

**АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ ҲУЗУРИДАГИ
ИЛМий ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 РАҚАМЛИ
ИЛМий КЕНГАШ АСОСИДАГИ БИР МАРТАЛИК ИЛМий КЕНГАШ**

АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

НИШОНОВА ДИЛОРАМ ФОЗИЛЖАНОВНА

**ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ АУТОИММУН
КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ БРОНХИАЛ АСТМА КЕЧИШИГА
ТАЪСИРИНИНГ КЛИНИК ВА ПАТОГЕНЕТИК ЖИҲАТЛАРИ**

14.00.03 – Эндокринология

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

АНДИЖОН – 2024

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor philosophy (PhD)

Нишонова Дилорам Фозилжановна

Қалқонсимон без аутоиммун касалликларининг бронхиал астма кечишига таъсирининг клиник ва патогенетик жиҳатлари..... 3

Нишонова Дилорам Фозилжановна

Клинико-патогенетические аспекты влияния аутоиммунных заболеваний щитовидной железы на течение бронхиальной астмы..... 21

Nishonova Diloram Foziljanovna

Clinical and pathogenetic aspects of the influence of autoimmune thyroid diseases on the course of bronchial asthma..... 39

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ

List of published works..... 42

**АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ ҲУЗУРИДАГИ
ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 РАҚАМЛИ
ИЛМИЙ КЕНГАШ АСОСИДАГИ БИР МАРТАЛИК ИЛМИЙ КЕНГАШ**

АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

НИШОНОВА ДИЛОРАМ ФОЗИЛЖАНОВНА

**ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ АУТОИММУН
КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ БРОНХИАЛ АСТМА КЕЧИШИГА
ТАЪСИРИНИНГ КЛИНИК ВА ПАТОГЕНЕТИК ЖИҲАТЛАРИ**

14.00.03 – Эндокринология

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

АНДИЖОН – 2024

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясида B2023.1.PhD/Tib2986 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Андижон давлат тиббиёт институтида бажарилган.

Диссертация автореферати учта (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) тилда Илмий кенгаш вебсаҳифасида (adti.uz) ва «ZiyoNet» (www.ziynet.uz) ахборот таълим порталида жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:

Шагазатова Барно Хабибуллаевна
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар:

Урманова Юлдуз Махкамовна
тиббиёт фанлари доктори, доцент

Салохиддинов Зухриддин Салохиддинович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Етакчи ташкилот:

Самарқанд давлат тиббиёт университети

Диссертация ҳимояси Андижон давлат тиббиёт институти ҳузуридаги илмий даражалар берувчи DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 рақамли Илмий кенгаш асосидаги бир марталик илмий кенгашнинг 2024 йил «___» _____ соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 170100, Андижон шаҳри, Ю.Отабеков кўчаси, 1-уй; Тел/факс: (+998) 74-223-94-50, e-mail: info@adti.uz).

Диссертация билан Андижон давлат тиббиёт институтининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (_____ рақами билан рўйхатга олинган). Манзил: 170100, Андижон шаҳри, Ю.Отабеков кўчаси, 1-уй; Тел.: (+998) 74-223-94-50.

Диссертация автореферати 2024 йил «___» _____ да тарқатилди.
(2024 йил «___» даги _____ -сонли баённомаси).

М.М. Мадазимов

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш
асосидаги бир марталик Илмий кенгаш
раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

М.А. Жураева

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш
асосидаги бир марталик Илмий кенгаш
илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори, доцент

Ш.К. Юсупова

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш
асосидаги бир марталик Илмий кенгаш
қошидаги илмий семинар раиси,
тиббиёт фанлари доктори, доцент

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертация аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Дунёда аутоиммун тиреоидит (АИТ) ва бронхиал астма (БА) касалликлари кенг тарқалганлиги, сурункали кечиши, беморлар сонининг жадал ўсиб бориши, юқори ногиронлик ва ўлим кўрсаткичларига олиб келиши туфайли глобал миқёсдаги долзарб тиббий ва ижтимоий муаммолар қаторига киради. Замонавий йирик эпидемиологик тадқиқотлар шуни кўрсатдики, бронхиал астманинг тарқалиши бутун дунё мамлакатлари орасида ўсиб бормоқда. Америка Қўшма Штатларида 1960 йилга нисбатан бронхиал астма билан касалланиш 4 миллионга ўсган, Россияда эса бу кўрсаткич 1997 йилга нисбатан 2021 йилда 30% га ошганини қайд этилган. Беморларнинг бир ёш гуруҳидан 2-гуруҳга ўтиши билан бронхиал астма клиник белгиларига бошқа сурункали касалликлар симптомлари қўшилиб бормоқда. Бир қанча касалликларнинг қўшилиб келиши бир томондан, бронхиал астма клиникасини ўзгартирса, иккинчи томондан бронхиал астма ташхисоти ва давосини қийинлаштиради. Хозирги кунда бронхиал астма билан касалланган беморларга эрта ташхис қўйиш, касаллик зўрайишига ва асоратлар ривожланишига қарши курашиш ва дори воситаларининг кенг қўлланилаётгани беморлар ҳаёт давомийлигини узайтирмоқда. Бу эса ўз навбатида ушбу патология билан мурожаат қиладиган беморлар сонининг ортишига, ҳамроҳ касалликларнинг, жумладан қалқонсимон без касалликларининг бирга учраш эҳтимоллигини ошишига сабаб бўлмоқда.

Жаҳонда қалқонсимон без аутоиммун касалликлари, жумладан аутоиммун тиреоидит ва диффуз токсик буқоқ билан касалланган беморларда бронхиал астма ривожланиши хусусида кўплаб маълумотлар қайд этилган. Қалқонсимон безнинг аутоиммун касалликлари ўзининг оғир асоратлари, юқори ногиронлик ва ўлим кўрсаткичи билан ҳам саломатликка катта ҳавф туғдиради. Қалқонсимон безнинг аутоиммун касалликлари негизида бронхиал астма ривожланиши жараёни янада оғирлаштиради. Бронхиал астма асоратларининг тез ва оғирроқ намоён бўлишига туртки беради. Шунинг учун АИТ билан оғриган беморларда даволаш тамойиллари бронхиал астмага олиб келувчи мойиллик омилларини, қўзғатувчи омилларни, аутоиммун яллиғланиш жараёнларини камайтиришга қаратилган бўлиши керак, бу эса беморларнинг яшаш истиқболини яхшилайдди. Жумладан, Қалқонсимон без аутоиммун касалликлари негизида бронхиал астма ривожланиши муаммоси кўп сонли тадқиқотчиларни эътиборини ўзига тартади, чунки ушбу касалликларни ривожланишида ўхшаш патогенетик жараёнлар мавжуд, бундан ташқари бронхиал астма ривожланишида триггер омиллардан бири қалқонсимон без касалликлари етакчи ўринни эгаллайди.

Мамлакатимиз тиббиёт соҳасини ривожлантириш тиббий тизимни жаҳон андозалари талабларига мослаштириш, аҳолининг турли қатламлари орасида соматик касалликларни олдини олишга қаратилган қатор вазифалар юклатилган «...мамлакатимизда аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдамнинг

самарадорлиги, сифати ва оммабоплигини ошириш, шунингдек, касалликларни эрта ташхислаш ва даволашнинг юқори технологик усуллари жорий қилиш, патронаж хизмати яратиш орқали, соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаш ва касалликларни олдини олиш...»¹ каби вазифалар белгиланган. Ушбу вазифалар болалар ва ўсмирлар орасида соматик касалликларни камайтириш, эндокрин касалликларни олдини олишда замонавий технологияларни қўллашни такомиллаштириш натижасида ногиронлик ва ўлим кўрсаткичини камайтириш имконини беради.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ–4947-сон «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида»ги, 2018 йил 7 декабрдаги ПФ–5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлари тўғрисида»ги Фармонлари, 2017 йил 20 июндаги ПҚ–3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017–2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Қарори ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги. Мазкур тадқиқот Республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Бутун дунёда бронхиал астмани даволаш жараёнида қалқонсимон без функционал ҳолатини ўрганиш зарурати тўғрисида қатор тавсиялар ишлаб чиқилди. Тиреоид функциянинг меъёрдалиги бронхиал астма ривожланишига ижобий таъсир қилиши бир қанча тадқиқотларда ўз аксини топган (Камаева И.А., 2018). Бунда бронхиал астма ва гипотиреозга чалинган беморларда бронхиал астмани кўзиши меъёрий тиреоид функцияли бронхиал астма билан оғриган беморларга нисбатан 2 баробар кўп кузатилган. Бундан ташқари, бошқа ўтказилган тадқиқотларда (Попова Н.В., 2016) бронхиал астманинг клиник кечиши хусусиятлари компенсация давридаги бирламчи гипотиреоз ҳамда бронхиал астма билан оғриган беморларда ва ҚБ касаллиги кузатилмаган бронхиал астма билан касалланган беморларда ташқи нафас функциясини текшириш орқали баҳоланган. Бунда гипотиреоз кузатилган бронхиал астмали беморларда тунги хуружлар сонининг кескин юқорилиги аниқланган, бу эса гипотиреозли беморларда балғамнинг нисбатан қуруқлиги ва атрофик эндобронхит ривожланиши билан боғлиқ деб баҳоланган.

Болалар ва катталар орасида бронхиал астманинг учраш частотаси ва ўзига хослиги ўрганилганда (Shymali C.D., Perret L.J., 2019), уларнинг учраши орасида ишончли фарқ кузатилмаган. Бронхиал астма паст ва ўрта

¹Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги 5590-сонли «Соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги Фармони

ривожланган мамлакатларда нисбатан кўп учраши таъкидланган. Илмий адабиётлар ва тадқиқотларни таҳлил қилиш натижаларига кўра, қалқонсимон безнинг аутоиммун касалликларининг кечиш давомийлигининг узоқлиги, аутоиммун яллиғланиш ушбу беморларда доим паст ёки юқори даражада мавжудлигини инобатга олган ҳолда, бронхиал астманинг негизида ётувчи яллиғланиш жиҳатлари билан ўхшашлиги, беморларда даволаш тамойилларини қайта кўриб чиқиш ва уни муқобиллаштиришга бағишланган илмий тадқиқотлар олиб бориш зарурлиги тўғрисида хулоса чиқариш мумкин. Бу ўз навбатида, ушбу йўналиш бўйича илмий изланишларни олиб бориш ва олинган натижаларга асосланиб, бронхиал астма ва қалқонсимон безнинг аутоиммун патологиялари бирга келганда тиреоид функциядан келиб чиқиб, ҳавф омилларини бартараф қилиш ва мақбул даволаш тамойилларини тавсия этиш заруриятини кўяди. Шу сабабли биз аутоиммун тиреоидит ёки диффуз захарли буқоқ касалликларида бронхиал астма ривожланиши ҳавфини эрта аниқлаш, ушбу касалликлар бирга учраганда ўз вақтида ташхис қўйиш, беморларни назорат қилишнинг юқори самарадорлик ва ҳавфсизлик йўллари тавсияга киритишни мақбул йўл деб топдик.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Андижон давлат тиббиёт институтининг илмий-тадқиқот ишлари режаси доирасида бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади қалқонсимон без аутоиммун касалликларининг бронхиал астма кечишига таъсирининг клиник ва патогенетик жиҳатларини ўрганишдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

аутоиммун тиреоидитда тиреоид ҳолатга кўра бронхиал астма кечишини ўрганиш;

диффуз токсик буқоқда бронхиал астма клиник кечишини ўзига хос жиҳатларини аниқлаш;

бронхиал астма кечишига кўра тиреоид функцияни баҳолаш;

ўрганилаётган беморлар орасида SF-36 сўровномаси асосида ҳаёт сифати кўрсаткичларини аниқлаш;

қалқонсимон без аутоиммун касалликлари ва бронхиал астма бирга келганда беморларни назорат қилиш харитасини ишлаб чиқиш.

Тадқиқот объекти сифатида асосий гуруҳда 287 нафар бронхиал астма ва қалқонсимон безнинг аутоиммун касалликлари билан касалланган беморлар, улардан 250 нафари бронхиал астма ва аутоиммун тиреоидит билан, 37 нафар бронхиал астма ва захарли буқоқ билан касалланган беморлар, назорат гуруҳи сифатида эса 20 нафар қалқонсимон без касалликлари бўлмаган бронхиал астмали беморлар олинган.

Тадқиқотнинг предмети клиник, лаборатор, инструментал тадқиқот усуллари натижаларини таҳлил қилишдан иборат.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқотда умумий клиник, биокимёвий, гормонал, инструментал, махсус ва статистик текшириш усулларидан фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

Ўзбекистон шароитида бронхиал астма билан касалланган беморларда қалқонсимон безнинг дисфункцияси ташқи нафас кўрсаткичларини пасайтириши аниқланган;

қалқонсимон безнинг гипофункцияси 1 секунддаги форсирланган нафас ҳажмини эутиреоз ва гипертиреоз ҳолатидаги беморларга нисбатан устувор пасайтириши исботланган, тироксинпероксидазага нисбатан антитаналар миқдорининг эса ташқи нафас функциясига таъсири йўқлиги аниқланган;

SF-36 сўровномаси натижаларига кўра бронхиал астма ва қалқонсимон безнинг аутоиммун касалликлари бирга келганда қалқонсимон без касалликлари кузатилмаган беморларга нисбатан ҳаёт сифати кўрсаткичи кескин пасайиши аниқланган;

бронхиал астмага чалинган беморларни диспансер назоратига олишда базис тиреоид функцияни аниқлаш зарурияти ва уларни назорат қилиш харитаси ишлаб чиқилган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

бронхиал астма билан касалланган беморларда даволаш самарадорлигини ошириш учун ҳавф омили сифатида базис тиреоид функция баҳоланган;

қалқонсимон безнинг аутоиммун касалликлари ва бронхиал астма бирга келганда тиреоид функциянинг пастлиги ташқи нафас функцияларини пасайтиришида аҳамиятли эканлиги аниқланган;

ташқи нафас функцияси кўрсаткичларини пасайганда, кўзгатувчи омил сифатида тиреоид ҳолатни қайта баҳолаш зарурати аниқланган;

эндокринолог ва пульмонологлар учун бронхиал астма ва қалқонсимон безнинг аутоиммун касалликлари бирга келганда беморларни назорат қилиш учун йўл харитаси ишлаб чиқилган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги. ишда қўлланилган назарий ҳамда амалий ёндашув ва усуллар, олиб борилган тадқиқотларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, беморлар сонининг керакли миқдорда эканлиги, етарли даражада материал йиғилганлиги, қўлланилган текширув усулларнинг замонавийлиги, уларнинг бири иккинчисини тўлдирадиган клиник, биокимёвий, инструментал ва статистик усуллар асосида бронхиал астма билан касалланган беморларда тиреоид ҳолатнинг дисфункцияси, ташқи нафас функцияси бузилишлари мавжудлигига кўра, беморларда метаболик ўзгаришлар яққол намоён бўлиши, бронхиал астма ва қалқонсимон без касалликлари билан кечганида даволашни муқобиллаштиришнинг ўзига хослиги халқаро ҳамда маҳаллий тажрибалар билан таққосланган, хулоса, олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқлаганлиги билан асосланган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, бронхиал астма ва қалқонсимон безнинг аутоиммун касалликлари билан касалланган беморларда тиреоид гормонлар, тироксин пероксидазага антитана, ТТГ рецепторларига антитана ва қалқонсимон безнинг ультратовуш текшируви

