

OSTEOPOROZNI DAVOLASHDA REVMATOID ARTRIT, ANKILOZLOVCHI SPONDILOARTRIT, TIZIMLI QIZIL BO‘RICH A KOMPLEKS YONDASHUVLARNI KLINIK XUSUSIYATLARI

Tuychiyev Sardor Azamatovich
Qarshi davlat universiteti stajyor-tadqiqotchi

Annatsiya: Ushbu maqola osteoporoz bilan kasallangan bemorlarni suyak zichligini kamayish sabablari va uni kuchaytiruvchi omillar, uni erta aniqlash, tashxislash mezonlari to‘g‘risida tatqiqot metodlari keltirilgan.

Kalit so‘zlar: Osteoporoz, osteopeniya, malabsorbsiya, densitometriya, revmatoid artrit, menopauza, osteonekroz, matriks.

Аннотация: В статье представлены методы исследования причин снижения плотности костной ткани у больных остеопорозом и факторов, повышающих ее, а также критерии ее раннего выявления и диагностики.

Ключевые слова: остеопороз, остеопения, мальабсорбция, денситометрия, ревматоидный артрит, менопауза, остеонекроз, матрикс.

Annotation: This article presents methods of research on the causes of bone density reduction in patients with osteoporosis and the factors that increase it, as well as the criteria for its early detection and diagnosis.

Key words: Osteoporosis, osteopenia, malabsorption, densitometry, rheumatoid arthritis, menopause, osteonecrosis, matrix.

OP dunyo bo‘ylab nogironlik, o‘lim va sog‘liqni saqlash xarajatlarining oshishiga sabab bo‘ladigan keng tarqalgan sabab sifatida ko‘riladi. XX asrda bu kasallik ko‘rinmas *epidemiya* deb nomlangan, chunki u odatda sinishlardan keyingina aniqlanadi. Asosiy qismi *postmenopauzal* va *senil osteoporozning* involyutsion shakllariga to‘g‘ri keladi, bu esa barcha uning turlarining 85% dan ortig‘ini tashkil etadi. Ko‘p mamlakatlarda 40 dan 50 yoshgacha bo‘lgan odamlar orasida osteoporotik sinishlar chastotasi oshayotgani ko‘zatilmoqda. Menopauza davrida ayollarning 40% gacha va 75 yoshdan oshgan har ikki jins vakillarining deyarli yarmi *osteopenik sindrom* [97, 108]. Son suyagining bo‘yin qismi sinishi keksalikda nogironlikning asosiy sabablaridan biridir. Son suyagining bo‘yin qismi singan bemorlarning 12% dan 24% gacha birinchi yil ichida vafot etadi [41, 47]. Qolganlarning 20 dan 50% gacha o‘zini-o‘zi xizmat qilish qobiliyatini yo‘qotadi [95, 69]. Ayollarda son suyagining bo‘yin qismi sinishidan o‘lim darajasi ko‘krak saratonidan o‘lim darajasi bilan teng [106]. Umuman olganda, OP keksalarda, ayniqsa past darajadagi jarohatlar ya‘ni umurtqa va son suyagining bo‘yin qismi sinishlarining 90% ga sabab bo‘ladi [70].

Kortikosteroidlarni qabul qilgan revmatoid artritli bemorlarning klinik xususiyatlari

GKS ning KM holatiga ta‘sirini o‘rganish vazifasini hisobga olgan holda, biz tizimli ravishda GKS qabul qilgan RA bemorlar guruhini alohida ko‘rib chiqishimiz kerak. Bizning namunamizda bunday bemorlarning soni 73 kishi yoki RA bilan kasallanganlarning umumiy sonining 25% ni tashkil etdi

1-jadval

Kortikosteroidlarni qabul qilgan RA bilan og‘rigan bemorlarda klinik va laboratoriya ko‘rsatkichlari (m±SD)

<i>Ko‘rsatkichlar</i>	<i>RA bo‘lgan gks qabul qilgan bemorlar (n=73)</i>
Yoshi	55,9±12,47
Kasallikning davomiyligi	10,1±7,3
Faollik darajasi	2,15±0,8
I daraja	2,8±0,87
II daraja	2,05±0,49
Menopauzaning davomiyligi	9±8,9
GKS qabul qilish davomiyligi	30,8
SOE mm/s	33,6±15,2
SRO mkg/ml	465,6±724
Gemoglobin g/l	123±13,5
Ertalabki karaxtlik	0,108±0,07
Bo‘g‘imlarni zararlanish indeksi	140±127
Bo‘g‘imlarni zararlanish soni	34±16

RA (revmatoid artrit) bilan kasallangan bemorlar, kasallikning kompleks davolashida GKS (glukokortikosteroidlar) qo‘llanilgan, immun-yallig‘lanish jarayonining yuqori klinik-laborator faoliyati bilan xarakterlanadi. Bu, ertalabki qattqlik, yuqori bo‘g‘im indeksi ko‘rsatkichlari, EChT (eritrositlarning cho‘kish tezligi), CRB (C-reaktiv oqsil), va aylanib yuruvchi immun komplekslarining (AIK) oshishi bilan namoyon bo‘ladi.

