

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ

6 ЖИЛД, 6 СОН

ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ

ТОМ 6, НОМЕР 6

JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

VOLUME 6, ISSUE 6



Бош мухаррир:

Ризаев Жасур Алимжанович
тиббиёт фанлари доктори, профессор,
Самарқанд давлат тиббиёт институти ректори
ORCID ID: 0000-0001-5468-9403

Масъул котиб:

Самиева Гулноза Уткуровна
тиббиёт фанлари доктори, доцент, Самарқанд давлат тиббиёт
институти Нормал ва патологик физиология кафедраси
мудир. **ORCID ID:** 0000-0002-6142-7054

Бош мухаррир ўринбосари:

Зиядуллаев Шухрат Худайбердиевич
тиббиёт фанлари доктори, Самарқанд давлат тиббиёт
институти Илмий ишлар ва инновациялар бўйича
проректори, **ORCID ID:** 0000-0002-9309-3933

Нашр учун масъул:

Абзалова Шахноза Рустамовна
тиббиёт фанлари номзоди, доцент,
Тошкент Педиатрия тиббиёт институти. Илмий тадқиқотлар,
инновациялар ва илмий педагогларни тайёрлаш бўлими
бошлиғи. **ORCID ID:** 0000-0002-0066-3547

ТАҲРИРИЯТ КЕНГАШИ:

Хайтов Рахим Мусаевич

*Россия Федерацияси Фанлар академияси академиги, тиббиёт
фанлари доктори, профессор, Россия Федерациясида
хизмат кўрсатган фан арбоби, Россия ФТБА "Иммунология
институти ДИМ" ФДБТ илмий раҳбари*

Jin Young Choi

*Сеул миллий университети Стоматология мактаби оғиз ва
юз-жағ жарроҳлиги департаменти профессори, Жанубий
Кореянинг юз-жағ ва эстетик жарроҳлик ассоциацияси
президенти*

Гулямов Суръат Саидвалиевич

*тиббиёт фанлари доктори, профессор Тошкент педитария
тиббиёт институти Илмий ишлар ва инновациялар бўйича
проректор. ORCID ID: 0000-0002-9444-4555*

Абдуллаева Наргиза Нурмаматовна

*тиббиёт фанлари доктори, профессор, Самарқанд
давлат тиббиёт институти проректори, 1-клиникаси бош
врачи. ORCID ID: 0000-0002-7529-4248*

Худоярова Дилдора Рахимовна

*тиббиёт фанлари доктори, доцент, Самарқанд давлат
тиббиёт институти №1-сон Акушерлик ва гинекология
кафедраси мудир
ORCID ID: 0000-0001-5770-2255*

Раббимова Дилфуза Таштемировна

*тиббиёт фанлари номзоди, доцент, Самарқанд давлат
тиббиёт институти Болалар касалликлари пропедевтикаси
кафедраси мудир.
ORCID ID: 0000-0003-4229-6017*

Орипов Фирдавс Суръатович

*тиббиёт фанлари доктори, доцент, Самарқанд давлат
тиббиёт институти Гистология, цитология ва эмбриология
кафедраси мудир
ORCID ID: 0000-0002-0615-0144*

Ярмухамедова Саодат Хабибовна

*тиббиёт фанлари номзоди, доцент, Самарқанд давлат
тиббиёт институти Ички касалликлар пропедевтикаси
кафедраси мудир
ORCID ID: 0000-0001-5975-1261*

Мавлянов Фарход Шавкатович

*тиббиёт фандар доктори, Самарқанд давлат тиббиёт
институти болалар жарроҳлиги кафедраси доценти
ORCID ID: 0000-0003-2650-4445*

Акбаров Миршавкат Миролимович

*тиббиёт фанлари доктори, В.Ваҳидов номидаги
Республика ихтисослаштирилган жарроҳлик маркази*

Саидов Садаммир Абборович

*тиббиёт фанлар доктори,
Тошкент фармацевтика институти
ORCID ID: 0000-0002-6616-5428*

Тураев Феруз Фатхуллаевич

*тиббиёт фанлари доктори, ортирилган юрак
нуқсонлари бўлими, В.Ваҳидов номидаги Республика
ихтисослаштирилган жарроҳлик маркази
ORCID ID: 0000-0002-6778-6920*

Худанов Бахтинур Ойбутаевич

*тиббиёт фанлари доктори,
Ўзбекистон Республикаси Инновацион
ривожланиш вазирлиги бўлим бошлиғи*

Бабаджанов Ойбек Абдужаббарович

*тиббиёт фанлари доктори, Тошкент педиатрия
тиббиёт институти, Тери-таносил, болалар
тери-таносил касалликлари ва ОИТС
ORCID ID: 0000-0002-3022-916X*

Теребаев Билим Алдамуратович

*тиббиёт фанлари номзоди, доцент, Тошкент
педиатрия тиббиёт институти Факультет болалар
хирургия кафедраси. ORCID ID: 0000-0002-5409-4327*

Юлдашев Ботир Ахматович

*тиббиёт фанлари номзоди,
Самарқанд давлат тиббиёт институти
№2-сон Педиатрия, неонатология ва болалар
касаликлари пропедевтикаси кафедраси доценти.
ORCID ID: 0000-0003-2442-1523*

Эшқобилев Тура Жураевич

*тиббиёт фанлари номзоди, Самарқанд давлат
тиббиёт институти Суд тиббиёти ва патологик
анатомия кафедраси доценти.
ORCID ID: 0000-0003-3914-7221*

