

ISSN 2181-5887



O'ZBEKISTON TERAPIYA AXBOROTNOMASI



ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК УЗБЕКИСТАНА

№ 2, 2022

O'zbekiston terapevtlar Assotsiatsiyasi
Ассоциация терапевтов Узбекистана

ISSN 2181–5887

O'ZBEKISTON TERAPIYA AXBOROTNOMASI

Ilmiy-amaliy jurnal

2022. № 2

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК УЗБЕКИСТАНА

Научно-практический журнал

КАРДИОЛОГИЯ

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИНИНГ ТУРЛИ ГЕМОДИНАМИК ТИПЛАРИ. КАМҚОНЛИК БИЛАН КЕЧГАНДА ЮРАК ИЧИ ГЕМОДИНАМИКАСИНИ БАҲОЛАШ <i>Халилова Ф.А.</i>	7
ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, А ТАКЖЕ АДЕКВАТНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ <i>Закиров Н.У., Ирисов Дж.Б., Курбанов Р.Д., Инагомоев Ж.Р.</i>	14
ТЕЧЕНИЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ МИОКАРДИТОМ <i>Ходжакулиев Б.Г., Ахмедова Д.М., Назаров А.А.</i>	18
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Аляев Б.А., Абдуллаев А.Х., Узоев Ж.К., Курмаева Д.Н., Пулатов Н.Н., Якубов М.М.</i>	24
СОБСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПО ОЦЕНКЕ НЕПОСРЕДСТВЕННОГО КЛИНИЧЕСКОГО И АНГИОГРАФИЧЕСКОГО УСПЕХОВ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ БИОРЕЗОРБИРУЕМОГО КАРКАСА НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ «MAGMARIS» <i>Холикулов С.Ш., Санакулов Ж.М., Юлдошев Н.П., Нагаева Г.А.</i>	31

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

СУРУНКАЛИ ЎПКА ОБСТРУКТИВ КАСАЛЛИГИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА МЕТАБОЛИК ЖАРАЁНЛАРИНИНГ ҲОЛАТИ ВА КОМПЛЕКС ДАВО МУОЛАЖАЛАР ТАЪСИРИ <i>Аляев А.Л., Рахимова Д.А., Муминов Д.К.</i>	36
ЎПКАНИНГ СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ КАСАЛЛИГИ ЎПКА ГИПЕРТЕНЗИЯСИ БИЛАН КЕЧГАНДА ЎПКА АРТЕРИЯСИ СИСТОЛИК БОСИМИ БИЛАН ҚОННИНГ ГАЗ ТАРКИБИ КЎРСАТКИЧЛАРИ ОРАСИДАГИ КОРРЕЛЯЦИОН БОҒЛИҚЛИК ВА ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ СОЛИШТИРМА ЎРГАНИШ <i>Холов Г.А., Гадаев А.Г., Туракулов Р.И., Ибрагимов У.Д.</i>	39
КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА В РАЗВИТИИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ В САМАРКАНДСКОМ РЕГИОНЕ <i>Ибадова О.А., Шодикулова Г.З.</i>	46
COVID-19 ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАРНИ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОСҚИЧИДА КАРДИОРЕСПИРАТОР ТИЗИМИ ФУНКЦИОНАЛ ЎЗГАРИШЛАРИНИНГ КЛИНИК ҲОЛАТ ОҒИРЛИГИГА БОҒЛИҚ КЕЧИШИ <i>Рахимова Д.А., Аляев А.Л., Абдуллаев А.Х., Сабиржанова З.Т.</i>	51
ЎПКАНИНГ СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ КАСАЛЛИГИ ЎПКА ГИПЕРТЕНЗИЯСИ БИЛАН КЕЧГАНДА ТАШҚИ НАФАС ФАОЛИЯТИ БИЛАН ЮРАК ГЕМОДИНАМИКАСИ КЎРСАТКИЧЛАРИ ОРАСИДАГИ КОРРЕЛЯЦИОН БОҒЛИҚЛИК ВА ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ СОЛИШТИРМА ЎРГАНИШ <i>Гадаев А.Г., Холов Г.А., Кенжаев М.Л., Туракулов Р.И.</i>	55
СЫВОРОТОЧНЫЕ СУРФАКТАННЫЕ ПРОТЕИНЫ SP-A И SP-D КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ БИОМАРКЕРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ <i>Шодикулова Г.З., Ибадова О.А.</i>	62
СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ ЎПКА КАСАЛЛИГИДА КАРДИОВАСКУЛЯР ПАТОЛОГИЯ КОМОРБИДЛИГИНИ ЭРТА АНИҚЛАШ <i>Камилова У.К., Тошов С.С.</i>	69

