

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2023 №7

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI  
**AXBOROTNOMASI**



**В Е С Т Н И К**  
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент



Выпуск набран и сверстан на компьютерном издательском комплексе

редакционно-издательского отдела  
Ташкентской медицинской академии

Начальник отдела: М. Н. Аслонов

Редактор русского текста: О.А. Козлова

Редактор узбекского текста: М.Г. Файзиева

Редактор английского текста: А.Х. Жураев

Компьютерная корректура: З.Т. Алюшева

Учредитель: Ташкентская медицинская академия

Издание зарегистрировано в Ташкентском Городском  
управлении печати и информации

Регистрационное свидетельство 02-00128

Журнал внесен в список, утвержденный приказом №  
201/3 от 30 декабря 2013года

реестром ВАК в раздел медицинских наук

Рукописи, оформленные в соответствии  
с прилагаемыми правилами, просим направлять

по адресу: 100109, Ташкент, ул. Фароби, 2,

Главный учебный корпус ТМА,

4-й этаж, комната 444.

Контактный телефон: 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru

rio@tma.uz

Формат 60x84 1/8. Усл. печ. л. 9,75.

Гарнитура «Cambria».

Тираж 150.

Цена договорная.

Отпечатано на ризографе  
редакционно-издательского отдела ТМА.  
100109, Ташкент, ул. Фароби, 2.

Вестник ТМА № 7, 2023

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ**

**Главный редактор**

проф. А.К. Шадманов

**Заместитель главного редактора**

проф. О.Р.Тешаев

**Ответственный секретарь**

проф. Ф.Х.Иноятова

**ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ**

акад. Аляви А.Л.

проф. Билалов Э.Н.

проф. Гадаев А.Г.

проф. Жае Вук Чои (Корея)

акад. Каримов Ш.И.

проф. Татьяна Силина (Украина)

акад. Курбанов Р.Д.

проф. Людмила Зуева (Россия)

проф. Метин Онерчи (Турция)

проф. Ми Юн (Корея)

акад. Назыров Ф.Г.

проф. Нажмутдинова Д.К.

проф. Саломова Ф.И.

проф. Саша Трескач (Германия)

проф. Шайхова Г.И.

**Члены редакционного совета**

проф. Акилов Ф.О. (Ташкент)

проф. Аллаева М.Д. (Ташкент)

проф. Хамдамов Б.З. (Бухара)

проф. Ирискулов Б.У. (Ташкент)

проф. Каримов М.Ш. (Ташкент)

проф. Маматкулов Б.М. (Ташкент)

проф. Охунов А.О. (Ташкент)

проф. Парпиева Н.Н. (Ташкент)

проф. Рахимбаева Г.С. (Ташкент)

проф. Хамраев А.А. (Ташкент)

проф. Холматова Б.Т. (Ташкент)

проф. Шагазатова Б.Х. (Ташкент)

СОДЕРЖАНИЕ	CONTENT	
<b>НОВЫЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ</b>	<b>NEW PEDAGOGICAL TECHNOLOGIES</b>	
Akhmedova D.B., Musayev X.A., Akbarova D.B. TIBBIYOT OLIIY O'QUV YURTLARIDA MASOFAVIY TA'LIM MUAMMOLAR	Akhmedova D.B., Musayev X.A., Akbarova D.B. PROBLEMS OF DISTANCE EDUCATION IN MEDICAL UNIVERSITIES	9
Bozarov U.A., Maxsudov V.G., Ermetov E.Ya., Norbutayeva M.K., Abdullayeva N.U. TIBBIYOT SOHASIDA DIFFERENSIAL TENGLAMALARNING QO'LLANISHI	Bozarov U.A., Maxsudov V.G., Ermetov E.Ya., Norbutayeva M.K., Abdullayeva N.U. APPLICATION OF DIFFERENTIAL EQUATIONS IN MEDICINE	12
<b>ОБЗОРЫ</b>	<b>REVIEWS</b>	
Асадуллаев М.М., Исроилов Р.И., Худойназоров С.К., Вахабова Н.М., Асадуллаев Х.М. ҚОН АЙЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ	Asadullaev M.M., Israilov R.I., Khudainazarov S.K., Vakhabova N.M., Asadullaev H.M. CIRCULATORY DISEASES	16
Ашуров З.Ш., Ядгарова Н.Ф., Шадманова Л.Ш., Таджибаев А.А., Лян Е.М. МОНИТОРИНГ И ЛЕЧЕНИЕ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ КЛОЗАПИНА	Ashurov Z.Sh., Yadgarova N.F., Shadmanova L.Sh., Tadjibayev A.A., Lyan Y.M. MONITORING AND TREATMENT OF CLOZAPINE SIDE EFFECTS	20
Баратова М.С., Мухамедова М.М. ПРЕДИКТОРЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПРИ COVID-19	Baratova M.S., Mukhamedova M.M. PREDICTORS AND RECOMMENDATIONS FOR ADMINISTRATION OF PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASE IN COVID-19	24
Qarshiyeva Sh.M., Mo'minova Z.A. METABOLIK SINDROMLI AYOLLARDA MENOPAUSA BUZILISHI RIVOJLANISHINING XAVF OMILLARI	Karshieva Sh.M., Muminova Z.A. RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF MENOPAUSE IN WOMEN WITH METABOLIC SYNDROME	29
Kurbaniyazov Z.B., Mardonov B.A. CLINIC, DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATIONS CHOLECYSTECTOMIES AND THEIR METHODS CORRECTIONS	Курбаниязов З.Б., Мардонов Б.А. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ И МЕТОДЫ ИХ КОРРЕКЦИИ	31
Мирзаев А.Б., Асилова С.У. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О МЕДИКАМЕНТОЗНОМ ЛЕЧЕНИИ АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ	Mirzaev A.B., Asilova S.U. MODERN IDEAS ABOUT THE MEDICAL TREATMENT OF ASEPTIC NECROSIS OF THE FEMORAL HEAD	35
Мусаева Н.Б. РЕВМАТОИД АРТРИТДА ГЕМОСТАЗ КОМПОНЕНТЛАРИНИНГ БУЗИЛИШ ЖИҲАТЛАРИ	Musaeva N.B. VIOLATIONS OF SOME COMPONENTS OF HEMOSTASIS IN RHEUMATOID ARTHRITIS	40
Нажмиддинова Н.Н., Аллаберганов Д.Ш. COVID-19 ТАЪСИРИДА БУЙРАК УСТИ БЕЗИДА РИВОЖЛАНАДИГАН ШИКАСТЛАНИШЛАРИНИНГ ПАТОМОРФОЛОГИЯСИ	Nazhmiddinova N.N., Allaberganov D.Sh. PATHOMORPHOLOGY OF ADRENAL LESIONS IN COVID-19	44
Ражапов А.А. ОРОЛ БЎЙИ ХУДУДИДА ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ ХАВФЛИ ЎСМАЛАРИНИНГ МОРФОГЕНЕТИК ХУСУСИЯТЛАРИ	Razhapov A.A. MORPHOGENETIC CHARACTERISTICS OF MALIGNANT THYROID TUMORS IN THE ARAL SEA REGION	48

