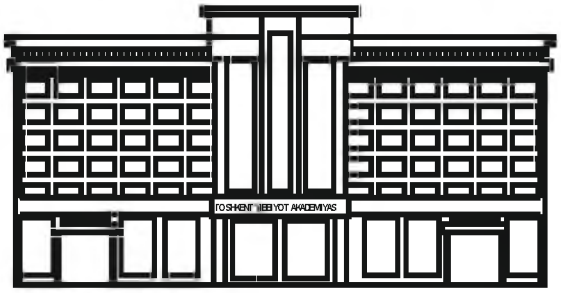
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2024 №11

2011 йилдан чика бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI AXBOROTNOMASI

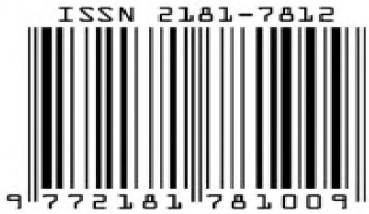


ВЕСТНИК

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.

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 редакционоого 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)

EDITORIAL BOARD

Editor in chief

prof. A.K. Shadmanov

Deputy Chief Editor

prof. O.R.Teshaev

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. Shagazatova 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 comission

complited manscipts 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. l. 9.75.

Listening means «Cambria».

Circulation 150.

Negotiable price

Printed in TMA editorial and publisher department risograph

2 Farobiy street, Tashkent, 100109.

Халметова Ф.И., Ахмедов Х.С., Тураев И.А., Зарипов С.И. РЕАКТИВ АРТРИТНИ ДАВОЛАШДА ЗАМОНАВИЙ ПАТОГЕНЕТИК ЁНДАШУВЛАР	*Khalmetova F.I., Akhmedov X.S., Torayev I.A., Zaripov S.I. MODERN PATHOGENETIC APPROACHES TO THE TREATMENT OF REACTIVE ARTHRITIS*	*63*
КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА	***CLINICAL MEDICINE***	
Абдурахимова Л.А., Абдуганиева Э.А. КОАГУЛЯЦИОННЫЙ ПРОФИЛЬ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ	*Abdurahimova L.A., Abduganieva E.A. COAGULATION PROFILE IN PATIENT WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE*	*66*
Абдурахимова Л.А., Абдуганиева Э.А., Хакимова Д.У., Мирзаева М.Ф., Исмаилова Р.Н., Файзибоева А.А., Ан А.К., Атаханова З.А., Мелиева Ш., Исмаилова Р. ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В РАЗВИТИИ ТРОМБОГЕННЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ	*Abdurakhimova L.A., Abduganieva E.A., Khakimova D.U., Mirzaeva M.F., Ismailova R.N., Fayziboeva A.A., An A.K., Atakhanova Z.A., Melieva Sh., Ismailova R. PHENOTYPIC FACTORS IN THE DEVELOPMENT OF THROMBOGENIC DISORDERS IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE*	*71*
Абдурахимова Л.А., Мухамеджанова Н.И., Каримова Н.М., Плугарь В.И., Мухамеджанова Д.И. ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕМЕНТАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ, ПРОВОДИМОГО У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, НА ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОСТАЗА	*Abdurakhimova L.A., Mukhamedzhanova N.I., Karimova N.M., Plugar V.I., Mukhamedzhanova D.I. EFFECT OF COMPLEMENTARY TREATMENT CARRIED OUT IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS ON HEMOSTASIS INDICES*	*78*
Абдурахманова Н.М., Ахмедов Х.С. КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ANTI-CD74 ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ	*Abdurakhmanova N.M., Akhmedov Kh.S. CLINICAL AND DIAGNOSTIC VALUE OF ANTI-CD74 IN ANKYLOSING SPONDYLITIS*	*81*
