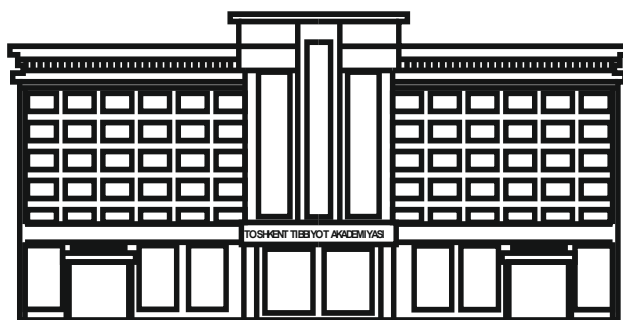


ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2022 №2

*2011 йилдан чиқа бошлаган*

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI  
**AХВОРОТНОМАСИ**



**В Е С Т Н И К**  
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент



Выпуск набран и сверстан на компьютерном издательском комплексе редакционно-издательского отдела Ташкентской медицинской академии

Начальник отдела: М. Н. Аслонов

Редактор русского текста: О.А. Козлова

Редактор узбекского текста: М.Г. Файзиева

Редактор английского текста: А.Х. Жураев

Компьютерная корректура: З.Т. Алюшева

Учредитель: Ташкентская медицинская академия

Издание зарегистрировано в Ташкентском Городском управлении печати и информации  
Регистрационное свидетельство 02-00128

Журнал внесен в список, утвержденный приказом № 201/3 от 30 декабря 2013 года реестром ВАК в раздел медицинских наук

Рукописи, оформленные в соответствии с прилагаемыми правилами, просим направлять

по адресу: 100109, Ташкент, ул. Фароби, 2,  
Главный учебный корпус ТМА,

4-й этаж, комната 444.

Контактный телефон: 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru

rio@tma.uz

Формат 60x84 1/8. Усл. печ. л. 9,75.

Гарнитура «Cambria».

Тираж 150.

Цена договорная.

Отпечатано на ризографе редакционно-издательского отдела ТМА.  
100109, Ташкент, ул. Фароби, 2.

Вестник ТМА № 2, 2022

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

**Главный редактор**

проф. А.К. Шадманов

**Заместитель главного редактора**

проф. О.Р.Тешаев

**Ответственный секретарь**

проф. Ф.Х.Иноятова

## ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ

акад. Аляви А.Л.

проф. Билалов Э.Н.

проф. Гадаев А.Г.

акад. Даминов Т.А.

акад. Каримов Ш.И.

проф. Комилов Х.П.

акад. Курбанов Р.Д.

проф. Мавлянов И.Р.

акад. Назыров Ф.Г.

проф. Нажмутдинова Д.К.

проф. Саломова Ф.И.

акад. Соатов Т.С.

проф. Ходжибеков М.Х.

проф. Шайхова Г.И.

проф. Жае Вук Чои

## Члены редакционного совета

проф. Акилов Ф.О. (Ташкент)

проф. Аллаева М.Д. (Ташкент)

проф. Ахмедов Р.М. (Бухара)

проф. Гиясов З.А. (Ташкент)

проф. Ирискулов Б.У. (Ташкент)

проф. Каримов М.Ш. (Ташкент)

проф. Каюмов У.К. (Ташкент)

проф. Исраилов Р.И. (Ташкент)

проф. Охунов А.О. (Ташкент)

проф. Парпиева Н.Н. (Ташкент)

проф. Рахимбаева Г.С. (Ташкент)

проф. Ризамухамедова М.З. (Ташкент)

проф. Сабиров У.Ю. (Ташкент)

проф. Сабирова Р.А. (Ташкент)

проф. Халиков П.Х. (Ташкент)

проф. Хамраев А.А. (Ташкент)

проф. Холматова Б.Т. (Ташкент)

проф. Шагазатова Б.Х. (Ташкент)

Д.П.Н. АБДУЛЛАВЕВА Р.М.

**EDITORIAL BOARD**

**Editor in chief**

prof. A.K. Shadmanov

**Deputy Chief Editor**

prof. O.R. Teshayev

**Responsible secretary**

prof. F.Kh. Inoyatova

**EDITORIAL TEAM**

academician Alyavi A.L.

prof. Bilalov E.N.

prof. Gadaev A.G.

academician Daminov T.A.

academician Karimov Sh.I.

prof. Komilov Kh. P.

academician Kurbanov R.D.

prof. Mavlyanov I.R.

academician Nazyrova F.G.

prof. Najmutdinova D.K.

prof. Salomova F.I.

academician Soatov T.C.

prof. Khodjibekov M.X.

prof. Shaykhova G.I.

prof. Jae Wook Choi

**EDITORIAL COUNCIL**

prof. Akilov F.O. (Tashkent)

prof. Allaeva M.D. (Tashkent)

prof. Akhmedov R.M. (Bukhara)

prof. Giyasov Z.A. (Tashkent)

prof. Iriskulov B.U. (Tashkent)

prof. Karimov M.Sh. (Tashkent)

prof. Kayumov U.K. (Tashkent)

prof. Israilov R.I. (Tashkent)

prof. Okhunov A.A. (Tashkent)

prof. Parpieva N.N. (Tashkent)

prof. Rakhimbaeva G.S. (Tashkent)

prof. Rizamukhamedova M.Z. (Tashkent)

prof. Sabirov U.Y. (Tashkent)

prof. Sabirova R.A. (Tashkent)

prof. Khalikov P.Kh. (Tashkent)

prof. Khamraev A.A. (Tashkent)

prof. Kholmatova B.T. (Tashkent)

prof. Shagzatova B.X. (Tashkent)

DSc. Abdullaeva R.M.

