

**ГОУ «ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО»**

УДК 616. 72-002.77; 616. 1/4- 0036.12.

*На правах рукописи*

**ШОДИЕВ БЕХРУЗ РАДЖАББОЕВИЧ**

**РЕВМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В АССОЦИАЦИИ  
С СОПУТСТВУЮЩИМИ БОЛЕЗНЯМИ**  
(частота, клинические особенности и оптимизация диагностики)

**А В Т О Р Е Ф Е Р А Т**

диссертации на соискание учёной степени  
кандидата медицинских наук

по специальности  
14.01.04 –Внутренние болезни

**Душанбе – 2021**

**Работа выполнена на кафедре пропедевтики внутренних болезней ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»**

**Научный руководитель:** **Шукурова Сурайё Максудовна** – член корреспондент НАНТ д.м.н., профессор, заведующая кафедрой терапии и кардиоревматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан».

**Официальные оппоненты:** **Сорока Николай Федорович** – доктор медицинских наук, профессор 2-й кафедры внутренних болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет».

**Раджабзода Музафар Эмом** – доктор медицинских наук, директор ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии» МЗСЗН РТ.

**Оппонирующая организация:** Национальный центр кардиологии и терапии им. академика Мирсаида Миррахимова при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики.

Защита диссертации состоится «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 г. в 13:00 часов на заседании диссертационного совета 6D. КОА-038 при ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Адрес: 734003, г. Душанбе, проспект. Рудаки, 139, [www.tajmedun.tj](http://www.tajmedun.tj) +992918724088.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино».

Автореферат разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 г.

**Ученый секретарь  
диссертационного совета,  
кандидат медицинских наук, доцент**

**Р.Дж. Джамолова**

## Введение

**Актуальность и востребованность проведения исследований по теме диссертации.** Ревматические заболевания (РЗ) среди основных групп хронических болезней (сердечно-сосудистые, бронхо-легочные, аллергические, онкогематологические, эндокринологические и др.) в последние годы вносят наибольший вклад в снижение работоспособности, раннюю инвалидизацию, а также увеличение числа обращений к врачу общей практики [Насонов Е.Л., 2018; Алексеев Л.И. и др. 2019; Zhang X. et al., 2014]. Возрастной диапазон РЗ весьма широк, но по мере увеличения возраста заболевших имеется четкая тенденция их значительного роста [Галушко Е.А. и др., 2019, Dalen C.I., 2019].

В группу РЗ входит множество форм воспалительного и не воспалительного генеза и число их приближается к 150 единицам. В России, по данным ФГБНУ «Научно-исследовательского Института ревматологии (НИИР) им. В.А. Насоновой» РАН, насчитывают около 400 тыс. больных с ревматическими болезнями [Насонов Е. Л. и др. 2018].

В последние годы в связи с улучшением диагностики и лечения болезней продолжительность жизни населения постепенно растет, однако при этом растет число больных, имеющих несколько хронических заболеваний [Наумов А.В. и др., 2017; Насонов Е.Л., 2018; Manfredi G., 2019]. В связи с этим несомненный и оправданный интерес исследователей к коморбидным состояниям при РЗ не угасает в последнее десятилетие и обусловлен он их влиянием на течение и прогноз конкретной ревматической патологии, выбор тактики его лечения и на качество жизни больных [Алексеев Л.И. и др., 2017; Franceschi C., 2018].

По данным ряда авторов [Насонов Е. Л., 2018; Ширинский В.С. и др., 2020; Fulop T., 2018], частыми спутниками РЗ являются сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), метаболический синдром (МС), поражение желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), остеопороз (ОП), хронические болезни почек (ХБП), депрессии.

Сегодня, несмотря на развитие ревматологии, в области высокотехнологичных методов диагностики, современных научно – обоснованных стратегий лечения, не всегда можно достичь ярко выраженного улучшения состояния больного и тем самым улучшить прогноз в долгосрочной перспективе.

Современная ревматология изучает РЗ в контексте интеграции множества хронических заболеваний в течение жизни пациента, и поэтому созрела необходимость формирования новых моделей сосуществования – «мультиморбидной болезни» [Гордиев А.В. и др., 2019; Лилла А.М., 2019].

В Республике Таджикистан (РТ) проблема коморбидности при хронических неинфекционных заболеваниях, включая РЗ, стоит остро. В Республике существует ряд факторов, которые способствуют более позднему распознаванию сопутствующих болезней и тяжелому течению РЗ, ранней инвалидизации больных. К ним относятся незнание врачей выбора тактики лечения этой категории больных, необоснованная полипрагмазия, отсутствие единого взгляда на проблему сочетанной патологии и др.

Подход к изучению мультиморбидности в ревматологии на научной и междисциплинарной основе позволит оптимизировать расходы на службу, улучшить исходы терапии и качество жизни пациента. В связи с этим сегодня мультиморбидность рассматривается не только как нерешенная медицинская проблема, но и как социально-экономическая. Это, в свою очередь, в будущем сможет определить стратегию развития системы здравоохранения РТ.

**Степень изученности научной задачи.** Современная ревматология рассматривает течение и исход РЗ в контексте новой модели - а именно, в интеграции нескольких хронических заболеваний в течение жизни пациента [Шишкова В. Н., 2016; Афанасьев И. А. и др., 2018; Гордеев А. В., 2019; Насонов Е. Л. и др., 2019].

В публикациях отечественных и зарубежных исследователей нашли своё отражение важные аспекты коморбидности при РЗ, такие как частота и структура сопутствующих состояний, разнородность в клинико-патогенетических механизмах, общность факторов риска (ФР), неизбежная полипрагмазия [Попкова Т. В. и др., 2016; Шукурова С.М. и др., 2018; Лилла А.М., 2019].

Результаты множества научных исследований свидетельствуют о высокой частоте коморбидных состояний у больных с РЗ, при этом наиболее частыми коморбидными заболеваниями считают кардиоваскулярную патологию (КВП), ОП, ХБП, злокачественные новообразования и депрессию [Насонов Е.Л. и др., 2018; Siningaglia L. et al., 2000; Haugeberg G. et al., 2000; Van Staa T.P. et al., 2006; Ohtori S. et al., 2013].

В ряде научных исследований частыми являются артериальная гипертензия (АГ-58,75%) и ишемическая болезнь сердца (ИБС-37,5%) сопутствующими остеоартрозу (ОА) заболеваниями. Сочетание двух и более компонентов МС наблюдается у большинства больных ОА (62,5%) [Каримова Г.Н., 2015].

Несмотря на активное обсуждение вопросов коморбидности при РЗ, существует множество нерешенных сторон, касающихся особенностей клинического течения и тактики ведения больных с отдельными формами РЗ, клинико-гемодинамические, биохимические и их параллели.

### **Теоретические и методологические основы исследования**

Междисциплинарный подход к изучению мультиморбидности в ревматологии на научной основе позволит оптимизировать расходы на ревматологическую службу РТ, улучшить исходы терапии и качество жизни пациента. В связи с этим сегодня коморбидность рассматривается не только как нерешенная медицинская проблема, но и как социально-экономическая. Это, в свою очередь, в будущем сможет определить стратегию развития системы здравоохранения РТ.

## **Общая характеристика работы**

**Цель исследования.** Представить комплексную оценку РЗ в ассоциации с сопутствующими болезнями и пути оптимизации их диагностики в РТ.

**Объект исследования.** Объектом исследования были 260 пациентов с РА (n=170) и ОА (n=90), которым проводилось комплексное обследование на предмет коморбидности, особенностей клинического течения, характера тера-

пии. Параллельно проводился ретроспективный анализ истории болезни 342 пациентов с РЗ, госпитализированных в ревматологическое отделение ГУ «Городской медицинский центр №2 (ГМЦ №2) им. акад. К.Т. Таджиева» за период 2014-2016 гг.

**Предмет исследования.** Предметом исследования являлись РЗ в ассоциации с сопутствующими болезнями с акцентом на кардиоваскулярную коморбидность и их влияние на клиничко-функциональное течение и исход РЗ.

**Задачи исследования:**

1. Охарактеризовать частоту и спектр коморбидной патологии у пациентов с РЗ на этапе стационарного лечения с учетом пола и возраста.
2. Оценить сопутствующую патологию и характер терапии у больных ревматоидным артритом (РА).
3. Представить характер сопутствующей патологии у больных ОА и клиничко-биохимические изменения в ассоциации с АГ и ожирением.

**Методы исследования.** В процессе диагностического поиска в работе наряду со сбором жалоб, анамнеза, объективных данных, оценивали параметры суставного синдрома: суставной индекс (СИ), счет боли, индекс припухлости по Ричи, подсчитывалось число болезненных и припухших суставов, продолжительность утренней скованности в минутах, выраженность болевого синдрома. Всем больным проводились общеклинические биохимические исследования (липидограмма, печеночные пробы, глюкоза крови, креатинин), и по необходимости исследование синовиальной жидкости и инструментальные исследования (ЭКГ, Эхо КГ, рентген суставов, ЭГДС).

У всех больных рассчитывали индекс коморбидности по Charlson (1987, Mary Charlson) согласно разработанному опроснику.

**Область исследования**

Соответствует паспорту ВАК при Президенте РТ по специальности 14.01.04. - Внутренние болезни: подпункт 3.4. Этиология и патогенез, факторы риска, генетика заболеваний внутренних органов; подпункт 3.8. Клинические проявления заболеваний внутренних органов; подпункт 3.9. Сочетанная патология внутренних органов кровообращения, органов дыхания, органов пищеварения, мочеполовой системы, опорно-двигательного и соединительной ткани, эндокринной системы во всем многообразии их проявлений; подпункт 3.14. Возрастные половые, этнические особенности болезней внутренних органов.

**Этапы исследования**

В процессе исследования придерживалась традиционная этапность научной работы. В дебюте исследования проводился литературный поиск с целью формирования темы и цели научной работы. Далее налаживание методик по теме диссертации, ретроспективный и проспективный анализ медицинской документации и пациентов и написание глав диссертации. Результаты научного поиска позволили сформулировать модель ревматических болезней через призму коморбидности и разработать методы диагностики.

**Основная информационная и исследовательская база**

В работе в качестве информационной основы были использованы научные работы таджикских ученых (Шукурова С.М., Каримова Г.Н., Тоиров Х.,

Хамроева З.Д.) научные статьи журналов, конференций, международных форумов (Абдуллаев М.Ф., Джонназарова Д., Холова З.У) об особенностях течения РЗ в ассоциации с сопутствующей патологией. Исследования проводились на базе ревматологического отделения ГУ «ГМИЦ №2 им. акад. К.Т. Таджиева».

### **Достоверность диссертационных результатов**

Подтверждается достоверностью данных достаточным объемом материалов исследования, статистической обработкой результатов исследований и публикациями. Выводы и рекомендации основаны на научном анализе результатов течения РЗ в ассоциации с сопутствующей патологией.

**Научная новизна исследования.** Диссертационная работа является одной из первых в РТ, посвященных проблеме диагностики коморбидности РЗ. Изучена структура и частота коморбидной патологии у больных РЗ, показавшая суммарный индекс коморбидности ревматических больных на стационарном этапе 2,9 (т.е. больной с ревматической болезнью имеет около 3-х сопутствующих заболеваний). Установлено, что наибольшее количество сопутствующих заболеваний имело место у больных ОА (4,5), подагрой (3,8) и РА (3,4). Сравнительный анализ частоты сопутствующей патологии показал, что лидирующие позиции среди множества сопутствующих состояний занимают кардиоваскулярные заболевания (КВЗ-75%).

Представлена коморбидность РЗ в ассоциации с полом: общее количество, сопутствующей патологии у женщин –71%, против 29% у мужчин. Установлен условный «мужской портрет» ревматического больного: мужчина с развернутым кардиологическим континуумом, АГ, ИБС с избыточным весом и сердечной недостаточностью (СН) и нередко с дыхательной недостаточностью.

Детально изучена сопутствующая патология у больных РА: у 89,4% больных РА встречались сопутствующие заболевания, при этом у 61,7% наблюдались два и более коморбидных заболевания. Проведен анализ характера медикаментозной терапии у больных РА с коморбидностью: пальму лидерства приняли антигипертензивные препараты –71,7%, ингибиторы протонной помпы 68,8% и антибактериальные средства –30,5%.

Оценены клинико-биохимические взаимосвязи ОА с АГ и ожирением, сочетание которых усугубило тяжесть течения суставного синдрома и статистически значимое ухудшение показателей морфофункциональных параметров сердца.

### **Теоретическая ценность исследования**

РЗ в ассоциации с сопутствующими болезнями служат новой моделью сосуществования, оптимизация их диагностики будет способствовать раннему выявлению неблагоприятных исходов с функциональными нарушениями внутренних органов.

### **Практическая ценность исследования.**

У больных с РЗ диапазон сопутствующей патологии весьма широк, отражающие функциональные состояния опорно-двигательного аппарата и КВП.

В процессе диагностического поиска, помимо анализа суставного синдрома, необходимо включать в протоколы стандартного обследования и функ-

циональное состояние сердечно-сосудистой, бронхо-легочной, желудочно-кишечной и мочевыделительной системы.

Своевременная диагностика сопутствующей патологии у больных с РЗ будет способствовать предотвращению кардиоваскулярных, метаболических и др. катастроф, а также правильному подбору медикаментозной терапии.

**Положения, выносимые на защиту:**

1. Коморбидная патология выявляется у большинства больных с ревматической патологией, среди которых преобладают КВП. Суммарный индекс коморбидности среди ревматологических больных составляет 2,9, при этом наибольшее количество (4.5) при ОА и РА (3.4).
2. Структура сопутствующих заболеваний имеет зависимость от пола и вида РЗ. У женщин с высокой частотой встречаются гастропатии и болезни почек. Для мужчин свойственен условный «мужской портрет» ревматологического больного с развернутым кардиологическим континуумом, избыточным весом и сердечной недостаточности.
3. У больных с РА с высокой частотой (89,4%) встречаются сопутствующие заболевания и результаты показателя 10-летней выживаемости у 45,8% больных находились в диапазоне 3-4 баллов и коррелировала с возрастом. Динамическое наблюдение (1 год) структуры и частоты коморбидных состояний у больных РА показал достоверное увеличение числа пациентов с несколькими сопутствующими заболеваниями.
4. У больных ОА с наибольшей частотой встречались АГ и ожирение, а частота сопутствующих заболеваний коррелировала с возрастом. Наличие АГ негативно влияет на уровень болевого синдрома у больных с ОА, а в случае сочетания АГ и ожирения наблюдаются еще более выраженные клинические проявления ОА и статистически значимые ухудшения морфофункциональных параметров сердца.

**Личный вклад соискателя.** Личный вклад автора состоит в самостоятельно выбранном научном направлении, проведении анализа литературных данных, посвященных исследуемой проблеме. Совместно с научным руководителем определены цель работы, задачи и пути их достижения.

Клиническое, инструментальное обследование пациентов, заполнение соответствующих и специально разработанных для данного исследования учетных форм и клинических карт проводились автором самостоятельно.

Оценка и интерпретация биохимических и инструментальных методов исследования осуществлялись с врачами лабораторий и функциональных кабинетов ГУ «ГМЦ № 2 им. акад. К. Т. Таджиева» (г. Душанбе).

Интерпретация полученных результатов, описание выводов и рекомендаций проводились совместно с научным руководителем.

**Апробация диссертации и информация об использовании её результатов.** Материалы диссертационной работы доложены и обсуждены на ежегодных научных конференциях ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино» (2014-2017 гг.), ГОУ «ИПО в СЗРТ» (2018-2020 гг.), конгрессе кардиологов и терапевтов стран Азии и СНГ (Душанбе, 2019 г), международном семинаре Азиатско-Тихоокеанской лиги против ревматизма (Душанбе, 2018 г), заседании межка-

федеральной проблемной комиссии по терапевтическим дисциплинам ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (18.12.2020 г., №8).

Результаты исследования внедрены в клиническую и лечебную работу ревматологического отделения ГУ «ГМЦ № 2 им. акад. К. Т. Таджиева» г. Душанбе, ревматологического отделения Национального медицинского центра «Шифобахш» РТ. Материалы работ используются в учебном процессе на кафедре пропедевтики внутренних болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» и кафедре терапии и кардиоревматологии ГОУ «ИПО в СЗРТ».

### **Опубликование результатов диссертации**

По теме диссертации опубликовано 20 печатных работ, из них 7 статей в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК при Президенте РТ для публикации результатов диссертационного исследования.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация изложена на 114 страницах, состоит из введения, общей характеристики работы, 6 глав (обзор литературы, материал и методы исследования, 4 глав, посвященных результатам собственных исследований, обсуждению полученных данных), заключения, списка литературы. Список используемой литературы включает 101 отечественную и 187 зарубежных источников. Работа иллюстрирована 9 рисунками и 22 таблицами.

## **СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

### **Характеристика обследованных лиц и методы исследования**

Работа проводилась в 2 этапа. **Первый этап** – ретроспективный анализ 342 истории болезни пациентов с РЗ, находившихся на стационарном наблюдении в ревматологическом отделении ГУ «ГМЦ №2 им. акад. К.Т. Таджиева» за период 2014-2016 гг. С учетом этиологии больные были распределены на 2 группы- I группа (n=190) с иммуновоспалительными РЗ и II группа (n=112) с метаболическими артритами. Каждая подгруппа была объектом изучения частоты и характера сопутствующей патологии в зависимости от пола.

По специально разработанной карте у 342 больных изучались клинико-демографические характеристики, включая анамнез, медикаментозная терапия, биохимические и инструментальные исследования, подсчет индекса коморбидности для каждой нозологии.

Характер, частота РЗ в зависимости от пола представлена в таблице 1.

Из общего числа больных (женщин-67,9%; мужчин-32,4%) с различными РЗ –170 (49,7%) больных с РА, ОА –90 (26,3%), что в итоге составило 76% от общего количества больных. Больные с подагрой –22 (6,4%). Анкилозирующий спондилоартрит (АС) и РеА в виду общности иммунопатологии включены в общую группу (АС+РеА) –20 (5,8%), хроническая ревматическая болезнь сердца (ХРБС) –20 (5,8%), системные заболевания соединительной ткани (СЗСТ) – 20 (5,8%). В группу прочие (7,5%) симптоматические артропатии, псориаз и бруцеллез. Средний возраст больных с РЗ-48,7±7,1лет.



**Таблица 1. -Характер и частота РЗ на основе ретроспективного анализа (n=342)**

Нозология	Мужчины		Женщины		Средний возраст.
	Abs.	%	Abs.	%	
РА (n=170)	39	22,9	131	77,1	51,2±5,6
ОА (n=90)	24	26,6	66	73,3	57,7±9,3
Подагра (n=22)	21	98	1	2	59,8±9,2
СЗСТ (n=20)	5	25	15	75	39,7±5,2
АС+РеА (n=20)	13	62,6	7	37,4	39,3±6,7
ХРБС (n=20)	9	45	11	55	44,8±6,8
Всего (n=342)	111	32,4	231	67,9	48,7±7,1

Верификация диагнозов РЗ осуществлялась согласно общепринятым критериям: для РА основанием для включения в исследование были ACR 1987, ACR/EULAR 2010 [Altmana D 2010]. Для установления диагноза ОА использовались рекомендации APP для диагностики больных с гоно- и коксоартрозом (2006). В соответствии с классификационными критериями S.L.Wallace и соавт. 1977 был установлен диагноз подагрической артропатии; верификация диагноза СПА основана на критериях, разработанных Amog и соавт. (1995)., согласно рабочей классификации, принятой на I Всероссийском конгрессе ревматологов России (2003) установлены диагнозы хроническая ревматическая болезнь сердца (ХРБС) и реактивный артрит (РеА), согласно рекомендации APP (2008).

**Второй этап.** Параллельно выполнялось одномоментное сравнительное исследование, в которое были включены 260 пациентов с РА (n=170) и ОА (n=90), где проводилось комплексное обследование на предмет коморбидности, рассматривались особенности клинического течения, характер терапии у таких больных.

Наряду с опросом (жалобы, анамнез), объективных данных исследовали функциональные параметры суставного синдрома: СИ, счет боли, индекс припухлости по Ричи, ЧБПС (число болезненных и припухших суставов, утренняя скованность (продолжительность в минутах), интенсивность болевого синдрома (в баллах), индекс тяжести подагры.

У всех больных рассчитывали индекс коморбидности по Charlson (1987, Mary Charlson) согласно разработанному опроснику. При расчете индекса суммируются баллы согласно сопутствующим заболеваниям, при этом добавляется бал (1) на каждые десять лет жизни >сорокалетнего возраста (т.е. –50 лет – 2 балл, 60 лет – 2 балла).