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО БЕСКАМЕННОГО ХОЛЕЦИСТИТА И БИЛИАРНОЙ ДИСФУНКЦИИ ФИТОПРЕПАРАТАМИ <i>Каримов М.М., Дусанова Н.М., Собирова Г.Н., Саатов П.С.</i>	73
---	----

ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ДРЕВЕСНОГО ГРИБА (GANODERMA LUCIDUM) ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ДИСБИОЗА КИШЕЧНИКА У ПАЦИЕНТОВ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ <i>Кадирова С.Р., Хамрабаева Ф.И.</i>	76
ИЗУЧЕНИЕ МИКРОБИОМЫ КИШЕЧНИКА У СПОРТСМЕНОВ ЦИКЛИЧЕСКОГО ВИДА СПОРТА С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА <i>Валижанова З.И., Абдулхаева Д.Р., Юлдашева Г.Р., Хаджиметов А.А.</i>	81
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 <i>Адылова Д.Ш., Даминова Л.Т.</i>	84
СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ С: БЎФИМЛАРНИНГ ЗАРАРЛАНИШИ, ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ <i>Шукурова Ф.Н., Каримов М.Ш.</i>	88
МЕСТО КОМБИНАЦИИ ЭЗОМЕПРАЗОЛА И ЦИНКА В ЛЕЧЕНИИ НПВП ИНДУЦИРОВАННОЙ ГАСТРОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА <i>Саидов Ш.Б., Хамрабаева Ф.И.</i>	92
КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У СПОРТСМЕНОВ ЦИКЛИЧЕСКОГО ВИДА СПОРТА <i>Абдулхаева Д.Р., Валижанова З.И., Юлдашева Г.Р.</i>	95

РЕВМАТОЛОГИЯ И НЕФРОЛОГИЯ

REVMATOID ARTRITLI BEMORLAR REABILITATSIYASIDA FIZIK OMILLARNING QO'LLANILISHI <i>Aliaxunova M.Yu., Abdullayev A.X.</i>	99
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТРИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С НСВ-ИНФЕКЦИЕЙ И РОЛЬ ЦИТОКИНОВ В ДИАГНОСТИКЕ <i>М.Ш. Каримов, Ф.Н. Шукурова</i>	106
OSTEOARTRITLI BEMORLARDA SUYAK TO'QIMASI METABOLIZMI VA JIGAR FAOLIYATI KO'RSATKICHLARI <i>Aliaxunova M.Yu., Abdullaev A.X.</i>	115
СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ <i>Алиахунова М.Ю., Исамитдинова Н.Ш.</i>	121
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РИВАРОКСАБАНА И ВАРФАРИНА ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК <i>Игамбердиева Р.Ш., Абдуллаев Ш.С., Ерина М.Ю., Каримджанова Г.А.</i>	123
ВЛИЯНИЕ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ НА ФУНКЦИЮ ПОЧЕК И ВНУТРИПОЧЕЧНОЕ КРОВООБРАЩЕНИЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ <i>Эргашов Ж.И., Султонов Н.Н., Шукурова Л.Х.</i>	127
SURUNKALI BUYRAK KASALLIGIDA OXIRGI BOSQICHDA UYQUNING BUZILISHI <i>Daminov B.T., Alyavi B.A., Platonov S.A., Xalmuxamedov J.A., Rasulev Y.E., Xolikov A.Yu., Nasirov A.A.</i>	132
ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА ПРИ ТЕРМИНАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ <i>Игамбердиева Р.Ш., Абдуллаев Ш.С., Ерина М.Ю., Каримджанова Г.А., Турсунбаев Р.С., Шарипова А.У., Сабиров У.Х.</i>	143
QANDLI DIABET 2-TURI VA SURUNKALI BUYRAK KASALLIGI BO'LGAN BEMORLARDA GIPERGLIKEMIYANI BOSHQARISH <i>Daminov B.T., Xaydarova F.A., Aliyeva A.V., Holmuhamedov J.A., Rasulev Y.E.</i>	151
БУЙРАК ЎРИНБОСАР ТЕРАПИЯСИ ФОНИДА БЕМОРЛАРНИНГ РУХИЙ ҲОЛАТИ ҲАМДА ҲАЁТ СИФАТИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ <i>Хайитов Х.А., Бобокулов М.Б., Абдуллаева М.Б.</i>	160
ЛЮПУС НЕФРИТ РИВОЖЛАНИШИДА CD14 ГЕНИНИНГ АҲАМИЯТИ <i>Назарова Н.О., Жаббаров А.А.</i>	164

СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ С: БЎҒИМЛАРНИНГ ЗАРАРЛАНИШИ, ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

ШУКУРОВА Ф.Н., КАРИМОВ М.Ш.

Тошкент тиббиёт академияси, Ўзбекистон

ХУЛОСА

СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ С: БЎҒИМЛАРНИНГ ЗАРАРЛАНИШИ, ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Шукурова Ф.Н., Каримов М.Ш.

Тошкент Тиббиёт Академияси, Ўзбекистон

Сурункали вирусли гепатит С (СВГС) билан ассоциирланган клиник ҳолатлар ва ревматологик касалликларнинг кечиши жуда ўхшаш бўлиши мумкин ҳамда артралгия, миалгия, артрит ва васкулит каби белгилар билан ифодаланади. Бундан ташқари, иккала ҳолатда ҳам серологик бузилишлари (оғишларни) аниқлаш мумкин. СВГС билан ассоциирланган клиник ҳолатларни даволаш усуллари, яъни интерферон терапияси ревматик касалликларнинг симптомларини кучайтириши мумкин. Қолаверса, беморларда артралгия, миалгия ва артрит каби симптомлар сурункали вирусли гепатит (СВГ) билан боғлиқ клиник ҳолатлар кўринишида ёки алоҳида мустақил ревматологик касаллик сифатида ривожланишини фарқлаш муҳимдир. Юқоридаги таъкидланган фикрлар вирусли гепатитнинг клиник кўринишларини ўрганишнинг долзарблигини тушунтиради.

Ушбу адабиётлар шарҳида сурункали вирусли гепатит билан оғриган беморларда ассоциирланган артрит муаммолари бўйича тадқиқотлар ўрганилди. Қолаверса, Scopus, Shpringer Nature, PubMed каби жаҳон илмий маълумотлар базаларида чоп этилган мақолалар таҳлили келтирилди. Муаммога турли мамлакат олимларининг замонавий ёндашувлари ва тажрибалари ўрганилди.

Калит сўзлар: HCV ассоциирланган артрит, сурункали гепатит, криоглобулинемия.

РЕЗЮМЕ

ХРОНИЧЕСКИЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ С: ПОРАЖЕНИЯ СУСТАВОВ, ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Шукурова Ф.Н., Каримов М.Ш.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Клинически ассоциированные состояния ВГС и ревматологических заболеваний могут быть схожими и проявляться артралгией, миалгией, артритом и васкулитом. Кроме того, серологические нарушения могут быть обнаружены в обоих случаях. На фоне клинически ассоциированных состояний определенная методика лечения ВГС, т.е. интерферонотерапия, может усугубить симптомы ревматических заболеваний. Обязательно необходимо различать возникают ли такие симптомы, как артралгия, миалгия и артрит у пациентов с ВГС, как ассоциированно клиническое состояние ВГС или новообразованным процессом ревматологических заболеваний. Этим объясняется актуальность изучения клинических проявлений вирусных гепатитов.