Абдурахманова Н.М., Ахмедов Х.С., Зарипов С.И. ИММУНОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АУТОАНТИТЕЛ ПРОТИВ ФИБРИЛЛИНА ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ	*Abdurakhmanova N.M., Axmedov Kh.S., Zaripov S.I. SIGNIFICANCE OF AUTOANTIBODIES AGAINST FIBRILLIN IN SYSTEMIC SCLERODERMA*	*87*
Абдурахманова Н.М., Рихсиева Л.М. ЗНАЧЕНИЕ МАРКЕРА РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ КОСТЕЙ BMP-7 ПРИ АКСИАЛЬНОМ СПОНДИЛОАРТРИТЕ	*Abdurahmanova N.M., Rixsiyeva L.M. SIGNIFICANCE OF BONES REMODELING MARKER BMP-7 IN AXIAL SPONDYLOARTHRITIS*	*90*
Axmedov I.A., Xalmetova F.I., Zaripov S.I. REMATOID ARTRIT KASALLIGI BO'LGAN BEMORLARDA YURAK QONTOMIR TIZIMIDAGI BUZULISHLARNI ERTA ANIQLASHDA YURAK RITMI BUZILISHLARINING O'RNI	*Akhmedov I.A., Khalmetova F.I., Zaripov S.I. THE ROLE OF HEART RHYTHM DISORDERS IN THE EARLY DETECTION OF CARDIOVASCULAR SYSTEM DISORDERS IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS*	*94*
Akhmedov Kh.S., Rakhimova M.B. IMPARED ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS	*Axmedov X.S., Raximova M.B. ANKILOZLOVCHI SPONDILOARTRIT BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA ENDOTELIY DISFUNKSIYASI*	*97*
Axmedov Kh.S., Buranova S.N. STUDYING THE ROLE OF CARTILAGO OLIGOMER MATRIX PROTEIN IN JOINT STRUCTURE CHANGES IN OSTEOARTHRITIS	*Axmedov X.S., Buranova S.N. OSTEOARTRIT KASALLIGIDA TOG'AY OLIGOMER MATRIKS OQSILINI BO'G'IM TUZILMAVIY O'ZGARISHLARIDAGI ROLI*	*102*
Axmedov X.S., Raximov S.S. ANKILOZLOVCHI SPONDILOARTRITDA IL-17 NING KASALLIK KECHISHIDAGI AXAMIYATI	*Axmedov Kh.S., Rakhimov S.S. THE SIGNIFICANCE OF IL-17 IN THE COURSE OF THE DISEASE IN ANKYLOSAL SPONDYLOARTHRITIS*	*108*
Axmedov Kh.S., Turayev I.A., Khalmetova F.I., Zaripov S.I. THE ROLE OF IL-17 INHIBITORS IN THE TREATMENT OF REACTIVE ARTHRITIS	*Axmedov X.S., Turayev I.A., Xalmetova F.I., Zaripov S.I. REAKTIV ARTRIT BILAN CHALINGAN BEMORLARNI DAVOLASHDA IL-17 INGIBITORLARNING O'RNI*	*112*
Buranova S.N., Axmedov Kh.S., Zaripov S.I., Ibragimov U.D., Bahronova Yu.B. COMPARATIVE STUDY OF THE EFFECT OF EPLERENONE AND SPIRINOLACTONE ON LEFT VENTRICULAR SYSTOLIC FUNCTION IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE	*Buranova S.N., Axmedov X.S., Zaripov S.I., Ibragimov U.D., Baxronova Yu.B. SURUNKALI YURAK ETISHMOVCHILIGI BO'LGAN BEMORLARDA EPLERENON VA SPIRINOLAKTONLARNING CHAP QORINCHANING SISTOLIK FUNKTSIYASIGA TA'SIRINI QIYOSIY O'RGANISH*	*115*
Gadayev A.G., Gulyamova Sh.S. STRENGTHENING THE PREVENTION AND TREATMENT OF HYPERTENSION IN PRIMARY HEALTH CARE	*Gadayev A.G., Gulyamova Sh.S. SOG'LIQNI SAQLASH BIRLAMCHI TIZIMIDA GIPERTONIYA KASALLIGINI DAVOLASH VA PROFILAKTIKASI SAMARADORLIGINI OSHIRISH*	*118*

УЎК: 616.72-002.77-08

РЕВМАТОИД АРТРИТ ДАВО ЧОРАЛАРИНИНГ ЗАМОНАВИЙ ТЕНДЕНЦИЯЛАРИ

Абдурахманова Н.М., Норбўтаев О.М.

СОВРЕМЕННЫЕ КОМПЛЕКСНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Абдурахманова Н.М., Норбўтаев О.М.

MODERN COMPLEX METHODS OF TREATMENT OF RHEUMATOID ARTHRITIS

Abdurakhmanova N.M., Norbotayev O.M.