Journal edited and printed in the computer of Tashkent  
Medical Academy editorial department

Editorial board of Tashkent Medical Academy

Head of the department: M.N. Aslonov

Russian language editor: O.A. Kozlova

Uzbek language editor: M.G. Fayzieva

English language editor: A.X. Juraev

Corrector: Z.T. Alyusheva

Organizer: Tashkent Medical Academy

Publication registered in editorial and information  
department of Tashkent city

Registered certificate 02-00128

Journal approved and numbered under the order 201/3 from 30  
of December 2013 in Medical Sciences department of SUPREME

ATTESTATION COMMISSION

COMPLETED MANUSCRIPTS PLEASE SEND following address:

2-Farobiy street, 4 floor room 444. Administration building of TMA.  
Tashkent. 100109, Toshkent, ul. Farobi, 2, TMA bosh o'quv binosi,  
4-qavat, 444-xona.

Contact number: 71- 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru. rio@tma.uz

Format 60x84 1/8. Usl. printer. I. 9.75.

Listening means «Cambria».

Circulation 150.

Negotiable price

Printed in TMA editorial and publisher department  
risograph

2 Farobiy street, Tashkent, 100109.

## СОДЕРЖАНИЕ

## CONTENT

Абдуазизова Н.Х., Набиева Д.А., Азизова Ф.Л., Эргашев Ш.Б. РОЛЬ ХОНДРОПРОТЕКТОРНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ОСТЕОАРТРОЗА	Abduazizova N.Kh., Nabieva D.A., Azizova F.L., Ergashev Sh.B. THE ROLE OF CHONDROPROTECTOR DRUGS IN THE TREATMENT OF GENERALIZED OSTEOARTHRITIS	8
Abduazizova N.X., Abdullaeva N.X., Samaraxonova Sh.J. HOMILADORLIK DAVRIDA TIZIMLI QIZIL YUGURUK KASALLIGINING KECHISHI VA DAVOLASH TAMOYILLARI	Abduazizova N.Kh., Abdullaeva N.Kh., Samaraxonova Sh.J. FEATURES COURSE AND TREATMENT SYSTEMIC LUPUS ERYTHEIS IN PREGNANCY	12
Абдуазизова Н.Х., Алиева К.К., Солихов Б.М., Жаксымуратова Х.Т. ЛИПИДНЫЙ ПРОФИЛЬ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА ФОНЕ БАЗИСНОГО ЛЕЧЕНИЯ	Abduazizova N.Kh, Alieva K.K., Solikhov B.M., Zhaksymuratova H.T. LIPID PROFILE IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS ON THE BACKGROUND OF BASIC TREATMENT	15
Абдуллаев У. С., Мирахмедова Х.Т. ИССЛЕДОВАНИЕ ОСНОВНЫХ ПАРАМЕТРОВ КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ	Abdullaev U.S., Mirahmedova H.T. STUDY OF THE MAIN PARAMETERS OF CLINICAL AND BIOCHEMICAL CHANGES IN ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH PSORIATIC ARTHRITIS	18
Абдураззакова Д.С., Матчанов С.Х. CHLAMYDIA TRACHOMATIS БИЛАН БИЛАН БИРГАЛИҚДА КЕЛГАН РЕВМАТОИД АРТРИТИНГ КЛИНИК ВА ИММУНОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ	Abdurazzakova D.S., Matchanov S.X. CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL FEATURES OF RHEUMATOID ARTHRITIS ASSOCIATED WITH CHLAMYDIA TRACHOMATIS	21
Абдурахманова Н. Мирза-Бахтиярхановна МЕТОДЫ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19	Abdurahmanova N. Mirza-Bakhtiyarkhanovna METHODS OF SECONDARY PREVENTION IN PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLOARTHRITIS UNDER COVID-19	24
Азадаева К.Э., Тухтаева Н.Х., Худайбергана Н.Х., Абзалова Д.А. КЛИНИКО- МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ С УЧЕТОМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РЕАКТИВНЫМ АРТРИТОМ	Azadaeva K.E., Tukhtaeva N.Kh., Khudaiberganova N.Kh., Abzalova D.A. CLINICAL AND MICROBIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE GASTRODUODENAL ZONE WITH ACCOUNT OF DRUGS USED FOR THE TREATMENT OF PATIENTS WITH REACTIVE ARTHRITIS	29
Азизова Ф.Л., Солихов М.У., Нормуродов Ф.Т. ПОТРЕБЛЕНИЕ БОГАТОЙ ПУРИНАМИ ПИЩИ, МОЛОКА И БЕЛКА И РИСК ПОДАГРЫ	Azizova F.L., Solikhov M.U., Normurodov F.T. CONSUMPTION OF FOOD RICH IN PURINE, MILK PROTEIN AND THE RISK OF GOUT	32
Дадабаева Н.А., Махмудова М.С., Ахмедова Д.Т. НОВЫЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОСТЕОАРТРОЗА КРУПНЫХ СУСТАВОВ	Dadabayeva N.A., Makhmudova M.S., Akhmedova D.T. NEW PHARMACOLOGICAL APPROACHES TO THE TREATMENT OF OSTEOARTHRITIS OF LARGE JOINTS	37
Дадабаева Н.А., Мирахмедова Х.Т., Шожалилов Ш.Ш. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ	Dadabayeva N.A., Mirahmedova H.T., Shojalilov Sh.Sh. PSORIATIC ARTRITLI BEMORLARDA ICHACNING FUNKTSIONAL XOLATI	40
Джураева Э.Р., Арипова Н.А. КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СЫВОРОТОЧНЫХ АУТОАНТИТЕЛ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ	Djuraeva E.R., Aripova N.A. CLINICAL SIGNIFICANCE OF SERUM AUTOANTIBODIES IN SYSTEMIC SCLERODERMA	44
Джураева Э.Р., Ганиева Н.А., Ахмедова Ш.Ш. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19	Djurayeva E.R., Ganiyeva N.A., Akhmedova Sh.Sh. CLINICAL AND LABORATORY FEATURES OF RHEUMATOID ARTHRITIS IN PATIENTS WITH COVID-19	47