Axtamova O. THE ASSOCIATION BETWEEN ADVERSE PREGNANCY OUTCOMES AND BACTERIAL VAGINITIS	Ahtamova O. HOMILADORLIKNING YOMON NATIJALARI VA BAKTERIAL VAGINIT O'RTASIDAGI BOG'LIQLIK	91
Бекметов Р.А., Бабажанов Қ.Б. ЖАРОҲАТДАН КЕЙИН ЮЗАГА КЕЛГАН КОКСАРТРОЗДА ЧАНОҚ СОН БЎҒИМИ КАПСУЛАСИДА ЮЗАГА КЕЛГАН МОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАР	Bekmetov R.A., Babadzhanov G.B. MORPHOLOGICAL CHANGES IN THE ARTICULAR CAPSULE IN POSTTRAUMATIC COXARTHROSIS	94
Бобомуратов Т.А., Каримова Н.А., Турсунбаев А.К., Хабибуллаева Б.Р. ПАТОЛОГИЯ СЕРДЦА ПРИ COVID-19 У ДЕТЕЙ	Bobomuratov T.A., Karimova N.A., Tursunbaev A.K., Khabibullaeva B.R. CARDIAC PATHOLOGY IN COVID-19 IN CHILDREN	99
Жаббаров О.О., Кенжаев М.Л., Турсунова Л.Д. АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФНЫХ МАРКЕРОВ ALUINS/DELI>D ГЕНА ACE И PRO12ALA ГЕНА PPARG2 ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ СД 2-ГО ТИПА	Zhabbarov O.O., Kenzhaev M.L., Tursunova L.D. ASSOCIATION OF ALUINS/DELI>D POLYMORPHIC MARKERS OF THE ACE GENE AND PRO12ALA OF THE PPARG2 GENE IN DIABETIC NEPHROPATHY IN PATIENTS WITH TYPE 2 DM	103
Зайниев А.Ф., Курбаниязов З.Б., Бабажанов А.С., Тухтаев Ж.К. ОСОБЕННОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ	Zayniyev A.F., Kurbaniyazov Z.B., Babajanov A.S., Tuxtayev J.K. FEATURES OF PREOPERATIVE PREPARATION OF PATIENTS WITH TOXIC GOITER	108
Индиаминов С.И., Шопўлатов И.Б., Кушбаков А.М. ТЎМТОҚ ВОСИТАЛАР ТАЪСИРИ БИЛАН БОҒЛИҚ КАФТ СУЯКЛАРИ СИНИШЛАРИНИНГ СУД ТИББИЙ ЖИҲАТЛАРИ	Indiaminov S.I., Shopulatov I.B., Kushbakov A.M. FORENSIC ASPECTS OF VOLAR FRACTURES ASSOCIATED WITH THE IMPACT OF BLUNT OBJECTS	114
Lutfullayev G.U., Yunusova N.A. SENSORINEURAL HEARING LOSS: AN OBSERVATIONAL STUDY	Lutfullayev G.U., Yunusova N.A. SENSORINEURAL ESHITISH HALOKATI: KUZATUV TADQIQOTI	119
Муротов Т.М.Н., Аваков В.Е., Ибрагимов Н.К., Ирнараров Ш.О., Игамкулов Б.З. ВЛИЯНИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО СОЛЕВОГО РАСТВОРА (7%) НА ПОКАЗАТЕЛИ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ И МОЗГОВОЕ ПЕРФУЗИОННОЕ ДАВЛЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ИЗОЛИРОВАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ	Murotov T.M.N., Avakov V.E., Ibragimov N.K., Irnazarov Sh.O., Igamkulov B.Z. EFFECT OF HYPERTONIC SALINE SOLUTION (7%) ON INTRACRANIAL PRESSURE AND CEREBRAL PERFUSION PRESSURE IN PATIENTS WITH ISOLATED TRAUMATIC BRAIN INJURY	123
Мухаммадиева С.М., Шоджалилов Ш.Ш., Исакова Э.И., Исакова М.Б., Иброхимов А.И. ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ КЎП ТАРМОҚЛИ КЛИНИКАСИ РЕВМАТОЛОГИЯ БЎЛИМИДА АКСИАЛ СПОНДИЛОАРТРИТ КЛИНИК БЕЛГИЛАРИНИНГ УЧРАШИ	Mukhammadieva S.M., Shodjalilov Sh.Sh., Isakova E.I., Isakova M.B., Ibrohimov A.I. CLINICAL SIGNS OF AXIAL SPONDYLOARTHRITIS IN THE DEPARTMENT OF RHEUMATOLOGY OF THE MULTIDISCIPLINARY CLINIC OF THE TASHKENT MEDICAL ACADEMY	129
Насиров Т.К., Якубов Х.Х. НЕКОТОРЫЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ ПОСЛЕДСТВИЙ ЛЕГКОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ	Nasirov T.K., Yakubov Kh.Kh. SOME FORENSIC MEDICAL ASPECTS OF EVALUATING THE CONSEQUENCES OF A MILD TRAUMATIC BRAIN INJURY	134
Парпибаева Д.А., Салимова Н.Д., Эргашов Н.Ш., Турбанова У.В. ФИБРОЗ ПЕЧЕНИ: ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ТЕРАПИИ	Parpibaeva D.A., Salimova N.D., Ergashov N.Sh., Turbanova U.V. FIBROSIS OF THE LIVER: PRIORITY AREAS OF THERAPY	137
Рахимов И.Р., Бабажанов Г.Б. ХОЛЕДОХОЛИТИАЗДА ОШҚОЗОН ОСТИ БЕЗИДА ЮЗАГА КЕЛАДИГАН МОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАР	Rakhimov I.R., Babadzhanov G.B. MORPHOLOGICAL CHANGES OCCURRING IN THE PANCREAS IN CHOLEDOCHOLITHIASIS	142
Сабиров У.Ю., Муминова С.Р., Тоиров Б.А. КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ	Sabirov U.Yu., Muminova S.R., Toirov B.A. CLINICAL AND MICROBIOLOGICAL FEATURES OF ACNE	146

## ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ КЎП ТАРМОҚЛИ КЛИНИКАСИ РЕВМАТОЛОГИЯ БЎЛИМИДА АКСИАЛ СПОНДИЛОАРТРИТ КЛИНИК БЕЛГИЛАРИНИНГ УЧРАШИ

Мухаммадиева С.М., Шоджалилов Ш.Ш., Исакова Э.И., Исакова М.Б., Иброхимов А.И.

### КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ АКСИАЛЬНОГО СПОНДИЛОАРТРИТА В ОТДЕЛЕНИИ РЕВМАТОЛОГИИ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИКИ ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Мухаммадиева С.М., Шоджалилов Ш.Ш., Исакова Э.И., Исакова М.Б., Иброхимов А.И.

### CLINICAL SIGNS OF AXIAL SPONDYLOARTHRITIS IN THE DEPARTMENT OF RHEUMATOLOGY OF THE MULTIDISCIPLINARY CLINIC OF THE TASHKENT MEDICAL ACADEMY

Mukhammadieva S.M., Shodjalilov Sh.Sh., Isakova E.I., Isakova M.B., Ibrokhimov A.I.

Тошкент тиббиёт академияси

**Цель:** изучение распространенности клинически значимых симптомов аксиального спондилоартрита.

**Материал и методы:** в многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии обследованы 70 больных аксиальным спондилоартритом, из них 50 мужчин (71,4%) и 20 женщин (28,6%), в возрасте от 20 до 49 лет (средний возраст 31,2±2,8 года). Возраст начала заболевания – от 18 до 39 лет (26,7±6,8 года).

**Результаты:** бессимптомное течение сакроилеита отмечалось у 69,1% больных, спондилита – у 21%. Воспаление тазобедренных суставов обнаруживалось у 50% больных. Внесуставные поражения в виде одностороннего увеита имелись у 8 (19,05%), двустороннего увеита – у 2 (2,8%), поражения аорты и аортального клапана (фиброз) – у 3 (7,1%), поражения митрального клапана (фиброз, митральная недостаточность) – у 2 (2,8%). **Выводы:** задержка в диагностике анкилозирующего спондилоартрита у обследованных пациентов отчасти связана с недостаточной клинической осведомленностью врачей общей практики о ранних признаках аксиального спондилоартрита.

**Ключевые слова:** аксиальный спондилоартрит, диагностические критерии, диагностика, рентгенологическое исследование.

**Objective:** To study the prevalence of clinically significant symptoms of axial spondyloarthritis. **Material and methods:** 70 patients with axial spondyloarthritis were examined in the multidisciplinary clinic of the Tashkent Medical Academy, including 50 men (71.4%) and 20 women (28.6%), aged 20 to 49 years (mean age 31.2±2.8 years). The age of onset of the disease was from 18 to 39 years (26.7±6.8 years). **Results:** Asymptomatic course of sacroiliitis was noted in 69.1% of patients, spondylitis - in 21%. Inflammation of the hip joints was found in 50% of patients. Extra-articular lesions in the form of unilateral uveitis were present in 8 (19.05%), bilateral uveitis in 2 (2.8%), aortic and aortic valve lesions (fibrosis) in 3 (7.1%), mitral valve lesions (fibrosis, mitral insufficiency) in 2 (2.8%). **Conclusions:** The delay in the diagnosis of ankylosing spondylitis in the examined patients is partly due to the lack of clinical awareness of general practitioners about the early signs of axial spondyloarthritis.

