

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI FANLAR AKADEMIYASI

**NAZARIY va
KLINIK TIBBIYOT
JURNALI**



**JOURNAL
of THEORETICAL
and CLINICAL
MEDICINE**

Рецензируемый научно-практический журнал.
Входит в перечень научных изданий, рекомендованных ВАК Республики Узбекистан.
Журнал включен в научную электронную библиотеку и Российский Индекс Научного Цитирования (РИНЦ).

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор проф., акад. АН РУз Т.У. АРИШОВА

проф. Б.Т. ДАМИНОВ (заместитель главного редактора),
проф. Г.М. КАРИЕВ, проф. А.М. ХОДЖИБАЕВ, проф. З.С. КАМАЛОВ
Р.З. САГИДОВА (ответственный секретарь)

2

ТАШКЕНТ – 2021

Рахманов Б.Б., Абдуллажанов Б.Р., Ботиров А.К. Показатели гепатоцеллюлярной функции при экстракорпоральной детоксикации у больных механической желтухой

63

Халметова Ф.И., Ахмедов Х.С. Реактив артрит кальциноз давомийлигига боғлиқ равишда, хавф омилларнинг учраш частотаси

70

Якуббеков Н.Т., Никитин А.Г. Особенности поражения коронарного русла у больных с ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом

72

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

Алиева А.В., Алимova Н.У. Первый опыт применения инсулина деглудек в Узбекистане

76

НЕЙРОХИРУРГИЯ

Мухамедов А.З., Алтыбаев У.У., Кариев Г.М., Мамадалиев Д.М. Значимость зрительных вызванных потенциалов в хирургии хиазмально-селлярной области головного мозга (обзор литературы)

79

Мухамедов А.З., Алтыбаев У.У., Кариев Г.М., Саидов Б.А. Применение метода зрительных вызванных потенциалов в хирургическом лечении опухолей хиазмально-селлярной области

85

ХИРУРГИЯ

Юсупов К.А., Абдуллажанов Б.Р., Юсупов Ж.К. Особенности и общие принципы лечения и профилактики длительно незаживающих ран мягких тканей (обзор литературы)

87

Абдуллажанов Б.Р., Садыков Р.А., Юсупов Ж.К. Результаты планиметрических исследований при лечении длительно незаживающих гнойных ран мягких тканей

91

ТРАВМАТОЛОГИЯ

Ханapiяев У.Б., Шокиров М.Х., Хасанов Р.С., Бозоров И.М. Особенности врачебно-трудовой экспертизы больных после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава.

97

Сувонов У.Х., Хужаназаров И.Э., Косимов А.А. Сравнительный анализ результатов хирургического лечения застарелых повреждений мягких тканей передней поверхности нижней трети предплечья

100

Якубджанов Р.Р., Каюмов У.К., Каримов М.Ю., Мадррахимов С.Б. Оценка эффективности нового способа предоперационной подготовки больных при переломах длинных костей нижней конечности на фоне метаболического синдрома

103

ПЕДИАТРИЯ

Султанова Н.С., Бобомуратов Т.А., Камалов З.С. Сравнительный анализ иммунологических показателей у детей в разные периоды жизни

111

Rakhmanov B.B., Abdullazhanov B.R., Botirov A.K. Indicators of hepatocellular function in extracorporeal detoxification in patients with mechanical jaundice

Khalmetova F.I., Akhmedov Kh.S. Depending on the duration of reactive arthritis, the incidence of risk factors.

Yakubbekov N.T., Nikishin A.G. Features of the lesion of the coronary arteries in patients with ischemic heart disease and diabetes mellitus.

