

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2024 №3

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
AXBOROTNOMASI



В Е С Т Н И К

ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент



Выпуск набран и сверстан на компьютерном издательском комплексе

редакционно-издательского отдела Ташкентской медицинской академии

Начальник отдела: М. Н. Аслонов

Редактор русского текста: О.А. Козлова

Редактор узбекского текста: М.Г. Файзиева

Редактор английского текста: А.Х. Жураев

Компьютерная корректура: З.Т. Алюшева

Учредитель: Ташкентская медицинская академия

Издание зарегистрировано в Ташкентском Городском управлении печати и информации

Регистрационное свидетельство 02-00128

Журнал внесен в список, утвержденный приказом № 201/3 от 30 декабря 2013года

реестром ВАК в раздел медицинских наук

Рукописи, оформленные в соответствии

с прилагаемыми правилами, просим направлять

по адресу: 100109, Ташкент, ул. Фароби, 2,

Главный учебный корпус ТМА,

4-й этаж, комната 444.

Контактный телефон: 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru

rio@tma.uz

Формат 60x84 1/8. Усл. печ. л. 9,75.

Гарнитура «Cambria».

Тираж 150.

Цена договорная.

Отпечатано на ризографе редакционно-издательского отдела ТМА.

100109, Ташкент, ул. Фароби, 2.

Вестник ТМА №3, 2024
РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор

проф. А.К. Шадманов

Заместитель главного редактора

проф. О.Р.Тешаев

Ответственный секретарь

проф. Ф.Х.Иноятова

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ

акад. Аляви А.Л.

проф. Билалов Э.Н.

проф. Гадаев А.Г.

проф. Жае Вук Чои (Корея)

акад. Каримов Ш.И.

проф. Татьяна Силина (Украина)

акад. Курбанов Р.Д.

проф. Людмила Зуева (Россия)

проф. Метин Онерчи (Турция)

проф. Ми Юн (Корея)

акад. Назыров Ф.Г.

проф. Нажмутдинова Д.К.

проф. Саломова Ф.И.

проф. Саша Трескач (Германия)

проф. Шайхова Г.И.

Члены редакционного совета

проф. Акилов Ф.О. (Ташкент)

проф. Аллаева М.Д. (Ташкент)

проф. Хамдамов Б.З. (Бухара)

проф. Ирискулов Б.У. (Ташкент)

проф. Каримов М.Ш. (Ташкент)

проф. Маматкулов Б.М. (Ташкент)

проф. Охунов А.О. (Ташкент)

проф. Парпиева Н.Н. (Ташкент)

проф. Рахимбаева Г.С. (Ташкент)

проф. Хамраев А.А. (Ташкент)

проф. Холматова Б.Т. (Ташкент)

проф. Шагазатова Б.Х. (Ташкент)

