

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
АССОЦИАЦИЯ ВРАЧЕЙ УЗБЕКИСТАНА

**СБОРНИК
ТЕЗИСОВ И ДОКЛАДОВ МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ**

**«СОВРЕМЕННАЯ РЕВМАТОЛОГИЯ: НОВЫЕ ПОДХОДЫ К
ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ»**

Ташкент - 2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

<i>Арипова Н.А.</i> Оценить изменения провоспалительных цитокинов у больных с системной склеродермией	7
<i>Axmedov I.A., Islamova K.A., Ibragimov Kh.I.</i> A genetic association between juvenile rheumatoid arthritis and interleukin-1 α polymorphism	8
<i>Axmedov I.A., Islamova K.A., Ibragimov Kh.I.</i> Visceral complications in patients with early onset systemic lupus erythematosus: a retrospective observational study .	9
<i>Ashurov D. O', Doliev A.</i> Revmatoid artrit kasalligida o'tkazilgan farmakoterapiya samaradorligini bemorlar jinsi va yoshga bo'g'liqlik darajalarini o'rganish.....	10
<i>Бекенова Г.Т., Аскарлов Н.Л., Алимова Н.З., Хасанова Ш.А., Мирзакаримова З.Т.</i> Взаимосвязи темперамента и приверженности к проводимой терапии	11
<i>Бердиева Д.У., Зияева Ф.К., Рахимов С.С.</i> Особенности клинического течения различных вариантов гранулематоза с полиангиитом	13
<i>Ризамухамедова М.З., Бердиева Д.У., Ахмедов А.</i> Оценка морфофункциональных и лабораторных показателей гранулематоза с полиангиитом.....	16
<i>Ганиева Н.А.</i> Оценить уровни интерлейкина-6 у больных с системной склеродермией	18
<i>Doliyev A., Ashurov D., Nurmuhammedova N.</i> Revmatoid artrit kasalligi - tibbiy-ijtimoiy muammo sifatida	19
<i>Жовлиева Д.Н., Матчанов С.Х., Мухаммадиева С.М., Султонова М.Х.</i> Остеоартроз касаллигида секин таъсир этувчи симптоматик воситаларнинг беморлар ҳаёт сифатига таъсири	21
<i>Джураева Э.Р., Зияева Ф.К., Тажетдинова К.</i> Системная красная волчанка и герпесвирусная инфекция	23

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ГРУНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ

Бердиева Д.У., Зияева Ф.К., Рахимов С.С.

*Ташкентская медицинская академия,
(Ташкент, Узбекистан).*

Введение. Ранняя диагностика гранулематоза с полиангиитом (ГПА) представляет непростую клиническую задачу и требует тщательного обследования пациента с использованием современных методов исследования для выявления патогномоничных симптомов. Только у 50% пациентов диагноз верифицируют в первые 3 -6 месяцев от начала болезни, а у 7% ГПА остается недифференцированным в течение 5-16 лет от появления первых симптомов. В связи с разнообразием клинических проявлений и тяжестью прогноза выбор тактики ведения и лечения пациентов с ГПА всегда представляет трудности.

Цель исследования: анализировать особенности клинического течения различных вариантов ГПА.

Материалы и методы. Обследовано 60 больных (29 мужчины и 31 женщин) в возрасте от 18 до 80 лет с установленным диагнозом ГПА. Средний возраст обследованных больных составлял $48,9 \pm 15,6$ лет. Диагноз ГПА (n=60) был установлен в соответствии с номенклатурой, принятой в 2012 году на конференции в Чапел-Хилл (США), а также на основании наличия по крайней мере 2 из 4 критериев Американской коллегии ревматологов (ACR), 1990 г. Для подтверждения диагноза ГПА была выполнена биопсия. У всех больных проводилась оценка органных поражений с использованием индекса VDI. При оценке индекса повреждения, учитываются повреждения органов, которые наблюдаются со времени возникновения васкулита. У пациентов часто бывают сопутствующие заболевания, возникшие до развития васкулита, которые не должны учитываться. Проявления активного васкулита регистрируются при помощи шкалы BVAS. При анализе течения болезни выделяли локальный (поражение верхних дыхательных путей, органа зрения и слуха) и генерализованный (поражение верхних дыхательных путей, органа зрения и слуха в сочетании с поражением легких и/или почек, а также желудочно-кишечного тракта, нервной системы, кожи) варианты ГПА.