Функциональные состояния опорно-двигательного аппарата подсчитывались при помощи следующих тестов: выраженность боли оценивалась по шкале (ВАШ); для оценки боли в покое и при ходьбе использовали индекс Lequesne (в баллах).; индекс Ричи и по визуальной аналитической шкале (ВАШ) оценивалась интенсивность болевого синдрома в покое и при движении и вычислялись индексы Lequesne (баллы) и WOMAC.

Диагноз сопутствующих заболеваний выставлялся согласно принятым диагностическим критериям. Верификация диагноза АГ осуществлялась согласно критериям ВОЗ/МОАГ (1999); диагноз ИБС установлен в соответствии с критериями ВОЗ (1979); МС выставлялся согласно рабочим критериям экспертов Национального института здоровья США (Adult Treatment Panel (АТР) III, 2001) [NCEP., 2001]

Оценка антропометрических параметров – оценивалась по индексу Кетли и определялась в кг/м<sup>2</sup>. Соотношение ОТ/ОБ больше 1,0 расценивалось как висцеральный тип ожирения.

### **Инструментальные методы исследования**

1. Электrokардиография.
2. Ультразвуковое исследование сердца (Эхо КГ).
3. Рентгенологическое исследование пораженных суставов.
4. Эзофаго-гастро эндоскопия (ЭГДС).

Биохимические параметры крови: липидограмма (общий холестерин (ОХС, ммоль/л), триглицериды (ТГ ммоль/л), ХС липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП ммоль/л), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП ммоль/л), индекс атерогенности (ИА), аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспаратаминотрансфераза (АСТ), мочевины, креатинина, общий белок, сахар крови и мочевины, мочевая кислота.

### **Статистическая обработка результатов**

Статистическая обработка проводилась с помощью прикладного пакета Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США). По методике вариационной статистики.

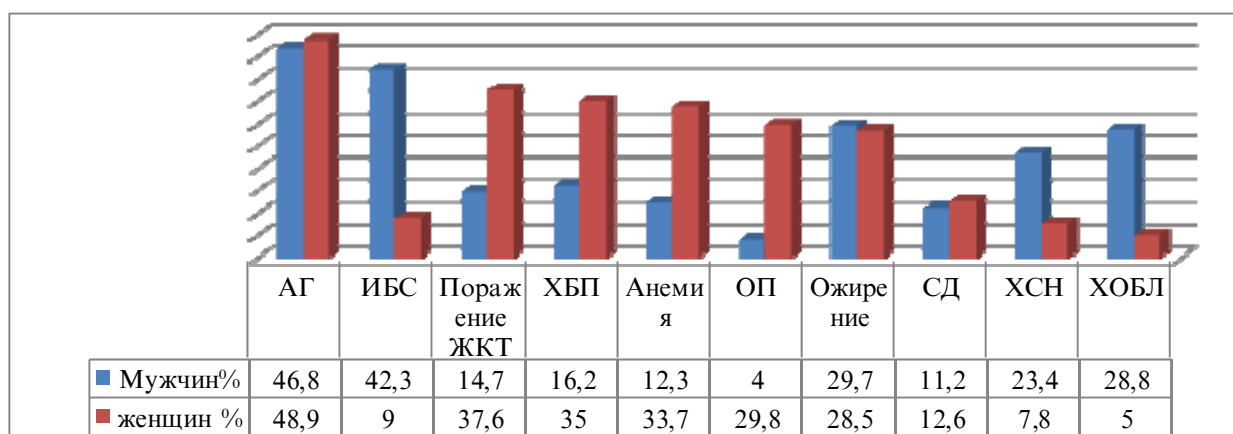
Средние значения (М) и их ошибки ( $\pm m$ ) применялись для количественных признаков, правильного распределения, медианы (Me) и интерквартильного интервала ([25q;75q]), для неправильно распределенных анализируемых признаков. Для сравнения двух независимых групп использовался U-критерий Манна-Уитни. Сравнение трех и более независимых групп проводилось с применением метода ANOVA по H-критерию Краскеля – Уоллисса. Сравнение двух зависимых выборок проводили с помощью T-критерия Вилкоксона. Во всех случаях нулевая гипотеза отвергалась при  $p < 0,05$ .

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Больной с ревматологической патологией сам по себе сложен для курации из-за высокой коморбидности. Большинство ревматологических больных длительное время вынуждены принимать базисные препараты и проблема состоит в подготовке и подборе базисных препаратов во избежание фатальных осложнений. Частыми спутниками РЗ, определяющими прогноз и продолжительность жизни, являются кардиоваскулярные болезни [Solomon D.H., 2013]. В реальной клинической практике перед ревматологом стоит задача в правильном подборе лекарственной терапии, ибо чисто механически переносить кардиологические рекомендации для лечения сердечно-сосудистой системы при РЗ чревато необратимыми последствиями. Результаты нашего анализа (ретроспектив-

ного) медицинской документации больных с РЗ (n=342) показали, что диапазон сопутствующих заболеваний весьма широк и цифры свидетельствуют о лидирующей позиции сердечно-сосудистых болезней среди всех больных по частоте сопутствующих заболеваний. Среди них АГ занимает первое место и встречается почти у каждого второго пациента – 48,5%, ИБС в 34,5% случаев. На втором месте в ряду сопутствующих состояний находятся гастропатии и болезни мочевыводящих путей, чаще хронические пиелонефриты, которые замыкают тройку лидерства – 30,9 %..

РЗ и половая избирательность является предметом дискуссии ревматологов и сегодня, большинство РЗ имеют особенности клинического течения в зависимости от пола [Oelzner P. et al., 2008]. Учитывая преобладание женщин в структуре наблюдаемых нами больных (71%, против 29% у мужчин), мы сочли необходимым представить характер сопутствующей патологии в зависимости от пола (рисунок 1).

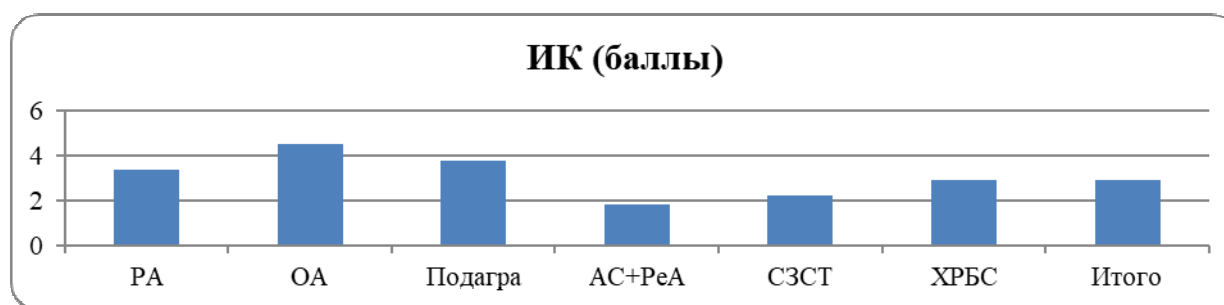


**Рисунок 1. - Характер сопутствующей патологии в зависимости от пола**

Результаты показали, что структура сопутствующих заболеваний у женщин и мужчин имеет различия. Так, у женщин с высокой частотой после КВП встречаются гастропатии и болезнь почек – 37,6% и 35% соответственно, а для мужчин свойственен условный «мужской портрет» ревматологического больного. Это мужчина с развернутым кардиологическим континуумом (АГ, ИБС) с избыточным весом и сердечной недостаточностью, которая усугубляется дыхательной недостаточностью за счет ХОБЛ.

На основе сопутствующей патологии нами произведен расчет индекса коморбидности по полу и всем нозологическим формам РЗ у стационарных больных (рисунок 2).

Как видно из рисунка, наибольшее количество сопутствующих заболеваний имело место у больных ОА (4,5). На втором месте подагра (3,8) и замыкает тройку лидерства РА (3,4) заболевания на одного больного. Наименьший показатель при РеА (1,8), что объясняется частотой встречаемости патологии среди молодого возраста. Суммарный индекс коморбидности среди ревматологических больных составил 2,9 т.е., больной с ревматической болезнью, госпитализируемый в стационар, имеет около 3-х сопутствующих заболеваний.



**Рисунок 2. - Индекс коморбидности у больных РЗ в условиях стационара**

Патогенетические взаимосвязи сопутствующих состояний и РА остаются предметом дискуссии исследователей. Так, по некоторым данным [Насонов Е.Л. и др., 2005; Michaud K. Et al., 2007], риск развития КВЗ у больных РА напрямую связан с активностью воспалительного процесса. При этом, ассоциация РА и онкологических заболеваний крайне редка. В то же время частоту патологии ЖКТ и инфекционных болезней связывают с терапией РА [Franklin J. Et al., 2007].

В одномоментном сравнительном исследовании с целью изучения коморбидности под нашим наблюдением находились 170 больных РА (131 женщина и 39 мужчин), средний возраст  $51,2 \pm 5,6$  года, продолжительность РА  $-10,8 \pm 9,8$  года. Частота сопутствующих заболеваний у больных РА представлена в таблице 2.

**Таблица 2. - Частота сопутствующей патологии у больных РА (n=170)**

Показатель	Abs. (n=170)	(100%)
Пациенты с сопутствующей патологией	152	89,4
Количество больных с наличием двух и более коморбидных состояний	105	61,7

Сегодня нет сомнения, что вероятность развития сердечно-сосудистых катастроф находится в тесной взаимосвязи с хроническим воспалением при РА [Попкова Т.В. и др., 2008; Shirinsky I.V. et al., 2014]. Результаты наших наблюдений согласуются с данными авторов других исследований [Панафидина Т.А. и др., 2014; Никитина М.Н. и др., 2015]. В перечне коморбидных заболеваний у обследованных нами больных лидирующие позиции занимает КВП, чаще всего АГ. При этом у 103 (60,5%) АГ зафиксирована уже на стадии развернутой картины РА. Частота ИБС составила (n=58) 34,3%, преобладали стенокардия напряжения III-IV функциональный класс, ИМ и инсульты встречались реже - 6,4% и 1,1% соответственно, что совпадает с данными других авторов [Панафидина Т.А. и др., 2014; Попкова Т.В. и др., 2016].

На второй позиции по частоте сопутствующих заболеваний при РА находится патология ЖКТ - в 42,9 % случаев и у каждого третьего больного РА (32,3%) выявлялись патологии мочевыводящих путей, при обострении которых наблюдаются сложности в применении метотрексата (таблица 3).

**Таблица 3. - Структура коморбидной патологии у больных РА (n=170)**

<b>Сопутствующая патология</b>	<b>Abs. (n=170)</b>	<b>(100%)</b>
АГ	103	60,5
В том числе:		
–I стадии	26	15,5
–II стадии	56	32,9
–III стадии	21	12,3
ИБС	58	34,3
В том числе:		
–СН I-II ФК	18	10,5
–СН III-IV ФК	40	23,5
ИМ (в анамнезе)	11	6,4
Ишемический инсульт	2	1,1
Патология ЖКТ	73	42,9
–Болезни желудка и 12-перстной кишки	50	29,4
–Хрон. холецистит	35	22,6
–Хрон. панкреатит	31	18,2
–Хрон. колит.	7	4,1
–Хрон. вирусный гепатит.	11	6,4
Заболевания мочевыводящих путей (пиелонефрит, цистит)	55	32,3
Эндокринные патологии:	64	37,6
–тиреотоксикоз	38	22,3
–СД 2-го типа	26	15,2
Заболевания суставов (ОА, ОХ)	100	59,4
Анемия	47	27,6
ОП	57	33,4
Заболевания органов дыхания	16	9,4
Варикозная болезнь нижних конечностей	18	10,5

ОП среди сопутствующих состояний занимает 33,4% и часто протекает бессимптомно. Целенаправленное денситометрическое исследование костей и позвоночника у пациентов, длительно принимавших ГК, а также переломы в анамнезе продемонстрировали распространенность ОП в поясничном отделе позвоночника и проксимальном отделе бедра. Анемия у больных РА наблюдалась у каждого четвертого (27,6%), при этом с высокой частотой ((93%) регистрировалась гипохромная анемия.

Показатель 10-летней выживаемости (по индексу Charlsona) соответствует значению индекса от 0 до 2 баллов и находится в диапазоне 90%, у 38,2 % больных от 53 до 77% (соответствует значению индекса 3-4 баллов) и у 25 (14,5%) менее 21% (соответствует значению 5,5 баллов) (таблица 4).

**Таблица 4. - Оценка индекса Charlsona**

Значение индекса	Количество больных (n=170)	%
0-2 балла	80	47
3-4 балла	65	38,2
≥5 балла	25	14,5

Мы сочли необходимым провести анализ медикаментозной терапии сопутствующей патологии у больных РА. Нами изучались группы лекарственных средств и их частота использования. В перечень медикаментозной терапии входили гипотензивные, антиагреганты, статины, антибиотики, сахароснижающие и ИПП (таблица 5).

**Таблица 5. - Частота и структура медикаментозной терапии сопутствующей патологии у больных РА**

Наименование классов препаратов	Частота приема	
	Абс.	%.
–Гипотензивные препараты	122	71,7
– ИПП и другие желудочно-кишечные препараты.	117	68,8
–Антибиотики и уросептики	52	30,5
–Антиагреганты	30	17,6
–Статины	20	11,7
–Сахароснижающие	19	11,1
–Препараты Са	13	7,6
–Ангио и кардиопротекторы	11	6,4

Известно, что в процессе длительной терапии у больных РА меняется режим лечения в виду активизации сопутствующей патологии [Carogali R. et al., 2005]. В наших наблюдениях этой факт имел место, в процессе 12 месячного наблюдения мы зафиксировали эпизоды временного прекращения БПВП в 27% случаев, из которых в 21,9% случаев это было обусловлено тяжестью сопутствующей патологии.

Динамика структуры коморбидной патологии у больных РА представлен в таблице 6.

**Таблица 6.-Динамика структуры коморбидной патологии у больных РА (n=42)**

Показатель	Исходно	Через 12 мес.	p
Больные с сопутствующей патологией	35 (83,3%)	38 (90,4%)	>0,05
Больные с двумя и > коморбидными состояниями	25 (59,5%)	36 (85,7%)	<0,01
АГ	24 (57,1%)	26 (61,9%)	>0,05
ИБС	14 (33,3%)	17 (40,4%)	>0,05
ЖКТ патологии	27 (64,2%)	34 (80,9%)	<0,05
Патология мочевыводящих путей	17 (40,4%)	20 (47,6%)	>0,05
Анемия	13 (30,9%)	14 (33,3%)	>0,05
Варикозная болезнь нижних конечностей.	8 (19,4%)	9 (21,4%)	>0,05

**Примечание:** p – статистическая значимость различий показателей между исходными данными и через 12 месяцев (по  $\chi^2$  критерию Мак Немара).

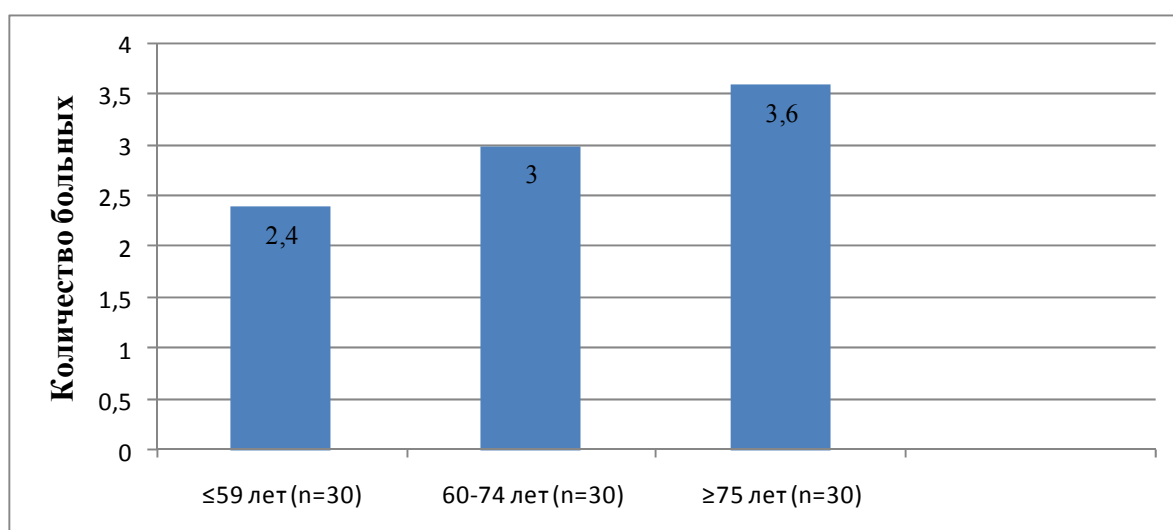
В начале исследования сопутствующие заболевания зафиксированы у 35 (83,3%) больных РА, а у каждого второго (59,5%) два и более. В динамике через год (12 мес.) от начала наблюдения наблюдался рост числа пациентов с несколькими сопутствующими заболеваниями ( $p < 0,05$ ). Среди них тенденцию к увеличению имели больные с патологией ЖКТ от 27 (64,2%) до 34 (80,95%) ( $p < 0,05$ ).

Известно, что для ОА высока половая и возрастная избирательность [Yoshimura N. et al., 2010; Brennan S.L. et al., 2010; Asokan G. et al. 2011]. В нашем исследовании из 90 с пациентов ОА 66 (73,3%) составили женщины, средний возраст – 65,6 лет. Наблюдаемые больные в зависимости от возраста распределены на подгруппы: I группа <59 лет ( $n=30$ ) ср.возраст-  $53 \pm 6,1$  лет; II группа – 60-74 лет ( $n=30$ ) ср. возраст  $65,9 \pm 3,31$  и III группа  $\rightarrow 75$  лет ( $n=30$ ) средний возраст  $-77,7 \pm 3,73$  лет.

В литературе долгое время упоминание о сочетании метаболических артритов и КВЗ ограничивалось констатацией факта высокой частоты выявления у больных ОА и подагрой нарушений углеводного и липидного обмена, ожирения, АГ, КВП [Шукурова С.М. и др., 2016].

В последние годы эти данные пополняются результатами исследований, демонстрирующих высокую частоту у больных метаболическими артропатиями кардиоваскулярных и обменных нарушений. По данным различных авторов [Хамроева З.Д., 2016], к факторам риска смертности от ОА входят активность процесса, пожилой возраст и наличие сопутствующих заболеваний. Данные литературы последних лет относят ОА к заболеваниям с высоким индексом коморбидности [Turesson E. L. 2013; Radner H. et al., 2014]. В наших наблюдениях частота АГ в исследуемых возрастных группах составляет 56,6%; 66,6% и 80% –соответственно.

Данные по частоте сопутствующих заболеваний у больных ОА в разных возрастных категориях представлены на рисунке 3.



**Рисунок 3. -Характеристика сопутствующей патологии у больных ОА в разных возрастных категориях**

Данные рисунка свидетельствуют о наличии 3-х и более сопутствующих заболеваний в возрастных группах 60-74 лет (3,0) и в третьей ( $\geq 75$  лет) группе (3,6), против 2,4 в возрастной группе  $\leq 59$  лет.

Характер сопутствующей патологии представлен в таблице 7.

**Таблица 7. - Характеристика сопутствующей патологии у больных ОА различного возраста.**

Нозология	< 59 лет (n=30)		60-74 года (n=30)		$\geq 75$ лет (n=30)		p
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	
АГ	17	56,6	20	66,6	24	80	<0,01
Ожирение	9	30	14	46,7	8	26,7	<0,01
ИБС	7	23,3	12	40	12	40	<0,01
(ИМ в анамнезе)	1	3,3	2	6,7	2	6,7	>0,05
Варикозная болезнь нижних конечностей.	7	23,3	8	26,6	6	20	>0,05
СД	6	20	8	26,7	10	33,3	<0,05
ОХ	15	50	17	56,7	18	60	>0,05
Поражение ЖКТ	11	36,7	12	40	20	66,7	<0,001
ХСН	1	3,3	7	23,3	13	43,3	<0,001
Болезни почек и мочевой системы.	9	30	9	30	13	43,3	<0,05
Нарушение мозгового кровообращения	1	3,3	3	10	11	36,7	<0,001
Среднее число сопутствующих заболеваний на одного больного.	2,4		3,0		3,6		

**Примечание:** p – статистическая значимость различий показателей между всеми тремя группами (по Q-критерию Кохрана).

Как видно из данных таблицы, каждая возрастная категория больных ОА находится в ассоциации от 2 до 5, а то и более (0 до 7) сопутствующих заболеваний. Лидирующие позиции занимают КВЗ в представленных возрастных группах. В сравниваемых возрастных подгруппах (I, II, III) частота АГ встречается в 56,6%, 66,6% и 80% соответственно. ИБС в возрастной категории 60-74 лет наблюдается чаще и составляет 40%, против 23,3% и 40% в возрастных категориях  $\leq 59$  лет и  $\geq 75$  лет соответственно. Патологии ЖКТ и ожирение наблюдались у 41%, и 44,5 % больных ОА соответственно.

