



PROFESSOR TUXTASIN SOLIYEVICH SOLIYEV
TAVALLUDINING 90-YILLIGIGA BAG'ISHLANGAN
«ZAMONAVIY REVMATOLOGIYADA FANLARARO
MUAMMOLAR» MAVZUSIDAGI

Xalqaro ilmiy-amaliy konferentsiya
materiallari to'plami

Сборник материалов международной научно-
практической конференции

«МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
СОВРЕМЕННОЙ РЕВМАТОЛОГИИ» ПОСВЯЩЕННОЙ
90-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ
ПРОФЕССОРА ТУХТАСИН САЛИЕВИЧА САЛИЕВА

Toshkent 2024



СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

«МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
СОВРЕМЕННОЙ РЕВМАТОЛОГИИ»
ПОСВЯЩЕННОЙ 90-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ
ПРОФЕССОРА ТУХТАСИН САЛИЕВИЧА САЛИЕВА

PROFESSOR TUXTASIN SOLIYEVICH SOLIYEV
TAVALLUDINING 90-YILLIGIGA BAG'ISHLANGAN
«ZAMONAVIY REVMATOLOGIYADA FANLARARO MUAMMOLAR»
MAVZUSIDAGI XALQARO ILMIY- AMALIY ANJUMAN

Материалы и методы исследования: было обследовано 36 больных (в возрасте от 19 до 42 лет) женского пола, с достоверным диагнозом СКВ по Диагностическим критериям, предложенные АРА, 1987 г. Все больные имели высокую активность по заболеванию и получали стационарное лечение в отделение ревматологии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Всем больным помимо общеклинических, иммунологических и инструментальных обследований по болезни, также назначалась консультация невролога.

В диагностике поражения центральной нервной системы (ЦНС) при СКВ всем больным было рекомендовано электроэнцефалография (ЭЭГ), реоэнцефалография (РЕГ), компьютерная (КТ), магнитно-резонансная (МРТ) и позитронно-эмиссионная компьютерная томография головного мозга.

Результаты. У всех больных отмечалось неврологическая симптоматика, такие как головная боль разного характера и локализации, наиболее часто проявляющаяся как мигрень, устойчивая к анальгетикам, но отвечающая на лечение кортикостероидами. Частыми жалобами также были общая слабость, головокружение, носящее преимущественно несистемный характер, шум в голове, гиперкинезы, судорожный синдром.

При ЭЭГ у 17 больных было выявлено неспецифические диффузные изменения умеренной выраженности, пароксизмальная активность, межполушарная асимметрия альфа-ритма, очаговое преобладание медленных волн активности, стволовые, срединные базально-дизэнцефальные расстройства, которые наиболее характерны для ЦНС-люпуса. По РЕГ было выявлено повышение тонуса сосудов, гипертонический и дисциркуляторный тип кровообращения, увеличение линейной скорости кровотока по средней мозговой артерии, эти признаки косвенно помогает подтвердить наличие церебрального васкулита. На КТ, МРТ головного мозга у 32 больных было выявлено: умеренная атрофия коры головного мозга, наличие кист с наиболее частой локализацией в медиальных отделах височных долей, ряд клинических симптомов коррелируют с очаговым поражением головного мозга, а расширение субарахноидальных пространств с расширением желудочковой системы и базальных цистерн у больных с СКВ без явной клинической неврологической симптоматики может свидетельствовать о субклинической церебральной патологии.

Выводы. Поражение ЦНС в период высокой активности СКВ является прогностически неблагоприятным и по частоте смертельных исходов сопоставимо с поражением почек. В заключение следует сказать, что проблема диагностики и лечения поражений нервной системы при СКВ остается крайне актуальной и нуждается в дальнейшем изучении.

КОМПЛЕКСНАЯ БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТОМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Мухсимова Н.Р., Дадабаева Н.Р.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучать эффективности комплексного применения базисных противоревматических средств, НПВС, миорелаксантов в амбулаторных условиях.