В обзоре этих публикаций были изучены проблемы ассоциированного артрита у пациентов с хроническим вирусным гепатитом. Кроме того, проанализированы журнальные статьи мировых баз данных Scopus, Shpringer Nature, PubMed. Изучен опыт работы и современные подходы ученых разных стран к проблеме.

Ключевые слова: HCV ассоциированный артрит, хронический гепатит С, криоглобулинемия.

SUMMARY

CHRONIC VIRAL HEPATITIS C: JOINT DISORDERS, FEATURES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT

Shukurova F.N., Karimov M.Sh.

Tashkent medical academy, Uzbekistan

Clinically associated conditions of HCV and rheumatologic diseases can be similar and manifest as arthralgia, myalgia, arthritis and vasculitis. In addition, serological abnormalities can be detected in both cases. Against the backdrop of clinically associated conditions, a specific treatment for HCV, i.e. interferon therapy, can exacerbate the symptoms of rheumatic diseases. It is imperative to distinguish whether symptoms such as arthralgia, myalgia, and arthritis occur in patients with HCV, the associated clinical symptoms of HCV, or the newly formed process of rheumatologic diseases. This explains the relevance of studying the clinical manifestations of viral hepatitis.

The presented review examines research on the problem of chronic viral hepatitis in patients with associated arthritis. Journal articles of the world databases Scopus, Shpringer Nature, PubMed are analyzed. The work experience and modern approaches of scientists from different countries to the problem were studied.

Key words: HCV associated arthritis, chronic hepatitis C, cryoglobulinemia.

Кириш. Гепатит С вируси (ВГС, HCV) ҳозирги кунда энг кенг тарқалган парентерал йўл билан юқадиган инфекциялардан бири бўлиб, жигарнинг сурункали касалликларининг асосий сабаби бўлиб қолмоқда. Гепатитлар аҳолининг меҳнатга лаёқатли қатламида, яъни 30 дан 50 ёшгача бўлган одамлар орасида кенг тарқалиши, айниқса, эркаклар орасида аёлларга нисбатан кўп учраши [1], беморларнинг тахминан 80 фоизда инфекция сурункали бўлиб, жигар касаллиги ривожланиш даражаси ўртача 20 йил ичида 15–20% ҳолларда терминал босқичига ўтиши, қолаверса сурункали гепатитлар жигардан ташқари клиник белгилар билан кечиши (ассоциирланган артрит, васкулит, аралаш криоглобулинемия, тери порфирияси, буйракларнинг зарарланиши ва ҳ.к.) ушбу касалликнинг нафақат тиббий балкий муҳим иқтисодий, ижтимоий муаммо эканлигини англатади [2].

Энг сўнги маълумотларга кўра, биргина Қўшма Штатларда ҳар йили жигар касалликларининг терминал босқичи оқибатида камида 8000–10000 ўлимга содир бўлиши маълум. Шундай қилиб, сурункали HCV инфекциясининг кечиш хусусиятларини чуқурроқ ўрганиш, унинг жигардан ташқари намоён бўладиган клиник белгиларини даволашнинг табиий ва иқтисодий жиҳатдан қулай усуллари яхшироқ билиш ҳамда такомиллаштириш бугунги куннинг талаби бўлиб қолмоқда.

Гепатит С вируси асосан жигарни шикастласада, мушак-скелет тизими каби бошқа тизимларнинг жараёнга тортилиши катта қизиқишларга сабаб бўлмоқда. Гепатитларнинг жигардан ташқари клиник белгилар билан намоён бўлиши, одатда, ҳаёт учун хавфли ҳисобланмаса-да, аммо улар HCV инфекцияси мавжуд беморларда узоқ давом этадиган касалликларга асос бўлиб хизмат қилади.

