

**РЕВМАТОИД АРТРИТДА ИНГИЧКА ИЧАК ЗАРАРЛАРИШИДАГИ ХАВФ
ОМИЛЛАРИ**

М.М. Болтаева

Бухоро Давлат тиббиёт институти

Резюме: Адабиётларни илмий шархлаш замонавий тиббиётнинг долзарб муаммоларидан бири ревматоид артрит касаллигида ингичка ичак шикастланишини аниқлаш учун мўлжалланган бўлиб, бунда ингичка ичак касалликларининг тарқалиши ва хавф омиллари масалалари кўриб чиқилади. Сўнгги тадқиқотлар ингичка ичак шикастланиши ва унга боғлиқ бўлган асоратларнинг юқори хавфини кўрсатди. Ревматоид артритда уни ташхислашдан кўра ингичка ичак шикастланиш ҳолати тез-тез учрайди. Натижада, ревматоидли артритли беморларда ингичка ичак яраларини эрта ташхислаш муҳим клиник ва прогностик аҳамиятга эга бўлади. Ревматоидли артритни фармакотерапиясининг тез-тез учрайдиган асоратларидан бирибу ингичка ичак трактининг шикастланиши, анъанавий терапияга чидамлилигини ривожланиши, ичакнинг интрамурал нерв аппаратини деструкцияси, шартли-патоген микрофлоранинг ўзгариши ва ичак иммунитет тизимининг бузилиши, кўпинча ногиронликка олиб келади. Бу ҳолат аҳоли ўртасида касалланишнинг доимий ўсиши, кўпинча ногиронликка олиб келиши билан янада кучаяди. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти мутахассисларининг башоратида кўра, 21-асрнинг ўрталарида овқат ҳазм қилиш тизими касалликлари етакчи ўринлардан бирини эгаллайди. Ревматоидли артритда ингичка ичак касаллигининг пайдо бўлиши, биринчи навбатда, касалликнинг давомийлиги ва яллиғланиш жараёнининг табиатида боғлиқ бўлади. Ревматоид артритли беморларда ингичка ичак патологияси барча ҳолатларнинг 1/3 қисмида учрайди. ЖССТ маълумотларига кўра XXI аср ўрталарида ҳазм тизими касалликлари асосий ўринлардан бирини эгаллайди. Ревматоид артритнинг фаоллиги қанчалик юқори бўлса, энтеропатия ривожланиш хавфи 1,5 баравар юқори бўлади. Тадқиқот маълумотлари шуни кўрсатдики, ингичка ичак йўлларида шикастланишида қўлланиладиган дори дорилар, шу билан биргаликда касалликларини профилактикасидаги дори воситаларитаъсирида пайдо бўлиши айтиб ўтилган. Бу маълумотларни барчаси ҳозирги вақтда тўлиқ тасдиқланган. Ревматоид артритда ингичка ичак шикастланиши муаммоси яхши тушунилмаган ва бунга тўлиқ ёритиш мақсадида қўшимча тадқиқотларни талаб қилади.

Калит сўзлар: ревматоид артрит, хавф омиллари, энтеропатия.

Ревматик касалликлар инсониятнинг энг қадимги патологияларидан бири бўлиб, XXI асрнинг энг кенг тарқалган касалликларидан ҳисобланади. Сўнгги ўн

йилликларда назарий ва клиник ревматология соҳасида маълум ютуқларга эришилди. Е.А. Галушко ва Е.Л. Насоновнинг сўзларига кўра ревматик касалликлар 80 дан ортиқ касаллик ва синдромларни ўз ичига олади. [1,3,6] Ревматоид артрит (РА) -патологик жараёнда бошқа тизимларнинг тез-тез иштирок этиши, сурункали деструктив полиартрит ривожланиши билан тавсифланган аутоиммун касалликдир. РАда бўғимдан ташқари тизимли шикастланишлар касалликнинг оқибатига жиддий таъсир кўрсатиши мумкин [5,9,11].

Бўғимларнинг яллиғланишли ревматик касалликлари орасида РА тарқалиши ва у билан боғлиқ вақтинчалик ва доимий ногиронлик бўйича биринчи ўринлардан бирини эгаллайди. В.А.Насоновнинг сўзларига кўра [1994], ревматологик беморларнинг 6% ногирон бўлиб, уларнинг 20% дан ортиғи РА билан касалланган. Патологик жараённинг барқарор ривожланиши, замонавий терапия усулларида фойдаланишга қарамай, нафақат таянч-ҳаракат тизимининг сезиларли функционал етишмовчилигини келтириб чиқаради, балки беморларнинг ҳаётини давомийлигини 4-10 йилга қисқартиришга, ўлим даражасини ўсишига олиб келади, бу умумий аҳоли сонидан ошиб кетади [Пинсус Т., Саллаҳан Л., 1992]. РА беморларнинг касаллигини тизимли кўринишларида: умумий васкулит, ревматоид тугунлар, лимфаденопатия, ўпка, юрак, жигар, буйрақлар ва бошқа органлар ва тизимларнинг шикастланиши кузатилса оқибати ёмон бўлади: [Е.Н.Дормидонтов. ва бошқалар, 1982; Р.М. Балабанова 1990].