Рахимов Нодир Махамматкулович

*тиббиёт фанлари доктори, Самарқанд давлат
тиббиёт институти, онкология кафедраси доценти
ORCID ID: 0000-0001-5272-5503*

Саҳифаловчи: Хуршид Мирзахмедов

Контакт редакций журналлов. www.tadqiqot.uz
ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; E-mail: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz
Tadqiqot LLC The city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; E-mail: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

СТОМАТОЛОГИЯ

20. **АЛИМОВА Доно Миржамоловна, ФОЗИЛОВА Латофат Гайратовна**
СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ
ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО
КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19.....141
21. **ИСМАТОВ Фарух Аслидинович, САЛИМОВ Орзу Талибович,
МУСУРМАНОВ Фазлиддин Исамиддинович**
ОСНОВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА И
КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ.....147
22. **МУРАТОВА Надежда Юрьевна, АБДУЛЛАЕВ Шариф Юлдашевич**
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГИДРОКСИАПАТИТА И КОЛЛАГЕНА ПРИ
ЗАМЕЩЕНИИ ДЕФЕКТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.....154
23. **РИЗАЕВ Жасур Алимджанович, ХАЙДАРОВ Нодиржон Кадырович,
АБДУЛЛАЕВ Дилмурод Шарифович**
СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ
ГЛОССАЛГИИ (литературный обзор).....160
24. **ТУЛЯГАНОВ Джамшид Шовкатович, АКБАРОВ Авзал Нигматуллаевич,
МАДАМИНОВА Нодира Самандаровна, ТИЛЛАХОДЖАЕВА Мадина
Махировна, ЭГАМОВ Хуршид Саидович**
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ЭХООСТЕОМЕТРИЯ
АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ И ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.....165

ТЕРАПИЯ

25. **AZIZOVA Farida Fahkritdin qizi, TULABOEVA Govhkar Mirokborovna,
NURALIEVA Dilafruz Mamadiyorovna**
ECG MONITORING RESULTS OF PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR
DISEASES UNDER ABDOMINAL SURGERY WITH THE DEVELOPMENT
OF INTRA-ABDOMINAL HYPERTENSION.....171
26. **РАХМАТОВА Дилбар Бахриддиновна, АХМЕДОВА Шахло Маликовна**
МИОКАРД ИНФАРКТИНИНГ ИККИЛАМЧИ ПРОФИЛАКТИКАСИНИ
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ УСУЛЛАРИ.....177
27. **RIZAYEV Jasur Alimjanovich, AGABABYAN Irina Rubenovna,
ISMOILOVA Yulduz Abduvohidovna**
DUNYODA SURUNKALI YURAK ETISHMOVCHILIGI BO'LGAN
BEMORLARNI DAVOLASH BO'YICHA IXTISOSLASHGAN
KLINIKALARNING FAOLIYATI (ADABIYOTLAR SHARHI).....184
28. **МУХСИМОВА Нилюфар Рахимжоновна,
САИДРАСУЛОВА Гулизебо Бахтиёровна**
ПСОРИАТИК АРТРИТЛИ БЕМОЛЛАРДА ЖИГАР НОАЛКОГОЛ
ГЕПАТОЗ КАСАЛЛИГИ ВА ДАВОЛАШНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ
ЙЎЛЛАРИ (АДАБИЁТЛАР ШАРХИ).....192
29. **САИДОВА Мухаббат Мухиддиновна, ХАМРОЕВА Юлдуз Саидовна**
ТИЗИМЛИ СКЛЕРОДЕРМИЯ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОЛЛАРДА
КАРДИОВАСКУЛЯР ХАВФНИ ПРОГНОЗЛАШ.....200

ФТИЗИАТРИЯ

30. **БЕКЕМБАЕВА Гулбадан Сабитовна, ТАШПУЛАТОВА Фатима Кудратовна**
ДИАГНОСТИКА И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ
ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....206


БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ

ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ | JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

МУХСИМОВА Нилюфар Рахимжонова
САИДРАСУЛОВА Гулизебо Бахтиёровна
Тошкент тиббиёт академияси

ПСОРИАТИК АРТРИТЛИ БЕМОРЛАРДА ЖИГАР НОАЛКОГОЛ ГЕПАТОЗ КАСАЛЛИГИ ВА ДАВОЛАШНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ ЙЎЛЛАРИ (АДАБИЁТЛАР ШАРХИ)

For citation: N.R. Mukhsimova, G.B. Saidrasulova. Non-alcoholic fatty liver disease in patients with psoriatic arthritis and ways to optimize of therapy. Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 6, pp. 192-199

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-6-28>

АННОТАЦИЯ

Адабиётлар манбаасининг тахлилини ўтказиш учун маълумотлар базасидан фойдаланилди: 2010-2021 йиллар оралиғидаги Scopus, Springer Nature, PubMed, Google scholar, Elibrary, Ebscohost.

Калит сўзлар: псориадик артрит, жигар ноалкогол гепатоз касаллик, лептин, адипонектин.

МУХСИМОВА Нилюфар Рахимжонова
САИДРАСУЛОВА Гулизебо Бахтиёровна
Ташкентская медицинская академия

НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ И ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ТЕРАПИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

АННОТАЦИЯ

Для проведения анализа литературных источников использованы базы данных: Scopus, Springer Nature, PubMed, Google scholar, Elibrary, Ebscohost за период с 2010 по 2021 гг.