**Key words:** axial spondyloarthritis, diagnostic criteria, diagnosis, X-ray examination.

Спондилоартрит (СПА)лар бир неча касалликлар гуруҳи бўлиб, қуйидагиларни анкилозловчи спондилит (АС), Псориаз ва яллиғланишли ичак касалликлари (Крон касаллиги ва ярали колит) билан боғлиқ СПА, реактив СПА ва дифференциаллашмаган СПА (дСПА) ўз таркибига олади [8]. СПА орасида АС ва дСПА энг кенг тарқалган бўлиб, иккинчиси ҳам вақт ўтиши билан АС га айланиши мумкин [4]. Бу гуруҳ касалликларни кўплаб клиник белгиларнинг умумийлиги ва HLA-B27 антигени билан боғлиқлиги бирлаштиради. Ҳозирги вақтда СПА икки гуруҳга бўлинади - аксиал ва периферик СПА. «Аксиал СПА» (аксСПА) атамаси аксиал (ўқ) скелетни зарарланиши билан кечадиган ва ушбу касаллик учун таснифлаш мезонларига мос келадиган СПА учун ишлатилади [3]. аксСПА нинг асосий клиник аломати белнинг пастки қисмидаги яллиғланишли оғриқ ҳисобланади.

Маълумки, 1984 йилдаги ўзгартирилган Нью-Йорк мезонларидан фойдаланилганда [4], АС таш-

хиси ўртача 8 йилга кечиктирилади [5]. 2009 йилда АСни ўрганиш бўйича халқаро ишчи гуруҳи (ASAS) томонидан аксСПА учун таснифлаш мезонлари ишлаб чиқилди [3]. Бу мезонларнинг аҳамияти шундаки, касалликка рентгенологик тасдиқланган сакроилиит (СИ) ривожланишидан олдин ташхис қўйиш имкониятини беради [4]. аксСПА янги мезонлари биринчи навбатда магнит-резонанс томография (МРТ) ёрдамида аниқланган сакроилиал бўғимлардаги (СИБ) яллиғланишга хос ўзгаришларни (ЯЎ) ҳисобга олади. Ушбу мезонлар, шунингдек, СИ бўлмаган беморларда касалликни аксСПА сифатида таснифлаш имконини беради. Мезонлар аксСПА хусусиятларининг иккита муқобил тўпламини ўз ичига олади: I -вариант тасвирида шуларидан бири (МРТ ёки рентгенография) билан аниқланган СИ мавжудлигига асосланади, II - вариант тўплами эса HLA-B27 ни СПА нинг бошқа клиник кўринишлари билан биргаликда аниқлашга асосланган [3].

**Аксиал спондилоартрит (СпА) учун ASAS ташхисий мезонлари**  
**Белни пастки қисмида оғриқ давомийлиги ≥ 3 ой ва ёши <45 бўлган беморлар учун**

МРТ ёки рентгенография натижасига кўра Сакроилеит ва + ≥1 СпА* белгиси	HLA-B27 +≥2 СпА# белгиси
<p>*СпА белгилари                      Белни пастки қисмида яллиғланишли оғриқ (БАО)                      артрит                      энтезит (товон)                      увеит                      дактилит                      псориаз                      Крон касаллиги / яралли колит                      НЯҚВ га ижобий самара                      СпА оилавий анамнез                      HLA-B27                      C-РО юқори даражаси</p>	<p># Сакроилеит                      СпАда сакроилеитга характерли бўлган МРТдаги фаол (ўткир) яллиғланиш ўзгартирилган Нью-Йорк мезонлари бўйича рентгенографиядаги ишончли сакроилеит</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p>сезгирлик: 78,0%, махсуслик: 83,7%; n=929</p> </div>

Ҳозирда АС ташхисдаги маълум бир инқироз бор, баъзида у кўп йиллар давомида кечиктирилади. Спондилит ташхиси учун мос бўлган махсус маркерлар мавжуд эмас ва умуртқа зарарланишининг характерли рентгенографик белгилари - анкилозли синдесмофитлар кўп йиллардан кейин шаклланади. Буларнинг ҳаммаси рентгенологик ўзгаришларгача бўлган аксиал спондилоартритни ажратиш учун асос бўлди. Клиник белгилар, айниқса, дастлабки босқичларда, АС диагностикасини аниқлайди, бу спондилоартрит ташхисда унинг аҳамиятини оширади.

**Тадқиқот мақсади**

АксСпА ва АСнинг клиник аҳамиятга эга симптомларининг тарқалишини таҳлил қилиш.