Тошкент тиббиёт академияси

В мире ревматоидный артрит встречается у 0,2-2% взрослого населения (среди женщин до 5%), в структуре ревматических заболеваний до 10%, годовой прирост новых случаев составляет 0,02%. Заболевание рассматривается как социальное, приводящее к инвалидности больных молодого и среднего возраста. В основе заболевания лежит нарушение структуры суставов – анкилоз, деформации и контрактуры, степень которых связана со сроками лечения. Описаны современные методы медикаментозного и хурургического лечения ревматоидного артрита.

Ключевые слова: *ревматоидный артрит, базисные противоревматические препараты, медиальное юниондулярное эндопротезирование.*

Currently, in the world, rheumatoid arthritis occurs among the adult population in 0.2-2% of cases (among women up to 5%), in the context of rheumatic diseases up to 10%, the annual increase in new cases is 0.02%, and so On the other hand, the disease is considered as a social one, leading to the disability of patients among young and middle ages. The basis of the disease is a violation of the structure of the joints - ankylosis, deformities and contractures, the degree of their development is largely associated with early treatment. The review article presents modern methods of medical and surgical treatment of rheumatoid arthritis.

Key words: *rheumatoid arthritis, basic antirheumatic drugs, medial unicondular arthroplasty.*

Ревматоидли артрит (РА) тиббий ва ижтимоий жиҳатдан муҳим муаммо ҳисобланиб, унинг долзарблиги касалликнинг авж олиб бориши, таянч-ҳаракат тизимини зарарланиши, меҳнат қобилиятига эга навқирон ёшидаги одамларда зарарланиши даражасини юқорилиги, функционал хусусиятларни, профессионал ва ижтимоий малакаларни эрта йўқолиши, ҳаракат бузилишига беморларнинг жисмоний ва руҳий қийинчиликлар билан мослашуви, ногиронликни сезиларли даражада ривожланиши билан характерланиб, катта иқтисодий йўқотишлар кузатилиши билан белгиланади [3]. Касаллик меҳнат қобилиятига эга ёшлар ўртасида кенг тарқалган бўлиб, ногиронлик тез ривожланаши ҳамда бемор умри қисқариб бориши билан намоён бўлади [2,10,20].

Ревматоид артрит клиник кечишида полиморфизмга эга: давомий ремиссия кузатилиши мумкин бўлган енгил шаклдан то оғир бўғим – висцерал шаклгача [12,39].

Сўнгги ўн йилликларда РА беморларни парваришлашга ёндошувлар жиддий ўзгарди, натижада даволаш натижалари сезиларли яхшиланди ҳамда клиник ремиссияга эришиш каби асосий мақсадни белгилаш имконини берди [24]. Бу фақатгина модифицирланган базисли антиревматик дори воситаларини қўллаш билан эмас, балки ревматологияда кескин бурилиш қилган махсус ишлаб чиқилган инновацион ген-инженер биологик дори воситалари (ГИБДВ) билан ҳам боғлиқ. РА даволашнинг реал ижобий динамикаси учун ген-инженер дори воситаларини тадбиқ этиш етарли бўлмай, балки даволаш стратегиясини ҳам такомиллаштириш мақсадга мувофиқ [23]. Ушбу стратегия асосида касалликнинг эрта ташхисоти ҳамда эрта даволаши ётади, унинг асосий мақсади ремиссияга тез эришиш бўлиб, ушбу концепция – «Мақсадга эришгунча даволаш» (Treat to Target -T2T) деб номланади [24]. Ушбу концепция илк маротаба 2010 йилда Европанинг антиревматик лигаси томонидан таклиф этилган, уни ишлаб чиқишда 25 та давлатдан 60 нафар олимлар иштирок этишган. Ушбу концепциянинг асосий мазмуни ремиссияга ёки касалликнинг паст фаоллик даражасига эришишдан иборат. Концепция фақатгина ревматоидли артритга эмас, яна анкилозли спондилоартрит, гипертоник касаллик каби бошқа касалликлар учун ҳам долзарб бўлиб қолди [22-24].

Кўпгина давлатларда «Treat to Target – T2T» концепцияси асосида РА даволаш бўйича миллий тавсиялари ишлаб чиқилган. 2010 йилдан бошлаб РА даволаш бўйича EULAR тавсиялари 2013 ва 2016, 2019, 2022 йилларда янгиланди [22].

