

ISSN 2181-5887



THERAPEUTIC HERALD OF UZBEKISTAN



O'ZBEKISTON
TERAPIYA AXBOROTNOMASI

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК
УЗБЕКИСТАНА

№ 4, 2024

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ШКАЛЫ NADS ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА <i>Хамраев А.А., Касимова М.Б., Нурмухаммедова Н.С., Гафурова С.Ш., Юлдашева У.Х.</i>	68
---	----

РЕВМАТОЛОГИЯ И НЕФРОЛОГИЯ

REVMATOID ARTRIT BILAN XASTA BEMORLARDA OSTEOPOROZNING XAVF OMILLARI <i>Aliaxunova M.Yu.</i>	72
REVMATOID ARTRITDA SELEKOKSIB PREPARATINING SAMARADORLIGINI BAHOLASH <i>Miraxmedova X.T., Solixov B.M.</i>	76
ОСТЕОАРТРИТ КАСАЛЛИГИДА МЕТАБОЛИК ЖИГАР ЁЎ КАСАЛЛИГИНИНГ АҲАМИЯТИ <i>Собирова Г.Н., Мирахмедова Х.Т., Саидрасулова Г.Б., Каримов М.М.</i>	80
ANKILOZLOVCHI SPONDILIT KLINIK KECISHINING O'ZIGA XOS XUSUSIYATLARI <i>Aliaxunova M.Yu.</i>	83
ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫХ ПОЛЕЙ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА У ВОЕННЫХ ЛИЦ <i>Камалова З.С., Хамрабаева Ф.И.</i>	90
ТИЗЗА БЎҒИНЛАРИ ЭРТА ОСТЕОАРТРИТИ, ТАШХИСЛАШ МЕЗОНЛАРИ ВА КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ <i>Абдураззакова Д.С., Набиева Д.А., Трофимов Е.А. Матчанов С.Х.</i>	94
NGAL КАК МАРКЕР ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК <i>Турсунова Л.Д., Жаббаров О.О.</i>	99
ТУРЛИ ПРОФИЛЛИ УЛЬТРАФИЛЬТРАЦИЯ УСУЛЛАРИДА ЎТКАЗИЛГАН ЭКСТРОКОРПОРАЛ ДЕТОКСИКАЦИЯ ФОНИДА РЕЖАЛИ ГЕМОДИАЛИЗ БЕМОРЛАРИДА ИНТРАДИАЛИЗ ГИПОТОНИЯ ЭПИЗОДЛАРИНИНГ МАНЗАРАСИ <i>Абдуллаев И.Ж., Сабиров М.А., Рашидова А.С., Барноев Х.Б.</i>	103
BUYRAK FUNKSIYASI BUZILGAN BEMORLARDA NOS3 GENINING T-786C POLIMORFIZMI EKSPRESSIYASIDAGI O'ZGARISHLAR <i>Zakirova G.A., Masharipova D.R., Boboev Q.T.</i>	109
ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА T-786C ГЕНА eNOS3 ПРИ РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТЕЙ <i>Жаббаров О.О., Хужаниязова Н.К., Турсунова Л.Д.</i>	117
СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИНИНГ ТУРЛИ БОСҚИЧЛАРИДА ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯГА БОҒЛИҚ РАВИШДА ДИСЭЛЕКТРОЛИТЕМИЯНИНГ ҲОЛАТИ <i>Сайитхонов С.М.</i>	121

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИДА АНТИАГРЕГАНТ ТЕРАПИЯ УЧУН ИНДИВИДУАЛ ГЕНОТИПЛАШНИНГ АҲАМИЯТИ <i>Ходжанова Ш.И., Аляви А.Л., Абдуллаев А.О.</i>	128
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С КАРДИОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ <i>Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Нуритдинова С.К.</i>	133
ПРИМЕНЕНИЕ БАЛЬНЕОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В СОВРЕМЕННЫХ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЯХ <i>Алиахунова М.Ю.</i>	143
РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ: ОПТИМИЗАЦИЯ ПОДХОДОВ К УЛУЧШЕНИЮ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ <i>Абдуллаев А.Х., Маткомбаров Ж.А., Аляви Б.А.</i>	150

ОСТЕОАРТРИТ КАСАЛЛИГИДА МЕТАБОЛИК ЖИГАР ЁҒ КАСАЛЛИГИНИНГ АҲАМИЯТИ

СОБИРОВА Г.Н., МИРАХМЕДОВА Х.Т., САИДРАСУЛОВА Г.Б., КАРИМОВ М.М.