Сурункали HCV инфекцияси бўлган 1612 беморда ўтказилган клиник тадқиқот натижасида 74 фоиз ҳолларда гепатитнинг жигардан ташқари клиник белгилар билан намоён бўлиши аниқланди [3]. Ушбу тадқиқот натижасида артралгия ва артрит бу беморларда энг кўп учрайдиган клиник белгилардан бири эканлиги маълум бўлди. Бундан ташқари тадқиқот гуруҳидаги беморларда парестезия, миялгия, тери порфирияси (кучли қичишиш билан) ва бошқа бир қанча белгилар ҳам аниқланган.

Ҳозирги кунда, HCV инфекцияси билан ассоциирланган артритнинг (HCVaA) патогенетик механизми аниқланмаган, аммо бу синовиал тўқималарнинг вирус орқали бевосита ёки синовиал суюқликдаги криоглобулин иммун комплексларининг билвосита бирикиши натижасида шикастланишидан келиб чиқадиган маҳаллий яллиғланиш жавоби деб ҳисобланмоқда. HCV инфекциясини ва унга боғлиқ жигардан ташқари клиник кўринишларни эрта аниқлаш медикаментоз терапия вақти ва дори воситаларнинг турига сезиларли таъсир кўрсатади. Ушбу мақолада биз

HCVaA ташхисли беморларда олиб бориладиган диагностика ва даволаш усулларини тавсифлаймиз.

HCV ассоциирланган артритли беморларни ташхислаш усуллари

Артритли беморда HCV инфекцияси мавжудлиги HCVaA нисбатан жиддий эҳтиёткорлик туғдириши керак. Диагностикада HCV антитаналарини аниқлаш учун серологик тестлар ва HCV РНК миқдорини аниқлаш учун молекуляр тестлар ташхислашнинг асосий усулларида ҳисобланади. Энг кўп ишлатиладиган синамалар турли HCV оқсилларига антитаналарни аниқлайдиган учинчи авлод иммуннофермент таҳлилларидир. HCV инфекциясини эрта ташхислаш ва даволаш касалликнинг тарқалишини камайтириши мумкин. HCV генотиби аниқлаш гепатит диагностикасида муҳим ўрин тутмаса-да, лекин бу усул вирусга қарши терапиянинг олдиндан кутилаётган натижаларини ва даволашнинг муддатини аниқлаш учун ўта фойдалидир. Ушбу усулга кўпроқ тўхталиб ўтадиган бўлсак, бугунги кунга келиб 6 та генотип аниқланган бўлиб, Ўзбекистонда HCV инфекцияларининг 60% га яқин қисми генотип 1 (1b подтип) дан келиб чиқиши аниқланган [4]. Шуни таъкидлаш керакки, бир қатор муаллифлар генотип ҳам, HCV вирусемия даражаси ҳам касаллик кечиш оғирлиги ёки юзага келиши мумкин бўлган асоратлари билан боғлиқ эмас, деб қарашади. Бироқ, сўнги маълумотларга кўра, гепатитларнинг жигарда кузатиладиган белгилари ва жигардан ташқари намоён бўладиган клиник кўринишлари генотиплар билан корреляцияланиши мумкин. Сурункали HCV инфекцияси бўлган беморларнинг 30% гача жигар ферментларининг кўрсаткичлари меъёр даражасида бўлиши кузатилган. Шунинг учун, цитоллиз кўрсаткичлари аниқланмаслиги, гепатит ташхисини истисно қилмайди. Қолаверса, ҳозирги кунда, жигар ферментларининг юқори даражалари ҳам жигар касаллигига боғлиқ эмас, деган қарашлар илгари сурилмоқда. HCV инфекцияси бўлган беморларда жигар касаллигининг оғирлигини баҳолаш учун диагностик усуллар орасида «олтин стандарт» бўлиб жигар биопсияси ҳисобланади. Бироқ, ВГС ташхисни қўйиш учун жигар биопсияси талаб қилинмайди. HCV ассоциирланган бўғим синдроми HCV инфекциясининг энг кенг тарқалган жигардан ташқари намоён бўладиган клиник белгилардан бўлса-да, уларнинг мавжудлиги ёки йўқлиги жигар касаллигининг оғирлиги билан корреляцияланмайди. Рентгенологик белгиларнинг йўқлиги, бўғим юзаси эрозияларининг аниқланмаслиги ёки уларнинг жуда суст ифодаланиши, HCVaA ларни турли этиологияли бошқа артритлардан ажратиб туради. HCV билан боғлиқ артритларнинг муҳим клиник тавсифи – кўриш пайтида суяк эрозиясининг аниқланмаслиги туфайли артритнинг бошқа сабабларини аниқлаш учун, таққослама ташхисоти учун бўғимларни