Ахмедов Х.С., Халметова Ф.И., Тураев И.А. КЛИНИЧЕСКИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЗОНЫ ПРОЖИВАНИЯ	Axmedov Kh.S., Khalmetova F.I., Turayev I.A. FEATURES OF CLINICAL AND FUNCTIONAL INDICATORS IN RHEUMATOID ARTHRITIS DEPENDING ON ZONES OF RESIDENCE	65
Bekenova G.T., Asqarov N.L., Tolipov O'U. REVMATOID ARTRITLI BEMORLARDA FARMAKOTERAPIYANI SAMARADORLIGINI PSIXOFENOTIPGA BOG'LIQLIGI	Bekenova G.T., Askarov N.L., Tolipov U.U. THE EFFECTIVENESS OF PHARMACOTHERAPY IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS DEPENDING ON THEIR PSYCHOPHENOTYPE	68
Бердиева Д.У., Бабакулиева Ж.Я. ПОЛИАНГИИТЛИ ГРАНУЛЕМАТОЗНИНГ ФАОЛЛИГИ ВА ЗАРАРЛАНИШ КЎРСАТКИЧЛАРИНИ БАҶОЛАШ	Berdieva D.Yu., Babakulieva Zh.Ya. ASSESSMENT OF ACTIVITY AND DAMAGE INDICATORS IN GRANULOMATOUS POLYANGIITIS	70
Botirova N.A., Sadikova N.G., Hamrayev X.X. QANDLI DIABETNING 2 TURIDA RIVOJLANGAN SURUNKALI BUYRAK KASALLIGINI ERTA TASHXISLASHDA KLOTHO HAMDA SISTATIN C NI ANAMIYATI	Botirova N.A., Sadikova N.G., Khamraev X.X. SIGNIFICANCE OF CLOTHO AND CYSTATIN C IN EARLY DIAGNOSIS OF CHRONIC KIDNEY DISEASE IN TYPE 2 DIABETES	76
Буранова С.Н., Ахмедов Х.С. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА СУСТАВИН НА ФОНЕ СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ ОСТЕОАРТРИТА	Buranova S.N., Akhmedov Kh.S. CLINICAL EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS SUSTAVIN IN THE TREATMENT OF OSTEOARTHRITIS	79
Buranova S., Ahmedov X., Rahimova M. OSTEOARTRITLI BEMORLARDA TOG'AY OLIGOMER MATRIKS OQSILI KO'RSATKICHLARINI YAXSHILASHGA QARATILGAN TERAPEVTIK TADBIRLARNING ANAMIYATI	Buranova S., Akhmedov H., Rakhimova M. THE IMPORTANCE OF A TREATMENT IN PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS FOCUSED ON THE DYNAMICS OF THE INDICATORS OF THE CARTILAGE OLIGOMER MATRIX PROTEIN	82
Ганиева Н.А. ТИЗИМЛИ СКЛЕРОДЕРМИЯЛИ БЕМОРЛАРДА КАРДИОВАСКУЛЯР ТИЗИМ ЗАРАРЛАНИШ КЎРСАТКИЧЛАРИНИ БАҶОЛАШ	Ganieva N.A. ASSESSMENT OF INDICATORS OF DAMAGE TO THE CARDIOVASCULAR SYSTEM IN PATIENTS WITH SYSTEMIC SCLERODERMA	87
Дадабаева Н.А., Мирзалиева А.А., Махмуджонова М.Э. ВЛИЯНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НА УСПЕВАЕМОСТЬ СТУДЕНТОВ ТРЕТЬЕГО КУРСА ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ	Dadabaeva N.A., Mirzalieva A.A., Makhmudzhonova M.E. THE INFLUENCE OF A HEALTH LIFESTYLE ON THE ACADEMIC PERFORMANCE OF THIRD-YEAR TASHKENT MEDICAL ACADEMY STUDENTS	91
Джуроева Э.Р., Ганиева Н.А., Исраилов А.А. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗБУДИТЕЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ	Djuraeva E.R., Ganieva N.A., Israilov A.A. FEATURES OF THE COURSE AND TREATMENT OF REACTIVE ARTHRITIS DEPENDING ON THE CAUSATIVE AGENT OF THE DISEASE	94
Джуроева Э.Р. ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К УРАТСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПОДАГРЕ	Djuraeva E.R. ADHERENCE TO URATE-LOWERING THERAPY FOR GOUT	99
Ibragimov Kh.I., Ziyadullayev Sh.X. THE RELATIONSHIP BETWEEN METHOTREXATE MONOTHERAPY AND CARDIOVASCULAR MORBIDITY IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS	Ibragimov X.I., Ziyadullayev Sh.X. REVMATOID ARTRITDA METOTREKSAT MONOTERAPIYASI VA YURAKQON TOMIR KASALLILARI O'RTASIDAGI BOG'LIQLIK	102
Исламова К.А. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ	Islamova K.A. QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS	106
Matchanov S.X., Abdurazzakova D.S. REVMATOIDLI ARTRITDA TOTSILIZUMAB PREPARATI BILAN OLIV BORILGAN KOMPLEKS TERAPIYANING BO'G'IM DESTRUKSIYASIGA TA'SIRINI O'RGANISH	Matchanov S.X., Abdurazzakova D.S. STUDY OF THE EFFECT OF COMPLEX THERAPY WITH TOCILIZUMAB IN RHEUMATOID ARTHRITIS ON ARTICULAR DESTRUCTION	110
Мирахмедова Х.Т., Мирзалиева А.А., Саидрасулова Г.Б., Махкамова М.Н. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПЕРЕНОСИМОСТИ ПРЕПАРАТА ЭРЛАМУС У БОЛЬНЫХ СИСТЕМОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ	Mirakhmedova Kh.T., Mirzalieva A.A., Saidrasulova G.B., Makhkamova M.N. ASSESSMENT OF EFFECTIVENESS AND TOLERABILITY OF THE DRUG ERLAMUS IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS	113
Мирахмедова Х.Т., Дадабаева Н.А., Саидрасулова Г.В., Мирзалиева А.А. АНКИЛОЗЛОВЧИ СПОНДИЛИТИНГ ТУРЛИ КЛИНИК БОСҚИЧЛАРИДА HLA-B 27 ГЕНИНИНГ ЎРНИ	Mirakhmedova H.T., Dadabaeva N.A., Saidrasulova G.B., Mirzaliyeva A.A. ROLE OF HLA-B27 GENE IN DIFFERENT CLINICAL STAGES OF ANKYLOSING SPONDYLOARTHRITIS	117
Мирахмедова Х.Т., Дадабаева Н.А., Абдуллаев У.С. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ С КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	Mirahmedova H.T., Dadabaeva N.A., Abdullaev U.S. EVALUATION OF CARDIOVASCULAR PATHOLOGY INSTRUMENTAL METHODS IN PATIENTS WITH PSORIATIC ARTHRITIS	122

ПОЛИАНГИИТЛИ ГРАНУЛЕМАТОЗНИНГ ФАОЛЛИГИ ВА ЗАРАРЛАНИШ КЎРСАТКИЧЛАРИНИ БАҲОЛАШ

Бердиева Д.У., Бабакулиева Ж.Я.

