

Vol. 2. Issue 3 September 2023

MedUnion



ISSN-2181-3183



ҚАДРЛИ ҲАМКАСБЛАР!

Маълумки, Ўзбекистонда ёшларга оид сиёсатга катта эътибор қаратилмоқда, айниқса, сўнги йилларда Президентимиз ва ҳукуратимизнинг қатор меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатлари қабул қилиниб, ёшларнинг илм-маърифат эгаллаши, меҳнат фаолияти ва бўш вақтини мазмунли ўтказиши учун кўпгина шарт-шароит яратишга хизмат қилмоқда.

Таклиф этилаётган «**MedUnion**» илмий-амалий журнали ёш олимлар, магистрлар, клиник ординаторлар, докторантлар, мустақил изланувчилар ва талабалар учун профессионал мулоқот майдони бўлиб хизмат қилади. Журнал электрон шаклда нашр этилади, чунки ушбу формат бир қатор афзалликларга эга: нашр этилган материаллар ҳажмига чекловлар олиб ташланади, муаллифдан ўқувчига бўлган йўл сезиларли даражада қисқаради, бу бизнинг динамик замонамизда жуда аҳамиятли, шунингдек ҳаражатлар ҳам анча камайтиради. Ҳар бир мақолага оригинал ДОИ рақами берилади.

Ушбу электрон илмий журналнинг мақсадлари:

- стоматология, умумий клиник, фундаментал фанлар, шунингдек, тиббиётда педагогика ва психология соҳасидаги замонавий тадқиқотларни ёритиш.
- ёш олимларнинг интеграциялашуви ва ушбу фанларнинг илмий ва амалиётчи мутахассислари ўртасидаги яқин ҳамкорлик.
- академик анъаналар давомийлигини сақлаш, илмий-педагогик кадрларни тарбиялаш.

Журналда ўзбек, рус ва инглиз тилларида ёш олимлар диссертацияларининг оригинал эмпирик тадқиқотлари ва умумий илмий-назарий мақолалар чоп этилади. Ишонаманки, ушбу журнал ҳақиқий мунозара майдонига айланади, илмий мулоқотни таъминлашга ёрдам беради, шунингдек, тиббиёт соҳасида янги илмий ва педагогик кадрларни тарбиялашга ўз хиссасини қўшади. Сизни ушбу лойиҳада турли материаллар муаллифи ва шарҳловчи сифатида иштирок этишга таклиф қиламиз.

Бош муҳаррир

Н. Ҳайдаров

Главный редактор:

Хайдаров Н.К. – д.м.н., ректор Ташкентского государственного стоматологического института (Узбекистан)

Заместитель главного редактора: Шомуродов К.Э.

– д.м.н., проректор по научной работе и инновациям ТГСИ (Узбекистан)

Ответственный секретарь:

Мун Т. О. – PhD, доцент ТГСИ (Узбекистан)

Редакционная коллегия:

Баймаков С.Р. – д.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Амануллаев Р.А. – д.м.н., профессор ТГСИ (Узбекистан)
Ходжиметов А.А. – д.б.н., профессор ТГСИ (Узбекистан)
Мухамедов И.М. – д.м.н., профессор ТГСИ (Узбекистан)
Рустамова Х.Е. – д.м.н., профессор ТГСИ (Узбекистан)
Полатова Д.Ш. – д.м.н., профессор ТГСИ (Узбекистан)
Шамсиев Д.Ф. – д.м.н., профессор ТГСИ (Узбекистан)
Муртазаев С.С. – д.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Вахидов У.Н. – д.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Янгиева Н.Р. – д.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Раимова М.М. – д.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Салимов О.Р. – д.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Хамдамов Б.З. – д.м.н., доцент БухГМИ (Узбекистан)
Собиров М.А. – д.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Султонов Ш.Х. – д.м.н., доцент (Узбекистан)
Алимова Д.М. – д.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Мирсалихова Ф.Л. – д.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Пахомова Н.В. – к.м.н. доцент кафедры хирургической стоматологии и ЧЛХ ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова (Россия)
Халматова М.А. – к.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Махкамова Н.Э. – д.м.н., профессор ТГСИ (Узбекистан)
Нишанова А.А. – к.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Туйчибаева Д.М. – д.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Мухамедов Б.И. – к.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Нугманова У.Т. – к.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Дадабаева М.У. – к.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Арипова Г.Э. – к.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Шомухамедова Ф.А. – к.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Махсумова С.С. – к.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Содикова Х.К. – к.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Алиева Н. М. – к.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Скосырева О.В. – к.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)

