

Annals of clinical disciplines

A collage of medical-related items including a heart diagram, a stethoscope, a blue plate, a pen, and an open medical book, set against a white background.

2025

ISSN 3030-3877

DOI Journal 10.26739/3030-3877

ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

2 ЖИЛД, 2 СОН

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

ТОМ 2, НОМЕР 2

КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

VOLUME 2, ISSUE 2



ТОШКЕНТ-2025

ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН | КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

№1 (2025) DOI <http://dx.doi.org/10.26739/0000-0000-2025-1>

BOSH MUHARRIR: | ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР: | CHIEF EDITOR:

Ш.Ж. ТЕШАЕВ

BOSH MUHARRIR O'RINBOSARI: | ЗАМЕСТИТЕЛЬ
ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА: | DEPUTY CHIEF EDITOR:

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

М.Ж. Саноева
У.К. Абдуллаева
Д.А. Хасанова
М.Н. Исматова
С.С. Давлатов
А.Р. Облоқұлов
Ш.Т. Ўроқов
Н.У. Нарзуллаев
Ш.Б. Ахророва
В.Р. Акрамов
У.С. Мамедов
И.К. Садulloева
Г.Ж. Жарилкасинова
А.А. Саидов
Н.Н. Каримова
Д.А. Набиева

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Н.А. Нуралиев (Бухара)
А.Г. Гадаев (Ташкент)
Г.Н. Собирова (Ташкент)
М.М. Каримов (Ташкент)
У.К. Қаямов (Ташкент)
Л.Б. Новикова (Россия Федерацияси)
О.И. Летяева (Россия Федерацияси)
И.В. Реверчук (Россия Федерацияси)
Edip Gonullu (Түрция)
Eva Lietto (Италия)

Журнал включен в перечень ВАК национальных научных изданий, рекомендуемых для публикации основных научных результатов диссертаций по медицинским наукам постановлением № 369/6 от 5 апреля 2025 г.

© Page Maker | Верстка | Саҳифаловчи: Хуршид Мирзахмедов

О журнале

Журнал зарегистрирован в Агентство информации и массовых коммуникаций при Администрации Президента Республики Узбекистан
№ С-239963 от 14 марта 2024 года

Адрес редакции: Республика Узбекистан, 200114,
г. Бухара, ул. Гиждуван, 23
Телефон: +998(65)2230050
Сайт: <https://tadqiqot.uz/index.php/spjacd>
e-mail: abumkur14@gmail.com

1. Кадиров Б.С.

Ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллигида вегетатив дистония синдромининг даволашдан олдинги ва кейинги натижалари.....6

2. Матниязов Б.М., Якубов Ф.Р., Сапаев Д.Ш., Хайитбоева К.Х., Маткурбонов Н.О.

Экспериментальные исследования по оценке результатов лечения абсцесса печени на фоне аллоксанового сахарного диабета.....13

3. Махаматходжаева Х.Б.

Спондилоартрит. взгляд на патологию с разных сторон (литературный обзор).....27

4. Мехриддинов М.Қ., Тешаев Ш.Ж., Раупов Ф.С.

Экспериментал деструктив пневмонияни антибактериал даволаш жараёнидаги морфологик ўзгаришлар.....36

5. Мирходжаев И.И., Тураев З.Ф., Тураев Ф.Ф.

Анализ результатов хирургического лечения больных с постстернотомным медиастенитом.....44

6. Носиров Ю.У., Раупов Ф.С.

Нафас йўллариға ёт жисм тушган болалардаги клиник белгиларнинг ўзига хос хусусиятлари.....60

7. Облокулова О.А.

Морфология селезёнки: строение, функции и изменения при патологии (обзор литературы).....67

8. Раупов Ф.С., Рузиқулова Ю.Б.

Преморбид фонли ўсмирларда бурун тўсиғи эгрилигининг клиник ва рентгенологик кўринишлари.....72

9. Рахимов Ф.Ф.

Эффективность фотодинамической терапии при деструктивных формах орхоэпидидимита.....81

10. Рахмонкулов Ш.Р., Маджидова Я.Н., Темирова М.К.

Современные возможности функциональной ближней инфракрасной спектроскопии (FNIRS) в оценке когнитивного восстановления после инсульта: литературный обзор.....88

11. Сапаев Д.Ш.

Технические аспекты усовершенствованного способа комбинированной аллопластики грыж передней стенки живота.....93

12. Саттаров О.Т., Тухтаев Д.А., Хакимов И.А.

