

İLTİHABİ BAĞIRSAQ VƏ AUTOİMMUN TİREOİD XƏSTƏLİKLƏRİNİN MÜŞTƏRƏKLIYI

Aydinova P.R.*, Şirinova X.N.

Azərbaycan Tibb Universiteti, I cərrahi xəstəliklər kafedrası, Bakı, Azərbaycan

Qeyri-spesifik xorali kolit (QSXX) və Kron xəstəliyi (KX), bağırsağın müxtəlif hissələrini təhlükəli dərəcədə iltihablaşdıraraq autoimmun mənşəli, tibbi praktikada tez-tez rast gəlinən xroniki təkrarlanan xəstəliklərdir. İltihabi bağırsaq xəstəlikləri (İBX) kimi ümumi adla tanınan bu vəziyyətlər ətraf mühit və immun faktorların birgə təsiri ilə bağırsaqda zədələnmə və iltihaba səbəb olur. Haşimoto və Qreyvs xəstəliyi (QX) qalxanabənzər vəzinin əsas autoimmun patologiyalarıdır. Bu xəstəliklər hipertiroidizm (Qreyvs xəstəliyi ilə əlaqəli) və ya hipotireoidizm (əsasən Haşimoto tireoiditi (HT) ilə əlaqəli) kimi vəziyyət disfunksiyalarına gətirib çıxarır. Son elmi ədəbiyyatda İBX və QV-nin autoimmun xəstəliklərinin eyni vaxtda rast gəlməsi ilə bağlı məsələlər — onların yayılması, əmələgəlmə mexanizmləri, klinik-diaqnostik xüsusiyyətləri və müalicə prinsipləri — hələ tam şəkildə öyrənilməmişdir. Araşdırmanın məqsədi — son ədəbiyyatlara əsaslanaraq İBX və qalxanabənzər vəzin autoimmun xəstəliklərinin birlikdə rast gəlməsinin klinik aspektlərini qiymətləndirməkdir.

Açar sözlər: Qeyri-spesifik xorali kolit, Kron xəstəliyi, Haşimoto tireoiditi, Qreyvs xəstəliyi

Giriş. Qeyri-spesifik xorali kolit (QSXX) və Kron xəstəliyi (KX) klinik praktikada çox rast gəlinən, bağırsağın ayrı-ayrı şöbələrinin həyat üçün təhlükəli iltihabi və autoimmun xəstəliyidir. Bu xəstəliklər xroniki təkrarlanan vəziyyətlər olub, ətraf mühit və ya immunoloji amillərin müştərək iştirakı nəticəsində bağırsağın iltihabi və degenerasiyası ilə xarakterizə olunur [1]. QSXX yoğun bağırsağın məhdud (sektar) və ya yaygın iltihabi ilə xarakterizə olunur, KX isə mədə-bağırsaq sisteminin istənilən nahiyyəsini əhatə edir [1]. Mikroskopik olaraq QSXX bağırsağın yalnız epitelial qatını, KX isə mədənin və bağırsaq divarının bütün qatlarını əhatə edir [1]. Ümumi adla iltihabi bağırsaq xəstəliyi (İBX) ekstraintestinal təzahürlərin inkişafı və ya autoimmun pozğunluqların birgə mövcudluğu ilə seçilir.

QV-nin autoimmun xəstəliklərinə Haşimoto və Qreyvs xəstəliyi (QX) aiddir və vəzinin disfunksiyaları hipertiroidizm və ya tireotoksikoz və hipotireoidizm variantlarında təsnif edilir. Hipertiroidizm əsasən QX və ya Bazedov xəstəliyinin, hipotireoidizm isə əsasən Hashimoto tireoiditi (HT) xəstəliyinin simptomu kimi təzahür edir. Lakin bəzi hallarda HT xəstələrində vəzi hormonlarının səviyyələri normal həddlərdən kənara çıxmır [2].

Son illərin elmi ədəbiyyatında İBX və qalxanabənzər vəzinin (QV) autoimmun xəstəliklərinin birgə mövcud olduğu hallar, onların yayılması, etiopatogenezi, klinik-diaqnostik aspektləri, müasir müalicə prinsipləri və üsulları kifayət qədər araşdırılmamışdır. Ona görə də bu araşdırmanın aparılmasında məqsədimiz son dövr ədəbiyyat məlumatlarına əsaslanmaqla İBX və AİT xəstəlik-

lərinin birlikdə rast gəlməsinin klinik aspektlərinin qiymətləndirilməsindən ibarət olmuşdur.