*Тошкент тиббиёт академияси,
Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий-амалий
тиббиёт маркази, Тошкент, Ўзбекистон*

РЕЗЮМЕ**ЗНАЧЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИ-АССОЦИИРОВАННОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ**

Собирова Г.Н., Мирахмедова Х.Т., Саидрасулова Г.Б., Каримов М.М.

Ташкентская медицинская академия; ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», г. Ташкент, Узбекистан

Остеоартрит (ОА) считается многофакторным дегенеративным артритом. Такие факторы, как ожирение, хроническое воспаление низкой степени тяжести и резистентность к инсулину, являются ключевыми факторами в развитии и патогенезе ОА. Таким образом, было обнаружено, что ОА связан с рядом системных заболеваний, включая ожирение, сердечно-сосудистые заболевания, диабет 2 типа и метаболический синдром. Значение неалкогольной жировой болезни печени на основе метаболического синдрома изучается во многих научных исследованиях. В последнее время проводятся научные работы по изучению метаболически-ассоциированной жировой болезни печени (МАЗБП) и связанных с ней заболеваний. В данной научной работе изучено значение МАЗБП в течении ОА.

Ключевые слова: остеоартрит; метаболический синдром; МАЗБП; рентген; шкала ВАШ.

SUMMARY**SIGNIFICANCE OF METABOLIC-ASSOCIATED FATTY LIVER DISEASE IN OSTEOARTHRITIS**

Sobirova G.N., Mirakhmedova H.T., Saidrasulova G.B., Karimov M.M.

Tashkent medical academy, Republican specialized scientific – Practical medical center of therapy and medical rehabilitation Tashkent, Uzbekistan

Osteoarthritis (OA) is a multifactorial, degenerative arthritis. Factors such as obesity, low-grade chronic inflammation, and insulin resistance are key factors in the development and pathogenesis of OA. In summary, OA has been observed to associate with a number of systemic diseases, including obesity, cardiovascular disease, type 2 diabetes, and metabolic syndrome. The importance of non-alcoholic fatty liver disease based on metabolic syndrome is studied in many scientific studies. Recently, scientific work has been carried out to study metabolic-associated fatty liver disease (MAFLD) and related diseases. In this scientific work, the importance of MAFLD in the course of OA is studied.

Keywords: osteoarthritis; metabolic syndrome; MASLD; x-ray; VAS scale.

ХУЛОСА**ОСТЕОАРТРИТ КАСАЛЛИГИДА МЕТАБОЛИК ЖИГАР ЁҒ КАСАЛЛИГИНИНГ АҲАМИЯТИ**

Собирова Г.Н., Мирахмедова Х.Т., Саидрасулова Г.Б., Каримов М.М.

Тошкент тиббиёт академияси, Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий-амалий тиббиёт маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Остеоартрит (ОА) мултифакториал, дегенератив артрит ҳисобланади. ОАнинг ривожланишида ҳамда унинг патогенезида семизлик, паст даражали сурункали яллиғланиш ва инсулин резистентлик каби ҳолатлар асосий аҳамиятга эга. Жамланган маълумотларга кўра, ОА бир қатор тизимли касалликлар билан қўшилиб келиши кузатишга бўлиб, буларга семизлик, юрак-қон томир касалликлари, 2-тип қандли диабет ва метаболик синдром қабилар мисол бўлади. Метаболик синдром асосида жигар ноалкоголь ёғ касаллигининг аҳамияти кўплаб илмий тадқиқотларда ўрганилмоқда. Охириги вақтларда метаболик ассоцирланган жигар ёғ касаллиги (МАЗЖЁК)ни ва унга қўшилиб келган касалликларни ўрганишга доир илмий ишлар олиб борилмоқда. Ушбу илмий ишда ОА кечишида МАЗЖЁКнинг аҳамияти ўрганилади.