ОЦЕНКА АКТИВНОСТИ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ГРАНУЛЕМАТОЗНОМ ПОЛИАНГИИТЕ

Бердиева Д.Ю., Бабакулиева Ж.Я.

ASSESSMENT OF ACTIVITY AND DAMAGE INDICATORS IN GRANULOMATOUS POLYANGIITIS

Berdieva D.Yu., Babakulieva Zh.Ya.

Тошкент тиббиёт академияси

Цель: изучение показателей поражения у больных гранулематозным полиангиитом. **Материал и методы:** под наблюдением были 60 больных гранулематозным полиангиитом, находившихся на лечении в отделениях ревматологии и кардиоревматологии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии в 2018-2022 гг. и наблюдавшихся и лечившихся в амбулаторно-поликлиническом отделении артрологического отделения. **Результаты:** у всех 60 пациентов были рассчитаны показатели активности согласно Бирмингемской шкале активности васкулита (БШАВ) при первом дебюте заболевания и индекс повреждения васкулита (ИПВ) в конце периода наблюдения. Медианный индекс БШАВ составил 18. К концу наблюдения медианный индекс (ИПВ) составил 3. Наибольший вклад в общее значение БШАВ внесли поражения почек (44%) и легких (55%). **Выводы:** пульс-терапия циклофосфамидом и метилпреднизолоном при таргетном лечении местного и диффузного типов гранулематозным полиангиитом приводит к снижению активности заболевания и показателей БШАВ.

Ключевые слова: гранулематозный полиангиит, Бирмингемская шкала активности васкулита, индекс повреждения васкулита.

Objective: To study the indicators of damage in patients with granulomatous polyangiitis. **Material and methods:** 60 patients with granulomatous polyangiitis who were treated in the departments of rheumatology and cardiorheumatology of the multidisciplinary clinic of the Tashkent Medical Academy in 2018-2022 were observed. and observed and treated in the outpatient department of the arthrology department. **Results:** In all 60 patients, activity scores were calculated according to the Birmingham Vasculitis Activity Score (BVAS) at the first onset of the disease and the Vasculitis Damage Index (VDI) at the end of the observation period. The median BSAV index was 18. By the end of the observation, the median index (IPV) was 3. The largest contribution to the total BSAV value was made by kidney lesions (44%) and lungs (55%). **Conclusions:** Pulse therapy with cyclophosphamide and methylprednisolone in the targeted treatment of local and diffuse types of granulomatous polyangiitis leads to a decrease in disease activity and BSA parameters.

Key words: granulomatous polyangiitis, Birmingham Vasculitis Activity Score, Vasculitis Damage Index.

Жаҳонда сўнги йилларда тизимли васкулитлар билан оғриган беморларда келиб чиқадиган асоратлар ва ўлим хавфи ошишининг олдини олишга йўналтирилган қатор илмий тадқиқотлар амалга оширилмоқда [1]. ПАГ оқибати нохуш ҳисобланиб, кеч ташҳис қўйилганда беморлар биринчи йил давомида ўпка-юрак ва буйрак етишмовчилигидан, ҳамда инфекция қўшилишидан вафот этадилар [2-5]. Тизимли васкулитнинг фаоллик даражаси ва оқибатларини баҳолаш учун мақсадли равишда ишлаб чиқилган BVAS ва VDI индексларини кундалик амалиётда кенг қўлланилмаётганлиги касалликнинг клиник фаоллигини баҳолаш имкониятларини чега-ралаб қўяди [6]. Шу муносабат билан касалликнинг прогнозини баҳолаш учун улардан фойдаланиш имконияти масаласи долзарб саналади [7-11].

Тадқиқот мақсади

Полиангиитли гранулематознинг фаоллиги ва зарарланиш кўрсаткичларини баҳолашдан иборат.

Материал ва усуллар

Тадқиқотнинг объекти сифатида 2018-2022 йилларда Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли

клиникасининг ревматология, кардиоревматология бўлимларида стационар шароитда даволанган ва артрологик ИАДК бўлимида амбулатор шароитда кузатилиб даволанган 60 нафар ПАГ полиангиитли гранулематоз билан оғриган беморлар олинган.

Тадқиқотнинг предмети сифатида беморларнинг қон зардоби, рентгенологик ва ультратовуш текшириш усуллари, ҳамда касаллик фаоллиги (BVAS) даражасини аниқлаш ва васкулитнинг шикастланиш индексини (VDI) аниқлаш материаллари олинган.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқотда клиник сўровнома, лаборатор таҳлиллар, BVAS ва VDI кўрсаткичлари ва статистик усуллардан фойдаланилган.

BVAS индекси (Birmingham Vasculitis Activity Score) (1-жадвал) тизимли васкулитлар, шу жумладан ПАГ фаоллигини клиник баҳолаш учун ишлатилади. BVAS 3-9 та аъзо ва тизимларнинг шикастланишини 56 та клиник, инструментал ва лаборатория кўрсаткичларга мувофиқ баҳолашга имкон беради [12].

