

ISSN 2181-5534

ИНФЕКЦИЯ, ИММУНИТЕТ И ФАРМАКОЛОГИЯ



№ 6 / 2020

ИНФЕКЦИЯ, ИММУНИТЕТ И ФАРМАКОЛОГИЯ

Научно-практический журнал

6/2020

Журнал основан в 1999 г.

Редакционная коллегия:

Главный редактор — профессор Тулиганов А. А.

акад. Арипова Т.У., д.м.н. Абдухакимов А.Н., проф. Арипов А.Н., д.б.н. Аллаева М.Ж., д.м.н. Ашурова Д.Т., проф. Аминов С.Д. (ответственный секретарь), проф. Гулямов Н. Г., проф. Исмаилов С.И., проф. Ибадова Г.А., проф. Искандарова Ш.Б., проф. Каримов М.М., проф. Каримов М.Ш., проф. Комилов Х.М. проф. Косимов И.А. (зам. глав. редактора), проф. Отабеков Н.С., проф. Туляганов Р.Т. проф. Мавлянов И.Р., проф. Маматкулов И.Х. (зам. глав. редактора), проф. Мусабаев Э.И., проф. Мухамедов И.М., проф. Таджикиев Б.М., проф. Туйчиев Л.Н., д.м.н. Саидов С.А., проф. Иноятов А.Ш., , проф. Назруллаев Н.У., проф. Наврузова Н.И., д.ф.н. Камбаров Х.Ж., б.ф.н. Кахоров Б.А., ф.ф.н. Жалилов Ф.С.

Редакционный совет:

акад. РАН, Кукес В.Г. (Москва)
акад. Даминов Т.А. (Ташкент)
акад. Тулегенова А.У. (Астана)
акад. Тураев А.С. (Тошкент)
акад. Раменская Г.В. (Москва)
акад. Иноятова Ф.И. (Ташкент)
проф. Мадреимов А.М. (Нукус)
проф. Сагдуллаев Ш.Ш. (Ташкент)

проф. Ахмедова М.Д. (Ташкент)
проф. Аскарров Т.А. (Бухара)
проф. Облокулов А.Р. (Бухара)
проф. Сайфутдинов Р.Г. (Казань)
проф. Гариб Ф.Ю. (Москва)
проф. Каримов Х.Я. (Тошкент)
проф. Умарова Ш.З. (Тошкент)
проф. Нуралиев Н.А. (Бухара)
д.м.н. Расулов С.К. (Самарканд)

