ФАРҒОНА ВОДИЙСИДА РЕАКТИВ АРТРИТНИНГ ТАРҚАЛИШИ

Мамасаидов Ж.Т.
Солиев С. Г.
CAMU ҳалқаро тиббиёт университети

Аннотация

Мақолада Фарғона водийсида реактив артрит (РеА)нинг тарқалиш даражаси, асосий этиологик омиллар ва хавф факторлари таҳлил қилинган. Маълумотлар 2020–2024 йиллардаги тиббиёт муассасаларининг статистикаси ва илмий манбалар асосида таққосланган. РеА Фарғона водийсида асосан ичак ва урогенитал инфекциялар фонида ривожлангани аниқланган, HLA-B27 маркёрнинг мавжудлиги эса касалликнинг оғир кечиши билан боғлиқлиги ёритилган. Тегишли худосалар баён этилган.

Калит сўзлар: реактив артрит, Фарғона водийси, эпидемиология, HLA-B27, хламидия, ичак инфекциялари, ташхис, даволаш

Мавзунинг долзарблиги.

Реактив артрит — бу инфекциядан кейин ривожланадиган, асептик табиатли артрит бўлиб, серонегатив спондилоартропатиялар гуруҳига киради. Унинг асосий хусусияти — инфекция манбаи бўғимда бўлмаслиги, лекин иммунологик реакция натижасида бўғимларда яллиғланиш ривожланишидир [2, 6]. РеА биринчи марта 1916 йили Ганс Рейтер томонидан тавсифланган бўлиб, унинг классик триадаси — уретрит, конъюнктивит ва артритдан иборат эди. Кейинчалик бошқа инфекциялар (ичак ва нафас йўллари) билан ҳам боғлиқлиги исботланди [4, 8].

Жаҳон миқёсида РеАнинг тарқалиши 100 000 аҳолига 30–50 ҳодисани ташкил этади, аммо ҳудудлар бўйича фарқ катта: айрим мамлакатларда бу кўрсаткич юқорироқ, айниқса инфекциялар кенг тарқалган минтақаларда [4, 5]. Африқада HLA-B27 кам учраганлиги сабабли РеА деярли учрамайди, Скандинавия мамлакатларида эса aksинча, бу кўрсаткич жуда юқори [8, 9].

Фарғона водийси эса аҳоли зич жойлашган, иқлим жиҳатидан иссиқ ва континентал бўлганлиги учун инфекциялар тез тарқалувчи ҳудуд ҳисобланади. Водийнинг демографик хусусиятлари — ўсиб бораётган аҳоли, қишлоқ жойлардаги санитар-гигиена даражасининг пастлиги ва тиббиёт хизматига эришишдаги чекловлар — РеА тарқалишига қулай шароит яратади [3, 7, 10].

Ўзбекистонда ревматик касалликлар бўйича мунтазам давлат миқёсидаги реестр йўқ, шунинг учун водий бўйича аниқ эпидемиологик маълумотларни олиш мураккаб. Бу мақолада мавжуд манбалар, kasalxоналарнинг ички ҳисоботлари ва халқаро маълумотлар асосида вазият баҳоланди [1, 3, 7, 10].

Материал ва усуллар

Тадқиқот учун 2020–2024 йиллар давомида Фарғона, Андижон ва Наманган вилоятларидаги марказий касалхоналар, ревматология ва инфекционист бўлимларининг беморлар реестридан маълумотлар олинган. Беморлар сони — 387 та, улардан 214 таси эркаклар, 173 таси аёллар. Ёш чегараси -18–55 ёшни ташкил қилган [3, 7].

Текширув усули сифатида ретроспектив таҳлил, статистик ишлов (Microsoft Excel, SPSS) ва адабиётлар таҳлили қўлланилди. Касаллик ташхиси ESSG (European Spondyloarthropathy Study Group) мезонлари асосида қўйилган [6, 8]. Инфекция манбалари серологик ва ПЦР текширувлари билан тасдиқланган. HLA-B27 генотипи —

иммунофермент таҳлил орқали аниқланган [2, 11]. Маълумотлар таҳлилида тасвирий статистика усуллари (ўртача, стандарт чегара, фоиз) қўлланилган. Ҳудудлар бўйича солиштирма таҳлил ўтказилиб Фарғона, Андижон ва Наманган вилоятлари алоҳида-алоҳида баҳоланган.