каби усуллари ишлаб чиқилган. Бронхиал астма касаллигини оғирлаштирувчи омил сифатида ташқи нафас кўрсаткичларини пасайтиришда тиреоид гормонларнинг ўзгаришлари ҳавф омили сифатида баҳоланганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти, бронхиал астма билан касалланган беморларда қалқонсимон без гормонлари кўрсаткичларини таҳлил қилиш, ташқи нафас функцияси кўрсаткичлари билан мутаносиблигини ўрганиш натижасида ушбу тоифа беморларни назорат қилиш учун йўл харитаси тавсия қилинганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Андижон давлат тиббиёт институти эксперт кенгашининг 2024 йил 12 мартдаги 06/10-сон хулосасига кўра (илмий янгиликларни бошқа соғлиқни сақлаш муассасаларига жорий этиш бўйича Соғлиқни сақлаш вазирлигига Андижон давлат тиббиёт институтининг 2024 йил 12 мартдаги 06/472-сон хати тақдим этилган):

биринчи илмий янгилик: Ўзбекистон шароитида бронхиал астма билан касалланган беморларда қалқонсимон безнинг дисфункцияси ташқи нафас кўрсаткичларини пасайтириши аниқланганлиги Наманган вилоят эндокринология диспансерида 2023 йил 20 ноябрдаги 23-сонли буйруқ билан, Андижон вилоят эндокринология диспансерида 2023 йил 23 ноябрдаги 32-сонли буйруқ билан амалиётга жорий этилган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги: қалқонсимон безнинг аутоиммун касалликлари ва бронхиал астма бирга келганда қалқонсимон без дисфункциясини коррекция қилиш, асоратлар ривожланишини олдини олади ва шу билан беморлар ҳаёт сифатини оширишга имкон беради. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: янгиликни амалиётга жорий қилиниши ҳисобига 1 нафар беморнинг шифохонада қолиш муддатини ўртача $21,0 \pm 7,2$ кундан $14,3 \pm 4,2$ кунгача қисқартириб, шифохонада қолиш тўлов миқдори 1 млн. 650 минг сўмга камайтирган; шифохонада бўлиш даврининг бир неча кунга қисқартирилиши ҳисобига дори-дармон кам талаб этилган. Хулоса: комплекс даволаш усули ётоқ-ўрин айланмасининг ҳисобига ҳаражат камайишидан бир нафар бемордан 1 млн. 650 минг сўмни, тадбиқ кўлами учун ўртача (92 бемор) 151 млн. 800 минг сўмни иқтисод қилиш имконини беради.

иккинчи илмий янгилик: қалқонсимон безнинг гипофункцияси 1 секунддаги форсирланган нафас ҳажмини эутиреоз ва гипертиреоз ҳолатидаги беморларга нисбатан устувор пасайтириши исботланганлиги, тироксинпероксидазага нисбатан антитаналар миқдорининг эса ташқи нафас функциясига таъсири йўқлиги аниқланганлиги Наманган вилоят эндокринология диспансерида 2023 йил 20 ноябрдаги 23-сонли буйруқ билан, Андижон вилоят эндокринология диспансерида 2023 йил 23 ноябрдаги 32-сонли буйруқ билан амалиётга жорий этилган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги: ташқи нафас функцияси кўрсаткичларини пасайганда, қўзғатувчи омил сифатида тиреоид ҳолатни қайта баҳолаш касаллик кечишини оғирлаштирувчи омилларни ўз вақтида

коррекция қилиш имконини беради. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: қалқонсимон безнинг аутоиммун касалликлари ва бронхиал астма бирга келганда тиреоид статусни инобатга олган ҳолда даволашда сарфланган ҳаражатларнинг пасайиши ҳисобига 1 нафар бемор учун (прейскурант бўйича 1 кунлик ётоқ ўрин 100 минг сўм) 1 млн. 400 минг сўм пул тежалишига имкон берган. Хулоса: дори воситаларини қисқартириш ҳисобига бир нафар бемор учун 1 ойда 6 млн. 200 минг сўмни, тадбиқ қўлами учун ўртача (92 бемор) 150 млн. 300 минг сўмни иқтисод қилиш имконини беради.

учинчи илмий янгилик: SF-36 сўровномаси натижаларига кўра бронхиал астма ва қалқонсимон безнинг аутоиммун касалликлари бирга келганда қалқонсимон без касалликлари кузатилмаган беморларга нисбатан ҳаёт сифати кўрсаткичи кескин пасайиши аниқланганлиги Наманган вилоят эндокринология диспансерида 2023 йил 20 ноябрдаги 23-сонли буйруқ билан, Андижон вилоят эндокринология диспансерида 2023 йил 23 ноябрдаги 32-сонли буйруқ билан амалиётга жорий этилган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги: бронхиал астма ва қалқонсимон безнинг аутоиммун касалликлари бирга келганда саломатликнинг рухий компоненти ва жисмоний компоненти кескин пасаяди. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги: илмий янгиликни жорий этиш асосий терапия курсини ўтказиш муддатини камайтириб, реабилитацион даволанишга ўтишини 1 нафар бемор учун $4,2 \pm 1,3$ ҳафтадан $3,4 \pm 0,5$ ҳафтагача қисқартириши, шифохонада қолиш муддатини ўртача 20,8 кундан 10,4 кунгача қисқартириши ҳисобига, дори-дармон кам талаб этилган. Хулоса: такомиллаштирилган даволаш усули ётоқ-ўрин айланмасининг қисқариши ҳисобига ҳаражат камайишидан 1 млн. 650 минг сўмни, тадбиқ қўлами учун ўртача (92 бемор) 151 млн. 800 минг сўмни иқтисод қилиш имконини беради.

тўртинчи илмий янгилик: бронхиал астмага чалинган беморларни диспансер назоратига олишда базис тиреоид функцияни аниқлаш зарурияти ва уларни назорат қилишнинг ишлаб чиқилган харитаси Наманган вилоят эндокринология диспансерида 2023 йил 20 ноябрдаги 23-сонли буйруқ билан, Андижон вилоят эндокринология диспансерида 2023 йил 23 ноябрдаги 32-сонли буйруқ билан амалиётга жорий этилган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги: бронхиал астмага чалинган беморларни назорат қилиш харитаси ушбу гуруҳ беморларини даволаш ва реабилитация қилиш натижаларини яхшилашга имкон беради. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: ишлаб чиқилган харитани тадбиқ этиш беморларнинг меҳнат қобилиятини тезроқ тикланиши ҳисобига (меҳнат қобилиятини йўқотган беморлар сони 22,4% дан 11% га қисқарган) ҳаражатларни камайтиришга имкон берган. Хулоса: бир нафар бемор учун ногиронликнинг бир йиллик пенсиясини ҳисоблаш асосида ногиронликни камайтириш бўйича кутилаётган бир йиллик иқтисодий самара 8 млн. 376 минг сўмни ташкил қилади.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 4 та илмий-амалий анжуманларда, жумладан 2 та халқаро ва 2 та республика илмий-амалий анжуманларда муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 12 та илмий иш чоп этилган бўлиб, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 6 та мақола, жумладан, 4 та республика ва 2 та хорижий мақола, илмий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, тўртта боб, хулоса, амалий тавсиялар, фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 102 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида диссертация ишининг долзарблиги ва зарурати асосланган, унинг мақсад ва вазифалари аниқ баён этилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари батафсил баён этилган, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти етарлича очиб берилган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий этилиши, нашр этилган ишлар ва диссертациянинг тузилиши бўйича тўлиқ маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг **«Бронхиал астма ва қалқонсимон безнинг аутоиммун касалликлари ҳақида замонавий тушунчалар (адабиёт шарҳи)»** деб номланган биринчи бобида аутоиммун тиреоидит ва бронхиал астма касалликлари муаммосининг замонавий ҳолати бўйича илмий маълумотларни ҳар томонлама таҳлили келтирилган, танқидий баҳоланган, умумлаштирилган ва тизимлаштирилган. Ушбу бобда аутоиммун тиреоидит ҳамда бронхиал астманинг тарқалиши, этиологияси, патогенези, ташқи муҳит омилларининг аҳамияти, клиник кечиши ва даволаш масалалари батафсил кўриб чиқилган, шунингдек, ушбу касалликларни коморбидликда учраши муаммолари ёритилган. Адабиётларни таҳлил қилиш натижасида кейинчалик ўрганиш ва ишлаб чиқишни талаб қиладиган мунозарали ва ҳал қилинмаган масалалар кўрсатилган.

Диссертациянинг **«Клиник материал ва тадқиқот усулларининг тавсифи»** деб номланган иккинчи бобида клиник материалнинг хусусиятлари ва қўлланилган тадқиқот усуллари акс эттирилган.

Тадқиқотга 287 нафар бемор жалб этилган бўлиб, улар Андижон тиббиёт институти клиникаси пульмонология бўлимида даволанган беморлардир. Ушбу тадқиқотга қалқонсимон безнинг аутоиммун касалликларига чалинган беморлар жалб қилинган бўлиб, улар аутоиммун тиреоидит ва захарли буқоқ ташхиси қўйилган беморлардир. Эндемик буқоқ ривожланиш патогенези асосида аутоиммун жараёнлар ҳам мавжуд бўлишига қарамай, уларни тасдиқловчи текширув усуллари бўлмагани учун ушбу тадқиқотга киритилмади. Тадқиқотга 18 ёшдан 65 ёшгача бўлган, бронхиал астманинг турли оғирлик даражалари ва қалқонсимон безнинг аутоиммун касалликлари билан оғриган беморлар асосий гуруҳни ташкил қилиб, назорат гуруҳи

сифатида 20 нафар қалқонсимон без патологияси кузатилмаган бронхиал астма билан оғриган беморлар олинган. Асосий гуруҳдаги беморларнинг 250 нафари аутоиммун тиреоидит ва бронхиал астма, 37 нафари захарли буқоқ ва бронхиал астма билан оғриганлардир. БА ва АИТ билан оғриган беморларнинг 159 нафари аёллар ва 91 нафари эркеклардир. Аёлларнинг ўртача ёши $51,4 \pm 2,01$ ёш, эркекларники эса $48,76 \pm 2,01$ ёшга тенг бўлди. Захарли буқоқ билан оғриган беморларнинг 19 нафари аёллар (ўртача ёши $46,3 \pm 2,01$) ва 18 нафари эркеклардир (ўрта ёши $50,8 \pm 2,01$).

Тадқиқотга жигар циррози ва декомпенсация босқичидаги, гепатотоксик ва иммунсупрессор дори воситалари ичувчилар, сурункали алькоголизм билан оғриганлар, хомиладор ва эмизикли аёллар, оғир ёндош соматик касаллиги бор беморлар, тиреотоксикознинг оғир даражасидаги беморлар киритилмаган. Бронхиал астманинг ўртача давомийлиги $7,5 \pm 1,03$ йилни ва аутоиммун тиреоидит билан касалланиш давомийлиги $6,7 \pm 1,03$ йилни ташкил қилади. Аутоиммун тиреоидит, захарли буқоқ ва бронхиал астма ташхиси ЖССТ (1999й) мезонлари асосида қўйилган.

Беморларда тиреоид гормонлар нахорги қон зардобидида ИХЛА усулида (ХЕМА, Россия) аниқланди. Бунга кўра тиреотроп гормон (ТТГ) меъёрий кўрсаткичи $0,4-4,5$ нг/мл, трийодтиронин (Т3) эркин фракцияси кўрсаткичи $3,1-5,9$ нг/мл, тироксин (Т4) кўрсаткичи $8,9-17,2$ нг/мл бўлганда меъёрий деб баҳоланди.

Тироксинпероксидазага антитаналар ва ТТГ рецепторига антитаналар миқдори ҳам ИХЛА усулида текширилиб, бунинг учун ҳам бемордан нахорга қон зардобиди олинди. Меъёрий кўрсаткич бўлиб миқдорининг 0 дан 30 МЕ/мл гача бўлиши ҳисобланди. ТТГ рецепторига антитаналар бемор тирсак венасидан нахорги қон зардобидан аниқланди ва меъёрий кўрсаткич 0 дан 1,0 IU/L бўлиб ҳисобланди.

Қалқонсимон безнинг ўлчамлари УТТ текшируви орқали аниқланди. Бунда бемор ётган ҳолатда бўйин соҳасига тиреоид датчикни қўйиш орқали қалқонсимон без кўрилди. Қалқонсимон без ҳажми $4,5-18,5$ см³ бўлганда меъёрий деб баҳоланди. Бундан ташқари, қалқонсимон безни пальпацияси ўтказилди. Бунда шифокор беморга ўнг томондан ёндашиб, бош бармоқлари орқали қалқонсимон безни пайпаслади. Қалқонсимон безнинг катталашуви ЖССТ таснифи бўйича баҳоланди.

Ташқи нафас функциялари спирометрия ёрдамида асосий кўрсаткичлар орқали баҳоланди. Беморларда ҳаёт сифати кўрсаткичлари SF-36 сўровномаси орқали ўрганилган. Сўровномада барча асосий ва назорат гуруҳидаги беморлар қатнашди.