TOSHKENT TIBBIYOT
AKADEMIYASI KUTUBXONASI
№ _____

Ташкент-2020

YUQA BERISH
MUMKIN EMAS

ASOSIY O'QUV ZALI

СОДЕРЖАНИЕ

1. **АБДУРАЗЗАКОВА Д.С., МАТЧАНОВ С.Х.** CHLAMYDIA TRACHOMATIS БИЛАН БИРГАЛИКДА КЕЛГАН РЕВМАТОИД АРТРИТ КАСАЛЛИГИНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ.....3
2. **АБИДОВА А.Д., ЦЕОМАШКО Н. Е.,** РАНЕВЫЕ ПОКРЫТИЯ С РЕГЕНЕРАТИВНЫМИ, АНТИМИКРОБНЫМИ И АНТИОКСИДАНТНЫМИ СВОЙСТВАМИ.....12
3. **АВЕЗОВ Н.Ш., КОДИРОВА Д.А., БОБОЕВ Қ.Т., ШЕРТАЕВ М.М., КАРИМОВ А.К., МАҚСУДОВА А.Н.** КЎКРАК БЕЗИ САРАТОНИ РИВОЖЛАНИШИДА ЎСМА ОҚСИЛИ P53 ГЕНИ PRO47SER ПОЛИМОРФИЗМИНИНГ РОЛИ18
4. **АКИЛОВ Х.А., ХУСАНОВ А.М., ИБАДОВ Р.А.** COVID-19 И РЕАЛИЗАЦИЯ СТРАТЕГИЙ БОРЬБЫ С ПАНДЕМИЕЙ 28
5. **БАГДАСАРОВА Э.С., РАСУЛОВА В.Б.** ВЛИЯНИЯ ОМАГНИЧЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ФЕНАЗЕПАМА И ДИМЕДРОЛА НА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СНА ЖИВОТНЫХ.... 37
6. **БЕРДИЕВА З.И., ТАДЖИЕВ Б.М.** ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОЛЛАРДА БИОЛОГИК ФАОЛ ҚЎШИМЧАСИНИНГ ОППОРТУНИСТИК КАСАЛЛИКЛАР РИВОЖЛАНИШИГА ТАЪСИРИ42
7. **ДЖУМАЕВ А.И., ТАШМУХАМЕДОВА Ш.С., КАДИРОВА З.А.** ПОЛУЧЕНИЕ РАНЕВЫХ ПОВЯЗОК НА ОСНОВЕ ГИДРОГЕЛЕВОЙ МАТРИЦЫ И ИЗУЧЕНИЕ ИХ НЕКОТОРЫХ ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИХ СВОЙСТВ47
8. **ЖАББОРОВА Ф.У., ИСМАИЛОВА А.А., ИНОЯТОВ А.Ш.** АНАЛИЗ МЕСТНОГО МУКОЗАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА КАК ВАЖНОГО ФАКТОРА ЗАЩИТЫ ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ52
9. **ҚАҲУМОВ F.S. ТУКНТАҲЕВ F.H.** PHARMACOLOGICAL PROPERTIES OF DRY EXTRACT OF MILK THISTLE SILYBUM MARIANUM L. SEED 60
10. **КУРБАНОВ Б.Ж.** КОРОНАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИ (COVID-19) ТАРҚАЛИШИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАҲЛИЛИ.....67
11. **ҚОДИРОВ Ш.Қ., ДУМАЕВА З.Н., ДУМАЕВА М.Ш.** АМИНОТРАНФЕРАЗА ФЕРМЕНТИ ГОМЕОСТАЗИГА ГАММА НУРЛАНИШНИНГ ТАЪСИРИ73
12. **МАДАМИНОВА М.А, НУРАЛИЕВА Х.О, УББИНИЯЗОВА А.М.** ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ НЕКОТОРЫХ ПАТОГЕННЫХ КИШЕЧНЫХ ПРОСТЕЙШИХ В РЕКЕ АМУДАРЬЯ.78
13. **МАТКАРИМОВА D.S., ABDULLAEV R.B., АХМЕДОВА Z.B., АХМЕДОВА F.B.** FEATURES OF INCIDENCE AND FREQUENCY OF CLINICAL MANIFESTATIONS OF APLASTIC ANEMIA 85
14. **ОТАЖОНОВ И.О.** КАМ ОКСИЛЛИ ПАРҲЕЗ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ 92
15. **ТАДЖИЕВ Б.М., БЕРДИЕВА З.И.** ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОЛЛАРНИНГ КЛИНИК ХОЛАТИНИ БИОЛОГИК ФАОЛ ҚЎШИМЧАЛАР ОРҚАЛИ ЯХШИЛАШ98
16. **ТАШМЕТОВА Г.Т., ТАШМЕТОВ Х.М.** РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ПОСТИНФЕКЦИОННОЙ АСТЕНИИ В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА...101
17. **ТАШПУЛАТОВА М.М., НАБИЕВА Д.А.** РАЦИОНАЛИЗАЦИЯ ФАРМАКОТЕРАПИИ РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА.....108
18. **ТУРСУМЕТОВ А.А., МУХАМЕДОВ И.М., ЖАФАРОВ Х.М., САБИРМАТОВ А.А.** ВОЗМОЖНОСТИ МЕТИЛЕНОВОЙ СИНИ В ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ИНАКТИВАЦИИ БАКТЕРИЙ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ IN VITRO.....113

CHLAMYDIA TRACHOMATIS БИЛАН БИРГАЛИКДА КЕЛГАН РЕВМАТОИД АРТРИТ КАСАЛЛИГИНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Абдураззакова Дилрабо Сейтбаевна., Матчанов Сейтбай
Худайбергенович.

Тошкент тиббиёт академияси

d-r.Said@mail.ru

Калит сузлар: ревматоид артрит, хламидий инфекцияси.

Кириш. Ревматоид артрит (РА) – аутоиммун яллиғланиш хусусиятига эга ноаниқ этиологияли ревматологик касаллик бўлиб, сурункали эрозив артрит ва ички аъзоларнинг тизимли зарарланиши билан кечувчи, беморларни эрта ногиронликга ҳамда уларнинг ҳаёти давомийлигининг қисқаришига олиб келувчи касаллик [1].

Ревматоид артрит касаллигининг этиологияси шу кунга қадар номаълумлигича қолмоқда [2, 3]. Бу эса ўз навбатида РА касаллигини даволашда ўзига хос қийинчиликларни туғдирмоқда. Ҳаттоки ривожланган мамлакатларда қўлланилаётган инфликсимаб, ретуксимаб, этанерцепт, адалимумаб, тоцилизумаб сингари янги ген иженерияси биологик агентлари синфига кирувчи дори воситалари ёрдамидаги агрессив терапия ҳам РАни даволаш муаммосини ечиб бераётгани йўқ [4].