Олинган натижалар

1. Этиология ва патогенези ўрганилганда аниқланган ҳолатлар таҳлили.

Фарғона водийсида РеА ривожланишининг асосий сабаблари ичак ва урогенитал инфекциялар ҳисобланади. Тадқиқотда аниқланганки, 387 бемордан 43% ҳолларда ичак инфекциялари (Yersinia, Salmonella, Shigella, Campylobacter), 39% ҳолларда урогенитал инфекциялар (Chlamydia trachomatis), 18% ҳолларда эса ноаниқ манба сабаб бўлган.

Бу натижалар жаҳон маълумотлари билан ҳам мос келади: хламидия ва ичак инфекциялари РеАнинг асосий триггерлари сифатида тан олинган. Chlamydia trachomatis жинсий йўл билан юқадиган инфекциялар орасида энг кенг тарқалгани бўлиб, у эркакларда уретрит, аёлларда эса сервисит билан кечади ва кейинчалик артрит ривожланишига сабаб бўлади .

Патогенез жиҳатидан инфекция антигенлари бўғим тўқимаси билан ўхшаш эпитопларга эга бўлиб, иммун тизими «ўз тўқималарини» таниб, яллиғланиш реакциясини қўзғатади. HLA-B27 бу жараёнда муҳим роль ўйнайди: бу молекула антигенларни иммун тизимга тақдим этишда иштирок этади ва натижада автоиммун жараённи кучайтиради .

Водийда текширилган беморларнинг 68% да HLA-B27 ижобий чиқди, бу жаҳон кўрсаткичларидан (40–60%) юқори. Бу нарса водий аҳолисининг генетик мойиллигини кўрсатади ва касалликнинг оғир ва сурункали кечиши билан тўғридан-тўғри боғлиқ .

РеА нинг клиник кечишидаги хусусиятлар.

Клиник жиҳатдан водийдаги беморларда асимметрик олигоартрит (асосан оёқ бўғимлари) 76% ҳолларда кузатилди. Энтезит (ахилл сухожилиеси, плантар фасция) 52% беморда аниқланди. Конъюнктивит ва уретритнинг биргаликда учраши (Рейтер синдроми) 23% ни ташкил этди.

Беморларнинг 41% да касаллик 3 ойдан ортиқ давом этди, яъни сурункали тарзда кечди. Бу кўрсаткич Европа давлатларига нисбатан юқори: Европада сурункали кечиш 15–20% ни ташкил этади [4, 8]. Бу фарқ водий шароитида касалликни кечиктириб аниқлаш билан боғлиқ - беморлар дастлабки симптомларни «оддий оғриқ» деб баҳолайди ва ревматологга бориш кечикиб қолади.

Бўғимлардан ташқари белгилар сифатида дактилит 15% беморда, остеохондрит 12% да кузатилди. Умумий симптомлар (иситма, ҳолсизлик, оғриқ) 58% беморда учради, бу касалликнинг тизимли хусусиятини кўрсатади [1, 2].

Касалликнинг бошланиши ўртача 10–30 кун ичида инфекциядан кейин юз берди. Ичак инфекцияси билан боғлиқ РеА тезроқ (7–14 кун) бошланиши кузатилди, урогенитал инфекция билан боғлиқ РеА эса секинроқ (14–30 кун) ривожланди.

Фарғона водийсида урогенитал инфекцияларнинг тарқалиши

Фарғона водийсида хламидиоз ва бошқа негонококк уретрит (НГУ)касалликлари тарқалиши 2020–2024 йилларда барқарор юқори даражада сақлангани кузатилди. Еркак аҳоли орасида НГУ 1000 кишига 12–18 ҳодиса, аёллар орасида 1000 кишига 9–14 ҳодиса ташкил этди.

Аёлларда хламидиоз кўпинча симптомсиз кечди (60–70% ҳолларда), шунинг учун аниқлаш кечикиб, асоратлар ривожланишига олиб келди. Бу ҳолат айниқса қишлоқ жойларда кўпроқ кузатилди[3, 7, 10].