<i>Жўраева Ҳ.И. МЕТАБОЛИК СИНДРОМДА ОСТЕОАРТРОЗНИНГ КЛИНИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ</i>	<i>Juraeva Kh.I. CLINICAL FEATURES OF OSTEOARTHRITIS IN PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME</i>	50
<i>Zakirxodjayev Sh.Ya., Narziyev N.M., Saidrasulova G.B. REVMATOIDLI ARTRITLI BEMORLARDA GERATIT В RIVOJLANISHI VA KECHISHIDA IL-6NING O'RNИ</i>	<i>Закирхаджаев Ш.Я. Нарзиев Н.М., Саидрасулова Г.Б. РОЛЬ ИЛ-6 В РАЗВИТИИ И ПРОГРЕССИРОВАНИИ ГЕПАТИТА В У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ</i>	53
<i>Karimjanov I.A., Dinmuxammadiyeva D.R., Madaminova M.Sh., Iskanova G.X., Egamberdiyev S.B. LESION OF THE URINARY TRACT IN JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS</i>	<i>Каримжанов И.А., Динмуксаммадиева Д.Р., Мадаминова М.Ш., Исканова Г.Х., Эгамбердиев С.Б. ЮВЕНИЛ ИДИОПАТИК АРТРИТДА СИЙДИК АЖРАТИШ ЙЎЛИНИНГ ЗАРАРЛАНИШИ</i>	56
<i>Каримов М.Ш., Шукурова Ф.Н. ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ АССОЦИИРОВАННОГО АРТРИТА ПРИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ</i>	<i>Karimov M.Sh., Shukurova F.N. ASSESSMENT OF CLINICAL FEATURES OF ASSOCIATED ARTHRITIS IN CHRONIC VIRAL HEPATITIS</i>	59
<i>Касимова М.Б., Ахмедова Н.А. АНКИЛОЗЛОВЧИ СПОНДИЛИТЛИ БЕМОРАЛДАРДА СКЕЛЕТДАН ТАШҚАРИ ЗАРАРЛАНИШЛАРНИ БАҲОЛАШ</i>	<i>Kasimova M.B., Akhmedova N.A. ASSESSMENT OF EXTRA-ARTICULAR MANIFESTATIONS IN PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS</i>	67
<i>Мавлонов Н.Х., Турсунова Д.Э. СОСТОЯНИЕ КОМОРБИДНОСТИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ</i>	<i>Mavlonov N.Kh., Tursunova D.E. STATE OF COMORBIDITY IN RHEUMATOID ARTHRITIS</i>	70
<i>Мансурова Н.Н., Матчанов С.Х., Абдураззакова Д.С., Алиева К.К., Далжанова З.М., Ергалиева М.М. КОМБИНИРЛАНГАН БАЗИС ДАВОНИНГ РЕВМАТОИД АРТРИТ КЛИНИК-ЛАБОРАТОР КЎРСАТКИЧЛАРИГА ТАЪСИРИ</i>	<i>Mansurova N.N., Matchanov S.X., Abdurazzakova D.S., Aliyeva K.K., Daljanova Z.M., Yergaliyeva M.M. EFFECT OF COMBINED BASIC TREATMENT ON CLINICAL-LABORATORY FEATURES OF RHEUMATOID ARTHRITIS</i>	72
<i>Маруфханов Х.М., Сибиркина М.В., Азимова М.М., Эшмурзаева А.А., Гимадутдинова А.Р. РАЗВИТИЕ СИНДРОМА ПОВЫШЕННОЙ ЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ ПРОНИЦАЕМОСТИ У РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ</i>	<i>Marufhanov H.M., Sibirkina M.V., Azimova M.M., Eshmurzaeva A.A., Gimadutdinova A.R. DEVELOPMENT OF THE SYNDROME OF INCREASED EPITHELIAL PERMEABILITY IN RHEUMATOLOGICAL PATIENTS</i>	75
<i>Матчанов С.Х., Абдураззакова Д.С. РЕВМАТОИД АРТРИТ КАСАЛЛИГИДА БУЙРАК ЗАРАРЛАНИШИ</i>	<i>Matchanov S.X., Abdurazzakova D.S. KIDNEY DAMAGE IN RHEUMATOID ARTHRITIS</i>	81
<i>Mirakhmedova X.T., Saidrasulova G.B. ANKILOZLOVCHI SPONDILOARTRIT KASALLIGIDA PATOGENETIK GENLARNING ANAMIYATI</i>	<i>Mirakhmedova Kh.T., Saidrasulova G.B. THE ROLE OF PATHOGENETIC GENES IN ANKYLOSING SPONDYLOARTHRITIS</i>	85
<i>Мирахмедова Х.Т., Абдуллаев У.С., Рахматов А.Б. ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ</i>	<i>Mirahmedova H.T., Abdullaev U.S., Raxmatov A.B. MAIN CLINICAL AND LABORATORY ASPECTS OF THE COURSE OF CARDIOVASCULAR DISEASES IN PSORIATIC ARTHRITIS</i>	88
<i>Мирахмедова Х.Т., Солиева Н.А., Хамраев Х.Х., Мухсимова Н.Р. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫХ ФОРМ МЕТОТРЕКСАТА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ</i>	<i>Mirakhmedova H.T., Solieva N.A., Khamraev H.H., Mukhsimova N.R. EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF PARENTERAL FORMS OF METHOTREXATE IN PATIENTS WITH PSORIATIC ARTHRITIS</i>	91
<i>Мирахмедова Х.Т., Мухсимова Н.Р., Саидрасулова Г.Б. ПСОРИАТИК АРТРТРИТНИ ДАВОЛАШНИНГ ЗАМОНАВИЙ АСПЕКТЛАРИ</i>	<i>Mirakhmedova Kh.T., Mukhsimova N.R., Saidrasulova G.B. MODERN ASPECTS OF TREATMENT OF PSORIATIC ARTHRITIS</i>	95
<i>Мирахмедова Х.Т., Дадабаева Н.А., Рамазанова Н.А. МЕТАБОЛИК СИНДРОМ ФОНИДА ОСТЕОАРТРИТНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ</i>	<i>Mirakhmedova Kh.T., Dadabayeva N.A., Ramazanova N.A. CHARACTERISTICS OF THE COURSE OF ARTHRITIS UNDER THE BACKGROUND OF THE METABOLIC SYNDROME</i>	98