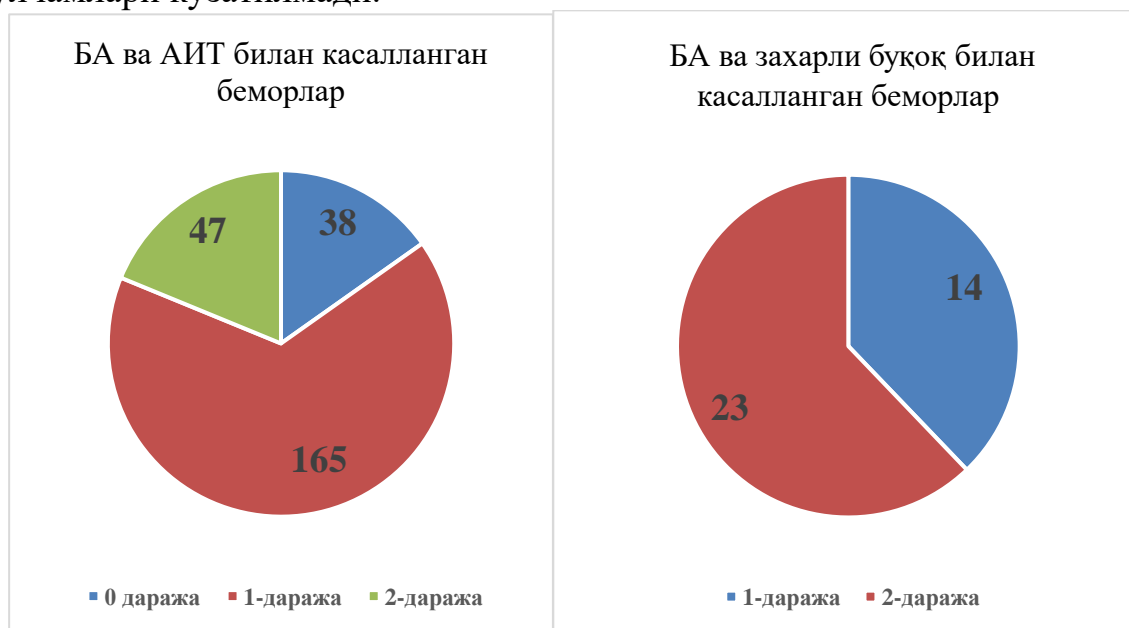
Натижаларни қайта ишлаш Microsoft Office Excel-2010 ёрдамида маълумотлар сериясининг фоизи (%) аниқлаш орқали амалга оширилди: арифметик хатолик (M), ўртача арифметик хатолик (m), намунанинг медианаси, намунанинг тарқалиши (максимал ва минимал қийматлар). Кўрсаткичлар орасидаги фарқнинг ишончлилиги Т-талабалар мезони ёрдамида амалга оширилди. Корреляция таҳлилида Пирсон корреляция коэффицентидан фойдаланилди ва ишончлилиқ жадвали бўйича унинг

аҳамиятлилиги аниқланди. Фарқлар $p < 0,05$ да аҳамиятли деб топилди. Жуда ишончли $p < 0,001$ да, $p > 0,05$ да эса ишончсиз деб топилди.

Диссертациянинг «Хусусий текширув натижалари» деб номланган учинчи бобида қалқонсимон без аутоиммун касалликларида қалқонсимон без ҳолатини ҳамда бронхиал астма билан касалланган беморларда ташқи нафас функцияларини баҳолаш натижалари баён этилган.

Беморларда қалқонсимон без катталашуви ультратовуш текшируви ва пальпацияси ёрдамида аниқланди. Қалқонсимон без катталашуви ЖССТ таснифига кўра баҳоланди (1-расм).

БА ва АИТ билан касалланган беморларда қалқонсимон безнинг 0-даражали катталашуви 38 нафарда, 1-даражали катталашуви эса 165 нафарда ва 2-даражали қалқонсимон безнинг катталашуви 47 нафар беморда қайд этилган. БА ва захарли буқоқ билан касалланганлар орасида фақат 1- ва 2-даражали катталашув кузатилиб, улардан 1-даражали катталашувга эга беморлар 14 нафарни ва 2-даражали катталашувга эга беморлар 23 нафарни ташкил қилди. Захарли буқоққа чалинганлар орасида меъёрий қалқонсимон без ўлчамлари кузатилмади.



1-расм. АИТ ва захарли буқоқ билан оғриган бронхиал астмали беморларда қалқонсимон без катталашуви даражаларини учраши.

Тиреоид функция эса ТТГ, трийодтиронин эркин фракцияси (Т3эр) ва тетрайодтиронин эркин (тироксин ёки Т4эр) фракцияларини текшириш орқали баҳоланди (1-жадвал).

Ушбу жадвалда БА ва АИТ билан касалланган беморларда қалқонсимон безнинг субклиник ва манифест гипотиреоз ҳолатидаги беморлар ёши бошқа функционал ҳолатдаги беморлар ёшидан ишончли катта эканлигини кўриш мумкин. Барча гуруҳларда аёллар сони эркакларникидан кўп эканлиги қайд этилган, бу бронхиал астма ва қалқонсимон без касалликларидан умумий касалланиш аёл жинсида устувор эканлиги билан боғлиқ деб ҳисобланади.

1-жадвал**БА ва АИТ билан касалланган болаларда тиреоид гормонлар ҳолатини баҳолаш**

Кўрсаткичлар	Эутиреоз	Субклиник тиреотоксикоз	Манифест тиреотоксикоз	Субклиник гипотиреоз	Манифест гипотиреоз
Беморлар сони	33 (13,2%)	12 (4,8%)	26 (10,4%)	78 (31,2%)	101 (40,4%)
Ўртача ёши	38,1±1,56	36,7±1,56	46,3±2,01	51,7±2,01*	56,1±2,04*
Жинси, А/Э	21/12	6/6	17/9	46/32	69/32
ТТГ	2,11±0,3	0,1±0,01	0,01±0,001	5,44±0,3	12,73±0,5
Т3эр	3,67±0,3	4,0±0,3	5,01±0,3	3,25±0,3	1,78±0,3
Т4эр	14,81±0,5	17,1±0,5	19,4±0,5	9,11±0,5	6,71±0,3

Эслатма: *- эутиреоз ва субклиник тиреотоксикоз кўрсаткичларига нисбатан фарқланиш ишончли ($P<0,05$)

Захарли буқоқ ва бронхиал астма билан касалланган беморларда тиреоид гормонлар ҳолати аниқланди (2-жадвал).

2-жадвал**Захарли буқоқ ва бронхиал астма билан касалланган беморларда тиреотоксикоз даражасига кўра тиреоид гормонлар ҳолати**

Кўрсаткичлар	Енгил тиреотоксикоз	Ўрта оғир тиреотоксикоз
Беморлар сони	17 (46%)	20 (54%)
Ўртача ёши	46,3±2,01	49,2±2,01
Жинси, А/Э	10/7	9/11
ТТГ	0,1±0,02	0,001±0,001**
Т3эр	5,42±0,3	6,28±0,3
Т4эр	19,75±0,44	34,9±0,5*

Эслатма: * – енгил тиреотоксикоз гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан фарқланиш ишончли ($P<0,05$); ** – енгил тиреотоксикоз гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан фарқланиш ишончли ($P<0,005$).

Юқоридаги жадвалга кўра, беморлар сони, ёши ва жинси бўйича енгил ва ўрта оғир тиреотоксикоз гуруҳларида ишончли фарқни кўрсатмаган. Фақатгина ТТГ ва Т4эр даражалари бўйича ўрта оғир даражасида енгил тиреотоксикозга нисбатан ўрта оғир тиреотоксикоз гуруҳида ишончли фарқ кузатилди. Бу эса тиретоксикоз даражасининг оғирлашуви гормонал фонда ҳам кескин ўзгаришлар билан кетишидан далолат беради.

Тадқиқот давомида қалқонсимон без катталашуви ва функционал ҳолати ўртасидаги ўзаро боғлиқлик ўрганилди (3-жадвал).

Қалқонсимон безнинг 0-даражадаги катталашувидаги эутиреоз ҳолатидаги беморлар бошқа гуруҳдаги беморларга нисбатан кўпчиликни ташкил қилган бўлса, 1-даражадаги катталашувга эга беморлар орасида субклиник гипотиреоз ҳолатидаги беморлар кўпчиликни ташкил қилди.

Бронхиал астма ва захарли буқоқ билан оғриган беморларни қалқонсимон без катталашуви ва тиреотоксикоз даражасига кўра баҳоланди.

3-жадвал

БА ва АИТ билан касалланганларда қалқонсимон без катталашуви ва функционал ҳолатига кўра беморлар тақсимланиши

Кўрсаткичлар	Эутиреоз n=33	Субклиник тиреотоксикоз n=12	Манифест тиреотоксикоз n=26	Субклиник гипотиреоз n=78	Манифест гипотиреоз n=101
0-даража n=38	9 (27,2%)	-	1 (3,8%)*	11 (14,1%)	17 (17%)
1-даража n=165	12 (36,3%)	4 (33,3%)	8 (30,7%)	60 (76,9%)*	81 (80,1%)*
2-даража n=47	12 (36,3%)	8 (66,6%)*	17 (65,3%)*	7 (8,9%)	3 (2,97%)

Эслатма: * - эутиреоз гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан фарқланиш ишончли (*-P<0,05)

Ушбу беморлар орасида 0-даражадаги катталашув кузатилмади. 1- ва 2-даражадаги катталашув энгил ва ўрта оғир тиреотоксикоз билан касалланган беморларда ишончли фарқли кўрсаткични кўрсатмади.

АИТ билан касалланган беморларда тироксинпероксидазага антитана титрини гормонал фон ҳамда қалқонсимон без катталашувига кўра ҳам баҳоланди. Тиреоидпероксидазага антитаналар титри гуруҳлар орасида ўрганилганда, қалқонсимон безнинг катталашувига кўра ҳам, тиреоид гормонлар статусига кўра ҳам юқорилиги қайд этилсада, бироқ гуруҳлар орасида ишончли фарқ аниқланмади. Бу эса ушбу антитаналарнинг АИТ да ошиши, ташхисот мезонларига кирсада, бироқ унинг қай даражада ошганлигига қараб касалликнинг даражаси ёки қалқонсимон безнинг катталашуви орасида боғлиқлик йўқлигидан далолат беради.

Захарли буқоқ ва БА билан касалланган беморларда ТТГ рецепторларига антитана ўрта оғир тиреотоксикозли 1-даражадаги қалқонсимон без катталашувига эга беморларда бошқа гуруҳ беморларга нисбатан ишончли юқори натижани кўрсатди. Буни шу билан изоҳлаш мумкинки, ўрта оғир даражадаги беморлар орасида янги аниқланган, давоси кузатувга олингандан сўнг бошланган беморлар кўпчиликини ташкил қилган (4-жадвал).

4-жадвал

БА ва захарли буқоқ билан касалланган беморларда қалқонсимон без катталашуви даражасига кўра ТТГ рецепторларига антитаналар даражаси кўрсаткичларини баҳолаш

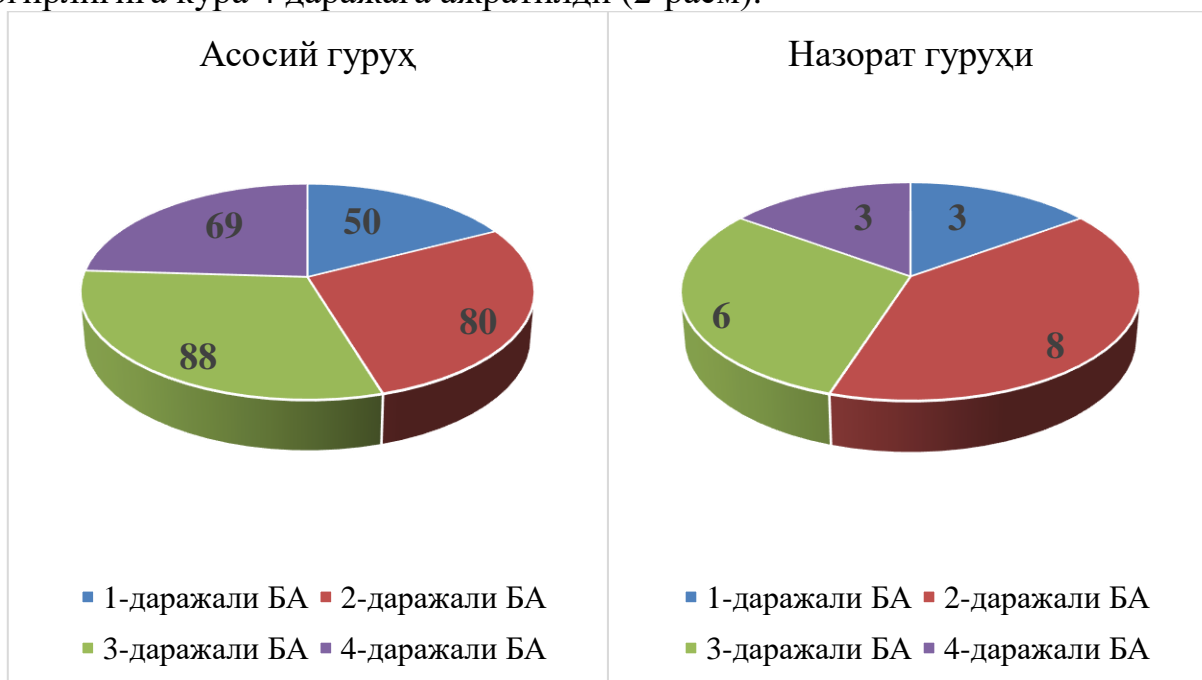
Кўрсаткичлар	Энгил тиреотоксикоз	Ўрта оғир тиреотоксикоз
1-даража	1,69±0,2 IU/L	2,31±0,2 IU/L*
2-даража	1,87±0,2 IU/L	1,88±0,2 IU/L

Эслатма: * – энгил тиреотоксикоз гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан фарқланиш ишончли (P<0,05)

Юқоридаги маълумотларга кўра шундай хулоса қилиш мумкинки, қалқонсимон без касалликлари орасида аутоиммун тиреоидит кўп учрайди.

АИТ ва захарли буқоқ асосида аутоиммун яллиғланиш жараёнлари ётади. Захарли буқоқ билан оғриганлар орасида меъерий қалқонсимон без катталашувига эга беморлар учрамади, бу тоифа беморларнинг аксарияти қалқонсимон без катталашуви билан кечади. АИТ билан касалланган беморларда қалқонсимон безнинг катталашуви субклиник ва манифест тиреотоксикозли беморлар гуруҳида кўпчиликни ташкил қилди. Барча беморлар гуруҳи орасида касалланиш аёл жинси вакилларида устунлик қилди.

Тадқиқотга асосий гуруҳ сифатида қалқонсимон без касалликлари мавжуд бўлган бронхиал астма билан оғриган 287 нафар бемор олинган бўлиб, уларнинг кузатувга қадар бронхиал астма билан касалланиш давомийлиги ўртача $7,61 \pm 0,3$ йилни ташкил қилди. Назорат гуруҳи сифатида эса қалқонсимон без патологияси кузатилмаган 20 нафар бронхиал астма билан оғриган беморлар кузатилди. Назорат гуруҳига юрак қон-томир етишмовчилиги бор, оғир жигар ва буйрак етишмовчилиги кузатилган, онкологик касалликлар билан оғриган, оғир камқонлиги мавжуд, астматик статусдаги беморлар киритилмаган. Беморларни бронхиал астманинг оғирлигига кўра 4 даражага ажратилди (2-расм).



2-расм. Бронхиал астма даражаларига кўра беморларнинг тақсимланиши

Асосий гуруҳ беморларида 3-даражадаги БА энг кўп учраган (88 нафар) бўлиб, улардан 51 нафари аёллар ва 37 нафари эркакларни, ўртача ёши $49,6 \pm 0,5$ ни ташкил этди. Назорат гуруҳидаги беморлар эса бронхиал астманинг 2-даражаси энг кўп учраган (8 нафар).

