

Abdushukurova K.R.,
Ishankulova N.N.,
Irgasheva U.Z.

**REVMATOID ARTRIT KASALLIGIDA ANEMIK SINDROMNI
KECHUVI**
SamMI, I-LASH tayerlash katedrasi

Revmatoid artrit (RA) - surunkali kechuvehi autoimmun tabiatli kasallik bo'lib, periferik bo'g'imlarning eroziv-destruktiv tipdagi zararlarni bilan kechadi. RA ning kasallanish ko'rsatkichi revmatik kasalliklar ichida - 10%, umumiy populyatsiyada - 0,6-1,3% atrofida aniqlangan [1].

Tradision tarzda RA kasalligi kamqonlik rivojlanishi uchun asosiy xavf omillaridan sanaladi [2,3]. Revmatoid anemiya va lining fonida rivojlanigan ichki a'zolar distrofiyasi prognostik yomon belgi bo'lib, bemorlarning 2/3 qismida aniqlanadi. RA kasalligida qon yaratuvchi organlarning zararlanishi ko'p yillardan buyon aniklangan bursada, «revmatoid kamkonlik» va kasallikda boshqa sabablar natijasida kelib chiqqan anemiya o'rtasida differensial belgilar aniq ishlab chiqilmagan [4,5,6]. Kasallikda bir vaqtning o'zida RET xujayralariga qarshi antitelolarning topilishi, oshqozon-ichak traktining birlamchi va ikkilamchi zararlarni, buyraklar faoliyatini chuqur izdan chiqishi, dori moddalarining nojuy ta'siri kabi bir nechta xavf omillarining bo'lishi anemiya sababini aniqlashni yanada qiyinlashtiradi va o'z vaqtida davo o'tkazish imkoniyatini cheklaydi [7,8].

Shu bilan bir qatorda hozirgi vaqtgacha kasallikda kamqonlikning asosiy sababi - temir yetishmasligi kamqonligi, gemolitik yoki yashirin qon ketish natijasida rivojlanishini aniqlashga qaratilgan tekshiruvlar hamda anemiyaning davo muolajalariga bog'likligini o'rganishga bag'ishlangan ishlar juda kamligicha qolmoqda.

Ishning maqsadi RA kasalligida qo'llaniladigan bazis dori vositalarining (metotreksat, sulfasalazin, delagil) qo'llanilishi natijasida qonda yuzaga keladigan o'zgarishlarni o'rganish.

SamMI klinikasi I-terapiya bo'limida revmatoid artrit bilan kasallangan 40 nafar bemor tekshiruvdan o'tkazildi. Bemorlar orasida ayollar - 33 (82,5%), erkaklar - 7 (17,5%) nafarni tashkil etdi. Kuzatuvimizdagi barcha bemorlar mahalliy aholini tashkil etib. ular orasida shaxarda yashovchilar - 37,5%, qishloqda yashovchilar - 62,5% bo'ldi. Bemorlar o'rtacha yoshi $44,95 \pm 1,83$, kasallik o'rtacha davomiyligi $7,15 \pm 0,67$ yilni tashkil etdi.

Davo muolajalari yallig'lanishga qarshi terapevтика nosteroid va steroid preparatlari bilan o'tkazildi. Nosteroid yallig'lanishga qarshi preparatlar barcha bemorlarga tavsiya etildi. Ularning sutkalik dozasi aniqlashda kasallik faollik darajasi va og'riqning ifodalanish darajasi hisobga olindi. Aksariyat bemorlarga SOG-I va SOG-2 noselektiv ingibitorlar: feniluksus kislotasi unumlar (vol'taren, ortofen, diklofenak, diklonat, dikloberl), propion kislotasi unumlari (ibuprofen, naproksen), indoluksus kislotasi unumlari (sulindak, indometasin), oksikamlar (piroksikam, tenoksikam), kombinatsion preparatlar (artrotek) va SOG-2 selektiv ingibitorlari:

mevalis (meloksi-kam), nimesil, selebreks qo'llanildi.

Gormonal davolash 34 bemorga o'tkazildi: ichishga (prednizolon) - 16 bemorga, parenteral - 24 bemorga. Kuzatuvimizdagi 9 bemor stasionar davoga qadar 2,5-5 mg prednizolon qabul qilgan.