Chief editor:

Khaydarov N.K. – DSc, Rector of the Tashkent State Dental Institute (Uzbekistan)

Deputy Editor:

Shomurodov K.E. – DSc, Vice-Rector for Research and Innovation TSDI (Uzbekistan)

Executive assistant:

Mun T. O. – PhD, assoc.prof of TSDI (Uzbekistan)

Editorial team:

Baymakov S.R. – DSc, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Amanulaev R.A. – DSc, prof. of TSDI (Uzbekistan)
Khodjimetrov A.A. – DSc, prof. of TSDI (Uzbekistan)
Mukhamedov I.M. – DSc, prof. of TSDI (Uzbekistan)
Rustamova Kh.E. – DSc, prof. of TSDI (Uzbekistan)
Polatova D.Sh. – DSc, prof. of TSDI (Uzbekistan)
Shamsiev D.F. – DSc, prof. of TSDI (Uzbekistan)
Murtazaev S.S. – DSc, assoc prof. of TSDI (Uzbekistan)
Vakhidov U.N. – DSc, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Yangieva N.R. – DSc, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Raimova M.M. – DSc, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Salimov O.R. – DSc, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Khamdamov B.Z. – DSc, assoc.prof. of BSMI (Uzbekistan)
Sobirov M.A. – DSc, assoc.prof. (Uzbekistan)
Sultanov Sh.Kh. – DSc, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Alimova D.M. – DSc, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Mirsalikhova F.L. – DSc, prof. of TSDI (Uzbekistan)
Pakhomova N. V. – PhD, assoc.prof. The First Saint Petersburg State medical university named after Academician Pavlov I.P. (Russia)
Khalmatova. M. A. – PhD, assoc.prof. of TSDI Uzbekistan)
Makhkamova N.E. – DSc, prof. of TSDI Uzbekistan)
Nishanova A.A. – PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Tuychibaeva D.M. – DSc, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Mukhamedov B.I. – PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Nugmanova U.T. – PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Dadabaeva M.U. – PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Aripova G.E. – PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Shomukhamedova F.A. – PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Makhsumov S.S. – PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Sodikova Kh.K. – PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Alieva N.M. – PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)

Реймназарова Г.Д. – к.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Аляви С. Ф. – к.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Каримова М.У. - к.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Акрамова Л.Ю. – к.п.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Бабакулов Ш. Х.- PhD, доцент ТГСИ (Узбекистан)
Хасанова Л.Э.- д.м.н., профессор ТГСИ (Узбекистан)
Балтабаев У.А.- д.х.н., профессор ТГСИ (Узбекистан)
Буранова Д.Д.-к.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Исраилова М.Н.- PhD, доцент ТГСИ (Узбекистан)
Хикметов Б.А. - PhD, доцент ТГСИ (Узбекистан)
Абдукодиров Э.И. - PhD, доцент ТГСИ (Узбекистан)

Редакционный совет:

Jaе Hoon Lee – д.м.н., профессор Университет Ёнсей (Южная Корея)
Kavinda Sudharaka Tissera – PhD, Университет Рухуна (Шри Ланка)
Ермак О.А. – к.м.н., доцент Белорусской медицинской академии последипломного образования (Беларусь)
Бекжанова О.Е. – д.м.н., профессор ТГСИ (Узбекистан)
Даминова Л.Т.– д.м.н., профессор ТГСИ (Узбекистан)
Дусмухамедов М.З. – д.м.н., профессор ТГСИ (Узбекистан)
Азизов Б.С. – д.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)
Пулатова Б.Д.– д.м.н., доцент ТГСИ (Узбекистан)

Дизайн и технические работы:

Мирхайидов М.М.
Жураев Б.Н.
Мусаев Ш.Ш.