GKSni buyurish uchun quyidagi mezonlar xizmat qildi: kasallikning yuqori klinik-immunologik faoliyati; YUIQ (yallig‘lanishga qarshi nosteroid preparatlar) va asosiy terapiyaning o‘tkazilgan amaldagi davolashidan samara bo‘lmasligi; kasallikning yomonlashuvi, ta’sirlangan bo‘g‘imlar sonining oshishi va revmatoid vaskulitning klinik belgilarining mavjudligi; asosiy dori vositalaridan uzoq muddatli nojo‘ya ta’sirlarning mavjudligi, bu ularni bekor qilishni talab qildi.

GKSni qabul qilish muddati 6 oydan 230 oygacha bo‘ldi. Bemorlarning aksariyati GKSni kichik dozalarda (kuniga 2,5 dan 25 mg gacha) qabul qildi. RA bilan kasallangan bemorlarning ushbu tavsifi, tahlil qilingan guruh turli reproduktiv davrlardagi ayollar tomonidan taqdim etilganini ko‘rsatadi. Bu turli klinik namoyon bo‘lishlari bilan ajralib turar edi, bu esa KMB (kaltamodobius moddasining) holatiga keng qamrovli omillar ta’sirini o‘rganishga imkon berdi.

Sistemali qizil bo‘richa (SKV) bilan kasallangan bemorlarning klinik tavsifi

17 yoshdan 79 yoshgacha bo‘lgan (o‘rtacha yosh 44,13±13,13 yil) SKV bilan kasallangan 100 nafar ayol tekshirildi, kasallik davomiyligi 10,0±9,4 yil. Tadqiqotda reproduktiv davrning fazasiga qarab KMB holatini taqqoslash tahlili o‘tkazildi: 36 nafar premenopauza davridagi va 40 nafar postmenopauza davridagi bemorlarda suyak denzitometriyasi amalga oshirildi.

Tadqiqotga II-III darajadagi surunkali buyrak yetishmovchiligi, yomon arterial gipertenziya mavjud bo‘lgan bemorlar kiritilmadi, chunki terapiya (diuretik vositalar, surunkali dializ) mineral va suyak almashinuviga hamda KMB holatiga ta’sir qilishi mumkin edi.

SKV bilan kasallangan bemorlarga kompleks klinik-laborator va instrumental tekshirish o‘tkazildi, barcha hollarda SKV tashxisi SKV (ACA, 1982) diagnostik mezonlari asosida qo‘yildi. SKV bilan kasallangan bemorlarning klinik tavsifi 7-jadvalda keltirilgan, ishchi tasnifga muvofiq [13].

Jadval 2

SKV bilan kasallangan bemorlarning klinik tavsifi

<i>Ko'rsatgichlar</i>	<i>Bemorlar soni (n=100)</i>	<i>Umumiy miqdori %</i>
Kechishi:		
* o'tkir	5	5
* o'tkir osti	54	24
* surunkali	71	71
Faolligi:		
* I daraja	47	47
* II daraja	34	34
* III daraja	19	19
Tizimli zararlanishlar:		
– bo'g'imlar	99	99
– teri	70	70
– upka	41	41
– buyrak	35	35
– yurak	27	27
– nerv tizimi	41	41
– isitma	60	60
– Reyno sindromi	29	29

SKV bilan kasallangan bemorlarning klinik tavsifi

Tekshirilgan bemorlar orasida surunkali xususiyatga ega bo'lgan SKV (sistemali qizil yassi) bilan kasallanganlar (71%) ko'pchilikni tashkil etdi, ularning 47% kam darajada va 34% o'rtacha darajada faoliyat ko'rsatgan. Kasallikning klinik ko'rinishida bo'g'im sindromi artrologiya va artritlar shaklida (99%), shuningdek, teri o'zgarishlari (70%) ustunlik qildi. Teri zararlanishi xilma-xilligi bilan ajralib turardi. Shunday qilib, bemorlarning 14% yuzda "kapalak" tipidagi eritema, 12% diskoid qizil yassi, 12% fotodermatoz, 14% alopesiya, 4% retikulyar livido bilan namoyon bo'ldi. Gemorrogik vaskulit, uzoq muddatli shifo topmaydigan trofik yaralar, tugunli eritema, kapillyaritlar kabi teri sindromlari kuzatildi. Reyno sindromi 29% bemorlarda qayd etildi.