Беморларда бронхиал астма келиб чиқиш сабаблари ўрганилганда, асосий гуруҳ ва назорат гуруҳи орасида бронхиал астма келиб чиқиш сабабларига кўра ишончли фарқ кузатилмади. Асосий гуруҳда энг кўп касалланиш бронхиал астманинг аллергик турига, назорат гуруҳида эса

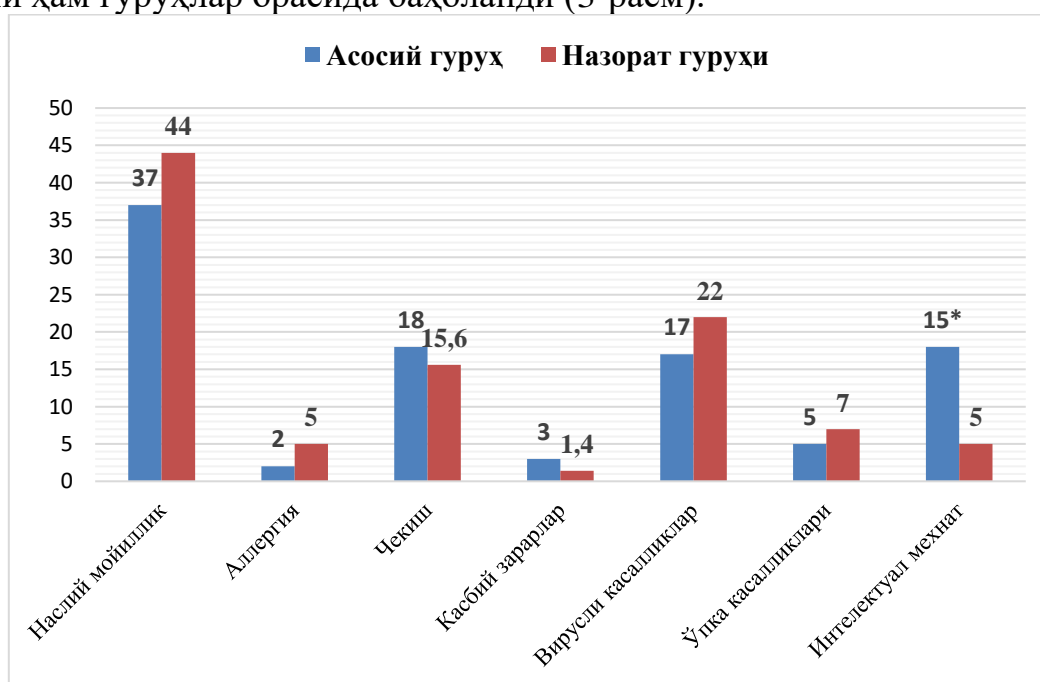
инфекцион боғлиқ турига тўғри келди. Аспиринли астманинг учраши икки гуруҳдаги беморларда кам энг паст кўрсаткични кўрсатди (5-жадвал).

5-жадвал

Бронхиал астма келиб чиқиш сабабига кўра беморларнинг тақсимланишини баҳолаш

Бронхиал астманинг энг кўп учраган турлари	Асосий гуруҳ (ҚБ ва БА, n=287)	Назорат гуруҳи (БА, n=20)
Аллергик	142 (49,4%)	7 (35%)
Инфекцион боғлиқ	94 (33%)	9 (47%)
Аспиринли	9 (3%)	1 (5%)
Гормонга мухтож	42 (14,6%)	3 (13%)

Бронхиал астмага чалинган беморларни анамнезини таҳлил қилинди ва уларни ҳам гуруҳлар орасида баҳоланди (3-расм).



2-расм. Гуруҳлар орасида анамнестик маълумотларни баҳолаш.

Бунга кўра бронхиал астма ва аллергия касалликларга наслий мойиллик асосий (40%) ва назорат гуруҳи (44%) беморларида ишончли фарқни кўрсатмади. Аллергиянинг ўпкadan ташқари бошқа турлари суриштирилганда беморлар орасида асосий гуруҳда 2%, назорат гуруҳидагиларда эса 5%ни ташкил қилди. Чекиш икки гуруҳдаги беморлар орасида учради, асосий гуруҳда 18%, назорат гуруҳида 15,6%ни ташкил қилди. Касбий зарарлар чангда ишлаш, доимий шовқин, совуқ ва зах шароитда ишлаш, нурланиш каби омиллар суриштирилганда, асосий гуруҳ (3%) ва назорат гуруҳи (1,4%) орасида ишончли фарқ аниқланмади.

Тадқиқотга жалб қилинган беморларга бронхиал астма ташхиси пульмонологлар томонидан қўйилган бўлиб, биз тадқиқотимиз давомида бу беморларнинг тиреоид ҳолатини ҳамда уларда мавжуд ташқи нафас

функцияларидан далолат берувчи ФНХ1, ЎТС ва Тиффно индекси кўрсаткичларига кўра баҳоладик (6-жадвал).

Бунда барча гуруҳ беморлари орасида ташқи нафас функциялари бўйича ишончли фарқ кузатилмади. Бронхиал астманинг 1-даражасидаги беморларда қалқонсимон без касаллиги бўлиши назорат гуруҳидаги беморлардаги кўрсаткичлардан сезиларли фарқ бўлишига олиб келмади.

2-даражали бронхиал астмага чалинган асосий гуруҳдаги беморларда ФНХ1 нинг назорат гуруҳига нисбатан пасайишини кўриш мумкин, бироқ бу кўрсаткич ишончли қийматни кўрсатмади.

3-даражада ташқи нафас функцияси кўрсаткичларининг барчаси асосий гуруҳда назорат гуруҳига нисбатан паст кўрсаткичларни кўрсатди. Бироқ факатгина ФНХ1 кўрсаткичи ишончли фарққа тенг бўлди.

4-даражадаги беморларда эса, ташқи нафас функциялари кескин пасайганлигини кўришимиз мумкин. ФНХ1, ЎТС ва Тиффно индекси кўрсаткичлари қалқонсимон без касалликлари ва бронхиал астма билан касалланган беморларда (асосий гуруҳ) паст натижани кўрсатди. Ишончлилик қиймати ФНХ1 кўрсаткичида кузатилди.

6-жадвал

Ташқи нафас функциялари кўрсаткичларининг бронхиал астмали беморлар орасида баҳолаш

Кўрсаткичлар	Асосий гуруҳ (ҚБ ва БА, n=287)	Назорат гуруҳи (БА, n=20)
1-даражали БА		
ФНХ1 (л)	2,35±0,3	2,1±0,3
ЎТС (л)	3,2±0,3	3,0±0,3
Тиффно индекси	0,74±0,02	0,70±0,02
2-даражали БА		
ФНХ1 (л)	1,70±0,3	1,85±0,3
ЎТС (л)	2,7±0,3	2,81±0,3
Тиффно индекси	0,63±0,02	0,66±0,02
3-даражали БА		
ФНХ1 (л)	1,2±0,3	1,49±0,3*
ЎТС (л)	2,23±0,3	2,49±0,3
Тиффно индекси	0,54±0,02	0,6±0,02
4-даражали БА		
ФНХ1 (л)	0,72±0,3	0,96±0,3*
ЎТС (л)	1,78±0,3	2,01±0,3
Тиффно индекси	0,41±0,02	0,48±0,02

Эслатма: * – асосий гуруҳ кўрсаткичларига нисбатан фарқланиш ишончли (P<0,05).

Юқоридаги маълумотлар шундан далолат берадики, бронхиал астма кечишига тиреоид статуснинг маълум миқдорда улуши борлигини билдиради. Шу сабабдан, биз тадқиқотимизда аутоиммун тиреоидитдаги турли функционал ҳолатларга кўра ҳамда захарли буқоқ билан

касаланганларда ташқи нафас функцияларини баҳолаш орқали бронхиал астма билан касаланган беморларни ташхислаш ва даволашга мақбул келувчи тавсияларни ишлаб чиқишни мақсад қилганмиз.

Диссертациянинг «**Қалқонсимон без аутоиммун касалликлари билан касаланган беморларда тиреоид статус билан ташқи нафас функцияларини баҳолаш**» деб номланган тўртинчи бобида қалқонсимон без аутоиммун касалликларида қалқонсимон без ҳолатини ҳамда бронхиал астма билан касаланган беморларда ташқи нафас функцияларини баҳолаш натижалари баён этилган.

Тадқиқотга жалб қилинган бронхиал астма ва аутоиммун тиреоидит билан касаланган беморлар 250 нафарни ташкил қилган. Тиреоид гормонлар ҳолатига кўра, эутиреоз босқичдаги беморлар 33 нафарни, субклиник тиреотоксикоз босқичдаги беморлар 12 нафарни, манифест тиреотоксикоз босқичдаги беморлар 26, субклиник гипотиреоз босқичдаги беморлар 78, манифест гипотиреоз босқичдаги беморлар 101 нафарни ташкил қилди.

ЖССТ таснифига кўра 0-даража катталашувига эга беморлар 38 нафарни, 2-даражадаги катталашувга эга беморлар 165 нафарни, 2-даражадаги катталашувга эга беморлар 47 нафарни ташкил қилган.

Аутоиммун тиреоидит билан оғриган беморлар бронхиал астма даражасига ҳамда қалқонсимон без катталашувига кўра ташқи нафас функциялари баҳоланганда, гуруҳлар орасида ишончли фарқ бўлмади. Демак, қалқонсимон безнинг катталашуви бронхиал астманинг биринчи даражасидаги беморлар орасида ФНХ1, ЎТС ва Тиффно индекси кўрсаткичлари бўйича кескин ўзгаришни кўрсатмади.

Тадқиқот давомида олинган натижаларни бирлаштириб, ташқи нафас функцияларини тиреоид гормонларга кўра қиёсий таҳлили ўтказилди. Бунда 1 секунддаги форсирланган чиқарилган нафас (ФНХ1) кўрсаткичлари бронхиал астма оғирлашишига кўра пасайиб борди. Бироқ субклиник ва манифест гипотиреоз гуруҳидаги беморларда ушбу кўрсаткич эутиреоз ва тиреотоксикоз гуруҳларига нисбатан ишончли паст натижани кўрсатди.

Ўпканинг тириклик сиғими натижаларига кўра, бронхиал астманинг оғирлиги тириклик сиғимини кескин пасайиши билан кечди. Тиффно индекси ҳам бошқа ташқи нафас функцияларидаги ўзгаришларни акс этган, ўз навбатида тиреотоксикозли беморларда эутиреозли беморларга нисбатан катта фарқ кузатилмаган. Бу ўзгаришлар эса тиреоид гормонларнинг катехоламинларга сезгирликни ошишига бу эса бронхларнинг дилатациясига олиб келиши билан изоҳланади.

Юқоридаги маълумотларни умумлаштирган ҳолда шундай хулоса қилиш мумкинки, қалқонсимон безнинг ўлчамларини катталашуви ва тиреоид гормонлар кўрсаткичларининг субклиник ёки манифест гипотиреоз ҳолатида бўлиши ташқи нафас функцияларини кескин ишончли пасайтиради.

Бронхиал астма ва қалқонсимон без аутоиммун касалликларига чалинган беморларнинг ҳаёт сифати кўрсаткичлари SF-36 сўровномаси орқали баҳоланди (7-жадвал).

SF-36 сўровномаси асосида ҳаёт сифати кўрсаткичларини баҳолаш

Кўрсаткичлар	Асосий гуруҳ	Назорат гуруҳи	P
Жисмоний лаёқатлилик	59.0±0.69	68,8±0.61	P<0.05
Жисмоний ҳолатга асосланган кундалик фаолияти	64.7±0.0	78.0±0.0	P<0.01
Оғрикларнинг интенсивлиги	54,7±0.0	69,3±0.0	P<0.05
Саломатликнинг умумий ҳолати	46.0±0.69	72.0±0.41	P<0.01
Ҳаётини фаолият	48,8±0.0	62,2±0.0	P<0.05
Ижтимоий фаолият	35.0±1.15	64.0±2.32	P<0.05
Жисмоний фаолиятга асосланган кундалик меҳнат	66.0±4.59	75,7±0.0	P<0.05
Рухий саломатлик	39.0±0.37	52.48±1.31	P<0.05
Саломатликнинг жисмоний компоненти	63,2±0.05	74,1±0.48	P<0.05
Саломатликнинг руҳий компоненти	44,6±1.53	62,2±0.61	P<0.001

Ушбу жадвалда келтирилган маълумотлар асосида, шуни айтиш мумкинки, барча пунктлардаги кўрсаткичлар асосий гуруҳ ва назорат гуруҳидагилар орасида кескин ишончли фарқ қилди ($P<0.01$). Саломатликнинг руҳий компоненти асосий гуруҳда қониқарсиз натижани кўрсатса, назорат гуруҳидаги беморларда қониқарли натижага тенг бўлди. Саломатликнинг жисмоний компоненти эса ҳар икки гуруҳда ҳам қониқарли натижани кўрсатди. Асосий гуруҳда касалликнинг сурункали эканлиги ва ушбу касалликлардан тўлиқ тузалиш имконсиз деган тушунчанинг мавжудлиги, захарли буқоқ касаллиги асоратлари ва давосида жарроҳлик аралашуви мавжудлиги беморларда руҳий тушқунликка олиб келган. Назорат гуруҳидаги беморларда эса бронхиал астма касаллиги асоратлари ва астматик статусга ўтиб қолиш эҳтимоли, тунги хуруж ривожланиши кўркуви ҳисси руҳий саломатликка зарар етказган.

Ушбу тоифа беморларни даволаш ва олиб бориш ўзига хос жиҳатлари мавжудлиги, назорат қилишдаги бир қатор камчиликларни бартараф қилиш мақсадида, тадқиқотдан олинган натижаларга асосланган ҳолда назорат қилиш харитаси ишлаб чиқилди. Ушбу харита умумий амалиёт шифокорлари, пульмонолог ва эндокринологлар қўллаши учун мўлжалланган (3-расм).



3-расм. Бронхиал астма ва қалқонсимон безнинг аутоиммун касалликлари кузатилганда беморларни назорат қилиш харитаси

ХУЛОСА

1. Тадқиқотга 287 нафар бемор жалб қилиниб, улардан бронхиал астманинг 1-даражаси 17,4%, 2-даража 27,8%, 3-даража 30,6%, 4-даража 24% беморда кузатилди. Уларнинг 250 нафарида (87,1%) аутоиммун тиреоидит, 37 нафарида (12,9%) захарли буқоқ аниқланди.

2. Аутоиммун тиреоидит билан касалланганлар орасида қалқонсимон безнинг 0-даражасидаги катталашув 15,2%, 1-даража 66%, 2-даража 18,8%ни ташкил қилса, захарли буқоқ билан оғриганлар орасида 1-даражали 37,8%, 2-даражали катталашув 62,2% га тенг бўлди. Аутоиммун тиреоидит билан оғриган беморлар орасида тиреоид функция эутиреоз ҳолатидагилар 13,2%, субклиник тиреотоксикоз 4,8%, манифест тиреотоксикоз 10,4%, субклиник гипотиреоз 31,2%, манифест гипотиреоз ҳолатидаги беморлар 40,4%ни ташкил қилди.