Бу кўрсаткичлар РеА тарқалиши билан тўғридан-тўғри боғлиқдир: хламидия инфекциясидан кейин РеА ривожланиш хавфи 1,5–2 марта ортди. CDC маълумотлари

бўйича, диагностика қилинмаган хламидия ҳолларининг ҳар биридан РеА ривожланиши 4–15% ҳолларда кузатилди [5, 9].

Вилоятлар бўйича фарқлар ҳам мавжуд: Андижон вилоятида НГУ кўрсаткичи Фарғона ва Наманганга нисбатан юқорироқ. Бу шаҳар аҳолисининг зичлиги ва ижтимоий-иқтисодий шароитлар билан изоҳланди [3, 7, 10].

Фарғона водийсида ичак инфекцияларининг тарқалиши

Ичак инфекциялари водийда йил давомида мавсумий кўтарилишга эга: ёзда ва кузда кўпроқ учради. 2023 йилда вилоятлар бўйича ичак инфекцияси билан касалланганлар 12 400 нафарни ташкил этди. Улардан РеА ривожланганлари - 530 нафар (4,3%) [3, 7, 10].

Yersinia ва Salmonella алоҳида таъкидлашга лойиқдир: бу бактериялар водийда озиқ-овқат заҳарланишлари ва сув орқали тарқаладиган ҳодисаларда кўпроқ аниқланди. Илмий манбаларда Yersinia enterocolitica билан боғлиқ РеАнинг оғир кечиши, яъни узоқ давом этувчи бўғимлар яллиғланиши кўрсатилган [6, 8].

Шигеллёз водийда куз-ёз ойларида энг кўп учрайдиган ичак инфекцияларидан бири бўлиб, унга бевосита қўл тозалиги ва сув сифати боғлиқ. Баъзан Шигелла билан боғлиқ РеА оғир олигоартрит билан кечиши аниқланган [1, 4].

Ичак инфекцияларининг тарқалишига иқлим шароити тўғридан-тўғри таъсир этди: иссиқ об-ҳавода бактериялар озиқ-овқатда тезроқ кўпайди, сув манбаларида эса ифлосланиш хавфи юқори бўлди. Шунинг учун РеАнинг ичак шакли водийда иқлим шароитига боғлиқ равишда кўпроқ кузатилди [3, 7, 10].

Фарғона водийсида РеА тарқалишига таъсир этувчи хавф омиллари

Фарғона водийсида РеА тарқалишига таъсир этувчи асосий омиллар қуйидагилардир:

1. Инфекцияларнинг юқори тарқалиши. Иссиқ иқлим ва сув таъминоти муаммолари инфекцияларнинг тез тарқалишига олиб келади. Қишлоқ жойларда ичимлик сувининг сифати паст бўлиб, бу ичак инфекциялари хавфини оширади [3, 7, 10].

2. HLA-B27 ташувчиларининг кўплиги. Тадқиқотда 68% беморда HLA-B27 ижобий бўлди, бу эса касалликнинг оғир кечиши билан боғлиқ [2, 3, 11].

3. Кечиктирилган ташхис. Бу касалликнинг сурункали кечишига олиб келди [1, 3, 7].

4. Гигиена даражасининг пастлиги. Айрим қишлоқ жойларда шахсий гигиена даражаси паст, бу эса инфекциялар тарқалишини оширади. Шу жумладан, қўл ювиш, ичимлик сувини қайнатish ва озиқ-овқат сақланиши каби оддий чоралар етарли даражада амалга оширилмаяпди [7, 10].

5. Озиқ-овқат хавфсизлиги. Нозик маҳсулотларнинг (сут, гўшт, сабзавот) сифати ва сақланиш шароитлари муаммо. Бозорларда савдо қилинадиган маҳсулотларда бактериологик назорат етарли эмаслиги [7, 10].

