

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2023 №7

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
AXBOROTNOMASI



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 2013года

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 № 7, 2023

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.

проф. Жае Вук Чои (Корея)

акад. Каримов Ш.И.

проф. Татьяна Силина (Украина)

акад. Курбанов Р.Д.

проф. Людмила Зуева (Россия)

проф. Метин Онерчи (Турция)

проф. Ми Юн (Корея)

акад. Назыров Ф.Г.

проф. Нажмутдинова Д.К.

проф. Саломова Ф.И.

проф. Саша Трескач (Германия)

проф. Шайхова Г.И.

Члены редакционного совета

проф. Акилов Ф.О. (Ташкент)

проф. Аллаева М.Д. (Ташкент)

проф. Хамдамов Б.З. (Бухара)

проф. Ирискулов Б.У. (Ташкент)

проф. Каримов М.Ш. (Ташкент)

проф. Маматкулов Б.М. (Ташкент)

проф. Охунов А.О. (Ташкент)

проф. Парпиева Н.Н. (Ташкент)

проф. Рахимбаева Г.С. (Ташкент)

проф. Хамраев А.А. (Ташкент)

проф. Холматова Б.Т. (Ташкент)

проф. Шагазатова Б.Х. (Ташкент)

Herald TMA №7, 2023

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.

prof. Jae Wook Choi (Korea)

academician Karimov Sh.I.

prof. Tatyana Silina (Ukraine)

academician Kurbanov R.D.

prof. Lyudmila Zueva (Russia)

prof. Metin Onerc (Turkey)

prof. Mee Yeun (Korea)

prof. Najmutdinova D.K.

prof. Salomova F.I.

prof. Sascha Treskatch (Germany)

prof. Shaykhova G.I.

EDITORIAL COUNCIL

DSc. Abdullaeva R.M.

prof. Akilov F.O. (Tashkent)

prof. Allaeva M.D. (Tashkent)

prof. Khamdamov B.Z. (Bukhara)

prof. Iriskulov B.U. (Tashkent)

prof. Karimov M.Sh. (Tashkent)

prof. Mamatkulov B.M. (Tashkent)

prof. Okhunov A.A. (Tashkent)

prof. Parpieva N.N. (Tashkent)

prof. Rakhimbaeva G.S. (Tashkent)

prof. Khamraev A.A. (Tashkent)

prof. Kholmatova B.T. (Tashkent)

prof. Shagzatova B.X. (Tashkent)

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.