Оценка эффективности бариатрической операции при ожирении у больных с сопутствующим неалкогольным стеатогепатитом.....100

13. Сафарова Г.А.

Коморбид ҳолатларсиз COVID-19 ўтказган беморларда яллиғланиш цитокинлари тахлили ва буйрак дисфункциясини эрта аниқлаш.....113

14. Ташева Г.С., Раупов Ф.С.

Преморбид фонли болаларда одонтоген яллиғланиш касалликлари.....126

15. Тешаев Ш.Ж., Облокулова С.А.

Орқа мия травматик жароҳатланишида жигардаги морфологик ўзгаришларни иммуногистохимик экспрессияланиш даражаларини аниқлаш (KI-67 BCL-2).....132

16. Тешаева Д.Ш.

Морфофункциональные изменения слюнных желёз под воздействием подземных вод.....140

17. Хайруллаева Г.С.

Особенности нарушения липидного обмена у пациентов, перенёсших COVID-19, и коррекция его розувастатином (литературный обзор).....146

18. Шарипова Э.М., Хасанова Д.А.

Сравнительная оценка морфологии подмышечных лимфатических узлов при проведении модели фиброза лёгких.....152

19. Юлдашев Н.Б.

Бирламчи аниқланган ОИВ инфекцияси билан касалланган шахсларнинг қон зардобидаги иммуноглобулинлар миқдорини таҳлил қилиш.....159

20. Латипова Ю.Ж., Ходжибекова Ю.М., Муратова Ш.Т.

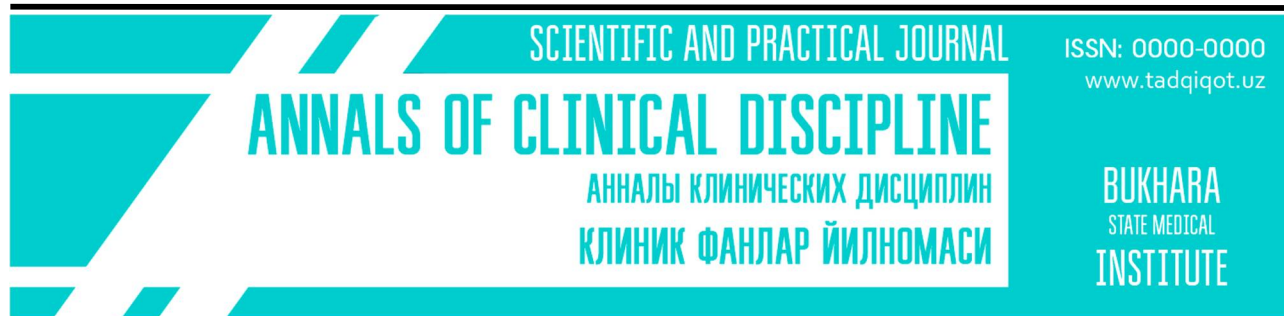
УЗИ-мониторинг в динамике подострого тиреоидита: сроки, цели, интерпретация.....167

21. Латипова Ю.Ж., Ходжибекова Ю.М., Муратова Ш.Т.

Подострый тиреоидит или тиреоидит хашимото? Тонкости дифференциальной диагностики.....173

22. Xolmuradova Z.E.

Semizlik bilan og'rig'an bolalarda yurak-qon tomir tizimidagi endoteliyning funksional holati.....177



Махаматходжаева Х.Б.

Университет Алфраганус, Узбекистан, Ташкент

СПОНДИЛОАРТРИТ. ВЗГЛЯД НА ПАТОЛОГИЮ С РАЗНЫХ СТОРОН (литературный обзор)

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.16747955>

АННОТАЦИЯ

Спондилоартриты (СПА) — воспалительные ревматологическое заболевание с поражением осевого скелета, периферических суставов и сухожилий, а также внескелетной области. В более поздней номенклатуре СПА разделен на аксиальную периферическую. Аксиальный СПА подразделяется на рентгенографический и нерентгенографический аксиальный СПА. Генетические факторы играют важную роль, причем наибольшее влияние оказывает HLA-B27. Интерлейкин-23/17 имеет иммунологически важное значение и открывает новые пути для достижения терапевтических целей. Основным симптомом аксиального СПА является боль в спине со свойственными ей характеристиками. В терапевтическом плане используются ЛФК, нестероидные противовоспалительные препараты и биологические препараты. Традиционные базовые методы лечения эффективны только при периферическом артрите.