Калит сўзлар: остеоартрит; метаболик синдром; МАЗЖЁК; рентген; ВАШ.

Кириш. Остеоартрит (ОА) ревматологияда Энг қўп учрайдиган артритлардан бири саналиб, организмдаги йирик ва майда бўғимларнинг

ривожланиб боровчи дегенератив касаллигидир [1]. ОА турли хил клиник белгилар билан номён бўлувчи касаллик бўлиб, шикастланган

бўғимларнинг шиши, оғриғи, уларнинг қарахтлиги ва шикастланган бўғимларда ҳаракат су-сайиши каби клиник белгилар билан ривожланиб боради. Сурункали оғриқ ва шу билан бирга, юқоридаги клиник белгиларнинг намоён бўлиши оқибатида, беморларнинг ҳаёт сифати сезиларли даражада пасаяди. Одатда, ОА ёши улғу инсонларда кўп учрайди ва ёш улғайиб боргани сари ОАнинг пайдо бўлиш хавфи ортиб боради. Бироқ, ушбу касалликнинг ёшариши ва касалланиш ҳолатларининг ортиши, охириги вақтларда тез-тез учраши кузатилмоқда. Шунинг учун айтиш жоизки, ОАнинг ривожланишида жуда кўп омиллар аҳамиятга эга саналади. ОА нафақат қарилик касаллиги ҳисобланади, балки коморбид ҳолатларнинг қўшилиб келиши оқибатида касалликнинг оғирлашиши, жадал кечиши ва унинг шикасти кучайиши кузатилади. ОАнинг ривожланишида қатор омиллар аҳамиятга эга, уларга паст даражали сурункали яллиғланиш, семизлик, метаболик синдром кабиларни мисол келтириш мумкин. Юқоридаги омиллардан семизлик олимлар томонидан кўп ўрганилган бўлиб, семизлик бўғимларга механик таъсир кўрсатиши баъзи илмий тадқиқотларда исботланган [2].

Метаболик ассоцирланган жигар ёғ касаллиги (МАЗЁК) сурункали ҳолат бўлиб, жигарда ёғ тўпланиши оқибатида организмда метаболик бузилишлар содир бўлади. ҚД 2-тип, юқори тана вазни ёки семизлик каби ҳолатларнинг ривожланишида асосий патогенетик омил сифатида метаболик бузилишлар муҳим аҳамиятга эга бўлиб, МАЗЁК бу ҳолатни ноалкоголь жигар ёғ касаллигига нисбатан яққолроқ ифодалаб беради. МАЗЁК жигарга хос бўлган касалликлар асорати сирасига кирмайди [3, 4]. Ушбу тадқиқот ишида метаболик синдром ва метаболик ассоцирланган жигар ёғ касаллигининг ОА кечишига таъсири ўрганилади.

Тадқиқот усуллари. Тадқиқот 2023–2024 йилларда Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникасининг ревматология ва кардиоревматология бўлимларига ётқизилган ОА билан оғриган 70 нафар беморни ўз ичига олди. Тадқиқотда 45 ва 75 ёш ораллиғидаги тизза ва тос-сон бўғими ОА ташхиси тасдиқланган беморлар иштирок этишди. Касаллик давомийлиги ўртача 2 йилдан 10 йилгача бўлган беморлар тадқиқотга жалб этилди. Тадқиқотда иштирок этган беморларнинг 30% ининг анамнезида COVID-19 касаллигини ўрта ва оғир даражада ўтказганлиги маълум бўлди. COVID-19 ўтказган беморларда касаллик ПЦР текшируви ёрдамида тасдиқланган. Тадқиқотда иккиламчи ОА билан оғриган, бошқа ревматик касалликлардаги бўғим синдроми мавжуд ва руҳий ностабил беморлар ушбу тадқиқотда иштирок этишмади. Тадқиқотда иштирок этган беморлар 2 гуруҳга бўлинди: биринчи гуруҳ 40 нафар анамнезида травма олманган, тана масса индекси нормадан юқори бўлган,