Ключевые слова: псориадик артрит, неалкогольная болезнь печени, лептин, адипонектин.

MUKHSIMOVA Nilyufar Rakhimjonovna
SAIDRASULOVA Gulizebo Bakhtiyorovna
Tashkent medical academy

NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE IN PATIENTS WITH PSORIATIC ARTHRITIS AND WAYS TO OPTIMIZE OF THERAPY (LITERATURE REVIEW)

ANNOTATION

Relevance: To analyze the literature sources, the following databases were used: Scopus, Springer Nature, PubMed, Google scholar, Elibrary, Ebscohost for the period from 2010 to 2021.

Keywords: psoriatic arthritis, non-alcoholic liver disease, leptin, adiponectin.

Жигар ноалкогол гепатоз касаллиги ва сурункали холецистит псориадик касалликнинг ривожланишига олиб келади. Гепатоцитлар цитолизининг юқори фаоллиги, холестаза, яллиғланиш жараёни, метаболик касалликларнинг мавжудлиги псориадик артритни гепатобилиар тизим ўз навбатида тизимли псориадик жараёнда марказий нишон аъзолардан бири бўлган псориадик касалликнинг оғир клиник босқичи деб ҳисоблашга имкон беради. [10].

Takeshita J, Grewal S, Langan SM муаллифларининг маълумотларига кўра тахминан 15% псориази мавжуд беморларга псориадик артрит ташхиси қўйилмайди. Беморлар ва тиббиёт ходимларига псориазнинг ёндош касалликлари ҳақида маълумотга эга бўлишлари псориаз билан яшаётган одамлар ҳаёт сифатини яхшилаш учун муҳим аҳамиятга эга. Псориаз ва ревматоид артрит каби сурункали яллиғланиш касалликлари билан оғриган беморлар, *Journal of Investigative Dermatology* журналида чоп этилган тадқиқотга кўра, жигар шикастланиши хавфини ошириши мумкин. Қатор тадқиқотларга кўра псориаз билан оғриган 189 минг, псориадик артрит (ПА) билан оғриган 12 минг ва ревматоид артрит билан оғриган 54 минг бемор ҳақидаги маълумотлар таҳлил қилинган. Натижалар шуни кўрсатдики, одатда жигар касалликларида (спиртли ичимликларни истеъмол қилиш ёки диабет) кузатилган хавф омиллари мавжудлигидан қатъий назар, псориадик касалликлар билан оғриган беморларда жигар касалликлари ривожланиш хавфи ортди. Шундай қилиб, псориаз билан оғриган беморларда жигар касалликларининг ривожланиш хавфи назорат гуруҳига нисбатан 37% юқори эди. Шу билан бирга, метотрексат олганда, айниқса жигар ноалкогол гепатоз касаллиги ва жигар циррози хавфи беморларнинг бу гуруҳида икки баробар ошди. Тадқиқотнинг чеклашларидан бири шу бўлдики, мутахассислар жигар касалликларидан ўлим ҳолатларини ҳисобга олмаганликлари эди. Бундан ташқари, тадқиқотчиларда жигар касаллиги хавфи остидаги беморларни метотрексатдан бошқа даволаш усулларига ўтиш мумкин ёки йўқлиги ҳақида ҳеч қандай маълумот йўқ эди [22].

Муаллиф Zhao J. берган маълумотида кўра умумий жигар ноалкогол гепатоз дистрофияси тарқалиши 10-25% ни ташкил этади, лекин бу кўрсаткич псориаз касали мавжуд беморлар орасида 17-65% га ортади. Патогенетик нуқтаи назардан жигар ноалкогол гепатоз дистрофияси метаболик синдромнинг маҳаллий кўринишидир. Псориаз ва алкогольсиз стеатоз/стеатогепатит учун умумий, ИЛ-1-бета, ФНО-алфа, ИЛ-6 каби яллиғланишли цитокинлари бу касалликларнинг патогенезида асосий алоқаларни шакллантиради ва сақлайди: инсулинорезистентлик, липид тўпланиши, яллиғланиш. ФНО-алфа ва ИЛ-6 нафақат кератиноцитларнинг тарқалиши ва фарқланишини тартибга солиди, балки инсулин қаршилигини оширади, шунингдек, яллиғланишга қарши цитокинларни ишлаб чиқаришни рағбатлантиради. Псориаз билан оғриган беморларнинг терисидаги микроциркулятор таъминланиши асосан ИЛ-17 ва ФНО-алфа билан тартибга солинади, бу кўрсаткичнинг ошиши стеатоз ва жигар фиброзининг оқибати бўлиши мумкин. Ҳар иккала патологик ҳолатда кузатиладиган адипонектин микдорининг ўзгариши сурункали яллиғланиш жараёнини кўллаб-қувватлайди. Шундай қилиб, псориаз ва жигар ноалкогол гепатоз дистрофиясининг комбинацияси ушбу касалликларнинг чўзилиши ва оғирлашувига ёрдам беради [24,23].

Parisi R., Symmons D.P. муаллифлари бу касалликнинг тарқалишини— Ақшда 0.91% дан Норвегияда 8.5% гача эканлигини ўрганишган. Бу иқлим зоналарида экологик омилларнинг турли даражада таъсири ҳамда одам популяцияси генотипининг хилма-хиллиги билан боғлиқ [20].