Результаты: Для подтверждения диагноза ГПА у 40 (66,7%) больных была выполнена биопсия: слизистой носа или придаточных пазух носа - у 17 (28,3%) больных, образования гортани - у 5 (8,3%) человек, биопсия орбиты - у 12 (20,0%), кожи - у 1 (2,3%), барабанной полости - у 1 (2,3%), легких - у 1 (2,3%),

бронхов – у 1 (2,3%), конъюнктивы – у 1 (2,3%). Средний срок от начала заболевания до установки диагноза и начала лечения составил $18,3 \pm 32,32$ месяцев. На момент обследования средняя длительность ГПА в годах составляла $5,7 \pm 4,8$ (в месяцах $69,6 \pm 57,7$). У 22 из 60 больных у была выявлена локальная форма ГПА (поражение верхних дыхательных путей, органа слуха и зрения). Локальная форма была диагностирована у 7 мужчин и 15 женщин в возрасте от 18 до 70 лет (медиана по возрасту 47,5 лет). У 38 больных определялась генерализованная форма ГПА. У 14 мужчин и 24 женщин в возрасте от 22 до 80 лет (медиана по возрасту 52,5 года) было выявлено поражение верхних дыхательных путей, органа зрения, слуха в сочетании с поражением легких и/или почек. У 22 (57,9%) из 38 пациентов с генерализованным ГПА в дебюте заболевания определялась локальная форма заболевания. Среднее время развития генерализованной формы у данных пациентов составило $11,7 \pm 18,4$ месяца. Частота поражения носа и придаточных пазух носа у обследованных больных составила 95,0% (n=57). Чаще всего встречались язвенно-некротический ринит (n=49), поражение придаточных пазух носа в виде утолщения слизистой пазух (n=41), реже - перфорация носовой перегородки (n=30) и деструктивный синусит (n=36). Поражение лёгких определялось у 35 (58,3%) больных ГПА. Чаще всего при рентгенографии или компьютерной томографии легких выявлялись инфильтраты (n=35), реже – полости в легких (n=6). У одного больного (1,7%) ГПА был диагностирован геморрагический альвеолит. Поражение почек было выявлено у 46,7% больных ГПА (n=28). Из 28 больных ГПА имеющих поражение почек в рамках васкулита, у 19 (31,67%) пациентов скорость клубочковой фильтрации была снижена более чем на 50% (среднее значение креатинина $2,16 \pm 1,55$ мг/дл, среднее значение СКФ $35,8 \pm 14,9$ мл/мин/1,73 м²). Из 28 больных с поражением почек у 18 (30,0%) человек была выявлена протеинурия, при этом протеинурия более 0,5 г/сут определялась у 10 (16,7%) пациентов, гематурия – у 12 (20,0%) больных. Биопсия почки обследованным больным не проводилась. Наиболее часто у больных обследованных больных ГПА определялось гранулематозное поражение орбиты - (n=15). У 10 (16,7%) больных ГПА развился увеит, у 3 (5,0%) - эписклерит, которые были купированы иммуносупрессивной терапией и поэтому расценивались как проявление основного заболевания. Наиболее часто поражение органа слуха у больных ГПА ассоциировалось с наличие одно- или двухсторонней тугоухости (n=16). В 21,7% случаев (n=13) был выявлен хронический отит. Гранулематозное поражение сосцевидного отростка (мастоидит) наблюдалось у 9 (15,0%) обследованных больных. У 8 (13,3%) больных ГПА наблюдалось поражение суставов, проявляющееся артралгиями. Множественный мононеврит был

диагностированы у 4 (6,7%) больных гангулематозом с полиангиитом. Поражение кожи определялось у 5 (8,3%) больных ГПА и проявлялось сосудистой пурпурой. Поражение сердца наблюдалось у 24 (40,0%) больных ГПА. У 22 (36,7%) пациентов по данным ЭХО-КГ определялись атеросклеротические изменения аортального клапана. Кардиомиопатия и хроническая сердечная недостаточность определялась у 2 (3,3%) больных ГПА. Перикардит был диагностирован у 3 (5,0%) пациентов.

Заключение: В последние годы мы отметили увеличение доли пациентов с локальным вариантом ГПА (с 24,6% до 32,0%), что, вероятно, отражает повышение осведомленности об этом заболевании среди оториноларингологов и офтальмологов. В обследованных группах преобладали пациенты с генерализованным вариантом ГПА (75,4% и 67,9%, соответственно). Среди проявлений висцерального варианта ГПА центральное место по частоте занимает поражение легких (52,3%) и почек (50,8%), в то время как поражение желудочно-кишечного тракта (29,7%) и нервной системы (32,0%) встречается значительно реже. Поражение легких возникает рано (через $2,5 \pm 2,3$ месяца от начала общих и/или локальных симптомов), проявляется инфильтратами со склонностью к быстрому распаду и альвеолярному кровотечению, но может иметь бессимптомное течение.

ОЦЕНКА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГРУНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ

Ризамухамедова М.З., Бердиева Д.У., Ахмедов А.