ENDOCRINOLOGY

Alieva A.V., Alimova N.U. The first experience of insulin degludec application in Uzbekistan

NEUROSURGERY

Muhammedov A.Z., Altibaev U.U., Kariev G.M., Mamadaliev D.M. The significance of visual evoked potentials in surgery of the chiasmally-sellar region of the brain (literature review)

Mukhamedov A.Z., Altibaev U.U., Kariev G.M., Saidov B.A. Application of the method of visual evoked potentials in the surgical treatment of tumors of the chiasmally-sellar region

SURGERY

Yusupov K.A., Abdulladzhonov B.R., Yusupov Zh. K. Features and general principles of treatment and prevention of long-term non-healing soft tissue wounds (literature review)

87

Abdullazhanov B.R., Sadykov R.A., Yusupov Zh.K. The results of planimetric studies in the treatment of long-term non-healing purulent soft tissue wounds

91

TRAUMATOLOGY

Khanapiyev U.B., Shokirov M.Kh., Khasanov R. S., Bozorov I.M. Features of medical and labor expertise of patients after total hip replacement.

97

Suvonov U.Kh., Khudjanazarov I.E., Kosimov A.A. The comparative analysis of the surgical treatment results of old soft tissue injuries of the front surface of the lower third of forearm

100

Yakubdzhanov R.R., Kayumov U.K., Karimov M.Yu., Madrakhimov S.B. Evaluation of the effectiveness of a new method of preoperative preparation of patients with fractures of the long bones of the lower limb-news against the background of metabolic syndrome

103

PEDIATRICS

Sultanova N.S., Bobomuratov T.A., Kamalov Z.S. Comparative analysis of immunological parameters in children in different periods of life

РЕАКТИВ АРТРИТ КАСАЛЛИГИНИНГ ДАВОМИЙЛИГИГА БОҒЛИҚ РАВИШДА, ХАВФ ОМИЛЛАРИНИНГ УЧРАШ ЧАСТОТАСИ

Халметова Ф.И., Ахмедов Х.С.
Тошкент тиббиёт академияси

РЕЗЮМЕ

Реактивный артрит (ReA) занимает особое место среди воспалительных заболеваний хронических суставов. По литературным данным современная лабораторная диагностика ReA включает определение широкого спектра биомаркеров (БМ). Среди БМ особый интерес вызывает изучение современного хрящевого БМ - олигомерного матричного протеина хряща (COMP) в сыворотке крови, поскольку этот белок, на наш взгляд, является наиболее перспективным в отношении его диагностической ценности в качестве БМ ранней деструкции хряща при ревматологических заболеваниях, в частности при ReA.

Ключевые слова: реактивный артрит, COMP, деструкция хряща.

Сўнги йилларда, реактив артрит (ReA) ревматологик касалликлар ўртасида полиэтилогик хусусиятлари, нозологиянинг охиригача батафсил ўрганилмаганлиги ва клиник таъхисотнинг мураккаблиги туфайли долзарб масала бўйича қолмоқда. Дунё бўйлаб ReA касаллигининг ортиши нафақат ёшларда, балки кекса ёшдаги инсонларда учрамоқда. Кўпгина адабиётларга кўра, ReA нинг биринчи хуружидан сўнг, касалликнинг қайталаниши 15-70% кузатилади [1]. 20% беморларда эса ReA нинг урогенитал ёки постэнтероколитик шакллари периферик артрит кўринишида, ҳамда кекса ёшдаги беморларда умуртка погонасининг шикастланиши билан кечади. Бу эса ўз навбатида ногиронликка олиб келиши мумкин [1].

Касаллик ичак (*Yersinia enterocolitica*, *Salmonella enteritidis*, *Shigella flexneri*, *Campylobacter jejuni*) ёки урогенитал (*Chlamydia trachomatis*) инфекциялардан зарарланган сўнг бошланади, илк белгилари 3 кундан 1,5-2 ой оралиғида кузатилиши мумкин. Тахминан 25% эркак ва аёллар эрта пайдо бўлган белгиларга аҳамият беришмайди [2]. Касалликнинг дебют даври 20-40 ёшлар ўртасида кузатилади. Бироқ ReA га болалар, ўспирин ёшлар ва ҳаттоки кекса ёшдаги инсонлар ҳам чалиниши мумкин. ReA нинг умумий структурасида урогенитал шакли устунроқдир. Урогенитал ReA (UReA) нинг аҳоли ўртасидаги учраш частотаси ҳалигача номаълум. Турли хил адабиётларда UReA аёлларга нисбатан эркакларда кўпроқ кузатилади (10:1 дан 2-3:1 гача нисбатда) [3].

