

РЕВМАТОИД АРТРИТ БЕМОРЛАРДА СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИ УЧРАШИ**Ш. А. Наимова**

Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон

Таянч сўзлар: ревматоид артрит, сурункали буйрак касаллиги, коптокча фильтрация тезлиги, нефропатия
Ключевые слова: ревматоидный артрит, хроническая болезнь почек, скорость клубочковой фильтрации, нефропатия.

Key words: rheumatoid arthritis, chronic kidney disease, glomerular filtration rate, nephropathy

Сурункали буйрак касаллиги сурункали патологияларнинг ўлим ва асоратлари орасида учинчи ўринни эгаллайди. Йигирманчи асрнинг охирида тиббиёт фанининг ва фармакологиянинг ривожланиши сурункали буйрак касаллигининг ривожланишини секинлаштириш, диагностикани яхшилаш, асоратлар хавфини камайтириш ва даволаниш харажатларини камайтиришга имкон берадиган янги юқори самарали ва арзон профилактика усулларини ишлаб чиқиш учун асос яратди. Тадқиқотда ревматоид артрит беморларда касаллик давомийлигига боғлиқ равишда сурункали буйрак касаллиги тарқалиши ва синдромлари берилган.

ВЫЯВЛЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**Ш. А. Наимова**

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Хроническая болезнь почек занимает третье место среди причин смертности и осложнений хронических патологий. В конце 20 века развитие медицинской науки и фармакологии заложило основу для разработки новых высокоэффективных и недорогих профилактических методов, позволяющих замедлить развитие хронической болезни почек, улучшить диагностику, снизить риск осложнений, и снизить стоимость лечения. В статье приведены распространенность и синдромы хронических заболеваний почек у больных ревматоидным артритом.

OCCURRENCE OF CHRONIC KIDNEY DISEASE IN RA PATIENTS**Sh. A. Naimova**

Bukhara state medical institute, Bukhara, Uzbekistan

Chronic kidney disease is the third leading cause of death and complications of chronic pathologies. At the end of the 20th century, the development of medical science and pharmacology laid the foundation for the development of new highly effective and inexpensive preventive methods that allow to slow down the development of chronic kidney disease, improve diagnosis, reduce the risk of complications and reduce the cost of treatment. Prevalence and syndromes are given in the article.

XX ва XXI асрларнинг бошларида дунё ҳамжамияти нафақат тиббий, балки улкан ижтимоий-иқтисодий аҳамиятга эга бўлган глобал муаммо - ҳар йили миллионлаб одамларнинг ҳаётига зомин бўладиган, юқори нархлардаги даволаниш учун ногиронлик ва эҳтиёж билан боғлиқ оғир асоратларни келтириб чиқарадиган сурункали ноинфекцион касалликлар пандемиясига дуч келди. Шу сабабли, меҳнатга лаёқатли аҳолининг ногиронлик даражасини пасайтириш ва соғлиқни сақлаш харажатларини камайтириш учун СБКнинг дастлабки босқичларини ўз вақтида ташхислаш ва узайтириш муҳим вазифа ҳисобланади. РА да буйрак зарарланиши Варшавский В.А. ва Каневский М.З. маълумотларига кўра 46,2 % ни ташкил этади [1,3] ва иккиламчи амилоидоз, тезлашган “яллиғланиш характердаги” атерогенез фонидаги нефроангиосклероз, яллиғланишга қарши дори-воситаларининг нефротоксик таъсири ва хусусан ревматоидли нефропатия (мезангиопротрофиератив гломерулонефрит – 35-60%, минимал ўзгаришлар билан нефропатия – 3-14%, шунингдек, р-ANCA(нейтрофил цитоплазматик антигенига қарши антитела) – ярим ой хужайралар билан ассоцирланган некрозловчи гломерулонефрит кабилар буйрак зарарланиши таркибига киради. Сўнгги йилларда ревматоидли артрит (РА) да буйрак шикастланишининг салбий прогностик аҳамияти тадқиқотчилар эътиборини тортмоқда [4,7,8]. Ревматоидли артритда буйрак шикастланишининг турли хил шакллари, хусусан, гломерулонефрит, амилоидоз, васкулит, шунингдек ятроген зарарланиши (аналгетик тубулопатия, мембраноз нефропатия ва бошқалар) тасвирланган [2,5,9]. Шуниси эътиборга лойиқки, бундай беморларда ҳақиқий клиник шароитларда буйрак патологиясини морфологик текшириш бир қатор объектив сабабларга кўра узок вақт давомида амалга оширилмаслиги мумкин. РА нинг энг оғир вицерал кўринишларидан бири бу нефропатия бўлиб, у алоҳида ўрин тутаяди у нафақат касалликнинг оғирлиги ва прогностини, балки унинг натижасини ҳам белгилайдиган омил бўлиб қолмоқда. РАда нефропа-