РА нинг бўғимдан ташқари кўринишлари орасида ошқозон-ичак трактининг шикастланиши энг кам ўрганилган, аммо энг оғир жараён -ичак амилоидози, беморларнинг 11 фоизида учрайди ва одатда бошқа ички органларнинг амилоидози билан биргаликда келади [Wegner M., 1988; Kobayashi H. ва б.қ. муаллифлар., 1996; Hisawa K. ва б.қ. муаллифлар., 1997]. Ошқозондаги функционал ва морфологик ўзгаришлар тасвирланган [Осколкова А.Б., 1972; Кравченко Л.Ф., Курганская А.В., 1972; Сотникова Т.И. ва бошқалар, 1990; Fries I. ва бошқалар, 1990] ва ичаклар [Измайлова М.Х. ва бошқалар, 1984; Фриезен Б.И., 1998], айниқса, асосий бўғинлар шиллиқ қавати касалликларининг патогенези билан боғлиқ бўлиши мумкин. Бироқ, бу ўзгаришларни талқин қилиш, беморлар йиллар давомида қабул қилишга мажбур бўлган дориларнинг салбий таъсирлари билан боғлиқлиги туфайли қийин кечади. Шундай қилиб, сўнгги йиллар адабиётларида ревматоид артритли беморларда яллиғланишга қарши бўлган ностероидлар гуруҳига мансуб бўлган (НЯҚВ) воситалар ингичка ичак шиллиқ қаватига таъсирини таҳлил қилувчи кўплаб ишлар пайдо бўлди [Калинин А.В. 1994; Ивашкин В.Т., 1994; Насонова В.А., 1994 ; Муравёв Ю.В., Насонова В.А., 1991Agrawal N., Aziz K., 1998й]. Простагландинлар ишлаб чиқаришни ингибирловчи НЯҚВлар ингичка ичак шиллиқ қаватининг хлорид кислотаси ва пепсиннинг кучли таъсирига чидамлилигини пасайтиради, бу

энтеропатия ва ошқозон яраси ривожланишига олиб [Свинцицкий А.С., 1990; Roth S 1986; Kurata U., 1990; Porro G. и соавт., 1997],бу баъзи ҳолларда беморларнинг ҳаётига таҳдид солиши мумкин. Ингичка ичак трактининг шикастланиш хавфи глюкокортикостероидларни (ГСС) ва, эҳтимол, узоқ муддатли "асосий" дориларни, хусусан, иммуносупрессантларни қўллаш билан ортади [Насонова В.А.,Е.Л.Насонов., 1995].РА билан оғриган беморларда ингичка ичак шиллиқ қаватининг салбий таъсирини ва инфекция омили— истисно қилиш мумкин эмас, чунки бу ҳозирги вақтда гастродуоденал шикастланишларни патогенезининг муҳим таркибий қисми ҳисобланади [Григориев П.Я., Исаков В.А. , 1991; Лопнов А.Ф., 1993 йил; Hentschel Ева бошқалар, 1993; Блазер М., 1998].

Хулосалар Ревматоид артритда уни ташхислашдан кўра ингичка ичак шикастланиш ҳолати тез-тез учрайди. Натижада, ревматоидли артритли беморларда ингичка ичак яраларини эрта ташхислаш муҳим клиник ва прогностик аҳамиятга эга бўлади. РА ингичка ичакнинг шикастланиш белгиларидан энг кўп учрайдигани бу гастропатиядир. РА бор беморларда ингичка ичакнинг моторика ва секретор функциясини бузилиш ҳоллари [6, 10, 12], бу беморлар орасида сурункали [10,20]

энтерит уч марта кўп учрайди [11,19], бундан ташқари ошқозон яра касаллиги кўп кузатилади[15,16,18]. Бир қатор тадқиқотчилар бу ўзгаришларнинг табиатини ревматоид яллиғланишнинг тизимли табиати контекстида кўриб чиқдилар, атрофик гастритнинг асосий иммун бузилишлар эканлигига ишонишди [13,17]. Шундай қилиб, А.И. Струков [5,9,14] ингичка ичак шиллиқ қаватининг хужайра инфилтрацияси иммун яллиғланиш тушунчасига мос келишини таъкидлади. D.Malone таъкидлашича, яраларнинг пайдо бўлиши беморлар томонидан қўлланиладиган яллиғланишга қарши дориларга қараганда РА нинг табиати билан кўпроқ боғлиқдир [3,6,18]. Шунга қарамай, бир томондан, асосий касаллик туфайли ингичка ичакда иммунитет бузилишининг ўзига хос оғирлиги, иккинчи томондан, беморлар доимий равишда қабул қилишга мажбур бўладиган дори воситаларининг шиллиқ қаватининг зарарли таъсири ҳақида баҳслисаволлартуғилади. Сўнгги йиллардаги адабиётларда ингичка ичак касалликларининг ривожланишида асосий эътибор дори-дармонли энтеропатияга қаратилган [3,7,11]. Ушбу энтеропатияларнинг патогенези тўлиқ аниқланилмаган ва эҳтимол, тизимли касаллик сифатида РАга хос бўлган умумий иммунопатологик қонунларга мувофиқюзага келиши мумкин бўлган жараёнлардан ташқарида кўриб чиқилмаслиги керак. Айниқса ҳозирги вақтда ҳар қандай сурункали энтеритни стандарт схема бўйича давом этадиган иммунитет патологияси сифатида ифодаловчи юзаки гастроэнтерит -атрофик гастрит позиция тахмин қилинмоқда: [1,3,3,21].