Ümumi populyasiyada qalxanabənzər vəzi disfunksiyasının ayrılıqda və iltihabi bağırsaq xəstəlikləri ilə birgə rastgəlmə tezliyi. Son dövr ədəbiyyat məlumatları araşdırıldıqda yod çatışmazlığı olan ölkələrin əhalisi daxil olmaqla ümumi populyasiyada QV-nin disfunksiyasının (hipo- və hipertiroidizm) 2-8% aralığında rast gəlməsi müəyyən edilmişdir [3]. Qadınlarda hipertiroidizmin rastgəlmə tezliyi 0,5-2%, kişilərdə isə bu göstəricilərdən 10 dəfə aşağıdır [4]. Həqiqi hipotireoidizmin rastgəlmə tezliyi və yayılması müvafiq olaraq 2-4:1000 populyasiya/il və ya 0,8-1,3% təşkil edir [5].

Qeyri-spesifik xorali kolitlə yanaşı qalxanabənzər vəzi disfunksiyasının rastgəlmə tezliyi. Casella G. (2013) İtaliyada ümumi əhali arasında tireoid vəzinin disfunksiyasının rastgəlmə tezliyinin 7,5% (429/5721) təşkil etdiyini və bu göstəricinin QSXX xəstələri ilə müqayisədə (2,5%; 4/162) əhəmiyyətli dərəcədə yüksək olduğunu öyrənmişlər [6]. Digər tərəfdən, bəzi tədqiqatlarda ümumi populyasiya ilə müqayisədə QSXX olan xəstələrdə tireoidal disfunksiyanın rastgəlmə tezliyinin 2-4 dəfə çox olması göstərilmişdir [7-10].

Elmi ədəbiyyatda QSXX ilə xəstələrdə hipertiroidizmin rastgəlmə tezliyinin 0,62-3,7% təşkil etdiyi bildirilir [5, 6, 9, 11-15]. Bununla yanaşı, hipertiroidizm xəstələrində QSXX-nin rastgəlmə tezliyi 1,34% həddindədir [16]. Casella G. (2013) İtaliyada ümumi əhali arasında hipertiroidizmin rastgəlmə tezliyinin 1,21% (69/5721), QSXX xəstələrində isə eyni göstəricinin 0,62% (1/162) olduğunu bildirmişdir [3]. Snook (1989)

*e-mail: paydinova@amu.edu.az

QSXX xəstələrində hiper- və hipotireoidizmin yayılmasının müvafiq olaraq 1,5% və 0,9% olduğunu bildirsə də, nəzarət qrupunda bu xəstəliklərin yayılması 0,7% təşkil etmişdir [9]. Lakin bu tədqiqat işində QSXX xəstələrində yanaşı autoimmun hemolitik anemiya halları istisna olmaqla, autoimmun tireoid xəstəliklərinin xəstəliklərin inkişafının İBX-nin başlanğıcı və ya gedişi ilə əlaqəsi aydın göstərilməmişdir [9]. Bundan əlavə Järnerot (1975) QSXX xəstələrində hipertireoidizmin rastgəlmə tezliyinin nəzarət qrupları ilə müqayisədə əhəmiyyətli dərəcədə yüksək olduğunu bildirmişdir (0,8%-lə müqayisədə 3,7%; $p < 0,01$) [10].

Kron xəstəliyi ilə yanaşı tireoid disfunksiyasının rastgəlmə tezliyi. Bəzi tədqiqatlar Kron xəstələri və nəzarət qrupu arasında tireoid vəzinin funksional testlərində (serum sT3, sT4 və TSH səviyyələri) əhəmiyyətli fərqlərin olmadığını göstərmişlər [18, 30]. Snook (1989) araşdırmada Kron xəstələrində hiper- və hipotireoidizmin rastgəlmə tezliyinin müvafiq olaraq 0,3% və 0,5% olduğunu göstərmişdir [9]. Bu tədqiqat işində nəzarət qrupunda hiper- və hipotireoidizm hallarının rastgəlmə tezliyinin hər 2 patoloji vəziyyət üçün 0,7% olması bildirilmişdir [9]. Yakut (2011) Kron xəstələrində, o cümlədən hər 2 nəzarət qrupu üçün hiper- və hipotireoidizmin rastgəlmə tezliyinin müvafiq olaraq 0% (0/33) və 0% (0/66) olmasını göstərmişdir [18]. Liu isə (2013) Kron xəstələrində hiper- və hipotireoidizm vəziyyətlərinin rastgəlmə tezliyinin müvafiq surətdə 0% (0/44) və 2,3% (1/44) olduğunu aşkar etmişdir [13]. Pooran (2003) Kron xəstələrində hipertireoidizmin rastgəlmə tezliyinin nəzarət qrupu ilə müqayisədə oxşar nəticələr göstərməsinə baxmayaraq, hipotireoidizmin rastgəlmə tezliyinin [3,8% (8/210)] statistik olaraq nəzarət qrupuna nisbətən [8,2% (17/206)] 2 dəfə aşağı olmasını müəyyən etmişdir [17].