Skosireva O.V. – PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Reimnazarov G.D. – PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Alyavi S.F. – PhD., assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Karimova M.U. - PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Akramova L.Yu. – PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Babakulov Sh.Kh. - PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Khasanova L.E.- DSc, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Baltabayev U.A. - DSc, professor in TSDI (Uzbekistan)
Buranova D. D.- PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Israilova M. N.- PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Khikmetov B.A.- PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Abdukodirov E.I.- PhD, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)

Editorial Council:

Jaе Hoon Lee – DSc, Prof. of Yonsei University (South Korea)
Kavinda Sudharaka Tissera – PhD, Ruhuna University (Sri Lanka)
Ermak O.A. – PhD, assoc.prof. of the Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education (Belarus)
Bekjanova O.E. – DSc, prof. in TSDI (Uzbekistan)
Daminova L.T. – DSc, prof.in TSDI (Uzbekistan)
Dusmukhamedov M. Z. – DSc, prof. in TSDI (Uzbekistan)
Azizov B. S. – DSc, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)
Pulatov B. D.– DSc, assoc.prof. of TSDI (Uzbekistan)

Design and technical work:

Mirkhayidov M.M.
Juraev B.N.
Musaev Sh.Sh.

Содержание

1. Абдуллаева Г.Ж., Раджабова Г.М., Закирова Д.В., Шербадалова Н.Х., Машкурова З.Т. Ассоциация rs6817105 полиморфизма гена PITX2 с фибрилляцией предсердий у больных артериальной гипертензией в узбекской популяции	8-15
2. Абдуллаева Г.Ж., Юсупова Х.Ф., Хамидуллаева Г.А., Машарипов Ш.М., Ибрагимова И.А. Взаимосвязь параметров суточного профиля артериального давления и артериальной жесткости с когнитивными нарушениями у больных артериальной гипертензией	16-23
3. Абдурахимова Л.А., Саидова М.Ж., Рахимова М.Б. Сурункали панкреатит ривожланишида турмуш тарзи ҳамда фенотипик хусусиятларнинг ўзига ҳос томонлари	24-32
4. Абдурахимова Л.А. Клиник фанларни ўқитишда симуляцион таълим жараёнининг ўзига ҳос томонлари	33-44
5. Абдурахимова Л.А., Халметова Ф.И. Сурункали панкреатитда ташқи секретор этишмовчиликнинг ташхислаш мезонлари	45-53
6. Абдурахманова Н.М., Рахимов С.С., Акрамов Н.М., Абдураззоқова Р.А. Генетические аспекты резистентности к лечению метотрексатом у больных ревматоидным артритом	54-59
7. Абдурахманова Н.М., Рихсиева Л.М. Оценка взаимосвязи уровня интерлейкина-17а с повреждением позвоночника у больных аксиальным спондилоартритом	60-68
8. Азимова О.Т., Халимова З.Ю. Клинико-гормональная характеристика агрессивных аденом гипофиза	69-74
9. Арипова Н.Н., Хамраев А.А., Собирова Г.Н. Математическая модель прогноза эффективности лечения больных с хроническими панкреатитами с экзокринной недостаточностью поджелудочной железы и дефицитом витамина Д	75-79
10. Атахажаева Г., Газиева Х., Мирзаева Б. Vemorlarning ijtimoiy holatiga qarab osteoartrit kechishida komorbid holatining xususiyatlari	80-87
11. Ахмедов И. А. Ревматоид артрит касаллигида бўғим ва бронхопуймонал ўзгаришларни эрта аниқлашда нурли диагностика текширув усулларнинг имкониятлари	88-91
12. Ахмедов Х. С., Ботирбеков А.Н. Modern views in the treatment of systemic sclerosis	92-95
13. Ахмедов Х. С., Халметова Ф.И. The significance of biomarkers in joint damage in patients with reactive arthritis	96-104
14. Ахмедов Х.С., Умарова Г.Ф. Динамика суставного синдрома при ревматоидном артрите на фоне коррекции прогестероновой недостаточности	105-109
15. Ахмедов Х.С., Умарова Г.Ф., Кенжаев А.Б. Сравнительная характеристика клинических и функциональных показателей при ревматоидном артрите в зависимости от зон проживания	110-114
16. Ахмедов Х.С., Халметова Ф.И.	