**РЕВМАТОИД АРТРИТ КАСАЛЛИГИДА БУЙРАК ЗАРАРЛАНИШИ**

Матчанов С.Х., Абдураззакова Д.С.

**ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ**

Матчанов С.Х., Абдураззакова Д.С.

**KIDNEY DAMAGE IN RHEUMATOID ARTHRITIS**

Matchanov S.X., Abdurazzakova D.S.

Тошкент тиббиёт академияси

*Случаи поражения почек у больных ревматоидным артритом встречаются чаще, чем их диагностируют. Ранним маркером поражения почек при ревматоидном артрите считается альфа-1-микроглобулин, увеличение количества которого наблюдается в первые годы заболевания.*

**Ключевые слова:** ревматоидный артрит, поражение почек, альфа-1-микроглобулин.

*Cases of kidney damage in patients with rheumatoid arthritis are more common than they are diagnosed. An early marker of kidney damage in rheumatoid arthritis is alpha-1-microglobulin, an increase in the amount of which is observed in the first years of the disease.*

**Key words:** rheumatoid arthritis, kidney damage, alpha-1-microglobulin.

Ревматоид артрит (РА) – бириктирувчи тўқиманинг сурункали тизимли аутоиммун яллиғланиш касаллиги бўлиб, асосан, периферик бўғимларнинг авж олиб боровчи эрозив деструктив полиартрит кўринишида кечувчи касаллик. Аҳоли орасида учраши 0,5%-2%ни ташкил қилади ва поликлиникага мурожаат қилган ревматоид артритга чалинган беморларнинг 21,5% ногиронлар бўлиб 28,6% беморлар эса узоқ вақт меҳнатга лаёқатсизлик варақасида бўлади. World Health Organization маълумотларига кўра дунёда шу кунда 20 миллиондан ортиқ инсонлар ревматоид артрит касаллиги билан кузатувда туради [12]. Келтирилган рақамлар ушбу патологиянинг катта ижтимоий аҳамиятга эга эканлигини кўрсатади [13]. Чунки касалликнинг тўхтовсиз ривожланиб бориши айрим ҳолларда беморларнинг уй ишларини бажаришда ва уларнинг меҳнат фаолиятининг чекланишига, оғир ахволларда эса ўз-ўзига хизмат қилиш қобилиятининг йўқолишигача олиб келади [18].