Сайфутдинов З.А., Шадманова Н.А., Асатова Н.Б., Юлдашова Х.А. ЖИНСИЙ ЙЎЛ БИЛАН ЮҚАДИГАН ИНФЕКЦИЯЛАР ТАШХИСОТИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШДА УРОГЕНИТАЛ СУРТМА МИКРОСКОПИЯСИ УСУЛИ АҲАМИЯТИ	Sayfutdinov Z.A., Shadmanova N.A., Asatova N.B., Yuldosheva Kh.A. IMPORTANCE OF THE MICROSCOPY OF UROGENITAL SMEARS FOR OPTIMIZING THE DIAGNOSIS OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS	151
Tilyavova S. MATERNAL PREDICTORS OF LOW BIRTH WEIGHT	Tilyavova S. ONANING KAM VAZNLI TUG'ILISHNI BASHORAT QILUVCHI OMILLARI	155
To'uchiev L.N., Mo'minova M.T. O'IV-INFEKTSIYALI BOLALARDA O'TKIR DIAREYALARNING KLINIK KECISH XUSUSIYATLARI	Tuychiev L.N., Muminova M.T. CLINICAL FEATURES OF ACUTE DIARRHEA IN HIV-INFECTED CHILDREN	158
Хаялиев Р.Я., Рахимий Ш.У., Маркушин В.А. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В КОРРЕКЦИИ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ	Hayaliev R.Ya., Rakhimiy Sh.U., Markushin V.A. CURRENT TRENDS IN THE CORRECTION OF THE FUNNEL-SHAPED CHEST	163
Худайкулова Ф.Х., Мирзаева Д.А. РАЗВИТИЕ ТОКСИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА И ОСОБЕННОСТИ ЕГО ТЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕБОЛЕВШИХ COVID-19, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ПРИАРАЛЬЯ	Xudaykulova F.X., Mirzaeva D.A. DEVELOPMENT OF TOXIC HEPATITIS AND FEATURES OF ITS COURSE IN PATIENTS HAVE BEEN ILL WITH COVID-19 LIVING IN THE ARAL ZONE	169
Эгамова С.Ш., Мирахмедова Х.Т., Исканова Г.Х. ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ	Egamova S.S., Mirakhmedova H.T., Iskanova G.H. HEMATOLOGICAL MANIFESTATIONS OF SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS	172
Юнусова Д.Х., Нажмутдинова Д.К. НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНО-ОВАРИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19	Yunusova D.Kh., Nazhmutdinova D.K. FEATURES OF MENSTRUAL-OVARIAN DYSFUNCTION IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE WHO HAVE UNDERGONE COVID-19	176
ГИГИЕНА, САНИТАРИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ	HYGIENE, SANITATION AND EPIDEMIOLOGY	
Маденбаева Г.И., Матназарова Г.С., Брянцева Е.В. 2021 ЙИЛДА ҚОРАҚАЛПОҒИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ АҲОЛИСИ ОРАСИДА ҚИЗИЛҮНГАЧ САРАТОНИНИНГ ТАРҚАЛИШИ	Madenbaeva G.I., Matnazarova G.S., Bryantseva E.V. DISTRIBUTION OF ESOPHAGEAL CANCER AMONG THE POPULATION OF THE REPUBLIC OF KARAKALPAKSTAN IN 2021	179
Ne'matova N. O', Matnazarova G.S., Bryanseva E.V., Berdiqulova Sh.Q. O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI VA TOSHKENT SHAHRIDA O'IV – INFEKTSI BO'YICHA ANIQLANGAN HOLATLAR	Nematova N.U., Matnazarova G.S., Bryantseva E.V. Berdiqulova Sh.Q. DETECTED CASES OF HIV INFECTION IN THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN AND THE CITY OF TASHKENT	185
Рахимов Б.Б., Саломова Ф.И., Жалолов Н.Н., Султонов Э.Ю., Облакулов А.Г. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА ГОРОДА НАВОИ	Rakhimov B.B., Salomova F.I., Jalolov N.N., Sultonov E.Yu., Oblakulov A.G. ASSESSMENT OF AIR QUALITY IN THE CITY OF NAVOI CITY	189
Рискиев У.Р. ТОШКЕНТ ШАҲРИ СЕРГЕЛИ ТУМАНИДАГИ БИРЛАМЧИ ТИББИЙ-САНИТАРИЯ ЁРДАМ ХИЗМАТИ	Riskiev U.R. PRIMARY HEALTH CARE IN THE SERGELI DISTRICT OF TASHKENT	192
Tadjiyev B.M., Matyakubov M.B., Mirxashimov M.B., Aliyeva G.R. DUNYO MIQYOSIDA GEPATIT B VIRUSIGA QARSHI O'TKAZILAYOTGAN EMLASH TADBIRLARI	Tadjiev B.M., Matyakubov M.B., Mirhashimov M.B., Aliyeva G.R. VACCINATION MEASURES AGAINST HEPATITIS VIRUS IN THE WORLD	198
ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ	HELPING A PRACTITIONER	
Азимова С.Б., Ахмедова Д.Б., Солимурзаева Г.М., Мусаев Х.А., Уринов А.М. ВЛИЯНИЕ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ СИСТЕМУ ЖЕНЩИН	Azimova S.B., Akhmedova D.B., Salimirzaeva G.M., Akhmedova D.B., Musaev Kh.A. IMPACT OF THE ENDOCRINE SYSTEM ON THE REPRODUCTIVE SYSTEM OF WOMEN	201

ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

Эгамова С.Ш., Мирахмедова Х.Т., Исканова Г.Х.

TIZIMLI QIZIL YUGURUKNING GEMATOLOGIK KO'RINISHLARI

Egamova S.Sh., Miraxmedova X.T., Iskanova G.X.

HEMATOLOGICAL MANIFESTATIONS OF SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Egamova S.S., Mirakhmedova H.T., Iskanova G.H.