3. Аутоиммун тиреоидит кузатилган қалқонсимон безнинг 2-даражали катталашувига эга БАнинг 4-даражасидаги беморларда ЎТС $1,55 \pm 0,2$ га, 0-даражасидаги беморларда эса $1,71 \pm 0,2$ га тенг бўлди ($p \leq 0,05$). Ташқи нафас функциялари бронхиал астма оғирлашишига кўра пасайиб борди. БАнинг

барча даражаларида субклиник ва манифест гипотиреоз гуруҳидаги беморларда ФНХ1 ва Тиффно индекслари эутиреоз ва тиреотоксикоз гуруҳларига нисбатан ишончли паст натижани кўрсатди ($p \leq 0,05$).

4. Захарли буқоқ билан касалланганлар орасида енгил тиреотоксикоз беморлар 46%, ўрта оғир тиреотоксикоз беморлар 54%ни ташкил қилди. ТТГ рецепторларига антитана миқдори ўрта оғир тиреотоксикоз ($2,31 \pm 0,2$) беморларда енгил тиреотоксикоз ($1,69 \pm 0,2$) беморларга нисбатан юқори натижани кўрсатди ($p \leq 0,05$). Қалқонсимон безнинг катталашувига кўра нафас функциялари кўрсаткичлари гуруҳлар орасида ишончли фарқни бермади. Бронхиал астманинг 3-даражаси ва ўрта оғир тиреотоксикозли беморларда ФНХ1 $1,25 \pm 0,01$, енгил тиреотоксикозли беморларда $1,42 \pm 0,01$ га тенг бўлди ($p \leq 0,05$). БАнинг 4-даражаси ва ўрта оғир даражадаги беморларда ФНХ1 $0,63 \pm 0,01$ (енгил тиреотоксикозда $0,79 \pm 0,01$, $p \leq 0,05$), ЎТС эса $1,33 \pm 0,2$ (енгил тиреотоксикозда $1,52 \pm 0,2$, $p \leq 0,05$) га тенг бўлди.

5. Беморларда ҳаёт сифати кўрсаткичлари SF-36 сўровномаси орқали баҳоланди. Бунга кўра асосий гуруҳда саломатликнинг жисмоний компоненти $63,2 \pm 0,05$, назорат гуруҳида эса $74,1 \pm 0,48$ ($P < 0,05$), саломатликнинг рухий компоненти эса $44,6 \pm 1,53$, назорат гуруҳида $62,2 \pm 0,61$ ($P < 0,001$) ни ташкил қилди.

**РАЗОВЫЙ НАУЧНЫЙ СОВЕТ ПРИ НАУЧНОМ СОВЕТЕ
DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 ПРИ АНДИЖАНСКОМ
ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ ПО
ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ**

АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

НИШОНОВА ДИЛОРАМ ФОЗИЛЖАНОВНА

**КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЛИЯНИЯ
АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА
ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ**

14.00.03 – Эндокринология

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD)
ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

АНДИЖАН – 2024

Тема диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии Республики Узбекистан за №B2023.1.PhD/Tib2986.

Диссертация выполнена в Андижанском государственном медицинском институте.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице научного совета (adti.uz) и на Информационно-образовательном портале «ZiyoNet» (www.ziyo.net.uz)

Научный руководитель:

Шагазатова Барно Хабибуллаевна
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты:

Урманова Юлдуз Махкамовна
доктор медицинских наук, доцент

Салохиддинов Зухриддин Салохиддинович
доктор медицинских наук, профессор

Ведущее учреждение:

Самаркандский государственный медицинский университет

Защита состоится «_____» _____ 2024 г. в _____ часов на заседании Разового научного Совета при научном Совете DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 при Андижанском государственном медицинском институте (Адрес: 170100, город Андижан, улица Ю.Атабекова, дом 1; Тел/факс: (+998) 74-223-94-50; e-mail: info@adti.uz).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Андижанского государственного медицинского института (зарегистрирована за №_____). (Адрес: 170100, город Андижан, улица Ю.Атабекова, дом 1; Тел/факс: (+998) 74-223-94-50).

Автореферат диссертации разослан «_____» _____ 2024 года.
(реестр протокола рассылки № _____ от _____ 2024 года).

М.М. Мадазимов

Председатель Разового научного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

М.А. Жураева

Ученый секретарь Разового научного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, доцент

Ш.К. Юсупова

Председатель научного семинара при Разовом научном совете по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, доцент

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. В мире аутоиммунный тиреоидит (АИТ) и бронхиальная астма (БА) являются актуальными медицинскими и социальными проблемами ввиду их распространенности, хронического течения, резкого роста количества больных, высокого показателя инвалидизации и смертности. Современные видные эпидемиологические исследования показывают рост заболеваемости бронхиальной астмой во всем мире. В Соединенных штатах Америки заболеваемость возросла на 4 миллиона по сравнению с 1960 годом, а в России этот показатель относительно 1997 года к 2021 году вырос на 21%. С переходом больных из одной возрастной группы во вторую к клиническим проявлениям бронхиальной астмы прибавляются симптомы других хронических заболеваний. Коморбидное течение нескольких патологий, меняя с одной стороны клинику бронхиальной астмы, с другой стороны затрудняет ее диагностику и лечение. Сегодня ранняя диагностика больных бронхиальной астмой, борьба с обострением заболевания и развитием осложнений, широкое применение лекарственных препаратов продлевают продолжительность жизни больных. Это, в свою очередь, вызывает увеличение числа обращаемости больных с данной патологией, увеличение вероятности сочетанного возникновения заболеваний суставов, в том числе заболеваний щитовидной железы.

В мире имеется много данных о развитии бронхиальной астмы у больных аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы, в том числе аутоиммунным тиреоидитом и диффузным токсическим зобом. Аутоиммунные заболевания щитовидной железы представляют серьезный риск для здоровья также из-за тяжелых осложнений, высокого показателя инвалидности и смертности. Развитие бронхиальной астмы на почве аутоиммунных заболеваний щитовидной железы еще более усугубляет процесс. Способствует быстрому и тяжелому проявлению осложнений бронхиальной астмы. Поэтому принципы лечения больных АИТ должны быть направлены на уменьшение предрасполагающих факторов, пусковых факторов и аутоиммунных воспалительных процессов, приводящих к развитию бронхиальной астмы, улучшая этим перспективы выживаемости больных. В частности, проблема развития бронхиальной астмы на почве аутоиммунных заболеваний щитовидной железы привлекает внимание все большего числа исследователей, поскольку развитие этих заболеваний характеризуется схожими патогенетическими процессами, кроме того, одним из пусковых факторов развития бронхиальной астмы являются заболевания щитовидной железы.

В нашей стране на медицинскую сферу возлагается ряд задач, направленных на адаптацию медицинской системы к требованиям мировых стандартов, профилактику соматических заболеваний среди разных слоев населения «...повышение эффективности, качества и популярности медицинской помощи. помощь, оказываемая населению в нашей стране, а

также внедрение высокотехнологичных методов ранней диагностики и лечения заболеваний путем создания патронажной службы, поддержки здорового образа жизни и профилактики заболеваний...»¹. Эти задачи позволяют снизить соматическую заболеваемость среди детей и подростков, улучшить использование современных технологий в профилактике эндокринных заболеваний, снизить уровень инвалидности и смертности.

Данное исследование в определенной степени служит выполнению задач, определенных в Указах Президента Республики Узбекистан №УП-4947 от 7 февраля 2017 года «О Стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан», №УП-5590 от 7 декабря 2018 года «О комплексных мерах по коренному усовершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан», в Постановлении Президента №ПП-3071 от 20 июня 2017 года «О мерах по дальнейшему развитию оказания специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан в 2017-2021 годах» и других нормативно-правовых документах.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики. Диссертационное исследование выполнено в соответствии с приоритетными направлениями развития науки и технологий республики VI. «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. Во всем мире разработан ряд рекомендаций о необходимости изучения функционального состояния щитовидной железы при лечении бронхиальной астмы. В ряде исследований показано, что нормальная функция щитовидной железы положительно влияет на развитие бронхиальной астмы (Камаева И.А., 2018). У больных бронхиальной астмой и гипотиреозом обострение бронхиальной астмы наблюдалось в 2 раза чаще, чем у больных бронхиальной астмой с нормальной функцией щитовидной железы. Кроме того, в других исследованиях (Попова Н.В., 2016) особенности клинического течения бронхиальной астмы оценивали путем исследования функции внешнего дыхания у больных первичным гипотиреозом и бронхиальной астмой в период компенсации, а также у больных бронхиальной астмой без заболеваний ЩЖ. При этом у больных бронхиальной астмой с гипотиреозом обнаружено резкое увеличение числа ночных приступов, что, по оценкам, связано с относительно сухой мокротой и развитием атрофического эндобронхита у больных с гипотиреозом.

При изучении частоты и специфичности бронхиальной астмы среди детей и взрослых достоверной разницы между их встречаемостью не наблюдалось (Shymali C.D., Perret L.J., 2019). Отмечено, что бронхиальная астма относительно чаще распространена в странах низкой и средней развитости. По результатам анализа научной литературы и исследований установлено, что длительное течение аутоиммунных заболеваний щитовидной железы с учетом наличия у этих больных аутоиммунного

¹Указ Президента Республики Узбекистан от 7 декабря 2018 года №-УП-5590 «О комплексных мерах по коренному усовершенствованию системы здравоохранения»

воспаления на низком или высоком уровне, сходства с лежащими в её основе воспалительными аспектами бронхиальной астмы, позволяют сделать вывод о необходимости пересмотре принципов лечения больных и дальнейшего проведения научных исследований. Это, в свою очередь, обуславливает необходимость проведения научных изысканий в этом направлении и на основании полученных результатов устранять факторы риска и рекомендовать оптимальные принципы лечения, основанные на функции щитовидной железы, при сочетании бронхиальной астмы и аутоиммунной патологии щитовидной железы. По этой причине мы сочли приемлемым внести в рекомендации раннее выявление риска развития бронхиальной астмы при аутоиммунном тиреоидите или диффузном токсическом зобе, своевременную диагностику при сочетании этих заболеваний, пути высокоэффективного и безопасного контроля пациентов.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационная работа выполнена в соответствии с планом научно-исследовательских работ Андижанского государственного медицинского института.

Цель исследования заключается в изучении клинико-патогенетических аспектов влияния аутоиммунных заболеваний щитовидной железы на течение бронхиальной астмы.

Задачи исследования:

изучить течение бронхиальной астмы в зависимости от тиреоидного статуса при аутоиммунном тиреоидите;

определить особенности клинического течения бронхиальной астмы при диффузной токсической астме;

оценить функции щитовидной железы в зависимости от течения бронхиальной астмы;

определить показатели качества жизни среди исследуемых пациентов на основе опросника SF-36;

разработка карты контроля для больных с сочетанными аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы и бронхиальной астмой.

Объектом исследования явились 287 больных бронхиальной астмой и аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы, которые вошли в основную группу и 250 больных бронхиальной астмой и аутоиммунным тиреоидитом, 37 больных бронхиальной астмой и токсическим зобом, 20 больных бронхиальной астмой без заболеваний щитовидной железы, которые составили контрольную группу.

Предметом исследования является анализ результатов клинических, лабораторных, инструментальных методов исследования.

Методы исследования. В исследовании использовались общеклинические, биохимические, гормональные, инструментальные, специальные и статистические методы обследования.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

установлено в условиях Узбекистана, что нарушение функции

щитовидной железы у больных бронхиальной астмой снижает параметры внешнего дыхания;

доказано, что гиподисфункция щитовидной железы преимущественно снижает объем форсированного дыхания за 1 секунду по сравнению с пациентами с эутиреозом и гипертиреозом, а количество антител против тироксина пероксидазы не влияет на функцию внешнего дыхания;

определена по результатам опросника SF-36, что при сочетании бронхиальной астмы и аутоиммунных заболеваний щитовидной железы показатель качества жизни резко снижается по сравнению с пациентами без заболеваний щитовидной железы;

выявлена необходимость определения основной функции щитовидной железы при диспансерном контроле больных бронхиальной астмой и разработана карта их контроля.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

установлено, что исходную функцию щитовидной железы следует оценивать как фактор риска повышения эффективности лечения больных бронхиальной астмой;

установлено, что пониженная функция щитовидной железы имеет существенное значение в снижении функций внешнего дыхания при сочетании аутоиммунных заболеваний щитовидной железы и бронхиальной астмы;

определена необходимость повторной оценки состояния щитовидной железы как причинного фактора снижения показателей внешней функции дыхания;

разработана дорожная карта совместного ведения эндокринологов и пульмонологов больных бронхиальной астмой и аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы.

Достоверность результатов исследования основана на теоретическом и практическом подходе и методах, использованных в работе, методологической точности проведенного исследования, необходимом количестве пациентов, сборе достаточного материала, современности используемых методов обследования, из которых дополняет другой, основанный на клинических, биохимических, инструментальных и статистических методах лечения бронхиальной астмы по наличию нарушений состояния щитовидной железы, нарушений функции внешнего дыхания, метаболических изменений у больных бронхиальной астмой и заболеваниями щитовидной железы, специфике альтернативного лечения и сравнении с международным и местным опытом, а вывод основан на подтверждении полученных результатов компетентными структурами.

Научная и практическая значимость результатов исследования. Научная значимость результатов исследований заключается в том, что у больных бронхиальной астмой и аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы разработаны методы определения гормонов щитовидной железы, антител к тироксинпероксидазе, антител к рецептору ТТГ и ультразвукового исследования щитовидной железы. Как отягчающий фактор

бронхиальной астмы, это объясняется тем, что изменения гормонов щитовидной железы оцениваются как фактор риска снижения показателей внешнего дыхания.

Практическая значимость результатов исследования выражается в том, что в результате анализа гормонов щитовидной железы у больных бронхиальной астмой, изучения их корреляции с показателями функции внешнего дыхания разработана дорожная карта по контролю данной категории заболеваний.

Внедрение результатов исследования. На основании полученных научных результатов по теме «Клинико-патогенетические аспекты влияния аутоиммунных заболеваний щитовидной железы на течение бронхиальной астмы»:

утверждены методические рекомендации «Особенности течения аутоиммунного тиреоидита и бронхиальной астмы» (справка №би-38/и Андижанского государственного медицинского института от 30 сентября 2023 года). Данные методические рекомендации позволяют определить вероятность манифестного гипотиреоза у больных бронхиальной астмой и аутоиммунным тиреоидитом и рекомендовать систематический контроль состояния функции щитовидной железы;

научные результаты изучения течения бронхиальной астмы и аутоиммунных заболеваний щитовидной железы внедрены в практическое здравоохранение, в том числе в клиническую практику эндокринологических диспансеров Ферганской области и Наманганской области (справка №би-30/х Андижанского государственного медицинского института от 30 ноября 2023 года). Внедрение полученных результатов исследований в практику позволило разработать дорожную карту контроля больных аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы и бронхиальной астмой.

Апробация результатов исследования. Результаты исследований обсуждены на 4 научно-практических конференциях, в том числе 2 международных и 2 республиканских.