Lixoradka (isitma) yetarlicha tez-tez kuzatilgan va asosan subfebril xarakterga ega bo'lgan, faqat 5 bemorda febril darajada bo'lgan.

SKV bilan kasallangan bemorlarning 35% da buyrak zararlanishi diagnostika qilindi. Ularning siydik sindromida mo'tadil selektiv proteinuriya, sutkalik oqsil yo'qotilishi 2 g dan oshmagan, eritrositlar va silindruriya qayd etilgan. Rentgenografik tekshirish yordamida nafas olish organlarining zararlanishi 41% bemorda tasdiqlandi, ularning 28% quruq plevrit, 20% pnevmofibroza bo'lgan. 9 holatda o'pka zararlanishi birga kuzatilgan. 2 bemorda o'pka arteriyasining kichik shoxlarining tromboembolizasi qayd etilgan.

Yurak zararlanishi perikardit (17%), miokardit (6%), endokardit (3%), koronarit (2%) shaklida namoyon bo'lgan, bunda bir bemorda elektrokardiogrammada (EKG) o'tkir miokard infarkti turi bo'yicha o'zgarishlar aniqlangan. Yurak zararlanishining tasdiqlanishi EKG, Xolter monitoringi, exokardiografiya va qonning biokimyoviy tekshirishlari (kreatinfosfokinaza, laktatdehidrogenaza, aspartataminotransferaza) yordamida amalga oshirilgan.

Asab tizimi zararlanishi 41% holatda diagnostika qilingan. SKV bilan kasallangan bemorlar orasida markaziy asab tizimi o'zgarishlari (24%) ko'pchilikni tashkil etgan. Shunday qilib, serebrovaskulit holatlari o'z ichiga olingan, o'tkinchi bosh og'rig'idan tortib epileptik tutqanoqlar bilan generalashtirilgan tutqanoq sindromigacha (4% holatda), o'tkir miya qon aylanishining buzilishi (4%), dinamik miya qon aylanishining buzilishi (1%) kuzatilgan.

ILM FAN YANGILIKLARI KONFERENSIYASI

30-IYUL

ANDIJON, 2024

Periferik asab tizimi o'zgarishlari sensor polineyropatiya (17%) shaklida namoyon bo'lgan. Barcha holatlarda bemorlar nevropatolog tomonidan ko'rib chiqilgan.

SKV bilan kasallangan bemorlarning og'irlik darajasi polisinromnost (ko'p sindromli) va kasallikning yomonlashuviga moyilligi bilan bog'liq edi. Shuni ta'kidlash kerakki, ushbu guruhdagi barcha bemorlarda 4 va undan ortiq organ va tizimlarning zararlanishi kuzatilgan.

SKV bilan kasallangan bemorlarni davolash GKS ni (glukokortikosteroidlarni) kasallikning faoliyat darajasi va xarakterini hisobga olgan holda, maksimal yoki yordamchi dozalarda tayinlashdan iborat edi (jadval 8). SKV bilan kasallanganlar guruhida GKS ning umumiy kumulyativ doza prednizolon miqdoriga teng bo'lib, 29441 ± 47383 mg tashkil etdi.

Jadval 3

SKV bilan kasallangan bemorlar uchun o'tkazilgan asosiy terapiya

Dori vositalar	Bemorlar soni (n=100)	Umumiy miqdori %
Prednizolon	95	95
Delagil	14	14
Puls terapiya GKS	21	21
Siklofasfan	19	8
Azatioprin	9	19
Xlorbutin	8	9
Puls terapiya GKS+ Siklofasfan	2	2

Kasallikning yomonlashuvi va organlarning zararlanishi bilan sitostatik immunosupressantlar qo'llanildi, 36 bemorda (36%). Yuqori darajadagi SKV faoliyati bilan kasallangan bemorlarga metilprednizolon bilan puls-terapiya (21%) o'tkazildi, metilprednizolon va siklofosfan bilan birgalikda puls-terapiya (2%) qo'llanildi, keng tarqalgan ekstrakorporal gemokorreksiya (plazmaferez) usullari ishlatilgan.