рентгенда кўриш жуда муҳимдир. Синовииал суюқлик ёки синовииал тўқималарнинг биопсияларини таҳлил қилиш НCVаА ташхиси учун фойдали эмас.

Клиник хусусиятлари

Сурункали НCV инфекциясининг энг кенг тарқалган белгилари – ҳолсизлик, ўнг қовурға остида оғриқ ва артралгия. НCVаА билан оғриган беморларда энгил артралгиядан кам ифодаланган артритгача бўлган белгилар кузатилади.

НCV инфекцияси фонида кузатиладиган артритли беморларнинг аксариятини, шартли равишда иккита клиник гуруҳчаларга – ревматоид артритга ўхшаб кечадиган артрит ва криоглобулинли артритларга бўлишимиз мумкин [5]. Биринчиси баъзан ҳақиқий ревматоид артрит (РА) билан адаштирилади, чунки баъзи белгилар ва аломатлар бир хил. Ҳар иккиси ҳам сурункали яллиғланишли полиартрит билан характерланади, лекин НCV билан касалланган беморларда полиартрит симметрик, деформацияларсиз бўлиши мумкин ва энг муҳими, майда бўғимлар зарарланади. Бундан ташқари, кўп ҳолларда НCVаА ли беморларда ревматологик синамаларда ревматоид омил (РО) мусбат бўлади. Лекин бу кўрсаткичлар классик РАга кўпроқ хос ҳисобланганлиги боис, НCVаА ли беморларни ҳақиқий РАдан таққослашда ишончли мезон сифатида қаралмайди.

Классик РАдан НCVаА ли беморларни фарқлаш муҳим аҳамиятга эга. РА беморлар фарқли ўлароқ, НCV билан боғлиқ бўғим синдромида кам ҳолларда эрталабки карахтлик кузатилади, ревматоид тугунлар ёки эрозив артритнинг радиологик белгилари аниқланмайди. Циклик цитруллин пептид (анти-ЦЦП)га қарши антитаналарни аниқлаш учун қўлланиладиган серологик тестлар ҳам РА ва НCV инфекциясини фарқлашда фойдали бўлиши мумкин, чунки бу антитаналар фақат РА билан оғриган беморларда мусбат бўлади [6, 7]. РА ва НCV билан боғлиқ артритларнинг дастлабки кўринишлари бир хил бўлиши мумкин, шунинг учун, симметрик артритнинг клиник белгилари мавжуд бўлган барча беморларда НCV га ва ЦЦП га антитаналар мавжудлигини аниқлаш синамасини ўтказиш тавсия этилади.

Криоглобулинли артрит НCVаА ташхисли беморларнинг 10–30%ида учрайди [5]. Бу одатда ўрта ёки катта бўғимларни зарарлайдиган, деформациясиз, кечувчи, моноартикуляр ёки олигоартикуляр ҳолатдир. Бунда жараён клиник белгиларни тез-тез сусайиб, энгил кечиши билан тавсифланади.