ReA нинг асосий кўриниши кўпинча кўчиб юрувчи моно- ва олигоартрит 1 дан 5 тагача бўғимларнинг шикастланиши билан кечади. Кўпгина тадқиқотларнинг натижаларига кўра, ReA да периферик бўғим-

SUMMARY

Reactive arthritis (ReA) occupies a special place among the inflammatory diseases of chronic joints. According to the literature, at present, modern laboratory diagnostics of ReA includes the determination of a wide range of biomarkers (BM). Among BMs, the study of modern cartilaginous BM, an oligomeric matrix protein of cartilage (COMP) in blood serum, is of particular interest, since this protein, in our opinion, is the most promising in terms of its diagnostic value as BM for early destruction of cartilage in rheumatological diseases, in particular in ReA.

Key words: reactive arthritis, COMP, destruction of cartilage.

ларнинг (ассиметрик бўғимларнинг шикастланиши) ва бўғим олдидан юмшоқ тўқималарнинг (энтезопатия) зарарланиши ҳосилдир. UReA ва постэнтероколитик ReA да касалликнинг эрта даврларида тизза, товуқ-болдир, оёқ қафт-фаланга бўғимларида бўғим синдроми намоён бўлади. ReA бурун-халқум, стоматологик ва вирусли инфекциялар фониди эса, бўғим синдроми елка, қўл, чакка-пастки жағ, тўш-ўмров, қовурга-тўш бўғимларида кузатилади [4]. Бўғим синдромининг кечиши касалликнинг давомийлигига боғлиқдир. ReA нинг ўзига хос хусусиятлардан бири, бу инфекцияга хронологик боғлиқлиғидир. Ҳозирги кунда ReA давомийлигига кўра, қуйидаги касалликнинг кечиши фарқланади: ўткир (3 ой), ўткир ости (3-6 ойгача), чўзилган (6 ойдан 1 йилгача), сурункали (1 йилдан кўп) ва рецидив. Кўпгина тадқиқотлар натижасига кўра, ўткир инфекциядан касалликлар (ўткир ичак, бурун-халқум, вирусли инфекциялар) фониди ReA нинг кечиши, ўткир ёки ўткир ости кечиши кузатилади ва 1 ойдан 6 ойгача давом этиб, касаллик натижасида бўғимларда юзага келган жараёнлар орқага қайтади. Аксинча, агар урогенитал инфекциялар фониди кечса, касаллик узоқ давом этиб, кўп сонли бўғимларни шикастлаб, тарқалган бўғим синдроми бўлиб, сурункали кечиши мумкин. ReA нинг бундай кечиши, сурункали ревматоид артритга хос натижага олиб келиши кузатилади [4].

Тадқиқотнинг мақсади: ReA га чалинган беморларда касалликнинг давомийлигига боғлиқ равишда, хавф омилларининг учраш частотасини ўрганиш.

Тадқиқот манбалари ва усуллари. Стационар шароитда ReA таъхиси билан даволанаётган 83 нафар бемор устида тадқиқот ишлари олиб борилди.

Шулардан 49 (59%) нафар эркак ва 34 (66%) нафар аёл эди. Беморлар 18 ёшдан 50 ёшгача эди. Текширув жараёнида улар икки гуруҳга тақсимланди. I гуруҳ таркибини УРеА га чалинган 45 нафар беморлар ташкил этди, II гуруҳда постэнтероколитик РеА га чалинган 38 нафар беморлар бўлди.