Ревматология илмий тадқиқот институти муаллифлари В. А. Насонова тадқиқот, Ю. Л. Корсакова псориаз ва псориадик артрит касалликлари жигар зарарланиши натижаларини тақдим этадилар. Тадқиқотлар псориадик артрит билан оғриган беморларда умумий аҳолига нисбатан жигар ноалкогол гепатоз касаллигининг (ЖНГК) кўп тарқалиши, айниқса

касалликнинг ўртача ва оғир шаклларида азият чекадиганларда юқори тарқалишини кўрсатди. Шу каби патогенетик жараёнлар бу муносабатда маълум рол ўйнайди. Энг эҳтимолли сабаблар орасида инсулинга резистентлик ва яллиғланишга қарши цитокинларнинг кўпайиши ажралиб туради. Мавжуд адабиётлар маълумотларига кўра, псориадик артрит билан оғриган беморлар орасида ЖНГК ва метаболдик синдромнинг тарқалиши умумий аҳолига нисбатан юқори. Бундан ташқари, ЖНГК ва псориадик артрит билан оғриган беморларда ЖНГК ва псориадик артритсиз бўлган беморларга нисбатан оғир жигар фиброзининг ривожланиши хавфи юқори туради. Ушбу ҳолатнинг даволаш, шубҳасиз, анъанавий хавф омилларини ўзгартириш билан эмас, балки яллиғланишни ишончли тарзда бостириш йўли билан амалга оширилиши керак. Семизлик ва ЖНГК касаллиги мавжуд псориадик артрит билан оғриган беморларни ген инженер биологик препаратлар билан даволаш натижаларига салбий таъсир кўрсатади [4,5].

Семизлик дунёнинг кўп мамлакатларида тарқалганлиги сабабли муҳим соғлиқни сақлаш муаммоларидан бири ҳисобланади. 2000й.да семизлик Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) томонидан юқумли бўлмаган эпидемия сифатида тавсифланган. 2015 йил январ ойи ЖССТ ҳабарномасига кўра, дунё бўйлаб семиз одамлар сони 1980 йилги семизлик билан азият чеккан аҳоли сонига нисбатан икки баробарга ошган. Прогнозларга кўра, Европада 2030 йили эркакларнинг 73% ва аёлларнинг 63%и семизликдан азият чекиши кутилмоқда. Бугунги кунда семизлик болалар ва катталарга таъсир қилувчи глобал эпидемияга айланди ва дунёдаги энг муҳим соғлиқни сақлаш муаммоларидан биридир. Ёғ тўқимасининг ортиқча тўпланиши натижасида инсулинга резистентлик ва компенсатор гиперинсулинемия юзага келади ва улар 2-турдаги қандли диабет ривожланишининг асосий предикторлари ҳисобланади. Инсулинрезистентлик юрак-қон томир патологияси, жигар ноалкогол гепатоз касаллиги, тухумдон поликистози синдроми, гестацион диабет ва бошқа кўплаб касалликлар патогенезида асосий аҳамиятга эга. Тўқималарнинг инсулинга сезувчанлигининг пасайишига сабаб организмнинг стресс омилларига физиологик реакцияси ва патологик жараёни бўлиши мумкин. Инсулинрезистентликнинг ривожланишида экологик омиллардан ташқари эндоген сабаблар ҳам иштирок этади. Ушбу патологик жараённинг шаклланишида ирсий мойиллик, ёғ тўқимасининг субклиник яллиғланиши, қалқонсимон без гормонлари, адипокинлар ва Д витаминининг роли ўрганилмоқда. Инсулинга резистентлик турли касалликлар патогенезида иштирок этганлиги сабабли уни ташхислаш ва тузатиш усуллари даволаш амалиётида катта аҳамиятга эга. Даволанишни буюришда тўқималарнинг инсулинга сезувчанлигига ижобий таъсир этувчи дориларга аҳамият бериш лозим.

Кириенко В. А. тадқиқоти мобайнида метаболдик синдром псориаз касалларда 56% ташхисланди, қайсики стационар даволанаётган беморларда аниқланди. Шу билан бирга метаболдик синдром таркибида артериал гипертензия (беморларнинг 52%) устунлик қилиб, 10% ҳолларда дислипидемия ва 4% да-дислипидемия ва семизлик билан бирга келади. Қандли диабет 40% беморларга таъсир қилади, шу жумладан 4% дислипидемия ва 4 %–семизлик билан биргаликда кузатилади. Ривожланган метаболдик синдром 28% беморларда кузатилади. Метаболдик синдром билан оғриган беморларда юқори PASI индекс қийматлари билан псориазнинг янада оғир кечиши кузатилади [6].

Бу хулосалар Украина муаллифлари Вирстюк Н.Г. томонидан ўтказилган ўрганиш PASI индекси бўйича оғирлигининг ортиши ва DLQI индексига кўра психо-ижтимоий мослаштириш ва ҳаёт сифати пасайишига кўра, псориаз албатта MC компонентларини оғирлаштирувчи таъсирини кўрсатади. Семизлик (ТВИ), инсулинга чидамлик (НОМА-IR) кўрсаткичлари ва псориаз (PASI) нинг оғирлиги ўртасидаги муносабатлар ўрнатилди: $p = 0.34$; $p = 0.65$ ($p < 0.05$). MC иштирокида псориаз билан оғриган беморларда психо-ижтимоий мослашув ва ҳаёт сифатининг янада яққол пасайиши кузатилди [2].