İltihabi bağırsağ xəstəlikləri və Qreyvs xəstəliyi. Bazedov xəstəliyi kimi də tanınan Qreyvs xəstəliyi hipertireoidizmin ən çox yayılmış səbəbidir [6, 20]. Bu, təxminən 14/100.000 nəfər nisbətində, ən çox yayılmış autoimmun xəstəliklərdən biridir [31].

Yanaşı qeyri-spesifik kolit və Qreyvs xəstəliyi. Ümumiyyətlə, QSXX-nin patofiziologiyası Th2 sitokin fenotipi ilə əlaqələndirilir və QX-də Th2 aktivliyinin artması müşahidə olunur [15]. Buna görə də həm QX, həm də QSXX Th1/Th2 balansının Th2 nəticələrinin üstünlüyü ilə əlaqələndirilir [7, 15, 16, 19, 20]. Matsumura (2009) 26 yaşlı qadında QSXX və hipertireoidizmin manifestasiyasının infliximab ilə uğurlu müalicəsi haqqında məlumat vermişlər [15]. Əlavə olaraq, onlar Th1/Th2 balanssızlığının

infiximab müalicəsinin başlanmasından 2 həftə sonra yaxşılaşdığını bildirmişlər. Bununla belə, QX-nin QSXX xəstəliyinin ekstraintestinal təzahürü olub-olmaması günümüzə qədər aydınlaşdırılmamışdır [11]. Digər tərəfdən bəzi tədqiqatlar QSXX xəstələri arasında və ümumi populyasiyada hipertireoidizmin rastgəlmə tezliyində fərqlər aşkar etməmişlər [3]. İBX-nin patogenezi üçün qəbul edilmiş fərziyyələrdən biri selikli qişanın immun sisteminin kommensal bakteriyalar kimi luminal antigenlərə qarşı qeyri-bərabər reaksiya göstərməsi hesab edilir [32]. Bununla belə yoğun bağırsaq və QV eyni embrioloji mənşəyə malik olmadığından eyni tətikləyici anticisimlər QX və QSXX arasında qarşılıqlı əlaqənin səbəbi ola bilməz [7, 15].

Casella G. tərəfindən ilk dəfə 1968-ci ildə hipertireoidizm və QSXX-nin birgə müşahidə olunması bildirilmişdir [3]. Hipertireoidizm qadınlarda kişilərə nisbətən (10:1) daha çox rast gəlir [4, 20]. Əksinə, QSXX cinsə görə spesifik xəstəlik deyil. Bu xəstəlik üçün qadın-kishi nisbəti 0,51-1,58 arasında dəyişir [33]. Digər bir araşdırmada müəyyən edilmiş 16 müştərək QX və QSXX xəstəsindən 6-sı (37,5%) kişi, 10-u (62,5%) qadın olmuşdur. 1980-90-cı illərdə müştərək QX və QSXX xəstələrində QSXX inkişaf etməmişdən əvvəl pasiyentlərə QX diaqnozu qoyulmuşdur. Bununla belə, 2000-ci illərdə eyni klinik hadisələrdə diaqnozun qoyulmasında aydın tendensiya olmamışdır. Əslində 1980-ci ildən bəri mövcud 16 hadisədən 6-da (37,5%) QSXX diaqnozu QX-dən əvvəl, 9-da (56,3%) QX diaqnozu QSXX-dən əvvəl, yalnız 1-də (6,3%) eyni vaxtda qoyulmuşdur. Müştərək QX və QSXX xəstəliyinin diaqnozu 18/19 yaşdan 61 yaşa qədər qoyula bilər və hər 2 xəstəliyin diaqnostikası arasındakı interval 0-20 il təşkil etmişdir. QX və QSXX-nin birlikdə rast gəldiyi 16 klinik haldan 6-nda QSXX-nin pankolit, 3-də soltərəfli kolit forması müəyyən edilmiş; proktit forması müşahidə olunmamışdır. 7 xəstədə QSXX-nin tipi müəyyən edilməmişdir. QX-nin başlamasından qısa müddət sonra QSXX-nin manifestasiyası barədə isə məlumat verilməmişdir. QX və QSXX-nin birlikdə rast gəldiyi əksər hallarda QSXX aminosalisilatlar və kortikosteroidlərlə müalicə edilmişdir. Bu hallardan yalnız 3-də farmakoterapiya effektiv olmuş, radikal cərrahi müalicə (total kolektomiya) zərurəti yaranmışdır [3, 8, 20]. Müştərək xəstələrdə QSXX-nin toksik meqakolon kimi ciddi ağırlaşması haqqında məlumat olmamışdır. Əksər hallarda QX antitireoid preparatlarla müalicə olunmur və yalnız bir klinik halda cərrahi əməliyyata göstəriş yaranmışdır (subtotal

tireoidektomiya) [11]. Digər tərəfdən müştərək QX və QSXX ilə bağlı ölüm halları, QSXX fonunda QX olan xəstələrin QSXX fonunda QX olmayan xəstələrlə müqayisədə daha pis proqnoza malik olmasına dair heç bir sübut yoxdur.