Ключевые слова: спондилоартрит, аксиальный спондилоартрит, периферический спондилоартрит, HLA-B27, фактор некроза опухоли, интерлейкин.

Maxamatxodjayeva X.B.

Alfraganus universiteti, O'zbekiston, Toshkent

SPONDILOARTRIT. PATOLOGIYAGA TURLI TOMONLARDAN QARASH (adabiy sharh)

ANNOTATSIYA

Spondiloartritlar (SpA) - yallig'lanishli revmatologik kasallik bo'lib, skelet o'qi, periferik bo'g'imlar va paylar, shuningdek skeletdan tashqari a'zolarining shikastlanishi bilan kechadi. So'nggi nomenklaturada SpA aksial va periferik turlarga bo'linadi. Aksial SPA rentgenografik va rentgenografik bo'lmagan aksial SpA ga bo'linadi. Genetik omillar muhim rol o'ynaydi, bunda HLA-B27 eng katta ta'sirga

ega. Interleykin-23/17 immunologik jihatdan muhim ahamiyat kasb etib, davolash maqsadlariga erishish uchun yangi imkoniyatlarni ochib beradi. Aksial SpA ning asosiy belgisi o'ziga xos xususiyatlarga ega bo'lgan bel og'rig'idir. Davolash rejasida davolash jismoniy tarbiyasi, nosteroid yallig'lanishga qarshi dori vositalari (birinchi qator davolash usuli) va biologik preparatlar (aksial spondiloartrit uchun ikkinchi qator davolash usuli) qo'llaniladi. An'anaviy asosiy davolash usullari faqat periferik artritda samarali bo'ladi.

Kalit so'zlar: spondiloartrit, aksial spondiloartrit, periferik spondiloartrit, HLA-B27, o'sma nekrozi omili, interleykin.

Makhamatkhodzhayeva H.B.

Alfraganus University, Uzbekistan, Tashkent

SPONDYLOARTHRITIS. VISION OF THE PATHOLOGY FROM VARIOUS SIDES (literary review)

ANNOTATION

Spondyloarthritis (SpA) is an inflammatory rheumatological disease affecting the axial skeleton, peripheral joints and tendons, as well as extra-skeletal areas. In more recent nomenclature, SpA is divided into axial and peripheral types. Axial SPA is further subdivided into radiographic and non-radiographic axial SpA. Genetic factors play a significant role, with HLA-B27 exerting the greatest influence. Interleukin-23/17 holds important immunological significance and paves the way for new therapeutic approaches. The main symptom of axial SpA is back pain with its characteristic features. Therapeutically, physical therapy, non-steroidal anti-inflammatory drugs and biological drugs are used. Traditional basic treatment methods are effective only for peripheral arthritis.

Keywords: spondyloarthritis, axial spondyloarthritis, peripheral spondyloarthritis, HLA-B27, tumor necrosis factor, interleukin.

Понятие и номенклатура. Спондилоартрит – собирательное название суставных заболеваний, осевым признаком которых является соединительнотканый воспалительный процесс в различных структурных элементах сустава (связки, капсулы и т.д.). Иногда употребляется более широкий термин серонегативная спондилоартропатия, которым подчеркивается отсутствие в сыворотке крови Рф (иммуноглобулинового ревматоидного фактора), тогда как диагнозом спондилоартрит акцентируется именно воспаление.

Группа родственных воспалительных ревматологических заболеваний, которые в 1970-х годах еще назывались спондилоартропатиями, включает в себя:

- анкилозирующий спондилит (АС, также известный как болезнь Бехтерева);
- реактивный артрит;
- псориатический артрит;
- артрит при хронических воспалительных заболеваниях кишечника;

- ювенильный спондилоартрит;
- недифференцированный СПА.

Эпидемиология и клиническая картина. Распространенность СПА в мире составляет от 0,4 до 2%, что делает его одним из наиболее распространенных воспалительных ревматических заболеваний. Распространенность связана с частотой человеческого лейкоцитарного антигена В27 (HLA-B27) в соответствующей популяции.