Бу мақолани ёзишдан мақсад РА касаллигининг кечиш хусусиятлари ва даволаш самарадорлигига хламидий инфекциясининг (*Chlamydia trachomatis*) таъсирини шифокор ва изланувчилар эътиборига етказишдан иборат. Бу муаммога бағишланган адабиётлар камлиги ҳам хламидий инфекцияси билан ассоциацияланган РА касаллигининг кечиши ва даволаш принципларини чуқур ўрганишни талаб қилади. Адабий манбаларда РАга чалинган айрим беморлар синовиал суюқлигида хламидий антигенларининг аниқланганлиги тўғрисида қисқагина маълумотлар келтирилган холос [5-7]. Жумладан С.В. Шубин ва муаллифдошлари [8] РАга чалинган 8 та беморнинг 2 нафари синовиал суюқлигида культурал усул билан *Chlamydia trachomatis* инфекциясини аниқлаган. Шу билан бир қаторда А.В. Петров [6] Полимер-занжир реакцияси (ПЗР) усули билан 13,2% РАга чалинган беморлар синовиал суюқлиги нейтрофилларида *Chlamydia trachomatis* инфекцияси мавжудлигини аниқлаган. Бизнинг фикримизча РАга чалинган беморларда хламидий инфекциясининг аниқланиши буғим синдромига ўзига хос хусусият бериб, касалликни даволаш самарадорлигига ўзининг таъсирини кўрсатади [9].

Хламидий инфекцияси Chlamydiacea оиласи, Chlamydophila авлодига кириб, улар *Chlamydia psittaci*, *Chlamydia pneumonia* ва *Chlamydia trachomatis*ларга бўлинади. Бу мақолада “хламидий инфекцияси” термини ишлатилганда фақатгина *Chlamydia trachomatis* тушинилади.

Chlamydia trachomatis инфекцияси В. Jones томонидан 1949 йилда аниқланган. Ўтган асрнинг 80-йилларигача хламидиоз инфекциясининг инсониятда тарқалиши ва унинг организмга таъсири тўлиқ баҳоланилмасдан келган. Охирги ўн йилликларда иммуноферент анализ, ПЗР, культурал услуб сингари янги диагностик усулларнинг пайдо бўлиши хламидий инфекциясининг популяция орасида кенг тарқалганлигини кўрсатди. Натижада шу кунга келиб гонореясииз уретритларнинг 40-58%ни *Chlamydia trachomatis* инфекцияси чақириси аниқланган. Буюк Британия аҳолиси ўртасида ўтказилган скрининг тест шуни кўрсатдики 180000 та аҳолининг ҳар ўнинчисида хламидий инфекцияси борлиги аниқланган (13% 20-24 ёшли эркекларда ва 12% 16-19 ёшли аёлларда), [10].

Chlamydia trachomatis инфекцияси цилиндрик эпителий мавжуд бўлган барча аъзоларни, жумладан оғиз бўшлиғи, жинсий аъзолар, тўғри ичак ва бошқа аъзоларни зарарлаши мумкин. Хламидий инфекцияси XXI асрнинг бошига келиб тиббиётнинг янги эпидемиологик муаммосига айланиб қолмоқда. Натижада бугунги кунга келиб хламидий инфекцияси стационардан стрептококк инфекциясини сиқиб чиқармоқда. Шу кунда чақирувчиси А гуруҳидаги β -гемолитик стрептококк бўлган ўткир ревматик иситма касаллигига чалинган беморларни ревматология бўлимларида учратиш қийин бўлиб қолаётган бўлса, хламидий инфекцияси туфайли юзага келган реактив артритли беморлар эса доимо даволанишмоқда.

Хламидий инфекцияси аёлларда цервицит, сальпингит, аднексит, цистит, проктит, эндометрит, фарингит, конъюнктивит, увеит шаклида кечади. Эркекларда эса инфекциянинг клиник белгилари бироз бошқача бўлиб, кўпинча конъюнктивит, увеит, уретрит, баланит ёки баланопостит, простатит, эпидидимит, проктит шаклида учрайди.

Хламидий инфекциясининг буғим тизимини зарарлаши ревматологлар учун изланишни талаб қиладиган муаммолардан бири бўлиб ҳисобланади. Адабий маълумотларда келтирилишича 1% ҳолларда хламидий инфекцияси реактив артритга олиб келади [11]. Хламидий инфекциясига чалинган беморларда 1-12 ҳафта ичида артрит симптомлари пайдо бўлади. *Chlamydia trachomatis* инфекцияси юктирилгандан кейин камида 1-7 кунда реактив артрит белгилари пайдо бўлиши мумкин. Охирги пайтларда хламидий инфекцияли реактив артритларда кўпчиликка маълум учлик: артрит, уретрит, конъюнктивит сингари симптомларнинг ҳар доим ҳам учрамаётганлиги кузатилмоқда.

Буғим касалликларининг этиопатогенезида хламидий инфекциясининг аҳамияти, улар антигенининг макроорганизм аутоантигени билан молекуляр ўхшашлиги орқали тушинтирилади [12].

Ичак микрофлораси сингари кўплаб буғим касалликлари этиологик омиллари сифатида урогенитал инфекциянинг ҳам аҳамияти катта.