Испан муаллифлари Carrascosa JM ва ҳаммуаллифлар ўз ишларида жигар ноалкогол гепатоз касаллигини (ЖНГК) Фарбда энг кўп учрайдиган жигар касаллиги деб ҳисоблайдилар. ЖНГКнинг тарқалиши ва оғирлиги юқори ва псориаз билан оғриган беморларда ёмон оқибатларга олиб келади. Псориаз ва ЖНГК ўртасидаги патоген боғлиқлик сурункали

яллиғланиш ва периферик инсулинга резистентликдир. Шунинг учун псориаз билан беморларда ЖНГК белгиларини намоён қилса бирламчи баҳоланиши керак ва тизимли даволанишни эрта бошлашни талаб қилади. Ёндош псориаз ва ЖНГК ҳамда улар ўртасидаги синергия жигарга токсик таъсирини ҳисобга олиб, бу беморлар учун умумий тавсиялар ва даволашни чеклашлар юклатилган. Гепатотоксик хавф ушбу ҳолатда ишлатиладиган умумий дори баъзи (масалан, ацитретин, метотрексат ва циклоспорин учун) билан боғлиқ бўлгани учун, беморлар давоси назорат қилиниши белгиланган. Ўсмага қарши некроз омилининг агентлари яллиғланиш жараёнига таъсири ва периферик инсулинга резистентлигини яхшилашга асосланган потенциал фойдаларни ваъда қилади. Бирок, бу биологик моддалар билан боғлиқ ҳолда жигар токсиклиги ҳолатлари тасдиқланган. Лекин анти-р40 ёки анти-интерлейкин17 агентлари фойда бериши ёки салбий таъсирга эга эканлиги ҳақида ҳеч қандай далиллар топилмади [16].

Муаллифлар Кривошеев А. В., Куимов А. Д., Богорянова П. А. ва бошқаларнинг ишларида эркак ва аёлларда жигар ноалкогол гепатоз касаллигининг клиник кечишини баҳолаш ва липид алмашинувининг бузилиши хусусиятларини ўрганиш ҳақида маълумот берилган. Жигар ноалкогол гепатоз касаллиги билан оғриган 164 нафар бемор, жумладан, 103 нафар эркак ва 61 нафар аёл тиббий кўриқдан ўтказилди. Эркаклар оғир гиперхолестеринемия (7.8 ммол/л дан ортиқ) бўлиши эҳтимоли кўпроқ эди. Гипертриглицеридемия ва гипоальфахолестеринемия эркакларда кўпроқ кўзга ташланиб, липидлар алмашинувининг оғирроқ бузилишлари мавжудлигини кўрсатган. Инсулинрезистентлик эркакларда кўпроқ намоён бўлади. Муаллифлар томонидан олинган натижалар шуни кўрсатадики, эркак ва аёлларда ЖНГК метаболик синдром фонида бир хил частота билан аниқланади. Бирок, МСнинг Кластер сақловчи омиллари кўпроқ сезиларли равишда эркакларда ифода этилади. ЖНГК шаклланишига асосий хисса қўшувчи патофизиологик омиллар, айниқса ИР ва дислипидемия 49та эркакларда жигар ноалкогол гепатоз касаллиги липид алмашинувининг бузилиши кўпроқ муҳим аҳамиятга эга, шунингдек кўпроқ ёш эркакларда аёлларга нисбатан жигар стеатози эрта ривожланиши кузатилади [7].

Ҳозирги вақтда инвазив бўлмаган тадқиқот усуллариини излашга қизиқиш ортиб бормоқда; фиброзни баҳолаш ва инвазив бўлмаган усул билан жигар биопсияси учун кўрсатмаларни аниқлаш учун ЖНГК фиброзни босқичини баҳолаш шкаласи (NAFLD fibrosis score) бўйича, жигар фиброзини кенгайтирилган панели (ELF) ва транзитор эластография ишлатилади. Бирок, жигар биопсия усули олтин стандарт бўлиб қолмоқда. ҚД билан оғриган беморлар умумий аҳолига қараганда ЖНГК билан тез-тез касалланганлиги сабабли, шунингдек, ҚД нинг мавжудлиги ЖНГК ривожланиши учун хавф омили эканлигини ҳисобга олган ҳолда, бундай беморлар махсус мутахассисларнинг назорати остида бўлиши керак, шунингдек ЖНГКни эрта ташхислаш учун устувор йўналтириш керак [15].

Д.В. Маршалко ва бошқалар ЖНГКда жигар фиброзини инвазив бўлмаган баҳолаш учун ишлатиладиган индексларнинг прогноз қиймати ҳақида сўнгги маълумотларни беради. ЖНГК мавжуд беморларда жигар фиброзини баҳолашнинг энг ишончли инвазив бўлмаган усуллари куйидагилардир: транзитор эластография (TE), ЖНГКнинг фиброз шкаласи (NAFLD fibrosis score; NFS) ва фиброз-4 индекси (FIB-4) бўлиб, 0.84-1.00, 0.82 ва 0.86 нинг ROC эгри чизиғи остида жойлашган. Деярли барча инвазив бўлмаган шкалалар Алт даражасини ўз ичига олади, аммо АЛТ кўрсаткичи фиброзни баҳолаш учун ишлатилмайди, чунки у жигар шикастланишининг оғирлиги билан бевосита боғлиқ эмас. Аксинча, оғир фиброзли беморларнинг зардобиди АЛТ миқдорининг пасайиши кузатилади. Ноинвазив шкалалар оғир фиброз ва жигар циррози учун тўғри келади. Шу туфайли ташхисни тасдиқлаш учун ва прогнозни баҳолаш учун камроқ биопсияга мурожаат қилиш имконини беради. Турли ноинвазив усуллар "кулранг зонаси"га тушиб қолган беморлар сонини камайтириш ва ташхислашни аниқлигини ошириш имконини беради. Биринчи усул сифатида NFS ёки FIB - 4 дан фойдаланиш оқилона ҳисобланади. Агар бемор "кулранг зона" га тушиб қолса, текширишни транзитор эластография билан тўлдириш мақсадга мувофиқдир [9].

