирини РА нинг фаоллик даражаси билан, эрталабки караҳтлик билан ва рентгенологик босқичи билан қиёсилаб кўрилганда

қуйидаги натижалар аниқланди. Бунга кўра эрталбки карахтлик $6,44 \pm 0,43$ [2.6-8,4] юқори кўрстагич АИТ касаллигида учради. Das 28 фаоллик даражаси $5,34 \pm 0,23$ [2-12] бўйича ҳам АИТ касаллигида кузатилди. Лазурова фикрича (2014) АИТнинг эътиборга лойиқ кенг тарқалган аломатларидан бири полиартралгия ва таснифланмаган артритни ўз ичига олади. Бу аломатлар ҳам РА нинг асосий белгилари бўлиб ҳисобланади.

РА нинг рентгенологик босқичини тахлил қилганимизда тиреотоксикоз касаллигида 11(64.7%) беморларда III босқич аниқланган бўлса, IV босқич гипотиреоз касаллигида 2(11.8%) кўп учради. Бунга сабаб қуйидагича изохлаш мумкин. Қалқонсимон без гормонларининг кўпайиб кетиши суяк тўқимасининг метаболизмсини кўпайишига ва тезлашишига олиб келиши натижасида суяк ҳосил бўлиши сусаяди. Шу сабабли суяк вазнининг камайишига олиб келади.

4-жадвал

Қалқонсимон без касалликлари кесимида қондаги иммунологик тахлиллари

Кўрсаткичлар	РА	РА+АИТ	РА+гипотиреоз	РА+тиреотоксикоз
ЭЧТ мм\с	$25,88 \pm 1,62$	$38,70 \pm 1,80$	$32,18 \pm 4,35$	$30,75 \pm 3,26$
С реактив оқсил 0-6 мг\л	12 ± 1.2	18 ± 1.1	14 ± 0.6	16 ± 1.3
Ревма омил 0-14 МЕ\мл	20 ± 1.7	34 ± 2.1	23 ± 1.8	32 ± 2.6
ЦЦПҚА позитив >10 Uml негатив <10 Uml	$37,77 \pm 2,87$	$84,34 \pm 5,91$	$46,33 \pm 7,11$	$84,27 \pm 14,88$

Изох: Таққослаш гуруҳларда ўртача (M) ± стандарт оғиш (SD), медиана интерквартил диапозони сифатида, ҳамда %да тақдим этилди.

Иммунологик тахлил натижасига кўра РА билан оғриган беморларда АИТ касаллиги кўшилиб келганда ЭЧТ $38,70 \pm 1,80$, С реактив оқсил 18 ± 1.1 , ревма омил 34 ± 2.1 юқори кўрсаткичга эга бўлди. Бироқ ЦЦПҚА миқдори диффуз токсик бўқоқ касаллигида $84,27 \pm 14,88$ ҳам мос равишда баланд бўлди.

Ивуса Лазурова (2014) фикрича ан ТПО ва Das 28 ўртасида сезиларли мусбат корреляция мавжуд бўлса , анТГ ва эритроцитлар чўкиш тезлиги, С-реактив оқсил даражаси ўртасида ҳам мусбат корреляция кузатган. Ўртача Das 28 индексида ТПО, ТГ қарши антитача - мусбат беморлар, ТПО, ТГ қарши антитаа -манфий беморлардан сезиларли фарқлар мавжуд эди. Ушбу натижалар РА фаоллик даражаси АИТ мавжудлиги билан билан боғлиқ бўлиши мумкинлигини кўрсатади. Бу кўрсаткичлар РА билан оғриган беморларни клиник баҳолашда ҳам фойда беради .

Хулоса. Олинган маълумотларга кура ревматоид артрит билан оғриган беморларнинг 46%да ҚБнинг турли хил патологиялари аниқланган ва улар орасида энг кенг тарқалгани АИТ булиб 29,8 % ни ташкил этган.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Бут Д.Р., Дин Н., Парнелл Г.П., Шахиджаниян 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 Иммуниет*. 2016 г.; 17 : 213–219. doi: 10.1038/gen.2016.12.
2. 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.
3. 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.

4. Пиксин И.Н., Давыдкин В.И., Московченко А.С., Вилков А.В., Кечайкин А.Н. Состояние костного метаболизма при заболеваниях щитовидной железы (обзор) // Медицинский альманах. 2016. №4 (44).
5. Русанова О.А., Трофименко А.С., Емельянова О.И. 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).
6. Таирова З. К., Шодикулова Г. З., Шоназарова Н.Х. Revmatoid artrit bilan kasallangan bemorlarda komorbid kasalliklarning uchrash chastotasi // Журнал кардиореспираторных исследований. – 2022. – Т. 3. – №. 4.
7. Теплова Л.В., Еремеева А.В., Байкова О.А., Суворова Н.А. Ревматические проявления гипотиреоза. *Современная ревматология*. 2017;11(2):47-53.
8. Трошина Е.А. Синдром тиреотоксикоза аутоиммунного генеза (клинический случай и обзор литературы) // Consilium Medicum. 2018. №4.
9. 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.
10. Чаренгам Н., Холик М.Ф. Иммунологические эффекты витамина D на здоровье и болезни человека. *Питательные вещества*. 2020; 12 :2097. doi: 10.3390/nu12072097.
11. 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.
12. 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.
13. Zikriyaevna S. G., Kamolidinovna T. Z. Stratification of Cardiovascular Risk in Patients with Rheumatoid Arthritis // *Telematique*. – 2023. – Т. 22. – №. 01. – С. 1114-1119.
14. Kamolidinovna T. Z., Zikriyaevna S. G. Risk factors and features of coronary heart disease in patients with rheumatoid arthritis // *journal of biomedicine and practice*. – 2022. – Т. 7. – №. 6.