РА касаллигининг ривожланишида микроорганизм ва вирусларнинг аҳамияти тўғрисидаги гипотеза бир-неча ўн йилликлар давомида олимлар орасида муҳокама қилиниб келмоқда, жумладан патоген урогенитал микрофлоранинг роли ҳам. РАга чалинган беморлар буғимида *Chlamydia*

trachomatis антигени, қонида эса унга қарши антитаналар аниқланиш даражаси соғлом инсонларга ёки остеоартрозга чалинган беморларга нисбатан ишонарли кўп учраши аниқланган [13].

Юқоридаги келтирилган маълумотларга асосан биз, РА касаллигининг кечиш хусусиятлари ва даволаш самарадорлигига хламидий инфекциясининг таъсирини ўрганишни мақсад қилиб қўйдик. Бундан ташқари бу муаммони ўрганишга айрим клиник кузатувлар натижасида юзага келган саволлар ҳам сабабчи бўлиб ҳисобланди. Жумладан, нимага РАга чалинган айрим беморларда ҳар хил гуруҳлардаги базис воситалар қулланиб келишига қарамасдан давонинг самарасизлиги? Нимага бир хил РАли беморлар айрим буғимларида классик РАга хос бўлмаган гиперемия аниқланади? Нимага айрим РАли беморларда йирик буғимлар асимметрик зарарланади? Нимага айрим РАли беморларда турғун субфебрелитет қайд қилинсаю, бошқаларида тана ҳарорати кўтарилиши умуман кузатилмайди? Нимага айрим РАли беморларни даволашда метотрексат қўлланилиши маълум муддатдан кейин тана ҳарорати кўтарилишига олиб келади.

Бундай клиник ҳолатларни таҳлил қилиш бизга РА касаллигида хламидий инфекциясининг ролини чуқурроқ ўрганишга асос бўлиб ҳисобланади.

Клиник кузатувда 50 дан ортиқ РАга чалинган бемор текширилиб, уларнинг 15 нафарида хламидий инфекцияси аниқланди. Бугунги кунга келиб айрим гуруҳ РАли беморларда хламидий инфекцияси фақат диагностик топилмагина эмаслиги маълум бўлди. Бу беморларда *Chlamydia trachomatis* асосий касалликнинг клиник кўринишига ўзгача жило берибгина қолмасдан, балки касаликнинг кечиши ва даволаш самарадорлигига ўзининг салбий таъсирини кўрсатиши аниқланди. Бундай беморларда биринчи бўлиб кўзга ташланадиган нарса, бу айрим буғимлар гиперемияси. Одатда бу қўл панжаси проксимал фалангаларо буғимлари, гоҳида эса қўл панжаси иккинчи ёки учинчи бармоқ-панжа буғими. Кўпинча қўл панжаси бешинчи проксимал фалангаларо буғимларида шиш ва буғим усти териси гиперемияси типик ҳисобланади. Класик РАда зараланган буғим гиперемияси кузатилмайди. Қатор ҳолатларда қўл панжаси проксимал фалангаларо ва бармоқ-панжа буғимлари симметрик полиартрити фонида бош бармоқнинг дистал фалангаларо буғимларида яллиғланиш жараёни кузатилади. Бу ҳолатда бемор буғими шишиб, терисида қизариш аниқланади. Одатда классик ревматоид артритнинг бошланғич даврида бу буғимда патологик жараён кузатилмайди. Аксинча бу буғим зарарланиши “РАни инкор қилувчи” буғимлар қаторига киритилади. РАли беморда қўл панжаси V проксимал фалангаларо буғимлари ва бош бармоқ дистал фалангаларо буғимидаги шиш ҳамда зарарланган буғим устидаги тери гиперемияси кузатилганда 100% ҳолларда хламидий инфекцияси аниқланди.

Қачонки РА касаллигининг дастлабки даврларида беморнинг оёқ панжаси бош бармоқлари ёки дистал фалангаларо буғимларида шиш аниқланса, бундай ҳолларда бу буғимлар зарарланиш сабабларини ҳам

чукур ўрганиш лозим. РАнинг классик шаклида оёқ панжаси бош бармоқлари артрити касалликнинг охириги даврларида учраши мумкин. Бу буғим ҳам “РАни инкор қилувчи” буғим ҳисобланади. Албатта бундай ҳолларда оёқ панжаси бош бармоғи яллиғланиши билан кечадиган бошқа касалликлар тўғрисида ҳам фикр юритиш мақсадга мувофиқ бўлиб ҳисобланади.

Одатда, қўл панжаси буғимларида яллиғланиш носимметрик артрит шаклида учраса, яллиғланиш сабаби кўпинча хламидий инфекцияси туфайли юзага келади. Мисол учун, агар беморнинг ўнг билак-панжа буғимида шиш ва оғриқ кузатилсаю, чап билак-панжа буғимида ўзгариш аниқланмаса, шу билан бир қаторда қўл панжаларидан бирининг I-II бармоқлар проксимал фалангалараро буғимларида яққол артрит аниқланса, бундай беморларни хламидий инфекциясига текшириш лозим ҳисобланади.