Касалликка катта аҳамият қаратилишига сабаб, беморларнинг деярли ярмисида касаллик бошланганидан 3-5 йил ўтиши билан меҳнатга турғун лаёқатсизлик ва ҳаёт давомийлигининг сезиларли қисқариши юзага келади. [11, 17.]. Буларнинг ҳаммаси тадқиқотчилар ва соғлиқни ақлаш ташкилотчиларидан РА касаллигини эрта ташхислаш усуллари ва даволаш учун таргет воситаларини излаб топишни талаб этади.

РАнинг этиологияси, патогенези ва клиник кечиш хусусиятларини ўрганишда эришилган баъзи бир ютуқларга, ҳамда уни даволашда кенг қўламдаги фармакологик воситалар борлигига қарамай, бу касалликни самарали патогенетик даволаш клиник ревматологиянинг фундаментал муаммоси бўлиб қолмоқда [26].

РА касаллигида ўлим кўрсаткичининг юқорилиги беморларда яллиғланиш жараёнини назорат қилишнинг қийинлиги, жумладан ички аъзоларнинг зарарланиши, уларнинг функционал етишмовчилиги билан бо-лиқ бўлиб ҳисобланади [14]. РАни даво-

лашда қўлланиладиган самарали замонавий базис воситаларнинг ишлаб чиқарилиши бундай беморларнинг ҳаёт давомийлигининг узайишига олиб келди, бу эса ўз навбатида касалликнинг асоратлари ривожланишига, пировард натижада унинг олдини олиш ва даволаш чора-тадбирларини излаб топишга ундайди. Касалликнинг асоратлари сифатида биринчи навбатда атеросклерознинг эрта ривожланиши ва унинг натижасида юрак-қон томир касалликларининг пайдо бўлиши ҳисобланади. Бу эса РА касаллигида ўлим кўрсаткичларининг асосий сабабларидан бири бўлиб ҳисобланади [14]. Иккинчи ўринда эса узоқ вақт иммуносупрессив терапи қабул қилиш натижаси ривожланадиган интеркуррент инфекция ётади [2, 6, 29].

РА касаллигида ўлим кўрсаткичларида таъсир қилувчи омиллардан яна бири буйрак касалликлари бўлиб ҳисобланади. РАда буйрак зарарланиши фақатгина беморларнинг ҳаёт сифатига таъсир қилибгина қолмасдан, балки юрак-қон томир ва инфекция асоратларнинг ривожланишига замин яратади [26]. РА касаллигида амилоидоз, гломерулонефрит сингари буйракнинг специфик зарарланиши билан бир қаторда бу беморларда касаллик билан боғлиқ бўлмаган пиелонефрит ёки нефроангиосклероз сингари ёндош касалликлар ривожланиши мумкин. Беморларнинг тирикчилигида буйрак асоратларининг 2/3 қисмидан кўп бўлмаган миқдоригина аниқланиши мумкин. РАга чалинган беморларнинг кўпчилиги қисмида мембраноз гломерулонефрит учраши мумкин. Иккинчи ва учинчи ўринларда мос равишда мембранопротрофиератив ва минимал ўзгаришли гломерулонефрит учраши мумкин. Адабий маълумотларга қараганда РА касаллигида гломерулонефрит учраши 60-65%ни ташкил қилади [6]. РАда буйрак зарарланишининг бу кўриниши энгил кечиб, амилоидоздан фарқли равишда кам ҳолларда сурункали буйрак етишмовчилиги (СБЕ) олиб келади [19]. Буйрак зарарланишининг яна бир варианты сифатида ўткир ёки сурункали тубулоинтерстициаль нефрит ҳисобланади.

Тубулоинтерстициаль нефрит кўпчилик ҳолларда яллиғланишга қарши ностероид воситалар (ЯҚНВ) ёки анальгетикларни узоқ муддат қабул қилиниши натижасида ҳам юзага келади – анальгетик нефропатия. Нефритнинг бу шаклининг ривожланишида иммунологик омилларнинг аҳамияти катта. Тубулоинтерстициаль нефрит ривожланишида антиген сифатида дори воситаси иштирок этади. Дори воситаларини узоқ муддатга одатдаги дозада қабул қилиниши натижасида буйрак функцияси бузилиши юзага келиши мумкин, бу дори воситаларини тизимли равишда кўп миқдорда қабул қилиш эса папилляр некроз ва сурункали интерстициаль нефрит ривожланишига омил бўлиб ҳисобланиши мумкин. РАни даволашда қўлланиладиган айрим яллиғланишга қарши базис воситалар буйракда махсус ўзгаришларни юзага келтириши мумкин [6]. Юқоридаги айрим маълумотларга қарамадан бугунги кунга келиб РА касаллигида буйрак зарарланиши учрашининг аниқ миқдори маълум эмас. Бор маълумотлар ҳам ҳар хил манбалардан (ўлим гувоҳномалари, аутопсия маълумотлари, пункцион биопсия натижалари ҳамда клиник ва лаборатор кўрсаткичлар) олинган бўлиб РА касаллигида буйрак зарарланиши тўғрисидаги ҳақиқий маълумотни бера олмайди.

Айрим олимлар томонидан ўтказилган тадқиқотлар натижасига кўра РАда буйрак зарарланиши юқори частотада учрайди ва 53-73% ни ташкил қилади [3]. Бошқа маълумотларга кўра РАда буйрак зарарланиши 82%ни ташкил қилади ва унинг намоён бўлиш даражаси касаллик давомийлиги ва фаоллигига боғлиқ бўлади [16].