Bazis preparatlari bemorlar yoshiga, kasallik davomiyligiga, patologik jarayonning faolligiga ko'ra tavsiya etildi. Delagil yoki plakvenii 12 (30,0%) bemorga, sulfasalazin - 14 (35,0%) bemorga, metotreksat - 16 (40,0%) bemorga buyurildi. L'shbu preparatlarni qabul qilish davomida 12 bemorda ko'ngil aynishi, epigastral sohada og'rilik hissi, qabziyat, ich ketishi, bosh aylanishi kabi preparatning nojuy ta'sirdan kelib chiqqan shikoyatlar kuzatildi. Proton pompa ingibitorlari, Nj-retseptorlari blokatorlarini qo'llash ushbu simptomlarni kamayishiga olib keldi. Yallig'lanishga qarshi davolash antibakterial preparatlar bilan birgalikda olib borildi.

Tekshiruv natijalari va ularning tahlili. Bizning tekshiruvlarimizda RA kasalligi bilan kasallangan bemorlarning qonida gemoglobinning o'rtacha miqdori $85,2 \pm 7,8$ g/l, eritrositlar soni esa - $3,3 \pm 0,4 \cdot 10^7$ bo'lib, bu ko'rsatkichlar kamqonlikning ikkinchi darajasiga to'g'ri keldi. Erkaklarda gemoglobin umumiy ko'rsatkichi ($91,3 \pm 4,8$ g/l), ayollar umumiy ko'rsatkichidan baland bo'ldi ($79,4 \pm 6,2$ g/l, $p < 0,05$). Tekshiruvda 7,5% bemorlarda gemoglobin miqdori 90-120 g/l atrofida bo'lib, kamqonlikning birinchi darajasiga, 47,5% bemorda - 70-90 g/l atrofida bo'lib, kamqonlikning ikkinchi darajasiga, 45,0% beinorda - 70 g/l dan past bo'lib, kamqonlikning uchinchi darajasiga to'g'ri keldi.

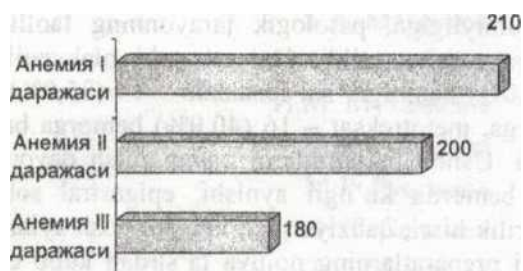
Anemik sindrom sifatida teri rangining oqari-shi, rangparligi, tirnoqlardagi distrofik o'zgarishlar, soch to'kilishi, holsizlik, yurak tez urishi, hansirash, bosh aylanishi, va uyqusizlik kabi belgilarni qon umumiy tahlilidagi o'zgarish -- gemoglobin umumiy miqdori va eritrositlar sonining kamayishi bilan birgalikda kechganida hisobga olindi. Kasallikning faollik darajasiga ko'ra tahlil etganimizda, kasallikning birinchi, ikkinchi va uchinchi daraja faolligida gemoglobin miqdori $95,6 \pm 6,2$ g/l, $85,1 \pm 4,2$ g/l va $76,1 \pm 6,2$ g/l atrofida bo'ldi ($p < 0,05$).

Kasallikning yuqori darajadagi faolligida og'ir darajada kamqonlik aniqlangan bemorlar soni oshib bordi. Yuqori darajadagi faollikda o'rtacha va og'ir darajadagi kamqonlik 1 (20,0%) va 4 (80,0%) bemorda aniqlandi.

Kasallikning davomiyligi oshgan sari gemoglobin miqdorining kamayishi kuzatilib, kasallik davomiyligi bir yilgacha bo'lganida gemoglobin miqdori $90,6 \pm 5,2$ g/l, 1-5 yil bo'lganida - $86,3 \pm 5,2$ g/l va 5 yildan oshganida - $80,1 \pm 4,2$ g/l bo'ldi.

RA kasalligida anemik sindrom troinbositlar sonining kamayishi bilan kechib. trombositopeniya eng ko'p

anemiyaning og'ir darajasi uchun xos bo'ldi harnda jigar va taloqning kattalashuvi - gepatosplenomegaliya bilan birgalikda kuzatildi.