В связи с высокой частотой АГ и ожирения у больных ОА нами были сформулированы группы пациентов, рандомизированных по возрасту и полу. В первую группу (n=20) вошли пациенты с ОА без АГ и ожирения, средний возраст –  $58,1 \pm 6$  лет, Во вторую группу (n=30) включены больные с ОА и АГ II стадии без наличия ожирения, средний возраст  $59,3 \pm 1,2$  года. В III группу (n=40) включены пациенты с верифицированным ОА, у которых АГ II стадии сочеталась с ожирением. Анализ суставного синдрома в трёх сравниваемых



подгруппах продемонстрировал выраженность болевого синдрома по суммарному тесту Лекена и ВАШ в II и III группах: 3,7; 6,9; 8,2 балла соответственно ( $p < 0,01$ ). Сывороточный уровень МК у больных III группы был достоверно выше в сравнении с пациентами I и II групп без ожирения.

Включенные в исследование больные не имели возрастных различий. Среди больных I и II группы характер антропометрических показателей и липидного спектра не выявил значимых различий. Показатели (масса тела, ОТ, ОС, ОТ/ОБ), а также сывороточный уровень ОХС, ХЛПВП, ХЛПНП, ТГ, коэффициент атерогенности у пациентов III группы существенно отличались ( $p < 0,001$ ) от таковых у пациентов I и II групп (таблица 8).

**Таблица 8. - Клинико-биохимические показатели в разных группах пациентов ОА (n=90)**

Показатель	I группа ОА (n=20)	II группа (ОА+АГ) (n=30)	III группа (ОА+АГ+ожирение) (n=40)	p
Возраст, года	57,8±1,6	59,3±1,2	60,1±0,9	>0,05
Женщины, n, %	13 (65%)	20 (66,6%)	27 (67,5%)	
Мужчины, n, %	7 (35%)	10 (33,3%)	13 (32,5%)	
Масса тела, кг	72,8±2,4	76,7±1,2	98,6±3,0	<0,001
ИМТ, кг/м <sup>2</sup>	29,5±0,7	30,2±0,4	37,6±0,7	<0,001
САД, мм.рт.ст	126,7±1,1	149,6±2,3	156,3±3,0	<0,001
ДАД, мм.рт.ст	79,1±0,7	90,2±1,2	93,4±1,1	<0,001
ОХС, ммоль/л	5,9±0,2	5,9±0,1	6,7±0,1	<0,001
ХС ЛПНП, ммоль/л	2,48±0,08	2,91±0,04	3,98±0,07	<0,001
ХС ЛПВП, ммоль/л	1,59±0,05	1,37±0,02	1,14±0,03	<0,001
ТГ, ммоль/л	1,81±0,08	2,06±0,08	2,79±0,07	<0,001
Коэф. атеро- генности	3,3±0,1	2,49±0,10	5,31±0,07	<0,001
Стадии ОА				
I ст.	6 (30%)	4 (13,3%)	4 (12%)	
II ст.	10 (50%)	13 (43,3%)	15 (37,5%)	
III ст.	4 (20%)	13 (43,3%)	21 (52,5%)	

**Примечание:** p – статистическая значимость различий показателей между всеми тремя группами (ANOVA по H-критерию Крускала-Уоллиса); p<sub>1</sub> – статистическая значимость различий показателей по сравнению с группой с ОА; p<sub>2</sub> – статистическая значимость различий показателей по сравнению с группой ОА+АГ (p<sub>1</sub>-p<sub>2</sub> – по U-критерию Манна-Уитни).

Анализ суставного синдрома в 3-х сравниваемых группах представлен в таблице 9.

Как видно из данных таблицы, клинические проявления суставного синдрома в группе пациентов с АГ отличались по функциональным тестам Лекена и ВАШ имела место выраженность болевого синдрома. По индексу WOMAC, уровень суммарной боли также имел свои особенности в сторону усиления боли при ходьбе, в положении стоя и ночные боли.

**Таблица 9. -Оценка выраженности болевого синдрома в разных группах пациентов.**

Показатель	I группа ОА (n=20)	II группа (ОА+АГ) (n=30)	III группа (ОА+АГ+ожирение) (n=40)	p
Индекс Лекена (балл) Ме [25q; 75q]	3,7 [3,5; 3,9]	7,0 [6,8; 7,2] p <sub>1</sub> <0,001	8,2 [7,6; 8,4] p <sub>1</sub> <0,001; p <sub>2</sub> <0,001	<0,001
ВАШ в покое (мм) M±m	8,2±0,1	11,4±0,2 p <sub>1</sub> <0,01	16,9±0,3 p <sub>1</sub> <0,001; p <sub>2</sub> <0,001	<0,001
ВАШ при движении (мм) M±m	9,9±0,2	19,6±0,3 p <sub>1</sub> <0,001	24,6±0,5 p <sub>1</sub> <0,001; p <sub>2</sub> <0,001	<0,001

**Примечание:** p – статистическая значимость различий показателей между всеми тремя группами (ANOVA по H-критерию Крускала-Уоллиса); p<sub>1</sub> – статистическая значимость различий показателей по сравнению с группой с ОА; p<sub>2</sub> – статистическая значимость различий показателей по сравнению с группой ОА+АГ (p<sub>1</sub>-p<sub>2</sub> – по U-критерию Манна-Уитни).

В III группе пациентов по сравнению с пациентами II группы наблюдалась выраженность суставных проявлений ОА: увеличение интенсивности болевого синдрома (p<0,01), локальная болезненность по ходу связочного аппарата суставов, а у пациентов I группы различия аналогичных показателей были высоко достоверными (p<0,001).

Показатели углеводного обмена в сравниваемых группах оставались в пределах нормы, при этом в II и III группах они имели тенденцию к увеличению. Гиперурикемия у пациентов III группы была значительно выше по сравнению с группами пациентов без ожирения (таблица 10).

**Таблица 10. -Характеристика углеводного и пуринового обменов в сравниваемых подгруппах**

Показатель M±m	I группа ОА (n=20)	II группа (ОА+АГ) (n=30)	III группа (ОА+АГ+ожирение) (n=40)	p
Глюкоза натощак ммоль/ л	4,62±0,08	4,78±0,12 p <sub>1</sub> >0,05	5,55±0,17 p <sub>1</sub> <0,001; p <sub>2</sub> <0,01	<0,001
МК ммоль/л	422,1±2,6	426,3±6,7 p <sub>1</sub> >0,05	553,2±5,2 p <sub>1</sub> <0,001; p <sub>2</sub> <0,001	<0,001

**Примечание:** p – статистическая значимость различий показателей между всеми тремя группами (ANOVA по H-критерию Крускала-Уоллиса); p<sub>1</sub> – статистическая значимость различий показателей по сравнению с группой с ОА; p<sub>2</sub> – статистическая значимость различий показателей по сравнению с группой ОА+АГ (p<sub>1</sub>-p<sub>2</sub> – по U-критерию Манна-Уитни).

Использование неинвазивных методов диагностики, таких как эхокардиография (Эхо-КГ), позволяют диагностировать на ранних стадиях ОА с сопутствующей кардиометаболической патологией. «Ремоделирование отделов сердца» – часто встречаемый в литературе термин, который, по данным ряда исследователей, является независимым фактором риска ухудшающим прогноз заболевания [Петров А. В., 2014].

В наших исследованиях изучались морфофункциональные параметры сердца в сравниваемых группах. Результаты показали, что все морфофункциональные параметры сердца в подгруппе ОА с ожирением (III группа) оказались достоверно выше. Так, показатели КСРЛЖ и КДРЛЖ в сравниваемых группах: 47,11±0,29 – 49,3±0,4 52,5±0,33 и 29,91±0,9 – 32,1±0,4 – 39,8±0,31 соответственно.

Показатели морфофункциональной характеристики в сравниваемых группах представлены в таблице 11.

**Таблица 11. - Морфофункциональная характеристика больных ОА.**

Показатель	I группа ОА (n=20)	II группа (ОА+АГ) (n=30)	III группа (ОА+АГ+ожирение) (n=40)	p
КДРЛЖ мм.	47,1±1,1	49,3±0,4 p <sub>1</sub> >0,05	52,5±0,3 p <sub>1</sub> <0,001; p <sub>2</sub> <0,001	<0,001
КСРЛЖ мм.	29,9±0,9	32,1±0,4 p <sub>1</sub> >0,05	39,8±0,31 p <sub>1</sub> <0,001; p <sub>2</sub> <0,001	<0,001
КДО ЛЖ, мл	133,3±1,9	132,1±0,5 p <sub>1</sub> >0,05	143,5±0,4 p <sub>1</sub> <0,001; p <sub>2</sub> <0,001	<0,001
Толщина ЗСЛЖ мм.	9,8±0,2	10,8±0,3 p <sub>1</sub> >0,05	15,9±0,2 p <sub>1</sub> <0,001; p <sub>2</sub> <0,001	<0,001
ТМЖП, см	9,0±0,2	12,3±0,2 p <sub>1</sub> <0,01	16,9±0,2 p <sub>1</sub> <0,001; p <sub>2</sub> <0,001	<0,001
ММЛЖ мм.	171,6±1,9	176,1±0,8 p <sub>1</sub> >0,05	204,4±2,3 p <sub>1</sub> <0,001; p <sub>2</sub> <0,001	<0,001

**Примечание:** p – статистическая значимость различий показателей между всеми тремя группами (ANOVA по Н-критерию Крускала-Уоллиса); p<sub>1</sub> – статистическая значимость различий показателей по сравнению с группой с ОА; p<sub>2</sub> – статистическая значимость различий показателей по сравнению с группой ОА+АГ (p<sub>1</sub>-p<sub>2</sub> – по U-критерию Манна-Уитни).

Как видно из данной таблицы, морфофункциональные параметры сердца у больных с абдоминальным ожирением (III группа) были повышенными. А у больных ОА с наличием мягкой АГ гемодинамические показатели не были отклонены от нормальных значений.

Таким образом, АГ в ассоциации с ожирением у больных ОА оказывает отрицательное влияние на выраженность болевого синдрома, а в случае ассоциации АГ и ожирения степень выраженности клинико-функциональных нарушений ОА высока. Ключевая роль принадлежит патогенетическим взаимосвязям между сердечно-сосудистыми заболеваниями, метаболическими и гормональными сдвигами и ОА. Сочетанное течение ОА, АГ и ожирения способствует статистически значимым ухудшениям показателей Эхо КГ параметров.

## Заключение

### Основные научные результаты диссертации

1. У больных РЗ определяется от двух и более сопутствующих заболеваний. Частота, характер и индекс коморбидности находятся в прямой зависимости от вида РЗ и пола. Наибольшее количество сопутствующих заболеваний наблюдалось у больных ОА и РА. Среди сопутствующих состояний у больных РЗ лидирующие позиции занимают кардиоваскулярные заболевания [3–А, 4 –А, 5 – А, 6–А, 7 –А, 9–А, 10–А].
2. Коморбидные состояния у больных РА встречаются часто (89,3%), а в 61,7% случаев наблюдалось существование нескольких сопутствующих заболеваний (двух и более). Среди кардиоваскулярной патологии преобладают АГ (60,5%) и ИБС (34,3%), на втором месте вторичный остеоартроз и остеохондроз (59,4%) и замыкают тройку лидерства гастропатии (42,9%). Высок процент остеопороза (33,4%) и заболеваний мочевыводящих путей (32,3%). Выявлена прямая корреляционная взаимосвязь индекса коморбидности и возраста ( $p < 0,05$ ) [5 –А, 6 –А, 7 –А, 9–А, 10–А, 12–А, 13–А, 20–А].
3. Динамическое наблюдение (1 год) частоты коморбидных состояний у больных РА показало достоверное увеличение числа пациентов с несколькими сопутствующими заболеваниями. Анализ медикаментозной терапии у больных РА с сопутствующей патологией выявил ряд особенностей: антигипертензивные и ингибиторы протонной помпы являлись наиболее часто назначаемыми средствами: 71,7% и 68,8% соответственно. Каждый третий больной изменил режим патогенетической терапии в виду обострения патологии ЖКТ, повышения АД и снижения показателей гемоглобина [1–А, 5 –А, 6 –А, 7–А, 9–А, 10–А, 16–А].
4. У больных ОА с высокой частотой наблюдались АГ и ожирение, что коррелировало с возрастом, сочетание которых усугубило тяжесть суставного синдрома по суммарному тесту Лекена и ВАШ [2–А, 3–А, 4–А, 11–А, 13–А, 15–А, 17–А, 20–А].
5. Наличие ожирения и артериальной гипертензии у больных ОА отрицательно влияет на морфофункциональные показатели сердца, а также негативно влияет на показатели углеводного и липидного обменов [3–А, 4–А, 11–А, 15–А, 17–А].

### Рекомендации по практическому использованию результатов

1. Наличие сопутствующей патологии у больных с ревматическими заболеваниями (иммуно-воспалительными и метаболическими) способствует негативному влиянию на клиническое течение, снижает эффективность проводимой терапии и увеличивает частоту госпитализации.
2. В протоколах стандартного обследования больных с РЗ, помимо суставного синдрома, необходимо оценивать функциональное состояние внутренних органов, с акцентом на сердечно-сосудистую систему.
3. Лечение больных РЗ с коморбидными состояниями требует взаимодействия между врачами различных специальностей (кардиолога, гастроэнтеролога, эндокринолога).
4. Наличие высокой частоты кардиоваскулярных заболеваний у больных с РЗ, что является основной причиной их летальности, необходимо своевременно контролировать и корректировать традиционные факторы риска.

## Список публикаций соискателя учёной степени

### Статьи в рецензируемых журналах

- [1–А] Шодиев Б.Р. Ревматоидный артрит с системными проявлениями: диагностика, индикаторы неблагоприятного течения / Б.Д. Назаров, Ё.У. Саидов, Д.А. Халилова, Р.Н. Зубайдов, Б.Р. Шодиев // Ж. «Научно-практическая ревматология». – Москва. – 2012 г. – №6. – С.45-49.
- [2–А] Шодиев Б.Р. Клинико-эпидемиологическая характеристика суставного синдрома у взрослого населения Республики Таджикистан / М.Ф. Ахунова, С.М. Шукурова, Б.Р. Шодиев // Ж. «Вестник Авиценны». – Душанбе. – 2014. – №4. – С. 90-96.
- [3–А] Шодиев Б.Р. Особенности клинического течения остеоартроза у лиц пожилого и старческого возраста / С.М. Шукурова, З.Д. Хамроева, Ш.Ш. Почоджонова, Б.Р. Шодиев // Ж. «Вестник Авиценны». – Душанбе. – 2015. – №4. – С. 57-65.
- [4–А] Шодиев Б.Р. Остеоартроз как важная проблема гериатрии / С.М. Шукурова, З.Д. Хамроева, Б.Р. Шодиев, Г.Н. Каримова // Ж. «Вестник Авиценны». – Душанбе. – 2016. – №1. – С. 137-144.
- [5–А] Шодиев Б.Р. Современный взгляд на коморбидность при ревматоидном артрите (обзор литературы) / Б.Р. Шодиев, С.М. Шукурова, Ф.У. Курбонова, Х.М. Алиев // Ж. «Вестник Академии медицинских наук Таджикистана». – Душанбе. – 2017. – №3. – С. 118-123.
- [6–А] Шодиев Б.Р. Характеристика сопутствующей патологии при ревматических заболеваниях / Б.Р. Шодиев, М.Ф. Абдуллаев, С.М. Шукурова, Ф.У. Курбонова // Ж. «Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения». – Душанбе. – 2019. – №4. – С.97-103.
- [7–А] Шодиев Б.Р. Ревматоидный артрит в ассоциации с сопутствующими заболеваниями / С.М. Шукурова, Б.Р. Шодиев, М.Ф. Абдуллоев, Р.М. Раджабов // Ж. «Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения». – Душанбе. – 2020. – №1. – С.91-97.

### Статьи и тезисы в сборниках конференций:

- [8–А] Шодиев Б.Р. Клиническая характеристика хронической сердечной недостаточности ишемического и ревматического генеза на госпитальном этапе / Б. Р. Шодиев, М. Ф. Абдуллоев // Материалы 60 годичной научно-практической конференции ТГМУ имени Абуали ибн Сино, «Теоретические и практические аспекты развития современной медицинской науки» посвященной 90-летию С.И. Рахимова. – Душанбе. – 2012. – С. 65.
- [9–А] Шодиев Б.Р. Анализ и оценка морфофункциональных особенностей левых отделов сердца у больных ревматоидным артритом в сочетании с артериальной гипертензией / Х.Р. Махмудов, Б.Р. Шодиев // I Международный научно-образовательный форум молодых кардиологов «кардиология: на стыке будущего». – Москва. – 2013. – С.41.
- [10–А] Шодиев Б.Р. Коморбидность ревматоидного артрита с артериальной гипертензией и структурно-функциональной перестройкой левых отделов сердца / Б.Дж. Назаров, Х.Р. Махмудов, Б. Р. Шодиев, Р.Н. Зубайдов // VI съезд ревматологов России. – Москва. – 2013. – С.104.
- [11–А] Шодиев Б. Р. Прогнозирование и факторы риска развития сердечно-сосудистой патологии у больных остеоартрозом / Г.Н. Каримова, С.М. Шукурова, Б.Р. Шодиев // II-Евразийский конгресс ревматологов. – Москва. – 2014. – С. 52.

- [12–А] Шодиев Б.Р. Коморбидность у ревматологических больных в условиях стационара / С.М. Шукурова, Н.Т. Ахунова, М.Ф. Абдуллоев, Б.Р. Шодиев // II Евразийский конгресс ревматологов. – Москва. – 2014. – С.149.
- [13–А] Шодиев Б.Р. Сопутствующая патология у больных ревматическими заболеваниями / Б. Р. Шодиев, Ф.У. Курбонова, Ф.Б. Шарифзода // Материалы XI годичной научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвящённой 25-летию государственной независимости Республики Таджикистан «Медицинская наука: достижения и перспективы». – Душанбе. – 2016. – С. 109.
- [14–А] Шодиев Б.Р. Анализ терапевтической тактики ведения больных ОА у лиц пожилого и старческого возраста в условиях стационара у учетом коморбидности / З.Д. Хамроева, Б.Р. Шодиев, С. Мирзоева // Материалы XI годичной научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвящённой 25-летию государственной независимости Республики Таджикистан «Медицинская наука: достижения и перспективы». – Душанбе. – 2016. – С. 101.
- [15–А] Шодиев Б.Р. Суставной синдром и сопутствующая патология при остеоартрозе / Б.Р. Шодиев, М.Ф. Абдуллоев, С.М. Шукурова // Материалы 63-й годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием «Вклад медицинской науки в оздоровление семьи». Душанбе. – 2015. – С. 327.
- [16–А] Шодиев Б.Р. Ревматоидный артрит в ассоциации с сопутствующей патологией / Б.Р. Шодиев, З.Ш. Сафаров, Г.М. Раджабова // Материалы ежегодной XIV научно-практической конференции ГОУ ИПО в СЗРТ «Юбилейные научный чтения». – Душанбе. – 2018. – С. 91-92.
- [17–А] Шодиев Б.Р. Остеоартроз: суставной синдром, сопутствующая патология и факторы риска / С.М. Шукурова, Б.Р. Шодиев, А.И. Хочиев // Материалы международного семинара на тему: «Вопросы коморбидности в клинике внутренних болезней». – Душанбе. – 2018. – С. 135-141.
- [18–А] Шодиев Б.Р. Коморбидные состояния при ревматических заболеваниях / Б.Р. Шодиев, А.И. Ходжаев, С.М. Шукурова // Материалы конгресса кардиологов и терапевтов стран Азии и содружества независимых государств «Актуальные проблемы сердечно-сосудистых и соматических заболеваний». – Душанбе. – 2019. – С. 466-467.
- [19–А] Шодиев Б.Р. Клиническая эффективность применения перорального хондропротектора «ибра» при остеоартрозе / Б.Р. Шодиев, С.М. Шукурова // Материалы конгресса кардиологов и терапевтов стран Азии и содружества независимых государств «Актуальные проблемы сердечно-сосудистых и соматических заболеваний». – Душанбе. – 2019. – С.467.
- [20–А] Шодиев Б.Р. Индекс коморбидности у больных ревматическими заболеваниями / С.М. Шукурова, Б.Р. Шодиев, Х. Хикматов // Материалы ежегодной XXVI –й научно-практической конференции «Новые направления развития медицинской науки и образования». – Душанбе. – 2020. – С. 58-59.