метаболик синдром (II тип қандли диабет, семизлик, гипертония касаллиги) белгилари яққол ифодаланган ОАли беморлардан, иккинчи гуруҳ 30 нафар ОАли метаболик синдром белгилари аниқланмаган беморлардан ташкил топди. Барча беморларда клиник, функционал, лаборатор, инструментал текширув усуллари ўтказилди. Клиник ва функционал текширувлардан оғриқ интенсивлиги ВАШ шкаласи ва WOMAC саволномаси ёрдамида баҳоланди. Лаборатор текширувларга умумий қон, сийдик таҳлили, С-реактив оқсил (СРО), АЛТ, АСТ, гамма-глутамилтрансфераза, умумий билирубин, сийдик кислота миқдори, липид спектри (триглицерид-ТГ) аниқланди. Беморлар охириги овқатланишидан сўнг 8 соат интервалдан кейин тадқиқот учун қон зардоби йиғилди. Инструментал текширувлардан тизза ва чаноқ-сон бўғими олд-орқа кесмада рентген текшируви ўтказилди ва Келлгрэн-Лауренс бўйича таснифланди, бундан ташқари, метаболик жигар ёғ касаллигини баҳолаш мақсадида жигар ультратовуш текшируви ҳам ўтказилди. Беморларда метаболик синдромни баҳолаш мақсадида жигар ёғ индекси (ЖЁИ) дан фойдаланилди:

$$\begin{aligned} \text{ЖЁИ} = & (e(0,953 \cdot \ln(\text{TГ}) + 0,139 \cdot \text{ТМИ} + 0,718 \cdot \ln(\text{ГГТ}) + \\ & + 0,053 \cdot \text{ҚА} - 15,745)) / \\ & (1 + e(0,953 \cdot \ln(\text{TГ}) + 0,139 \cdot \text{ТМИ} + 0,718 \cdot \ln(\text{ГГТ}) + \\ & + 0,053 \cdot \text{ҚА} - 15,745)) \cdot 100 \end{aligned}$$

ЖЁИ < 30 лиги жигар ёғ касаллигининг аниқланмаганлигини, ЖЁИ > 60 лиги метаболик синдром мавжудлигини тасдиқлайди деб баҳоланди. Бундан ташқари, камида 2 та метаболик синдромнинг клиник белгилари мавжудлиги ҳам ҳисобга олинди. Олинган натижалар статистик таҳлили қилинди.

Натижалар. Тадқиқотда иштирок этган беморларнинг ўртача ёши 59,32±6,8 ёшни ташкил этди. Аёллар 84,3% ни, эркеклар 15,7% ни ташкил этди. Касаллик давомийлиги ўртача 5,7±3,4 йилдан иборат бўлди. Умумий беморларнинг 78,6% и тизза бўғимлари гонартрозидан, 21,4%и чоноқ-сон бўғимлари коксартрозидан азият чекишган. ОАли беморларда ўртача WOMAC шкаласида оғриқ 13,2±1,35 га, қарахтлик 4,20±2,26 га, функционал бузилишлар 43,8±12,3 га тенг бўлди. Беморларда оғриқ интенсивлиги ВАШ шкаласи рентген босқичлари бўйича ўрганилганда, энг юқори кўрсаткич рентгенологик III босқич беморларида ВАШ шкаласи I босқичда 4,1±0,5, II босқич аниқланган беморларда 6,24±0,7 ва III босқичда эса ушбу кўрсаткич 8,62±1,07 эканлиги аниқланди. I гуруҳ беморларида ўртача тана масса индекси 30,14±0,72, II гуруҳ беморларида эса ўртача тана масса индекси 27,1±1,3 эканлиги аниқланди. Беморларнинг АҚБ аниқланди ва САҚБ ҳамда ДАҚБ гуруҳларда солиштирилиб таҳлил қилинди (1-жадвал).

ОА мавжуд беморларнинг физиологик текширув натижалари

Кўрсаткичар	I гуруҳ	II гуруҳ	Кўрсаткичлар
САҚБ, мм.сим.уст.	122,35±5,75	145,71±8,52	p<0,026
ДАҚБ, мм.сим.уст.	78,61±4,22	92,45±5,42	p<0,048
Қорин айланаси, см	129,72±9,82	105,6±5,6	p<0,036
ТМИ, кг/м ²	30,17±0,75	27,1±1,3	p<0,045

Тадқиқотда иштирок этган беморларда ОАнинг кўрсаткичлари WOMAC оғриқ индекси, карахтлик, функционал етишмовчилик ва WOMAC тотал

индекси, шу билан бирга ВАШ оғриқ шкаласи ва НАҚ индекси баҳоланди (2-жадвал).