Маълумки, хламидийли реактив артритларда оёқ йирик буғимларининг зинапоясимон асимметрик зарарланиши кузатилади. Агар беморда ишонарли РА ташхиси аниқланган бўлсаю, болдир-товон ва тизза буғимларининг асимметрик шиши кузатилса бундай беморларни ҳам хламидий инфекциясига текшириш лозим. Бундай ҳолатларда қон билан бир вақтда шишган буғим синовиал суюқлигини ПЗР усули билан *Chlamydia trachomatis*га текшириш лозим.

Хламидий инфекцияси билан ассоциацияланган РА учун тирсак буғимлари зарарланиши хос бўлиб, гоҳида бундай ассоциация тирсак буғимларининг букилган контрактурасига олиб келади. Соф РА касаллигида тирсак буғимлари артрити кам учрайди ёки касалликнинг сўнги босқичларида кузатилади. Хламидий билан ассоциацияланган РА касаллигида зарарланган тирсак буғимида синовиал суюқлик борлиги аниқланади. Буғим усти териси маҳаллий гипертермияси, ҳаракатда ва пайпаслаганда кучли оғриқ аниқланади.

Агарда бемор товонидаги оғриққа (талалгия) шикоят қилса ёки клиник кўрувда шифокор томонидан энтезит аниқланса, беморга РА ташхиси аниқ қўйилган бўлишига қарамасдан у хламидий инфекциясига текширилиши лозим. Тинимсиз талалгия – бу хламидий инфекцияси учун патогномик симптом бўлиб ҳисобланмайди. У псориатик артропатияда ёки бошқа этиологияли реактив артритда ҳам учраши мумкин. Лекин шу билан бир қаторда бу симптом хламидий инфекциясида жуда кўп учрайди ва ташхисни аниқлашда шифокорга ёрдам беради.

РА касаллигида тана ҳарорати кўтарилиши кам учрайдиган ҳолат. Чунки иммун яллиғланиш жараёнининг ўзи тана ҳароратининг кўтарилиши билан кечмайди. РАга чалинган беморларда субфебрелитет сабабларидан бири, бу кўшимча хламидий инфекцияси мавжудлигини билдириши мумкин. Бу ҳолда тана ҳарорати кўтарилиши бир-неча ой, ҳаттоки йиллаб давом қилиши мумкин. Фақатгина фаол антибактериал давогина тана ҳароратини меёрига тушириши мумкин. Одатда бундай беморга яллиғланишга қарши базис даво сифатида метотрексат буюрилиши, тана ҳароратини меёрлашувга олиб келмайди, аксинча метотрексат бундай беморларнинг

тана ҳарорати юқори кўтарилишига замин яратиб беради. Бу эса метотрексатнинг ноҳуя таъсири эмас, балки ўтказилган иммуносупрессив даво фониди инфекциянинг кўзиши ҳисобланади.

Лаборатор текширишлар натижасига кўра, хламидий инфекцияси билан ассоциацияланган РА касаллигида одатда патологик жараённинг юқори фаоллиги аниқланади. Беморда эритроцитлар чўкиш тезлигининг соатига 50-60 мм гача кўтарилганлиги, қонда С-реактив оксил миқдорининг жуда юқори кўрсаткичларгача ошганлиги аниқланди. Шунини таъкидлаш жоизки, яллиғланишнинг лаборатор кўрсаткичлари юқори бўлишига қарамасдан касалликнинг клиник белгилари кам ривожланганлиги аниқланди.



1-расм.

Хламидий билан ассоциацияланган айрим серонегатив РАли беморларда патологик жараённинг майда буғимлар билан бирга йирик буғимларда, айниқса тирсак ва чаноқ-сон буғимида тез авж олиб кечиши аниқланади. Рентгенограммалари 1 ва 2- расмларда келтирилган РАли беморда касаллик Рейтер синдроми сингари артрит, конъюнктивит ва уретрит билан бошланган. Лекин касалликнинг биринчи ярим йилидаёқ диагностик мезонлар РАнинг классик вариантыга хос аниқланди. Бундай беморларнинг синовиал суюқлиги ПЗР усули билан хламидий инфекциясига текширилганда натижа ҳар доим мусбат аниқланди.

26 ёшли ревматоид артритли бемор тирсак буғими рентгенограммаси Клиник кузатув шунини кўрсатдики, РА касаллигининг дастлабки 2-3 йилида оёқ панжаси IV-V-бармоқлари 3-расмда келтирилган рентгенограммадаги сингари деструктив ўзгариш учраса, бундай беморларнинг барчасида хламидий инфекцияси аниқланди.

Биз кузатишлар натижасида хламидий инфекцияси билан биргаликда келган РА касаллигининг 10 та клиник хусусиятларини аниқладик.