тиянинг сабаблари ҳар хил: буйрак зарарланиши касалликнинг намоён бўлиши ёки асоратларидан бири бўлиши мумкин (иккиламчи амилоидоз), шунингдек, дори терапиясининг натижаси бўлиши мумкин [6,10].

Ҳозирги замонавий босқичда РА билан касалланган беморларда буйрак патологияси пайдо бўлиши даражаси ва давомийлиги тўғрисида бир фикр мавжуд эмас. Синовиал мембраналарнинг аутоиммун яллиғланиши буйрак патологиясини ривожланиш хавфига тўғридан-тўғри таъсири тўғрисида етарли далиллар мавжуд эмас, аммо шу билан бирга, соғлом эркакларда буйрак қон оқимининг интерлейкин-6 даражаси билан ўзаро боғлиқлиги (корреляцияси) ҳақидаги маълумотлар етарли [11,12].

Шилова Э.М. ва бошқ. (2002), В.Л. Думан ва бошқ. нинг фикрига кўра, IgA нефропатидеда УҚТ да гематрия кўриш соҳасида 50 дан ортиқ эритроцитлар бўлиши оқибатни ёмонлаштиради ва ҳатто ундан ҳам кўпроқ учраши – макрогематурия деб таъкидланган. IgA нефропатия кўп йиллар давомида оқибатли бўлиб ҳисобланган бўлса-да, ҳозирги кунда бу кўп ҳолларда сурункали буйрак етишмовчилигига олиб келиши аниқланди. Сўнгги шарҳларга кўра, 10 йил давомида "буйрак" билан ўртача яшаш умри кўпгина тадқиқотларда 80-85% ни ташкил этади [8,13]. Бундан ташқари, беморларнинг 30-40% касалликнинг бошланишидан бошлаб 20 йил ичида СБЙнинг сўнгги босқичини ривожланади [9,14].

Ишнинг мақсади. РА беморларда касалликнинг давомийлигига кўра СБК учраш даражасини аниқлаш.