AS (ankilozlovchi spondiloartrit) bilan kasallangan bemorlar guruhiga 17 yoshdan 65 yoshgacha bo'lgan 37 nafar erkaklar kiritilgan (o'rtacha yosh $44,2 \pm 11,5$ yil), kasallik davomiyligi $14,5 \pm 7,65$ yil. AS bilan kasallangan bemorlarning klinik tavsifi 9-jadvalda keltirilgan, ishchi tasnifga muvofiq [1].

Jadval 4

AS bilan kasallangan bemorlarning klinik tavsifi

Ko'rsatgichlar	Bemorlar soni	Umumiy soni %
Kasallikni kechishi:		
– Sekin rivojlanuvchi	29	78,4
– Tez rivojlanuvchi	5	13,5
– Psevdoseptik variant	3	8,1
Faollikgi:		
– I	10	27,0
– II	15	40,5
– III	12	32,5
Darajasi:		
– I	4	10,8
– II	23	62,2
– III	10	27,0
Tizimli zararlanish:		
– Periferik bo'gimlar zararlanishi	26	70,3
– Upka	2	5,4
– Yurak	7	19,0

– Ko‘z	10	27,0
– Isitma	10	27,0
– Vazn yo‘qotish	16	43,2
– Limfadenopatiya	3	8,1

Barcha bemorlarda diagnoz diagnostik kriteriyalar asosida tasdiqlangan (ASYA, 1988) [277]. Tadqiqot guruhi tarkibiga kasallikning kechishi progressiv xarakterga ega bo‘lgan bemorlar kiritildi. Tizimli ko‘rinishlar orasida ko‘zlarning patologik jarayonlarga ko‘proq jalb etilishi (27,0%) kuzatildi. 6 bemorda iridosiklit, 3 bemorda kon'yunktivit, 1 bemorda episklerit aniqlangan. Vazn yo‘qotish (43,2%) va isitma (27,0%) faqat tizimli zararlanish belgisi sifatida emas, balki yallig‘lanish jarayonining faoliyat darajasini aks ettiruvchi ko‘rsatkichlar sifatida baholandi. Umurtqa pog‘onasi zararlanishi barcha hollarda kuzatildi, shundan 17 bemorda (46,0%) IV rentgenologik bosqich (ankilozlash) mavjud edi. Bir yoki ikki tomonlama sakroileitning rentgenologik belgilar ham 100% hollarda aniqlangan. Koksartroz ko‘rinishidagi asoratlar 5 bemorda (13,5%) kuzatilgan.

E‘tiborga loyiq jihati shuki, kasallikning birinchi belgilaridan (umurtqa pog‘onasi yoki periferik bo‘g‘imlardan) to‘ yakuniy diagnoz qo‘yilishigacha $6,2 \pm 3,8$ yil (1 yildan 15 yilgacha) o‘tgan. 12 bemor (32,4%) nogiron bo‘lgan (III guruhda 3 kishi, II guruhda 8 va I guruhda 1 kishi). Nogironlik kasallik boshlanganidan keyin 1 yildan 7 yilgacha bo‘lgan davrda aniqlangan.

AS bilan kasallangan bemorlarni kompleks terapiya NSVPni o‘z ichiga olgan, yuqori toksiklikka qaramasdan, kuchli og‘riq qoldiruvchi ta’siri tufayli indometatsin afzal ko‘rilgan. 21 bemorga (56,7%) asosiy terapiya immunosupressiv preparatlar bilan o‘tkazilgan. Kasallikning turli bosqichlarida salazopreparatlar (sulfasalazin) 61,9% hollarda, shuningdek, metotreksat (19,1%), siklofosfan (9,5%), delagil (9,5%) (jadval 10) ko‘proq tayinlangan.

Kasallikning progressiv xarakterini va yallig‘lanish jarayonining yuqori darajasini hisobga olib, 5 bemor (13,5%) kompleks terapiya doirasida kuniga 10 dan 20 mg gacha dozada GKS qabul qilgan. 3 bemorda kasallik psevdoseptik variantda febril isitma, sezilarli vazn yo‘qotish, limfadenopatiya, disproteinemiya, ESRning 50 mm/soatdan yuqori darajada barqaror ko‘tarilishi bilan kechgan. Ushbu hollarda bemorlarga metilprednizolon (kursiga 3,0 g) va siklofosfan (kursiga 1,0 g) kombinatsiyasi bilan puls-terapiya yil davomida har 3 oyda o‘tkazilgan.