RA kasalligida troinbositlar umumiy sonining (•10⁹/l) anemiya darajalariga mos ravishda o'zga rishi

Qonda umumiy oqsil miqdorining pasayishi ham anemik sindromning sabablaridan bo'lib, bizning kuzatuvimizdagi bemorlarda qon zardobi- da umumiy oqsil miqdorining ko'rsakichi o'rtacha 43,5±4,5 g/l atrofida bo'ldi. Bizning kuzatuvimiz- da 62,5% bemorda RA kasalligida anemik sindrom asorati sifatida miokardiopatiya tashxisi aniqlandi. Ushbu bemorlarda «miokard distrofiya- si» tashxisi ularning shikoyatlari (yurak soxasida noxush sezgi, yurak urishi, havo yetishmasligi, hansirash), ob'ektiv (yurak chegaralarining chap- ga siljishi, yurak tonlarining bo'g'ikligi, pul'sning zaifligi, yurak cho'qqisida qisqa sistolik shovqin bo'lishi, arterial gipotoniya), EKG (yurak elektr o'qining chapga siljishi, yurak voltajining pastligi. T tishchaning o'zgarishlari, Q-T intervalining kamayishi), ExoKG (chap qorineha devorining qa- linlashuvi, yurak fraksiyasining

pasayishi, yurak- da gipokinetik o'choq bo'lishi, chap qorineha ka- merasining kengayishi) beigilari asosida aniqlandi. Miokard distrofiyasi aniqlangan barcha bemorlarda gipoxrom tipdagi anemiya aniqlandi.

Kasallikda anemik sindrom va u bilan bog'lik gemodinamik buzilishlar barcha organlarda meta- bolitik buzilishlarga olib keladi. Yurak qon tomir tizimi zararlanishi asosan yurak mushagidagi me- tabolitik tipdagi buzilishlar bilan kechdi va «anemik kardiopatiya» («miokard distrofiyasi») sifatida tavsiflanadi.

Tekshiruvlarda og'ir darajadagi kamqonlik eng ko'p metotreksat qabul qilgan bemorlarda uchradi (100,0%). NYAKV qabul qilgan 17 bemorlarda og'ir darajali kamqonlik kuzatildi. Pred- nizolon qabul qilgan bemorlarni aksariyatida (77,8%) kamqoniikning o'rtacha darajasi aniqlandi. Boshqa bazis vositalari (delagil, plakvenil, sul'fasalazin) qabul qilgan ko'pehilik (72,7%) bemorlarda ham o'rtacha ifodalangan anemiya aniqlandi.

Demak, R.A kasalligida anemik sindrom barcha bemorlarda uchrab, klinik va laborator belgi- lar bilan namoyon bo'ladi. Kasallikda aksariyat bemorlarda kamqoniikning ikkinchi va uchinchi darajasi rivojlanadi. Kamqonlik darajasi kasallikning faollik darajasiga va kasallik davomiyligiga qarab oshib boradi. Bemor ayollarda, erkaklarga nisbatan gemoglobin miqdori sezilarli darajada past bo'ladi. Davo sifatida faqat NYAKV qullani- lishi va uzoq vaqt metotreksat qabul qilish anemik sindrom kechuvini yanada og'irlashtiradi.

Lar

1. Насонов Е.Л. Почему необходима ранняя диагностика и лечение ревматоидного артрита. РМЖ. 2002;10:1009-1014.
2. Мифтахова Е.Е. Анемия при ревматоидном артрите. Актуальные вопросы внутренних болезней. Сборник статей. Казань. 2000.
3. Муравьев Ю.В., Галушко Е.А. Как расценивать анемию при ревматоидном артрите? Клин.мед., 2001, №3,с.72-74. 46.
4. Сергеев Н.А., Эров Н.К., Комбинированная базисная терапия ревматоидного артрита метотрексатом и плаквенилом.
5. Салихов И.Г., Кирилова Е.Р., Лапшина С.А.. Влияние современной базисной еукапии на характер анемии и больших ревматоидным артритом. Казанский государственный медицинский университет, сайт кафедры госпитальной терапии.
6. Матющичева В.Б., Шамратова В.Г. Изменения показателей тромбоцитов периферической крови при ЖДА. Ге.матол.и трансфузиол., 2005, №2, 29-32.
7. Луговская С.А. Патогенез и диагностика анемии при хронических заболеваниях. Гематология и коагулология. 1997, №12, с. 19-22.
8. Левина А.А., Светаева Н.В., Колошейнова Т.И. Клинические, биохимические и социальные аспекты ЖДА. Гематология и трансфузиология, 200), №3, с. 51-55.