*Ташкентская медицинская академия,
(Ташкент, Узбекистан).*

Введение. Гранулематоз с полиангиитом (ГПА) – это заболевание из группы системных васкулитов, для которого характерны некротизирующее гранулематозное воспаление и некротизирующий васкулит мелких сосудов с преимущественным поражением верхних дыхательных путей, легких и почек. В настоящее время ГПА представляет собой весьма серьезную медицинскую проблему. Выживаемость и качество последующей жизни пациентов в значительной степени зависят от своевременности распознавания заболевания. Только своевременные и современные методы диагностики и лечения позволяют добиваться значительных успехов.

Цель исследования: оценить морфофункциональные и лабораторные показатели ГПА.

Материалы и методы. В исследование включали 60 пациентов с ГПА, установленным в соответствии с критериями Американской коллегии ревматологов 1990 года и номенклатурой, принятой в 2012 году на конференции в Чапел-Хилл (США). Больные наблюдались в многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии. Для оценки активности использовали шкалу BVAS (Бермингемский индекс активности васкулита). Ремиссией заболевания считалось наличие 1 и менее баллов по шкале BVAS, обострением ГПА - 2 и более баллов по шкале BVAS. АНЦА определяли методом непрямой иммунофлуоресценции (антитела были обнаружены у 20 человек), а в последующем – методом иммуноферментного анализа (антитела к протеиназе 3 выявлены у 16 больных, антитела к миелопероксидазе – у 16, антитела к обоим антигенам – у 5). Инструментальное обследование включало электрокардиографию, рентгенографию и компьютерную томографию органов грудной клетки, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, риноскопию, рентгенологическое исследование и компьютерную томографию придаточных пазух носа, эзофагогастродуоденоскопию, компьютерную томографию черепа, гортани и трахеи.

Результаты. Средний возраст обследованных больных составлял $48,9 \pm 15,6$ лет. Для подтверждения диагноза ГПА у 40 (66,7%) больных была выполнена биопсия: слизистой носа или придаточных пазух носа - у 17 (28,3%) больных,

образования гортани - у 5 (8,3%) человек, биопсия орбиты - у 12 (20,0%), кожи – у 1 (2,3%), барабанной полости – у 1 (2,3%), легких – у 1 (2,3%), бронхов – у 1 (2,3%), конъюнктивы – у 1 (2,3%). Средний срок от начала заболевания до установки диагноза и начала лечения составил $18,3 \pm 32,32$ месяцев. На момент обследования средняя длительность ГПА в годах составляла $5,7 \pm 4,8$ (в месяцах $69,6 \pm 57,7$). Среднее значение BVAS составило 2,7 баллов. Минимальное значение – 0 баллов, максимальное – 18 баллов. У 32 больных (11 мужчин и 21 женщины) в возрасте от 25 до 80 лет определялось 2 и более баллов по шкале BVAS, что расценивалось как обострение заболевания. Средний возраст данной группы больных составлял $50,84 \pm 14,07$ лет, медиана по возрасту - 51,5 лет. Ремиссия ГПА была диагностирована у 28 больных (10 мужчин и 18 женщин) в возрасте от 18 до 77 лет. Средний возраст в данной группе больных составляет $46,71 \pm 17,27$ лет, медиана по возрасту 49,5 лет. Среднее значение индекса VDI составило $11,35 \pm 5,06$. У 46 (76,7%) больных ГПА определялись АНЦА, причем у 36 (60,0%) пациентов были обнаружены АНЦА к протеинезе 3, а у 10 (16,7%) - АНЦА к миелопероксидазе. Снижение скорости клубочковой фильтрации более чем на 50% было диагностировано у 19 (31,67%) пациентов ГПА, имеющих почек в рамках васкулита. У 1 (1,7%) пациента отмечалось развитие БПГН (нарастание креатинина с 5 мг/дл 8,3 мг/дл). Мочевой синдром у больных ГПА в основном проявлялся гематурией и протеинурией (ПУ до 1г/сут у 16 (89,5%), 1-3 г/сут - 1 (5,3%), более 3г/сут (нефротический синдром) - 1 (5,3%), которые чаще встречали у больных с обострением ГПА.

Заключение. В последние годы мы отметили увеличение доли пациентов с локальным вариантом ГПА (с 24,6% до 32,0%), что, вероятно, отражает повышение осведомленности об этом заболевании среди оториноларингологов и офтальмологов. Для диагностики обострения (активности) ГПА имеют значение повышение уровня АНЦА в сыворотке крови и снижение показателя эндотелий-зависимой вазодилатации, а для дифференциальной диагностики обострения ГПА от инфекционных осложнений может быть использован прокальцитонин-тест.