Суставной синдром у больных с реактивным артритом: ретроспективный анализ	115-118
17. Ахмедов Х.С., Мамирова М.Н.	
II Тип қанди диабетда нефропатия ривожланиши клиник ва лаборатор маркерларининг солиштирма таҳлили	119-124
18. Бобокулов М.Б., Сабиров М.А., Зуннунов Х.М.	
Morpho-functional state of the transplant kidney in metabolic syndrome and dyslipidemia	125-132
20. Буранова С. Н.	
Изучение клинической эффективности препарата «Суставин» на фоне стандартной терапии остеоартрита коленных суставов	133-138
21. Буранова С. Н.	
Study of the clinical course of articular syndrome and retrospective assessment of disorders of articular structures in patients with osteoarthritis	139-145
22. Валиева М.Ю., Салахиддинов З.С.	
Сравнительная оценка выявляемости предгипертензии и артериальной гипертензии в зависимости от основных факторов риска в условиях ферганской долины	146-152
23. Гадаев А.Г., Гулямова Ш.С.	
Внедрение инновационной технологии наблюдения больных гипертонической болезнью в условиях семейной поликлиники	153-161
24. Гадаев А.Г., Пирматова Н.В., Рахматуллаева Н.Р.	
Состояние функции почек у больных с хронической сердечной недостаточностью, перенесших Ковид-19 в динамике проводимой терапии	162-168
25. Гадаев А.Г., Салаева М.С., Сагдуллаева Ю.А.	
Дисфункция почек при хронической обструктивной болезни лёгких	169-177
26. Жўраева М.А., Холикова Д.С.	
Юик билан хасталанганларда ичак микробиотасини ўзгаришини дислипидемияга таъсири	178-182
27. Закирходжаев Ш.Я., Паттахова М.Х., Муталов С.Б.	
Изучение особенностей гуморальных факторов у пациентов с хроническими заболеваниями печени	183-192
28. Зарипов С.И.	
Pathophysiological and clinical significance of anti-nuclear antibodies in systemic sclerosis	193-198
29. Исиргапова С. Н., Сабиров М. А., Султонов Н. Н.	
Климактерик синдромни сурункали буйрак касаллиги в боскичидаги беморларда касаллик кечишига таъсир хусусиятлари	199-206
30. Камилова У.К., Кодирова Ш.С.	
Изучение психологических нарушений у больных, перенесших COVID -19	207-211
31. Қурбонов А.К., Раҳимов А.Н.	
Сурункали юрак етишмовчининг метаболик синдром билан коморбидликда кечишини ўзига хослиги	212-224
32. Қурбонов А.К., Саттаров С.Т., Эрназаров М.М.	
Сурункали юрак етишмовчилиги ва юрак-қон томир хавфи: гиперурикемия ...	225-232
33. Қурбонов А.К., Худаяров А.А., Эрназаров М.М., Раззаков И.О., Саттаров С.Т.	
Сурункали юрак етишмовчилигининг гемодинамик фенотипларини шаклланиши ва кечишида айрим нейрогормонларнинг аҳамияти	233-241
34. Мирахмедова Х.Т., Хамраев Х.Х., Дадабаева Н.А.	

УДК. 616.72-002.772; 612.018.2

ДИНАМИКА СУСТАВНОГО СИНДРОМА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ НА ФОНЕ КОРРЕКЦИИ ПРОГЕСТЕРОНОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Ахмедов Х.С.¹, Умарова Г.Ф.²

¹Ташкентская медицинская академия

²3-городская клиническая больница

Ташкент, Узбекистан

Резюме

В исследования были включены больные ревматоидным артритом, женщин репродуктивного возраста. В основной группе (n=30) проводилась коррекция прогестероновой недостаточности на фоне патогенетической терапии, а в контрольной группе (n=10) проводилась только патогенетическая терапия. Через 6 месяцев при сравнительном анализе числа болезненных и припухших суставов, индексов DAS и HAQ, а также боли по визуальной аналоговой шкале выяснилось, что коррекция прогестероновой недостаточности способствует улучшению показателей суставного синдрома.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, суставной синдром, коррекция.