Тадқиқотни материаллар ва усуллар. Тадқиқотни амалга оширишда жами 84 ревматоидли артрит (РА) бемор текширилди. Материаллар тўплами 2018 йилдан 2023 йилгача Бухоро Вилоят Кўп Тармоқли Тиббиёт Маркази ревматология бўлимида диагностика ва даво мақсадида стационар ётқизилган беморлар орасида ўтказилди. Ташҳис қўйишда беморларнинг клиник, рентгенологик, лаборатория ва иммунологик текшириш усуллари асосида фойдаланилди. Барча беморларда ўртача касалликнинг давомийлиги 3 йилдан 31 йилгача аниқланди (1 расм). Тадқиқотга жалб қилинган беморларнинг ёши 28 ёшдан 63 ёшгача ва ўртача 51,9±1,37 ёшни ташкил этди. Кўпинча РА бўлган беморларда бўғимларнинг носимметрик зарарланиши, шу жумладан эрталабки қарахтлиқ, ҳаракат пайтида ва палпация пайтида оғрик, зарарланган бўғимларда ҳаракат чекланиши ва шиш билан намоён бўлган бўғим синдроми кузатилди. Қўл ва оёқларнинг майда бўғимлари, билак ва тизза бўғимлари кўп ҳолларда зарарланган. Беморларнинг аксарияти (89,0%) полиартрит аниқланди. Шунингдек, кичик, ўрта, катта бўғимларнинг зарарланиши қайд этилди. Серопозитив РА 71 (84,5%) беморда учради. Патологик жараённинг клиник кенгайтирилган босқичи 31 (36,9%) беморда, клиник кечки босқичи - 18 (21,4%) беморларда қайд этилган. Кўпроқ нисбатда учраган II даражали РА фаоллигининг учраши (DAS – 28 индекси бўйича) 38 (45,2%) беморда ва I фаоллик даражаси эса - 19 (23%) беморда аниқланди. Эрозив артрит 33 (39,2%) беморда кузатилди. III рентген босқичи бўлган беморлар - 26 (30,9%) тани, IV рентген босқичи эса 15 (17,8%) тани ташкил этиб, II функционал синф билан - 32 (38,1%) бемор ва III функционал синф билан 23 (27,3%) беморда аниқланди. Танланган беморлар орасида касалликнинг давомийлигига кўра 3 гуруҳга бўлинди: Биринчи гуруҳ беморлар касаллик давомийлиги 5 йилгача – 23 бемор (27%), иккинчи гуруҳ беморлар 5 йилдан 10 йилгача – 34 (40%) ҳамда учинчи гуруҳ беморлар 27 (32%) РА билан беморлар киритилди.



1 расм. РА беморлар касаллик давомийлигига кўра тақсимланиши.

Патологик жараённинг клиник кенгайтирилган босқичи 31 (36,9%) беморда, клиник кечки босқичи - 18 (21,4%) беморларда қайд этилган. Кўпроқ нисбатда учраган II даражали РА фаоллигининг учраши (DAS – 28 индекси бўйича) 38 (45,2%) беморда ва I фаоллик даражаси эса - 19 (23%) беморда аниқланди. Эрозив артрит 33 (39,2%) беморда кузатилди. III рентген босқичи бўлган беморлар - 26 (30,9%) тани, IV рентген босқичи эса 15 (17,8%) тани ташкил этиб, II функционал синф билан - 32 (38,1%) бемор ва III функционал синф билан 23 (27,3%) беморда аниқланди. Танланган беморлар орасида касалликнинг давомийлигига кўра 3 гуруҳга бўлинди: Биринчи гуруҳ беморлар касаллик давомийлиги 5 йилгача – 23 бемор (27%), иккинчи гуруҳ беморлар 5 йилдан 10 йилгача – 34 (40%) ҳамда учинчи гуруҳ беморлар 27 (32%) РА билан беморлар киритилди.

Қўйилган вазифаларга эришиш мақсадида биринчи касаллик гуруҳи РА орасида текшириш олиб борилди (n = 84). Барча беморлар умумий сийдик таҳлили ўтказилганда кўпроқ

қуйидаги: протеинурия, гематурия, лейкоцитурія ҳамда уларнинг биргаликда келиши патологияси аниқланди. Умумий сийдик таҳлилидаги ҳар қандай ўзгаришлар сийдик синдроми таркибига киритилди. Бунда беморлар орасида сийдик синдроми таркиби қуйидагича эди: протеинурия — 33,3% (84 тадан 28 тасида), эритроцитурія — 9,5% (84 тадан 8 тасида), лейкоцитурія — 4,8% (84 тадан 4 тасида), протеинурия ва лейкоцитурія — 2,3 % (84 тадан 2 тасида), протеинурия ва эритроцитурія — 3,5% (84 тадан 3 тасида), лейкоцитурія ва эритроцитурія — 2,3 % (84 тадан 2 тасида).