Ҳар бир симптом маълум бир балл билан баҳоланади, сўнгра барча балларнинг йиғиндиси ҳисобланади (максимал балларнинг сони 63). Симптом

фақат васкулитнинг фаоллиги билан боғлиқ бўлса ва олдинги 3 ой давомида ривожланган ёки ёмонлашган бўлса баҳоланади. ПАГ ремиссияси BVAS қиймати 0 га тенг, актив васкулит - BVAS қиймати

> 1 (қўпроқ > 3 балл)га тўғри келади. Ушбу индекс нафақат тизимли васкулитнинг фаоллиги ва кечиш даражасини баҳолайди, балки касалликнинг прогнозини баҳолашга имкон беради [13].

1-жадвал

Тизимли васкулитлар клиник фаоллигини Бирмингем индекси

Тизимли зараарланиш белгилари:	Балл	Ўпка:	Балл
1. Миалгия/ артралгия/ артрит	1	1. Хансираш/ астма	2
2. Иситма (<38.5°C)	1	2. Тугунлар ёки фиброз	2
3. Иситма (>38.5°C)	2	3. Инфилтрат	4
4. Озиш (<2 кг)	2	4. Қон туфлаш	4
5. Озиш (>2 кг)	3	5. Плеврада суюқлик/ плеврит	4
Тери қопламалари:		6. Ўпкадан қон кетиш	6
1. Пурпура/ бошқа тери васкулити	2	Юрак-қон томир тизими:	
2. Яралар	4	1. Шовқинлар	2
3. Гангрена	6	2. Пулс йўқлиги	4
4. Бармоқлар гангреналари	6	3. Аортал етишмовчилик	4
ЛОР- аъзолари:		4. Перикардит	4
1. Бурундан ажралмалар/наф.олиш қийин	2	5. Ўткир миокард инфаркти	6
2. Синусит	2	6. ҚАЕ/ кардиомиопатия	6
3. Бурундан қон кетиш	4	Ошқозон - ичак тизими:	
4. Бурунда қонли қобиклар	4	1. Қоринда оғриқ	3
5. Қулоқдаги ажралмалар	4	2. Қонли диарея	6
6. Ўрта отит	4	3. Ичаклар инфаркти	9
7. Карлик	6	4.Панкреатит/ўт қопи перфорацияси	9
8. Овоз бўғилиши/ ларингит	2	Буйраклар:	
9. Хиқилдоқ торайиши	6	1. Диастолик АҚБ > 90 мм.с.у.	4
Шиллиқ қаватлар/ кўз:		2. Протеинурия (>1г ёки > 0.2 г/с)	4
1. Оғиз бўшлиғда яралар	1	3. Гематурия (>1эр.ёки>0.2эр./мл)	8
2. Жинсий аъзоларда яралар	1	4. Креатинин 125-249 мкмол/л	8
3. Конъюнктивит	1	5. Креатинин 250-499 мкмол/л	10
4. Эписклерит/ склерит	2	6. Креатинин > 500 мкмол/л	12
5.Увеит	6	7. Тез авж олувчи ГН	12
6. Тўр пардада шиши/ геморрагиялар	6	Нервн тизими	
7. Ретро- орбитал гранулема	6	1. Органик ўзгаришлар, деменция	3
		2. Периферик нейропатия	6
		3. Кўп моноврит	9
		4. Талвасалар	9
		5. Инсульт	9
		6. Орқа мия зарарланиши	9
		Умумий максимал мумкин бўлган балл:	63

BVAS ни аниқлаштириш бир қатор мунтазам лаборатория ва инструментал тадқиқотларни талаб қилади. ПАГдаги кўрак қафаси рентгенограммаси компьютер томографиясига қараганда камроқ маълумотга эга [15].

Тадқиқотга кўра, ПАГнинг 19 % анъанавий рентген текшируви етарли маълумотга эга бўлмаган, ўпка патологияси фақат мултиспирал компьютер томографияси (МСКТ) ўтказилгандан кейин ташхисланган. Шунинг таъкидлаш керакки, МСКТ ва магнит-резонанс томография ПАГда нафас олиш аъзоларининг шикастланиши фаолиятини баҳолашни стандартлаштиришга имкон бермайди, бу муҳим камчиликдир ва кейинги тадқиқотлар учун йўналиш бўлиши мумкин. Шундай қилиб, юқори нафас йўллариининг фаол зарарланишини визуализация қилиш учун аутологик лейкоцитлар билан

синтиграфияни киритиш қизиқарли натижаларга эришиш мумкин [14].

ПАГнинг клиник фаолиятининг оғирлигига қараб, касалликнинг турли босқичлари ажратилади, ремиссия (тўлиқ ёки қисман) ва авж олиши (енгил ёки оғир), улар 1.4-жадвалда келтирилган. EULAR кўрсатмаларига кўра, кунига $\leq 7,5$ мг дозада преднизолонни қабул қилишда ремиссияда BVAS = 0 га тўғри келади [13].