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

<b>АГ</b>	– артериальная гипертония
<b>БКМС</b>	– болезни костно-мышечной системы
<b>ВАШ</b>	– визуально-аналоговая шкала
<b>ВИВР ЛЖ</b>	– время изоволюмического расслабления левого желудочка
<b>ВОЗ/МОАГ</b>	– Всемирная организация здравоохранения Международная ассоциация по артериальной гипертонии
<b>ГКС</b>	– глюкокортикостероиды
<b>ДАД</b>	– диастолическое артериальное давление
<b>ДДЛЖ</b>	– диастолическая дисфункция левого желудочка
<b>ИА</b>	– индекс атерогенности
<b>ИБС</b>	– ишемическая болезнь сердца
<b>ИМ</b>	– инфаркт миокарда
<b>ИММЛЖ</b>	– индекс массы миокарда левого желудочка
<b>ИМТ</b>	– индекс массы тела
<b>КВЗ</b>	– кардиоваскулярные заболевания
<b>КВП</b>	– кардиоваскулярная патология
<b>КГЛЖ</b>	– концентрическая гипертрофия левого желудочка
<b>КДО ЛЖ</b>	– конечно-диастолический объем левого желудочка
<b>КДР ЛЖ</b>	– конечно-диастолический размер левого желудочка
<b>КРЛЖ</b>	– концентрическое ремоделирование левого желудочка
<b>КСО ЛЖ</b>	– конечно-систолический объем левого желудочка
<b>КСР ЛЖ</b>	– конечно-систолический размер левого желудочка
<b>ЛПУ</b>	– лечебно-профилактическое учреждение
<b>ЛЖ</b>	– левый желудочек
<b>МК</b>	– мочева кислота
<b>ММЛЖ</b>	– масса миокарда левого желудочка
<b>МС</b>	– метаболический синдром
<b>НГЛЖ</b>	– нормальная геометрия левого желудочка
<b>НПВП</b>	– нестероидные противовоспалительные препараты
<b>ОА</b>	– остеоартроз
<b>ОБ</b>	– объём бёдер
<b>ОП</b>	– остеопороз
<b>ОТ</b>	– объём талии
<b>ОТСЛЖ</b>	– относительная толщина стенок левого желудочка
<b>РА</b>	– ревматоидный артрит
<b>РЗ</b>	– ревматические заболевания
<b>СД типа 2</b>	– сахарный диабет типа 2
<b>СРБ</b>	– с-реактивный белок
<b>ССЗ</b>	– сердечно-сосудистые заболевания
<b>ТГ</b>	– триглицериды
<b>ТЗСЛЖ</b>	– толщина задней стенки левого желудочка
<b>ТМЖП</b>	– толщина межжелудочковой перегородки
<b>ФМН ЛЖ</b>	– фаза медленного наполнения левого желудочка
<b>ФР</b>	– факторы риск
<b>ХРБС</b>	– хроническая ревматическая болезнь сердца
<b>ХС</b>	– холестерин
<b>ХСЛПВП</b>	– холестерин липопротеидов высокой плотности
<b>ХСЛПНП</b>	– холестерин липопротеидов низкой плотности
<b>ХСН</b>	– хроническая сердечная недостаточность
<b>ЭГЛЖ</b>	– эксцентрическая гипертрофия левого желудочка





**МДТ «ДОНИШГОҲИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ ТОҶИКИСТОН  
БА НОМИ АБӮАЛӢ ИБНИ СИНО»**

УДК 616. 72-002.77; 616. 1/4- 0036.12.

*Бо ҳуқуқи дастнавис*

**ШОДИЕВ БЕҲРУЗ РАҶАББОЕВИЧ**

**БЕМОРИҲОИ ТАРБОДӢ ДАР ҲАМБАСТАГӢ БО  
БЕМОРИҲОИ ҲАМРОҲШУДА  
(басомад, хусусиятҳои клиникӣ ва оптимизатсияи ташхис)**

**А В Т О Р Е Ф Е Р А Т И**

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии  
номзади илмҳои тиб

аз рӯйи ихтисоси 14.01.04 –Бемориҳои дарунӣ

**Душанбе – 2021**

**Таҳқиқот дар кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» иҷро карда шудааст.**

**Роҳбари илмӣ**

**Шукурова Сурайё Мақсудовна** –узви вобастаи АМИТ, д.и.т, профессор, мудири кафедраи терапия ва кардиоревматологияи МДТ «Донишкадаи баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон».

**Муқарризони расмӣ:**

**Сорока Николай Федорович** – д.и.т, профессори кафедраи бемориҳои дарунии 2-уми МТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Белоруссия».

**Рачабзода Музаффар Эмом** – доктори илмҳои тиб, директори МД «Маркази Ҷумҳуриявии клиникии бемориҳои дил»-и ВТ ва ҲИА ҶТ.

**Муассисаи тақриздиханда:** Маркази миллии кардиология ва бемориҳои дарунии ба номи академик Мирсаид Миррахимови Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Қирғизистон.

Ҳимояи диссертатсия «\_\_\_»\_\_\_\_\_с. 2021 соати 13 :00 дар ҷаласаи Шӯрои диссертатсионии 6D.KOA-038 назди МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино (734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139, [www.tajmedun.tj](http://www.tajmedun.tj), +992918724088 баргузор мегардад.

Бо диссертатсия дар китобхонаи илмии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «\_\_\_» \_\_\_\_\_с. 2021 ирсол гардид

**Котиби илмии  
шӯрои диссертатсионӣ,  
номзади илмҳои тиб, дотсент**

**Ҷамолова Р.Д.**

## Муқаддима

### Мубрамаи ва зарурати гузаронидани таҳқиқот аз рӯи мавзӯи диссертатсия.

Бемориҳои тарбодӣ (БТ) дар байни гурӯҳҳои асосии бемориҳои музмин (бемориҳои дилу рағҳо, бронху шушҳо, аллергия, онко-гематологӣ, эндокринологӣ ва ғайра) солҳои охир дар паст шудани қобилияти қорӣ, маъюбшавии бармаҳал ва ҳамчунин зиёд шудани миқдори мурочиатҳо ба табибони умумӣ (оилавӣ) саҳми бештар доранд [Насонов Е.Л., 2018; Алексеев Л.И. ва дигарон, 2019; Zhang X. et al., 2014]. Диапазони синнусолии БР хеле густурда аст, аммо бо зиёд шудани синну соли беморон тамоюли афзоиши бемайлоии миқдори онҳо ба назар мерасад [Галушко Е.А. ва дигарон, 2019, Dalen C.I., 2019].

Ба гурӯҳи БТ шаклҳои зиёди бемориҳои генезашон илтиҳобӣ ва ғайриилтиҳобӣ дохил мешаванд, ки миқдори умумии онҳо тақрибан ба 150 адад мерасад. Дар Федератсияи Россия, тибқи маълумоти «Пажӯҳишгоҳи илмӣ-таҳқиқотии ревматология (ПИТР) ба номи В.А. Насонова» -и АИР тақрибан 400 ҳазор беморони мубтало ба БТ ба қайд гирифта шудааст [Насонов Е. Л. ва дигарон, 2018].

Дар солҳои охир вобаста аз беҳтар шудани ташхис ва табобати бемориҳо давомнокии ҳаёти аҳоли низ тадричан зиёд шуда истодааст, аммо дар ин ҳолат миқдори беморони гирифтори як қатор бемориҳои музмин низ зиёд мешавад [Наумов А.В. ва дигарон, 2017; Насонов Е.Л., 2018; Manfredi G., 2019]. Дар робита бо ин таваҷҷуҳи бешаққу шубҳа ва қомилан асосноки муҳаққиқон ба ҳолати коморбидӣ ҳангоми БТ дар даҳсолаи охир кам нашуда истодааст ва сабаби ин таъсири онҳо ба ҷараён ва пешгӯии бемории мушаххаси тарбодӣ, интиҳоби тактикаи табобати он ва ба сифати ҳаёти беморон мебошад [Алексеев Л.И. ва дигарон, 2017; Franceschi C., 2018].

Тибқи маълумоти як гурӯҳи муҳаққиқон [Насонов Е. Л., 2018; Ширинский В.С. ва дигарон, 2020; Fulop T., 2018], ҳамроҳи асосии БТ бемориҳои дилу рағҳо (БДР), синдроми метаболӣ (СМ), иллати узвҳои ҳозима (УХ) остеопороз (ОП), бемориҳои музмини гурдаҳо (БМГ), депрессия ба ҳисоб мераванд.

Имрӯз, ба рушди ревматология дар соҳаи усулҳои технологияи олии ташхис, стратегияҳои муосири аз ҷиҳати илмӣ асосноки табобат нигоҳ накарда, на ҳамеша ҳолати беҳтаршавии назарраси беморон ва бо ин беҳтар гардонидани пешгӯӣ ва дурнамои дарозмуддат ба даст оварда мешавад.

Ревматологияи муосир БТ-ро дар якҷоягӣ бо бемориҳои зиёди музмин дар тӯли ҳаёти бемор меомӯзад ва бинобар ҳамин ҳам, зарурати ташаққул додани моделҳои нави амалисозии «бемории мултиморбидӣ» фаро расидааст [Гордиев А.В. ва дигарон, 2019; Лилла А.М., 2019].

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон (ҶТ) проблемаи коморбидӣ ҳангоми бемориҳои музмини ғайрисироятӣ, аз ҷумла БТ хеле ҷиддӣ мебошад. Дар ҷумҳурӣ як қатор омилҳои мавҷуданд, ки барои дертар шинохтани бемориҳои ҳамроҳшуда ва ҷараёни вазнини БТ, маъюбшавии бармаҳали беморон мусоидат мекунанд. Ба онҳо тактикаи табобати ин категорияи беморонро надонистани табибон, полипрагмазияи беасос, вучуд надоштани нуқтаи назари ягона ба проблемаи бемориҳои омехта ва ғайра дохил мешаванд.

Омӯзиши илман асоснок ва байнифаннии мултиморбидият дар ревматология имконият медиҳад, ки хароҷоти хизматрасонӣ муносиб гардонидани табобат ва сифати ҳаёти беморон беҳтар карда шавад. Вобаста аз ин, имрӯз мултиморбидият на танҳо ҳамчун проблемаи ҳалнашудаи тиббӣ, балки проблемаи иҷтимоӣ-иқтисодӣ низ баррасӣ карда мешавад. Ин дар навбати худ, дар оянда метавонад, ки стратегияи системаи нигоҳдории ҶТ-ро муайян намояд.

**Дарачаи азхудшудаи масъалаи илмӣ.** Ревматологияи муосир чараён ва натиҷаи БТ-ро дар якҷоягӣ бо модели нав- маҳз, дар интегратсияи якҷанд бемории музмин дар тӯли ҳаёти бемор мавриди баррасӣ қарор медиҳад [Шишкова В. Н., 2016; Афанасьев И. А. ва дигарон, 2018; Гордеев А. В., 2019; Насонов Е. Л. ва дигарон, 2019].

Дар нашрияҳои муҳаққиқони ватанӣ ва хориҷӣ чанбаҳои муҳими коморбидият ҳангоми БТ, монанди гуногун будани механизми клиникӣ-патогенетикӣ, умумият дар омилҳои хатар, полипрагмазияи маҷбурӣ инъикоси худро ёфтаанд [Попкова Т. В. ва дигарон, 2016; Шукурова С.М. ва дигарон, 2018; Лилла А.М., 2019].

Натиҷаҳои таҳқиқотҳои илмии сершумор аз басомади баланди ҳолати коморбидӣ дар беморони мубтало ба БТ гувоҳӣ медиҳанд, дар ин маврид бемориҳои коморбидии зиёд дучоршаванда бемориҳои кардиоваскулярӣ, ОП, БМГ (бемориҳои музмини гурдаҳо), номияҳои бадсифат ва депрессия ба шумор мераванд [Насонов Е.Л. ва дигарон, 2018; Siningaglia L. et al., 2000; Haugeberg G. et al., 2000; Van Staa T.P. et al., 2006; Ohtori S. et al., 2013].

Дар як идда таҳқиқотҳо бештар фишорбаландии шараёнӣ (ФШ-58,75%) ва бемории ишемикии дил (БИД-37,5%) мебошанд, ки бо бемориҳои остеоартроз (ОА) ҳамроҳ мешаванд. Якҷоя шудани ду ё зиёда компонентҳои синдроми метаболикӣ (СМ) дар асари бештари беморони гирифтори ОА (62,5%) ба мушоҳида мерасад [Каримова Г.Н., 2015].

Ба баррасиҳо ва муҳокимаҳои фаъоли коморбидият ҳангоми БТ нигоҳ накарда, паҳлӯҳои зиёди ҳаллу фаслнашудаи хусусиятҳои чараёни клиникӣ ва тактикаи муроқибати беморони мубтало ба шаклҳои чудоғонаи БТ, хусусиятҳои клиникӣ-гемодинамикӣ, биохимиявӣ ва монади инҳо боқӣ мондаанд.

#### **Асосҳои назариявӣ ва методологияи таҳқиқот.**

Муносибати байнифанӣ дар омӯзиши мултиморбидият дар БТ дар асоси илмӣ имконият медиҳад, ки хароҷоти ҳадамоти тарбодшиносӣ дар ҚТ муносиб, натиҷаҳои таъбаат ва сифати ҳаёти беморон бештар карда шавад. Вобаста аз ин, имрӯз мултиморбидият на танҳо ҳамчун проблемаи ҳалнашудаи тиббӣ, балки проблемаи иҷтимоӣ-иқтисодӣ низ баррасӣ карда мешавад. Ин дар навбати худ, дар оянда метавонад, ки стратегияи системаи нигоҳдории ҚТ-ро муайян намояд.

### **ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ**

**Мақсади таҳқиқот.** Пешниҳод намудани баҳогузориҳои комплекси БТ дар якҷоягӣ бо бемориҳои ҳамроҳшуда ва роҳҳои оптимизатсияи ташҳиси онҳо дар ҚТ.

**Объекти таҳқиқот.** Объекти таҳқиқот 260 бемори гирифтори БТ бо АТ (n=170) ва ОА (n=90) буд, ки дар онҳо таҳқиқоти комплекси коморбидият, хусусиятҳои чараёни клиникӣ, хусусияти таъбаат гузаронида шуд. Ҳамзамон таҳлили ретроспективи таърихи бемории 342 бемори мубтало ба БТ гузаронида шуд, ки дар шуъбаи ревматологии МД «Маркази тиббии шаҳрии №2 ба номи академик К.Т. Тоҷиев» дар давраи солҳои 2014-2016 бистарӣ буданд.

**Мавзӯи таҳқиқот.** Мавзӯи таҳқиқоти БТ дар якҷоягӣ бо бемориҳои ҳамроҳшуда буда, таваҷҷуҳи махсус ба коморбидии кардиоваскулярӣ ва таъсири онҳо ба чараёни клиникӣ-функционалӣ ва чараёни БТ зохир карда шуда буд.

#### **Вазифаҳои таҳқиқот:**

1. Тавсиф кардани басомад ва спектри бемории коморбидӣ дар беморони гирифтори БТ дар марҳалаи таъбаати статсионарӣ бо назардошти чинс ва синну сол.

2. Баҳогузори кардани бемории ҳамроҳшуда ва хусусияти табобати беморони гирифтори АТ.

3. Пешниҳод намудани хусусияти бемории ҳамроҳшуда дар беморони гирифтори ОА ва тағйироти клиникӣ-биохимиявӣ дар вобастагӣ бо ФШ ва фарбеҳӣ.

**Усулҳои таҳқиқот.** Дар чараёни ҷустуҷӯӣ ташхис дар таҳқиқот дар баробари ҷамъоварии шикоятҳо, анамнез, маълумотҳои объективӣ, инчунин параметрҳои синдроми буғумҳо: шохиси буғумҳо, ҳисоби дард, шохиси буғумҳои варамида бо усули Ричи, буғумҳои варамида ва ё дардманд, давомнокии қарахтии субҳонаи буғумҳо бо дақиқа, возеҳии синдроми дард ҳисоб карда шуданд. Дар ҳамаи беморон таҳқиқоти умумиклиникӣ ва биохимиявӣ (липидограмма, намунаҳои ҷигар, глюкозаи хун, креатинин), ҳангоми зарурат бошад, таҳқиқоти моеи синовиалӣ ва таҳқиқоти инструменталӣ (ЭКГ, Эхо КГ, рентгени буғумҳо, ЭГДС) гузаронида шуд.

Дар ҳамаи беморон шохиси коморбидӣ бо усули Charlson (1987, Mary Charlson) мувофиқи саволномаи таҳияшуда ҳисоб карда шуд.

**Соҳаи таҳқиқот.** Пажӯҳиши диссертатсия бо шиносномаи КОА-и назди Президенти ҶТ оид ба ихтисоси 14.01.04- «Бемориҳои дарунӣ»: зербанди 3.4. Этиология ва патогенез, омилҳои хатар, генетикаи бемориҳои узвҳои дарунӣ; зербанди 3.8. Зухуроти клиникаи бемориҳои узвҳои дарунӣ; зербанди 3.9. Бемориҳои омехтаи узвҳои дарунӣ, гардиши хун, узвҳои нафаскашӣ, узвҳои ҳозима, узвҳои пешобу таносулӣ, узвҳои тақяву ҳаракат ва бофтаҳои пайвастананда, системаи эндокринӣ бо зухуроти рангоранги онҳо; зербанди 3.14. Хусусиятҳои синнусолии ҷинсӣ, этникии бемориҳои узвҳои дарунӣ мувофиқат мекунад.

**Марҳалаҳои таҳқиқот.** Дар равиши таҳқиқот марҳалаҳои анъанавии таҳқиқоти илмӣ риоя карда шудааст. Дар оғози пажӯҳиш бо мақсади ташаккул додани мавзӯ ва мақсадҳои таҳқиқот ҷустуҷӯӣ адабиёти илмӣ сурат гирифт. Баъдан мурағаб сохтани методикаи мавзӯи диссертатсия, таҳлилҳои ретроспективӣ ва проспективӣ ҳуҷатгузори тиббӣ ва беморон, таълифи бобҳои рисолаи илмӣ анҷом дода шуд. Натиҷаҳои ҷустуҷӯӣҳои илмӣ имконият доданд, ки аз тариқи призмаи коморбидият модели бемориҳои тарбодӣ ифода ва методҳои ташхис таҳия карда шаванд.

**Пойгоҳи асосии иттилоотӣ ва озмоиши таҳқиқот.** Дар таҳқиқот ба сифати асоси иттилооти илмӣ таҳқиқотҳои илмӣ донишмандони тоҷик (Шукурова С.М., Каримова Г.Н., Тоиров Х., Хамроева З.Д.), мақолаҳои илмӣ дар маҷаллаҳо ва форумҳои байналмилалӣ нашршуда (Абдуллаев М.Ф., Джонназарова Д., Холова З.У) ба мавзӯи бемории тарбодӣ дар ҳамбастагӣ бо бемориҳои ҳамроҳшуда бахшидашуда мавриди истифода қарор дода шуданд. Таҳқиқот дар шӯбаи ревматологии МД «Маркази тиббии шаҳрии №2 ба номи академик К.Т. Тоҷиев» гузаронида шудааст.

**Эътимоднокии натиҷаҳои диссертатсияро** эътимоднокии маълумотҳо, ҳаҷми кофии маводи таҳқиқот, коркарди омории натиҷаҳои таҳқиқот ва нашрияҳо тасдиқ мекунанд. Ҳулосаҳо ва тавсияҳо дар заминаи таҳлилҳои илмӣ натиҷаҳои чараёни БТ дар ҳамбастагӣ бо бемориҳои ҳамроҳшуда бунёд шудаанд.

**Навгони илмӣ таҳқиқот.** Таҳқиқоти диссертатсия дар ҶТ яке аз нахустин пажӯҳишҳо дар мавзӯи проблемаи ташхиси коморбидияти БТ ба ҳисоб меравад. Сохтор ва басомади бемориҳои коморбидӣ дар беморони мубтало ба БТ омӯхта шуд, вай шохиси умумии бемориҳои коморбидиро дар марҳалаи статсионарӣ 2,9 (яъне бемори мубтало ба бемории тарбодӣ тақрибан 3 бемории ҳамроҳшуда дорад) нишон дод. Муқаррар карда шуд, ки миқдори нисбатан бештари бемориҳои ҳамроҳшуда ОА (4,5), никрис (3,8) ва АТ (3,4) дида мешавад. Таҳлили муқои-

савии басомади бемориҳои ҳамроҳшуда нишон дод, ки дар байни ҳолатҳои зиёди ҳамроҳшуда мавқеи асосиро бемориҳои кардиоваскулярӣ (БКВ-75%) ишғол мекунанд.

Коморбидияти БТ дар ҳамбастагӣ бо чинс: миқдори умумӣ, бемориҳои патологияи ҳамроҳшуда дар занҳо –71%, дар муқобили 29% дар мардҳо. “Тасвири мардии” шартии бемори тарбодӣ муқаррар карда шуд: мард бо континууми васеи кардиологӣ, ФШ, БИД бо вазни барзиёд ва норасоии дил ва аксаран бо норасоии нафаскашӣ оварда мерасонад.