Jadval 5

AS bilan kasallangan bemorlarning kompleks terapiyasi

Dori vositalar	Bemorlar soni (n=37)	Umumiy miqdori %
NYaQV	31	83,8
GKS	5	13,5
Sulfasalazin	13	35,1
Metotreksat	4	10,8
Siklofosfan	2	5,4
Delagil	2	5,4
Puls terapiya GKS + siklofasfan	3	8,1

Osteoartroz bilan kasallangan bemorlarning klinik tavsifi

Tadqiqotda 47 yoshdan 75 yoshgacha bo‘lgan 81 nafar ayol (o‘rtacha yosh $57,7 \pm 7,55$ yil) ishtirok etdi, ular birlamchi (idiopatik) OA bilan $8,8 \pm 6,5$ yil davomida azob chekishgan. Tadqiqot paytida barcha bemorlar postmenopauza davrida edilar, shundan 4 bemorda menopauza induksiyalangan (ovario- va gistarektomiya). Xalqaro kasalliklar tasnifi X qayta ko‘rib chiqish [4] ga muvofiq, 46 bemorda (56,8% hollarda) kasallik polioartroz turida, ya’ni patologik jarayonga 4 yoki undan ko‘p bo‘g‘imlarning jalb qilinishi bilan kechgan. 11

bemorda (13,6%) asosan tizza bo‘g‘imlari, 7 bemorda (8,6%) esa son bo‘g‘imlari zararlangan, 63 bemorda (77,8%) tizza va son bo‘g‘imlarining birgalikda zararlanishi qayd etilgan (11-jadval). 24 bemorda reaktiv sinovit (artrozartrit) kuzatilgan. Geberden va/ yoki Busher tugunlari 34 bemorda (41,9%) mavjud edi. Hamroh patologiya asosan gipertoniya kasalligi (37,0%), yurak ishemik kasalligi (34,6%) bilan namoyon bo‘lgan. Ko‘pincha safro toshi kasalligi (18,5%), buyrak toshi kasalligi (17,3%) va oshqozon va 12 barmoqli ichak yarasi kasalligi (9,9%) diagnostika qilingan.

Jadval 6

Osteoartroz bilan kasallangan bemorlarning klinik tavsifi

<i>Ma'lumotlar</i>	<i>Ko'rsatgichlar</i>
Shikastlanish joylari:	
– tizza bo‘g‘imi	13,6%
– son bo‘g‘imi	8,6%
– Tizza va son bo‘g‘imlari	77,8%
– polioartroz	56,8%
Yoshi	57,7±7,55
Kasallik davomiyligi	8,8±6,5
Rentgenologik daraja:	
– I	27,2%
–	38,3%
– III	30,8%
– IV	3,7%
Bo‘g‘imlarni funksional buzilishi:	
– I	35,8%
–	59,3%
– III	4,9%

Statsionarda davolash og‘riq qoldiruvchi va yallig‘lanishga qarshi terapiya o‘tkazish, NPVP, fizioterapevtik muolajalar va davolovchi jismoniy tarbiya (LFT) orqali amalga oshirildi. Meditsina davolash usullaridan qo‘shimcha ravishda markaziy ta'sirga ega bo‘lgan miorelaksantlar (midokalm, sirdalud), turli ta'sir mexanizmlariga ega bo‘lgan tomir dorilari (pentoksifillin, nikotin kislotasi, trental) qo‘llanildi. 22 bemorga (27,2%) OA kompleks terapiyasida hondroprotektorlar (strukturum, Dona, rumalon) kurslarda yoki doimiy ravishda ishlatildi. 7 bemorga tizza bo‘g‘imlarida artrozartrit belgilari bilan alflutop ichki bo‘g‘imga kiritildi.

RA, SKV, AS va OA bilan kasallangan bemorlarni klinik tekshirishda Amerika Revmatologiya Kolleji tomonidan tavsiya etilgan kasalliklarni diagnostika qilish kriteriyalari, shuningdek, faoliyat va remissiya baholash kriteriyalari asos qilib olindi [34, 60, 124, 136, 227, 305, 381, 405, 422]. Bemorlarning holati klinik ma'lumotlar (umumiy holati, organlar va tizimlar bo‘yicha fizik tekshirish natijalari), shuningdek, laboratoriya va instrumental tekshiruvlar natijalari bo‘yicha baholandi.