Ревматоид артрит беморларда буйрак функционал ҳолати таҳлил қилинганда қуйидаги қийматларга эришилди: нормал КФТ (> 90 мл/мин/1,73 м²) РА беморларида 42,9% (84 тадан 36 тасида); енгил КФТ пасайиши (60–89 мл/мин/1,73 м²) РА патологиясида 36,9% (84 тадан 31 тасида), ўртача КФТ пасайиши (30–59 мл/мин/1,73 м²) РА билан оғриганларда 11,9% (84 тадан 10 тасида); КФТ нинг кучли пасайиши (30–44 мл/мин/1,73 м²) билан фақат РА беморларида 5,9% (84 тадан 5 тасида) аниқланиб, КФТ кескин пасайиши (15–29 мл/мин/1,73 м²) билан 2,4% (84 тадан 2 тасида) РА беморлари қайд этилди.

РА беморларида буйрак зарарланиши хавф омилларини аниқлаш мақсадида беморлар асосий касаллик давомийлигига кўра бир неча гуруҳларга тақсимланди. Асосий касаллик давомийлиги давом этиши билан буйрак зарарланиш белгиларининг ортиши аниқланди.

Жадвалдан кўриниб турибдики, сийдик синдроми кўрсаткичларининг асосий касаллик давомийлигига тўғри пропорционал боғлиқлик асосида ўзгариши кўрсатилган (1-жадвал, 2 - расм), РА беморларида 5-10 йил ва 10 йилдан юқори гуруҳлар орасида статистик ишончли натижага эришилди. 5 йилгача ва 5-10 йил орасидаги гуруҳлар ўртасида ишончлилик даражаси ўрнатилган қийматдан ошмади (p = 0,05).

1 жадвал.

РА касаллиги давомийлигига боғлиқ равишда буйрак функционал хусусиятлари.

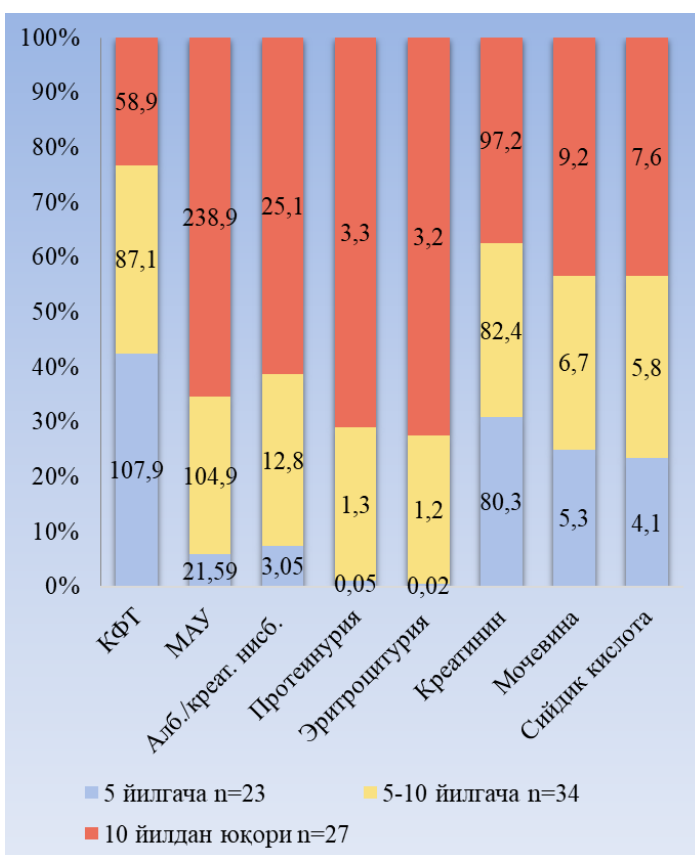
Кўрсаткич	5 йилгача РА, n=23	5-10 йил РА n=34	> 10 йил РА n=27	$p^{1-2}, p^{1-3}, p^{2-3}$
КФТ, мл/мин/1,73	107,9±2,5	87,1±1,8	58,9±3,3	0,3; 0,01; 0,001
МАУ, мг\дл	21,59±4,2	104,9 ±3,4	238,9 ±3,1	0,2; 0,04; 0,001
Албумин/креатини нисбати мг/ммол	3,05±1,2	12,8±2,4	25,1±3,1	0,05; 0,001; 0,04
Протеинурия, г\л	0,05±0,02	1,3±0,3	3,3±1,1	0,3; 0,05; 0,03
Эритроцитурія, к.м. (Нечипоренко бўйича)	0,02±0,01	1,2±0,4	3,2±1,2	0,4; 0,05; 0,03
Креатинин, мкмол/л	80,3±1,6	82,4±2,1	97,2±3,1	0,2; 0,05; 0,04
Мочевина, ммол/л	5,3±0,3	6,7±0,4	9,2±1,3	0,4; 0,05; 0,03
Сийдик кислота, мг\дл	4,1±2,3	5,8±2,5	7,6±1,6	0,06; 0,05; 0,04