**Материал ва усуллар**

1 йил давомида (2021-2022 йиллар) Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникасининг артрологик ихтисослашган амбулатор даволаш курси бўлимига шифокор маслаҳати учун мурожаат қилган беморлар ўрганилди. Тадқиқотда иштирок этишни хоҳлаган, Тошкент шаҳрида ва Тошкент вилоятида доимий истиқомат қиладиган, ёши 18дан 45 ёшгача бўлган, ASAS критерияларига жавоб берадиган, яъни белдаги яллиғланишли оғриқ давомийлиги 3 ойдан кўп ва 5 йилдан кам бўлган беморлар киритилди. Тадқиқотга ҳомиладорлар, МРТ текширувига қарши кўрсатма бўлганлар, сурункали алкоголизм, руҳий касалликлари ва оғир ички аъзолар патологияси бор беморлар киритилмади.

Умумий текширилган 144 та бемордан 70 нафари тадқиқотга жалб этилди, бу бўғим касалликлари билан оғриган беморларнинг 7% ни ташкил қилди, улардан 50 нафари эркаклар (71,4%), 20 нафари аёллар (28,6%). Ўрганилган беморларнинг ўртача ёши – (31,2 ± 2,8 йил). Ўртача касалликнинг бошланиш ёши (26,7 ± 6,8 йил), касалликнинг ўртача давомийлиги – (21,6 ± 12,8 йил). Беморларни 2 та гуруҳга ажратилди: 1-гуруҳ – 42та беморда рентгенологик аниқ сакроилеит аниқланганлар, яъни АС ташхиси қўйилганлар, 2-гуруҳга 28 та норентгенологик СпА беморлар.

Ҳамма беморларга клиник ва биокимёвий қон тестлари, умуртқа поғонаси, сакроилеит бўғимларнинг рентгенологик текшируви ва мультиспирал компьютер томография ўтказилди.

АС ташхиси ўзгартирилган Нью-Йорк мезонлари (1984) бўйича рентгенологик ва ҳеч бўлмаганда битта клиник белгининг мавжудлиги асосида қўйилди. АС фаоллиги BASDAI индекси [4] ёрдамидан аниқланди. Маълумотларнинг статистик таҳлили Статистика 6.0 дастуридан фойдаланиш билан амалга оширилди.

**Натижалар**

70 бемордан 42 нафари (60%) АС мезонларига жавоб берди (ўртача ёш 36,4 ± 0,9 йил) ва 28 таси (40%) норентгенологик аксиал спондилоартрит (Нр-ахСпА) мезонларига жавоб берди (ўртача ёш 27,0 ± 1,6 йил). АС ва Нр-ахСпА билан касалланган беморларнинг умумий хусусиятлари 1-жадвалда келтирилган. Жадвалдан кўриниб турибдики, иккала гуруҳда ҳам эркаклар аёлларга нисбатан кўпроқ. Иккала гуруҳдаги беморлар ўртасида касалликнинг бошланиши ёшида фарқлар кузатилмади. Нр-ахСпА гуруҳида аёл беморларда касалликнинг биринчи белгилари пайдо бўлиш вақтида ёши бироз каттароқ эди, аммо бу фарқлар аҳамиятсиз (p>0,05) бўлди. Ташхис қўйиш вақтида сезиларли фарқлар йўқ эди, гарчи аёл беморларда касаллик АСни ўзига қараганда кечроқ аниқланган (p>0,05). Иккала гуруҳдаги беморларнинг 96%ида HLA-B27 антигени аниқланган.

Ўрганилаётган беморларда АСнинг клиник хусусиятлари

Умуртқа поғонаси бўйин қисми спондилити 9 та беморда (21,2%), кўкрак қисми – 3та (7,1%), бел қисми – 7 та беморда (16,7%) регистрация қилинди. Яллиғланиш оғриқи 32 та беморда (76,2%), яллиғланишсиз оғриқ - 10 та (23,8%) беморда аниқланди. 30 дақиқадан ортиқ кузатилган белдаги эрталабки қарахлик 31та беморда (73,8%), оғриқ туфайли умуртқа поғонасида ҳаракатларнинг чекланиши – 30 та беморда (71,4%) кузатилди.

## АС ва Нр-ахСпА пациентларнинг умумий характеристикаси

Кўрсаткичлар	АС (n=42)		Нр-ахСпА (n=28)	
	эркаклар (n=33)	аёллар (n=9)	эркаклар (n=17)	аёллар (n=11)
Ёш, йилларда	36,6 ± 1,0	36,2 ± 1,2	25,9 ± 1,4	29,7 ± 2,4
Касаллик бошлангандаги ёш, йилларда	21,5 ± 0,6	21,6 ± 1,0	20,3 ± 1,4	25,2 ± 2,1
Касаллик давомийлиги, ойларда	34,6 ± 1,6	35,1 ± 9,1	23,9 ± 1,8	24,4 ± 1,0
Ташхис қўйиш вақти, ойларда	31,5 ± 0,8	22,0 ± 1,2	7,9 ± 0,4	8,2 ± 1,0
HLA-B27-антиген, n (%)	25 (86,21)	12 (92,31)	16 (94,12)	9 (81,81)
BASDAI, балларда	3,3± 1,7	3,1± 0,8	3,7± 1,6	3,4± 1,9
ASDAS CPO, балларда	2,3± 0,9	2,0± 1,3	2,2± 0,7	2,2± 0,4
CPO, мг/л	20,7± 2,5	23,1± 4,5	30,6± 6,3	27,6± 3,8
ЭЧТ, мм/соат	19,3± 2,8	25,6± 3,8	23,2± 6,7	25,7± 3,9
BASFI, балларда	5,3± 2,4	3,4± 1,6	3,9± 2,3	4,1± 1,7
Периферик артритлар, n	7	5	2	1
MASES, балларда	6,0± 2,2	5,3± 1,8	4,0± 2,3	3,8± 1,7