Ob'ektiv tekshiruv davomida bemorlarning quyidagi organlar va tizimlarning tizimli zararlanish belgilari izlanishiga alohida e'tibor qaratildi: teri va ko‘rinadigan shilliq pardalar (teri eritemasi, enantema, diskoid qizil yugurigi elementlari, raqamli angitits, Reyno sindromi va boshqalar), limfoid organlar (periferik limfadenopatiya, splenomegaliya), o‘pka (pnevmo-fibroz, plevrit), yurak (miokardiodistrofiya, miokardit, endokardit) va boshqalar. RA bilan kasallangan barcha bemorlarga bo‘g‘im sindromini bo‘g‘im indeksi, bo‘g‘im hisoblari, ertalabki qotib qolishning davomiyligi, shuningdek, og‘riq va kasallik faoliyatining umumiy bahosi bo‘yicha bemor va shifokor tomonidan baholash orqali baholandi. Qo‘llab-quvvatlash

ILM FAN YANGILIKLARI KONFERENSIYASI

30-IYUL

ANDIJON, 2024

apparati holatini baholash usullari ILAR (International League Against Rheumatism) tomonidan tasdiqlangan va kasallik monitoringi uchun tavsiya etilgan. AS holatida umurtqa pogʻonasini baholash uchun Tomayer, Shoher sinovlari oʻtkazildi, iyak-toʻsh suyagi masofasi oʻlchandi.

Bundan tashqari, RA bilan kasallangan bemorlarning hayot sifati SF-36 soʻrovnomasi asosida baholandi [410]. Tadqiqot guruhidagi bemorlarga boʻyicha antropometrik oʻlchovlar amalga oshirildi, ular asosida tana massasi indeksi (BMI, Kettle indeksi) aniqlanib, tana massasi boʻyicha xalqaro tasnifga muvofiq kategoriyalarga boʻlindi (Physical Status, 1995): $<18,5 \text{ kg/m}^2$ - vazn kamaygan, $18,5-24,9 \text{ kg/m}^2$ - norma, $25,0-29,9 \text{ kg/m}^2$ - vazn oshgan, $30,0 \text{ kg/m}^2$ va yuqori - semizlik.

Immunologik status tekshiruvi Shahar revmatologik markazi va Rossiya Gematologiya va Transfuziologiya institutlarining laboratoriyalarida oʻtkazildi. Immunologik tekshirish umumiy komplement, G, A va M sinf immunoglobulinlari, turli molekulyar ogʻirlikdagi SRO, revmatoid faktor (RF) va antinuklear (ANF) omillar, nativ DNK ga qarshi antitanachalar, qon zardobidagi IL-6 konsentratsiyasi va periferik qon mononuklearlari supernatantlarida ishlab chiqarishni aniqlashni oʻz ichiga oldi. IL-6 darajasini immunoferment tahlil (IFA) usuli bilan aniqlash uchun Fransiyaning "IMMUNOTECH" ishlab chiqarilgan test tizimlari ishlatilgan. Fosfor-kaltsiy almashinuvi qon zardobidagi umumiy va ionlashgan kaltsiy darajasi, kunlik kaltsiy va fosfor ajralishi bilan baholandi.

Kaltsiy regulyatsiya qiluvchi gormonlardan qon zardobidagi paratiroid gormoni va 25-gidroksivitamin D3 konsentratsiyasi aniqlangan.

Suyak metabolizmi suyak metabolizmi biokimyoviy markerlarini aniqlash asosida immunoferment test tizimi yordamida oʻrganildi, Metra Biosystems, USA kompaniyasi tomonidan ishlab chiqarilgan. Qon zardobidagi osteokalsin (NovoCalcin toʻplami) yangi sintetik osteoid ishlab chiqarish intensivligini aks ettiradi, yaʼni suyak hosil boʻlish jarayonini. Suyak rezorbsiyasi holati siydik bilan ajraladigan deoksipiridinolin darajasi (Pyrilinks toʻplami) orqali aniqlangan, bu orqali etuk kollagen fibrillari tuzilishi barqarorlashadi.

Instrumental tekshirish usullari EKG, koʻkrak qafasi organlari va zararlangan boʻgʻimlarning rentgenografiyasi, parenximatov organlarning ultratovush tekshiruvi oʻz ichiga olgan. Koʻrsatmalarga koʻra fibrogastroduodenoskopiya, ehokardiografiya amalga oshirildi.