Ташкентская медицинская академия

Maqsad: turli yoshdagi bemorlarda tizimli qizil yugurukning klinik va gematologik belgilarini tavsiflash. **Material va usullar:** tadqiqotga 2020-2022 yillarda Toshkent tibbiyot akademiyasi klinikasiga qabul qilingan Systemic Lupus International Collaborating Clinics (2012) mezonlariga javob bergan 18 yoshdan 60 yoshgacha (o'rtacha yoshi $48,9 \pm 15,6$ yosh) TQY bilan kasallangan 60 nafar bemor (51 nafar ayol va 9 nafar erkak) kiritilgan. Bemorlarning imzolangan xabardor roziligi majburiy kiritish shartlari bo'ldi. Kasallikning boshlanishidan tashxis qo'yish va davolanishni boshlashgacha bo'lgan o'rtacha muddat $7,3 \pm 1,3$ oyni tashkil etdi. **Natijalar:** anemiyaning og'irligi ma'lum darajada kasallikning og'irligi bilan bog'liq. Shunday qilib, temir tanqisligi anemiyasi III darajali tizimli qizil yuguruk faolligi bo'lgan barcha bemorlarda paydo bo'ldi. Shu bilan birga, u og'ir va mo'tadil xarakterga ega edi, kasallikning kamroq og'irligi bilan engil kamqonlik ko'proq kuzatildi. **Xulosa:** tizimli qizil yuguruk uchun terapiyaning asosiy maqsadi nafaqat ta'sirlangan organdagi yallig'lanish o'zgarishlarini va otoimmun reaksiyani bostirish, balki anemiya sindromiga qarshi kurash ham bo'lishi kerak. Bu to'qimalarning normal kislorodlanishi tufayli regenerativ jarayonlarning yaxshilanishiga, kasallikning og'irligini kamaytirishga va uning natijalarini yaxshilashga yordam beradi.

Kalit so'zlar: tizimli qizil yuguruk, surunkali kasalliklar anemiyasi, temir tanqisligi anemiyasi.

Objective: To characterize the clinical and hematological signs of systemic lupus erythematosus in patients of various age groups. **Material and methods:** The study included 60 patients (51 women and 9 men) with SLE aged 18 to 60 years (mean age 48.9 ± 15.6 years) who met the criteria of Systemic Lupus International Collaborating Clinics (2012), hospitalized to the clinic of the Tashkent Medical Academy in 2020-2022. Signed informed consent of the patients was a prerequisite for inclusion. The average time from the onset of the disease to the diagnosis and start of treatment was 7.3 ± 1.3 months.

Results: The severity of anemia correlated to some extent with the severity of the disease. Thus, iron deficiency anemia occurred in all patients with activity of systemic lupus erythematosus of the III degree. At the same time, it was of a severe and moderate nature, while with a lesser severity of the disease, mild anemia was more often observed. **Conclusions:** The main goal of therapy for systemic lupus erythematosus should be not only the suppression of inflammatory changes in the affected organ and the autoimmune response, but also the fight against anemic syndrome. This contributes to the improvement of regenerative processes due to normal tissue oxygenation, reducing the severity of the disease and improving its outcome.

Key words: systemic lupus erythematosus, anemia of chronic diseases, iron deficiency anemia.

Системная красная волчанка (M32 по МКБ-10) – системное аутоиммунное заболевание неизвестной этиологии, в основе которого лежит генетически обусловленное нарушение иммунной регуляции, определяющее образование специфических антител к антигенам ядер клеток и иммунных комплексов с развитием иммунного воспаления в тканях многих органов [1,3,5-7,10,12].

Большое значение в диагностике СКВ, особенно при определении ее активности и риска прогрессирования имеют гематологические показатели. Наблюдаемые при СКВ гематологические проявления могут быть представлены как истинно аутоиммунными феноменами – аутоиммунной гемолитической анемией (АГА), лейкопенией (ЛП) и тромбоцитопенией (ТП), так и цитопеническими синдромами, связанными с применением иммуносупрессивных препаратов. Известно, что гематологические проявления значительно варьируют по степени выраженности и часто не требуют специфического лечения, за исключением тяжелой цитопении, рефрактерной к глюкокортикоидам (ГК) [3,11,13]; в то же время их значимость в качестве возможных предикторов дальнейшего течения СКВ изучена недостаточно.