Yanaşı Kron və Qreyvs xəstəliyi. *Qreyvs və Kohn xəstəlikləri arasında genetik əlaqələr.* Bəzi tədqiqatlarda QX və KX arasındakı mümkün ümumi genetik amillər qiymətləndirilmişdir. QX xəstələrində PTPN22, CTLA4 və CD40 kimi qeyri-HLA genlərinin rolu ətraflı araşdırılmışdır [34]. Tədqiqatlarda PTPN22-nin İBX riskinə, o cümlədən KX-yə təsir etməməsi göstərilərsə də [35], digər tədqiqatlarda PTPN22-nin KX-nin inkişaf riskinə təsir göstərmə ehtimalının mövcudluğu qeyd edilmişdir [36, 37]. Bir meta-analizdə Kron xəstələrində CD40 genində kiçik allel rs1883832T-nin tezliyi nəzarət qrupuna nəzərən əhəmiyyətli dərəcədə yüksək olmuş, QSXX xəstələrində isə əhəmiyyətli dərəcədə yüksək olmamışdır [38]. Hazırda ümumi genetik mənşəyə görə müştərək KX və QX hallarının baş verib-verməməsi qeyri-müəyyəndir. Ədəbiyyatda QX və KX-nin müştərək rast gəlməsi halları haqqında məlumatlar verilmiş və 3 klinik nümunə təqdim edilmişdir [16, 21, 22]. Bu araşdırmada 3 müştərək KX və QX hadisəsindən 2-si kişi və 1-i qadın olmuşdur. 2 klinik halda əvvəl KX diaqnozu qoyulmuşdur. Müştərək QX və KX hallarında diaqnoz 14-38 yaşda müəyyən edilmiş, ilkin və müştərək xəstəliklərin diaqnostikası arasında interval 0-16 il təşkil etmişdir. Yalnız 1 xəstədə QX-nin diaqnostikası 22 il əvvəl ileumun perforasiyasına görə cərrahi əməliyyat (ileotomiya) olunmuşdur [16]. Hər 3 xəstədə QV-nin disfunksiyası farmakoterapiyadan sonra aradan qalxmışdır. Təqdim etdiyimiz bu nümunələrdə müştərək QX və ya KX hadisələri ölümə səbəb olmamışdır.

Yanaşı iltihabi bağirsaq xəstəlikləri və Haşimoto tireoiditi. Autoimmun tireoidit kimi tanınan Haşimoto tireoiditi (HT) QB vəzinin autoimmun destruksiyası ilə xarakterizə olunan və əsasən qadınlara təsir edən ən çox yayılmış endokrin xəstəliklərdəndir [39]. HT hipotireoidizmin yaygın səbəbidir. HT həmçinin QB vəziyə dağıdıcı təsir göstərdiyi üçün hipertireoidizmə də səbəb ola bilər [39]. Yaponiyada QSXX xəstələrində HT-nin (xroniki tireoidit) rastgəlmə tezliyi 1980-ci illərdə 0,14% (8/5833), 1990-cı illərdə isə 0,07% (1/1433) kimi qeydə alınmışdır [43, 44]. Bardella et al. (2009) HT-nin rastgəlmə tezliyinin QSXX xəstələrində 2,2% (2/90), KX xəstələrində isə 4,4% (4/90) təşkil etdiyini bildirmişdir. Yakut et

al. (2011) QSXX xəstələrində HT-nin rastgəlmə tezliyinin 3,5% (4/113), KX xəstələrində isə 0% olduğunu bildirmişdir (0/33) [18]. Cesarini et al. (2010) QSXX xəstələrində HT-nin rastgəlmə tezliyi 1,8% (8) və KX xəstələrində isə 2,2% (10/464) hədlərindədir [14].