ОА мавжуд беморларда функционал текширув натижалари

Кўрсаткичар	I гуруҳ	II гуруҳ	Кўрсаткичлар
WOMAC оғриқ индекси	14,7±1,4	10,1±0,52	p<0,003
WOMAC карахтлик индекси	7,2±0,82	5,3±0,9	p<0,123
WOMAC функционал етишмовчилик индекси	58,7±3,2	42,36±0,12	p<0,000
WOMAC тотал индекси	85,76±2,41	62,57±1,82	p<0,000
ВАШ шкаласи	7,86±4,22	5,45±6,42	p<0,000
НАҚ индекси	2,5±0,54	1,8±0,21	p<0,095

Жадвалдан маълумки, метаболик синдром мавжуд беморларда ОАнинг нисбатан отирроқ ва жадалроқ кечиши кузатилади.

Тадқиқотда иштирок этган беморларда умум қабул қилинган лаборатор кўрсаткичлар аниқланди (3-жадвал).

ОА беморларида яллиғланиш кўрсаткичлари

Кўрсаткичар	I гуруҳ	II гуруҳ	Кўрсаткичлар
ЭЧТ, мм/с	19,53±1,24	15,47±1,43	p<0,036
СРО, мг/дл	13,75±2,37	8,19±1,28	p<0,043

ОА беморларида метаболик синдром, МАЖЁК ва жигар фаолиятини баҳолаш мақсадида барча беморларда қон биокимёвий таҳлили ўтқазилиб,

гуруҳларда ТГ, ГГТ, АЛТ, АСТ, умумий билирубин миқдори солиштирилди (3-жадвал).

ОА мавжуд беморларнинг биокимёвий қон таҳлили кўрсаткичлари

Кўрсаткичар	I гуруҳ	II гуруҳ	P кўрсаткич
ТГ	3,65±0,57	1,85±0,42	p<0,013
ГГТ	42,17±1,54	34,53±1,42	p<0,001
АЛТ	24,73±0,32	16,92±0,76	p<0,000
АСТ	37,61±2,34	24,78±1,64	p<0,000
Ум. билирубин	24,54±3,67	15,75±2,34	p<0,047

Беморларда ЖЁИ ҳисобланганда 44,3% беморларда ушбу кўрсаткичнинг мусбатлиги аниқланди.

Натижалар муҳокамаси. Ушбу илмий тадқиқот МАЖЁК ва остеоартрит ўртасидаги боғлиқликни ўрганишдан иборат бўлди. МАЖЁКни тасдиқлаш учун АҚБ, ТМИ, ҚА, ТГ ва жигар функционал тестидан фойдаланилди. ТМИ ва ОА ўртасида боғлиқлик тасдиғини топган бўлса-да, МАЖЁК билан ОА ўртасидаги боғлиқлик тўғрисидаги маълумотлар етарли эмас. МАЖЁК ЖНЁКнинг янги таърифи бўлиб, стеатоз, 2-тип ҚД билан ассо-

цирланади, шу билан бирга ТМИ, ҚА, ҚБ, ТГ, зичлиги юқори липопротеидлар, қондаги глюкоза миқдори ва СРОларнинг юқорилиги билан узвий боғлиқлиги мавжуд. МАЖЁК метаболик бузилишларни яққолроқ акс эттиради [5].

ОАда яллиғланиш медиаторлари таъсирида бўғим тоғайи, суяк ва синовиал парда шикастланади [6]. Бундан ташқари, мавжуд дислипидемия, организмда ғайритабиий ёғ тўпланишига олиб келиши, бу эса, ўз навбатида, ОАнинг ривожланишига туртки бўлиши бир қанча илмий тадқиқотларда

ўрганилган [7]. Тадқиқотимизда иштирок этган беморларда ҳам триглицеридлар, тана вазни, қорин айланасининг ортиши каби белгилар метаболик синдромнинг хавф омиллари мавжудлигини ифодаласа, бундан ташқари, яллиғланиш маркёрларининг баландлиги организмда сурункали паст даражадаги яллиғланишнинг мавжудлиги ОА ривожланишини яққол ифодалайди. Бундан ташқари, юқоридаги мавжуд ҳолатлар натижасида бемор-

ларда жигар ферментлар фаоллигининг юқори чегарада ортанлиги ҳам аниқланди.