СПА проявляется в опорно-двигательном аппарате воспалением осевого скелета в форме сакроилеита, спондилита и спондилодисцита, а также воспалением мелких позвоночных суставов (артрит дугоотростчатого сустава, реберно-позвоночный артрит) и энтезитом (аксиальный СПА). Приблизительно 70% всех СПА представляют собой аксиальный СПА с дополнительным периферическим поражением или без него, а приблизительно 30% представляют собой чисто периферический СПА.

Аксиальный спондилоартрит. Аксиальный спондилит обычно начинается с сакроилеита (90%) и часто впоследствии поражает позвоночник, причем чаще всего поражается грудной отдел позвоночника. Сакроилеит и спондилит приводят к симптому «воспалительной боли в спине». Воспалительная боль в спине характеризуется определенными типичными характеристиками, которые также используются в диагностических целях. Типичное начало заболевания приходится на возраст от 20 до 40 лет. По мере прогрессирования заболевания может возникнуть окостенение (анкилоз) крестцово-подвздошных суставов и позвоночника. Синдесмофиты, которые можно обнаружить рентгенологически на позвоночнике, в тяжелых случаях могут привести к появлению «бамбуковой палочки» [1, 2].

Магнитно-резонансная томография (МРТ) была введена в практику в середине 1990-х годов. Оно позволяет визуализировать острый сакроилеит [3, 4] в отличие от рентгенографии, которая показывает только структурные повреждения в результате воспаления в виде эрозий, склероза и костных образований. Ранее использовавшиеся модифицированные Нью-Йоркские критерии 1984 года требовали рентгенологически видимых изменений сакроилеита для диагностики рентгенографического аксиального СПА. Сегодня использование МРТ и МСКТ значительно облегчает раннюю диагностику [5, 6].

Однако визуализация сакроилеита с помощью МРТ также потребовала изменения номенклатуры: аксиальный СПА включает аксиальный СПА с типичным сакроилеитом на рентгенограмме (эквивалент АС) и аксиальный СПА без типичного сакроилеита на рентгенограмме, но с соответствующими результатами МРТ.

Периферический спондилоартрит. Характер поражения суставов при периферическом артрите при СПА обычно олигоартикулярный (≤ 4 суставов) и асимметричный. В первую очередь поражаются суставы нижних конечностей. Еще одним характерным признаком СПА является воспаление сухожилий (энтезит). Энтезит в принципе может возникнуть во всех энтезах, предпочтительными местами являются ахиллово сухожилие, подошвенная

фасция (оба прикрепляются к пяточной кости), колено, энтезы в костях таза, позвоночник и передняя грудная стенка. Дактилит вызывается воспалением нескольких суставов пальца руки или ноги и сухожилия длинного сгибателя с сопутствующим воспалением мягких тканей. Дактилит весьма характерен для СпА, включая псориатический артрит.

Внесуставные проявления. Наиболее важным внесуставным проявлением является увеит (10–40% в зависимости от длительности заболевания [7, 8]). Увеит обычно протекает остро. При острых приступах поражает только один глаз и заживает спонтанно. Типичными симптомами являются локальная боль, покраснение и возможное ухудшение зрения. При отсутствии лечения и/или рецидивирующем течении заболевания, могут возникнуть необратимые последствия.

Другие внесуставные проявления, такие как апикальный легочный фиброз (1–2%), нарушения сердечной проводимости или недостаточность аортального клапана, до сих пор практически не играли роли в повседневной клинической практике: в недавних исследованиях недостаточность аортального клапана была обнаружена у 34 из 187 пациентов с рентгенографическим аксиальным СпА (рАСпА) (18%), у 70% из которых наблюдались легкие симптомы. Частота нарушений проводимости составляла от 10 до 33%, чаще всего это была атриовентрикулярная блокада 1-й степени.

Генетика, иммунология и патофизиология. Современные генетические знания в значительной степени основаны на исследованиях рАСпА [9]. Определение HLA-B27 имеет диагностическую ценность. Помимо HLA-B27, было идентифицировано более 60 других генов [10], включая аминопептидазу эндоплазматического ретикулума 1 (ERAP1), ERAP2 и рецептор интерлейкина-23 (IL-23R), но их значимость (величина эффекта) настолько мала, что они не играют никакой роли в повседневной клинической практике. HLA-B27 значительно сильнее связан с аксиальным СпА (>80% положительных результатов), чем с периферической формой (30–50%). Положительный результат теста HLA-B27 не означает диагноз СпА, поскольку только у 5–6% людей с положительным результатом теста HLA-B27 в популяции развивается СпА.

