

**ФАКТОРЫ РИСКА ПОВРЕЖДЕНИЯ ТОНКОЙ КИШКИ ПРИ
РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ**

М.М. Болтаева

Бухарский государственный медицинский институт

Резюме: *Научный обзор литературы направлен на выявление поражения тонкой кишки при ревматоидном артрите, одной из актуальных проблем современной медицины, а также рассмотрены вопросы распространенности заболеваний тонкой кишки и факторы риска. Недавние исследования показали более высокий риск повреждения тонкой кишки и связанных с этим осложнений. При ревматоидном артрите поражение тонкой кишки встречается чаще, чем диагностируется. В результате ранняя диагностика язв тонкой кишки у больных ревматоидным артритом имеет важное клиническое и прогностическое значение. Одним из частых осложнений фармакотерапии ревматоидного артрита является поражение тонкого кишечного тракта, развитие резистентности к традиционной терапии, поражение интрамуральной нервной системы кишечника, изменение условно-патогенной микрофлоры, нарушение иммунной системы кишечника, часто приводящее к инвалидности. Данная ситуация усугубляется постоянным ростом заболеваемости населения, зачастую приводящей к инвалидности. По прогнозам экспертов Всемирной организации здравоохранения, в середине XXI века болезни органов пищеварения займут одно из ведущих мест. Возникновение заболеваний тонкой кишки при ревматоидном артрите зависит, прежде всего, от давности заболевания и характера воспалительного процесса. У больных ревматоидным артритом патология тонкой кишки встречается в 1/3 всех случаев. По данным ВОЗ, в середине XXI века заболевания органов пищеварения займут одно из главных мест. Чем выше активность ревматоидного артрита, тем риск развития энтеропатии в 1,5 раза выше. Данные исследования показали, что препараты, применяемые при поражении тонкого кишечника, а также препараты, применяемые при профилактике заболевания, появились под влиянием препаратов. Вся эта информация на данный момент полностью проверена. Проблема повреждения тонкой кишки при ревматоидном артрите недостаточно изучена и требует дальнейших исследований для ее полного выяснения.*

Ключевые слова: *ревматоидный артрит, факторы риска, энтеропатия.*

Ревматические заболевания являются одной из древнейших патологий человечества и входят в число наиболее распространенных заболеваний XXI века. За последние десятилетия достигнуты определенные успехи в области теоретической и клинической ревматологии. Э.А. Галушко и Е.Л. По мнению

Насонова, ревматические заболевания включают более 80 заболеваний и синдромов. [1,3,6] Ревматоидный артрит (РА) — аутоиммунное заболевание, характеризующееся развитием хронического деструктивного полиартрита, частым вовлечением в патологический процесс других систем. Внесуставные структурные повреждения при РА могут оказывать существенное влияние на исход заболевания [5,9,11]. Среди воспалительных ревматических заболеваний суставов РА занимает одно из первых мест по распространенности и связанной с этим временной и стойкой инвалидностью. По мнению В.А. Насоновой [1994], 6% ревматологических больных являются инвалидами, из них более 20% страдают РА. Неуклонное развитие патологического процесса, несмотря на применение современных методов терапии, не только вызывает значительную функциональную недостаточность опорно-двигательного аппарата, но и сокращает продолжительность жизни больных на 4-10 лет, увеличивает уровень смертности, превышающий население в целом [Pincus T., Callahan L., 1992]. Системные проявления у больных РА: общий васкулит, ревматоидные узелки, лимфаденопатия, поражение легких, сердца, печени, почек и других органов и систем будут иметь плохой исход: [Е.Н. Дормидонтов. и др., 1982; Р.М. Балабанова 1990]. Среди внесуставных проявлений РА наименее изучено поражение желудочно-кишечного тракта, но наиболее тяжелым процессом является кишечный амилоидоз, который встречается у 11% больных и обычно сопровождается амилоидозом других внутренних органов [Wegner M., 1988 год; Кобаяши Н. и др. авт., 1996; Хисава К. и др. авторы., 1997]. Описаны функциональные и морфологические изменения в желудке [Осколкова А.Б., 1972; Кравченко Л.Ф., Курганская А.В., 1972; Сотникова Т.И. и др., 1990; Фрис И. и др., 1990] и кишечника [Измайлова М.Х. и др., 1984; Фризен Б.И., 1998], в частности, может быть связано с патогенезом заболеваний слизистой оболочки основных суставов.