Одной из причин анемии при СКВ является анемия хронических заболеваний (АХЗ), причиной которой считается нарушение обмена железа в макрофагальной системе под влиянием воспалительных цитокинов [2,4,5,8,9]. Такой вид анемии при СКВ изучен значительно меньше, хотя частота АХЗ при СКВ колеблется от 11,9 до 37,1% [1,3,5]. Практически отсутствуют сведения о существовании при СКВ железодефицитной анемии (ЖДА), хотя она может встречаться у этих больных так же, как и в популяции в целом. В единичных исследованиях указывается, что изменение уровня сывороточного ферритина и содержания костномозговых сидеробластов практически не является информативным в диагностике этого вида анемии (Лиля А.М., 2017).

Таким образом, патогенетические механизмы анемического синдрома при СКВ сложны, при этом отсутствуют его четкие клинико-лабораторные критерии и практически не приводятся данные о связи его с клиническими проявлениями СКВ [4,5].

Цель исследования

Характеристика клинических и гематологических признаков СКВ у больных различных возрастных групп.

Материал и методы

В исследование включены 60 больных (51 женщина и 9 мужчин) с СКВ в возрасте от 18 до 60 лет (средний возраст – $48,9 \pm 15,6$ года), соответствовавших критериям Systemic Lupus International Collaborating Clinics (2012) [1], госпитализированных в клинику ТМА в 2020-2022 гг. Обязательными условиями включения было подписанное информированное согласие пациентов. Средний срок от начала заболевания до установки диагноза и начала лечения составил $7,3 \pm 1,3$ месяца. На момент обследования средняя длительность СКВ в годах составляла $8,7 \pm 2,8$ ($96,6 \pm 37,7$ мес.). Всем пациентам проводилось стандартное обследование, включавшее оценку активности заболевания по индексу SLEDAI 2K (Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index-2K), определение иммунологических показателей: антинуклеарного фактора, IgM ревматоидного фактора (РФ), С3- и С4-компонентов комплемента, волчаночного антикоагулянта (ВА), а также клинические и биохимические анализы крови, мочи по унифицированным методам.

Результаты исследования

У обследованных больных встречались различные системные признаки болезни. У всех больных имелись поражение кожи, суставов, почек, сердца, легких. Поражения суставов наблюдались у 54 (90,0%). Чаще всего встречались полиартрит – у 36 (60%), поражение кожи в виде эритемы лица – у 41 (66%), дискоидной волчанки – у 30 (50%) и фотосенсибилизации – у 36 (60%). Поражение легких определялось у 35 (58%) больных СКВ. Чаще всего при рентгенографии или компьютерной томографии легких выявлялись инфильтраты – у 15 (25%), реже полости в легких – у 6 (10%). У 1 (1,1%) больного СКВ был диагностирован геморрагический альвеолит. Поражение дыхательной системы включало вовлеченность различных отделов легких: дыхательных путей, паренхимы, сосудов, плевры и диафрагмы.

Поражение почек было выявлено у 42 (70%) больных СКВ. У 28 (64%) больных с поражением почек в виде нефрита скорость клубочковой фильтрации была снижена более чем на 50% (среднее значение креатинина $3,21 \pm 1,12$ мг/дл, среднее значение СКФ $29,8 \pm 9,9$ мл/мин/ $1,73$ м²). У 34 (71%) больных с поражением почек была выявлена протеинурия, при этом более 0,5 г/сут определялась у 15 (16,7%), гематурия отмечалась у 12 (20,0%).

Поражение сердца было у 24 (40,0%) больных СКВ. У 22 (36,7%) пациентов по данным Эхо-КГ определялись атеросклеротические изменения аортального клапана. Миокардит и хроническая сердечная недостаточность диагностированы у 10 (16%) больных СКВ, перикардит и эндокардит – соответственно у 3 (5,0%) и 6 (10%). У 45% больных в сыворотке крови выявлен ревматоидный фактор, у 1/3 имелись антинуклеарные антитела.