Опубликованность результатов исследования. Всего по теме диссертации опубликовано 12 научных работ, из них 6 статьи опубликованы в научных изданиях, в том числе 4 республиканских и 2 зарубежных научных журналах, рекомендованных к публикации основных научных результатов диссертаций ВАК Республики Узбекистан.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, четырех глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы. Объем работы составляет 102 страниц компьютерного текста.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введение диссертации обоснована актуальность и востребованность диссертационной работы, сформулированы цель, задачи исследования, подробно изложены научная новизна и научно-практическая значимость

результатов исследования, представлены полные сведения о внедрении в практику об апробации и опубликованности результатов работы, объеме и структуре диссертации.

В первой главе диссертации **«Современные представления о бронхиальной астме и аутоиммунных заболеваниях щитовидной железы (литературный обзор)»** приведён всесторонний анализ и критическая оценка научных сведений о нынешнем состоянии проблемы относительно аутоиммунного тиреоидита и бронхиальной астмы, данные и сведения обобщены и систематизированы. В данной главе подробно рассмотрены вопросы распространённости заболеваемости аутоиммунным тиреоидитом и бронхиальной астмой, их патогенез, этиология, значение влияния факторов внешней среды, клиническое течение, кроме того, подробно освещены проблемы коморбидности данных заболеваний. По результатам анализа литературных источников обозначены спорные и нерешённые вопросы по данной теме, требующие дальнейшего решения и разработки.

Во второй главе диссертации **«Характеристики клинического материала и методов исследования»** описаны свойства клинических материалов и использованные методы исследования.

Для участия в исследовании было привлечено 287 пациентов с аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы, проходивших лечение в отделении пульмонологии клиники Андиганского государственного медицинского института, которым был установлен диагноз «аутоиммунный тиреоидит» и «токсический зоб». Несмотря на то, что в основе патогенетического развития эндемического зоба также происходят аутоиммунные процессы, ввиду отсутствия методов обследования, доказывающих данный факт, данное заболевание не включено в исследование. Основную группу исследования составили пациенты в возрасте 18-65 лет с различными степенями тяжести бронхиальной астмы и аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы; в контрольную группу было включено 20 пациентов, страдающих бронхиальной астмой, у которых не наблюдалось патологий щитовидной железы. 250 пациентов основной группы страдали аутоиммунным тиреоидитом (АИТ) и бронхиальной астмой (БА), у 37 пациентов были обнаружены токсический зоб и бронхиальная астма. Из общего количества пациентов, страдающих БА и АИТ, 159 составили лица женского пола, и 91 – мужского. Средний возраст женщин составил $51,4 \pm 2,01$ лет, мужчин- $48,76 \pm 2,01$ лет. 19 пациентов с токсическим зобом были лицами женского пола (средний возраст $46,3 \pm 2,01$ лет), и 18-мужского пола (средний возраст $50,8 \pm 2,01$ лет).

К исследованию не были допущены пациенты с декомпенсированным циррозом печени, принимающие гепатотоксические и иммуносупрессивные препараты, лица, страдающие хроническим алкоголизмом, беременные и кормящие женщины, пациенты с наличием тяжёлых сопутствующих заболеваний, а также больные с тяжёлой формой тиреотоксикоза. Средняя продолжительность заболевания бронхиальной астмой составила $7,5 \pm 1,03$ лет, средняя продолжительность аутоиммунного тиреоидита составила

6,7±1,03 лет. Аутоиммунный тиреодит, токсический зоб и бронхиальная астма были диагностированы на основе критериев ВОЗ (1999 г.).

Наличие тиреоидных гормонов у пациентов устанавливалось по сыворотке крови, взятой натощак, методом ИХЛА (ХЕМА, Россия). Согласно ему, нормальный показатель тиреотропного гормона (ТТГ) оценивался в пределах 0,4-4,5 нг/мл, также оценивались как норма показатель свободной фракции трийодтиронина (Т3) 3,1-5,9 нг/мл и тироксина (Т4)- 8,9-17,2 нг/мл.

Антитела к тироксинпероксидазе и антитела к рецептору ТТГ также проверялись методом ИХЛА, для чего также у пациентов был произведён забор сыворотки крови натощак. Нормальным показателем считалось 0-30 МЕ/мл. Антитела к рецептору ТТГ у пациентов устанавливались по сыворотке крови ТТГ, взятой натощак из локтевой вены, в качестве нормального показателя установлено 0-1,0 IU/L.

Размеры щитовидной железы определялись методом УЗИ-обследования. В данном случае щитовидную железу визуализировали путем размещения тиреоидного датчика в области шеи в лежащем положении пациента. Нормальным объёмом щитовидной железы принят объём 4,5-18,5 см³. Кроме того осуществлялась пальпация щитовидной железы, во время которой врач, находясь сбоку от пациента большими пальцами руки прощупывал щитовидную железу. Увеличение щитовидной железы оценивалось согласно классификации ВОЗ.

Внешние дыхательные функции оценивались по основным показателям при помощи спирометрии. Показатель качества жизни пациентов устанавливался посредством опросника SF-36. В опросе были задействованы все пациенты основной и контрольной групп.

Обработка результатов осуществлялась при помощи программы Microsoft Office Excel-2010 путём установления процентного содержания следующих данных: арифметическая погрешность (M), средняя арифметическая погрешность (m), медиана образца, распространённость образца (максимальные и минимальные значения). Достоверность разницы между показателями устанавливалась при помощи критериев Т-Стьюдента. При анализе корреляций использован коэффициент корреляции Пирсона и была установлена их значимость по таблице достоверности. В качестве значимой была принята разница $p < 0,05$. Разница $p < 0,001$ считалась высокодостоверной, а разница $p > 0,05$ - недостоверной.

В третьей главе диссертации **«Результаты собственных исследований»** изложены результаты оценки состояния щитовидной железы при её аутоиммунных заболеваниях, а также состояния внешних дыхательных функций у пациентов, страдающих бронхиальной астмой.

Увеличение щитовидной железы у пациентов устанавливалось при помощи ультразвукового обследования и пальпации. Увеличение щитовидной железы оценивалось согласно классификации ВОЗ (рис. 1).

Увеличение 0-степени щитовидной железы было отмечено у 38 пациентов, страдающих БА и АИТ, увеличение 1-степени- у 165, и

увеличение 2-степени зарегистрировано у 47 пациентов. Среди пациентов, страдающих БА и токсическим зобом, наблюдалось увеличение только 1 и 2 степени, из них увеличение 1-степени отмечено у 14 пациентов, и 2-степени у 23 пациентов. Среди пациентов с токсическим зобом нормальных размеров щитовидной железы не наблюдалось.

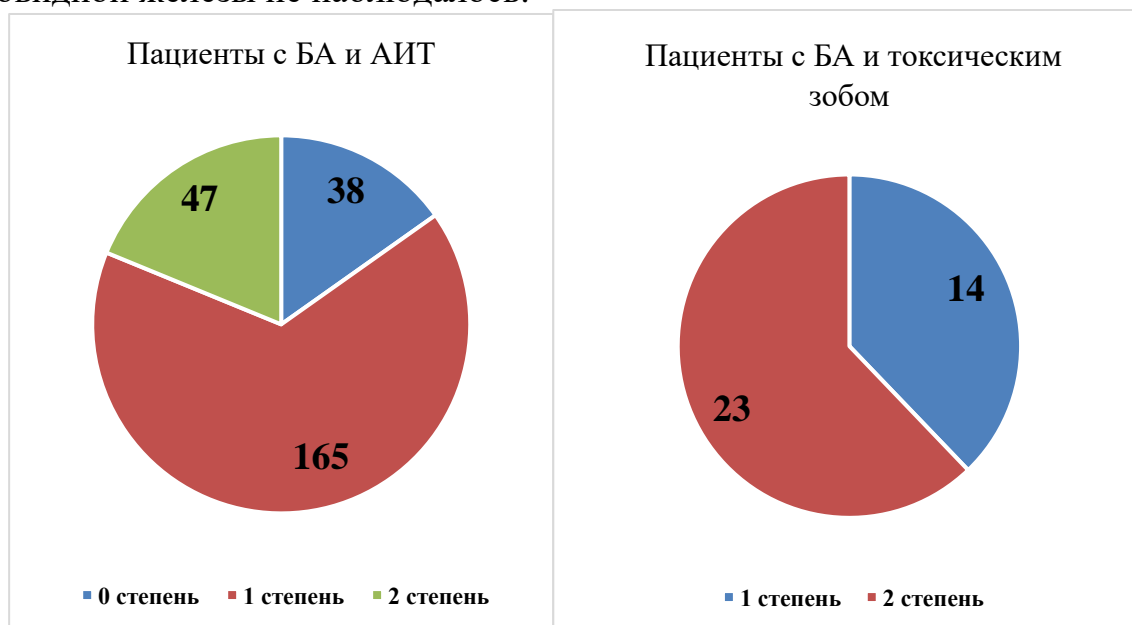


Рис. 1. Распространённость степени увеличения щитовидной железы у пациентов с АИТ и токсическим зобом.

В свою очередь тиреоидная функция оценивалась путём проверки ТТГ, свободной фракции трийодтиронина (Т3сф) и свободной фракции тетраiodтиронина (тироксин или Т4сф) (таблица 1).

Таблица 1.

Оценка состояния тиреоидных гормонов у пациентов, страдающих БА и АИТ

Показатели	Эутиреоз	Субклинический тиреотоксикоз	Манифестный тиреотоксикоз	Субклинический гипотиреоз	Манифестный гипотиреоз
Количество пациентов	33 (13,2%)	12 (4,8%)	26 (10,4%)	78 (31,2%)	101 (40,4%)
Средний возраст	38,1±1,56	36,7±1,56	46,3±2,01	51,7±2,01*	56,1±2,04*
Пол, Ж/М	21/12	6/6	17/9	46/32	69/32
ТТГ	2,11±0,3	0,1±0,01	0,01±0,001	5,44±0,3	12,73±0,5
Т3сф	3,67±0,3	4,0±0,3	5,01±0,3	3,25±0,3	1,78±0,3
Т4сф	14,81±0,5	17,1±0,5	19,4±0,5	9,11±0,5	6,71±0,3

Примечание: *- разница между показателями эутиреоза и субклинического тиреотоксикоза достоверна (P<0,05)

В данной таблице можно наблюдать, что среди пациентов, страдающих БА и АИТ, возраст пациентов в состоянии субклинического и манифестного гипотиреоза щитовидной железы достоверно выше возраста пациентов с другими её функциональными состояниями. Отмечено преобладание женщин над количеством мужчин во всех группах, что даёт повод считать,

что общая подверженность заболеваниям бронхиальной астмой и нарушениями щитовидной железы значительно выше у лиц женского пола.

Установлено наличие тиреоидных гормонов у пациентов, страдающих токсическим зобом и бронхиальной астмой (таблица 2).

Таблица 2.
Состояние тиреоидных гормонов у пациентов, страдающих токсическим зобом и бронхиальной астмой, в зависимости от степени тиреотоксикоза

Показатель	Лёгкий тиреотоксикоз	Тиреотоксикоз средней тяжести
Количество пациентов	17 (46%)	20 (54%)
Средний возраст	46,3±2,01	49,2±2,01
Пол, Ж/М	10/7	9/11
ТТГ	0,1±0,02	0,001±0,001**
Т3сф	5,42±0,3	6,28±0,3
Т4сф	19,75±0,44	34,9±0,5*

Примечание: * – разница относительно показателей группы с лёгким тиреотоксикозом достоверна (P<0,05); ** – разница относительно показателей группы с лёгким тиреотоксикозом достоверна (P<0,005).

Согласно вышеприведённой таблицы, количество больных, возраст и пол не выявили достоверной разницы в группах легкого и среднетяжелого тиреотоксикоза. Достоверная разница наблюдалась лишь по показателям степени ТТГ и Т4сф в группе с тиреотоксикозом средней тяжести по отношению к группе с лёгким тиреотоксикозом. Это свидетельствует о том, что обострение уровня тиреотоксикоза сопровождается резкими изменениями гормонального фона..

В ходе исследования была изучена взаимосвязь между увеличением щитовидной железы и её функциональным состоянием (3-таблица).

Таблица 3.
Распределение пациентов с БА и АИТ по степени увеличения и функциональному состоянию щитовидной железы

Показатели	Эутиреоз n=33	Субклинический тиреотоксикоз n=12	Манифестный тиреотоксикоз n=26	Субклинический гипотиреоз n=78	Манифестный гипотиреоз n=101
0-степень n=38	9 (27,2%)	-	1 (3,8%)*	11 (14,1%)	17 (17%)
1-степень n=165	12 (36,3%)	4 (33,3%)	8 (30,7%)	60 (76,9%)*	81 (80,1%)*
2-степень n=47	12 (36,3%)	8 (66,6%)*	17 (65,3%)*	7 (8,9%)	3 (2,97%)

Примечание: *- разница относительно показателей группы с эутиреозом достоверна

Если количество пациентов, страдающих эутиреозом с увеличением щитовидной железы 0-степени составляло большинство по сравнению с пациентами других групп, то среди пациентов с увеличением 1-степени превалировало количество больных в состоянии субклинического гипотиреоза.

Больных бронхиальной астмой и токсическим зобом оценивали по степени увеличения щитовидной железы и степени тиреотоксикоза.

Среди таких пациентов увеличения 0-степени не наблюдалось. Увеличение 1 и 2 степени среди больных с лёгким и среднетяжёлым тиреотоксикозом не дало достоверной разницы.

Также, по гормональному фону и увеличению щитовидной железы был оценен титр антител к тироксинпероксидазе у больных с АИТ. При изучении титра антител к тироксинпероксидазе в группах, несмотря на его высокое значение как по увеличению щитовидной железы, так и по статусу тиреоидных гормонов, между группами достоверной разницы установлено не было. Это свидетельствует о том, что хоть повышение данных антител в АИТ и входит в критерии диагностики, однако связь между степенью их увеличения и степенью тяжести болезни или увеличения щитовидной железы отсутствует.

Антитела к рецепторам ТТГ у пациентов с токсическим зобом и БА показали высокодостоверный результат у больных, с увеличением щитовидной железы 1 степени с тиреотоксикозом средней тяжести по отношению к представителям других групп. Это объясняется тем, что среди пациентов средней тяжести большинство составляли нововыявленные пациенты, начавшие лечение после взятия их под наблюдение (4-таблица).

Таблица 4.

Оценка показателей антител к рецепторам ТТГ у пациентов с БА и токсическим зобом, по степени увеличения щитовидной железы

Показатели	Лёгкий тиреотоксикоз	Тиреотоксикоз средней тяжести
1-степень	1,69±0,2 IU/L	2,31±0,2 IU/L*
2-степень	1,87±0,2 IU/L	1,88±0,2 IU/L

Примечание: * – разница относительно показателей группы с лёгким тиреотоксикозом достоверна (P<0,05)

На основании вышеизложенного можно сделать вывод о том, что среди заболеваний щитовидной железы аутоиммунный тиреоидит встречается чаще остальных. В основе АИТ и токсического зоба лежат аутоиммунные воспалительные процессы. Среди больных с токсическим зобом не было выявлено пациентов с нормальным увеличением щитовидной железы, у большинства пациентов данной категории болезнь протекает с увеличением щитовидной железы. Увеличение щитовидной железы у больных АИТ было преобладающим в группе больных с субклиническим и манифестным тиреотоксикозом. Во всех группах пациентов заболеваемость превалировала среди лиц женского пола.