Ташхис ва даволашдаги хусусиятлар

Водийда ташхис қўйиш учун асосан қуйидаги усуллар ишлатилган: клиник мезонлар (ESSG), лаборатория текшируви (СРБ, ЭЧТ, РФ манфий), серология ва ПЦР (инфекция манбаси), HLA-B27 тест, рентген, УДЗ ва МРТ (аксиал ва периферик бўғимлар). Аммо ПЦР ва HLA-B27 тестлари фақат вилоят марказларида мавжуд, бу эса ташхисни кечиктирган. [1, 2, 6, 8].

Даволаш схемаси уччи босқичдан иборат: этиотроп терапия (антибиотиклар - доксициклин, азитромицин) инфекция манбасини бостириш учун, патогенетик терапия (НПВП, глюкокортикоидлар) яллиғланишни камайтириш учун, ва реабилитация (физиотерапия, ЛФК) бўғимлар фаолиятини тиклаш учун [1, 4, 6].

Водий касалхоналарида даволаш самарадорлиги 78–85% ни ташкил этди. Беморларнинг 22% да касаллик сурункалашиб қолди, бу эса эрта ташхис ва комплекс ёндашувни талаб этди. Халқаро тажриба шуни кўрсатадки, эрта (инфекциядан кейинги 3 ой ичида) бошланган даволаш натижаси анча юқори бўлади [4, 6, 8, 9].

Ҳозирги кунда биологик препаратлар (anti-TNF-α) сурункали РеАда самарадор бўлиб қолмоқда, аммо Ўзбекистонда бу дориларнинг нархи юқорилиги сабабли кам қўлланилади. Бу масалани эритиш учун давлат томонидан субсидиялаштириш зарур [1, 6].

Хулоса

Шундай қилиб, Фарғона водийсида реактив артрит аҳоли орасида сезиларли тарқалган касаллик бўлиб, унинг асосий сабаби - ичак ва урогенитал инфекциялардир. Водийнинг иқлимий ва ижтимоий шароитлари инфекцияларнинг тез тарқалишига ва кейинчалик РеА ривожланишига имкон беради. HLA-B27 генетик маркёр водий аҳолисида кенг тарқалганлиги (68%) сабабли касаллик оғирроқ кечиши кузатилди. Бу натижа Европа давлатларидаги кўрсаткичлардан анча юқори бўлиб, водий аҳолисининг генетик мойиллигини тасдиқлайди.

Касалликнинг сурункали кечиши 41% беморда аниқланди, бу эса ташхиснинг кечиктирилиши билан боғлиқ..

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Ахмедов Х.С., Каримов А.А. Инфекцион касалликлар ва уларнинг тизимли таъсири. Тошкент: Ўзбекистон, 2021. 320 б.
2. Халметова Ф.И. Ревматологик касалликлар: клиник ва лаборатор ташхис. Тошкент: Тиббиёт нашриёти, 2020. — 284 б.
3. Абдурашидов М.М., Сотволдиева М.Ш. Фарғона водийсида касалликлар тарқалиши: эпидемиологик таҳлил // Ўзбекистон тиббиёт журнали. 2023. № 2. Б. 45–52.
4. WHO. Reactive Arthritis: Epidemiology and Clinical Features. - Geneva: World Health Organization, 2022. 45 p.
5. MSD Manual. Reactive Arthritis Overview [Электронный ресурс] // MSD Manuals. URL: https://www.msdmanuals.com (дата обращения: 15.09.2024).
6. Белов Б.С. Реактивный артрит: современные подходы к диагностике и лечению // Научно-практическая ревматология. -2019. Т. 57, № 3. С. 312-320.
7. Насиров Н.А., Рахимова Д.К. Фарғона водийсида ижтимоий аҳамиятга эга касалликлар // Ўзбекистон эпидемиология журнали. 2022. № 4. Б. 12-19.
8. Taylor G.A., Carter J.D. Reactive Arthritis: Clinical Aspects and Management // Current Rheumatology Reports. 2020. Vol. 22, № 12. - P. 89.
9. CDC. Sexually Transmitted Infections and Reactive Arthritis. — Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2021. 32 p.
10. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги. Эпидемиологик ҳисоботлар 2020–2024. Тошкент, 2024. - 156 б.
11. Кунгурцев В.В., Баранова Е.А. HLA-B27 и спондилоартропатии: генетические аспекты // Медицинская генетика. 2021. Т. 20, № 6. - С. 28–35.