ЖДА диагностирована у 68% обследованных. Для сравнения АХЗ и ЖДА пациенты были разделены на 2 группы (табл. 1). 1-ю группу составляли больные с

АХЗ, 2-ю – пациенты с ЖДА. Легкая анемия была у 82% больных, среднетяжелая – у 12%, тяжелая – у 6%. Признаков явных и скрытых кровотечений не обнаружено. Больные двух групп были сопоставимы по полу, возрасту и активности болезни. У больных 1-й группы с АХЗ наблюдалось достоверное уменьшение количества ретикулоцитов (возможно, связанное с гемолизом), высокий или нормальный уровень ферритина, анемия имела гипохромный характер при нормальном уровне сывороточного железа. У лиц 2-й группы с железodefицитной анемией преимущественно встречались признаки снижения запасов железа, низкий уровень ферритина, повышение общей железосвязывающей способности сыворотки при низком уровне сывороточного железа. Среди больных 1-й группы тромбоцитопения была достоверно значительной. Лейкопения встречалась у больных обеих групп, но особенно низкие показатели в 1-й.

Одни исследователи расценивают лейкопению как проявление аутоиммунного процесса в результате выработки антител к лейкоцитам периферической крови, коррелирующей со степенью активности СКВ. Другие авторы связывают лейкопению с усиленным апоптозом лимфоцитов периферической крови, морфологическими и генетическими изменениями нейтрофилов [8]. Обращает на себя внимание, что у больных с выраженной лейкопенией статистически значимо преобладало хроническое течение СКВ. Снижение гематокрита было характерно для больных обеих групп, но достоверно этот показатель снижался у больных 2-й группы. Возможно, сопровождалось гипоксией различных органов, так как именно красные кровяные тельца в норме осуществляют транспорт кислорода, что ухудшало состояние больных. Полиартрит и нефрит встречались у пациентов обеих групп, но достоверно чаще у больных с АХЗ в виде активного нефрита.

Среди обследованных преобладали пациенты с хроническим течением СКВ (соответственно 75,4 и 67,9%). Среди проявлений СКВ центральное место по частоте занимало поражение легких (52,3%), почек (50,8%) и нервной системы (46,2%), в то время как поражение желудочно-кишечного тракта (7%) встречалось значительно реже. Поражение почек развивалось рано (через $2,5 \pm 2,3$ мес. от начала общих и/или локальных симптомов) и преимущественно у больных с АХЗ. Артрит имел моно-олигоартикулярный характер с преимущественным поражением кисти, крупных суставов, иногда напоминал дебют ревматоидного артрита (табл. 2).

Снижение уровня гемоглобина (110 г/л) определялось у 57% пациентов, а снижение уровня сывороточного железа при нормальных показателях гемоглобина – у 18%.

Таким образом, суммарно железodefицитное состояние, включая и развившуюся ЖДА, наблюдалось у 93% больных СКВ. Среди клинических проявлений СКВ полиартрит, эритема лица, нефрит, алоpecia, миокардит, синдром Рейно чаще встречались у больных АХЗ (рисунок).

Таблица 1

Гематологические показатели у больных СКВ

Лабораторный показатель	1-я группа, n=18	2-я группа, n=20	p
Гемоглобин	95±5,1	85±2,6	<0,05
Гематокрит	35±3,3	28±2,5	<0,05
Эритроциты	2,1±1,02	4,2±1,3	<0,05
Цв. пок.	0,8±0,16	0,8±0,04	
Ферритин	50±3,1	38±2,6	<0,01
Общая железосвязывающая способность сыворотки	45±7,2	60±9,1	<0,05
Сывороточное железо	18±3,5	7±2,6	<0,05
Ретикулоциты	11±2,4	7±1,04	<0,05
Лейкоциты	4±0,7	9±1,3	0,01
Тромбоциты	98±8,2	235±21,3	0,001

Таблица 2

Частота клинических проявлений при СКВ, абс. (%)

Клинический признак СКВ	1-я группа, n=18	2-я группа, n=20
Полиартрит	18 (100)	12 (60)
Алопеция	10 (55)	8 (40)
Васкулит	8 (44)	8 (40)
Синдром Рейно	9 (50)	8 (40)
Поражение слизистых оболочек	10 (55)	10 (50)
Фотосенсибилизация	9 (50)	5 (25)
Эритема лица	13 (72)	3 (15)
Дискоидные высыпания	3 (16)	7 (35)
Перикардит	2 (11)	1 (5)
Миокардит	7 (39)	3 (15)
Эндокардит	3 (16)	3 (15)
Люпус-нефрит	18 (100)	12 (60)