Yanaşı qeyri-spesifik xorali kolit və Haşimoto tireoiditi. HT və QSXX-nin müştərək sporadik halları haqqında məlumat verilsə də, əksər hadisələrdə bu xəstəliklərlə yanaşı immun trombositopenik purpura, I tip şəkərli diabet və ya autoimmun hepatit kimi digər autoimmun xəstəliklər də aşkar olunmuşdur [40, 41]. Üstəlik bu autoimmun xəstəlik eyni xəstədə 3 və daha çox dəqiq müəyyən edilmiş autoimmun vəziyyətlərdən ibarət autoimmun sindromun komponentlərindən biridir [42]. Bəzi müəlliflər Turner sindromu olan xəstədə QSXX və HT-nin olması ilə bağlı 1 hadisə haqqında məlumat vermişlər [45, 46]. 2459 xəstəni əhatə edən kohort tədqiqat işində ümumi populyasiya ilə müqayisədə Turner sindromlu xəstələrdə HT və İBX (həm QSXX, həm də KX) riski əhəmiyyətli səviyyədə yüksək olmuşdur [47]. Belə təsadüflər HT və QSXX-nin Turner sindromunun təzahürləri ola biləcəyinə ciddi əsaslar yaradır.

Yanaşı Kron xəstəliyi və Haşimoto tireoiditi. Araşdırmalarda (İngilis dilli ədəbiyyatda 8 [16, 23, 24, 26, 28, 29] və yapon dilli ədəbiyyatda – 2 [25, 27]), ümumilikdə 10 müştərək KX və HT hallarının xüsusiyyətləri öyrənilmişdir. Xəstələrdən 7-si qadın, digərləri kişi olmuşdur. KX və HT diaqnozu simultan qoyulmuş 3 hadisə istisna edildikdən sonra 5 xəstədə HT-dən əvvəl KX diaqnozu qoyulmuşdur. Müştərək xəstəliklər 10-55 yaş arasında rast gəlməmiş, ilkin və yanaşı xəstəliyin diaqnostikası arasında interval 0-27 il təşkil etmişdir. 3 hipotireoidizm halı [23, 25, 27], şübhəli destruktiv (və ya ağrısız) tireoiditin səbəb olduğu daha 4 hipertireoidizm halı [16, 26, 28, 29] və normal QB vəzi funksiyalı 1 xəstə müəyyən edilmişdir [23]; 1 xəstənin isə QB vəzinin funksional testlərinin nəticələri (fT3/fT4 və TSH səviyyələri) məqalədə qeyd edilməmişdir [24]. Hipotireoidizm hallarında müalicə sintetik tireoid hormonları ilə aparılmışdır. Əvəzedici müalicəyə təbə olmayan tireoid disfunksiyası hadisələri müşahidə edilməmişdir. Yalnız 1 təsadüfdə ailəvi KX aşkar olunmuşdur. Müştərək KX və HT xəstələri arasında letal hadisə olmamışdır [29].

Yekun. Bu araşdırmada biz İBX-ni müşayiət edən (birgə inkişaf edən və ya o ərəfədə yaranan) autoimmun QV xəstəlik hallarının qiymətləndirilməsi məqsədi ilə son illərin ədəbiyyat məlumat-

larının axtarışını apardıq. Ümumi populyasiyada İBX və QV-nin disfunksiyası, QX-nin rastgəlmə tezliyi arasında ciddi fərq aşkarlanmamışdır. Lakin çoxsaylı autoimmun xəstəlikləri olan bəzi xəstələrdə QSXX və HT-nin müştərək təsadüf edilmə halları nisbətən yaygındır. Həmçinin QV xəstəliyinin

inkişafı ilə İBX-nin şiddəti (intensivliyi) arasında əhəmiyyət kəsb edən əlaqə yoxdur. İBX-li və İBX-siz QV xəstələrində ölümcül proqnozlar arasında aşkar fərq qeyd edilməmişdir. Son olaraq, bu sahədə olan suallara cavab tapmaq üçün daha ətraflı tədqiqatlara ehtiyac vardır.