РАда буйрак дисфункциясига бағишланган чуқур илмий изланишларда келтирилган маълумотларга қараганда беморлар тириклигида ренал дисфункция фақат 52% ҳолатда аниқланиши келтирилган [4]. Буйрак зарарланишининг учраш частотаси бўйича РА тизимли қизил бўрича ва тизимли васкулитлардан кейин учинчи ўринда туради. В.А. Abubaker ва Н.У. Sinjari (2020) маълумотларига кўра РА билан касалланган беморларни текшириб кўрганда буйрак кетишмовчилиги 11,4% беморларда аниқланган. Протеинурия, гематурия ва абактериал лейкоцитурия мос равишда 10,2%, 23,9% ва 25% беморларда аниқланган [1]. А.О. Oweis ва муаллифдошлари томонидан (2020 й.) келтирилган маълумотларга қараганда 18,8% беморларда микрогематурия, 6,9% беморларда эса протеинурия аниқланган. Текширилган беморларнинг 2,1% да эса бир вақтнинг ўзиде микрогематурия ва протеинурия аниқланган [10]. S. Mori, T. Yoshitama, N. Hirakata ва Y. Uekilar буйрак дисфункциясини аниқлаш мақсадида 1908 нафар РАли беморларнинг лаборатор таҳлилларини ўрганиб чиққан. Улар томонидан аниқланган маълумотларга кўра РАли беморларда буйрак дисфункциясини 18,6% беморларда кузатилган. Буйрак зарарланишининг белгиларидан альбуминурия ва гематурия эса мос равишда 8,1 ва 7,5 % беморларда кузатилди [8]. М.И. Калюжина, Е.О. Бухарова, А.Ю. Шатута ва бошқа изланувчилар буйрак функциональ-морфологик ҳолатини 75 нафар

РАли беморларда ўрганиб чиқишди. Уларнинг маълумотларига кўра 62 нафар беморларнинг сийдик чўкмасида ўзгаришлар аниқланди. Нефробиопсия ўтказилган 25 нафар беморларнинг 12 нафарида сурункали гломерулонефритнинг мезангиопротрофатив варианты аниқланди, 5 нафар беморда эса амилоидоз тасдиқланган. Булардан ташқари ушбу тадқиқотда нефробиопсия ўтказилган 8 нафар беморларда артериола ва капиллярларида ўчоқли периваскуляр склероз билан кечаётган васкулитлар аниқланган [16]. Мезангиопротрофатив гломерулонефрит РАнинг ўзининг кўринишларидан бири бўлиб дори воситалари буюрилгунча, яъни касаллик бошланишидан ривожланади деб қаралади [21]. РАда фокаль-сегментар гломерулосклероз ёки буйракнинг лобар ва сегментар томирларидаги яллиғланиш характеридаги ўзгаришларнинг аниқланиши, ваҳоланки улар кам учрашига қарамадан касалликнинг прогнозини ёманлаштиради. Т. Kuroda ва муаллифдошларининг тадқиқотларида келтирилган маълумотларига кўра РА билан касалланган 64 нафар беморларда нефробиопсия натижаларига асосан буйрак тўқималарида амилоид зарарланиш кўпинча мезангиопротрофатив гломерулонефрит ва мембраноз нефропатия билан биргаликда келишини таъкидланади [5]. Айрим манбаларда келтирилишича РАда амилоидоз буйракнинг бирламчи амилоидозига нисбатан секинроқ ривожланади [15]. Бошқа адабий манбаларда келтирилишича айрим ҳолатларда РАнинг дастлабки 15 йиллигида буйрак амилоидози ривожланиб протеинурия билан кечади [25]. РА қанчалик оғир кечса, буйракда иккиламчи амилоидоз ривожланиш хавфи ҳам шунчалик юқори бўлади [26]. Н.В. Чеботарева ва муаллифдошлари томонидан (2020 йил) 180 нафар РА билан касалланган беморлар текширишдан ўтказилган. Уларнинг маълумотларига қараганда РА билан касалланган беморларда сурункали буйрак касалликлари (СБК) учраш частотаси 19,7% ни ташкил қилган. Буйрак зарарланишининг морфологик вариантлари орасида буйрак амилоидози 50% беморларда учраган. Сурункали гломерулонефрит 30,4% беморларда учраган ва уларнинг кўпчилигини гломерулонефритнинг мезангиаль варианты ташкил қилган. Тубулоинтерстициаль нефрит 19,6% беморларда учраган. 36% беморларда коптокчалар фильтрацияси тезлигининг 60 мл/дақиқадан камга изолирланган камайиши аниқланган [27]. РАда ўткир ва интерстициаль нефрита ривожланиши дори воситаларини қабул қилиш билан ассоциация қилинади ва нисбатан камроқ учрайди. А.П. Ребров ва муаллифдошлари томонидан РАли беморларда СБК учраши таҳлил қилинган. Уларнинг маълумотларига кўра скрининг текширишларида 84,7% беморларда СБК борлиги аниқланган ва бу ўз навбатида ёш катталашган сари ошиб бориб 60 ёшдан катта беморларда 96%ни ташкил қилган. Ушбу тадқиқотда СБК белгилари (сийдикдаги ўзгаришлар) 44,5% беморларда аниқланган ва 59,2% беморларда коптокчалар фильтрацияси тезлиги камайганлиги аниқланган [22]. А.П. Ребров ва муаллифдошлари томонидан

РА билан даволанаётган 301 нафар беморда буйракнинг субклиник зарарланиши ўрганиб чиқилган, Уларнинг маълумотларига кўра РА билан касалланган беморлар сийдигида альбумин ва альфа-1-микрोगлобулин миқдори назорат гуруҳига нисбатан фарқ қилиниши аниқланган [23].