Насонов Е. Л. псориатик артрит (ПсА) таърифига кўра-сурункали иммуно-яллиғланиш касаллиги бўлиб, бир томондан, "тизимли псориатик касаллик" доирасида псориазда энг кенг тарқалган коморбид патология деб ҳисобланади ва бошқа томондан, спондилоартритнинг клиник шакли сифатида таснифланади, шунингдек ревматология ва дерматологиянинг асосий муаммолари бирлашмасида жойлашган [11]. Псориаз эволюциясини ПсА ривожланиши йўналишида ўрганиш ревматология ва дерматологияда устувор тадқиқот соҳаси бўлиб, бу касалликларнинг иммунопатогенези ва механизмларини аниқлаш учун муҳим аҳамиятга эга бўлиб, "синовио-энтезиал" тўқималарнинг субклиник шикастланиши псориаз билан оғриган беморларда касалликнинг турли босқичларида мослаштирилган даволашнинг янги усулларини ишлаб чиқади [25].

Псориаз ва псориатик артрити бор беморларнинг «преклиник» босқичининг пайдо бўлиши ва жуда эрта даволашни бошлаш «иккиламчи профилактика» сифатида кўриш мумкин. Бундай ёндашув "клиник шубҳали артралгия" анкилозловчи спондилит (АС) деб номланувчи беморларда РА ривожланишини олдини олишга қаратилган, "ноўлик" тизимли кизил бўрича, тизимли склеродермия беморларида чегараланган Рейно феномени билан ва беморлар тромбозида, кон зардобида фосфолипидга антитана аниқланганларнинг замонавий ревматологияда асосий тенденциялари мувофиқ бўлади. Псориазда ПсА ривожланишининг йиллик частотаси 3% га тенг бўлгани учун, бу муаммони ҳал қилиш учун, псориаз билан оғриган беморларни жуда кўп миқдорда ўз ичига олиш ёки псориазда ПсА ривожланиши учун "юқори хавф" гуруҳларини шакллантиришга имкон берувчи клиник ва лаборатория биомаркёрларини аниқлаш керак [18].

Klujso EN, Parcheta P, Witkowska AB. ЖНГК хавфи юқори бўлган псориаз билан оғриган беморларда жигар ноалкогол гепатоз касаллиги ўрганилди. Касалликнинг оғир шаклини бошидан кечирган беморлар ҳаёти оғир оқибатларга олиб келади. Метаболик синдромнинг таркибий қисмлари-семизлик, липид аномалиялари, гипертония ва 2 тип диабет - ЖНГКнинг ривожланиши билан сезиларли равишда боғлиқ. Псориазнинг яллиғланиш ҳолати ЖНГК ва метаболик синдромнинг ривожланишида муҳим рол ўйнайди. Псориаз, инсулинрезистентлик ва метаболик синдроми хавф омиллари бўлган барча беморлар ҳам ЖНГКга текширилиши керак ва даволаш имкониятлари айниқса ЖНГК бўлган беморларда режалаштирилиб, жигар билан боғлиқ мумкин бўлган хавфни олдини олиш керак.

Псориатик касалликда жигар шикастланишининг яллиғланиш механизмини ҳисобга олган ҳолда, яллиғланишга қарши, тизимли асосий ва мақсадли даволашни қўллаш яқинда катта қизиқиш уйғотди [19,21].

Бир қатор мақолалар шуни кўрсатдики, бу ҳолатда ишлатиладиган дорилар ПсА ва Псдаги яллиғланишнинг оғирлик даражасини камайтирибгина қолмай, балки у билан боғлиқ коморбид ҳолатларига ҳам ижобий таъсир кўрсатади. 2015-йилда ПсА ни даволаш бўйича GRAPPA тавсияларида даволашни танлашда нафақат унинг клиник кўринишларини, балки жигар патологияси [12], шу жумладан ёндош касалликлар мавжудлигини ҳам ҳисобга олиш тавсия этилади. Муаллифлар жигар шикастланганда ностероид яллиғланишга қарши препаратлар, метотрексат, лефлуномид, сульфасалазиндан эҳтиёткорлик билан фойдаланишни тавсия қиладилар; Синтетик базис яллиғланишга қарши дорилар ва ген инженер базис воситалар ЖНГКгига ижобий таъсири ҳақида маълумотлар етарли эмаслиги қайд этилган.