БАРДВ (базисли антиревматик дори воситалари) биринчи қатор дори воситаларига – метотрексат (МТ), лефлунамид, сульфасалозин ҳамда иккинчи қаторга – плаквенил, азатиоприн киради. Яна улар синтетик ва ген-инженерга бўлинади [21].

Метотрексат – РА беморларни даволашнинг асосий дори воситаси бўлиб ҳисобланади [9,22,23]. Унинг РА даволашдаги самарадорлиги кўп сонли рандомизирланган тадқиқотларда тасдиқланган [23]. Метотрексат қабул қилган беморларнинг катта қисмида касалликнинг ремиссияси бошланиб, аммо уларнинг ярмида даволаш бекор қилинганидан кейин касаллик қайталанади. Шунга кўра, метотрексатни ремиссияга эришилганидан кейин ҳам 12-24 ой давом эттириш тавсия этилган [12].

Лефлуномид – базисли давонинг биринчи қатор альтернатив дори воситаси ҳисобланади. Уни метотрексатдан самарадорлик кузатилмаган ёки дори воситасини кўтара олмаслик ҳолатларида [14,22,23], монотерапия ёки бошқа базисли дори воситалари билан комбинация кўринишида қўллаш тавсия этилади. Silverman ва муаллифдошлар «Лефлуномид метотрексатга қарши» номли тадқиқот олиб боришган. Тадқиқотга касаллик терапияси – модифицирланган антиревматик дори воситаларини (DMARDs) илгари қабул қилмаган беморлар киритилган. Ушбу рандомизирланган тадқиқот давомида лефлуномиднинг РА беморларни даволашдаги самарадорлиги аниқланган [16].

Гидроксихлорохинни МТ билан комбинирланган даволашнинг компоненти сифатида фойдаланиш тавсия этилади. Рандомизирланган плацебо назорат тадқиқот натижаларига кўра, лефлуномид ва сульфасализин самарадорлиги ҳамда дори воситасини кўтара олиш бўйича МТ мос, аммо улардан РА даволашда қўллаш бўйича тажрибалар сони МТ га нисбатан кам. Гидроксихлорохин, бўғимларда жараённи прогрессирланишини тўхтатмайди, самарадорлиги бўйича бошқа БАРДВ нисбатан паст. Сульфасалазин ва гидроксихлорохинни бирга қўллаб даволаш вирусли гепатит В, С ва одам иммун танқислик вируси билан зарарланган ҳолатларда ҳамда ҳомиладорлик вақтида қўллаш тавсия этилади [23]. Самарадорлиги бўйича МТ ва лефлуномиддан кейин турувчи гидроксихлорохинни нодифференцирланган артритда, нисбатан яхши сифатли, секин авж олиб борувчи кечишда ҳамда касалликнинг паст даражадаги фаоллигида бошқа БАРДВ билан бирга қўллаш тавсия этилади [12,14].

Ўтказилган икки томонлама тасодифий, плацебо-назорат тадқиқотларида сульфасалазин плацебога нисбатан самарадор деб топилган. Самарадорликни даволаш мезонларига лаборатор кўрсаткичларни яхшиланиши ҳамда синовитни камайиши кирди. Сульфасалазин одатда РА олигоартикуляр вариантларини даволашда, HLA-B27 ассоциирланган спондилоартропатияда ҳамда носпецифик ярали колит ва Крон касаллиги каби сурункали ичак касалликлари билан ассоциирланган спондилоартропатияда қўлланилади. Бош оғриши, тошма тошиши, гипоиммуноглобулинемия, трансаминазани ошиши каби асоратларни ривожланиши туфайли дори воситасини қўллаш тўхтатилиши мумкин. Шунга кўра, даволашнинг биринчи 3 ойларида ҳафтада бир маротаба, кейинги 3 ойлигида ойда бир маротаба, кейинчалик ҳар 3 ойда жигар вазифалари кўрсаткичларини назорат қилиб бориш шарт [16,18,23].