Центральная роль фактора некроза опухоли α (ФНО- α) в конце воспалительного каскада при СпА указана во многих научных исследованиях, а блокада ФНО- α является терапевтически эффективной. Однако механизмы вызывающие воспаление, еще не полностью изучены.

Экспериментальные данные на животных указывают на важную роль сигнального пути интерлейкина (ИЛ)-23/17. В мышинной модели СпА в энтезисах были обнаружены Т-лимфоциты, которые были функционально неактивны, но активировались после стимуляции ИЛ-23 и индуцировали провоспалительные цитокины, такие как ИЛ-17, ИЛ-22, а также ФНО- α . Кроме того, они привели к типичным для СпА проявлениям, таким как энтезит, остеоит и остеопролиферация [11]. Появляется все больше доказательств того, что местом активации клеток, продуцирующих ИЛ-23 и ИЛ-17 у людей, является слизистая оболочка кишечника – около 50% пациентов со СпА имеют

субклиническое воспаление кишечника [12]). Более того, взаимодействие врожденной или адаптивной иммунной системы с кишечной флорой, по-видимому, играет важную роль [13].

Диагностика. Аксиальный СпА. У молодых людей с хронической болью в спине и началом боли в спине в возрасте до 45 лет аксиальный спондилит является важным дифференциальным диагнозом. Воспалительная боль в спине является основным симптомом аксиального СпА. Характерными являются:

- утренняя скованность в пояснице;
- иногда раннее пробуждение утром/ночью из-за болей в спине;
- перемежающаяся боль в ягодицах.

Помимо симптома воспалительной боли в спине, важнейшими критериями диагностики аксиального СпА являются HLA-B27-позитивность и обнаружение сакроилеита при визуализации (рентгеновское исследование или МРТ); Чувствительность и специфичность достаточно высоки [10,14]. При подозрении на аксиальный спондилит важно провести рентгенографию или МРТ крестцово-подвздошных суставов, а не только исследование поясничного отдела позвоночника с помощью МРТ [15, 16].

Воспалительные параметры (скорость оседания эритроцитов/С-реактивный белок) повышены лишь у 35–50% всех пациентов с аксиальным СпА. Другие клинические параметры подтверждают диагноз аксиального СпА, но сами по себе недостаточны. К ним относятся хороший ответ на боль в спине при приеме оптимальной дозы нестероидного противовоспалительного препарата (НПВП; 60–70%), периферический артрит или энтезит (30–40%), острый увеит (10–40%), псориаз (5–15%), ВЗК (4–8%) или наличие пораженных родственников (20–30%) [19]. Измерение подвижности позвоночника с помощью теста Шобера, бокового сгибания поясницы и расширения грудной клетки, как правило, не имеет большого значения на ранней стадии заболевания, поскольку обычно не вызывает никаких отклонений [17,18].

С точки зрения дифференциальной диагностики важно отметить, что большинство причин болей в спине имеют механическую или дегенеративную природу. При острой боли в спине с продолжительностью симптомов <6 недель аксиальный СпА практически не играет роли ввиду его низкой распространенности — 1%. В случае острой боли в спине визуализационная диагностика, как правило, не проводится, если нет анамнестических признаков опасного заболевания [20]. Аксиальный спондилит имеет значение только при дифференциальной диагностике хронической боли в спине с продолжительностью симптомов >3 месяцев, поскольку он является причиной примерно 5% случаев.

Периферический СпА. Диагноз периферического СпА может быть поставлен при наличии типичного поражения суставов (олигоартикулярного, асимметричного, преимущественно нижних конечностей) и других признаков СпА. Пациентами в основном являются молодые люди. Положительный результат теста HLA-B27 ожидается не более чем в 50% случаев периферического СпА. Конкретные лабораторные параметры или аутоантитела СпА неизвестны, поэтому отсутствие доказательств других причин артрита

подтверждает диагноз СпА. При наличии в анамнезе дизурии или выделений из уретры полезно выявление ДНК хламидий в утренней моче с помощью полимеразной цепной реакции, тем более что это не только подтверждает диагноз урогенитального реактивного артрита, но и имеет терапевтическое значение (показание к назначению антибиотиков). При подозрении на энтеральный реактивный артрит образцы кала полезны только в том случае, если диарея сохраняется. Серологические тесты на кишечные бактерии имеют весьма ограниченную диагностическую ценность, не меняют терапевтический подход и поэтому не обязательны [21].