ХУЛОСА

ОА мультифакториал касаллик бўлиб, мавжуд метаболик синдром белгилари, юқори тана массаси ва МАЖЁК клиник белгилари, касалликнинг ривожланишига ва унинг клиник функционал кўрсаткичларининг ортишига ва беморлар ҳаёт сифатининг камайишига сабаб бўлиши мумкин.

АДАБИЁТЛАР

1. Robinson W.H., Lepus C.M., Wang Q., Raghu, H., Mao, R., Lindstrom, T.M., & Sokolove, J. (2016). Low-grade inflammation as a key mediator of the pathogenesis of osteoarthritis. *Nature reviews. Rheumatology*, 12(10), 580–592. <https://doi.org/10.1038/nrrheum.2016.136>
2. King L.K., March, L., & Anandacoomarasamy, A. (2013). Obesity & osteoarthritis. *The Indian journal of medical research*, 138(2), 185–193.
3. Lim S., Kim J.W., & Targher G. (2021). Links between metabolic syndrome and metabolic dysfunction-associated fatty liver disease. *Trends in endocrinology and metabolism: TEM*, 32(7), 500–514. <https://doi.org/10.1016/j.tem.2021.04.008>
4. Аляви А.Л., Собирова Г.Н., Абдуллаев А.О., Шадманова Д.А. Пути преодоления трудностей в диагностике неалкогольной жировой болезни // *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. №218(10) 2023. С. 175–181. <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-218-10-175-181>.
5. Byrne C.D., Targher G. (2015) NAFLD: a multisystem disease. *J Hepatol* 62:S47–S64.
6. Berenbaum F., Eymard F., Houard X. (2013) Osteoarthritis, inflammation and obesity. *Curr Opin Rheumatol* 25. P. 114–118.
7. Xiong J., Long J., Chen X., Li Y., & Song H. (2020). Dyslipidemia Might Be Associated with an Increased Risk of Osteoarthritis. *Bio Med research international*. 2020. 3105248. <https://doi.org/10.1155/2020/3105248>

ANKILOZLOVCHI SPONDILIT KLINIK KECISHINING O'ZIGA XOS XUSUSIYATLARI

ALIAKHUNOVA M.YU.

«Respublika ixtisoslashtirilgan terapiya va tibbiy rehabilitatsiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi» DM, Toshkent, O'zbekiston

РЕЗЮМЕ

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА

Алиахунова М.Ю.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации» г. Ташкент, Узбекистан

У больных АС (62,8%) процесс протекает латентно, при этом может быть первично-латентное течение и вторично-латентное течение. Первично-латентное течение характеризуется скрытым, малосимптомным, постепенным началом без лабораторной активности и, как правило, с неуклонным прогрессирующим анкилозирующим процессом, при этом наблюдается изолированное поражение осевого скелета и поздняя диагностика заболевания. Вторично-латентное течение характеризуется наличием одной или нескольких длительных «ремиссий», наступающих после манифестного дебюта заболевания, во время которых происходит бессимптомное прогрессирование процесса.

Несмотря на характерные признаки: боль в спине воспалительного характера, снижение функционального статуса у лиц молодого возраста, – АС диагностируется в среднем через несколько лет после дебюта, что вполне согласуется с мировыми и российскими данными. Установлено, что у больных АС в случае наличия каких-либо внепозвоночных проявлений возрастает риск развития других системных проявлений. Поражение сердца у больных АС достоверно чаще выявляется при наличии увеита и артрита периферических суставов. Выявлено, что с длительностью заболевания возрастает частота изменений со стороны сердца и аорты. Наличие патологии аорты, клапанов сердца и нарушения внутрисердечной проводимости у больных АС не зависит от активности болезни, определяемой