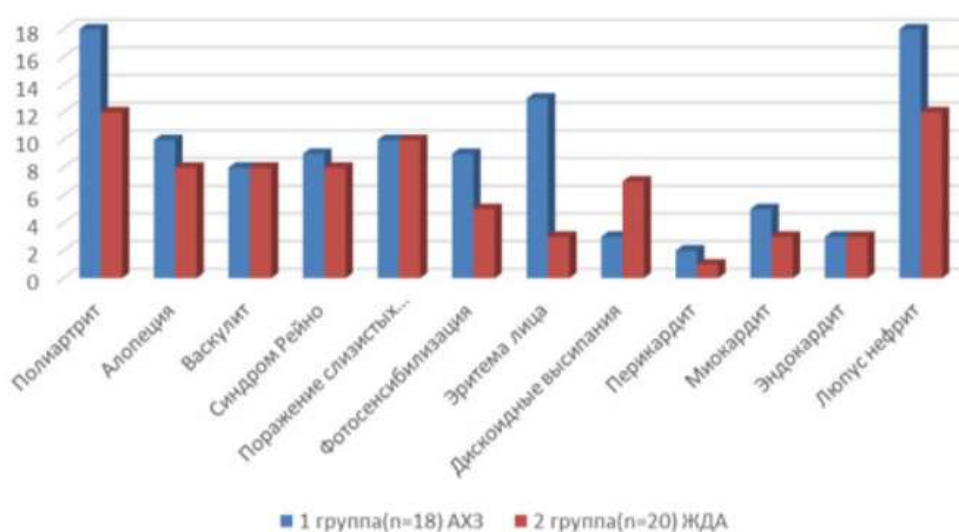


Рисунок. Частота клинических проявлений СКВ.

Для АХЗ были характерны умеренное снижение уровня гемоглобина ($95 \pm 5,1$ против $85 \pm 2,6$ г/л), нормоцитоз, норма- или умеренная гипохромия эритроцитов, умеренное увеличение количества ретикулоцитов.

Заключение

Снижение уровня сывороточного железа и насыщения им трансферрина отмечается при обеих анемиях, однако причина такого нарушения этого различна. Если при ЖДА эти изменения связаны с абсолютным дефицитом железа, то при АХЗ запасы железа достаточны, однако они не могут быть утилизированы из ретикулоэндотелиальной системы. Показателем состояния депо железа является уровень сывороточного ферритина, который при АХЗ имел нормальные или повышенные значения, тогда как при ЖДА он был снижен (менее 15 нг/мл). Тяжесть анемии в определенной степени коррелировала со степенью тяжести заболевания. Так, ЖДА имела место у всех больных с активностью СКВ III степени. При этом она носила тяжелый и среднетяжелый характер, тогда как при меньшей выраженности болезни чаще наблюдалась легкая анемия.

Выводы

1. Наиболее высокий удельный вес среди обследованных больных приходится на долю женщин 30-35 лет. Клинические проявления могут развиваться на любой стадии заболевания, ассоциироваться с активностью или являться следствием длительно-го патологического процесса. Такие проявления болезни как артрит, нефрит, поражение кожи и сердца встречаются при всех видах анемии, но наиболее тяжело протекают при АХЗ.

2. Изменения периферической крови при СКВ, как правило, поливалентны – анемия, лейкопения, тромбоцитопения могут быть причиной развития в течение болезни гематологических «масок». Поэтому основной целью терапии СКВ должно быть не только подавление воспалительных изменений в пораженном органе и аутоиммунного ответа, но и борьба с анемическим синдромом. Это способствует улучшению регенераторных процессов за счет нормальной оксигенации тканей, уменьшения тяжести заболевания и улучшения его исхода.

