



**MINISTRY OF HEALTH OF THE
REPUBLIC OF UZBEKISTAN**



**TASHKENT MEDICAL
ACADEMY**



ASSOCIATION OF DOCTORS OF UZBEKISTAN

**СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ МЕЖДУНАРОДНОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И
ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»**

Toshkent - 2023

ТАХРИР ҲАЙЪАТИ/РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

- Азизова Ф.Л.** - Тошкент тиббиёт академияси Илмий ишлар ва инновациялар бўйича проректор
- Набиева Д.А.** - 1-сон факултет ва госпитал терапия, касб патология кафедраси мудири, профессор
- Мирахмедова Х.Т.** - 1-сон ички касалликлар пропедевтикаси кафедраси мудири
- Мухаммадиева С.М.** - 1-сон факултет ва госпитал терапия, касб патология кафедраси доценти, т.ф.н.
- Хидоятова М.Р.** - 1-сон факултет ва госпитал терапия, касб патология кафедраси доценти, т.ф.д.
- Абдуллаев У.С.** - 1-сон ички касалликлар пропедевтикаси кафедраси ассистенти

Конференция материаллари ревматологиянинг долзарб муаммолари, ревматологик касалликларни замонавий ташхислаш усуллари, даволашда замонавий инновацион ёндашувлар, коморбидлик ва мультиморбидлик муаммолари, ревматологик касалликларнинг реабилитацияси ва профилактика масалаларига бағишланган. Кенг учрайдиган ва асосий ревматологик касалликларда илмий тадқиқот ишлари натижалари илмий асослаб берилган.

MUNDARIJA – ОГЛАВЛЕНИЕ - CONTENTS

Berdiyeva X.X., Raimova D.A. / Koronavirus infeksiyasi va revmatik kasalliklar muammolari.....	6
Khidoyatova M.R., Izzatilloev E.A. / Avascular necrosis of the femur head: from initial manifestations to prosthesis.....	7
Karimdzhanov I.A., Madaminova M.Sh. / Patient's attitude to the treatment strategy for juvenile idiopathic arthritis.....	8
Mamasiddikova S.B., Khidoyatova M.R., Mirkhamidov M.V., Pulatova L. / Features of the course of ischemic heart disease in rheumatoid arthritis	9
Shokirova F.J. / Revmatoid artritli ayollarda anemiyalarni uchrash chastotasi	10
Tashpulatova M.M., Nabieva D.A., Djuraeva E.R. / Evaluation of the interaction between uric acid and comorbid pathologies in women with gouty arthritis and asymptomatic hyperuricemia	11
Abduazizova N.Kh., Rizamuxamedova M.Z., Алиева К.К., Ergashev Sh.B. / Rheumatoid arthritis on the background of disturbance of the respiratory system function	12
Абдурахманова Н.М., Ахмедов Х.С., Ботирбеков А.Н. / Влияние перенесенного COVID-19 на некоторые показатели гуморального иммунитета у больных с анкилозирующем спондилоартритом.....	13
Abdurakhmanova N.M., Alhmedov Kh.S., Botirbekov A.N. / The role of MDR1 gene polymorphism in the duration of remission of rheumatoid arthritis.....	14
Арипова Н.А., Джураева Э.Р., Ганиева Н.А., Исакова Э.И., Мухтарова С.К. / Анализ цитокинового профиля при различных вариантах течения ССД.....	15
Бердиева Д.У., Рахимов С.С., Нурмухамедова Н.С., Якубова Х.З., Бабакулиева А.Я. / Особенности клинического течения грунулематоза с полиангиитом.....	16
Ганиева Н.А., Джураева Э.Р., Арипова Н.А., Бекенова Г.Т., Шожалилов Ш.Ш., Исакова Э.И. / Оценка атеросклеротического поражения сонных артерий у больных системной склеродермией	18
Зокирова Г.Д., Гимадутдинова А.Р. / Оценка приверженности к терапии базисными противовоспалительными препаратами у пациентов с ревматоидным артритом.....	19
Zaripov S.I. Abdurakhmanova N.M. Pulotova S.A. / The clinical significance of anti-fibrillar (U3-RNP) antibodies in systemic sclerosis.....	20
Касимова М.С., Иминова М.М., Икрамов О.И. / Перспективы клеточной терапии при инволюционных изменениях органа зрения	21
Каримов М.Ш., Шукурова Ф.Н. / Ревматоид артритли беморларда коморбид инфекцияларни аниқлашнинг аҳамияти	22
Mamatov L.B., Muxamedov K.S., Ongarbayev D.O., Xalim-zode L.M., Khakimov A.A. / Drug-resistant tuberculosis: the growing problem of multidrug-resistant tuberculosis and	

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГРУНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ

Бердиева Д.У., Рахимов С.С., Нурмухамедова Н.С., Якубова Х.З., Бабакулиева А.Я.

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. 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 гранулематоза с полиангиитом.

Материалы и методы. Обследовано 60 больных (29 мужчины и 31 женщина) 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 органических поражений с использованием индекса **VDI**. При оценке индекса повреждения, учитываются повреждения органов, которые наблюдаются со времени возникновения васкулита. 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: 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 легких 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 диагностирован у 4 (6,7%) больных гранулематозом 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.