ƏDƏBİYYAT – REFERENCES – ЛІТЕРАТУРА

1. Fakhoury M, Negrulj R, Mooranian A, Al-Salami H. Inflammatory bowel disease: clinical aspects and treatments // *Journal of Inflammation Research.*, 2014;7(1):113–120. doi: 10.2147/jir.s65979
2. Radetti G. Clinical aspects of Hashimoto's thyroiditis // *Endocrine Development*, 2014; 26:158–170. doi: 10.1159/000363162
3. Casella G, De Marco E, Antonelli E. The prevalence of hyper- and hypothyroidism in patients with ulcerative colitis // *Journal of Crohn's and Colitis.*, 2008;2(4):327–330. doi: 10.1016/j.crohns.2008.09.001
4. Gessl A, Lemmens-Gruber R, Kautzky-Willer A. Sex and Gender Differences in Pharmacology, Vol. 214. Berlin, Germany: Springer; 2012. Thyroid disorders; pp. 361–386. (Handbook of Experimental Pharmacology)
5. Seo GH, Chung JH. Incidence and prevalence of overt hypothyroidism and causative diseases in Korea as determined using claims data provided by the health insurance review and assessment service // *Endocrinology and Metabolism*. 2015;30(3):288–296. doi:10.3803/enm.2015.30.3.288.
6. Triantafyllidis JK, Cherakakis A, Theororou M. Coexistence of hyperthyroidism and ulcerative colitis: report of 4 cases and a review of the literature // *Italian Journal of Gastroenterology*, 1992;24(9):494–497.
7. Bonapace ES, Srinivasan R. Simultaneous occurrence of inflammatory bowel disease and thyroid disease // *American Journal of Gastroenterology*. 2001;96(6):1925–1926. doi:10.1016/s0002-9270(01)02459-5.
8. Nishimura M, Yamamoto T, Iijima H, Moriwaki Y, et al. Basedow's disease and chronic ulcerative colitis: a case report and review of the Japanese literature // *Internal Medicine*, 2001;40(1):44–47. doi:10.2169/internalmedicine.40.44.
9. Snook JA, de Silva HJ, Jewell DP. The association of autoimmune disorders with inflammatory Bowel disease // *The Quarterly Journal of Medicine*, 1989;72(269):835–840.
10. Järnerot G, Azad Khan AK, Truelove SC. The thyroid in ulcerative colitis and Crohn's disease. II. Thyroid enlargement and hyperthyroidism in ulcerative colitis // *Acta Medica Scandinavica*, 1975;197(1-2):83–87.
11. Iiai T, Honma T, Ishikawa T, Shimizu H, Hatakeyama K. Hyperthyroidism in association with ulcerative colitis: a case report // *Acta Medica et Biologica*, 2005;53(2):61–64.
12. Iyer SK, Karlstadt RG. Hyperthyroidism and ulcerative colitis: report of two cases and a review of the literature // *Journal of the National Medical Association*, 1980;72(2):127–131.
13. Liu S, Ren J, Zhao Y. Nonthyroidal illness syndrome: is it far away from crohn's disease? // *Journal of Clinical Gastroenterology*. 2013;47(2):153–159. doi:10.1097/mcg.0b013e318254ea8a
14. Cesarini M, Angelucci E, Rivera M. Thyroid disorders and inflammatory bowel diseases: retrospective evaluation of 909 patients from an italian referral center // *Inflammatory Bowel Diseases*, 2010;16(2):186–187. doi:10.1002/ibd.20964.
15. Matsumura K, Nakase H, Yamamoto S. Modulation of the Th1/Th2 balance by infliximab improves hyperthyroidism associated with a flareup of ulcerative colitis // *Inflammatory Bowel Diseases*. 2009;15(7):967–968. doi:10.1002/ibd.20760.
16. Inokuchi T, Moriwaki Y, Takahashi S, Tsutsumi Z, et al. Autoimmune thyroid disease (Graves' disease and Hashimoto's thyroiditis) in two patients with Crohn's disease: case reports and literature review // *Internal Medicine*, 2005;44(4):303–306. doi:10.2169/internalmedicine.44.303
17. Pooran N, Singh P, Bank S. Crohn's disease and risk of fracture: does thyroid disease play a role? // *World Journal of Gastroenterology*, 2003;9(3):615–618. doi:10.3748/wjg.v9.i3.615.
18. Yakut M, Üstün Y, Kabacan G, Soykan I. Thyroid disorders in patients with inflammatory bowel diseases // *International Journal of Clinical Medicine*. 2011;2(2):89–92. doi: 10.4236/ijcm.2011.22018.
19. Terashima Y, Nishiwaki H, Suzuki T. A case of ulcerative colitis complicated with refractory Basedow's disease // *Hormone to Rinsho*, 2001;49:78–81.
20. Kohyama A, Funayama Y, Fukushima K, Shibata C, et al. [An operative case of ulcerative colitis associated with hyperthyroidism] // *Nihon Shokakibyo Gakkai Zasshi*. 2009 Jun;106(6):820-5. Japanese.
21. Gómez R, Shetty AK, Vargas A. Chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy and Graves' disease in an adolescent with Crohn's disease // *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 1999;29(1):91–94. doi:10.1097/00005176-199907000-00022.
22. Kanda K, Okada Y, Nakai M, Morita E, Tanaka Y. A case of Graves' disease occurred as recrudescence of Crohn's disease // *Naika*, 2004;94:397–399.
23. Shah SA, Peppercorn MA, Pallotta JA. Autoimmune (Hashimoto's) thyroiditis associated with Crohn's disease // *Journal of Clinical Gastroenterology*. 1998;26(2):117–120. doi: 10.1097/00004836-199803000-00006.
24. Carneros JA, Ciriza C, Urquiza Ó, Dajil S. Crohn's disease in a patient with Hashimoto's thyroiditis and Sjögren's syndrome // *Medicina Clinica*, 2002;119(2):78–89.
25. Noto H, Iimura M, Karibe T. A case of Turner syndrome complicated with Crohn's disease, erythema nodosum and Hashimoto disease // *Japanese Journal of Gastroenterology*, 2006;103(9):1039–1043.
26. Bank I, Busari JO. Crohn's disease, autoimmune thyroiditis, and beta-thalassemia trait in an adolescent: an unusual combination of diseases // *European Journal of Pediatrics*, 2008;167(11):1343–1346. doi:10.1007/s00431-008-0676-3.
27. Honjo S, Shiraishi M, Doyama A. A case of small intestine Crohn's disease diagnosed by double balloon endoscopy with