Хулоса

Тадқиқотга репродуктив ёшдаги ревматоид артритга чалинган аёллар жалб қилинган. Асосий гуруҳга (n=30) патогенетик даво негизида прогестерон етишмовчилиги коррекцияси амалга оширилди. Назорат гуруҳига (n=10) фақат патогенетик даво ўтказилди. Асосий гуруҳда 6 ойдан сўнг назорат гуруҳи билан нисбатан бўғимдаги оғриқли ва унинг шишганлар сони, DAS и HAQ индекслари ҳамда оғриқлар визуал аналогли шкала бўйича қиёсий тахлилига кўра бўғим синдроми динамикасини янада яхшиланиши аниқланди.

Калитли сўзлар: ревматоид артрит, бўғим синдроми, коррекция.

Resume

The study included patients with rheumatoid arthritis, women of reproductive age. In the study group (n = 30) was conducted correction progesterone deficiency on the background of pathogenetic therapy in the control group (n = 10) was carried out only pathogenetic therapy. After 6 months, a comparative analysis of the number of tender and swollen joints, indexes DAS and HAQ, as well as pain on a visual analog scale revealed that progesterone deficiency correction improves the performance of joint syndrome.

Keywords: rheumatoid arthritis, articular syndrome, correction.

Представляя одну из доминирующей клиникой суставного ревматических заболеваний синдрома за счет поражения ревматоидный артрит (РА) отличается

синовиальной оболочки суставов, сопровождающиеся прогрессирующей деструкцией хрящевой и костной ткани, в патогенезе которого значительную роль играют аутоиммунные механизмы [5, 6]. Проблема суставного синдрома при РА остается актуальной в связи тем, что по мере прогрессирования заболевания выраженная деформация суставов, нарушение их функции приводит к значительному снижению качества жизни и больные становятся инвалидами [2]. Поэтому, одним из ключевых моментов в лечении больных РА является активная профилактика функциональных нарушений суставов.

Несмотря на огромное количество научных исследований, посвященных ревматоидному артриту, успехи современной медицины в лечении больных с этой патологией относительно невелики и это представляют весомые трудности в работе практикующего врача. Однако постепенно накапливаются данные, о необходимости комплексного подхода в решении проблем больных с РА. Более высокая распространенность РА особенно у женщин, часто появление первых признаков заболевания в период выраженных гормональных перестроек в организме, в его развитии несомненную роль играют половые гормоны. Известные к настоящему времени факты позволяют с определенностью думать о нарушении функции иммунной системы, связанной с расстройством эндокринной регуляции, особенно в сфере половых гормонов [4]. Согласно литературным данным, половые гормоны проявляют себя как иммуномодуляторы, ингибирующие одни и стимулирующие другие функции иммунитета [3].

Проведенные исследования показывают, что у больных РА, женщин репродуктивного возраста отмечаются снижение эстрадиола и особенно прогестерона в сыворотки крови [1]. Согласно литературным данным, прогестерон имеет тесную связь с Т-клеточным иммунитетом. А значение Т-клеточного дефицита играет большую роль в причине развития аутоиммунного процесса. Поэтому, исходя из вышеизложенного, большой клинико-научный интерес представляет изучение коррекции прогестерона у больных РА.

Целью данного исследования явилась оценка эффективности коррекции прогестероновой недостаточности у больных ревматоидным артритом на основании анализа суставного синдрома.

Материал и методы исследования

Исследования проводились в условиях первичного звена здравоохранения. Всего изучено 40 больных с достоверным диагнозом РА, женщин репродуктивного возраста. Основную группу составили 30 больных, которым на фоне патогенетической терапии проводилась коррекция прогестероновой недостаточности (дюфастон). Контрольную группу составили 10 больных женщин, находящихся на патогенетической терапии. У всех больных женщин перед исследованием было констатировано явления прогестероновой недостаточности и исключены органические поражения женских половых органов. Возраст больных составил $30,6 \pm 7,2$ лет. Критериями отбора явились больные наличием степеней активности заболевания. Исключением для исследований явилось

больные с явными висцеральными проявлениями. Все больные в период активности клинико-лабораторных проявлений находились в стационарных условиях.