Ностероид яллиғланишга қарши дори воситалари (НЯҚДВ) кўп йиллар мобайнида артритини даволашда таянч эди. НЯҚДВ циклооксигеназани ингибирлаш орқали яллиғланиш простагландинларни ҳосил бўлишини олдини олади. НЯҚДВ базисли даво таркибига кирмайди, шу билан бир қаторда кўпгина Европа давлатларида РА даволаш стандартига ҳам киритилмаган. НЯҚДВ фақатгина қисқа курсларда қўллаш тавсия этилади, чунки ушбу гуруҳ дори воситаларига нисбатан толерантлик тез шакллланади, бу эса беморлар томонидан норационал, назоратсиз қўллашга, у орқали эса жиддий ножўя таъсирларни ривожланишига олиб келади [22,23].

Эллик йилдан ортиқ вақт давомида ревматоид артритнинг турли хил шаклларини даволашда глюкокортикостероидлардан (ГКС) фойдаланиб келинган [22,23]. РА беморларни даволашда преднизолон ва метилпреднизолондан кўп фойдаланилган, ушбу дори воситалари яллиғланишга қарши тез самарага эга, аммо суяк деструкцияси ҳамда ногиронлик ривожланишини тўхтата олмайди. EULAR тавсияларига кўра улардан bridging терапия, яъни базисли терапия билан комбинация кўринишида фойдаланиш мумкин. Аммо, ножўя таъсирлар сонини кўплиги туфайли кичик миқдорларда ҳамда 6 ойдан ортиқ бўлмаган вақт оралиғида қисқа курсларда қўллаш тавсия этилади. ГКС дан бўғим ичига юбориш усули илмий асосланган бўлиб бўғимлардаги яллиғланиш жараёнини сезиларли пасайтиради [15,22,23].

Ген-инженер биологик даво (ГИБД) таркибига бир қатор дори воситалари кириб, ҳар куни уларнинг сони ортиб бормоқда. Уларга TNF-α –ўсма некрози омили ингибиторлари (этарнецепт, инфликсимаб, адалимумаб, голимумаб), интерлейкин 6 рецепторлар ингибитори (тоцилизумаб), В- ҳужайрага қарши дори воситалари (ритуксимаб), Т лимфоцитлар фаоллашуви блокатори (абатацепт) ҳамда биринчи «таргет» синтетик базисли яллиғланишга қарши дори воситаси тофацитиниб киради [19,24-27].

РА синовитни ривожланишида бир қатор цитокинлар ўрни алоҳида, улар орасида TNF-α бўлиб, яллиғланиш жараёнини келиб чиқишидаги асосий сабабчидир [13,28]. TNF-α ингибиторлари гуруҳига бир қанча дори воситалари киради. Улардан биринчиси –этанерцепт – ҳафтасига икки маротаба тери ости инъекциялари кўринишида 0,4 мг/кг миқдорда қўлланилади. Кейинги, инфликсимаб – бу TNF-α га қарши йўналтирилган моноклонал антитанача бўлиб, вена ичига саккиз ҳафтада бир маротаба қўлланилади. Этанерцепт каби, у ҳам яллиғланиш реакциясини келтириб чиқарувчи TNF-α миқдорини камайтиради. Ҳозирги кунда инфликсимабдан ревматоид артритли ҳамда Крон касаллиги бўлган катталарни даволашда қўлланилади. Ушбу гуруҳдаги учинчи дори воситаси - адалимумаб – TNF-α антагонисти бўлиб, тери ости инъекцияси кўринишида ҳафтасига 1 маротаба қўлланилади. Голилумаб (симфони) ФНО-α га қарши инсоннинг рекомбенант антитаначаси бўлиб, бир ойда бир маротаба тери остига юборилади [5,6,8,9,19,23].

РА беморларни даволашда анти-TNF-α ва МТ дори воситалари комбинацияси МТ ва анти-TNFα дори воситаларини монотерапия кўринишида қўллашга нисбатан яхши самара беради [23].

Интерлейкин-1 (IL-1) яллиғланиш олди цитокини бўлиб, макрофаглар томонидан синтезланади. IL-1 кўпгина таъсирларидан бири яллиғланиш олди простагландинлари ҳамда IL-6 ва TNF-α каби бошқа яллиғланиш олди цитокинларини ажралишини ишга туширади. Анакинра интерлейкин-1 сунъий синтезланган антагонисти бўлиб, ревматоидли

артритни, кўпинча тизимли вариантини даволашда қўлланилади. У тери остига ҳар куни ва узоқ муддатга юборилади [17,18].