- Hashimoto's disease // *Rinsho Shonikagaku*, 2012;60:39–42.
28. Halac U, Herzog D. Bardet-Biedl syndrome, Crohn disease, primary sclerosing cholangitis, and autoantibody positive thyroiditis: a case report and a review of a cohort of BBS patients // *Case Reports in Medicine*, 2012;2012:5. doi:10.1155/2012/209827.209827.
29. Triantafyllidis JK, Durakis S, Merikas E. Crohn's disease of the small bowel, complicated by primary biliary cirrhosis, Hashimoto thyroiditis, and Raynaud's phenomenon: favorable response of all disorders to adalimumab treatment // *Gastroenterology and Hepatology from Bed to Bench*. 2013;6(2):101–105.
30. Tunc B, Filik L, Ulker A, Demirbag A, Sahin B. Subclinical thyroid disorders and inflammatory bowel disease // *Romanian Journal of Gastroenterology*, 2005;14(1):98–99.
31. Menconi F, Marcocci C, Marinò M. Diagnosis and classification of Graves' disease // *Autoimmunity reviews*, 2014;13(4-5):398–402. doi:10.1016/j.autrev.2014.01.013.
32. Tada F, Abe M, Nunoi H. Ulcerative colitis complicated with primary biliary cirrhosis // *Internal Medicine*. 2011;50(20):2323–2327. doi:10.2169/internalmedicine.50.5919.
33. Conrad K, Roggenbuck D, Laass MW. Diagnosis and classification of ulcerative colitis // *Autoimmunity Reviews*., 2014;13(4-5):463–466. doi:10.1016/j.autrev.2014.01.028.
34. Marinò M, Latrofa F, Menconi F, Chiovato L, et al. Role of genetic and non-genetic factors in the etiology of Graves' disease // *Journal of Endocrinological Investigation*, 2015;38(3):283–294. doi:10.1007/s40618-014-0214-2.
35. Zheng J, Ibrahim S, Petersen F, Yu X. Meta-analysis reveals an association of PTPN22 C1858T with autoimmune diseases, which depends on the localization of the affected tissue // *Genes and Immunity*, 2012;13(8):641–652. doi:10.1038/gene.2012.46.
36. Diaz-Gallo L.M, Espino-Paisán L, Fransen K. Differential association of two PTPN22 coding variants with Crohn's disease and ulcerative colitis // *Inflammatory Bowel Diseases*., 2011;17(11):2287–2294. doi:10.1002/ibd.21630.
37. Bank S, Skytt Andersen P, Burisch J. Polymorphisms in the inflammatory pathway genes TLR2, TLR4, TLR9, LY96, NFKB1A, NFKB1, TNFA, TNFRSF1A, IL6R, IL10, IL23R, PTPN22, and PPARG are associated with susceptibility of inflammatory bowel disease in a Danish cohort // *PLoS ONE*, 2014;9(6) doi:10.1371/journal.pone.0098815.e98815.
38. Blanco-Kelly F, Matesanz F, Alcina A. CD40: novel association with Crohn's disease and replication in multiple sclerosis susceptibility // *PLoS ONE*. 2010;5(7) doi:10.1371/journal.pone.0011520.e11520.
39. Caturegli P, De Remigis A, Rose NR. Hashimoto thyroiditis: clinical and diagnostic criteria // *Autoimmunity Reviews*, 2014;13(4-5):391–397. doi:10.1016/j.autrev.2014.01.007.
40. Najafi M, Zamani MM, Rezaei N, Sabbaghian M. Autoimmunity in inflammatory bowel disease: a case of ulcerative colitis with diabetes mellitus, autoimmune hepatitis and autoimmune hypothyroidism // *Turkish Journal of Pediatrics*.2012;54(6):651–653.
41. Paoluzi OA, Crispino P, Rivera M. Skeletal muscle disorders associated with inflammatory bowel diseases: occurrence of myositis in a patient with ulcerative colitis and Hashimoto's thyroiditis-case report and review of the literature // *International Journal of Colorectal Disease*, 2006;21(5):473–477. doi:10.1007/s00384-005-0035-z.
42. Topal F, Senel E, Akbulut S, Topal F, Dölek Y. A new combination of multiple autoimmune syndrome? Coexistence of vitiligo, autoimmune thyroid disease and ulcerative colitis // *Dermatology Reports*, 2011;3, article e19. doi:10.4081/dr.2011.e19.
43. Tomonaga M, Nakamura K, Kinoshita H. A case of ulcerative colitis associated with Graves' disease // *Japanese Journal of Gastroenterology*, 2001;98(6):644–649.
44. Okai K, Machida K, Nishi M, Nanjo K. Complications of extraintestinal endocrine disease associated with ulcerative colitis—association of ulcerative colitis and autoimmune thyroid disease // *Nihon Rinsho*, 1999;57(11):2536–2539.
45. Obata S, Higashi K, Kawano F. A case of Turner's syndrome with idiopathic thrombocytopenic purpura, and Hashimoto's thyroiditis detected in the course of ulcerative colitis // *Nihon Shokakibyo Gakkai Zasshi*, 1994;91(4):899–903.
46. Nishimura H, Kino M, Kubo S, Kawamura K. Hashimoto's thyroiditis and ulcerative colitis in a patient with Turner's syndrome // *The Journal of the American Medical Association*, 1985;254(3):357–358. doi:10.1001/jama.1985.03360030047009.
47. Goldacre MJ, Seminog OO. Turner syndrome and autoimmune diseases: record-linkage study // *Archives of Disease in Childhood*. 2014;99(1):71–73. doi:10.1136/archdischild-2013-304617