1. Касалликнинг илк даврида “РАни инкор қилувчи буғимлар” нинг зарарланиши.
2. Яллиғланган буғимларнинг айримларидаги шиш, тери гиперемияси билан биргаликда келиши.
3. Қўл панжаси буғимларининг асимметрик зарарланиши.
4. РАли беморларда энтезит ва талалгия аниқланиши.

5. Касалликнинг илк даврида тирсак буғимларининг артрита, айниқса контрактураси аниқланиши.

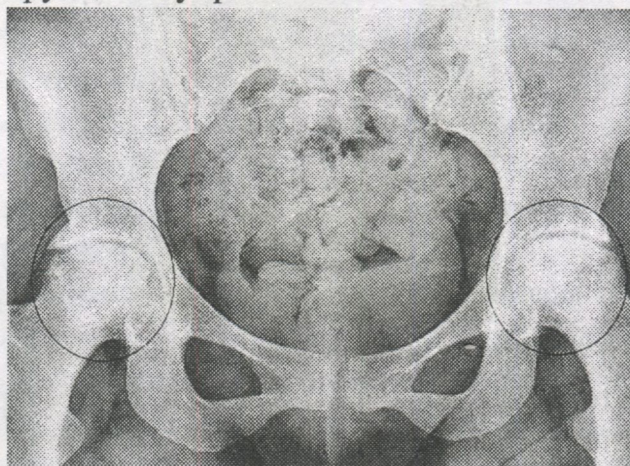
6. РАли беморларда узоқ вақт давом қилувчи субфебрелитет.

7. Яллиғланишнинг лаборатор белгилари юқори бўлишига қарамасдан клиник симптомларнинг камлиги.

8. РАли беморларда базис даво сифатида метотрексат қўлланилиб бошлангандан кейин тана ҳарорати кўтарилиб бошлаши.

9. Йирик буғимлар деструкцияси билан кечувчи серонегатив РА.

10. РАнинг дастлабки даврида оёқ панжаси IV-V бармоғи деструкцияга учраши.



2-расм. 26 ёшли ревматоид артритли бемор чаноқ-сон буғимлари рентгенораммаси

Хламидий инфекцияси билан ассоциацияланган РАнинг юқорида санаб ўтилган хусусиятларининг барчаси битта беморда учрамаслиги мумкин. Кимдадир айрим буғимлар яллиғланиши тери гиперемияси билан кечса, бошқа беморларда тирсак буғимлари зарарланиши билан бошланади, учинчи гуруҳ беморларда эса касалликнинг бошқа хусусиятлари кузатилиши мумкин.

Юқорида санаб ўтилган белгиларнинг бир-иккитасининг РАли беморларда учраши, уларда касалликнинг хламидий инфекцияси билан биргаликда кечаётганлиги тўғрисида фикр уйғотиши лозим. Бундай беморларни хламидий инфекциясига текшириш, ташхисни аниқлаш ва даволаш самарадорлигини оширишга ёрдам беради.

РАли беморларда хламидий инфекциясининг аниқланиши, албатта касалликни даволаш ва беморни диспансер кузатиш жараёнида инобатта олиниши лозим. Биринчидан кўшимча инфекциянинг бартараф қилиниши асосий касалликнинг фаолиги сусайишига олиб келса, айрим беморларда ремиссия даврининг чўзилишини таъминлаб беради. Кўп йиллар илгари РА касаллигини диспансер кузатув даврида сурункали инфекция ўчоқлари санациясига катта эътибор қаратилганлиги бежиз эмас.

Иккинчидан, касаллик хламидий инфекцияси билан бирга келганда РА касаллигини даволашда “Олтин стандарти”га айланган метотрексат ўз самарасини бермаслиги, аксинча гоҳида касаликнинг кўзишига олиб келиши аниқланди. Бу ҳолда метотрексатнинг иммунодепрессив таъсири инфекциянинг фаоллашувига олиб келиши мумкин. Бу эса ўз навбатида артритнинг кўзишига замин яратади. Бундай беморларда базис даво сифатида метотрексат ўрнига сульфасалазин препарати ишлатилиши даво самарадорлигини ошириши аниқланди.

Учинчидан, хламидий инфекцияси билан ассоциацияланган РАли беморлар синовиал суюқлигида хламидий инфекцияси аниқланганда буғим ичига бу инфекцияга таъсир қилувчи антибактериал воситалар юборилиши лозим.

Тўртинчидан, охириги йилларда бутун жаҳонда РАни комплекс даволашда альфа ўсмаси некрози омили (ЎНО- α)га қарши моноклонал антитаналар қўлланилмоқда. Булар Ремикейд, Мабтера сингари препаратлар [14]. Бу дори воситаларининг ножуя таъсири сифатида тана ҳарорати кўтарилиши, кнъюнктивит, сийдик йўллари инфекцияси, пиелонефрит, вагинит сингари патологик жараёнлар кузатилади. Хламидий инфекцияси билан ассоциацияланган РА касаллигида юқоридаги препаратлар қўлланилиши хламидий инфекциясининг фаоллашувига олиб келади. Натижада бундай беморларда хламидий инфекцияси кўзишига хос бўлган симптомлар пайдо бўлади. Балки булар Ремикейд, Мабтера сингари дори воситаларининг ножуя таъсири бўлмасдан беморларда хламидий инфекциясининг фаоллашуви натижасида пайдо бўлган симптомлардир.