Однако интерпретация этих изменений затруднена из-за побочных эффектов препаратов, которые пациентам приходилось принимать годами. Так, в литературе последних лет появилось множество исследований, анализирующих влияние нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) на слизистую оболочку тонкой кишки у больных ревматоидным артритом [Калинин А.В. 1994 год; Ивашкин В.Т., 1994; Насонова В.А., 1994; Муравьев Ю.В., Насонова В.А., 1991. Агравал Н., Азиз К., 1998]. NYaQV, ингибирующие выработку простагландинов, снижают устойчивость слизистой оболочки тонкой кишки к сильному воздействию соляной кислоты и пепсина, что приводит к развитию энтеропатий и язвенной болезни желудка [Свиницкий А.В., 1990; Рот С. 1986; Курата У., 1990; Roggo G. et al., 1997], что в ряде случаев может угрожать жизни пациентов. Риск поражения тонкого кишечника возрастает при применении глюкокортикостероидов (ГКС) и, возможно, длительного применения «основных» препаратов, в частности

иммунодепрессантов [Насонова В.А., Е.Л. Насонов., 1995]. На слизистой оболочке тонкой кишки у больных РА нельзя исключить негативное влияние оболочек и инфекционного фактора, поскольку она в настоящее время является важным компонентом патогенеза гастродуоденальных повреждений [Григорьев П.Я., Исаков В.А., 1991; Лопнов А.Ф., 1993; Хентшель Ева и др., 1993; Блейзер М., 1998].

Выводы. При ревматоидном артрите поражение тонкой кишки встречается чаще, чем диагностируется. В результате ранняя диагностика язв тонкой кишки у больных ревматоидным артритом имеет важное клиническое и прогностическое значение. Наиболее частым симптомом поражения тонкой кишки при РА является гастропатия. У больных РА нарушается моторная и секреторная функция тонкой кишки [6, 10, 12], что у этих больных носит хронический характер [10,20].

энтерит встречается в три раза чаще [11,19] и язвенная болезнь [15,16,18]. Ряд исследователей рассматривали природу этих изменений в контексте системного характера ревматоидного воспаления, полагая, что атрофический гастрит является основным иммунным нарушением [13,17]. Итак, А.И. Струков [5,9,14] отмечал, что клеточная инфильтрация слизистой оболочки тонкой кишки соответствует представлению об иммунном воспалении. Д. Мэлоун утверждал, что появление язв больше связано с природой РА, чем с применяемыми больными противовоспалительными препаратами [3,6,18]. Тем не менее, с одной стороны, дискуссионна специфическая выраженность иммунных нарушений в тонкой кишке вследствие основного заболевания, а с другой – вредное влияние на слизистую оболочку препаратов, которые вынуждены принимать больные. В литературе последних лет основное внимание при развитии заболеваний тонкой кишки уделяется лекарственным энтеропатиям [3,7,11]. Патогенез этих энтеропатий до конца не выяснен и, вероятно, не должен рассматриваться вне процессов, которые могут возникать в соответствии с общими иммунопатологическими закономерностями, характерными для РА как системного заболевания. Тем более в настоящее время предполагается поверхностный гастроэнтерит-атрофический гастрит, который по стандартной схеме представляет собой любой хронический энтерит как продолжающуюся иммунную патологию: [1,3,3,21].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

- 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 Пмеждународной 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 V. M. RHEUMATOID ARTHRITIS: PROBLEMS OF REMISSION AND RESISTANCE TO THERAPY // EURASIAN JOURNAL OF TECHNOLOGY AND INNOVATION. – 2023. – Vol. 1. – P. 65-69.
13. Пучинская, Ю.П. Иммуные механизмы патогенеза хронического гастрита: Автореф. дис. ... докт. мед. наук / Ю.П. Пучинская. -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 or 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