Бемориҳои ҳамроҳшуда дар беморони гирифтори АТ ба таври муфассал омӯхта шуд: дар 89,4% беморони гирифтори АТ бемориҳои ҳамроҳшуда дида шуд, дар ин маврид дар 61,7%-и беморон ду ё зиёда бемориҳои коморбидӣ ба назар расид. Таҳлили хусусиятҳои табобати медикаментозӣ дар беморони гирифтори АТ бо коморбидӣ гузаронида шуд ной: мавқеи асосиро доруҳои антигипертензивӣ – 75,4%, ингибиторҳои помпаи протонӣ 71,8% ва доруҳои антибактериалӣ –30,3% ишғол мекунанд.

Иртиботи мутақобилаи клиникӣ-биохимиявии ОА бо ФШ ва фарбеҳӣ муайян карда шуд, ки якҷояшавии онҳо вазнинии ҷараёни синдроми буғумҳоро амиқтар ва нишондиҳандаҳои параметрҳои морфофункционалии дилро аз ҷиҳати омӯрӣ бад кард.

#### **Аҳамияти назарии таҳқиқот**

БТ дар ҳамбастагӣ бо бемориҳои ҳамроҳшуда ба сифати модели нави ҳамзистии онҳо хизмат мекунад, оптимизатсияи таъхис барои барвақт ошкор кардани натиҷаҳои нохуб ва ихтилолҳои функционалии узвҳои дарунӣ мусоидат мекунад.

#### **Аҳамияти амалии таҳқиқот:**

Дар беморони мубтало ба БТ доираи бемориҳои ҳамроҳшуда хеле густурда мебошад, ки ҳолати функционалии дастгоҳи таъяву ҳаракат ва бемориҳои кардиоваскулярӣ (БКВ) инъикос мекунанд.

Дар протсессии ҷустуҷӯӣ таъхис, бар иловаи таҳлили синдроми буғумҳо, ба протоколи таҳқиқоти стандартӣ ҳолати функционалии ҳолати дилу рағҳо, бронху шушҳо, системаҳои меъдаву рӯдаҳо ва пешобхориҷқуниро низ дохил кардан зарур аст.

Таъхиси саривақтии бемориҳои ҳамроҳшуда дар беморони мубтало ба БТ барои бартараф намудани фалокатҳои кардиоваскулярӣ, метаболикӣ ва ғайра, ҳамчунин барои дуруст интиҳоб кардани табобати медикаментозӣ мусоидат мекунад.

#### **Нуқтаҳои ҳимояшавандаи диссертатсия:**

1. Бемориҳои коморбидӣ дар бештари беморони дорои БТ ошкор карда мешаванд, ки дар байни онҳо БКВ бартарӣ доранд. Шохиси умумии коморбидият дар байни беморони мубтало ба БТ 2,9-ро таъхил медиҳад, дар ин маврид миқдори бештар (4,5) ҳангоми ОА ва АТ (3,4) ба назар расид.
2. Сохтори бемориҳои ҳамроҳшуда аз чинс ва намуди БТ вобаста аст. Дар занҳо басомади дучоршавии гастропатия ва бемориҳои гурдаҳо баланд аст. Барои мардҳо «Тасвири мардии» шартии беморони мубтало ба БТ бо континууми васеи кардиологӣ, вазни барзиёд ва норасоии дил хос аст.
3. Дар беморони мубтало ба АТ басомади баланди бемориҳои ҳамроҳшуда (89,4%) ба мушоҳида мерасад, натиҷаҳои нишондодҳои зиндамории 10-сола дар 45,8% -и беморон дар диапазони 3-4 балл қарор дошт, ки ба синну сол мувофиқат мекард. Муоинаи динамики (1 сол) сохтор ва басомади ҳолатҳои

коморбидӣ дар беморони мубтало ба АТ сахехан зиёд шудани микдори беморони мубтало ба якчанд бемориҳои ҳамроҳшударо нишон дод.

4. Дар беморони мубтало ба ОА бо басомади баланд ФШ ва фарбеҳӣ ба қайд гирифта шуд, басомади бемориҳои ҳамроҳшуда бошад, ба синну сол мувофиқат мекард. Вучуд доштани ФШ ба сатҳи синдроми дард дар беморони мубтало ба ОА таъсири негативӣ мерасонад, дар ҳолати ҳамроҳ шудани фарбеҳӣ бошад зуҳуроти нисбатан возеҳтари ОА ва бадшавии аз ҷиҳати оморӣ муҳимми параметрҳои морфофункционалии дил ба мушоҳида мерасад.

**Саҳми шахсии диссертант.** Саҳми шахсии диссертант дар он зоҳир мешавад, ки вай самтҳои илмиро мустақилона интихоб намуда, таҳлили маълумотҳои адабиётҳои ба мавзӯи диссертатсия бахшидаро гузаронидааст. Бо ҳамроҳии роҳбари илмӣ мақсад, вазифаҳо ва роҳҳои расидан ба ҳадафро муайян намудааст.

Таҳқиқотҳои клиникӣ, инструменталии беморон, пур қардани формаҳои баҳисобгирии махсус барои ин таҳқиқот таҳияшударо худӣ муаллифи рисола мустақилона анҷом додаст.

Баҳогузори ва шарҳи усулҳои биохимиявӣ ва инструменталӣ дар лабораторияҳо ва ҳуҷраҳои функционалии МД «Маркази тиббии шаҳрии №2 ба номи академик К.Т. Тоҷиев» (шаҳри Душанбе) амалӣ карда шудааст.

Шарҳу тафсири натиҷаҳои ҳосилшуда, навиштани хулосаҳо ва тавсияҳо дар якҷоягӣ бо роҳбари илмӣ сурат гирифтааст.

**Таъйиди диссертатсия ва иттилоот оид ба истифодаи натиҷаҳои он.** Маводҳои асосии диссертатсия дар конференсияи солонаи илмӣ-амалии МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» бо иштироки намояндагони байналмилалӣ (Душанбе, с.2014-2017); МДТ «ДТБКСТҚТ» (Душанбе, с. 2018-2020), конгресси кардиологҳо ва терапевтҳои кишварҳои Осиё ва ИДМ (Душанбе, с.2019), семинарии байналмилалӣ лигаи Осиё-Уқёнуси Ором ба муқобили ревматизм (Душанбе, с.2018) гузориш ва дар ҷаласаи комиссияи проблемавии экспертии байникафедравии фанҳои терапевтии МТД «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» (санаи 18.12.2020, №8) таҳлилу баррасӣ шудааст.

Натиҷаҳои таҳқиқот дар фаъолияти клиникӣ ва табобатии шӯбаи ревматологии МД «Маркази тиббии шаҳрии №2 ба номи академик К.Т. Тоҷиев», шӯбаи ревматологии Маркази миллии тиббии «Шифобахш» ҚТ татбиқ шудаанд. Маводи диссертатсия дар раванди таълими кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунии МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» ва кафедраи терапия ва кардиоревматологияи МДТ «ДТБКСТ ҚТ» мавриди истифода қарор дода шудааст.

**Интишори натиҷаҳои диссертатсия.** Аз рӯйи натиҷаҳои диссертатсия 20 таълифоти илмӣ, аз ҷумла 7 мақолаи илмӣ дар маҷаллаҳои тақризишавандаи ҚОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон нашр гаштааст.

**Ҳаҷм ва сохтори диссертатсия.** Диссертатсия дар ҳаҷми 114 саҳифаи матни компютерӣ таълиф шуда, аз муқаддима, тавсифи умумии таҳқиқот, 6 боб (шарҳи адабиёт, мавод ва усулҳои таҳқиқот, 4 боб, бахшида ба натиҷаҳои таҳқиқоти худӣ муаллиф, муҳокимаит натиҷаҳои ҳосилшуда), хулоса ва рӯйхати адабиёти истифодашуда иборат мебошад. Рӯйхати адабиёт 101 сарчашмаи ватанӣ ва 187 адабиёти хориҷиро дар бар гирифтааст. Дар рисола 9 расм ва 22 ҷадвал ва оварда шудааст.

## МУҲТАВОИ ТАҲҚИҚОТ

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Таҳқиқот дар ду марҳила сурат гирифтааст. **Марҳилаи якум** – таҳлили ретроспективӣ 342 таърихи бемории беморони

мубтало ба БТ, ки дар шуъбаи ревматологии МД «Маркази тиббии шахрии №2 ба номи академик К.Т. Точиев» дар давраи солҳои 2014-2016 тахти муоина қарор доштанд. Бо назардошти этиология беморон ба 2 гурӯҳ ҷудо карда шуданд: гурӯҳи - I (n=190) бо БТ –и иммуноилтиҳобӣ ва гурӯҳи II (n=112) бо артрити метаболикӣ. Ҳар як зергурӯҳ мавзӯи омӯзиши басомад ва хусусияти бемориҳои ҳамроҳшуда вобаста аз ҷинс қарор гирифт.

Мувофиқи картаи махсусан тайёркардашуда дар 342 бемор хусусиятҳои клиникӣ-демографӣ, аз ҷумла анамнез, таъоботи медикаментозӣ, таҳқиқотҳои биохимиявӣ ва инструменталӣ, ҳисоб кардани шохиси коморбидият барои ҳар як нозология омӯхта шуданд.

Хусусият, басомади БТ вобаста аз ҷинс дар ҷадвали 1 оварда шудааст.

Аз миқдори умумии беморон (занҳо-67,9%; мардҳо-32,4%)-и гирифтори БР-и гуногун –170 (49,7%) беморони гирифтори АТ, ОА –90 (26,3%), ки дар маҷмӯъ 76% -и миқдори умумии беморонро ташкил дод. Беморони гирифтори никрис – 22 (6,4%). Спондилоартрити анкилозӣ (СА) ва артрити реактивӣ (АР) бо назардошти умумияти иммунопатологиашон ба гурӯҳи умумии (АС+РсА) –20 (5,8%), бемории музмини тарбодии дил (БМТД) – 20 (5,8%), бемориҳои системавии бофтаи пайвастананда (БСБП) – 20 (5,8%). Дар гурӯҳи дигарҳо (7,5%) артропатияи симптоматикӣ, псориаз ва брутселлез шомил шудаанд. Синну соли миёнаи беморони гирифтори БТ-48,7±7,1-солро ташкил дод.

#### Ҷадвали 1. – Хусусият ва басомади БР дар асоси таҳлили ретроспективӣ (n=342)

Нозология	Мардҳо		Занҳо		Синну соли миёна
	Abs.	%	Abs.	%	
АТ (n=170)	39	22,9	131	77,1	51,2±5,6
ОА (n=90)	24	26,6	66	73,3	57,7±9,3
Никрис (n=22)	21	98	1	2	59,8±9,2
БСБП (n=20)	5	25	15	75	39,7±5,2
АС+АР (n=20)	13	62,6	7	37,4	39,3±6,7
БМТД (n=20)	9	45	11	55	44,8±6,8
Ҳамагӣ (n=342)	111	32,4	231	67,9	48,7±7,1

Верификатсияи ташҳиси БТ мутобиқи меъёрҳои аз тарафи умум қабулшуда анҷом дода шуд: барои БТ асос ҷиҳати дохил намудан ба таҳқиқот ACR 1987, ACR/EULAR 2010 [Altman D., 2010] буд. Барои муқаррар кардани ташҳиси ОА аз тавсияи АРР барои ташҳиси беморони гирифтори гоно - ва коксоартроз истифода шуд (2006). Мувофиқи таснифи меъёрҳои S.L.Wallace бо ҳаммуаллифон дар соли 1977 ташҳиси артропатияи никрисӣ муайян карда шуда буд; верификатсияи ташҳиси СПА дар асоси меъёрҳои таҳиянамудаи Атог ва ҳаммуаллифон (1995) сурат гирифт, мувофиқи таснифи кори дар Конгресси I –уми Умумироссиягии ревматологҳои Россия (соли 2003) ташҳиси бемории музмини тарбодии дил ва ташҳиси артрити реактивӣ (АР) мувофиқи тавсияҳои АРР (2008) гузошта шуд.

**Марҳалаи дуюм.** Ҳамзамон таҳқиқоти якҷаҳзаинаи муқоисавии 260 БТ гузаронида шуд, ки АТ (n=170) ва ОА (n=90) дохил шуда буданд, дар ин ҷо таҳқиқоти комплексии коморбидият гузаронида шуда, хусусиятҳои ҷараёни клиникӣ ва хусусиятҳои таъоботи чунин беморон баррасӣ карда шуд.

Дар баробари пурсиш (шикоятҳо, анамнез), маълумотҳои объективӣ параметрҳои функционалии синдроми буғумҳо таҳқиқ карда шуданд: СИ, ҳисоб кардани дард, шохиси варам бо усули Ричи, миқдори буғумҳои варамиди ва дард-



нок, карахтаии субҳона (давомнокӣ бо дақиқа), шиддати синдроми дард (бо балл), шхиси вазнинии никрис.

Дар ҳамаи беморон шохиси коморбидӣ бо усули Charlson (1987, Mary Charlson) мувофиқи саволномаи таҳияшуда ҳисоб карда шуд. Ҳангоми ҳисоб кардани шохис баллҳо мувофиқи бемориҳои ҳамроҳшуда ҳамчун карда мешаванд, дар ин маврид ба ҳар як даҳ соли ҳаёт 1 балл ҳамчун карда мешавад > синну соли 40-солагӣ (яъне –50 сол – 2 балл, 60 сол – 2 балл).

Ҳолатҳои функционалии дастгоҳи таҷаву ҳаракат бо ёрии ин тестҳо ҳисоб карда шуд: возеҳии дард мувофиқи шкалаи (ВАШ) баҳогузорӣ карда шуд; барои баҳогузорӣ намудани дард дар ҳолати оромӣ ва ҳангоми роҳгардӣ аз шохиси Lequesne (бо балл) истифода шуд; шохиси Ричи ва бо шкалаи визуалии таҳлили (ВАШ) шиддатнокии синдроми дард дар ҳолати оромӣ ва ҳангоми ҳаракат кардан баҳогузорӣ карда шуда, шохиси Lequesne (балл) ва WOMAC ҳисоб карда шуд.

Ташҳиси бемориҳои ҳамроҳшуда мувофиқи меъёрҳои қабулшудаи ташҳисӣ гузаронида шуд. Верификатсияи ташҳиси ФШ мувофиқи меъёрҳои ТУТ/АБФШ (ассотсиатсияи байналмилалӣ оид ба фишорбаландии шараёнӣ) (1999) сурат гирифт; ташҳиси БИД мутобиқи меъёрҳои ТУТ (1979) муқаррар карда шуд; СМ (синдроми метаболикӣ) мувофиқи меъёрҳои қорӣи экспертҳои Институти миллии солимии (Adult Treatment Panel (ATR) III, 2001) [NCEP., 2001] муайян карда шуд.

Баҳогузориҳои параметрҳои антропометрӣ– аз рӯи шохиси Кетли сурат гирифта ва бо ва кг/м<sup>2</sup> муайян карда шуд. Таносуби андозаи камар/андозаи ронҳо зиёда аз 1,0 ҳамчун типӣ вистсералии фарбеҳӣ арзёбӣ карда шуд.

### **Усулҳои инструменталии таҳқиқот**

1. Электрoкардиография.
2. Таҳқиқоти ултрасадоии дил (Эхо КГ).
3. Таҳқиқоти рентгенологии бугумҳои осебдида.
4. Эзофаго-гастро эндоскопия (ЭГДС).

Параметрҳои биохимиявии хун: липидограмма (холестерини умумӣ, ммол/л, триглитсеридҳо (ТГ ммол/л), ХС липопротеидҳои зичиашон зиёд ммол/л, липопротеидҳои зичиашон кам ммол/л), шохиси атерогеният (ША), аланинаминотрансфераз (АЛТ), аспартатаминотрасфераз (АСТ), мочевина, креатинин, сафедаи умумӣ, қанди хун ва кислотаи пешоб.

### **Коркарди оморӣ натиҷаҳо**

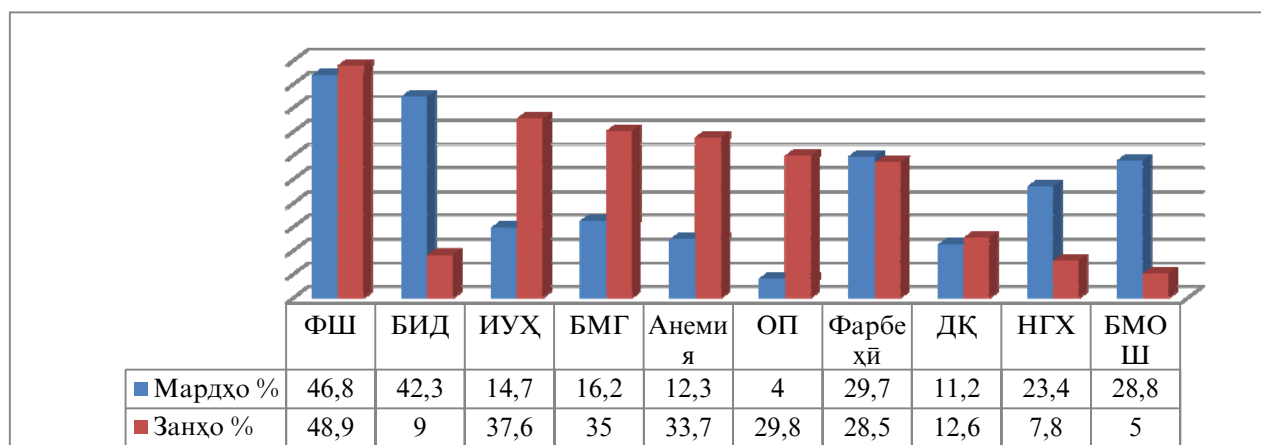
Коркарди оморӣ бо ёрии бастаи иловагии Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США) гузаронида шуд. Бо усули оморӣ вариатсионӣ.

Нишондиҳандаи миёна (M) ва ғалатҳои он ( $\pm m$ ) барои аломатҳои микдорӣ, дуруст тақсим кардан, медиана (Me) ва фосилаи интерквантиль ([25q;75q]), барои аломатҳои таҳлилшудаи нодуруст тақсимшуда истифода мешаванд. Барои муқоисаи ду гурӯҳи мустақил аз U-критерияи Манн-Уитни истифода шуд. Муқоиса кардани ду ва ё зиёда гурӯҳҳои мустақил бо истифодаи усулҳои ANOVA мувофиқи Н-меъёри Краскел – Уоллис сурат гирифт. Муқоиса кардани ду интиҳоби ба ҳам вобаста бо ёрии T-критерияи Вилкоксон анҷом дода шуд. Дар ҳамаи ҳолатҳо гипотезаи сифрӣ ҳангоми  $p < 0,05$  рад карда шуд.

## НАТИҶАҶОИ ТАҲҚИҚОТ

Бемори гирифтори БТ худ ба худ бинобар коморбидият барои мувоҷиҳат (парасторӣ) мураккаб аст. Бештари беморони гирифтори бемориҳои ревматологӣ маҷбур ҳастанд, ки доруҳои базисиро истеъмол кунанд ва мушкилот аз тайёр кардан ва интиҳоб намудани доруҳои базисӣ иборат аст, ки ҷиҳати роҳ надодан ба оризаҳои илочнопазир ба қор бурда мешаванд. Ҳамроҳони зиёд дучоршавандаи БТ, ки пешгӯӣ ва давомнокии ҳаётро муайян мекунанд, бемориҳои кардиоваскулярӣ мебошанд [Solomon D.H., 2013]. Дар фаъолияти амалии воқеии клиникӣ дар назди тарбодшинос вазифаи дуруст интиҳоб кардани табобати доругӣ меистад, зеро сирф ба таври механикӣ гузаронидани тавсия кардиологӣ барои табобати системаи дилу рағҳо ҳангоми БТ оқибатҳои илочнопазир дорад. Натиҷаҳои таҳқиқоти (ретроспективӣ) асноди тиббии беморони мубтало ба БТ (n=342), ки аз тарафи мо гузаронида шуд, нишон дод, ки доираи бемориҳои ҳамроҳшуда хеле густурда буда ва рақамҳо аз мавқеи асосиро касб кардани бемориҳои дилу рағҳо (БДР) дар байни ҳамаи беморон аз ҷиҳати басомади бемориҳои ҳамроҳшуда гувоҳӣ медиҳанд. Дар байни онҳо ФШ ҷойи аввалро ишғол мекунад ва тақрибан дар ҳар як бемори дуюм –48,5% дида мешавад, БИД дар 34,5% ҳолат ба қайд гирифта шуд. Дар ҷойи дуюм дар қатори бемориҳои ҳамроҳшуда гастропатия ва бемории роҳҳои пешобхориҷкунӣ, бештар пиелонефрити музмин меистанд, ки сегонаи пешсафро ташкил медиҳанд – 30,9 %.