Изоҳ: p^{1-2} – давомийлиги 5 йилгача бўлган гуруҳ билан давомийлиги 5-10 йил бўлган гуруҳдаги РА беморлар кўрсаткичлари ўзгариши нисбати p қиймати p^{2-3} – давомийлиги 5-10 йил бўлган гуруҳ билан давомийлиги 10 йилдан юқори бўлган гуруҳдаги РА беморлар кўрсаткичлари ўзгариши нисбати p қиймати p^{1-3} – давомийлиги 5 йилгача бўлган гуруҳ билан давомийлиги 10 йилдан юқори бўлган гуруҳдаги РА беморлар кўрсаткичлари ўзгариши нисбати p қиймати.

Шунингдек РА беморларда асосий касалликнинг буйрак зарарланиш кўрсаткичаларига нисбатан ўзгариши таҳлил қилинди. Беморларимизда касаллик давомийлигига кўра буйрак зарарланиш кўрсаткичлари МАУ, протеинурия, эритроцитурія ва КФТ ўзгариши таҳлил қилинганда бу ерда ўртача қиймат солиштирилган 5 йилгача давом этган РА билан 10 йилдан юқори давом этган гуруҳлар орасида статистик ишончли $p=0,001$ фарқга эришилди. Буйрак шикастланиши субклиник кўрсаткичлари ўрни ва ревматоидли нефропатия эрта босқичи диагностикасининг аҳамияти РА ва АС беморларда буйрак патологиясини эрта аниқлаш, у билан боғлиқ бўлган асоратларни олдини олишда ҳамда беморлар ҳаёт сифатини яхшилашда ифодаланди. Ревматоидли артрит нефропатияси бўлган беморларда буйракнинг умумий (азот билан ажралиб чиқадиган) функциясини баҳолаш қийматлари ҳам соғлом одамларнинг қиймат даражасидан фарқ қилди. ПУ аниқланган гуруҳда креатинин қиймати бошқа беморлар ва назорат гуруҳларига нисбатан юқорилиги - 74 (66;83) ммол/л билан ажралиб турди.

Шуниндек, МАУ бўлган беморларда нефропатияси бўлмаган беморлар билан ушбу параметрда статистик жиҳатдан аҳамиятли фарқ аниқланмади ($p > 0,05$). Шундай қилиб, РА да ПУ нефропатия буйракнинг парциал функциясининг катта депрессияси билан боғлиқлиги кузатилди.