Оценка эффективности проводимой вмешательства проводилась через 3 месяца на основании сопоставления клинических, в частности данных суставного синдрома. Использовались следующие критерии: активность болезни и выраженность суставного синдрома с определением числа болезненных и припухших суставов, индексами DAS и HAQ. [7, 8], где оценка боли осуществлялась по визуальной аналоговой шкале (ВАШ – по 100-миллиметровой шкале). А также учитывались длительность утренней скованности (в минутах), количество воспаленных суставов, суставной индекс Ричи (количественная оценка болезненности суставов при пальпации и движениях), сила сжатия кистей (в мм рт.ст.), СОЭ, наличие ревматоидного фактора. Вместе с тем, также оценивалось динамика качества жизни (КЖ) больных на фоне проводимой терапии. Изучение КЖ больных проводилось методом анкетирования с использованием опросника SFB36 [9]. Результаты представлялись в виде баллов (100) и распределяются по 8 шкалам. Больше число баллов указывал на более высокий показатель.

Для статистической обработки результатов исследования использован метод параметрической критерий Стьюдента.

Результаты и обсуждение полученных данных

Среди обследованных пациентов длительность заболевания колебалась от 3 месяцев до 19 лет (в среднем $10 \pm 7,2$ лет), из них менее 5 лет болели 20

больных (50%), от 5 до 10 лет - 15 (37,5%), и более 10 лет - 5 пациентов (12,5%). Рентгенологическая картина поражения суставов у большинства пациентов соответствовала 2-3 стадии - 87,5% (35 больных). Инвалидность установлена у большинства у 72,5% (166 человек) включенных в исследование больных. Полиартрит имели все пациенты. Реже встречались мышечные нарушения (7,5%), в основном пациентов длительно принимавших ГК, миалгии и мышечные гипотрофии выявлялись у 7,5% и 25% обследованных соответственно. Кроме суставного синдрома, наиболее часто встречались жалобы на общую слабость (75%), раздражительность, нарушение сна и внимания (50%), беспокойство и тревогу (75%), субфебрильную температуру (10%). Практически все больные РА имели признаки анемии хронического воспаления.

Сравнительный анализ показал, что суставной синдром при РА между группами имели определенные различия. При оценке боли по ВАШ установлено, как видно из таб. 1, отмечается достоверный факт преобладания положительного эффекта от проведенного вмешательства в основной группе ($P < 0,05$) в отличие от контрольной. Эту особенность подтверждают, ОАВ (оценка активности врачом) у больных основной группы, которые имели явную динамику ($p < 0,05$) на фоне коррекции прогестероновой недостаточности. Обсуждая значимость этих показателей, следует подчеркнуть, что весьма важными оказались динамика на фоне лечения суставной индекс по 28 суставам и степень функциональной недостаточности суставов (HAQ) у больных основной группы по сравнению

с контрольной ($p < 0,05$). Проведенная сравнительная характеристика ЧБС (числа болезненных суставов) и ЧПС (числа припухших суставов) больных выявила интересные различия между группами, хотя у которых высокая активность заболевания (по индексу DAS) было почти одинаковой. Так ЧПС больных в обеих группах имели положительную достоверную динамику ($p < 0,05$), тогда как ЧБС было со значительной положительной динамикой в основной группе ($p < 0,05$). Анализируя динамику суставного синдрома при РА на фоне вмешательств, обращает тот факт, что среди больных основной группы в отличие от контрольной, показатели ревматоидного фактора имели тенденцию к снижению ($p < 0,05$).