2013 йилда С.П. Оранский томонидан РА билани касалланган 117 нафар беморнинг клинико-лаборатор маълумотлари таҳлил қилинган ва уларнинг 51 нафарида СБК мавжудлиги аниқланган. Бу беморларнинг 21 нафарида нефробиопсия ўтказилиб уларнинг 42,5% да тубулоинтерстициаль нефрит, 28,5% да амилоидоз, 28,7% да эса гломерулонефритнинг ҳар хил морфологик вариантлари аниқланган [20].

Н.Ф. Сорока ва муаллифдошлари томонидан 2015 йилгача бўлган 10 йиллик давомида тириклигида РА ташхиси билан даволанган 110 нафар мурданнинг буйраги патологоанатомик таҳлилдан ўтказилган (91 нафар аёл ва 19 нафар эркак). Катамнез, буйракларни макро- ва микроскопик текширишлар натижасига асосан 44 нафар беморда (40%) буйрак амилоидози, 3 нафар беморда (2,7%) – сурункали гломерулонефрит (мезангиопротрофиератив вариант), 14 нафар беморда (12,8%) – нефроангиосклероз, 2 нафар беморда (1,8%) – тубулоинтерстициаль нефрит, 10 нафар беморда (9,1%) – сурункали пиелонефрит, 2 нафар беморда (1,8%) – буйрак томирлари васкулити аниқланган [26].

#### Хулоса

Ревматоид артритга чалинган беморларда буйрак зарарланиши ҳолатлари уларнинг диагностика қилинишидан кўпроқ ҳолларда учрайди. РА касаллигида буйрак зарарланишининг дастлабки маркёрларидан бири бўлиб *альфа-1-микрोगлобулин ҳисобланади, унинг миқдорининг ошиши касалликнинг дастлабки йиллариданоқ пайдо бўлади*. Шунинг учун РАли беморларда буйрак зарарланишини эрта аниқлаш муҳим клиник ва прогностик аҳамиятга эга. РАда буйрак зарарланишининг кенг тарқалган лаборатор белгилари бўлиб гематурия ва протеинурия ҳисобланади. Нефротик протеинуриянинг ва коптокчалар фильтрацияси тезлигининг тезда камайиши буйракда гломеруляр касалликларнинг мавжудлигини билдиради. РА да буйрак амилоидози ривожланишига биринчи навбатда касаллик давомийлиги ва унинг фаоллиги билан боғлиқ бўлади. РАда буйрак зарарланиши муамоси яхши ўрганилмаган ва қўшимча изланишларни талаб қилади.

#### Адабиётлар

1. Abubaker BA, Sinjari HY. Assessment of renal involvement in an Iraqi cohort of rheumatoid arthritis // Medical Journal of Babylon. 2020;17:4:353-357. doi:10.4103/MJBL.MJBL\_29\_20.

2. Bely M., Apathy A. // Orv. Hetil. - 2006. - Vol. 147, № 23. - P. 1063-1076.

3. Helin HJ, Korpela MM, Mustonen JT, et al. Renal biopsy findings and clinicopathologic correlations in rheumatoid arthritis // Arthritis Rheum. 1995;38(2):242-247. doi:10.1002/art.1780380213].

4. Karie S, Gandjbakhch F, Janus N, et al. Kidney disease in RA patients: prevalence and implication on RA-related drugs management: the MATRIX study // Rheumatology. 2008; 47:3: 350- 354. doi:10.1093/rheumatology/kem370).

5. Kuroda T, Tanabe N, Kobayashi D, et al. Significant association between renal function and area of amyloid deposition in kidney biopsy specimens in reactive amyloidosis associated with rheumatoid arthritis // Rheumatol Int. 2012;32(10):3155- 3162.doi:10.1007/s00296-011-2148-8.

6. Makino H., Yoshinaga Y., Yamasaki Y, et al. // Mod. Rheumatol. - 2002. - № 12. - P. 148-154.

7. Mechanisms leading from systemic autoimmunity to joint-specific disease in rheumatoid arthritis / A.I. Catrina [et al.] // Nat Rev Immunol. – 2017. –№13(2). –P.79-86.

8. Mori S, Yoshitama T, Hirakata N, et al. Prevalence of and factors associated with renal dysfunction in rheumatoid arthritis patients: a cross-sectional study in community hospitals // Clinical Rheumatology.2017;36:12:2673-2682. doi:10.1007/s10067-017- 3804.