Сакроилеит 13 та беморда (30,9%) думба оғриғи билан намоён бўлди, 29 (69,1%) беморда эса оғриқсиз кечиши тасдиқланди. 20 та беморларда (47,6%) сон бўғимлари артрити, тизза артрити - 15та (35,7%), оёқ болдир-товон бўғими артрити - 6 та (14,3%), қовурға-умуртқа зарарланиши - 3 та (7,1%), кафт-бармоқ бўғимлари артрити - 2 (4,7%), елка - 4 та (9,5%), чакка - жағ - 2 та (4,7%). %, тирсак - 1та (2,4%), қўлларнинг бармоқлараро бўғимлари артрити - 3 та беморда (7,1%) ташхиси қўйилди.

Тўш суяги бўғимларида энтезит 4та кишида (9,5%), тўш суяги бўғимларида 3та (7,1%), ёнбош суягида - 7 та (16,7%), сон суяги катта кўстларида - 1та (2,4%), умуртқа поғонасининг ўткир ўсиқларида - 8та (11,4%), товон суягида - 4 та (9,5%), оёқ кафти апоневрозда - 2та беморда (2,8%) қайд этилди. Оёқ бармоқларининг дактилитлари 3та беморда (4,3%) аниқланди.

Бўғимдан ташқари зарарланишлар: 8 та беморга бир томонлама увеит (19,05%), икки томонлама увеит - 2 та (2,8%), аорта ва аорта қопқоғининг шикастланиши (фиброз) - 3 та беморга (7,1%), митрал қопқоқ зарарланиши - 2 та беморга (2,8%) (фиброз, митрал регургитация) ташхиси қўйилди. АВ ўтказувчанлиги бузилишининг I даражаси - 1та (2,4%), Гисс тутами ўнг оёқчаси нотўлиқ блокада - 4 та беморда (9,5%) аниқланди. Протеинурия кўринишидаги (кунига 0,165-0,441 г) буйрақларнинг зарарланиши - 6 та (14,3%) беморда аниқланди. Ўпкаларнинг зарарланиши беморларнинг ҳеч бирида топилмади.

АСнинг рентген диагностикаси

Умуртқа поғонасида: олдинги узун бойламнинг оссификацияси 18 та беморда (42,8%), умуртқа поғонасининг бел, кўкрак, бўйин қисмларида синдесмофитлар - 11 та (26,2%), «бамбук таёғи» симптом

- 6 та (14,3%), умуртқа поғонаси бўйин қисми кифози - 4 та (9,5%), умуртқа поғонасининг «квадратлашиш» симптоми - 3 та (7,1%), умуртқа поғонасининг юқори ва пастки бурчаклари эрозияси - 1 та беморда (2,4%) ташхиси қўйилди. Дегенератив-дистрофик ўзгаришлар умуртқа поғонасининг бўйин қисмида 8 та беморда (19,05%), кўкрак қисмида - 3 та (7,1%), бел қисмида - 8 та (19,05%), дискнинг протрузияси - 9 та (21,4%), диск чурраси - 7та (16,7%) беморда аниқланди.

Сакроилеит бўғимлар (СИБ): Барча беморларда (100%) икки томонлама сакроилеитнинг сакроилеитнинг рентгенологик белгилари аниқланди. Остеопороз ва декальцификация туфайли СИБ контурларининг ноаниқлиги - 25 та (59,5%) беморда. Остеопороз ўчоқлари ва субхондрал остеосклероз 29 та беморда (69,05%), бўғим тирқишининг сохта кенгайиши - 4 та беморда (9,5%) аниқланди. 2 та (4,8%) беморда бўғим юзалари контурининг эрозияси, бўғим бўшлиғининг торайиши - 24 та (57,1%), бўғим юзаларининг яққол остеосклерози - 6 та (14,3%) беморда аниқланди. Қисман анкилоз - 10 та (23,8%), тўлиқ анкилоз - 14 та (33,3%) беморда қайд этилди. Ёнбош суяги ва думғаза эрозиялари аниқланмади.

Магнит-резонанс томография (МРТ) 12 та беморда (28,6%) амалга оширилди. Умуртқа поғонасининг бўйин қисми спондилитига хос ўзгаришлар ҳеч кимда қайд этилмади. Умуртқа поғонаси кўкрак қисми спондилити ташхиси 2та беморда (4,9%), бел қисмида - яна 2та беморда (4,9%), сакроилеит- 12 та беморда (100%) қўйилди.

Периферик артрит рентген белгилари: бўғим тирқишининг торайиши 4 та кишида (9,5%), периферик артикуляр остеопороз билан 3та беморда (7,1%),

бўғим эрозиялари билан - 2 та беморда (4,8%) аниқланди.

#### **Лаборатория диагностикаси**

Умумий қон таҳлилида ЭЧТ нинг 60 мм/соатгача тезлашиши 31 та беморда (73,8%), СРО даражасининг 12 мг / л дан ошиши (максимал 58,9 мг/л гача) - 31 та (73,8%) аниқланди. 42 та беморда (100%) HLA-B27 тести ўтказилди, мусбат натижа 95,2% ҳолларда, манфий натижа эса иккита беморда (4,8%) қайд этилди.