Материалы и методы. Было обследовано 70 больных РА, находившихся на диспансерном наблюдении в поликлинике. Диагноз РА устанавливали на основании данных анамнеза, физического и клиническо-лабораторного исследования согласно критериям Американской ревматологической ассоциации (АРА) 1987г. Женщин было -52, мужчин -18. Возраст больных составил от 18 до 75 лет (средний возраст $52,5 \pm 0,9$), с продолжительностью заболевания от 7 мес. До 26 лет ($9,67 \pm 0,62$ года). К моменту обследования 45 больных были гормонозависимыми. У всех больных при обследовании была I-II степень активности заболевания (СОЭ -23,5 мм/ч, СРБ +/-, фибриноген - 4,5 г/л). С целью снятия активности заболевания и достижения ремиссии всем больным назначались метотрексат в еженедельной дозе 7,5 мг, сульфосалазин в ежедневной дозе 1,5 г/сутки, далагил по 0,2 в вечернее время, а также НПВС препараты диклофенакового ряда принимали 46 больных в дозе 600 мг/сутки, 21 больных принимали препараты

мелоксикамового ряда в дозе 7,5-15 мг/сутки, 3 больных принимали napроксен по 20-40 мг. 54 больным назначался мидокалм в суточной дозе 100 мг/сутки.

Результаты. На фоне проводимого базисного лечения отмечено улучшения состояние больных уменьшались боли в суставах, исчезал выпот в суставах, увеличивался объём движений в суставах. СОЭ снижалась с $23,5 \pm 1,5$ мм/ч до 13 ± 2 мм/ч, фибриноген с $4,5 \pm 1,0$ г/л до $3 \pm 0,5$ г/л, СРБ с 1+ становился отрицательным. Уровни гемоглобина и эритроцитов у пациентов с исходной анемией также повышались с 92 ± 15 г/л до 110 ± 15 г/л и $2,2 \cdot 10^{12} \pm 0,7 \cdot 10^{12}$ /л до $3,5 \cdot 10^{12} \pm 0,1 \cdot 10^{12}$ соответственно. У пациентов с исходной лейкопенией (менее $4 \cdot 10^6$ /л) отмечался прирост лейкоцитов до $6 - 7 \cdot 10^6$ /л. Важно отметить что переносимость в основной группе, принимавших препараты мелоксикамового ряда была выше, чем среди больных, принимавших препараты диклофенакового ряда.

Выводы. Комбинированное назначение базисной терапии способствует достижению ремиссии заболевания и торможению прогрессирования РА. Препараты мелоксикамового ряда являются предпочтительными по сравнению с препаратами диклофенакового ряда ввиду их лучшей переносимости и значительно меньшему числу побочных эффектов.

АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА И КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА У ЖЕНЩИН ПЕРВИЧНОЙ ПОДАГРОЙ

Набиева Д.А., Ташпулатова М.М.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования – оценка состояние минерального обмена и костного метаболизма у женщин первичной подагрой.

Материалы и методы. Для диагностики подагры использовали критерии SL Wallace и соавторов (1997). Состояние минерального обмена оценивали биохимическим методом по уровню общего кальция и фосфора в сыворотке крови, костного метаболизма - по активности маркера костного формирования (костного изофермента щелочной фосфатазы - КИЩФ) и маркера костной резорбции (ТРКФ – тартратрезистентной кислой фосфатазы).

Результаты. Обследован 50 пациент женского пола в возрасте 40-70 лет с первичной подагрой. У 28 пациентов имела место тофусная подагра. В зависимости от степени гиперурикемии все больные были разделены на 2 группы: I группа (25 пациентов) с гиперурикемией, превышающей 600 мкмоль/л, II группа (25 человека) с урикемией 360-600 мкмоль/л. Группу контроля составили 20 практически здоровых лиц соответствующего возраста. У всех обследованных пациентов были однотипные изменения: нормальный уровень сывороточного кальция и повышенные значения фосфора сыворотки крови, но выраженность данных изменений зависела от степени гиперурикемии. Уровень сывороточного фосфора был существенно выше в первой группе больных ($1,95 \pm 0,02$), чем во второй группе больных ($1,48 \pm 0,09$) при значении в контрольной группе ($1,38 \pm 0,04$ ммоль/л). Мы обнаружили активацию процессов костного ремоделирования за счет недостаточного костного формирования и усиления костной резорбции. Активность КИЩФ была снижена до $48,71 \pm 3,25$ в первой группе больных и во второй – до $59,12 \pm 4,01$, в то время, как в контрольной группе составила $70,25 \pm 4,32$ Ед/л. Значение показателя ТРКФ превышали таковые в первой группе на 34,2%, во второй – на 18,5% по сравнению со значениями в группе практически здоровых пациентов $12,98 \pm 0,46$ нмоль/(с·л). Мы обнаружили наличие прямой корреляционной ($r = 0,31$) связи между уровнем мочевиной кислоты и значением ТРКФ.

Выводы. Минеральный обмен и костный метаболизм у больных с первичной подагрой изменяются, выраженность которых зависит от степени гиперурикемии. Более существенные изменения в гомеостазе наблюдаются при гиперурикемии, превышающей значение 600 мкмоль/л.