Кузатув олиб борилган гуруҳларда беморларнинг касаллик давомийлигини кечишига кўра 1 ойдан 6 ойгача, 6 ойдан 1 йилгача ва 1 йилдан кўп муддатларда ўрганилди. Шунга кўра, текширилувчи иккала гуруҳда касалликнинг давомийлиги 1 йилгача чўзилиши диққатни жалб қилди. Бу ўз навбатида бўғим

синдромининг узок чўзилиши ва сурункали кечишига салбий таъсир кўрсатиши мумкин. Кузатув олиб борилган I гуруҳ беморларнинг учдан бир қисмида касаллик 1 ойдан 6 ойгача давом этгани аниқланди, аксинча $22,2 \pm 6,3\%$ беморларда касалликнинг давомийлиги 1 йилдан кўпроқ даврни ташкил этди. Бу эса УРеА билан чалинган беморлар ҳаёт сифатининг пасайишидан далолат беради. Жадвалдаги кўрсаткичлар асосида шунни таъкидлаш лозимки, УРеА билан чалинган беморларда постэнтероколитик РеА га нисбатан касалликнинг давомийлиги узокроқ кечади.

1 жадвал

Касаллик кечишини давомийлиги

Касалликнинг давомийлиги	I гуруҳ (n=45)		II гуруҳ (n=38)		P
	абс	%	абс	%	
1 – 6 ой	14	31,1±7,0	8	21,1±6,7	P>0,05
6 ойдан 1 йилгача	21	46,7±7,5	28	73,7±7,2	P<0,05
1 йилдан кўп	10	22,2±6,3	2	5,3±3,7	P<0,05

Тадқиқот давомида РеАнинг ривожланишига сабаб бўлувчи энг асосий хавф омиллар иккала гуруҳда аниқланди. Таҳлил жараёнида иккала гуруҳда сурункали сийдик йўллар инфекциясининг, сурункали простатит ва наслий мойилликнинг мавжудлиги,

айниқса I гуруҳда бу кўрсаткичларнинг устун бўлишини инобатга олиш лозим. Эътиборга лойиқ томони шундаки, иккала гуруҳда аниқланган ёндош инфекция ўчоқларнинг мавжудлиги, II гуруҳ беморларида эса $57,9 \pm 8,1\%$ ни ташкил топган.

2 жадвал

Касалликнинг хавф омилларига кўра

Хавф омиллари	I гуруҳ(n=45)		II гуруҳ(n=38)		P
	абс	%	абс	%	
40 ёшгача	27	60,0±7,4	31	81,6±6,4	P<0,05
Сийдик йўллар инфекциясининг мавжудлиги	42	93,3±3,8	29	76,3±7,0	P<0,05
Сурункали простатит	24	53,3±7,5	5	13,2±5,6	P<0,001
Наслий	18	40,0±7,4	21	55,3±8,2	P>0,05
Жинсий йўллар орқали юкувчи инфекцияларнинг мавжудлиги	38	84,4±5,5	-	-	
Бетартиб жинсий ҳаёт	42	93,3±3,8	5	13,2±5,6	P<0,001
Ёндош инфекция ўчоқларнинг мавжудлиги (ЛОР, стоматологик касалликлар)	14	31,1±7,0	22	57,9±8,1	P<0,05
Сурункали ичак инфекцияларнинг аниқланиши	-	-	35	92,1±4,4	P<0,001

Шундай қилиб, тадқиқотнинг натижаларига кўра таъкидлаш жоизки, УРеА га олиб келувчи хавф омилларнинг учраш частотаси юқорилиги, унинг кечиш давомийлиги постэнтероколитик РеА нисбатан узокроқ давом этиши, бу эса ўз навбатида беморнинг ҳаёт сифатини пасайишига олиб келиши мумкин.

АДАБИЁТЛАР

1. Глазунов А.В., Панина И.А., Аджигайтканова С.К., Глазунов П.А. Реактивный артрит: критерии диагноза и подход к этиотропной терапии //

Клиническая геронтология. - 2018. - №2. - С. 41-46.

2. Насонов Е.Л., Насонова В.А. Ревматология. Национальное руководство. - 2017. –С. 348-355.
3. Аснер Т.В., Калягин А.Н. Урогенные реактивные артриты: современные аспекты диагностики и лечения // Журнал современная ревматология. -2016. - № 4. – С. 11-15.
4. Бельгов А.Ю. Реактивные артриты: диагностика и лечение // Журнал лечебное дело. -2019. - № 2. – С. 45-53.