В настоящее время известно, что оценка качества жизни с использованием опросника имеет большое значение, поскольку она истинно отражает влияние патологического процесса на жизнедеятельность больного [9]. Так изучение результатов анкетирования с использованием опросника оценки КЖ (SFB -36), как видно из таблицы 2, показали различия по физическому функционированию (PF) между группами, т.к. в основной группе отмечено достоверное повышение показателей ($P < 0,001$). В свою очередь, за счет улучшения PF, отмечено достоверное увеличение показателей ролевой функции (RP) в основной группе ($P < 0,001$). Также обнаружена положительная динамика у этой же группы ($P < 0,05$) по показателю влияния интенсивности боли на способность заниматься повседневной деятельностью (BP). Вместе с тем,

наблюдалось отсутствие различия по показателю общего состояния здоровья (GH), т.е. оценки больным своего состояния в настоящий момент в обеих группах наблюдалось достоверное повышение показателей, но в основной группе ($P < 0,001$) отмечен прирост на 11,7% по отношению к показателям контрольной группы ($P < 0,02$). А анализ оценки жизнеспособности (VT - ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным) показала отсутствием особой динамики показателя у контрольной группы, тогда как в основной группе прослеживалось достоверное увеличение показателей ($P < 0,001$). Вместе с тем, показатели социальной функционирования (SF) были достоверно повышены ($P < 0,001$) у больных РА, которым проводилась коррекция прогестероновой недостаточности. SF у основной группы был на 27,2% выше по отношению к контрольной. В свою очередь, в показателях эмоционального состояния (RE), т.е. когда последнее мешает больным выполнению работы или другой повседневной деятельности, между группами различий не обнаружено, поскольку в обоих случаях отмечается достоверное повышение показателей, хотя прирост при этом составил 5,5% в основной группе. Также отмечен значительный прирост на 42,9% показателей психического здоровья (MH) у больных основной группы.

Таким образом, использование коррекции прогестероновой недостаточности в комплексной лечении ревматоидного артрита расширяет возможности современной терапии при данной болезни.

Выводы

Таким образом, коррекция прогестероновой недостаточности у больных РА на фоне патогенетической терапии оказывает улучшению показателей суставного синдрома, а также способствует улучшению

показателей качества жизни, таких как жизнеспособность, общее состояние здоровья и социальная функция, а также она способствует к положительной динамике психического здоровья.

Литература / References

1. Мирзаханова М.И., Каримов М.Ш. Проблемы ранней диагностики и лечения ревматоидного артрита. Методическое руководство. –Ташкент, 2006. – С. 5-8.
2. Насонов Е.Л. Ревматоидный артрит как общемедицинская проблема/ Насонов Е.Л.//Тер. Арх. – 2004. - №5. – С.5–7.
3. Половые стероидные гормоны и иммунная система./Татарчук Т.Ф., Венцовская И.Б., и др. //Здоровье женщины. – Москва, 2003.- -№1. 33-37.
4. Шиллов Ю.И. Влияние эстрадиола и прогестерона на отдельные этапы иммуногенеза: Автореф.дис...канд.мед.наук. –Л., с.21. 1984.
5. Nakoda M. Absolute risk for fracture and WHO guideline. Epidemiology of rheumatoid arthritis / M. Nakoda // Clin. Calcium. - 2007. - Vol. 17. - N 7. - P. 1081 – 1087.
6. McInnes I.B. The pathogenesis of rheumatoid arthritis// I.B. McInnes, G.Schett// New Engl.J. Med. – 2012. – Vol. 365. – P. 2205–19.
7. Prevoo M.L.L., van Hof M.A., Kuper H.H. et al Modified disease activity scores that include twenty–eight–joint counts. Arthritis Rheum., 1995, 38, 44–48.
8. Wells G. Validation of the 28-joint Disease Activity Score (DAS28) and European League Against Rheumatism response criteria based on C-reactive protein against disease progression in patients with rheumatoid arthritis, and comparison with the DAS28 based on erythrocyte sedimentation rate// G.Wells, J.C.Becker, J Teng. //Ann. Rheum. Dis. – 2009. - Vol. 68. – P. 954–60.
9. Ware J.E., Sherbourne C.D. The MOS 36-Item short-form health survey // Med. Care. – 1992. – Vol. 30, № 6. – P. 473 – 483.