Ўтган 10 йил давомида муаллифлар Mantovani A, Gisondi P, Lonardo A. тадқиқотларига кўра, жигар ноалкогол гепатоз касаллиги (ЖНГК) бир неча тизимли касаллик ҳисобланиб, бир неча тизим аъзоларига ва бир неча метаболик ва иммунологик йўллари тартибга солиш билан ўзаро зарарли таъсир этиши равшан бўлди. Муаллифлар ЖНГК ва сурункали псориаз пиллакчалари ўртасида кучли боғлиқликни тасдиқловчи клиник ва эпидемиологик маълумотларни тез кенгайтириш статистик муҳокама қилинди. Олимлар ушбу уюшма асосида ётувчи ЖНГК ривожланиши ва жадаллашишига таъсир этувчи асосий муҳим биологик механизмларини муҳокама қилишади. Сўнгги тадқиқотлар ЖНГК тарқалиши (ташки кўрик ёки гистология билан ҳам ташхис сифатида) улар субъектларининг назорат гуруҳига нисбатан псориатик беморлар (беморларнинг 50% гача) юқори эканлигини кўрсатди.

Бу псориаз ЖНГК, шунингдек метаболик синдром хусусиятлари ва бошқа потенциал аралаш омиллар билан боғлиқлиги диққатга сазовордир. Баъзи тадқиқотлар псориастик беморлар псориастик назоратлардан кўра ЖНГКнинг илғор шакллариغا эга бўлишлари ва ЖНГКли псориастик беморлар ЖНГКсиз беморларга қараганда кўпроқ оғир даражали псориазга эга бўлишларини ҳам кўрсатди. Хулоса қилиб айтганда, нашр этилган маълумотларда псориаз билан оғриган беморлар орасида ЖНГКни янада чуқур баҳолаш ва мониторинг қилиш зарур.

ЖНГКнинг лаборатория ташхисининг бир қисми сифатида метаболик синдром доирасида жигар шикастланишининг генезини тасдиқлаш учун инсулинрезистентлигини аниқлаш тавсия этилади. EASL-EASD-EASO (A1) тавсиялари ушбу мақсадлар учун НОМА-индексидан фойдаланишни таклиф қилади, бу эса беморларда инсулинрезистентлиги феноменини ҚД белгиларисиз аниқлашга имкон беради [14].

Вазни бошқаришнинг якуний мақсади идеал тана вазнига эришишдир. Бироқ инсулинрезистентлигининг сезиларли яхшиланишига ўртача вазн йўқотиш орқали эришиш мумкин [3].

Юрак, ўпка ва қон Миллий институтининг субъектларда вазни назорат қилиш бўйича тавсиялари энг яхши илмий асосланган даволаш кўрсатмалари бўлиб, улар одатда калория миқдори ортиши билан бирга 500 дан 1000 калория кунлик калория камомадига эришиш учун диетани режалаштиришни тавсия қилади [17].

Линь Х.З., Ян С.К., Чукари К., нинг бир қанча катта бўлмаган тадқиқотларида ЖНГКни даволашда гиполипидемик ва цитопротектив дори воситаларини самарадорлиги турли натижалар билан баҳоланади. Бир назорат тадқиқотида гемфиброзил 74% ЖНГК мавжуд беморлар жигар кимёвий таркиби 30% даволанмаган беморларга нисбатан яхшиланди [8].

Иккита синф дори воситалар инсулинрезистентликни коррекция қилади диб ўрганилган: бигуанидлар (масалан, метформин) ва тиазолидиндионлар. Метформин, бигуанид гиперинсулинемия ва жигарда инсулинга сезгирликни яхшилади, гепатомегалия ва жигар стеатозини камайтириши сичқонларда аниқланган [25], аммо одамларда натижа яхши кўринмаган [12], одамларда АЛТ кўрсаткичи яхшиланиб ва жигар ўлчами камайишига қарамасдан метформин хар доим ҳам жигар гистологиясини яхшиламади [13].

Урсодезоксихолат (УДХК) – бу гидрофил ўт кислотаси хисобланиб, гепатопротектор хусусиятга эга. Бир тадқиқотда УДХК жигар ферментларини яхшиланиши ва жигар стеатозини камайишига олиб келди. УДХК узок муддатли фойдалари ва УДХКни оптимал дозаси ҳали ташкил қилиниши керак [1].

Мавжуд адабий манбаларнинг таҳлили шуни кўрсатдики, кўплаб клиник тадқиқотларга қарамасдан, псориастик артрит билан оғриган беморларда ЖНГК учун аниқ даво йўқ, аммо кўплаб тадқиқотлар олиб борилмоқда ва гепатоцитларнинг умрини оширадиган янги дорилар ишлаб чиқилмоқда: перорал апоптоз ингибиторлари, фосфодэстераза ингибиторлари, рекомбинант лептин, адипонектин. Псориастик артрит ва жигар ноалкогол гепатоз касаллигида лептин ва адипонектиннинг гормонларни тартибга солувчи аҳамияти ўрганилмаган ва кейинчалик тадқиқотларни талаб қилади.