9. Nakajima A. Relative expression and correlation of tumor necrosis factor- $\alpha$ , interferon- $\gamma$ , and interleukin-17 in the rheumatoid synovium // Clin. Rheumatol. – 2016. –№35(7). –P.1691-1697.

10. Oweis AO, Alawneh KM, Alshelleh SA, et al. Renal dysfunction among rheumatoid arthritis patients: A retrospective cohort study // Annals of Medicine and Surgery. 2020; 60:280-284. doi:10.1016/j.amsu.2020.11.011.

11. Valner A. Structural and Functional Changes of Hands and Legs in Early Rheumatoid Arthritis / A. Valner, Ü. Kirsimägi, R. Müller // Medicina (Kaunas). –2021. – №57(4) –P.317.

12. World Health Organization, The Global Burden of Disease, 2004 Update. Accessed 13 March 2012. Available from: <http://www.who.int/health>, date of the application 06.09.2018.

13. Балабанова Р.М. Динамика пятилетней заболеваемости болезнями костно-мышечной системы и их распространенности среди взрослого населения России за 2013–2017 гг / Р.М. Балабанова, Т.В. Дубинина // Современная ревматология. – 2019. – №13(4). – С. 11-17.

14. Белов Б.С. Коморбидные инфекции у больных ревматоидным артритом: Status praesens / Б.С. Белов, Г.М. Тарасова, Д.В. Буханова // Современная ревматология. – 2019. – № 13(3). – С. 102-108.

15. Витворт ДжА, Лоренс Дж Р, ред. Руководство по нефрологии. Перевод с англ. Под ред. Ю.В. Наточина. Медицина, М., 2000; 486.

16. 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. doi:10.20538/1682-0363-2009-4(2)-51-54.

17. Каратеев Д.Е. Современные принципы ведения больных с ревматоидным артритом / Д.Е. Каратеев, Е.Л. Лучихина // Медицинский совет. –2017. – №17. –С.92-100.

18. Насонов Е.Л. Ингибиторы Янус-киназа при иммуновоспалительных ревматических заболеваниях: новые возможности и перспективы / Е.Л. Насонов, А.М. Лиля // Научно-практическая ревматология. – 2019. – № 57(1). – С.8-16.

19. Нефрология: Учеб. пособие для послевузовского образования / Под ред. Е. М. Шиловой. - М., 2007.]. Б

20. Оранский СП. Хроническая болезнь почек при ревматоидном артрите: ассоциация с сердечно-сосудистым риском // Фундаментальные исследования.2013;12-2:285

21. Постникова ГА. Механизмы поражения почек у больных ревматоидным артритом (Обзор литературы и собственные данные) // Вятский медицинский вестник. 2003;1:68-76.

22. Ребров АП, Волошинова ЕВ, Тяпкина МА. Встречаемость хронической болезни почек и ее структура у больных ревматоидным артритом // Клиническая нефрология. 2011;6:32-35.

23. Ребров АП, Тяпкина МА, Волошинова ЕВ. Субклиническое поражение почек у пациентов с ревматоидным артритом // Лечащий врач. 2012;4:40-42.



---

24. Ревматология: Национальное руководство / Под ред. Е. Л. Насонова, В. А. Насоновой. - М., 2008.

25. Саркисова ИА. Ревматоидный артрит как ведущая причина развития вторичного ААамилоидоза (Обзор литературы) // Нефрология и диализ 2006;8(1):15-26.

26. Сорока Н. Ф., Тушина А. К., Юдина О. А. Поражение почек при ревматоидном артрите (по материалам патолого-анатомического исследования / Н. Ф. Сорока, А.К. Тушина, О.А. Юдина // Здравоохранения 2015. №8. С.13-17.).

27. Чеботарева Н.В., Гуляев С.В., Андросова Т.В., и др. Клинико-морфологические варианты и факторы риска поражения почек при ревматоидном артрите // Терапевтический архив. - 2020. - Т. 92. - №5. - С. 55-60. doi: 10.26442/00403660.2020.05.000604.

28. Чеботарева НВ, Гуляев СВ, Андросова ТВ, и др. Хроническая болезнь почек у больных ревматоидным артритом: частота, факторы риска, варианты поражения почек. Терапевтический архив. 2019;91(5):129– 133. doi:10.26442/00403660.2019.05.000255.

29. Ягур В. Е., Чиж К. А., Кулаженко В. П. и др. //Здравоохранение. - 2008. - № 12. - С. 34-38.

## **РЕВМАТОИД АРТРИТ КАСАЛЛИГИДА БУЙРАК ЗАРАРЛАНИШИ**

Матчанов С.Х., Абдураззакова Д.С.

*Ревматоид артритга чалинган беморларда буйрак зарарланиши ҳолатлари уларнинг диагностика қилинишидан кўпроқ ҳолларда учрайди. РА касаллигида буйрак зарарланишининг дастлабки маркёрларидан бири бўлиб альфа-1-микроглобулин ҳисобланади, унинг миқдорининг ошиши касалликнинг дастлабки йиллариданоқ пайдо бўлади.*

**Калит сўзлар:** ревматоид артрит, буйрак зарарланиши, альфа-1-микроглобулин.