Даволаш

Симптоматик даволаш

Артрит белгилари суст ифодаланган беморларда бўғимларда оғриқни ва шишни камайтириш мақсадида яллиғланишга қарши фаоллиги мавжуд анальгетиклар, масалан, яллиғланишга қарши

ностероид воситалар (ЯҚНВ) билан консерватив даволаниш тавсия этилади. ЯҚНВ узоқ муддатли фойдаланишнинг гепатотоксиклиги ҳақида қатор маълумотлар мавжуд бўлса-да, бу препаратларни сурункали НCV инфекцияни энгил ва ўртача ифодаланиб кечишида қўллаш хавфсиз бўлиши мумкин [8]. Қолаверса, клиник амалиётда ЯҚНВ одатда НCV инфекцияси бўлган беморларда интерферонга асосланган терапияга ҳамроҳ ҳолда қўлланилади. Бироқ, жигарнинг авж олиб борувчи касалликлари, масалан, цирроз каби асоратлари юзага келган беморларда, ЯҚНВ фойдаланиш уларнинг нефротоксик таъсири туфайли, шунингдек, қизилўнғач ва ошқозон варикоз кенгайган веналаридан меъда-ичак қон кетиши хавфини юзага келтириши туфайли қарши кўрсатмадир.

ЯҚНВлар самарасиз бўлган ҳолларда ва/ёки бу воситаларни қўллашга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлганида қисқа муддатга кичик дозаларда (5 дан 10 мг/кунгача) преднизолонни қўллаш мумкин бўлади. Катта дозаларда бу препаратлар НCV репликациясини ошириши натижасида қонда вирус юкламасининг қисқа муддатли кўтарилиши исботланган бўлса-да, кичик дозаларда қисқа муддатли преднизолон билан даволаш НCV репликациясига жуда кам таъсир кўрсатади ва НCV инфекция мавжуд беморлар учун мутлақ қарши кўрсатма бўлиб ҳисобланмайди [9].

ВГС инфекцияси РА билан ҳамроҳ кечиши

ВГС инфекцияси РА билан ҳамроҳ келган беморларда ревматик препаратларни қўллаш тавсия этилади. Аксарият мутахассислар ушбу тоифадаги беморларни даволашда биологик бўлмаган ревматик препаратлардан бошлаб, агарда бу препаратлар самара бермаса, биологик препаратларни қўллаш орқали босқичма-босқич ёндашувни тавсия этадилар.

НCV инфекциянинг криоглобулинемия билан намоён бўлиши

НCV инфекциянинг криоглобулинемия билан намоён бўлган беморларни даволашда НCV инфекция билан ҳамкор келган РА ли беморларни даволашдан фарқли ўлароқ, классик РАга хос бўлган суяк эрозиялари белгиларининг йўқлиги туфайли ревматик препаратлар одатда даволашнинг ажралмас қисми бўлиб ҳисобланмайди. Энгил ва ўртача криоглобулинемия билан оғриган беморлар қарши кўрсатмалар бўлмаса фақат вирусга қарши терапия билан даволаниши тавсия этилади. Оғир даражадаги криоглобулинемия билан оғриган беморларда тизимли зарарланиш (гломерулонефрит ва нейропатия) кузатилган ҳолатларда, улар учун иммуносупрессив ва вирусга қарши терапия комбинацияси энг афзали ҳисобланади.

Айни пайтда, сурункали НCV инфекцияга чалинган беморлар учун стандарт вирусга қарши даволаш пегилирланган интерферон ва рибавирин

бирикмаси ҳисобланади. Интерферон ҳам вирусга қарши, ҳам иммуномодулятор таъсирга эга бўлиб, сурункали HCV инфекциясини даволашда фойдали ҳисобланади. Интерферон билан даволаш спиртли ичимликларни кўп истеъмол қилувчилар, оғир руҳий тушкунлик ёки психоневрологик синдромлар мавжуд бўлган, аутоиммун касалликлари ёки жигар декомпенсацияланган циррози аниқланган беморлар ёки ҳомиладорлар учун қарши кўрсатма ҳисобланади.

Вирусга қарши терапиянинг мақсади бўғим яллиғлиғларини назорат қилиш, вирусни тўлалигича йўқ қилиш ва барқарор вирусологик жавобга эришишдир (HCV РНКсининг даволаш тугаганидан 6 ойдан сўнг аниқланмаслиги). Барқарор вирусологик жавобга эришишда вирус генотиплари аҳамиятли бўлиб, генотип 1 бўлган беморларнинг 40–50% ва генотип 2 ва 3 бўлган беморларнинг 70–80% да барқарор вирусологик жавобга эришилади [10].