БТ ва интиҳоби ҷинсӣ мавзӯи баҳси тарбодшиносон мебошад ва имрӯз бештари БТ вобаста аз ҷинс дорои хусусиятҳои клиникаи ҷараёни беморӣ ҳастанд [Oelzner P. et al., 2008]. Бартарӣ доштани занҳо дар сохтори беморони аз тарафи мо муоинашавандаро ба ҳисоб гирифта, (71%, дар муқобили 29% дар мардҳо), мо зарур донистем, ки хусусиятҳои бемориҳои ҳамроҳшударо вобаста аз ҷинс пешниҳод намоем (расми 1).

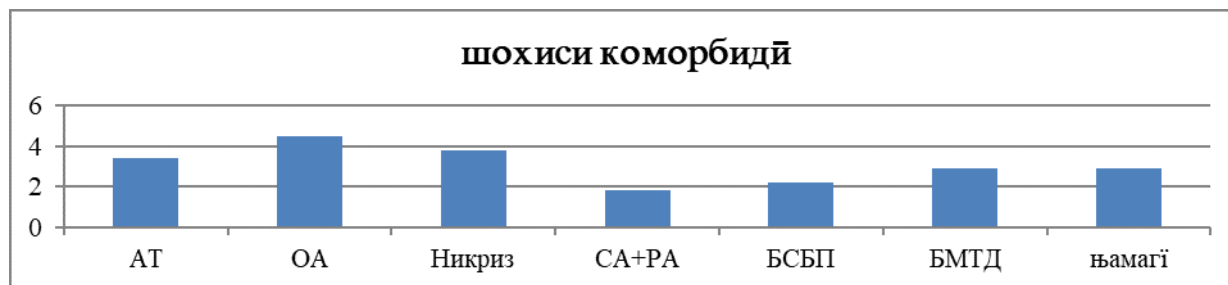


Расми 1. – Хусусиятҳои бемориҳои ҳамроҳшуда вобаста аз ҷинс.

Натиҷаҳо нишон доданд, ки сохтори бемориҳои ҳамроҳшуда дар занҳо ва мардҳо фарқ мекунанд. Чунончи, дар занҳо бо басомади баланд пас аз БКВ бемориҳои гастропатия ва гурдаҳо мутаносибан –37,6% ва 35% меистанд, барои мардҳо бошад, «Тасвири мардонаи» шартии бемори мубтало ба БТ хос аст. Ин мард бо континууми паҳнфтаи кардиологӣ (ФШ, БИД) бо вазни барзиёд ва норасоии дил аст, ки аз ҳисоби бемории музмини обструктивии шушҳо (БМОШ) бо норасоии нафаскашӣ оварда мерасонад.

Дар асоси бемориҳои ҳамроҳшуда шохиси коморбидиятро аз рӯи ҷинс ва ҳама шаклҳои нозологии БТ дар беморони статсионарӣ ҳисоб кардем (расми 2).

Тавре ки аз расм дида мешавад, миқдори зиёди бемориҳои ҳамроҳшуда дар беморони гирифтори ОА (4,5) ба назар мерасад. Дар ҷойи дуюм ниқрис меистад (3,8) ва дар ҷойи охирини пешсафон АТ меистад (3,4) беморӣ ба ҳар як бемор. Нишондиҳандаи пасттарин ҳангоми АР (1,8) ба мушоҳида расид, ки ин аз басомади дучоршавии бемориҳо дар синну соли ҷавонӣ шаҳодат медиҳад. Шохиси умумии коморбидӣ дар байни БТ 2,9-ро ташкил дод, яъне беморони гирифтори БТ, ки дар статсионар бистарӣ шудаанд, 3 бемории ҳамроҳшуда доранд.



**Расми 2. – Шохиси коморбидӣ дар беморони гирифтори БТ дар шароити статсионар.**

Тағйиротҳои патогенетики иртиботи мутақобилаи ҳолатҳои ҳамроҳшуда ва БТ мавзӯи баҳси муҳаққиқон боқӣ мемонад. Чунончи, мувофиқи баъзе ақидаҳо [Насонов Е.Л. ва дигарон, 2005; Michaud K. Et al., 2007], хатари пайдо шудани БКВ дар беморони гирифтори БТ мустақиман аз фаъолнокии протесси илтиҳобӣ вабаста аст. Дар ин маврид, ҳамбастагии БТ бо бемориҳои онкологӣ хеле кам ба назар мерасад. Дар айни замон басомади бемории роҳи ҳозима ва бемори сироятиро бо табobati БТ алоқаманд меҳисобанд [Franklin J. Et al., 2007].

Дар таҳқиқоти яклаҳзаинаи муқоисавӣ бо мақсади омӯختани коморбидият тахти муоинаи мо 170 беморони гирифтори АТ қарор доштанд (131 зан ва 39 мард), синну соли миёна  $51.2 \pm 5,6$  сол, давомнокии АТ  $-10,8 \pm 9,8$  сол. Басомади бемориҳои ҳамроҳшуда дар беморони гирифтори АТ дар ҷадвали 2 оварда шудааст.

**Ҷадвали 2. - Басомади бемориҳои ҳамроҳшуда дар беморони гирифтори БТ (n=170)**

Нишондиҳанда	Abs. (n=170)	(100%)
Беморони дорои бемориҳои ҳамроҳшуда	152	89,4
Миқдори бемороне, ки дар онҳо ду ё зиёда ҳолати коморбидӣ мавҷуд аст.	105	61,7

Имрӯз шубҳае нест, ки эҳтимоли пайдо шудани офатҳои дилу рағҳо бо илтиҳоби музмин ҳангоми АТ иртиботи мутақобила доранд [Попкова Т.В. ва дигарон, 2008; Shirinsky I.V. et al., 2014]. Натиҷаҳои муоинаҳои мо бо маълумотҳои муаллифони дигар мувофиқат мекунанд [Панафидина Т.А. ва дигарон, 2014; Никитина М.Н. ва дигарон, 2015]. Дар рӯйхати бемориҳои коморбидӣ дар беморони аз тарафи мо таҳқиқшуда мавқеи асосиро БКВ ва бештар аз ҳама ФШ ишғол мекунанд. Дар ин ҳолат, дар 103 (60,5%) ФШ аллақай дар марҳалаи манзараи паҳнфатаи АТ ба қайд гирифта шудааст. Басомади БИД (n=58) 34,3%-ро ташкил дод, стенокардияи шиддати III-IV синфи функционалӣ бартарӣ дошт, сактаи миокард (СМ) ва инсулт камтар- мутаносибан 6,4% ва 1,1% ба назар расид, ки ин

ба маълумоти муҳаққиқони дигар мувофиқат мекунад [Панафидина Т.А. ва дигарон, 2014; Попкова Т.В. ва дигарон, 2016].

Дар мавқеи дуум аз ҷихати басомади бемориҳои ҳамроҳшуда ҳангоми АТ бемориҳои роҳи ҳозима - 42,9 % ҳолат меистанд ва дар ҳар як бемори сеюми гирифтори АТ (32,3%) бемории роҳҳои пешоброн ба мушоҳида расид, ки барои таъбобати ояндаи истеъмоли доимии метотрексат душвориро ба бор овард (ҷадвали 3).

**Ҷадвали 3. – Сохтори бемориҳои коморбидӣ дар беморони гирифтори БТ (n=170)**

Бемориҳои ҳамроҳшуда	Abs. (n=170)	(100%)
ФШ	103	60,5
Аз ҷумла:		
–марҳалаи I	26	15,5
–марҳалаи II	56	32,9
–марҳалаи III	21	12,3
БИД	58	34,3
Аз ҷумла:		
–I-II BC	18	10,5
–III-IV BC	40	23,5
Сактаи миокард (дар анамнез)	11	6,4
Инсулти ишемикӣ	2	1,1
Бемориҳои роҳи ҳозима	73	42,9
–Бемории меъда ва рӯдаи 12- ангушта	50	29,4
–Холесистити музмин	35	22,6
–Панкреатити музмин	31	18,2
–Колити музмин.	7	4,1
–Гепатити вирусии музмин.	11	6,4
Бемориҳои роҳҳои пешоброн (пиелонефрит, ситит)	55	32,3
Бемориҳои эндокринӣ:	64	37,6
–тиреотоксикоз	38	22,3
–ДҚ навъи 2	26	15,2
Бемории буғумҳо (ОА, ОХ)	100	59,4
Анемия	47	27,6
ОП	57	33,4
Бемориҳои узвҳои нафаскашӣ	16	9,4
Бемории варикозии андомҳои поёни	18	10,5

ОП дар байни бемориҳои ҳамроҳшуда 33,4%-ро ташкил медиҳад ва аксари вақтҳо бидуни симптом ҷараён мегирад. Таҳқиқоти мақсадноки денситометрии устухонҳо ва сутунмуҳра дар бемороне, ки муддати тӯлонӣ ГК истеъмоли мекунанд, ҳамчунин шикастагиҳо дар анамнез аз паҳншавии ОП дар ноҳияи камарии сутунмуҳра ва қисми проксималии рон дарак медиҳад. Анемия дар беморони гирифтори АТ дар ҳар як бемори чорум (27,6%) дида шуд, дар ин маврид басомади баланд (93%) дар анемияи гипохромӣ ба қайд гирифта шуд.

Баҳогузорӣ бо шохиси Charlson дар ҷадвали 4 оварда шудааст.

**Ҷадвали 4. -Баҳогузорӣ ба шохиси Charlson**

Нишондиҳандаи шохис	Миқдори беморон (n=170)	%
0-2 балл	80	47
3-4 балл	65	38,2
≥5 балл	25	14,5

Нишондиҳандаи зиндамони 10-сола (аз рӯйи шохиси Charlson) ба нишондиҳандаи шохиси аз 0 то 2 балл мувофиқат мекунад ва дар диапазони 90% қарор дорад, дар 38,2 % -и беморон аз 53 то 77% (ба нишондиҳандаи шохиси 3-4 балл мувофиқат мекунад) ва дар 25 (14,5%) камтар аз 21% (ба нишондиҳандаи 5,5 балл мувофиқат дорад).

Мо гузаронидани таҳлили табобати доругии бемориҳои ҳамроҳшуда дар беморони гирифтори АТ-ро зурур ҳисобидем. Мо гурӯҳи гурӯҳи доруҳо ва басомади истеъмоли онҳоро омӯхтем. Дар рӯйхати табобати доругӣ (медикаментозӣ) доруҳои гипотензивӣ, антиагрегантӣ, статинҳо, антибиотикҳо, қандпаस्तкунанда, ингибиторҳои помпаи протонӣ (ИПП) дохил шудаанд (ҷадвали 5).

**Ҷадвали 5. -Басомад ва сохтори табобати медикаментозии бемориҳои ҳамроҳшуда дар беморони гирифтори АТ**

Номи синфи доруҳо	Миқдори истеъмол	
	Абс.	%.
–Доруҳои гипотензивӣ	122	71,7
– ИПП ва дигар доруҳои роҳи ҳозима.	117	68,8
–Антибиотикҳо ва уросептикҳо	52	30,5
-Антиагрегантҳо	30	17,6
–Статинҳо	20	11,7
–Қандпаस्तкунанда	19	11,1
–Препаратҳои Са	13	7,6
–Ангио- ва кардиопротекторҳо	11	6,4

Маълум аст, ки дар протсессии табобати тӯлонӣ дар беморони гирифтори АТ бо назардошти фаъолнокшавии бемориҳои ҳамроҳшуда речаи табобат тағйир меёбад [Carogali R. et al., 2005]. Дар мушоҳидаҳои мо ин далел ҷой дошт, дар протсессии мушоҳидаи 12-моҳа мо лаҳзаҳои муваққатан қатъ шудани маводҳои базисии зиддиилтиҳобиро (МБЗИ) дар 27%-и ҳолатҳо ба қайд гирифтём, ки аз онҳо дар 21,9%-и ҳолатҳо ин бинобар сабаби вазнинии ҷараёни бемориҳои ҳамроҳшуда сурат гирифта буд.

Динамикаи сохтори бемориҳои коморбидӣ дар беморони гирифтори АТ дар ҷадвали 6 оварда шудааст.

**Ҷадвали 6. - Динамикаи сохтори бемориҳои коморбидӣ дар беморони гирифтори АТ (n=42)**

нишондиҳандаҳо		Пас аз 12 моҳ	р
Беморони дорои бемориҳои ҳамроҳшуда	35 (88%)	38 (90,4%)	>0,05
Беморони дорои ду ва > бемориҳои ҳамроҳшуда	25 (59,5%)	36 (85,7%)	<0,01
ФШ	24 (57,1%)	26 (61,9%)	>0,05
БИД	14 (33,3%)	17 (40,4%)	>0,05
Бемориҳои роҳи ҳозима	27 (64,2%)	34 (80,9%)	<0,05
Бемориҳои роҳҳои пешоброн	17 (40,4%)	20 (47,6%)	>0,05
Анемия	13 (30,9%)	14 (33,3%)	>0,05
Бемории варикозии андомҳои поёни.	8 (19,4%)	9 (21,4%)	>0,05

**Эзоҳ:** р – фарқиятҳои аз ҷиҳати омӯри муҳимми нишондиҳандаҳои байни маълумотҳои ибтидоӣ ва пас аз 12 моҳ (мувофиқи  $\chi^2$  критерияи Мак Немар).

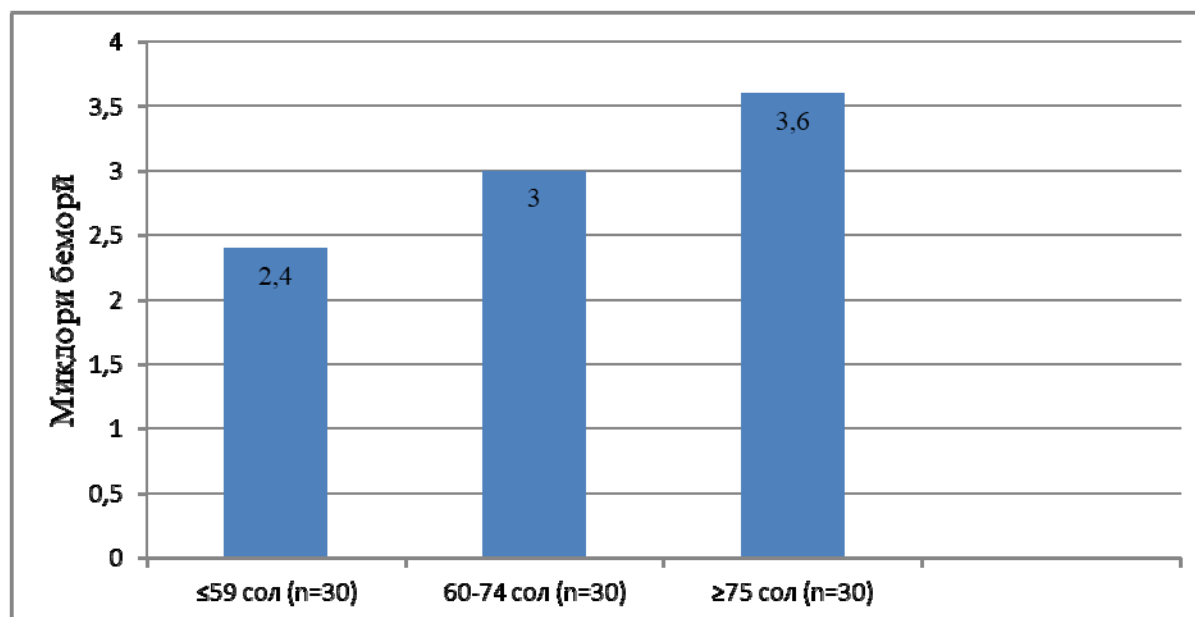
Дар оғози таҳқиқот бемориҳои ҳамроҳшуда дар 35 (83,3%) –и беморони гирифтори АТ ба қайд гирифта шуд, дар ҳар як бемори дуюм (59,5%) ду ва зиёда беморӣ мавҷуд буд. Дар динамика пас аз як сол (12 моҳ)-и сар шудани мушоҳида зиёд шудани миқдори беморони дорои якчанд бемориҳои ҳамроҳшуда ба назар расид ( $p < 0,05$ ). Дар байни онҳо тамоюл ба зиёдшавӣ дар беморони дорои бемориҳои роҳи ҳозима аз 27 (64,2%) то 34 (80,95%) ( $p < 0,05$ ) ба мушоҳида расид.

Маълум аст, ки барои ОА интихоби ҷинсӣ ва синнусолӣ баланд меистад [Yoshimura N. et al., 2010; Brennan S.L. et al., 2010; Asokan G. et al. 2011]. Дар таҳқиқоти мо аз 90 бемори гирифтори ОА 66 (73,3%)-ро занҳо ташкил доданд, синну соли миёнаи онҳо –65,6 сол буд. Беморони муоинашуда вобаста аз синну сол ба зергурӯҳҳо ҷудо карда шуданд: гурӯҳи I <59 сол ( $n=30$ ) синну соли миёна-  $53 \pm 6,1$  сол; гурӯҳи II –60-74 сол ( $n=30$ ) синну соли миёна  $65,9 \pm 3,31$  ва гурӯҳи III – >75 сол ( $n=30$ ) синну соли миёна  $77,7 \pm 3,73$  сол.

Дар адабиётҳо муддатҳои дароз ёдоварӣ шудан аз ҳамбастагии артритҳои метаболӣ ва БКВ танҳо бо шарҳу тафсири далели басомади баланди дар беморони мубтало ба ОА ва никрис ошкорсозии ихтилоли мубодилаи карбогидрат ва липид, фарбеҳӣ, ФШ, БКВ маҳдуд мешуданд [Шукурова С.М. ва дигарон, 2016].

Дар солҳои охир ин маълумотҳо бо натиҷаҳои таҳқиқотҳои намоишдиҳандаи басомади баланд дар беморони дорои артропатияҳои метаболӣ ихтилолҳои кардиоваскулярӣ ва мубодилавӣ мукамал гардонида мешаванд. Тибқи маълумоти муҳаққиқони гуногун [Хамроева З. Д., 2016], ба омилҳои хатари фавтият аз ОА фаъолнокии протсесс, синну соли пиронсолӣ, вучуд доштани бемориҳои ҳамроҳшударо дохил мекунанд. Маълумотҳои адабиётҳои даҳсолаи охир ОА-ро ба гурӯҳи бемориҳои дорои шохиси баланди коморбидӣ дохил мекунанд [Turesson E. L. 2013; Radner H. et al., 2014]. Дар таҳқиқоти мо ФШ дар гурӯҳҳои синнусолии таҳқиқшуда мутаносибан 56,6%; 66,6% ва 80% –ро ташкил дод.

Маълумотҳо оид ба басомади бемориҳои ҳамроҳшуда дар беморони дорои ОА дар категорияҳои гуногуни синнусолӣ дар расми 3 оварда шудааст.



Расми 3. -Хусусиятҳои бемориҳои ҳамроҳшуда дар беморони дорои ОА дар категорияҳои гуногуни синнусолӣ.

Маълумотҳои расм аз вучуд доштани 3 ва аз ин зиёди бемориҳои ҳамроҳшуда дар гурӯҳҳои синнусолии 60-74-сола (3,0) вадар гурӯҳи сеюм ( $\geq 75$  -сола) (3,6), дар муқобили 2,4 дар гурӯҳҳои синнусолии  $\leq 59$ -сола шаҳодат медиҳанд.

Хусусиятҳои бемориҳои ҳамроҳшуда дар ҷадвали 7 оварда шудааст.

**Ҷадвали 7. - Хусусиятҳои бемориҳои ҳамроҳшуда дар беморони дорои ОА-и синну соли гуногун.**

Нозология (беморӣ)	< 59-сола (n=30)		60-74 сола (n=30)		$\geq 75$ -сола (n=30)		p
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	
ФШ	17	56,6	20	66,6	24	80	<0,01
Фарбеҳӣ	9	30	14	46,7	8	26,7	<0,01
БИД	7	23,3	12	40	12	40	<0,01
(сактаи миокард дар анамнез)	1	3,3	2	6,7	2	6,7	>0,05
Бемории варикозии андомҳои поёни.	7	23,3	8	26,6	6	20	>0,05
ДҚ	6	20	8	26,7	10	33,3	<0,05
ОХ	15	50	17	56,7	18	60	>0,05
Иллати узвҳои ҳозима	11	36,7	12	40	20	66,7	<0,001
ХСН	1	3,3	7	23,3	13	43,3	<0,001
Бемориҳои гурдаҳо ва роҳҳои пешоброн.	9	30	9	30	13	43,3	<0,05
Вайроншавии гардиши хуни майнаи сар	1	3,3	3	10	11	36,7	<0,001
Миқдори миёнаи бемориҳои ҳамроҳшуда ба як бемор.	2,4		3,0		3,6		

Эзоҳ: p – фарқияти аз ҷиҳати омӯри муҳими нишондиҳандаҳо дар байни ҳамаи се гурӯҳ (мувофиқи Q-критерияи Кохран).