Рефрактер ПАГ тушунчаси 4 ҳафталик стандарт индукцион терапиядан сўнг фаоллигининг яхшиланмаслиги ёки ортиши ёки 6 ҳафталик даволанишдан кейин BVAS нинг 50% дан кам пасайиши ёки 12 ҳафталик терапиядан сўнг фаолликнинг асосий камида битта катта ёки учта кичик белгилари билан фаолликнинг давом этишини англатади [14] (2-жадвал).

2-жадвал

ПАГ клиник кечишининг босқичлари

Клиник босқичлари	BVAS	Характерли
Тўлиқ ремиссия	0-1 балл	СРО нинг нормал даражаси, клиник фаоллик белгилари ва даволаш зарурати йўқлиги
Қисман ремиссия	50% бошланғичдан камайиши	Даволаш натижасида BVAS нинг бошланғич даражасидан 50% га пасайиши
Енгил авж олиши	< 5 балл	BVAS нинг бешгача ошиши билан касалликнинг клиник белгиларининг пайдо бўлиши
Оғир авж олиши	> 6 баллов	Яллиғланиш жараёнида муҳим аъзоларнинг (ўпка, буйрақлар, юрак) иштирок этиши, бу индукцион даволашни талаб қилади.

Васкулит ва ўтказилаётган иммуносупрессив терапия билан боғлиқ орқага қайтмас зарарланишларнинг оғирлик даражаси VDI (Vasculitis Damage Index) индекси (3-жадвал) ёрдамида баҳоланади [11]. VDI ни баҳолаш турли аъзо тизимларнинг шикастланиши акс эттирувчи 11 блокларда амалга оширилади (масалан, ўпканинг шикастланиши: ўпка фибрози, парчаланиш бўшлиқлари, нафас етишмовчилигининг ривожланиши) [15]. Агар симптом 3 ой ёки ундан кўпроқ сақланса, у ҳолда у 1 баллда баҳоланади.

VDI қиймати камаймаслигини таъкидлаш муҳимдир. Масалан, агар протеинурия $>0,5$ г/сут 4 ой давомида аниқланса ва кейин тўхтатилса, VDI индексининг қиймати 1 га тенг бўлиб қолади. VDI ни баҳолашда нафақат тизимли васкулит доирасидаги аъзоларнинг шикастланиши, балки иммуносупрессив терапиянинг асоратлари (остеопороз, қандли диабет, катаракта, хавfli ўсмаларнинг ривожланиши ва бошқалар) ёки атеросклерознинг намоён бўлиши (миокард инфаркти) ҳисобга олинади.

3-жадвал

Васкулит зарарланиш индекси VDI (Vasculitis Damage Index)

Белгилари (камида 6 ой давом этади)	Баллар
Кўриш аъзолари (ҳар бир кўз)	
Ҳар қандай катаракта	1
Тўр парданинг ўзгариши ёки кўриш нерви атрофияси	1
Нерв тизими	
Когнитив бузилишлар (хотира ва концентрация пасайиши, ҳисоблаш, гапириш ёки ёзишда қийинчилик, ишлашнинг бузилиши) ёки катта психозлар	1
6 ойдан ортиқ даволанишни талаб қиладиган талвасалар	1
Инсулт (агар >1 бўлса, 2 балл олинг)	1-2
Краниал-мия ёки периферик нейропатия (кўриш бундан мустасно)	1
Кўндаланг миелит	1

Буйрақлар	
Коптокчалар филтрацияси < 50 мл/мин	1
Протеинурия >3,5 г/24 соат	1
Ёки терминал босқичдаги буйрак касаллиги (диализ ёки трансплантациядан қатъий назар)	3
Ўпка	
Ўпка гипертензияси (ўнг қоринчанинг бўртиб чиқиши ёки жарангдор Штон	1
Ўпка фибрози (физикал ёки рентгенологик)	1
Ўпка бужмайиши (рентгенологик)	1
Плеврал фиброз (рентгенологик)	1
Ўпка инфаркти (рентгенологик)	1
Юрак қон-томир тизими	
Стентлаш ёки аорто-коронар шунтлаш	1
Миокард инфаркти (агар > 1 бўлса, 2 балл)	1-2
Кардиомиопатия (қоринчалар дисфункцияси)	1
Клапанлар зарарланиши (дистолк ёки систолик шовқин > 3/6)	1
6 ой давомида перикардит (ёки перикардэктомия)	1
Периферик қон томирлар	
6 ой давомида кўчиб юрувчи оқсоқлик	1
Тўқималарнинг озгина йўқолиши (бармоқнинг «ёстиғи»)	1
Тўқималарнинг сезиларли йўқолиши (бармоқ ёки оёқ-қўл) (2 агар > 1 ўрин)	1-2
Шиш, яра ёки веноз димланиш билан веноз тромбоз	1
Ошқозон-ичак тизими	
Ҳар қандай сабабга кўра инфаркт, ичак резексияси (ўн икки бармоқли ичак остида), талоқ, жигар ёки ўт пуфаги (агар бир нечта жой бўлса, 2 балл)	1-2
Мезентериал етишмовчилик	1
Сурункали перитонит	1
Юқори ошқозон-ичак трактидаги стриктуралар ёки жарроҳлик	1
Суяк-мушак тизими	
Мушак атрофияси ёки холсизлиги	1
Деформацияловчи ёки эрозив артрит	1
Остеопороз синишлар билан (аваскуляр некроз бундан мустасно)	1
Аваскуляр некроз (агар > 1 жой бўлса 2)	1-2
Остеомиелит	1
Тери	
Сурункали чандиқли аллопеция	1
Кенг чандиқланиш ёки панникулит (тукли соҳадан ташқари қисмлар, бармоқ учлари)	1
6 ой ичида терининг яраланиши (тромбоздан ташқари)	1
Жинсий аъзоларнинг зарарланиши	1
Қандли диабет (даволашдан қатъий назар)	1
Малигнизация (дисплазиядан ташқари) (2 агар > 1 жойлашув бўлса)	1-2
Умумий балл (максимал)	47