Для исследования, в качестве пациентов основной группы, были привлечены 287 больных с заболеваниями щитовидной железы и бронхиальной астмой, средняя продолжительности заболевания бронхиальной астмой до начала наблюдения составляла 7,61±0,3 лет. В качестве контрольной группы было привлечено 20 больных бронхиальной

астмой без патологий щитовидной железы. В контрольную группу не были включены пациенты с наличием сердечно-сосудистой недостаточности, тяжёлой печёночной и почечной недостаточности, онкологических заболеваний, острой тяжёлой формы анемии, и пациенты с астматическим статусом. В соответствии со степенью тяжести бронхиальной астмы пациенты были разделены на 4 группы (рис. 2).

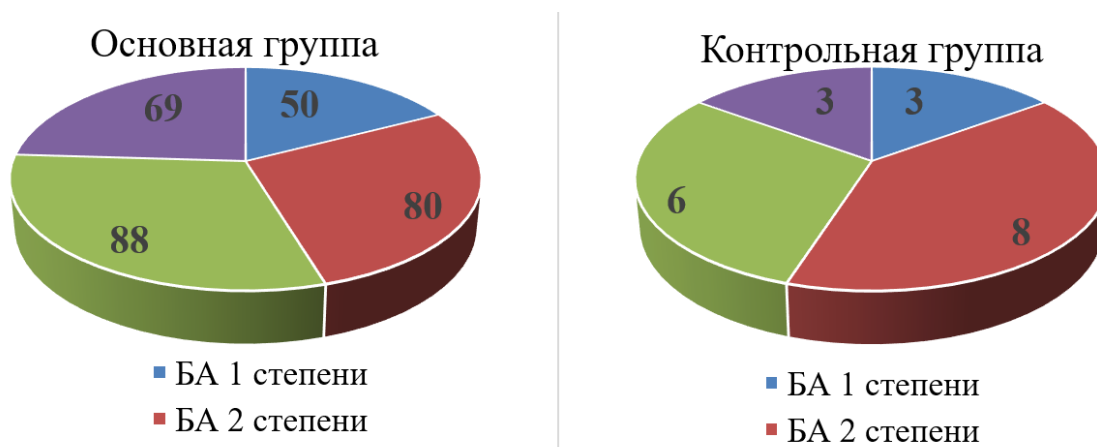


Рис.2. Распределение пациентов по степени тяжести бронхиальной астмы

В основной группе пациентов чаще всего встречалась БА 3-степени (88-пациентов), из них 51 больных женского пола и 37 пациентов мужского пола, средний возраст по группам составил $49,6 \pm 0,5$ лет. В контрольной группе чаще наблюдалась бронхиальная астма 2-степени (8 пациентов).

В ходе изучения причин возникновения бронхиальной астмы не было установлено достоверной разницы по причинам возникновения данной болезни между основной и контрольной группами. В основной группе самое большое количество заболеваний приходилось на аллергический тип бронхиальной астмы, а в контрольной- на инфекционный. Самый низкий показатель распространённости принадлежал аспириновой астме (таблица 5).

Таблица 5.

Оценка распределения пациентов в зависимости от причин возникновения бронхиальной астмы

Самые распространённые виды бронхиальной астмы	Основная группа (ЩЖ и БА, n=287)	Контрольная группа (БА, n=20)
Аллергический	142 (49,4%)	7 (35%)
Инфекционный	94 (33%)	9 (47%)
Аспириновый	9 (3%)	1 (5%)
Гормонозависимый	42 (14,6%)	3 (13%)

Был проанализирован анамнез пациентов с бронхиальной астмой и им также дана оценка по группам (рис.3).

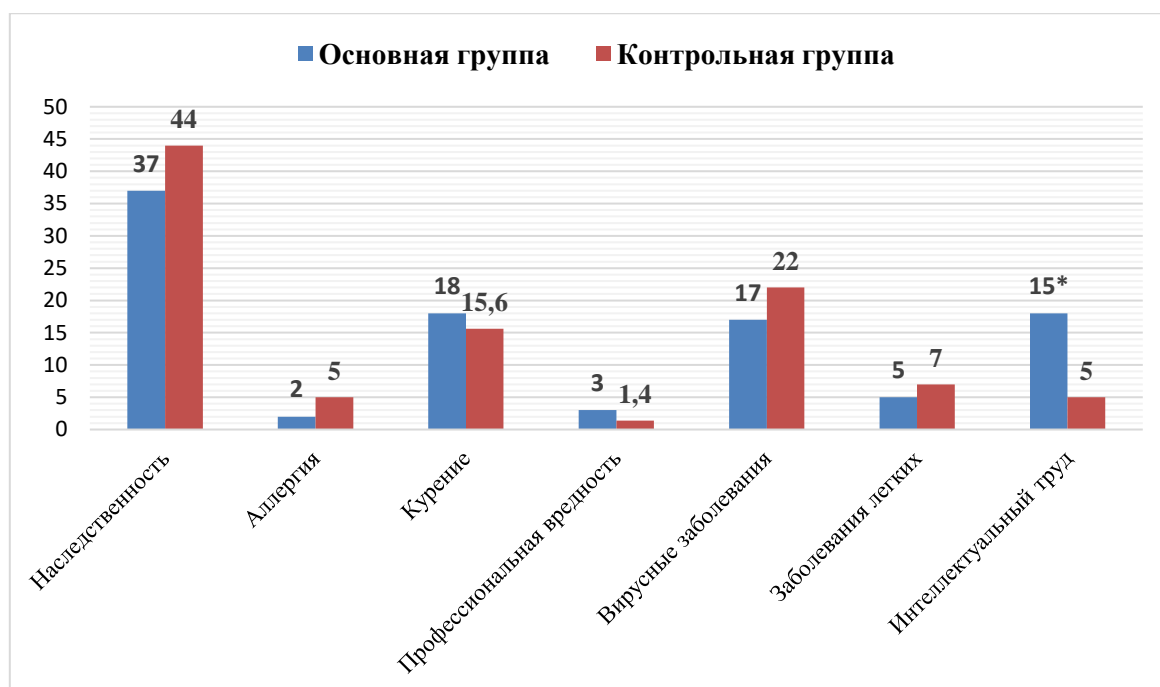


Рис.3. Оценка анамнестических данных среди групп.

Согласно ему наследственная предрасположенность к бронхиальной астме и аллергическим заболеваниям в основной (40%) и контрольной (44%) группе пациентов не показала достоверной разницы. При установлении других, кроме лёгочного, типов аллергии, они были выявлены у 2 % основной группы и 5 % контрольной группы пациентов. Курение было присуще пациентам обеих групп, в основной группе проценту курящих составил 18%, а в контрольной группе 15,6%. При установлении факторов профессионального вреда, таких как, пыльная работа, постоянный шум, холодные или сырые рабочие условия, между контрольной (1,4 %) и основной (3 %) группами достоверной разницы не выявлено.

Диагноз «бронхиальная астма» был поставлен привлечённым к исследованию пациентам со стороны пульмонологов, с нашей стороны была дана оценка показателям объёма форсированного дыхания (ОФД1), жизненного объёма лёгких (ЖЁЛ) и индекса Тиффно, свидетельствующих о состоянии тиреоидного состояния и внешних дыхательных функций данных пациентов (таблица 6).

При этом среди пациентов всех групп достоверных различий по внешним дыхательным функциям не наблюдалось. Наличие заболеваний щитовидной железы у больных бронхиальной астмой 1-й степени не приводило к достоверной разнице показателей с пациентами контрольной группы.

У пациентов основной группы, страдающих бронхиальной астмой 2-степени, в отличие от контрольной группы, можно заметить понижение ОФД1, но данный показатель не имеет достоверной значимости.

При 3-степени БА в основной группе все показатели внешней дыхательной функции указали на низкие показатели относительно

контрольной группы. И только показатель ОФД1 был приближен к достоверной разности.

Таблица 6.

Оценка показателей внешних дыхательных функций среди больных бронхиальной астмой

Показатели	Основная группа (ЩЖ и БА, n=287)	Контрольная группа (БА, n=20)
БА 1-степени		
ОФД1 (л)	2,35±0,3	2,1±0,3
ЖЁЛ (л)	3,2±0,3	3,0±0,3
Индекс Тиффно	0,74±0,02	0,70±0,02
БА 2-степени		
ОФД1 (л)	1,70±0,3	1,85±0,3
ЖЁЛ (л)	2,7±0,3	2,81±0,3
Индекс Тиффно	0,63±0,02	0,66±0,02
БА 3-степени		
ОФД1 (л)	1,2±0,3	1,49±0,3*
ЖЁЛ (л)	2,23±0,3	2,49±0,3
Индекс Тиффно	0,54±0,02	0,6±0,02
БА 4-степени		
ОФД1 (л)	0,72±0,3	0,96±0,3*
ЖЁЛ (л)	1,78±0,3	2,01±0,3
Индекс Тиффно	0,41±0,02	0,48±0,02

Примечание: * – разница относительно показателей основной группы достоверна (P<0,05).

Можно заметить резкое понижение внешней дыхательной функции у пациентов с 4-степенью БА. Показатели ОФД1, ЖЁЛ и индекса Тиффно дали низкий результат у пациентов основной группы, страдающих заболеваниями щитовидной железы и бронхиальной астмой. Значение достоверности наблюдалось в показателях ОФД1.

Вышеприведённые сведения свидетельствуют о том, что тиреоидный статус вносит определённый вклад в течение бронхиальной астмы. По этой причине в своём исследовании мы поставили перед собой целью разработку рекомендаций, приемлемых для диагностики и лечения больных бронхиальной астмой с учётом различных функциональных состояний при аутоиммунном тиреоидите, и больных токсическим зобом путём оценки внешних дыхательных функций.

В четвёртой главе диссертации «**Оценка тиреоидального статуса и внешних дыхательных функций у больных, страдающих аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы**» изложены результаты оценки состояния щитовидной железы при аутоиммунных заболеваниях щитовидной железы, и внешних дыхательных функций у пациентов с бронхиальной астмой.

Количество привлечённых к исследованию пациентов с бронхиальной астмой и аутоиммунным тиреоидитом составило 250 человек. По состоянию тиреоидных гормонов, количество больных на стадии эутиреоза составило 33 человека, на стадии субклинического тиреотоксикоза- 12, манифестного тиреотоксикоза- 26, субклинического гипотиреоза- 78, и на стадии

манифестного гипотиреоза- 101 человек. Количество пациентов с 0-степенью увеличения щитовидной железы по классификации ВОЗ составило 38 человек, с 1-степенью увеличения- 165 человек, и с 2-степенью- 47 человек.

При оценке внешних дыхательных функций у больных аутоиммунным тиреоидитом, по степени развития у них бронхиальной астмы и увеличения щитовидной железы, не установлено достоверных различий между группами. Таким образом, увеличение щитовидной железы не выявило резких изменений в показателях ОФД₁, ЖЁЛ и индекса Тиффно у больных бронхиальной астмой 1-степени. Полученные в ходе исследования результаты были объединены, после чего был проведён их сравнительный анализ внешних дыхательных функций по состоянию тиреоидных гормонов. При этом показатели объёма форсированного выдоха (ОФД₁) в секунду уменьшались в зависимости от степени тяжести бронхиальной астмы. Однако у пациентов группы с субклиническим и манифестным гипотиреозом данный показатель показал достоверно низкий результат по сравнению с группами больных эутиреозом и тиреотоксикозом.

Согласно результатам исследования жизненного объёма лёгких (ЖЁЛ), тяжесть бронхиальной астмы протекала с резким уменьшением жизненного объёма лёгких. Индекс Тиффно также отразил изменения во внешних дыхательных функциях, в свою очередь у больных тиреотоксикозом, в сравнении с группой больных эутиреозом, относительно большой разницы не наблюдалось. Данные изменения объясняются повышением чувствительности тиреоидных гормонов к катехоламинам, что приводит к дилатации бронхов.

Обобщая вышеприведённые сведения, можно сделать вывод о том, что, увеличение размеров щитовидной железы и нахождение показателей тиреоидных гормонов в состоянии субклинического или манифестного гипотиреоза достоверно понижает внешние дыхательные функции.

Показатели качества жизни пациентов с бронхиальной астмой и аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы были оценены посредством опросника SF-36 (таблица 7). На основе приведённых в таблице данных можно констатировать, что показатели всех пунктов показали крайне достоверную разницу между основной и контрольной группами ($P < 0.01$). В основной группе компонент психического здоровья показал неудовлетворительный результат, тогда как в контрольной группе он был удовлетворительным. Показатели физического компонента здоровья в обеих группах были удовлетворительными. В основной группе наличие представления о том, что заболевание является хроническим и полностью излечиться от этих заболеваний невозможно, наличие осложнений токсического зоба и возможность оперативного вмешательства при лечении вызывало у больных психическую депрессию. В контрольной группе пациентов наличие астматических осложнений и вероятности перехода болезни в астматический статус, боязнь развития ночных приступов наносило вред психическому состоянию пациентов.

Таблица 7.

Оценка показателей качества жизни на основе опросника SF-36

Показатели	Основная группа	Контрольная группа	P
Физическая дееспособность	59.0±0.69	68,8±0.61	P<0.05
Ежедневная деятельность в зависимости от физического состояния	64.7±0.0	78.0±0.0	P<0.01
Интенсивность болей	54,7±0.0	69,3±0.0	P<0.05
Общее состояние здоровья	46.0±0.69	72.0±0.41	P<0.01
Жизнедеятельность	48,8±0.0	62,2±0.0	P<0.05
Социальная деятельность	35.0±1.15	64.0±2.32	P<0.05
Ежедневный труд в зависимости от физической деятельности	66.0±4.59	75,7±0.0	P<0.05
Психическое здоровье	39.0±0.37	52.48±1.31	P<0.05
Физический компонент здоровья	63,2±0.05	74,1±0.48	P<0.05
Психический компонент здоровья	44,6±1.53	62,2±0.61	P<0.001

На основании полученных результатов исследования была разработана карта контроля с целью устранения ряда недостатков в контроле, обусловленных наличием особенностей лечения и ведения данной категории больных. Данная карта предназначена для использования врачами общей практики, пульмонологами и эндокринологами (рис. 3).