Хулоса. Кўриниб турибдики, узоқ муддатли юқори фаолликдаги РА, нефропатия ривожланишини белгиловчи муҳим омил ҳисобланади. Олинган маълумотларнинг таҳлили шуни кўрсатдики, РА касаллари орасида сийдик синдроминанг тарқалиши анча юқори (56%) ва АС беморларда эса (41%) нисбатан пастроқ қийматда аниқланди. РА нинг тизимли кўринишлари мавжуд бўлганда СС пайдо бўлиш даражасинг деярли икки баробар кўпайиши ушбу натижа фойдасига гувоҳлик беради. Шундай қилиб, РА ва АС да СС нинг мавжудлиги буйрак зарарланишининг дастлабки белгиси бўлиб хизмат қилиши ва кейинги текширувлар учун "бошланғич нуқта" бўлиб хизмат қилиши мумкин.



2 расм. РА касаллиги давомийлигига кўра кўрсаткичлар ўзгариши.

Фойдаланилган адабиётлар:

- Anvarovna N. S. Features Of Kidney Damage at Patients with Ankylosing Spondylarthritis //Texas Journal of Medical Science. – 2021. – Т. 3. – С. 18-22.
- Avina-Zubieta J.A., Choi H.K., Sadatsafavi M. et al. Risk of cardiovascular mortality in patients with rheumatoid arthritis: a meta-analysis of observational studies. Arthritis Rheum. 2008;59(12): 1690-7.
- Bowling CB, Sawyer P, Campbell RC, Ahmed A, Allman RM. Impact of chronic kidney disease on activities of daily living in community-dwelling older adults. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2011;66(6):689-694.
- Claire Lefebvre, Jade Hindić, Michael Zappitelli, Robert W Platt, Kristian B Filion, Non-steroidal anti-inflammatory drugs in chronic kidney disease: a systematic review of prescription practices and use in primary care, Clinical Kidney Journal, Volume 13, Issue 1, February 2020, Pages 63–71
- Naimova N. S. et al. Features of coagulation and cellular hemostasis in rheumatoid arthritis in patients with cardiovascular pathology //Asian Journal of Multidimensional Research (AJMR). – 2019. – Т. 8. – №. 2. – С. 157-164.
- Naimova S. A. Principles of early diagnosis of kidney damage in patients of rheumatoid arthritis and ankylosing spondylarthritis //British Medical Journal. – 2021. – Т. 1. – №. 1.
- Алиахунова М. Ю., Наимова Ш. А. Features of kidney damage at patients with rheumatoid arthritis //Новый день в медицине. – 2020. – №. 2. – С. 47-49.
- Бичурина Д.М., Гайдукова И.З., Апаркина А.В., Хонджарян Э.В., Ребров А.П. Нарушение функции почек у пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника и аксиальными спондилоартритами, принимающих нестероидные противовоспалительные препараты Клиническая нефрология. 2017. - № 4. - С. 29-32.
- Годзенко А.А., Корсакова Ю.Л., Бадокин В.В. Методы оценки воспалительной активности и эффективности терапии при спондилоартритах. Современная ревматология. 2012;6(2):66-76.
- Думан В.Л. Факторы, влияющие на прогноз при хроническом гломерулонефрите с изолированным мочевым синдромом / В.Л. Думан, Н.Ю. Батанина // Госпитальный вестник. - 2005. - №3. - С. 42-47
- Калюжина МИ, Бухарова ЕО, Шатута АЮ, и др. Функционально-морфологическое состояние почек у больных ревматоидным артритом//Бюллетень сибирской медицины. 2009;8(4(2)):51-54.
- Насонов Е.Л., Олюнин Ю.А., Лиля А.М. Ревматоидный артрит: проблемы ремиссии и резистентности к терапии. Научно-практическая ревматология. 2018; 56(3): 263–271.
- Оранский СП. Хроническая болезнь почек при ревматоидном артрите: ассоциация с сердечно-сосудистым риском // Фундаментальные исследования. 2013;12-2:285-288
- Панина И.Ю., Румянцев А.Ш., Меншугина М.А., Ачкасова В.В., Дегтерева О.А., Тугушева Ф.А., Зубин И.М. особенности функции эндотелия при хронической болезни почек. Обзор литературы и собственные данные. Нефрология. 2007;11(4):28-46.