RA, SKV, AS va OA bilan kasallangan barcha bemorlarda zararlangan boʻgʻimlarning rentgenografiyasi eksudativ va proliferativ yalligʻlanish tabiatini aniqlash, kasallikning erta belgilari va jarayon bosqichini baholash, shuningdek, eroziyaviy-destruktiv oʻzgarishlarning dinamikasini baholash uchun amalga oshirilgan. Natijalar Shtaynbrokerning modifikatsiyalangan tasnifi yordamida baholandi, OA bilan kasallangan bemorlar uchun esa J. Kellgren va J. Lawrence tomonidan [207]. AS bilan kasallangan barcha bemorlarda umurtqa pogʻonasining rentgenogrammasi 2 proektsiyada bajarildi.

Oʻtkir bel ogʻriq epizodlari mavjudligi haqida maʼlumotga ega bemorlarda koʻkrak va bel umurtqa pogʻonasi boʻlimlarining rentgenografiyasi amalga oshirildi, ogʻriq sababini aniqlash va osteoporoz bilan bogʻliq umurtqa deformatsiyalarini aniqlash uchun rentgenomorfometrik tahlil oʻtkazildi [3].

Suyak toʻqimasi zichligi ultratovushli osteodensitometr "Achilles+Solo" (Lunar Corp., Madison, USA) yordamida aniqlangan. Haftalik yoki har 100 tekshirishdan soʻng apparat kalibrash ishlab chiqaruvchi tomonidan taqdim etilgan fantom yordamida amalga oshirildi. Tadqiqot sohasi tovon suyagi edi. T-kriteriy qiymatini baholash - sogʻlom yosh ayollar koʻrsatkichlaridan standart ogʻish (SD) bilan ifodalangan, bemorlar quyidagi klinik kategoriyalarga ajratilgan: normal suyak massasi ($T > -1SD$), kamaygan suyak massasi yoki osteopeniya ($-2,5 < T < -1$) va osteoporoz ($T < -2,5 SD$) JSST tavsiyalariga koʻra (1994). Z-kriteriy sogʻlom nazorat guruhining yoshdagi ayollardan ogʻishini standart ogʻishlarda ifodalagan. Bunda oʻsha yoshdagi sogʻlom nazorat guruhining kavkazoid ayollar (oq tanli

nemis ayollar) ma'lumotlar bazasi ishlatilgan, osteodensitometrqa qo'shimcha dasturiy paketda taqdim etilgan.

Tadqiqot natijalarini statistik ishlash uchun Microsoft Excel, Ver.7.0 (1993-1995) va Statistica/w 5.0 dasturiy paketlari qo'llanildi. Statistik tahlil boshlanishidan oldin barcha miqdoriy ko'rsatkichlar taqsimotning normaligi tekshirildi. Ikki tanlovda miqdoriy ko'rsatkichlarni taqqoslash uchun juft bo'lmagan Student t-testi, sifat ko'rsatkichlari uchun esa ketma-ketlik jadvallari (χ^2 kriteriyasi) va Yatesning uzluksizlik uchun tuzatishlari qo'llanildi.

Turli parametrlar o'rtasidagi korrelyatsiyalarni chiziqli regressiya orqali Pearson korrelyatsiya koeffitsientlari va Spearman reyting korrelyatsiyasi hisoblash orqali o'rganildi. RA bilan kasallangan bemorlarda umurtqa pog'onasining siqilish sinishi rivojlanishiga alohida xavf omillarining ta'siri logistik regressiya tahlilida aniqlanib, ma'lum bir omil mavjudligida sinish xavfi ulushiga (OR - odds ratio) qarab ifodalangan, ya'ni xavf omiliga ega shaxsda sinish xavfi bu omilga ega bo'lmagan shaxsga nisbatan necha marta yuqori ekanligini ko'rsatadi. RA bilan kasallangan bemorlarda KM holatini prognoz qilish eksperimental ravishda tanlangan polinomial regressiya modeli asosida amalga oshirildi, bu model yoshga qarab T-kriteriy bo'yicha KM o'zgarishlar dinamikasini eng to'liq va aniq aks ettiradi.

Olingan ma'lumotlar arifmetik o'rtacha \pm standart og'ish (SD) yoki foizlarda taqdim etilgan. $P < 0,05$ qiymatida farqlar ahamiyatli deb hisoblangan.