1997 йилдан бери VDI тизимли васкулитларда орқага қайтмас зарарланишни баҳолаш учун ягона тасдиқланган индекс ҳисобланади [14]. VDI турли хил когорталарда шикастланиш хусусиятларини, зўрайиш ва ўлимни башорат қилувчиларни тавсифлаш учун ишлатилади. Explay et al бошқа васкулитнинг дастлабки босқичларида аллақачон кенг қамровли ўзгаришларни баҳолаш муҳимлигини таъкидлади. VDI ≥ 5 бўлган беморларда, ўлим

хавфи ички аъзоларда орқага қайтмас ўзгаришлар камроқ намоён бўлган беморларга қараганда 7-11 баравар юқори эди [12]. S. Kamali тадқиқотида маълум бўлдики, VDI ≥ 5 бўлиши касалликнинг дастлабки босқичларида ўлим хавфи ривожланиши билан боғлиқ (сезувчанлиги 98%, ўзига хослиги 56%).

Натижалар ва муҳокама

Касалликнинг илк бошланишида BVASнинг фаоллик кўрсаткичлари ва кузатув охирида VDI нинг

шикастланиши барча 60 беморларда ҳисоблаб чиқилган. BVAS индексининг медианаси 18 ни ташкил этди. Кузатув охирига келиб VDI индексининг медианаси 3 ни ташкил этди. BVAS нинг умумий қийматиға энг катта ҳисса буйрак шикастланиши (44%) ва ўпка шикастланиши (55%) томонидан қўшилган. VDI индексини ҳисоблашда ўпка (33%) ва буйраклардаги (25%) қайтмас ўзгаришлар унинг қийматиға энг катта ҳисса қўшди.

Касалликнинг илк бошланишида BVAS медианаси эркакларда ишончли даражада юқори бўлди ва аёлларга нисбатан 20 баллни ташкил этди - 17 балл. АНЦА туриға қараб BVAS ва VDI қийматларида ишончли фарқлар аниқланмади.

Ўпка BVAS индексининг қийматлари ва касалликнинг илк бошланиш ёши, ўпка-буйрак синдроми ва ўпка VDI ривожланиши билан боғлиқ бўлиши мумкин бўлган буйрак BVAS индексларининг қийматлари ўртасида заиф тўғридан-тўғри корреляцион боғлиқлик аниқланди.

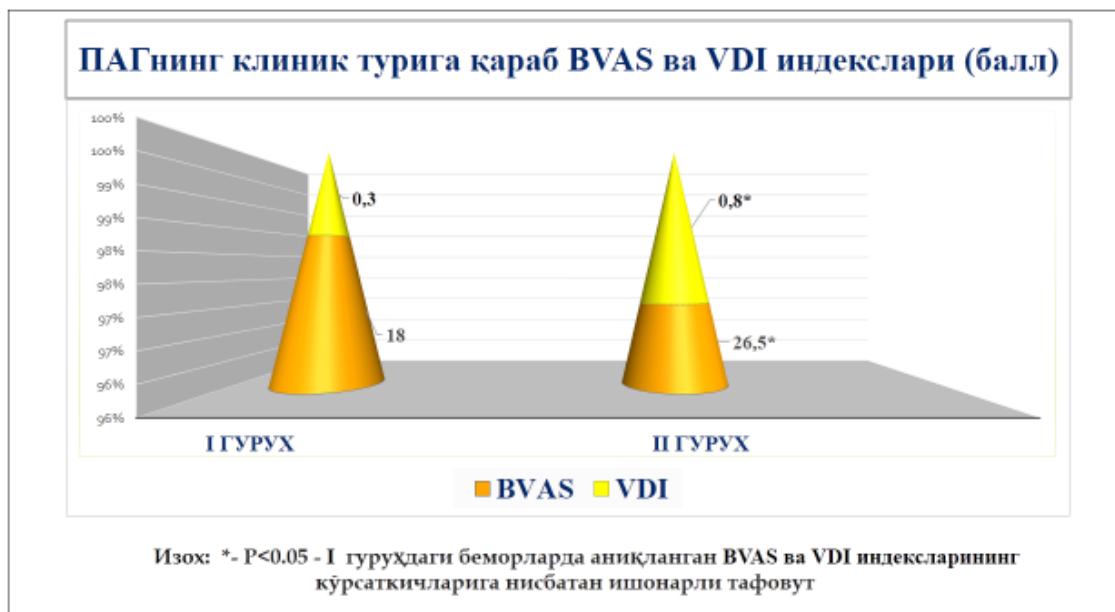
Касалликнинг илк бошланишида VDI индексининг умумий қиймати ва беморнинг ёши ўртасида тўғридан-тўғри корреляцион боғлиқлик аниқланди, ёшга боғлиқ беморларда ёндош патология, хусусан юрак-қон томир патологияси индексининг қийматиға ҳисса қўшишни истисно қилиш мумкин эмас.