Интерлейкин-6 (IL-6) яна битта яллиғланиш олди цитокини бўлиб, уни ишлаб чиқарилиши IL-1 томонидан стимулланади. IL-6 ингибиторларидан РА тизимли вариантини даволашда қўлланилади. Тоцилизумаб IL-6 ингибирловчи моноклонал таначадир, у нафақат РАда, балки COVID-19 оғир кечишида хам жуда кенг қўлланилиб, юқори самарадорликни кўрсатди.

Даволашнинг бошқа турлари ҳам мавжуд: Абатацепт ревматоид артритли беморларни даволашда қўллашга рухсат этилган биологик агентдир. У ноёб таъсир механизмига эга – ҳужайраларни фаоллашув сигналини блоклайди, цитокинлар ингибитори сифатида таъсир қилмайди [8,9].

РА даволаш арсенали юқори темпларда кенгаймоқда. Йирик перспектив рандомизирланган тадқиқотнинг янги натижаларига кўра, РА тизимли варианти билан касалланган беморларни анти-IL-1 ва анти-IL-6 билан даволаш истиқболли кўринади [23]. Даволашнинг асосий мақсади касаллик ремиссиясига эришиш, эрта ногиронлик ривожланиш жараёнини секинлаштириш ҳамда ҳаёт сифатини яхшилаш ҳисобланади. Ҳозирги кунда РА тўлақонли даволаш орқали бунга эришиш мумкин бўлади. Ушбу касалликни даволашни имкон борича эрта бошлаш шарт. Янги ёндошувларни бирга қўллаш, бўғимичига кортикостероидларни юбориш ёки тери остига МТ юбориш, биологик дори воситаларидан кенг фойдаланиш, даволаш самарадорлигини ошишига олиб келади [23].

ГИБДВ билан бир қаторда РА даволашда ЯАК-киназа ингибитори алоҳида ўрин тутади. ЯАК-киназа ингибитори тофацитиниб (ТОФА) – биринчи «таргет» синтетик базисли антиревматик дори воситалари БАРДВ бўлиб, перорал қўлланилади. РА даволашда таассуротли клиник натижалар Янус-киназа (ЯАК) ингибиторларидан тофацитиниб, ичишга мўлжалланган паст молекуляр дори воситасида эришилган. Одатий синтетик БАРДВ ларга нисбатан ТОФА таргет терапия дори воситаларига киради ҳамда фармакологик самарасига кўра кўп томонлари билан ГИБДВ ўхшаш (цитокинларнинг биологик таъсирларини блокадалаш) бўлиб ҳисобланади. ТОФА ни ўрганиш бўйича ўтказилган барча тадқиқотларда унинг яхши клиник самарадорлиги ҳамда қониқарли хавфсизлиги тўғрисидаги маълумотлар келтирилган. Бундан ташқари, ТОФА бўғим деструкцияси ривожланишини тормозлаш хусусиятига эга. «Arthritis & Rheumatology» чоп этилган янги тадқиқот натижаларида тофацитинибни метотрексат билан бирга ревматоид артритли беморларда қўллашдаги клиник устунликлари ҳамда ушбу самарани 2 йилгача сақланиб туриши ёритилган. Нидерландиянинг Лейден университети олимлари тофацитиниб самарадорлиги (жумладан структурали прогрессирланишда) ҳамда унинг хавфсизлигини 797 нафар фаол РА билан касалланган беморларда баҳоладилар. Иштирокчиларга тофацитиниб (5 ёки 10 мг кунига 2 маҳалдан) ёки аста-секин тофацитинибга (5 ёки 10 мг) ўтувчи плацебо буюрилган. Тадқиқотчилар 539 нафар 24 ойдан даволаш ўтказилаётган беморларда касаллик фаоллик даражасини пасайиши, 12-24 ой ичида ногиронлик индексини камайишини аниқлашган. Тофацитинибнинг иккала миқдорини ҳам қабул қилган беморларда яхшиланиш бир хил бўлди. Улар ўртасида хавфсиз бўлмаган ҳолатларни учраш даражаси ва темпи бўйича фарқ кузатилмади. [11, 17]