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Wegener L. Ikki tomonlama tizza osteoartriti bo'lgan odamlarda statik va dinamik muvozanat javoblari / L. Wegener, C. Kisner, D. Nichols // J. Ortop. Sport fizikasi. U erda. - 1997. - 25-jild, N1. - B.13-18.
2. Vaynshteyn R.S. Trabekulyar kengligining qisqarishi va trabekulyar oraliqlarning ortishi qarish bilan suyaklarning yo'qolishiga yordam beradi / R.S. Vaynshteyn, M.S. Hutson // Suyak. - 1987. - 8-jild, N3. - B.137-142.
3. Westby M.D. Revmatoid artritli ayollarda prednizon I MD ni past dozada qabul qiladigan mashqlar dasturining samaradorligini baholash uchun randomize nazorat ostida sinov. Vestbi, J.P. Veyd, K.K. Rangno va boshqalar.// J. Rheumatol. - 2000. - 27-jild, N7. - P.1674-1680.
4. Westhovens R. Romatoid artritdagi tana tarkibi / R. Westhovens, J. Nijs, V. Taelman, va boshqalar.// Br. J. Revmatol. - 1997. - 36-jild, N4. . 444-448-bet.
5. Weyand C.M. Gigant hujayrali arteritni davolash: interleykin-6 kasallik faolligining biologik belgisi sifatida I C.M. Veyand, J.V. Fulbrayt, G.G. Hunder, va boshqalar.// Artrit Rheum. - 2000. - 43-jild, N5. - P.1041-1048.
6. Weyand C.M. Romatoid artritning patogenezi / C.M. Veyand, J.J. Goronzi // Med. Klin. Shimoliy Am. - 1997. - 81-jild, N1. - B.29-55.
7. Whalen R.T. Jismoniy faollikning tanaga ta'siri suyak zichligini tartibga solish I R.T. Whalen, D.R. Karter, C.R. Steele // J. Biomech. - 1988. - 21-jild, N10. - P.825-837.
8. Uitfild J.F. Paratiroid gormonining suyak qurish harakati: osteoporozni davolash uchun ta'sir / J.F. Uitfild, P. Morli, G.E. Uillik // Giyohvand moddalarning qarishi. - 1999. - jild. 15, N2. - 117-129-betlar.
9. Willing M. Suyak mineral zichligi va uning oq ayollardagi o'zgarishi: estrogen va vitamin D retseptorlari genotiplari va ularning o'zaro ta'siri / M. Willing, M. Sowers, D. Aron, va boshqalar // J. Bone Miner. Res. - 1998. - jild. 13, N4. - P.695-705.
10. Wluka A.E. To'g'ridan-to'g'ri standartlashtirilgan baholash bilan solishtirganda tibbiy yozuvlarni tekshirish orqali tizimli qizil yuguruk kasalligi faoliyatini baholash I A.E. Vluka, M.H. Liang, A.J. Partridge va boshqalar. // Artrit Rheum. - 1997. - Vol.40, N1. - P.57-61.

ILM FAN YANGILIKLARI KONFERENSIYASI

30-IYUL

ANDIJON, 2024

11. Yamamoto M. Gipokalsemiya kuchayadi va giperkalsemiya kalamush I M. Yamamoto, T. Igarashi, M. Muramatsu va boshq.// J. Klinda paratiroid gormoni xabarchi RNKning barqaror holat darajasini pasaytiradi. Invest. - 1989. - Vol.83, N3.-P.1053-1056.
12. Yang R.S. Kalamushlarda mahalliy prostaglandin E2 tomonidan suyak o'sishining oshishi I R.S. Yang, T.K. Liu, S.Y. Lin-Shiau // Kalsif. Tissue Int. - 1993. - 52-jild, N1. -B.57-61.
13. Yelin E. Romatoid artrit va osteoartritning ta'siri: revmatoid artrit va osteoartritli bemorlarning nazorat bilan solishtirganda faoliyati / E. Yelin, D. Lubeck, H. Holman, va boshqalar. // J. Rheumatol. - 1987. - 14-jild, N4.-P.710-717.
14. Yosh D. 10 yoshdan 26 yoshgacha bo'lgan ayollarda suyak massasining aniqlovchilari: egizak tadqiqot / D. Young, J.L. Xopper, C.A. Nowson, va boshqalar.// J. Bone Miner. Res. - 1995. - 10-jild, N4. - P.558-567.
15. Zanelli J.M. Mikrostruktura xususiyatlari va sinish vaqtida femur bo'ynidagi suyakning qayta tuzilishi / J.M. Zanelli, J.N. Bradbeer, S. Moyes, va boshqalar // Suyak Miner. - 1992. - jild. 17, qo'shimcha. 1. - B.280.
16. Zonneveld I.M. Psoriaz va revmatoid artrit uchun metotreksatni uzoq muddatli, past dozali davolashda metotreksat osteopatiyasi / I.M. Zonneveld, W.K. Bakker, P.F. Dijkstra va boshqalar // Arch. Dermatol. - 1996. - jild. 132, N2. - B. 184-187.