Международное общество по оценке спондилоартрита (ASAS) разработало критерии классификации аксиального и периферического спондилоартрита с целью проведения исследований. [22]). Критерии классификации используются для набора максимально однородных групп пациентов для клинических испытаний. Хотя критерии классификации включают те же параметры заболевания, которые используются для диагностики, их не следует ошибочно использовать в качестве диагностических критериев [23]. Важнейший элемент диагностики, а именно рациональный дифференциально-диагностический мыслительный процесс, учитывающий всю информацию о пациенте [24].

Ведение пациентов и лечение. Для измерения активности заболевания используются индекс активности болезни Бехтерева (BASDAI) и показатель активности болезни Бехтерева (ASDAS), а для измерения функциональности – индекс функциональности болезни Бехтерева (BASFI). Эти данные регулярно обновляются, основываясь на обоснованных данных и согласованные на международном уровне рекомендации по лечению, такие как рекомендации по лечению Международного общества по оценке спондилоартрита (ASAS) и Европейской лиги по борьбе с ревматизмом (EULAR) [24]. Целью терапии является ремиссия, т. е. практически полное отсутствие симптомов и признаков заболевания [25]. В настоящее время невозможно ответить на вопрос, должно ли исчезновение объективной воспалительной активности достигаться в каждом случае, поскольку соответствующие стратегические исследования все еще отсутствуют.

Доступны фармакологические и нефармакологические методы лечения. На каждой стадии заболевания применяются образовательные мероприятия, лечебная физкультура (длительная самостоятельная) и физиотерапевтические мероприятия.

Нестероидные противовоспалительные препараты. НПВП являются препаратами первой линии при аксиальном и периферическом СпА. Они особенно эффективны в случаях аксиального поражения. Примерно у трети всех пациентов с аксиальным спондилитом ремиссия достигается при приеме только НПВП, а еще у трети отмечается заметное улучшение. Только у трети пациентов не наблюдается улучшения состояния при приеме НПВП [26, 27].

Выбор НПВП зависит от индивидуальной переносимости и эффективности. Терапию всегда следует начинать с полной дозы, т. е. с рекомендуемой максимальной суточной дозы, и только через 1–2 недели ее

следует снижать до более длительной терапии с дозировкой по мере необходимости. НПВП можно комбинировать с ингибиторами протонной помпы. Принимая во внимание противопоказания со стороны почек, сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта, длительная терапия НПВП также безопасна и осуществима в основном у молодых людей, которые, как правило, не имеют других сопутствующих заболеваний.

Глюкокортикостероиды и базовая терапия. Низкодозовая стероидная терапия преднизолоном 5–7,5 мг в день не должна использоваться при аксиальном спондилите из-за отсутствия доказательств эффективности [27]. Однако при изолированном сакроилеите местная инъекция стероидов может быть весьма эффективной, так же как местные внутрисуставные инъекции стероидов весьма эффективны при периферическом артрите и, при необходимости, при энтезите.

Так называемые базисные терапевтические средства, такие как сульфасалазин, метотрексат или лефлуномид, не имеют значения при аксиальном спондилите из-за отсутствия доказательств эффективности. Только в случаях преимущественно периферического артрита можно использовать базовую терапию [26]. Наиболее изученным препаратом является сульфасалазин.

Биологические препараты. Если по крайней мере два НПВП в полной дозировке в течение 4 недель не обеспечивают достаточного облегчения симптомов и, если аксиальный СПА носит воспалительный характер, может быть назначен биологический препарат [26]. Одобрение ингибиторов ФНО- α в 2003 году стало настоящим прорывом в лечении многих пациентов с рАСПА. В настоящее время одобрено пять ингибиторов ФНО для лечения рАСПА и четыре ингибиторов ФНО для лечения нерентгенографический аксиальный СПА.

Выводы:

1. В случаях хронической глубокой боли в спине у молодых взрослых следует рассмотреть возможность аксиального спондилита.
2. Основным симптомом является воспалительная боль в спине, сопутствующими проявлениями являются периферический артрит или энтезит, острый передний увеит, псориаз или ВЗК.
3. Наиболее важным лабораторным параметром для диагностики аксиального СПА является генетический маркер HLA-B27.
4. Положительный результат теста HLA-B27 сам по себе не является диагнозом.
5. Наиболее важной процедурой визуализации для ранней диагностики аксиального СПА является МРТ крестцово-подвздошных суставов (острое воспаление и структурные повреждения). Рентгеновский снимок показывает только структурные повреждения с течением времени.
6. Основными вариантами лечения аксиального СПА являются лечебная физкультура (физиотерапия, групповая терапия), НПВП (первый выбор) и биологические препараты (второй выбор).