Кузатув охирида ТРГН бўлган беморларда VDI индекси ТРГН бўлмаган беморлар билан солиштирилганда буйракларнинг қайтмас шикастланишининг кучли намоён бўлиши туфайли ишончли равишда юқори бўлди.

BVAS шкаласини қўллаш ёрдамида барча 60та беморларда касалликнинг зўрайиши ёки ремиссиясининг борлиги баҳоланди. BVASнинг ўртача қиймати 2,7 баллни ташкил этди. Минимал қиймат - 0 балл, максимал-18 балл.

25 ёшдан 80 ёшгача бўлган 32 беморларда (11 эркаклар ва 21 аёллар) BVAS шкаласи бўйича 2 ёки ундан ортиқ балл аниқланди, бу касалликнинг зўрайиши деб баҳоланди. Беморлар ушбу гуруҳининг ўртача ёши $50,84 \pm 14,07$ ёшни ташкил этди, ёш бўйича медиана - 51,5 ёш. ПАГ ремиссияси 18 ёшдан 77 ёшгача бўлган 28 беморларда (10 эркаклар ва 77 аёллар) аниқланди. Беморларнинг ушбу гуруҳидаги ўртача ёш $46,71 \pm 17,27$ ни ташкил қилади, ёш бўйича медиана 49,5 ёш. VDI индексининг ўртача қиймати $11,35 \pm 5,06$ ни ташкил этди. ПАГ билан касалланган 46 (76,7%) беморларда АНЦА аниқланди.

ПАГ нинг клиник туриға қараб клиник-лаборатор ўзгаришлар ўрганилганда тарқоқ турида васкулитнинг фаоллик индекси (BVAS) ва аъзоларнинг шикастланиш индекси (VDI) маҳаллий туриға нисбатан юқорилиги қайд этилди (1-расм).

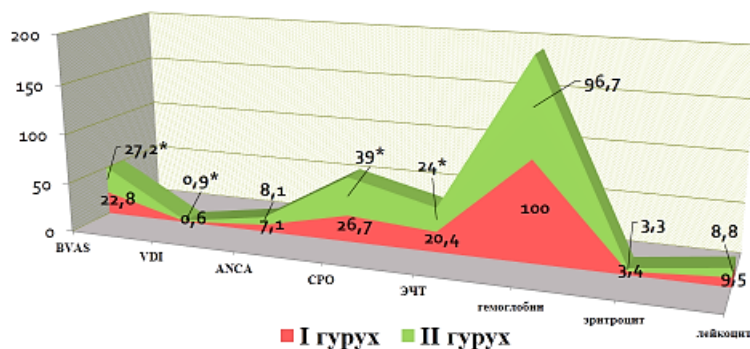


1-расм.

Беморларнинг клиник ва лаборатор кўрсаткичларини гуруҳлар бўйича солиштира таҳлил қилинганда: касалликнинг тарқоқ турида фаоллик индекслари ва лаборатор кўрсаткичлар (ЭЧТ ва СРО) ишончли равишда юқорилиги аниқланди (2-расм).

Хулоса: ПАГнинг маҳаллий ва тарқоқ турларида таргет даволашда циклофосфамид ва метилпреднизолон билан ўтказилган пульс терапия, касаллик фаоллиги ва BVAS кўрсаткичларининг пасайишига олиб келади.

Беморларнинг клиник ва лаборатор кўрсаткичларини гуруҳлар бўйича солиштирма таҳлили (M±σ)



Изоҳ: * p<0,05- I гуруҳ кўрсаткичларига нисбатан ишончли тафовут

2-расм.

Адабиётлар

1. Буланов Н.М., Новиков П.И., Литвинова М.А., Моисеев С.В. Эволюция классификации системных васкулитов: от эпонимов к современным критериям. Терапевтический архив.-2022.- №94(5).-С.704-708. DOI:10.26442/00403660.2022.05.201503

2. Зияева Ф. К. и др. Особенности поражения нервной системы при анкилозирующем спондилоартрите // Терапевтический вестник Узбекистана. – 2023. – С. 102-103.

3. Касимова М. Б., Пулатова Ш. Б. Сочетаемость ревматоидного артрита с другими заболеваниями // Дни ревматологии в Санкт-Петербурге-2018. – 2018. – С. 94-96.