Бир неча тадқиқотлар натижасида маълум бўлганки, HCVaA клиник белгиларнинг камайиши (ёки йўқолиши) ҳамда қон зардобиди HCV РНК ва криоглобулинларни кўрсаткичларни манфий бўлиши ўртасида кучли боғлиқлик мавжуд. Бундан хулоса қилиб айтиш мумкинки, ушбу беморларда HCV РНК даражасининг пасайиши одатда криоглобулин даражасининг пасайишига олиб келади.

Шуни таъкидлаш жоизки, бу беморларда терапия тўхтатилгандан кейин аломатлар тез-тез пайдо бўлади. Клиник рецидив одатда HCV вирусемиясининг рецидиви билан боғлиқ ва тўлиқ ремиссия учун узоқ муддатли даволанишни талаб қилиши мумкин.

Касаллик оғир кечаётган беморлар учун вирусга қарши терапия (интерферон +рибавирин) ва ритуксимаб (B-ҳужайраларини емирувчи CD20 га қарши моноклонал антитаналар) комбинацияси энг мақбул терапия ҳисобланади. Бинобарин, B ҳужайраларининг емирилиши ёки бостирилиши криоглобулин ҳосил бўлишининг камайишига олиб келади.

HCVaA бўлган беморлар учун мавжуд даволаш имкониятлари йиллар давомида ишлаб чиқилди. Бир қатор муваффақиятлар ҳам қўлга киритилди. Шунга қарамасдан, HCV ассоциирланган ҳолатларни клиник кечишида даволашнинг ягона стандарти мавжуд эмас. Шунинг учун, HCVaA ни даволаш индивидуал бўлиши керак. Жигар касаллиги мавжуд беморлар учун хавфсиз бўлган янги терапевтик ёндашувлар билан бирга, HCVaA патогенези, клиникасини ўрганиш, диагностика усулларини такомиллаштириш бўйича қўшимча тадқиқотлар керак.

АДАБИЁТЛАР

1. Alter M.J., Kruszon-Moran D., Nainan O.V. et al. The prevalence of hepatitis C virus infection in the United States, 1988 through 1994. *N Engl J Med.* 1999. Vol. 341. P. 556–562.
2. Williams I. Epidemiology of hepatitis C in the United States. *Am J Med.* 1999. Vol. 107. P. 2S–9S.
3. Cacoub P., Poynard T., Ghillani P. et al. Extrahepatic manifestations of chronic hepatitis C. MULTIVIRC Group. Multidepartment Virus C. *Arthritis Rheum.* 1999. Vol. 42. P. 2204–2212.
4. Mondelli M.U., Silini E. Clinical significance of hepatitis C virus genotypes. *J Hepatol.* 1999. 31(suppl 1): S65–S70.
5. Zuckerman E., Yeshurun D., Rosner I. Management of hepatitis C virus-related arthritis. *Bio Drugs.* 2001. Vol. 15. P. 573–584.
6. Lienesch D., Morris R., Metzger A., et al. Absence of cyclic citrullinated peptide antibody in nonarthritic patients with chronic hepatitis C infection. *J Rheumatol.* 2005. Vol. 32. P. 489–493.
7. Wener M.H., Hutchinson K., Morishima C., Gretch D.R. Absence of antibodies to cyclic citrullinated peptide in sera of patients with hepatitis C virus infection and cryoglobulinemia. *Arthritis Rheum.* 2004. Vol. 50. P. 2305–2308.
8. Rostom A., Goldkind L., Laine L. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and hepatic toxicity: a systematic review of randomized controlled trials in arthritis patients. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2005. Vol. 3. P. 489–498.
9. Brok J., Mellerup M.T., Krogsgaard K, Gluud C. Glucocorticosteroids for viral hepatitis C. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004. Vol. (2). P. CD002904.
10. Dienstag J.L., McHutchison J.G. American Gastroenterological Association technical review on the management of hepatitis C. *Gastroenterology.* 2006. Vol. 130. P. 231–264.