Бешинчидан РАга чалинган беморларда хламидий инфекцияси аниқланганда макроорганизмнинг инфекцияга қарши курашишни яхшилаш учун иммуностимуляторлар (циклоферон, полиоксидоний) буюрилиши мақсадга мувофиқ эмас. Чунки, иммуностимуляторлар аутоиммун жараённи кучайтириб РА касаллигининг фаоллигини ошириши мумкин.

Олтинчидан хламидий инфекциясини даволашда доксациклин сингари гепатотоксик антибиотиклар тавсия қилинмайди. Чунки йиллар давомида базис даво сифатида ишлатилувчи препаратлар, айниқса метотрексатнинг метаболизми жигарда кечадиган антибиотиклар билан биргаликда қўланилиши жигар зарарланишини кучайтиради.

РАли беморларда хламидий инфекцияси эрадикациясига эришиш мумкинми?

Асоратсиз хламидий инфекциясини даволаш одатда қийинчилик туғдирмайди. Айниқса сурункали рецидивланувчи хламидий инфекциясини даволаш қийин кечади. Хламидий инфекцияси аниқланган беморларни даволашнинг ягона тактикаси йўқ. Кейинги йилларда микст-инфекция ҳолатлари, яъни битта беморда бир вақтнинг ўзида хламидий ва уреоплазма ёки микоплазма учраши кўп кузатилмоқда. Хламидий инфекциясида антибиотикларга сезувчанликнинг камайиши одатда бета-лактамли антибиотиклар қўлланилиши, антибиотикларни кичик дозада ёки қисқа муддатга қўллаш натижасида юзага келади. Хламидий билан

ассоциацияланган РА касаллигини даволашда юқорида келтирилган маълумотларга эътибор қаратиш, инфекцияни бартараф қилишга замин яратади, натижада асосий касалликнинг фаоллиги камайиб ремиссия даври чўзилишига олиб келади.

Шундай қилиб РАли беморларда кўпинча *Chlamydia trachomatis* инфекцияси аниқланиши мумкин. Хламидий билан ассоциацияланган РА касаллиги ўзининг клиник хусусиятларига эга. *Chlamydia trachomatis* РА касаллигининг кечишига ўзининг салбий таъсирини кўрсатиб буғимлар зарарланишида ўзига хос аҳамиятга эга. Бундай беморларда хламидий инфекциясининг аниқланиши даволаш тактикасига ўзгартиришлар киритишни талаб қилади.



3-расм. 18 ёшли ревматоид артритли бемор оёқ панжаси рентгенограммаси

ФЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. Насонов Е.Л., Российские клинические рекомендации. Ревматология [Электронный ресурс] / Е.Л. Насонов - М.: ГЕОТАР-Медиа, 2017. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4261-6 - режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru-book/ISBN9785970442616.html>.
2. Catrina AI, Svensson CI, Malmström V, et al. Mechanisms leading from systemic autoimmunity to joint-specific disease in rheumatoid arthritis. *Nat Rev Immunol.* 2017;13(2):79-86. doi: 10.1038/nrrheum.2016.200.
3. Smolen JS, Aletaha D, McInnes IB. Rheumatoid arthritis. *Lancet.* 2016;388(10055):2023-38. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30173-8.
4. Furst D. E., Breedveld F. C., Kalden J. R. et al. // *Ann. Rheum. Dis.*-2007.- Vol. 66.- P. 2-22.
5. Pavlica L., Draskovic N., Kuljic-Kapulica N., Nikolic D. // *Vojnosanit. Pregl.* -2003.- Т. 60, 1.- S. 5-10.
6. Petrov A. V. // *Lik. Sprava.*- 2005.- Т. 5-6.- S. 28-32.
7. Butrimiene I., Ranceva J., Griskevicius A. // *Scand. J. Rheumatol.*-2016.- Vol. 35, 6.- P. 459-462.
8. Шубин С. В., Уримова М. М., Агабабова Э. Р. и др. // *Науч.-практ. ревматология.*- 2008.- 1.- С. 17-24.

9. Dilrabo Abdurazzakova, Seytbay Matchanov. Impact of Chlamydia infection on quality of life of rheumatoid arthritis patients. International Journal of Advanced Science and Technology. Vol. 29, No. 5, (2020), pp. 1515-1520.

10. Braun J., Kingsley G., van der Heijde D., Sieper J. // Rheumatology.- 2012.- Vol. 27.- P. 2185-2192.

11. CDC. Recommendations for the laboratory-based detection of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae*--2014. MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports / Centers for Disease Control. Mar 14 2014;63(RR-02):1-19.