#### **Натижалар ва муҳокама**

АС билан оғриган беморларнинг ўртача ёши, касалликнинг бошланишидаги беморларнинг ўртача ёши, беморлар орасида эркакларнинг устунлиги - бу кўрсаткичлар бошқа муаллифларнинг маълумотларидан кам фарқ қилади [3,5]. АСнинг кеч ташхиси қўйилиши - касаллик бошлангандан кейин ўртача (8,4± 4,6) йилга кечикиши эътибор талаб қилади. Рентгенологик ўзгаришларгача бўлган босқичда АС ташхисини қўйиш қийинлиги билан бир қаторда, терапевтлар, неврологлар ўртасида АСнинг эрта клиник белгилари ҳақида билим етарлича эмаслиги, касалликнинг дастлабки босқичларида ташхисни қўйишни чеклаб қўйган кўринади.

АС билан даволанган беморларда умуртқа поғонаси бел қисми зарарланишининг клиник белгилари устунлик қилди. Умуртқа поғонасидаги яллиғланишли бел оғриғи юқори фоизларда аниқланди - 74,3% гача. Беморларнинг 1/3 қисмида сакроилеитнинг клиник симптоматикаси аниқланди ва 100% ҳолларда тос суяклари рентгенографияси билан тасдиқланди, бу эса бу текширишнинг спондилоартрит ташхисидagi аҳамиятини оширади.

Беморларнинг ярмида кокситнинг клиник белгилари қайд этилди. Кўпгина тадқиқотчилар кокситни касалликнинг ёмон прогностик омили сифатида қарайдилар [6]. Хорижий тадқиқотчилар [7] маълумотларига кўра, АСда кокситнинг частотаси 24% дан 36% гача ўзгариб туради. Россия олимларининг тадқиқотларига кўра эса, сон бўғимлари зарарланишининг клиник белгилари 56-58% да кузатилган [5,8,11]. Бизнинг тадқиқотимизда чаноқ сон бўғимлари зарарланишининг учраш частотаси рус тадқиқотлари натижаларига тўғри келди.

Бошқа зарарланган бўғимларга келсак, асосан оёқ: тизза, болдир товон бўғимларининг артрита қайд этилди, шу сабабли реактив артритлардан фарқлаш лозим бўлади. Энтезитнинг тарқалиши - 9,5%, яъни Волнухина Э.В. ва бошқалар [1] тадқиқотига қараганда кам учради. Камдан-кам ҳолларда 3та беморда дактилит аниқланди. Увеит беморларнинг 21,8 фоизда, асосан бир томонлама қайд этилди, бу эса турли муаллифларнинг маълумотларига зид келмайди - унинг тарқалиши 20% дан 60% гача [9,10]. Протеинурия билан намоён бўлган нефропатия кўринишидаги буйрак шикастланиши 11та беморда аниқланган, келгусида бу беморларда буйрак шикастланишининг генезини аниқлаш учун чуқурроқ тадқиқотларни талаб қилади. Гломерулонефритни, НЯҚВ билан боғлиқ нефропатияни, буйрак амилоидозини истисно қилиш керак.

Аорта ва аорта қопқоғи шикастланиши нисбатан кам учради.

Спондилитнинг рентгенологик белгиларидан олдинги бўйлама бойламасининг оссификацияси (беморларнинг 42,8%да), бу рентгенологик белги келгусида Форестье касаллиги билан дифференциал диагностика қилишни талаб қилади. Беморларнинг 14,3% “Бамбук” таёқчаси симптоми камроқ тарқалганлиги қайд этилди, бу эса узоқ муддатли спондилитни кўрсатади. Синдесмофитлар – беморларнинг 1/4 қисмида аниқланди, бундан кўриниб турибдики, бу белгининг АСли беморларда спондилоартрит ташхисидagi ролени камайтирмайди. Беморларнинг 26,7% да умуртқа поғонасидаги дегенератив ўзгаришлар, шу жумладан диск чурраси 16,7% ҳолларда ва 21,4% ҳолларда диск протрузияси аниқланди. Барча ўрганилган беморларда рентгенограммада икки томонлама сакроилиит қайд этилди, хусусан 35,7% да СИБнинг тўлиқ анкилози аниқланди, бу эса анкилозловчи спондилоартритнинг кўп йилдан бери мавжудлигини кўрсатади. МРТ текшируви натижаларига кўра, спондилит ва сакроил еит белгилари билан бирга дегенератив ўзгаришлар, шу жумладан диск чурраси ва диск протрузияси аниқланган. Шунинг учун, спондилит мавжудлиги яллиғланишсиз оғриқни ва неврологик аломатларни истисно қилмайди. Ўпкалар тириклик сиғими ва 1сонияда жадал чиқарилган нафас ҳажми (1ЖЧНХ) камайиши беморларнинг 27,1% да қайд этилди. Бу ўзгаришларнинг келиб чиқиш сабабини тушунтиришни талаб қилади, чунки улар ҳам спондилит, ҳам умуртқа-қовурға ва қовурға-ўмров бўғимларнинг шикастланиши туфайли бўлиши мумкин.

#### **Хулосалар**

1. Барча текширилган беморларда анкилозловчи спондилоартрит диагностикасининг кечикиши қисман умумий амалиёт шифокорларида АС эрта белгилари клиникаси билими етишмаслиги туфайли эканлиги аниқланди.