SUMMARY

THE ASSOCIATION BETWEEN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AND AUTOIMMUNE THYROID DISEASE

Aydinova P.R., Shirinova X.N.

Azerbaijan Medical University, Department of Surgical Disease I, Baku, Azerbaijan

Ulcerative colitis (UC) and Crohn's disease (CD) are chronic, relapsing diseases of autoimmune origin that cause dangerous inflammation of various parts of the intestine, and are frequently encountered in medical practice. These conditions, collectively known as inflammatory bowel diseases (IBD), cause damage and inflammation in the intestine through the combined action of environmental and immune factors. Hashimoto's and Graves' disease (GD) are the main autoimmune pathologies of the thyroid gland. These diseases lead to gland dysfunctions such as hyperthyroidism (associated with Graves' disease) or hypothyroidism (mainly associated with Hashimoto's thyroiditis (HT)). In the recent scientific literature, the issues related to the simultaneous occurrence of autoimmune diseases of IBD

and GD — their prevalence, mechanisms of development, clinical and diagnostic features, and treatment principles — have not yet been fully studied. The aim of the study is to evaluate the clinical aspects of the co-occurrence of IBD and autoimmune thyroid diseases based on recent literature.

Keywords: Non-specific ulcerative colitis, Crohn's disease, Hashimoto's thyroiditis, Graves' disease

РЕЗЮМЕ

СВЯЗЬ МЕЖДУ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ КИШЕЧНИКА И АУТОИММУННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Айдынова П.Р., Ширинова Х.Н.

*Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра хирургических болезней I,
Баку, Азербайджан*

Язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК) – хронические рецидивирующие заболевания аутоиммунного происхождения, вызывающие опасное воспаление различных отделов кишечника и часто встречающиеся в медицинской практике. Эти состояния, известные под общим названием воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), вызывают повреждение и воспаление кишечника в результате комбинированного воздействия факторов окружающей среды и иммунной системы. Болезнь Хашимото и тиреоидит Грейвса (БГ) являются основными аутоиммунными патологиями щитовидной железы. Эти заболевания приводят к нарушениям функции железы, таким как гипертиреоз (связанный с болезнью Грейвса) или гипотиреоз (в основном связанный с тиреоидитом Хашимото (ТХ)). В современной научной литературе вопросы, связанные с одновременной встречаемостью аутоиммунных заболеваний ВЗК и БГ – их распространенность, механизмы развития, клинко-диагностические особенности и принципы лечения – до сих пор не до конца изучены. Цель исследования – оценить клинические аспекты сочетанной встречаемости ВЗК и аутоиммунных заболеваний щитовидной железы на основе данных современной литературы.

Ключевые слова: неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, тиреоидит Хашимото, болезнь Грейвса

Redaksiyaya daxil olub: 28.06.2025

Çapa tövsiyə olunub: 22.07.2025

Rəyçi: Professor F.H.Camalov