12. Praveen Kumar, Geetika Khanna, Sumit Batra, Vinod K. Sharma, Sangita Rastogi. Chlamydia trachomatis elementary bodies in synovial fluid of patients with reactive arthritis and undifferentiated spondyloarthropathy in India, International Journal of Rheumatic Diseases 2016; 19: 506–511).

13. Влияет ли персистенция *Chlamydia trachomatis* в полости сустава на темпы рентгенологического прогрессирования у пациентов с ранним ревматоидным артритом? / Н.А. Мартусевич Н.А. [и др.] // Лечебное дело. – 2011. - №3. – С.27-34.

14. Oldroyd AGS, Symmons DPM, Sergeant JC, et al. Long-term persistence with rituximab in patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2018 Jun 1; 57(6):1089-1096. doi: 10.1093/rheumatology/key036.

РЕЗЮМЕ

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В СОЧЕТАНИИ С CHLAMYDIA TRACHOMATIS

Абдураззакова Дилрабо Сейтбаевна, Матчанов Сейтбай
Худайбергенович

Ташкентская медицинская академия

d-r.Said@mail.ru

Ревматоидный артрит в сочетании с хламидийной инфекцией имеет своеобразную клиническую картину. Хламидийная инфекция отрицательно влияет на течение ревматоидного артрита, изменяя клиническую картину суставного синдрома. Наличие хламидийной инфекции у больных с ревматоидным артритом отрицательно влияет на исход лечения основного заболевания.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, хламидийная инфекция.

SUMMARY

FEATURES OF THE COURSE OF RHEUMATOID ARTHRITIS IN COMBINATION WITH CHLAMYDIA TRACHOMATIS

Abdurazzakova Dilrabo Seytbaevna, Matchanov Seytbay

Hudaybergenovich

Tashkent Medical Academy

d-r.Said@mail.ru

Rheumatoid arthritis in combination with chlamydial infection has a peculiar clinical picture. Chlamydial infection negatively affects the course of rheumatoid arthritis, changing the clinical picture of the articular syndrome. The presence of chlamydial infection in patients with rheumatoid arthritis negatively affects the outcome of treatment of the underlying disease.

Key words: rheumatoid arthritis, chlamydial infection.

УДК: 660.5-001.4-089:660.5-77

РАНЕВЫЕ ПОКРЫТИЯ С РЕГЕНЕРАТИВНЫМИ, АНТИМИКРОБНЫМИ И АНТИОКСИДАНТНЫМИ СВОЙСТВАМИ

Абидова Азиза Джалиловна, Цеомашко Наталья Евгеньевна

Ташкентская Медицинская Академия.

mitl2017@mail.ru

Введение. На сегодняшний день проблема лечения ран и раневой инфекции остается актуальной на протяжении всей истории травматологии, комбустиологии и хирургии. Гнойные раны, ожоги, язвы отягчены длительными сроками заживления, часто наблюдаемыми неудовлетворительными косметическими и функциональными результатами (Гладкова Е.В. с соавт, 2014, 19. Widgerow A.D. et al., 2015, Ковалёв К.С. & Мидленко В.И., 2017, Pavlíňáková V et al, 2018). Актуальность данной проблемы подчеркивается еще и тем, что многие исследователи прямо или косвенно связывают причину нарушения заживления ран с микробной агрессией.

В настоящее время существует более 300 разработок по раневым покрытиям по всему миру, но охватить все необходимые требования к повязкам они не в состоянии. Основные требования, предъявляемые к раневым покрытиям, заключаются в создании оптимальной микросреды для заживления ран, высокой абсорбционной способности в отношении раневого экссудата, способности предотвращать проникновение микроорганизмов, достаточной проницаемости для газов, паров воды и УФ и ИК лучей при использовании препаратов для фотодинамической терапии, эластичности, отсутствии пирогенного, антигенного, токсического, местного раздражающего и аллергического действий.

По форме изготовления и способу применения раневые покрытия подразделяются на губки, гелеобразующие покрытия, пленочные покрытия, покрытия, формирующиеся при распылении композиции в виде аэрозоля, комбинированные покрытия (Юданова Т.Н. с соавт., 2014). Зарубежными фирмами из донорской кожи человека выпускаются покрытия: «TransCyte» (биосинтетическая полупроницаемая мембрана силикона на нейлоновой сетке, покрытая свиным коллагеном и человеческими фибробластами), «Dermagraft» (фибробласты на биоабсорбируемой сетке полилактина), «Apligraf» (клетки кератиноцитов и фибробластов), «Integra» (коллаген, хондроитин-6-сульфат, гликозаминогликан из хрящей акулы) и др. (Swan J, 2014, Legeza VI et al, 2015, Masci VL et al, 2016, Kovalenko OM et al, 2017).

Изучив мировой опыт и отталкиваясь от своих собственных