2. Беморларнинг 69,1%ида сакроилеитнинг асимптоматик кечиши, 21 %ида спондилит қайд этилди, бу ҳам АС ташхисини қийинлаштиради.

3. АС да бўғимлар зарарланишидан сон бўғимларининг яллиғланиши устунлик қилди, 50% беморларда аниқланди.

#### **Адабиётлар**

1. Волнухин Е.В., Галушко Е.А., Бочкова А.Г., Смирнов А.В., Эрдес Ш.Ф. и руководители центров. Клиническое многообразие анкилозирующего спондилита в реальной практике врача-ревматолога в России (часть 1) //Научно-практическая ревматология. -2012. -Т. 51,- № 2. -С. 44-49.
2. Дубинина Т.В., Эрдес Ш.Ф. Воспалительная боль в нижней части спины в ранней диагностике спондилоартритов //Научно-практическая ревматология. -2009. -№ 4. -С. 55-63.
3. Насонов Е.Л., Насонова В.А. Ревматология: национ. руков. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 720 с.
4. Подряднова М.В., Балабанова Р.М., Урушова Р.М. и др. Коксит при анкилозирующем спондилите: сопоставление клинических проявлений с данными ультразвукового исследования //Научно-практическая ревматология. -2014. -Т. 52. -№ 4. С. 417-422.



5. Румянцева Д.Г., Дубинина Т.В., Демина А.Б., Румянцева О.А., Агафонова Е.М., Смирнов А.В., Эрдес Ш.Ф. Анкилозирующий спондилит и нерентгенологический аксиальный спондилоартрит: две стадии одной болезни? Терапевтический архив. -2017.-№89 (5).- С.33-37.

6. Фоломеева О.М., Эрдес Ш.Ф. Ревматические заболевания у взрослого населения в федеральных округах Российской Федерации //Научно-практическая ревматология. -2006. -№ 2. -С. 1-7.

7. Akkoc N., Khan M.A. Epidemiology of ankylosing spondylitis and related spondyloarthropathies. In: Weisman MH, van der Hcijde D, Reveille JD, eds. Ankylosing spondylitis and the spondyloarthropathies. Philadelphia: Mosby, -2006. -P. 117-131.

8. Boonen A., Vander Cruyssen B., de Vlam K., Steinfeld S., Ribbens C., Lenaerts J et al. Spinal radiographic changes in ankylosing spondylitis: association with clinical characteristics and functional outcome. J Rheumatol. -2009.-Vol.36. -№6.-P.1249-1255. doi: 10.3899/jrheum.080831.

9. Linder R., Hoffman A., Brunner R. Prevalence of the spondyloarthritides in patients with uveitis. J Rheumatol. -2004.-№31.- P. 2226-2229.

10. Rudwaleit M., Van der Heijde D., Landewe R., Listing J., Akkoc N., Brandt J et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. Ann Rheum Dis.- 2009.-Vol. 68- №6.- P. 777-783. doi: 10.1136/ard.2009.108233.

11. Vander Cruyssen B., Munoz-Gomariz E., Font P., Mulero J., de Vlam K., Boonen A et al. Hip involvement in ankylosing spondylitis: epidemiology and risk factors associated with hip replacement surgery. Rheumatology (Oxford). -2010.-Vol.49.-№1. 73-81p. doi: 10.1093/rheumatology/kep174.

## ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ ҚЎП ТАРМОҚЛИ КЛИНИКАСИ РЕВМАТОЛОГИЯ БЎЛИМИДА АКСИАЛ СПОНДИЛОАРТРИТ КЛИНИК БЕЛГИЛАРИНИНГ УЧРАШИ

Мухаммадиева С.М., Шоджалилов Ш.Ш.,  
Исакова Э.И., Исакова М.Б., Иброхимов А.И.

**Мақсад:** аксиал спондилоартритнинг клиник жиҳатдан аҳамиятли белгиларининг тарқалишини ўрганиш. **Материал ва усуллар:** Тошкент тиббиёт Академиясининг қўп тармоқли клиникасида аксиал спондилоартрит билан касалланган 70 нафар бемор, улардан 50 нафари эркеклар (71,4%) ва 20 нафари аёллар (28,6%), 20 ёшдан 49 ёшгача (ўртача ёши 31,2±2,8 ёш) тиббий кўрикдан ўтказилди. Касалликнинг бошланиш ёши 18 ёшдан 39 ёшгача (26,7±6,8 ёш). **Натижалар:** сакроилеитнинг асимптоматик курси беморларнинг 69,1% да, спондилит 21% да қайд этилган. Беморларнинг 50 фоизда аксиаль спондилоартрит топилган. Бир томонлама увеит шаклидаги экстра-артикуляр лезёнлар 8 (19,05%), икки томонлама увеит 2 (2,8%), аорта ва аорта қопқоғи лезёнлари (фиброз) 3 (7,1%), митрал қопқоғ лезёнлари (фиброз, митрал етишмовчилик) 2 (2,8%) да бўлган. **Хулоса:** текширилган беморларда анкилоз спондилит таъхисининг кечикиши қисман умумий амалиёт шифокорларининг аксиал спондилитнинг дастлабки белгилари ҳақида клиник хабардорлиги етарли эмаслиги билан боғлиқ.

**Калит сўзлар:** аксиал спондилоартрит, диагностика мезонлари, диагностика, рентген текшируви.