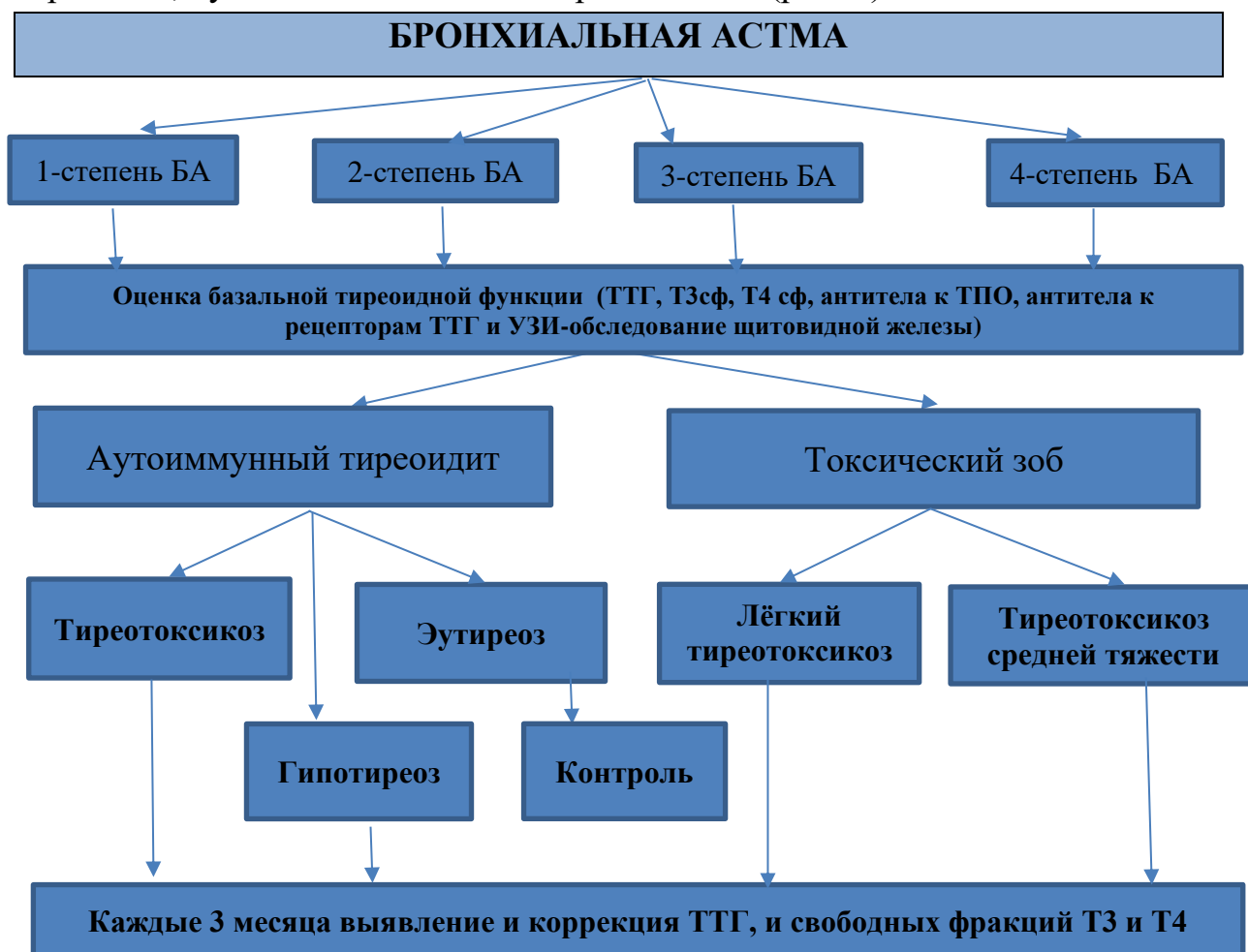


Рис.3 Карта контроля за пациентами при наблюдении бронхиальной астмы и заболеваний щитовидной железы

ЗАКЛЮЧЕНИЯ

1. В исследование включено 287 пациентов, из которых 17,4% страдали 1-степенью бронхиальной астмы, 2-степенью- 27,8% человек, 3-степенью- 30,6%, и 4-степень наблюдалась у 24% пациентов. Из этого количества у 250-пациентов (87,1%) наблюдался аутоиммунный тиреоидит, у 37 человек (12,9%) – токсический зоб.

2. Среди пациентов, страдающих аутоиммунным тиреоидитом увеличение щитовидной железы 0-степени наблюдалось у 15,2% больных, 1-степени у 66%, 2-степени у 18,8%, то же самое увеличение у больных с токсическим зобом составило: 1-степень 37,8%, 2-степень 62,2%. Среди пациентов, страдающих аутоиммунным тиреоидитом, 13,2 % составили пациенты с эутиреозным состоянием тиреоидной функции, 4,8 % с субклиническим тиреотоксикозом, 10,4 % с манифестным тиреотоксикозом, 31,2% с субклиническим гипотиреозом, и 40,4 % пациенты с манифестным гипотиреозом.

3. У больных БА 4-степени с увеличением щитовидной железы 2-степени при аутоиммунном тиреоидите показатель ЖЁЛ составил $1,55 \pm 0,2$, а у пациентов с 0-степенью он равнялся $1,71 \pm 0,2$ ($p \leq 0,05$). Внешние дыхательные функции понижались в соответствии со степенью тяжести бронхиальной астмы. У пациентов группы с субклиническим и манифестным гипотиреозом, на всех стадиях БА, показатели ОФД1 и индекса Тиффно показали достоверно низкий результат относительно групп пациентов с эутиреозом и тиреотоксикозом ($p \leq 0,05$).

4. Среди больных токсическим зобом количество пациентов с лёгким тиреотоксикозом составило 46%, а с тиреотоксикозом средней тяжести 54%. Количество антител к рецепторам ТТГ у пациентов с тиреотоксикозом средней тяжести показали высокий результат ($2,31 \pm 0,2$) в сравнении с пациентами с лёгким тиреотоксикозом ($1,69 \pm 0,2$), ($p \leq 0,05$). Достоверной разности в показателях внешних дыхательных функций в зависимости от увеличения щитовидной железы среди групп не наблюдалось. У пациентов с бронхиальной астмой 3-степени и тиреотоксикозом средней тяжести показатель ОФД1 составил $1,25 \pm 0,01$, у пациентов с лёгким тиреотоксикозом- $1,42 \pm 0,01$ ($p \leq 0,05$). У пациентов с БА 4-степени и тиреотоксикозом средней тяжести показатель ОФД1 составил $0,63 \pm 0,01$ (при лёгком тиреотоксикозе $0,79 \pm 0,01$, $p \leq 0,05$), а показатель ЖЁЛ составил $1,33 \pm 0,2$ (при лёгком тиреотоксикозе- $1,52 \pm 0,2$, $p \leq 0,05$).

5. Показатели качества жизни пациентов оценивались посредством опросника SF-36. Согласно ему, в основной группе пациентов физический компонент здоровья составил $63,2 \pm 0,05$, а в контрольной группе $74,1 \pm 0,48$ ($P < 0,05$), психический компонент здоровья составил $44,6 \pm 1,53$, а в контрольной группе $62,2 \pm 0,61$ ($P < 0,001$).

**ONE TIME SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 ON
AWARD OF SCIENTIFIC DEGREES AT THE ANDIJAN STATE
MEDICAL INSTITUTE**

ANDIJAN STATE MEDICAL INSTITUTE

NISHONOVA DILORAM FOZILJANOVNA

**CLINICAL AND PATHOGENETIC ASPECTS OF THE INFLUENCE OF
AUTOIMMUNE THYROID DISEASES ON THE COURSE OF
BRONCHIAL ASTHMA**

14.00.03 – Endocrinology

ABSTRACT OF PhD DISSERTATION ON MEDICAL SCIENCES

ANDIJAN – 2024

Subject of the doctoral dissertation (PhD) was registered in the Higher Attestation Commission of the Republic of Uzbekistan for the B2023.1.PhD/Tib2986.

The dissertation is carried out at the Andijan State Medical Institute.

Abstract of the dissertation is available in two languages (Uzbek, Russian and English (abstract)) on the web page of the Scientific Council (www.adti.uz) and Informational and educational portal «Ziyonet» (www.ziyonet.uz).

Scientific supervisor:	Shagzatova Barno Khabibullaevna doctor of medical sciences, professor
Official opponents:	Urmanova Yulduz Makhkamovna doctor of medical sciences, docent Salokhiddinov Zukhriddin Salokhiddinovich doctor of medical sciences, professor
Leading organization:	Samarkand state medical university

The dissertation will be defended on «___» _____ 2024 at ___ p.m. hours at the meeting of the Scientific Council DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 at the Andijan State Medical Institute (Address: 170100, Andijan city, Yu. Atabekov str. 1; Phone/fax: (+998) 74-223-94-50; e-mail: info@adti.uz).

The dissertation is available in the Information Resource Center of the Andijan State Medical Institute (Registration number №___) (Address: 170100, Andijan c., Yu. Atabekov str. 1; Phone/fax: (+998) 74-223-94-50).

Abstract of the dissertation sent out on «___» _____ 2024.
(mailing report № ___ of _____ 2024).

M.M. Madazimov
Chairman of the One-time scientific council
on award of scientific degrees,
doctor of medical science, professor

M.A. Juraeva
Scientific secretary of the One-time
scientific council on award of scientific degrees,
doctor of medical science, docent

Sh.K. Yusupova
Chairman of the scientific seminar at the One-time
scientific council for the awarding of academic
degrees, doctor of medical sciences, docent

INTRODUCTION (abstract of PhD dissertation)

The aim of the study is to research the clinical and pathogenetic aspects of the influence of autoimmune thyroid diseases on the course of bronchial asthma.

The subjects of the study were 287 patients with bronchial asthma and autoimmune thyroid diseases, who were included in the main group and 250 patients with bronchial asthma and autoimmune thyroiditis, 37 patients with bronchial asthma and toxic goiter, 20 patients with bronchial asthma without thyroid diseases, who made up the control group.

The scientific novelty of the research is as follows:

it was established in the conditions of Uzbekistan that dysfunction of the thyroid gland in patients with bronchial asthma reduces external respiration parameters;

it has been proven that hypofunction of the thyroid gland predominantly reduces the volume of forced respiration in 1 second compared to patients with euthyroidism and hyperthyroidism, and the amount of antibodies against thyroxine peroxidase does not affect the function of external respiration;

determined based on the results of the SF-36 questionnaire that with a combination of bronchial asthma and autoimmune thyroid diseases, the quality of life indicator sharply decreases compared to patients without thyroid diseases;

the need to determine the main function of the thyroid gland during dispensary monitoring of patients with bronchial asthma was identified and a map of their monitoring was developed.

Implementation of the research results. Based on the scientific results obtained on the topic “Clinico-pathogenetic aspects of the influence of autoimmune thyroid diseases on the course of bronchial asthma”:

methodological recommendations “Features of the course of autoimmune thyroiditis and bronchial asthma” were approved (certificate No. 6i-38/u of the Andijan State Medical Institute dated September 30, 2023). These guidelines make it possible to determine the likelihood of manifest hypothyroidism in patients with bronchial asthma and autoimmune thyroiditis and recommend systematic monitoring of the state of thyroid function;

scientific results of studying the course of bronchial asthma and autoimmune diseases of the thyroid gland have been introduced into practical healthcare, including the clinical practice of endocrinological dispensaries in the Fergana region and Namangan region (certificate No. 6i-30/x of the Andijan State Medical Institute dated November 30, 2023). The implementation of the research results into practice made it possible to develop a roadmap for the control of patients with autoimmune thyroid diseases and bronchial asthma.

The structure and scope of the thesis. The dissertation consists of an introduction, four chapters, a conclusion, conclusions, practical recommendations and a list of cited literature. The volume of text material is 102 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; I part)

1. Шагазатова Б.Х., Мирхайдарова Ф.С., Нишонова Д.Ф. Влияния бронхиальной астмы на течение аутоиммунного тиреоидита (обзор литературы) // Журнал “Новый день в медицине” – Бухара, 2023. №5(55). С.619-624. (14.00.00. №22)

2. Шагазатова Б.Х., Нишонова Д.Ф., Мирхайдарова Ф.С. Место аутоиммунного тиреоидита на течение бронхиальной астмы // Журнал “Новый день в медицине” – Бухара, 2023. №11(61). С.210-215. (14.00.00. №22)

3. Нишонова Д.Ф., Шагазатова Б.Х., Мирхайдарова Ф.С. Бронхиал астма ва қалқонсимон без аутоиммун касалликлари билан касалланган беморларни ташқи нафас функцияларини баҳолаш // Тошкент тиббиёт академияси ахборотномаси. – Тошкент, 2024. №2. 175-179 Б. (14.00.00. №13)

4. Шагазатова Б.Х., Мирхайдарова Ф.С., Нишонова Д.Ф. Бронхиал астма билан касалланган беморларда қалқонсимон без ҳолатини баҳолаш // Тошкент тиббиёт академияси ахборотномаси. – Тошкент, 2024. №2. 216-220 Б. (14.00.00. №13)

5. Shagazatova B.Kh., Nishonova D.F., Mirkhaydarova F.S. Evaluation of external respiratory functions according to thyroid function in patients with bronchial asthma and autoimmune thyroiditis // “Science and Innovation” International scientific journal. Volume 2. Issue 12. 2023 UIF-2022: 8.2. P.898-905. (14.00.00.)

6. Nishonova D.F., Shagazatova B.Kh., Mirkhaydarova F.S. Assessment of external respiratory functions according to thyroid function in patients with bronchial asthma and toxic bulk // “Science and Innovation” International scientific journal. Volume 2. Issue 12. 2023 UIF-2022: 8.2. P.910-915. (14.00.00.)

II бўлим (II часть; II part)

7. Шагазатова Б.Х., Нишонова Д.Ф., Мирхайдарова Ф.С. Аутоиммун тиреоидит ва бронхиал астма кечишининг ўзига хослиги // Услубий тавсиянома, Андижон ш., 2023 г. 24 б.

8. Шагазатова Б.Х., Нишонова Д.Ф. Қалқонсимон без аутоиммун касалликлари билан бронхиал астма кечишида диагностик алгоритм учун дастур // Центр по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан, свидетельство об официальной регистрации программы для электронно-вычислительных машин. 23.02.2023 г., № DGU 23223.

9. Шагазатова Б.Х., Нишонова Д.Ф., Мирхайдарова Ф.С. Бронхиал астма ва токсик буқоқ билан касалланган беморларда ташқи нафас функцияларини

баҳолаш // Материалы республиканской научно-практической конференции «Ilmiy tadqiqotlar va jamiyat muammolari» 2024, www.wordlyknowledge.uz

10. Шагазатова Б.Х., Мирхайдарова Ф.С., Нишонова Д.Ф. Бронхиал астма билан оғриган беморларда қалқонсимон без катталашувини баҳолаш // Материалы республиканской научно-практической конференции «Yosh olimlar ilmiy-amaliy konferensiyasi» 2024, in-academy.uz/index.php/yo

11. Shagzatova B.Kh., Nishonova D.F., Mirkhaydarova F.S. Assessment of external respiratory functions in patients with thyroid gland diseases according to the level of bronchial asthma // International scientific -online conference “Academic research in modern science”; USA; January 2024; p.125.

12. Shagzatova B.Kh., Mirkhaydarova F.S., Nishonova D.F. Assessment of thyroid enlargement in patients with bronchial asthma // International scientific -online conference “Development of pedagogical technologies in modern sciences”; Turkey; January 2024; p.102-104.