Литература

1. Алексеева Е.И., Дворяковская Т.М., Никишина И.П. и др. Системная красная волчанка: Клин. рекомендации. Ч. 1. – М., 2021.
2. Бугрова О.В., Уварова Е.А. К вопросу об особенностях патогенеза анемического синдрома при СКВ // Вестн. ОГУ. – 2004. – №2. – С. 138-143.
3. Исканова Г.Х., Сулейманов А.С., Эгамова С.Ш. Системные васкулиты у детей // Вопр. мед. – 2016. – №12. – С. 5-9.
4. Кучма Г.Б., Бугрова О.В. Изменение уровня лейкоцитов лейкоцитарной формулы у больных системной красной волчанкой в зависимости от течения заболевания и характера проводимой терапии // Вестн. ВолГМУ. – 2010. – №2 (34). – С. 100-103.
5. Петров А.В., Белоглазов В.А., Шадуро Д.В. и др. Гематологические проявления системной красной волчанки в ранней стадии: ассоциация с другими симптомами заболевания и возможное прогностическое значение // Науч.-практ. ревматол. 2019. – Т. 57, №2. – С.

166-170.

6. Уварова Е.А. Особенности анемического синдрома у больных системной красной волчанкой: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2012.

7. Barr S., Zonana-Nacach A., Magder L., Petri M. Patterns of disease activity in systemic lupus erythematosus // Arthritis Rheum. – 1999. – Vol. 42, №12. – P. 2682-2688.

8. Bastian H., Roseman J., Mcgwin G. et al. Systemic lupus erythematosus in three ethnic groups. XII. Risk factors for lupus nephritis after diagnosis // Lupus. – 2002. – Vol. 11, №3. – P. 152-160.

9. Bernatsky S., Boivin J., Joseph L. et al. Mortality in systemic lupus erythematosus // Arthritis Care Res. (Hoboken). – 2012. – Vol. 64, №2. – P. 159-168.

10. Faurshou M., Starklint H., Halberg P., Jacobsen S. Prognostic factors in lupus nephritis: diagnostic and therapeutic delay increases the risk of terminal renal failure // J. Rheumatol. – 2006. – Vol. 33, №8. – P. 1563-1569.

11. Bruce I., Isenberg D., Wallace D. et al. Anti-C1q antibodies in systemic lupus erythematosus // Lupus. – 2015. – Vol. 24, №1. – P. 42-49.

12. Gladman D.D., Ibanez D., Urowitz M.B. Systemic lupus erythematosus disease activity index 2000 // J. Rheumatol. – 2002. – Vol. 29, №2. – P. 288-291.

13. Gladman D.D., Ginzler E., Goldsmith C. et al. The development and initial validation of the systemic lupus international collaborating clinics/American college of rheumatology damage index for systemic lupus erythematosus // Arthritis Rheum. – 1996. – Vol. 39, №3. – P. 363-369.

ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

Эгамова С.Ш., Мирахмедова Х.Т., Исканова Г.Х.

Цель: характеристика клинических и гематологических признаков системной красной волчанки у больных различных возрастных групп. **Материал и методы:** в исследование включены 60 больных (51 женщина и 9 мужчин) с СКВ в возрасте от 18 до 60 лет (средний возраст – $48,9 \pm 15,6$ года), соответствовавших критериям Systemic Lupus International Collaborating Clinics (2012), госпитализированных в клинику Ташкентской медицинской академии в 2020-2022 гг. Обязательными условиями включения было подписанное информированное согласие пациентов. Средний срок от начала заболевания до установки диагноза и начала лечения составил $7,3 \pm 1,3$ месяца.

Результаты: тяжесть анемии в определенной степени коррелировала со степенью тяжести заболевания. Так, железодефицитная анемия имела место у всех больных с активностью системной красной волчанки III степени. При этом она носила тяжелый и среднетяжелый характер, тогда как при меньшей выраженности болезни чаще наблюдалась легкая анемия. **Выводы:** основной целью терапии системной красной волчанки должно быть не только подавление воспалительных изменений в пораженном органе и аутоиммунного ответа, но и борьба с анемическим синдромом. Это способствует улучшению регенераторных процессов за счет нормальной оксигенации тканей, уменьшения тяжести заболевания и улучшения его исхода.

Ключевые слова: системная красная волчанка, анемия хронических болезней, железодефицитная анемия.