ЯАК-киназа ингибитори – барацитиниб (БАРИ) ревматоид артритда ўзининг самарадорлигини қатор тадқиқотларда намойиш этди. Жумладан, RA-BEGIN тадқиқотида БАРИ монотерапияда ва БАРИ метотрексат билан бирга комбинацияда қўлланилганида метотрексатни монотерапияда қўлланилганидан юқори самарага эришилган. Бу препаратни давомли қўлланилиши RA-BEYOND тадқиқотида давом эттирилган. Бу тадқиқотда метотрексат монотерапиядан БАРИ монотерапияга ўтказилиши аксарият беморларда касалликнинг фаоллиги камайишига олиб келган. RA-BEAM тадқиқотида БАРИнинг самарадорлиги адалимумаб ва плаквенил билан солиштирилган. Тадқиқот натижаларига кўра БАРИни адалимумаб билан солиштирганда самарадорлик жиҳатдан деярли фарқ қилмаган, аммо БАРИ касаллик фаоллигини камайишига анча қисқа муддатда эришганлигини намойиш қилган [1].

Ҳозирги кунда ревматологик амалиётда бизнинг мамлакатда рўйхатдан ўтган ген-инжинер дори воситалари кенг қўлланиб келинмоқда, булардан ритуксимаб, инфликсимаб, тоцилизумаб, этанерцепт, тофацитиниб, барацитиниб ва ҳ.к.лар. Ушбу дори воситаларини базисли даво билан комбинацияда қўлланилиши, даволаш самарадорлиги ҳамда хавфсизлигини ўрганишни давом этишига бағишланган тадқиқотларни олиб борилиши долзарблигини кўрсатади.

Базис антиревматик даво ривожланишига қарамасдан, даволашни такомиллашишида хирургик даво методлари ҳам муҳим рол ўйнайди. Касаллик тез авж олиши ва консерватив даво самарадорлиги паст бўлган холатда хирургик даволашга кўрсатма бўлиб биринчи навбатда тизза бўғимидаги ўзгаришлар бўлиб ҳисобланади. Касаллик эрта босқичларида бўғимни сақлаб қолувчи артроскопик синовэктомия муолажалари қўлланилади [4]. Тизза бўғимининг авж олиб борувчи зарарланишида бўғим функциясини тотал эндопротезлаш орқали сақлаб қолиш мумкин [7,14]. Касалликнинг маълум босқичларида тизза бўғимининг медиал юникондуляр эндопротезлаш яни бир дўмбоқли эндопротезлаш усулини қўллаш мумкин [6]. Бу усул бўғимнинг структур бутунлигини қисман сақлаб қолиши, кичик хажмдаги жаррохлик ораси бўлиши, харакат хажмининг юқорилиги, беморларнинг эрта ва қисқа реабилитация бўлиши билан ўз афзалликларига эга [6, 26].

Адабиётлар шарҳини ўтказилган тахлилидан хулоса қилиб айтиш мумкинки, РА даволашга бағишланган клиник маълумотлар, амалий тавсиялар чуқур тадқиқотлар олиб боришга илмий қизиқишни уйғотади.

Adabiyotlar ro‘yxati bilan tahririyatda tanishish mumkin

РЕВМАТОИД АРТРИТ ДАВО ЧОРАЛАРИНИНГ ЗАМОНАВИЙ ТЕНДЕНЦИЯЛАРИ

Абдурахманова Н.М., Норбўтаев О.М.

Бугунги кунда дунёда ревматоид артрит катта ёшдаги аҳоли ўртасида 0,8-2% вазиятларда (аёллар орасида 5% гача), бўғим касалликлари кесимида 10% гача учраб, касалланишнинг янги ҳолатларини йиллик миқдори 0.02% ташкил қилиб, айниқса, ёш ва ўрта ёшдаги беморлар ногиронлигига олиб келувчи ижтимоий касаллик бўлиб ҳисобланади. Мазкур касаллик негизида юзага келаётган бўғим структурасининг ўзгариши – анкилоз, деформация ва контрактура шаклланиши кўп даражада эрта бошланган даво билан боғлиқ. Мақолада ревматоид артритнинг замонавий медикаментоз ва хирургик даво усуллари ёритиб берилган.

Калит сўзлар: *ревматоид артрит, базисли антиревматик дори воситалари, медиал юниондуляр эндопротезлаш.*