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Аруин, Л.И. Хронический гастрит / Л.И. Аруин, П.Я. Григорьев, В.А. Исаков, З.П. Яковенко. - Амстердам, 1993 - С. 284-288.
2. Boltaeva M. M. Treatment of Arterial Hypertension in Elderly Patients and Senile Age Group // Spanish Journal of Innovation and Integrity –2022.– Vol.05, P 346-349.
3. Григорьев, П.Я. Гастро-и дуоденопатии, обусловленные НПВП. Лечение и профилактика / П.Я. Григорьев, Э.П. Яковенко // Врач. –1997. -№11. -С. 11-12.
4. Гусева, Н.Г. Патогенетические механизмы нарушений микроциркуляции при ревматических заболеваниях / Н.Г. Гусева, Н.Н. Грицман, В.Ф. Сысоев // Тер. архив. –1983. -№ 7. -С. 7-11.
5. Денисов, Л.Н. Материалы Международной конференции по системной энзимотерапии / Л.Н. Денисов, Ю.В. Хохлова, А.В. Шайков // СПб. –1996. -С. 85-88.
6. Дормидонтов, Е.Н. Ревматоидный артрит как системное заболевание / Е.Н. Дормидонтов, Н.И. Коршунов, Э.Я. Баранова // Тер. архив. –1982. -С. 208.
7. Ивашкин, В.Г. Патогенез гастропатии, обусловленной приемом нестероидных противовоспалительных препаратов / В.Г. Ивашкин // Росс. журнал гастроэнтерологии. –1994. -№1. -С. 11-14.
8. Капитонова, М.Ю. / М.Ю. Капитонова // Сб. научн. тр. Саратовского мед. института. –1984. -Т.11. -С. 70-72.
9. Копьева, Т.Н. Патология ревматоидного артрита / Т.Н. Копьева. –1982. -С. 208.
10. Кравченко, Л.Ф. Состояние желудка при инфекционном неспецифическом (ревматоидном) полиартрите / Л.Ф. Кравченко, А.В. Курганская // Вопросы ревматологии. –1972. -№ 12. -С. 71-76.
11. Насонова, В.А. Гастропатии, связанные с приемом НПВП / В.А. Насонова // Росс. журнал гастроэнтерологии. –1994. -№ 1. -С. 7-10.
12. Miralievna B. M. RHEUMATOID ARTHRITIS: PROBLEMS OF REMISSION AND RESISTANCE TO THERAPY // EURASIAN JOURNAL OF TECHNOLOGY AND INNOVATION. – 2023. – Vol. 1. – P. 65-69.
13. Пучинкас, Ю.П. Иммуные механизмы патогенеза хронического гастрита: Автореф. дис. ... докт. мед. наук / Ю.П. Пучинкас. -Москва, 1960
14. Струков, А.И. Общая патология человека / А.И. Струков, В.С. Пауков, .Я. Кауфман. –1990. -С. 3-17.
15. Collier, D. St. S. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and peptic ulcer perforation / D. St. S. Collier, J.A. Pain // Gut, 1985. -Vol. 26. -P. 359-363.
16. Collins, A.J. Contracting presentation and findings between patients with rheumatological complaints taking nonsteroidal anti-inflammatory drugs and general population referred for endoscopy / A.J. Collins, J. Davis, A. St. J. I. Dixon // Rheum., 1986. -Vol. 26. -P. 5-53.

17.Henriksson, K. Morphological studies of rheumatoid arthritis / K. Henriksson, R. Umas Moberg, C.E. Noroh// Ibid, 1986. -Vol. 45. -P. 475-483.

18.Malone, D.E. Peptic ulcer in rheumatoid arthritis –intrinsic of Related to drug therapy? / D.E. Malone, Z. Daly // Brit. J. Rheum., 1986. -Vol. 25. -P. 342-344.

19.Paskal, J-P / J-P. Paskal, R. Tournut, J-Z. Runuall // Gastroent. Clin. Biol., 1978. -Vol. 12. -P. 15-22.

20. Stoeberg, E. ActuelleRheum., 1985, No10. -P. 24-26.20.GW29-e1132 Оценка показателей сердечно-сосудистого риска у пациентов с ревматоидным артритом
Эпидемиология, профилактика и контроль

21.МухаббатСаидова, Умида Камилова и Баходир Юсупалиев.,J Am Coll Кардиол. 2018 Октябрь, 72 (16_Приложение) C216