Тавре, ки аз маълумотҳои ҷадвал бармеояд, ҳар як категорияи синнусолии беморони гирифтори ОА дар ҳамбастагӣ бо 2 -5 ва ҳатто бештар (0-7) бемории ҳамроҳшуда ҳастанд. Мавқеи пешсафро дар гурӯҳҳои пешниҳодшуда БКВ ишғол мекунанд. Дар зергурӯҳҳои муқоисавии синнусоли (I, II, III) басомади ФШ мутаносибан дар 56,6%, 66,6% ва 80% дида мешавад. БИД дар категорияи синнусолии 60-74-сола бештар ба назар мерасад ва 40%-ро, мутаносибан дар муқобили 23,3% ва 40% -и категорияҳои синнусолии  $\leq 59$  –сола ва  $\geq 75$ -сола ташкил медиҳад. Бемориҳои роҳи ҳозима ва фарбеҳӣ мутаносибан дар 41%, ва 44,5 % -и беморони дорои ОА дида шуд.

Вобаста аз басомади баланди ФШ ва фарбеҳӣ дар беморони дорои ОА мо гурӯҳи беморонро ташкил дода, аз рӯи синну сол ва ҷинс гурӯҳбандӣ намудем. Дар гурӯҳи якум (n=20) беморони дорои ОА-и бидуни ФШ ва фарбеҳӣ, синну соли миёнаи –  $58,1 \pm 6$  –сола ва дар гурӯҳи дуюм (n=30) беморони дорои ОА ва ФШ –и марҳалаи II бидуни фарбеҳӣ, синну соли миёнаи  $59,3 \pm 1,2$  –сола дохил карда шуда буданд. Дар гурӯҳи III (n=40) беморони бо ОА-и верификатсионӣ шомил шуда буданд, ки дар онҳо ФШ марҳалаи II бо фарбеҳӣ якҷоя шуда буд.

Таҳлили синдроми буғумҳо дар ҳарсе зергурӯҳҳои муқоисашванда возеҳии синдроми дардро бо тести умумии Лекена ва ВАШ дар гурӯҳҳои II ва III нишон дод, ки мутаносибан: 3,7; 6,9; 8,2 балл (p<0,01) буд. Сатҳи зардоби кислотаи пе-

шоб дар беморони гурӯҳи III дар муқоиса аз беморони гурӯҳҳои I ва II бидуни фарбеҳӣ сахехан баланд буд.

Бемороне, ки ба таҳқиқот дохил карда шуда буданд, фарқияти синнусолӣ надоштанд. Дар байни беморони гурӯҳҳои I ва II хусусияти нишондиҳандаҳои антропометрӣ ва спектри липидӣ фарқияти назаррасро нишон надод. Нишондиҳандаҳо (массаи бадан, даври камар/даври ронҳо), ҳамчунин сатҳи зардоби холестерини умумӣ (ХУ), холестерини липопротедҳои зичиашон зиёд, холестерини липопротедҳои зичиашон кам, триглицеридҳо (ТГ), коэффитсенти атерогеният дар беморони гурӯҳи III аз ҳамин гуна нишондодҳои беморони гурӯҳҳои I ва II ба таври назаррас фарқ мекарданд ( $p < 0,001$ ) (ҷадвали 8).

### Ҷадвали 8. -Нишондиҳандаҳои клиникӣ-биохимиявӣ дар гурӯҳҳои гуногуни беморони дорои ОА (n=90)

Нишондиҳанда	Гурӯҳи I ОА (n=20)	Гурӯҳи II ОА+ФШ (n=30)	Гурӯҳи III ОА+ФШ+фарбеҳӣ (n=40)	p
Синну сол	57,8±1,6	59,3±1,2	60,1±0,9	>0,05
Занҳо, n, %	13 (65%)	20 (66,6%)	27 (67,5%)	
Мардҳо, n, %	7 (35%)	10 (33,3%)	13 (32,5%)	
Массаи бадан, кг	72,8±2,4	76,7±1,2	98,6±3,0	<0,001
		$p_1 > 0,05$	$p_1 < 0,001; p_2 < 0,001$	
ШМБ, к/м <sup>2</sup>	29,5±0,7	30,2±0,4	37,6±0,7	<0,001
		$p_1 > 0,05$	$p_1 < 0,001; p_2 < 0,001$	
ФШС, мм.сут. сим.	126,7±1,1	149,6±2,3	156,3±3,0	<0,001
		$p_1 < 0,001$	$p_1 < 0,001; p_2 > 0,05$	
ФШД, мм. сут. сим.	79,1±0,7	90,2±1,2	93,4±1,1	<0,001
		$p_1 < 0,001$	$p_1 < 0,001; p_2 > 0,05$	
ХУ, ммол/л	5,9±0,2	5,9±0,1	6,7±0,1	<0,001
		$p_1 > 0,05$	$p_1 < 0,001; p_2 < 0,001$	
ХС ЛПЗК, ммол/л	2,48±0,08	2,91± 0,04	3,98±0,07	<0,001
		$p_1 > 0,05$	$p_1 < 0,001; p_2 < 0,001$	
ХС ЛПЗЗ, ммол/л	1,59±0,05	1,37±0,02	1,14±0,03	<0,001
		$p_1 < 0,05$	$p_1 < 0,001; p_2 < 0,001$	
ТГ, ммол/л	1,81±0,08	2,06±0,08	2,79±0,07	<0,001
		$p_1 > 0,05$	$p_1 < 0,001; p_2 < 0,001$	
Коэф. атерогеният	3,3±0,1	2,49±0,10	5,31±0,07	<0,001
Марҳалаҳои ОА		$p_1 > 0,05$	$p_1 < 0,001; p_2 < 0,001$	
Марҳалаи I.	6 (30%)	4 (13,3%)	4 (12%)	
Марҳалаи II.	10 (50%)	13 (43,3%)	15 (37,5%)	
Марҳалаи III.	4 (20%)	13 (43,3%)	21 (52,5%)	

Эзоҳ: p – фарқиятҳои аз ҷиҳати омӯри муҳимми нишондиҳандаҳо дар байни ҳамаи се гурӯҳ (ANOVA мувофиқи Н-критерияи Крускал-Уоллис);  $p_1$  – фарқиятҳои аз ҷиҳати омӯри муҳимми нишондиҳандаҳо дар муқоиса аз гурӯҳҳои дорои ОА;  $p_2$  – фарқиятҳои аз ҷиҳати омӯри муҳимми нишондиҳандаҳо дар муқоиса аз гурӯҳҳои дорои ОА+АГ ( $p_1$ - $p_2$  – мувофиқи U-критерияи Манн-Уитни).

Таҳлили синдроми буғумҳо дар ҳарсе гурӯҳҳои муқоисашаванда дар ҷадвали 9 оварда шудааст.

Тавре ки аз маълумотҳои ҷадвал бармеояд, зухуроти клиники синдроми буғум дар гурӯҳи беморони гирифтори ФШ аз рӯи тести функсионалии Лекен ва



ВАШ фарқ мекарданд возеҳии синдроми дард ҷой дошт. Мувофиқи шохиси WOMAC, сатҳи дарди умумӣ дар самти шиддат гирифтани дард хангоми роҳгардӣ, дар ҳоли рост истодан ва дардҳои шабона хусусиятҳои хоси худро дошт.

#### Ҷадвали 9.-Баҳогузори ба возеҳии синдроми дард дар гурӯҳҳои гуногуни беморон.

Нишондиҳанда	Гурӯҳи I ОА (n=20)	Гурӯҳи II (ОА+АГ) (n=30)	Гурӯҳи III (ОА+АГ+фарбеҳӣ) (n=40)	p
Шохиси Лекен (балл) Me [25q; 75q]	3,7 [3,5; 3,9]	7,0 [6,8; 7,2] p <sub>1</sub> <0,001	8,2 [7,6; 8,4] p <sub>1</sub> <0,001; p <sub>2</sub> <0,001	<0,001
ВАШ дар оромӣ (мм) M±m	8,2±0,1	11,4±0,2 p <sub>1</sub> <0,01	16,9±0,3 p <sub>1</sub> <0,001; p <sub>2</sub> <0,001	<0,001
ВАШ ҳангоми ҳаракат (мм) M±m	9,9±0,2	19,6±0,3 p <sub>1</sub> <0,001	24,6±0,5 p <sub>1</sub> <0,001; p <sub>2</sub> <0,001	<0,001

Эзоҳ: p – фарқиятҳои аз ҷиҳати оморӣ муҳимми нишондиҳандаҳо дар байни ҳамаи се гурӯҳ (ANOVA мувофиқи Н-критерияи Крускал-Уоллис); p<sub>1</sub> – фарқиятҳои аз ҷиҳати оморӣ муҳимми нишондиҳандаҳо дар муқоиса аз гурӯҳҳои дорои ОА; p<sub>2</sub> – фарқиятҳои аз ҷиҳати оморӣ муҳимми нишондиҳандаҳо дар муқоиса аз гурӯҳҳои дорои ОА+АГ (p<sub>1</sub>-p<sub>2</sub> – мувофиқи U-критерияи Манн-Уитни).

Дар гурӯҳи III-и беморон дар муқоиса аз беморони II зуҳуроти возеҳи буғумҳои ОА ба мушоҳида расид: зиёд шудани шиддати синдроми дард (p<0,01), дарднокии маҳдуд дар равиши дастгоҳи бандакҳои буғумҳо, дар беморони гурӯҳи I бошад, фарқияти ҳамин гуна нишондиҳандаҳо саҳеҳан баланд буд (p<0,001).

Нишондиҳандаи мубодилаи карбогидрат дар гурӯҳҳои муқоисашаванда дар ҳолати меъёрӣ буданд, дар гурӯҳҳои II ва III бошад, дар муқоиса аз гурӯҳҳои беморони бидуни фарбеҳӣ хеле баланд буданд (ҷадвали 10).

#### Ҷадвали 10.-Хусусиятҳои мубодилаи карбогидрат ва пуринӣ дар зергурӯҳҳои муқоисашаванда.

Нишондиҳанда M±m	Гурӯҳи I ОА (n=20)	Гурӯҳи II (ОА+АГ) (n=30)	Гурӯҳи III (ОА+АГ+фарбеҳӣ) (n=40)	p
Глюкоза дар шиками наҳор ммол/ л	4,62±0,08	4,78±0,12 p <sub>1</sub> >0,05	5,55±0,17 p <sub>1</sub> <0,001; p <sub>2</sub> <0,01	<0,001
КП ммол/л	422,1±2,6	426,3±6,7 p <sub>1</sub> >0,05	553,2±5,2 p <sub>1</sub> <0,001; p <sub>2</sub> <0,001	<0,001

Эзоҳ: p – фарқиятҳои аз ҷиҳати оморӣ муҳимми нишондиҳандаҳо дар байни ҳамаи се гурӯҳ (ANOVA мувофиқи Н-критерияи Крускал-Уоллис); p<sub>1</sub> – фарқиятҳои аз ҷиҳати оморӣ муҳимми нишондиҳандаҳо дар муқоиса аз гурӯҳҳои дорои ОА; p<sub>2</sub> – фарқиятҳои аз ҷиҳати оморӣ муҳимми нишондиҳандаҳо дар муқоиса аз гурӯҳҳои дорои ОА+АГ (p<sub>1</sub>-p<sub>2</sub> – мувофиқи U-критерияи Манн-Уитни).

Истифодаи усулҳои ғайриинвазивии ташҳис, монанди эхокардиография (Эхо-КГ), имконият медиҳанд, ки ОА бо беморҳои ҳамроҳшудаи кардиометаболикӣ дар марҳалаҳои ибтидоӣ ташҳис карда шавад. «Ремоделизатсияи шӯбаҳои дил» – аксар вақт дар адабиёти илмӣ истилоҳи зуд-зуд ду-

чоршаванда аст, ки бинбар маълумоти баъзе муҳаққиқон омили мустақили хатари бадшавии пешгӯӣ кардани беморӣ ба ҳисоб меравад [Петров А. В., 2014].

Дар таҳқиқоти мо параметрҳои морфофункционалии дил дар гурӯҳҳои муқоисашаванда омӯхта шуд. Натиҷаҳо нишон доданд, ки ҳамаи параметрҳои морфофункционалии дил дар зергурӯҳи ОА-и бо ҳамҷоягии фарбеҳӣ (гурӯҳи III) сахҳан баланд буд. Хамин тавр андозаи ниҳой-систоликии меъдачаи чап ва андозаи ниҳой-диастоликии меъдачаи чап дар гурӯҳҳои муқоисашаванда мутаносибан чунин буд:  $47,11 \pm 0,29$  –  $49,3 \pm 0,4$   $52,7 \pm 0,33$  и  $29,91 \pm 0,9$  –  $32,1 \pm 0,4$  –  $39,8 \pm 0,31$ .

Нишондиҳандаҳои хусусиятҳои морфофункционалӣ дар гурӯҳҳои муқоисашаванда дар ҷадвали 11 оварда шудаанд.

### Ҷадвали 11. - Хусусиятҳои морфофункционалии беморони гирифтори ОА.

Нишондиҳанда	Гурӯҳи I ОА (n=20)	Гурӯҳи II (ОА+АГ) (n=30)	Гурӯҳи III (ОА+АГ+фарбеҳӣ) (n=40)	p
АНДМЧ мм.	$47,1 \pm 1,1$	$49,3 \pm 0,4$ $p_1 > 0,05$	$52,5 \pm 0,3$ $p_1 < 0,001$ ; $p_2 < 0,001$	<0,001
АНСМЧ мм.	$29,9 \pm 0,9$	$32,1 \pm 0,4$ $p_1 > 0,05$	$39,8 \pm 0,3$ $p_1 < 0,001$ ; $p_2 < 0,001$	<0,001
ҲНДМЧ, мл	$133,3 \pm 1,9$	$132,1 \pm 0,5$ $p_1 > 0,05$	$143,5 \pm 0,4$ $p_1 < 0,001$ ; $p_2 < 0,001$	<0,001
ҒДАМЧ мм.	$9,8 \pm 0,2$	$10,8 \pm 0,3$ $p_1 > 0,05$	$15,9 \pm 0,2$ $p_1 < 0,001$ ; $p_2 < 0,001$	<0,001
ҒДМБМЧ, см	$9,0 \pm 0,2$	$12,3 \pm 0,2$ $p_1 < 0,01$	$16,9 \pm 0,2$ $p_1 < 0,001$ ; $p_2 < 0,001$	<0,001
МММЧ мм.	$171,6 \pm 1,9$	$176,1 \pm 0,8$ $p_1 > 0,05$	$204,4 \pm 2,3$ $p_1 < 0,001$ ; $p_2 < 0,001$	<0,001

Эзоҳ: p – фарқиятҳои аз ҷиҳати омӯри муҳимми нишондиҳандаҳо дар байни ҳамаи се гурӯҳ (ANOVA мувофиқи Н-критерияи Крускал-Уоллис);  $p_1$  – фарқиятҳои аз ҷиҳати омӯри муҳимми нишондиҳандаҳо дар муқоиса аз гурӯҳҳои дорои ОА;  $p_2$  – фарқиятҳои аз ҷиҳати омӯри муҳимми нишондиҳандаҳо дар муқоиса аз гурӯҳҳои дорои ОА+АГ ( $p_1$ - $p_2$  – мувофиқи U-критерияи Манн-Уитни).

Тавре ки аз маълумотҳои ҷадвал бармеояд, параметрҳои морфофункционалии дил дар беморони дорои фарбеҳии батнӣ (гурӯҳи III) баланд буданд. Дар беморони дорои ОА бо вучуд доштани ФШ нарм нишондиҳандаҳои гемодинамикӣ аз ифодаҳои меъерӣ дур нашуда буданд.

Хамин тавр, ФШ дар ҳамбастагӣ бо фарбеҳӣ дар беморони гирифтори ОА ба возеҳии синдроми дард таъсири манфӣ мерасонад, дар ҳолати ҳамбастагии ФШ ва фарбеҳӣ дараҷаи возеҳии ихтилолҳои клиникӣ-функционалии ОА баланд аст. Нақши калидиро иртиботи мутақобилаи беморҳои дилу рағҳо, тағйиротҳои метаболӣ ва гормонӣ ва ОА мебозанд. Яқоя шудани ҷараёни ОА, ФШ ва фарбеҳӣ барои бадшавии аз ҷиҳати омӯри муҳими нишондиҳандаҳои Эхо КГ параметрҳо мусоидат мекунад.

## Хулоса

### Натиҷаҳои асосии илмӣ диссертатсия

1. Дар беморони гирифтори БТ аз ду ва зиёда бемориҳои ҳамроҳшуда муайян карда мешавад. Басомад, хусусият ва шохиси коморбидият ба намуди БТ ва чинс алоқамандии мустақим доранд. Микдори нисбатан бештари бемориҳои ҳамроҳшуда дар беморони гирифтори АТ ва ОА ба мушоҳида расид. Дар байни бемориҳои ҳамроҳшуда дар беморони гирифтори БТ мавқеи пешсафиро бемориҳои кардиоваскулярӣ ишғол мекунанд [3–М, 4 –М, 5 – М, 6–М, 7–М, 9–М, 10–М].
2. Ҳолати коморбидӣ дар беморони АТ бештар (89,3%) ба мушоҳида расид, дар 61,7%-и ҳолатҳо вучуд доштани якчанд (ду ва зиёда) бемориҳои ҳамроҳшуда дида шуд. Дар байни бемориҳои кардиоваскулярӣ ФШ (60,5%) ва БИД (34,3%) бартарӣ доранд, дар ҷойи дуюм остеоартрози дуюмӣ ва остеохондроз (59,4%) меистанд, сегонаи пешсафро гастропатия (42,9%) ҷамъбаст мекунад. Фоизи остеопороз (33,4%) ва бемориҳои роҳҳои пешоброн (32,3%) низ баланд аст. Иртиботи мутақобилаи мустақими коррекционии шохиси коморбидият ва синну сол муайян карда шуд ( $p < 0,05$ ) [5 –М, 6 –М, М–А, 7–М, 9–М, 10–М].
3. Муоинаи динамикии (1 сол) басомади ҳолатҳои коморбидӣ дар беморони гирифтори АТ зиёдшавии боэътимоди микдори беморони дорой якчанд бемориҳои ҳамроҳшударо нишон дод. Таҳлили табобати медикаментозӣ дар беморони гирифтори АТ дар ҳамбастагӣ бо бемориҳои ҳамроҳшуда як қатор хусусиятҳоро муайян кард: помпаҳои протонии антигипертензивӣ ва ингибиторҳо аксари вақтҳо воситаи камаҳмият ба ҳисоб мерафтанд: мутаносибан 71,7% ва 68,8%. Ҳар як бемори сеюм речаи табобати патогенетикиро бинобар шиддат гирифтани бемориҳои роҳи ҳозима, баланд шудани фишори шарёнӣ ва паст шудани нишондиҳандаҳои гемоглобин иваз намуд [1–М, 5 –М, 6 –М, 7–М, 9–М, 10–М, 12–М, 13–М, 20–М].
4. Дар беморони гирифтори ОА бо басомади баланд ФШ ва фарбеҳӣ ба қайд гирифта шуд, ки бо синну сол мувофиқат мекард ва ҳамбастагии онҳо вазнинии ҳолати синдроми буғумҳоро аз рӯйи тести умумии Лекен ва ВАШ амиқтар мекард [2–М, 3–М, 4–М, 11–М, 13–М, 15–М, 17–М, 20–М].
5. Вучуд доштани фарбеҳӣ ва фишорбаландии шараёнӣ дар беморони гирифтори ОА ба нишондиҳандаҳои морфофункционалии дил таъсири манфӣ мерасонад, ҳамчунин ба нишондиҳандаҳои мубодилаи карбогидрат ва липидҳо низ таъсири манфӣ мерасонад [3–М, 4–М, 11–М, 15–М, 17–М].

#### Тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳо

1. Вучуд доштани бемориҳои ҳамроҳшуда дар беморони гирифтори БТ (иммунӣ-илтиҳобӣ ва метаболикӣ) барои таъсири манфӣ расонидан ба ҷараёни клиникӣ мусоидат намуда, самаранокии табобати гузаронидашударо паст ва басомади бистарикунониро баланд мегардонад.

2. Дар протоколҳои таҳқиқотҳои стандартии беморони гирифтори БТ, бар иловаи синдроми буғумҳо, ҳамчунин баҳогузорӣ кардани ҳолати функционалии кзвҳои дарунӣ, бо диққати махсус додан ба системаи дилду рағҳо зарур аст.
3. Табобати беморони гирифтори БТ бо бемориҳои ҳамроҳшуда фаъолияти дучонибаи байни табибони ихтисосҳои гуногунро (кардиолог, гастроэнтеролог, эндокринолог) –ро талаб мекунад.
4. Вучуд доштани басомади баланди бемориҳои кардиоваскулярӣ дар беморони гирифтори БТ, ки сабаби асосии ғавтияти онҳо ба ҳисоб меравад, сари вақт назорат кардан ва ислоҳ намудани омилҳои хатар зарур аст.