7. Местные инъекции стероидов и базисная терапия, например, сульфасалазином, эффективны при периферическом артрите.

Список литературы

1. Алексеев Л. И. Ревматология. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. — 528 с.
2. Гусев Е. И., Скворцова В. И. Неврология. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020.
3. Дьяконов А. Л. Болезнь Бехтерева. Современные представления. — СПб.: СпецЛит, 2021.
4. Ковалева И. А. Современные подходы к терапии анкилозирующего спондилита // Клиническая ревматология. — 2020. — №2.
5. Кузнецова Т. Ю., Бокарев В. И. Серонегативные спондилоартропатии. — М.: Литтерра, 2020.
6. Насонова В. А., Алексеева Л. И. Ревматические болезни. — М.: Медицина, 2019.
7. Научно-практические рекомендации ОАРКИ по лечению спондилоартритов. — М., 2023.
8. Петрухин А. С. Болезни позвоночника. — М.: МЕДпресс-информ, 2018.
9. Поворознюк В. В. Остеоартрит и спондилоартрит: современные стратегии лечения. — Киев: Морион, 2019.
10. Шостак Н. А. Болезни опорно-двигательной системы. — М.: МЕДпресс, 2021.
11. Baraliakos X., Braun J. Imaging in axial spondyloarthritis. — Current Opinion in Rheumatology, 2015.
12. Braun J., Sieper J. Ankylosing Spondylitis and Axial Spondyloarthritis. — Oxford University Press, 2017.
13. Dougados M., Baeten D. Spondyloarthritis. — Lancet, 2011; 377(9783):2127–2137.
14. Gladman D.D. Spondyloarthritis: Insights into pathogenesis and classification. — Current Opinion in Rheumatology, 2021.
15. Haroon N., Inman R.D. Bone formation in axial spondyloarthritis: current understanding and future directions. — Current Opinion in Rheumatology, 2015.
16. Lories R.J., Schett G. New insights into bone formation in spondyloarthritis. — Current Rheumatology Reports, 2012.
17. Maksymowych W.P. MRI in spondyloarthritis. — Rheumatic Disease Clinics, 2016.
18. Marzo-Ortega H., McGonagle D. Axial spondyloarthritis: current perspectives and unmet needs. — Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease, 2020.
19. McGonagle D., Benjamin M. Enthesitis: the clue to the pathogenesis of spondyloarthritis. — BMJ, 2009.

20. Reveille J.D. Genetics of spondyloarthritis—beyond the MHC. — Nature Reviews Rheumatology, 2012.
21. Ritchlin C.T., Colbert R.A., et al. Pathogenesis of spondyloarthritis. — Nature Reviews Rheumatology, 2013.
22. Rudwaleit M., van der Heijde D., Landewe R., et al. The Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) classification criteria. — Annals of the Rheumatic Diseases, 2009.
23. Sieper J., Poddubnyy D. Diagnosis and classification of axial spondyloarthritis. — Rheumatic Disease Clinics of North America, 2014.
24. Smith J.A. Update on ankylosing spondylitis: current concepts in pathogenesis. — Current Allergy and Asthma Reports, 2015.
25. Stolwijk C., Boonen A., van Tubergen A., et al. Epidemiology of spondyloarthritis. — Rheumatic Disease Clinics, 2012.
26. Van der Heijde D., et al. Efficacy of TNF inhibitors in axial spondyloarthritis. — Best Practice & Research Clinical Rheumatology, 2015.
27. Ward M.M., Deodhar A., Gensler L.S., et al. 2019 Update of the American College of Rheumatology/Spondylitis Association of America/Spondyloarthritis Research and Treatment Network recommendations for the treatment of ankylosing spondylitis. — Arthritis Rheumatol., 2019.

ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

2 ЖИЛД, 2 СОН

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

ТОМ 2, НОМЕР 2

КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

VOLUME 2, ISSUE 2

Научно-практический журнал по всем
направлениям медицины

основан в 2024 году

Бухарским государственным
медицинским институтом

Выходит один раз в 3 месяца

Учредитель Бухарский государственный
медицинский институт