REFERENCES / СНОСКИ / ИҚТИБОСЛАР:

1. Ангуло П. Использование урсодезоксихолевой кислоты у пациентов с заболеваниями печени. *Curr Gastroenterol Rep.* 2002; 4 : 37–44.
2. Вирстюк Наталья Григорьевна, Никифорок Марина Михайловна Клинические особенности течения псориаза при наличии метаболического синдрома // ДВКС. 2014. №.
3. Басараноглу М., Акбай О., Сонсуз А. Контролируемое испытание гемфиброзила в лечении пациентов с неалкогольным стеатогепатитом. *J Hepatol.* 1999; 31 : 384.
4. Нисканен Л., Ууситупа М., Сарлунд Х., Сийтонен О, Пальярви Л., Лааксо М. Влияние потери веса на чувствительность к инсулину, состав скелетных мышц и плотность

- капилляров у субъектов с ожирением, не страдающих диабетом. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 1996; 20 : 154–160.
5. Корсакова Ю.Л. Псориатический артрит: выбор терапии у пожилых больных с коморбидными состояниями // *Клиническая геронтология.* 2019. №9-10.
 6. Кириенко Влада Александровна Роль метаболических нарушений у больных псориатической болезнью // *ДВКС.* 2013. №.
 7. Кривошеев А.Б., Куимов А.Д., Богорянова П.А., Попов К.В., Кондратова М.А., Губанова С.К., Тугулева Т.А. Особенности нарушений липидного обмена при неалкогольной жировой болезни печени // *Сибирское медицинское обозрение.* 2016. №4 (100).
 8. Линь Х.З., Ян С.К., Чукари К., Кухайда Ф., Роннет Г., Диль А.М. Метформин обращает вспять жировую болезнь печени у мышей с ожирением и дефицитом лептина. *Nat Med.* 2000; 6 : 998–1003.
 9. Маршалко Д.В., Пчелин И.Ю., Шишкин А.Н. Неалкогольная жировая болезнь печени: коморбидность, клиническое значение и методы диагностики фиброза печени // *Juvenis scientia.* 2018. №2.
 10. Marchesini G, Brizi M, Bianchi G, Tomassetti S, Zoli M, Melchionda N. Метформин при неалкогольном стеатогепатите. *Ланцет.* 2001; 358 : 893–894.
 11. Насонов Евгений Львович, Коротаева Т.В., Лиля А.М., Кубанов А.А. Можно ли предотвратить развитие псориатического артрита у пациентов с псориазом? // *Научно-практическая ревматология.* 2019. №3. –С.25-254
 12. Наир С., Диль А.М., Вайзман М., Фарр Г.Х., Перрилло Р.П. Метформин в лечении неалкогольного стеатогепатита: открытое пилотное исследование. *Алимент Pharmacol Ther.* 2004; 20 : 23–28.
 13. Озтюрк З.А., Кадаифци А. Сенсibilizаторы инсулина для лечения неалкогольной жировой болезни печени. *Мир J Hepatol.* 2014; 6 : 199–206.
 14. Потеев Н.Н., Жукова О.В., Артемьева С.И. Псориаз: персонализированный подход к терапии. предпочтительный выбор системных агентов с учетом коморбидных патологий // *МС.* 2020. №12.
 15. Смирнова С.В., Барило А.А., Смольникова М.В. Заболевания гепатобилиарной системы как предикторы прогрессирования псориаза//*Вестник Российской академии медицинских наук.* 2016. Т. 71. № 2. С. 102-108.
 16. Carrascosa JM, Bonanad C, Dauden E, Botella R, Oliveira-Martín A; en nombre del Grupo de Trabajo en Inflamación Sistémica en Psoriasis. Psoriasis and Nonalcoholic Fatty Liver Disease. //*Actas Dermosifiliogr.* 2017 Jul-Aug;108(6):506-514.
 17. Coates LC, Kavanaugh A, Mease PJ, et al. Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis 2015 Treatment Recommendations for Psoriatic Arthritis. //*Arthritis Rheum.* 2016 May;68(5):1060-71.
 18. Klujszo EH, Parcheta P, Witkowska AB, Krecisz B. Non-alcoholic fatty liver disease in patients with psoriasis: therapeutic implications.// *Postepy Dermatol Alergol.* 2020 Aug;37(4):468-474.
 19. Mantovani A, Gisondi P, Lonardo A, Targher G. Relationship between Non-Alcoholic Fatty Liver Disease and Psoriasis: A Novel Hepato-Dermal Axis? //*Int J Mol Sci.* 2016 Feb 5;17(2):217
 20. Parisi R., Symmons D.P., Griffiths C.E. et al. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence // *J. Invest. Dermatol.* 2013. Vol. 133. № 2. P. 377–385.
 21. Siegel EL, Orbai AM, Ritchlin CT. Targeting extra-articular manifestations in PsA: a closer look at enthesitis and dactylitis. *Curr Opin Rheumatol.* 2015;27:111-7.
 22. Takeshita J, Grewal S, Langan SM, Mehta NN, Ogdie A, Van Voorhees AS, Gelfand JM. Psoriasis and comorbid diseases: Epidemiology. //*J Am Acad Dermatol.* 2017 Mar;76(3):377-390.
 23. Winthrop KL, Weinblatt ME, Crow MK, et al. Unmet need in rheumatology: reports from the Targeted Therapies meeting 2018. //*Ann Rheum Dis.* 2019 Feb 2.

24. Zhao J., Zhao S., Zhou G. et al. Altered biliary epithelial cell and monocyte responses to lipopolysaccharide as a TLRligand in patients with primary biliary cirrhosis // *Scand.J. Gastroenterol.* 2011. Vol. 46. № 4. P. 485–494.
25. Краткое изложение клинических руководств по выявлению, оценке и лечению избыточного веса и ожирения у взрослых. *Arch Intern Med.* 1998; 158 : 1855–1867.