4. Щекина С.А., Балыкова Л.А., Селезнева Н.М. Гранулематоз с полиангиитом. Клиническая медицина.-2020.- №98(5).-С.378-382. doi: http://dx.doi.org/10.30629/0023-2149-2020-98-5-378-382

5. Berdiyeva D.U. Assessment of clinical and diagnostic indicators of Grunulematosis with Polyangiitis // British Medical Journal. – 2021.-Vol-1.- №. 2. – P. 238-249.

6. Djurayeva E.R., Normuradov A.D. Importance of coronavirus infection (covid-19) in the development of systemic vasculitis // Advanced performance materials. – 2023. -Vol. 2. -№. 1. – P. 7-12.

7. Guillevin L. The Five-Factor Score revisited: assessment of prognoses of systemic necrotizing vasculitides based on the French Vasculitis Study Group (FVSG) cohort / L. Guillevin [et al.] // Medicine (Baltimore). – 2011. – Vol. 90. – № 1. – P. 19-27.

8. Guillevin L., Pagnoux C., Karras A., et al. Rituximab versus azathioprine for maintenance in ANCA-associated vasculitis. NEJM.-2014.-№71(19).-P.1771-80.

9. Hellmich B. EULAR recommendations for conducting clinical studies and/or clinical trials in systemic vasculitis: focus on anti-neutrophil cytoplasm antibody-associated vasculitis / B. Hellmich [et al.] // Annals of the rheumatic diseases. – 2007. – Vol. 66. – № 5. – P. 605-617.

10. Holle J.U. Prospective long-term follow-up of patients with localised Wegener’s granulomatosis: does it occur as persistent disease stage? vasculitides // Annals of the rheumatic diseases. – 2010. – Vol. 69. – № 11. – P. 1934-1939.

11. Holle J.U., Gross W.L., Latza U., Nölle B., Ambrosch P, Heller M, et al. Improved outcome in 445 patients with Wegener’s granulomatosis in a German vasculitis center over four decades. // Arthritis Rheum 2011. – №63. – P.257-66.

12. Holle J.U. Rituximab for refractory granulomatosis with polyangiitis (Wegener’s granulomatosis): comparison of efficacy in granulomatous versus vasculitic manifestations // Annals of the rheumatic diseases. – 2012. – Vol. 71. – № 3. – P. 327-333.

13. Iannella G. et al. Granulomatosis with polyangiitis and facial palsy: Literature review and insight in the autoimmune pathogenesis. Autoimmun Rev. 2016.-Vol.15.- № 7.- P.621-31, ISSN 1873-0183 (Electronic) 1568-9972 (Linking). Available at: < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26851550 >

14. Kitching A.R, Anders H-J, Basu N, et al. ANCA-associated vasculitis. Nat Rev Dis Prim. -2020. -№ 6.-71p.

15. Luqmani R.A. et al. Birmingham Vasculitis Activity Score (BVAS) // QJM. 1994. -Vol. 87. -№ 11. -P. 671-8.

16. Tashpulatova M.M., Nabiyeva D.A., Djurayeva E.R., Akhmedova N.A. Diagnostic Significance of 14-3-3 η (Eta) Protein and MRI of Joints in Early Stage of Rheumatoid Arthritis // American Journal of Medicine and Medical Sciences. -2021.-№ 11(3).-P. 165-169.

ПОЛИАНГИИТЛИ ГРАНУЛЕМАТОЗНИНГ ФАОЛЛИГИ ВА ЗАРАРЛАНИШ КЎРСАТКИЧЛАРИНИ БАҲОЛАШ

Бердиева Д.У., Бабакулиева Ж.Я.

Мақсад: полиангиитли гранулематознинг фаоллиги ва зарарланиш кўрсаткичларини баҳолашдан иборат.

Материал ва усуллар: гранулематоз полиангиит билан касалланган 60 бемор кузатув остида бўлиб, улар 2018-2022 йилларда Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникасининг ревматология ва кардиоревматология бўлимларида даволанган ва артрология бўлимининг амбулатория поликлиника бўлимида кузатилган ва даволанган. **Натижалар:** барча 60 беморда касалликнинг биринчи бошланишида Бирмингем васкулит фаоллиги шкаласи (BVAS) ва кейинги давр охирида васкулитнинг шикастланиш индекси (ИПВ) бўйича фаоллик кўрсаткичлари ҳисоблаб чиқилган. Ўртача BVAS индекси 18 эди. Кузатув охирида медиан индекс (VDI) 3 эди. Буйрак (44%) ва ўпка (55%) лезёнлари BVAS нинг умумий қийматига катта ҳисса қўшди. **Хулоса:** гранулематоз полиангиитнинг маҳаллий ва диффуз турлари ни мақсадли даволашда сиклофосфамид ва метилпреднизолон билан пулс терапияси касаллик фаоллиги ва BVAS кўрсаткичларининг пасайишига олиб келади.

Калим сўзлар: гранулематоз полиангиит, васкулит фаоллигининг Бирмингем шкаласи, васкулитнинг шикастланиш индекси.