### **Феҳристи интишороти довталаби дарёфти дараҷаи илмӣ**

#### **Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда**

- [1–М] Шодиев Б. Р. Ревматоидный артрит с системными проявлениями: диагностика, индикаторы неблагоприятного течения / Б.Д Назаров, Ё.У. Саидов, Д.А. Халилова, Р.Н. Зубайдов, Б.Р. Шодиев // Ж. «Научно-практическая ревматология». – Москва. – 2012 г. – №6. – С.45-49.
- [2–М] Шодиев Б. Р. Клинико-эпидемиологическая характеристика суставного синдрома у взрослого населения Республики Таджикистан / М.Ф. Ахунова, С.М. Шукурова, Б.Р. Шодиев // Ж. «Вестник Авиценны». – Душанбе. – 2014. – №4. – С. 90-96.
- [3–М] Шодиев Б.Р. Особенности клинического течения остеоартроза у лиц пожилого и старческого возраста / С.М. Шукурова, З.Д. Хамроева, Ш.Ш. Почоджонова, Б.Р. Шодиев // Ж. «Вестник Авиценны». – Душанбе. – 2015. – №4. – С. 57-65.
- [4–М] Шодиев Б.Р. Остеоартроз как важная проблема гериатрии / С.М. Шукурова, З.Д. Хамроева, Б.Р. Шодиев, Г.Н. Каримова // Ж. «Вестник Авиценны». – Душанбе. – 2016. – №1. – С. 137-144.
- [5–М] Шодиев Б. Р. Современный взгляд на коморбидность при ревматоидном артрите (обзор литературы) / Б.Р. Шодиев, С.М. Шукурова, Ф.У. Курбонова, Х.М. Алиев // Ж. «Вестник Академии медицинских наук Таджикистана». – Душанбе. – 2017. – №3. – С. 118-123.
- [6–М] Шодиев Б.Р. Характеристика сопутствующей патологии при ревматических заболеваниях / Б.Р. Шодиев, М.Ф. Абдуллаев, С.М. Шукурова, Ф.У. Курбонова // Ж. «Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения». – Душанбе. –2019. –№4. –С.97-103.
- [7–М] Шодиев Б.Р. Ревматоидный артрит в ассоциации с сопутствующими заболеваниями / С.М. Шукурова, Б.Р. Шодиев, М.Ф. Абдуллоев, Р.М. Раджабов // Ж. «Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения». – Душанбе. –2020. –№1. –С.91-97.

#### **Мақола ва фишурдаҳои дар маҷмӯаҳои конференсияҳо нашршуда:**

- [8–М] Шодиев Б.Р. Клиническая характеристика хронической сердечной недостаточности ишемического и ревматического генеза на госпитальном

- этапе / Б. Р. Шодиев, М. Ф. Абдуллоев // Материалы 60 годичной научно-практической конференции ТГМУ имени Абуали ибн Сино, «Теоретические и практические аспекты развития современной медицинской науки» посвященной 90-летию С.И. Рахимова. – Душанбе.- 2012. – С. 65.
- [9–М] Шодиев Б.Р. Анализ и оценка морфофункциональных особенностей левых отделов сердца у больных ревматоидным артритом в сочетании с артериальной гипертензией / Х.Р. Махмудов, Б.Р. Шодиев // I Международный научно-образовательный форум молодых кардиологов «кардиология: на стыке будущего». –Москва. –2013. –С.41.
- [10–М] Шодиев Б.Р. Коморбидность ревматоидного артрита с артериальной гипертонией и структурно-функциональной перестройкой левых отделов сердца / Б.Дж. Назаров, Х.Р. Махмудов, Б. Р. Шодиев, Р.Н. Зубайдов // VI съезд ревматологов России. –Москва.–2013. –С.104.
- [11–М] Шодиев Б.Р. Прогнозирование и факторы риска развития сердечно-сосудистой патологии у больных остеоартрозом / Г.Н. Каримова, С.М. Шукурова, Б.Р. Шодиев // II-Евразийский конгресс ревматологов. –Москва. –2014. –С. 52.
- [12–М] Шодиев Б.Р. Коморбидность у ревматологических больных в условиях стационара / С.М. Шукурова, Н.Т. Ахунова, М.Ф. Абдуллоев, Б.Р. Шодиев // II-Евразийский конгресс ревматологов. Москва. 2014. С. 149.
- [13–М] Шодиев Б.Р. Сопутствующая патология у больных ревматическими заболеваниями / Б. Р. Шодиев, Ф.У. Курбонова, Ф.Б. Шарифзода // Материалы XI годичной научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвящённой 25-летию государственной независимости Республики Таджикистан «Медицинская наука: достижения и перспективы». – Душанбе. – 2016. – С. 109.
- [14–М] Шодиев Б.Р. Анализ терапевтической тактики ведения больных ОА у лиц пожилого и старческого возраста в условиях стационара у учетом коморбидности / З.Д. Хамроева, Б.Р. Шодиев, С. Мирзоева // Материалы XI годичной научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвящённой 25-летию государственной независимости Республики Таджикистан «Медицинская наука: достижения и перспективы». – Душанбе. – 2016. – С. 101.
- [15 –М] Шодиев Б.Р. Суставной синдром и сопутствующая патология при остеоартрозе / Б.Р. Шодиев, М.Ф. Абдуллоев, С.М. Шукурова // Материалы 63-й годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием «Вклад медицинской науки в оздоровление семьи». Душанбе. – 2015. – С. 327.
- [16 –М] Шодиев Б.Р. Ревматоидный артрит в ассоциации с сопутствующей патологией / Б.Р. Шодиев, З.Ш. Сафаров, Г.М. Раджабова // Материалы ежегодной XIV научно-практической конференции ГОУ ИПО в СЗРТ «Юбилейные научный чтения». Душанбе. – 2018. – С. 91-92.
- [17 –М] Шодиев Б.Р. Остеоартроз: суставной синдром, сопутствующая патология и факторы риска / С.М. Шукурова, Б.Р. Шодиев, А.И. Хочиев //

Материалы международного семинара на тему: «Вопросы коморбидности в клинике внутренних болезней». Душанбе. – 2018. – С. 135-141.

[18 – М] Шодиев Б.Р. Коморбидные состояния при ревматических заболеваниях / Б.Р. Шодиев, А.И. Ходжаев, С.М. Шукурова // Материалы конгресса кардиологов и терапевтов стран Азии и содружества независимых государств «Актуальные проблемы сердечно-сосудистых и соматических заболеваний. Душанбе. – 2019. – С. 466-467.

[19–М] Шодиев Б.Р. Клиническая эффективность применения перорального хондропротектора «ибра» при остеоартрозе / Б.Р. Шодиев, С.М. Шукурова // Материалы конгресса кардиологов и терапевтов стран Азии и содружества независимых государств «Актуальные проблемы сердечно-сосудистых и соматических заболеваний. Душанбе. – 2019. – С.467.

[20 –М] Шодиев Б.Р. Индекс коморбидности у больных ревматическими заболеваниями / С.М. Шукурова, Б.Р. Шодиев, Х. Хикматов // Материалы ежегодной XXVI –й научно-практической конференции «Новые направления развития медицинской науки и образования». Душанбе. – 2020. – С. 58-59.

### Фехристи ихтисораҳо

<b>АНД МЧ</b>	– андозаи ниҳой-диастоликии меъдачаи чап
<b>АНС МЧ</b>	– андозаи ниҳой -систоликии меъдачаи чап
<b>АТ</b>	– артрити тарбодмонанд
<b>БДР</b>	– бемориҳои дилу рағҳо
<b>БИД</b>	– бемориҳои ишемикии дил
<b>БКВ</b>	– бемориҳои кардиоваскуляри
<b>БК тип 2</b>	– бемории қанди навъи 2
<b>БМРД</b>	– бемории музмини ревматикии дил
<b>БР</b>	– бемориҳои ревматикӣ
<b>БТ</b>	– бемориҳои тарбодӣ
<b>БСУМ</b>	– бемориҳои системаи устухону мушакҳо
<b>ВАШ (ШВМ)</b>	– шкалаи визуалӣ-мушобех
<b>ВСИВ МЧ</b>	– вақти сустшавии изоволюмикии меъдачаи чап
<b>ГКМЧ</b>	– гипертрофияи консентрикии меъдачаи чап
<b>ГКС</b>	– глюкокортикостероидҳо
<b>ГММЧ</b>	– геометрияи муътадили меъдачаи чап
<b>ГЭМЧ</b>	– гипертрофияи эксцентрикии меъдачаи чап
<b>ҒДАМЧ</b>	– ғафсии девораи ақиби меъдачаи чап
<b>ҒМБМЧ</b>	– ғафсии миёндевори байнимеъдачавӣ
<b>ҒНДМЧ</b>	– ғафсии нисбии девораи меъдачаи чап
<b>ДДМЧ</b>	– дисфунксияи диастоликии меъдачаи чап
<b>ДК</b>	– даври камар
<b>ДНЗИ</b>	– доруҳои нестероидии зиддиилтиҳобӣ
<b>ДР</b>	– даври ронҳо
<b>ИМ</b>	– инфаркти миокард
<b>КП</b>	– кислотаи пешоб
<b>МММЧ</b>	– массаи миокарди меъдачаи чап
<b>МТП</b>	– муассисаи табобатӣ-профилактикӣ
<b>МЧ</b>	– меъдачаи чап
<b>ОА</b>	– остеоартроз
<b>ОП</b>	– остеопороз
<b>ОХ</b>	– омилҳои хатар
<b>ПКВ</b>	– патологияи кардиоваскуляри
<b>РКМЧ</b>	– ремоделятсияи консентрикии меъдачаи чап
<b>СМ</b>	– синдроми метаболикӣ
<b>ССР</b>	– сафедаи с-реактивӣ
<b>ТГ</b>	– триглицеридҳо
<b>ТУТ/АБФШ</b>	– Ташкилоти Умумичаҳонии Тандурустӣ/ Ассотсиатсияи байналмилалӣ оид ба фишорбандии шараёнӣ
<b>ФОП МЧ</b>	– фазаи охиста пур шудани меъдачаи чап
<b>ФШ</b>	– фишорбандии шараёнӣ
<b>ФШД</b>	– фишори шарёани диастоликӣ
<b>ША</b>	– шохиси атерогеният
<b>ШМБ</b>	– шохиси массаи бадан
<b>ШМММЧ</b>	– шохиси массаи миокарди меъдачаи чап
<b>ХС</b>	– холестерин
<b>ХСЛПЗЗ</b>	– холестерини липопротеидҳои зичиашон зиёд
<b>ХСЛПЗК</b>	– холестерини липопротеидҳои зичиашон паст
<b>ХСН</b>	– норасоии музмини дил
<b>ҲНД МЧ</b>	– ҳаҷми ниҳой- диастоликии меъдачаи чап
<b>ҲНС МЧ</b>	– ҳаҷми ниҳой- систолический меъдачаи чап

## АННОТАЦИЯ

**Шодиев Бехруз Раджаббоевич**

### **Ревматические заболевания в ассоциации с сопутствующими болезнями (частота, клинические особенности и оптимизация диагностики)**

**Ключевые слова:** коморбидность, ревматические заболевания (РЗ), факторы риска, кардиоваскулярные заболевания (КВЗ), ожирение.

**Цель исследования.** Представить комплексную оценку РЗ в ассоциации с сопутствующими болезнями и пути оптимизации их диагностики в РТ.

**Методы исследования и использованная аппаратура.** Объектом исследования были 260 пациентов с РА (n=170) и ОА (n=90), которым проводилось комплексное обследование на предмет коморбидности, особенностей клинического течения, характера терапии. Параллельно проводился ретроспективный анализ истории болезни 342 пациентов с РЗ, госпитализированных в ревматологическое отделение ГУ «ГМЦ №2 им. акад. К.Т. Таджиева» за период 2014-2016 г. В работе применялись современные клиничко-лабораторные и инструментальные методы исследования (ЭКГ, Эхо КГ, рентген суставов, ЭГДС). У всех больных рассчитывали индекс коморбидности по Charlson (1987, Mary Charlson) согласно разработанному опроснику.

**Полученные результаты и их новизна.** Показавшая суммарный индекс коморбидности ревматических больных на стационарном этапе 2,9 (т.е. больной с ревматической болезнью имеет около 3-х сопутствующих заболеваний). Установлено, что наибольшее количество сопутствующих заболеваний имело место у больных ОА (4,5), подагрой (3,8) и РА (3,4). Сравнительный анализ частоты сопутствующей патологии показал, что лидирующие позиции среди множества сопутствующих состояний занимают кардиоваскулярные заболевания (75%). Детально изучена сопутствующая патология у больных РА: у 89,4% больных РА встречались сопутствующие заболевания, при этом у 61,7% наблюдались два и более коморбидных заболевания. Проведен анализ характера медикаментозной терапии у больных РА с коморбидностью: пальму лидерства приняли антигипертензивные препараты –71,1%, ингибиторы протонной помпы 68,8% и антибактериальные средства –30,5%. Оценены клиничко-биохимические взаимосвязи ОА с АГ и ожирением, сочетание которых усугубило тяжесть течения суставного синдрома и статистически значимое ухудшение показателей морфофункциональных параметров сердца.

**Рекомендации по использованию.** В протоколах стандартного обследования больных с РЗ, помимо суставного синдрома, необходимо оценивать функциональное состояние внутренних органов, с акцентом на сердечно-сосудистую систему. Лечение больных РЗ с коморбидными состояниями требует взаимодействия между врачами различных специальностей (кардиолога, гастроэнтеролога, эндокринолога). Наличие высокой частоты кардиоваскулярных заболеваний у больных с РЗ, что является основной причиной их летальности, необходимо своевременно контролировать и корректировать традиционные факторы риска.

**Область применения.** Ревматология. Кардиология. Внутренние болезни.



**АННОТАТСИЯИ**  
**Шодиев Бехрӯз Раҷаббоевич**  
**Бемориҳои тарбодӣ дар ҳамбастагӣ бо бемориҳои ҳамроҳшуда**  
**(басомад, хусусиятҳои клиникӣ ва оптимизатсияи ташҳис)**

**Калидвожаҳо:** коморбидият, бемориҳои тарбодӣ (БТ), омилҳои хатар, бемориҳои кардиоваскуляри (БКВ), фарбеҳӣ.

**Мақсади таҳқиқот.** Пешниҳод намудани баҳогузориҳои комплекси БТ дар ҳамбастагӣ бо бемориҳои ҳамроҳшуда ва роҳҳои оптимизатсияи ташҳиси онҳо дар ҚТ.

**Методи таҳқиқот ва истифодаи таҷҳизот.** Объекти таҳқиқот 260 бемори гирифтори БТ аз он артрити тарбодмонанд (АТ=170) ва ОА (n=90) буд, ки дар онҳо таҳқиқоти комплекси коморбидият, хусусиятҳои чараёни клиникӣ, хусусияти табобат гузаронида шуд. Ҳамзамон таҳлили ретроспективи таърихи бемории 342 бемори мубтало ба БТ гузаронида шуд, ки дар шӯбаи ревматологии МД «Маркази тиббии шаҳрии №2 ба номи академик К.Т. Тоҷиев» дар давраи солҳои 2014-2016 бистарӣ буданд. Дар таҳқиқот усулҳои муосири клиникӣ-лабораторӣ ва инструменталӣ (ЭКГ, Эхо КГ, рентгени бугумҳо, ЭГДС) истифода шуданд.

Дар ҳамаи беморон шохиси коморбидӣ бо усули Charlson (1987, Mary Charlson) мувофиқи саволномаи таҳияшуда ҳисоб карда шуд.

**Натиҷаҳои бадастомада ва навгонии илмӣ.** Шохиси умумии коморбидияти беморони гирифтори бемориҳои тарбодӣ (БТ) дар марҳалаи статсионарӣ 2,9 (яъне беморони гирифтори БТ тақрибан 3 бемории ҳамроҳшуда доранд) нишон дода шудааст. Муқаррар карда шуд, ки миқдори бештари бемориҳои ҳамроҳшуда дар беморони мубтало ба ОА (4,5), никрис (3,8) ва АТ (3,4) дида мешавад. Таҳлили муқоисавии бемориҳои ҳамроҳшуда нишон дод, ки дар байни бемориҳои сершумори ҳамроҳшуда мавқеи асосиро бемориҳои кардиоваскуляри (75%) ишғол мекунанд. Бемориҳои ҳамроҳшуда дар беморони гирифтори АТ омӯхта шуданд: дар 89,4% -и беморони мубтало ба АР бемориҳои ҳамроҳшуда ба назар расид, дар ин маврид дар 61,7% ду ё се бемории коморбидӣ ба қайд гирифта шуд. Таҳлили хусусиятҳои табобати медикаментозӣ дар беморони мубтало ба АТ –и дорои коморбидӣ сурат гирифт: мавқеи пешсафиро доруҳои зиддигипертензивӣ – 71,7%, ингибиторҳои помпаи протонӣ 68,8% ва доруҳои зиддибактериалӣ – 30,5% ишғол мекарданд. Иртиботи мутақобилаи клиникӣ-биохимиявии ОА бо ФШ ва фарбеҳӣ баҳогузори карда шуд, ки ҳамбастагии онҳо вазнинии чараёни синдроми бугумҳоро вазнинтар ва боиси бадшавии аз ҷиҳати оморӣ муҳимми нишондиҳандаҳои морфофункционалии параметрҳои дил мегардад.

**Тавсияҳо оид ба истифода.** Дар протоколҳои таҳқиқотҳои стандартии беморони мубтало ба БТ дар ҳамбастагӣ бо бемориҳои коморбидӣ фаъолияти дучонибаи мутахассисони гуногунро тақозо мекунад. Мавҷуд будани миқдори зиёди бемориҳои кардиоваскуляри дар беморони мубтало ба БТ, сабаби асосии фавтияти онҳо мегардад, бояд ки омилҳои анъанавии хатар сари вақт назорат ва ислоҳ карда шаванд.

**Соҳаи истифодабарӣ:** Ревматология. Кардиология. Бемориҳои дарунӣ.

## RESUME

**Shodiev Behruz Rajabboevich**

### **Rheumatic diseases in association with concomitant diseases (frequency, clinical features and optimization of diagnosis)**

**Key words:** comorbidity, rheumatic diseases (RD), risk factors, cardiovascular diseases (CVD), obesity.

**Objectives of the study:** To present comprehensive assessment of RD in association with concomitant diseases and ways to optimize their diagnosis in Tajikistan.

**Research methods and equipment used:** The object of the study were 260 patients with RA (n = 170) and OA (n = 90), who underwent comprehensive examination for comorbidity, clinical features, and the nature of therapy. At the same time, retrospective analysis of 342 patients medical histories, who were hospitalized due to the RDs to the rheumatology department of the State Institution "State Medical Center No. 2 named after academic K.T. Tadzhiyev" for the period 2014-2016 were completed. For this activity we used modern clinical, laboratory and instrumental research methods (ECG, Echo-CG, X-ray of joints, EGDS). Comorbidity index according to Charlson (1987, Mary Charlson) was calculated for all patients based on the developed questionnaire.

**Obtained results and their novelty.** Total index of comorbidity of rheumatic patients at the stationary stage showed 2.9 (i.e., a patient with rheumatic disease has about 3 concomitant diseases). It was identified that the greatest number of concomitant diseases occurred in patients with OA (4.5), gout (3.8) and RA (3.4). Comparative analysis of the incidence of concomitant pathology showed that cardiovascular diseases (75%) take leading positions among many other concomitant conditions. The comorbidities in patients with RA were studied in detail: 89.4% of RA patients had concomitant diseases, while 61.7% had two or more comorbid diseases. Analysis of medical therapy with number of drugs that patients with RA with comorbidity are taking on daily basis showed that patients are taking: antihypertensive drugs – 71,7%, proton pump inhibitors – 68,8% and antibacterial drugs - 30.5%. Clinical and biochemical relationships of OA with RA and obesity were evaluated, combination of these diseases aggravate severity of the articular syndrome and shows statistically significant deterioration in the indicators of morphological and functional parameters of the heart.

**Recommendations for use.** In the protocols of standard examination of patients with RD, in addition to the articular syndrome, it is necessary to assess the functional state of internal organs, with an emphasis to the cardiovascular system. Treatment of RD patients with comorbid conditions requires interaction between doctors of different specialties. The presence of high incidence cardiovascular comorbid diseases in patients with RD, which is the main cause of their mortality, must be timely monitored and traditional risk factors should be corrected on time.

**Application area.** Rheumatology. Cardiology. Internal diseases.