

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.14498833>

## REVMATOID ARTRIT VA OSTEOARTROZNI DAVOLASH MAQSADIDA QO‘LLANGAN DORI PREPARATLARINING ME‘DA OSTI BEZIGA TA‘SIRI

**Sitora Shavkatovna Almuratova**

Termiz iqtisodiyot va servis universiteti talabasi (O‘zbekiston)

[sitorashavkatovna92@gmail.com](mailto:sitorashavkatovna92@gmail.com)

**Annotatsiya:** *Ma'lumki, autoimmun kasalliklarni davolash immun tizim faolligini, agressivligini kamaytirishga qaratilgan bo'ladi. Immun yallig'lanish faolligini pasaytirish uchun immunodepressantlar dori vositalaridan foydalaniladi. Kortikosteroid preparatlarni qabul qilgan bemorlarda ko'pincha og'ir, pankreonekroz tipida kechuvchi, aksariyat hollarda letallik bilan yakunlanuvchi "steroid" pankreatit vujudga kelishini oldini olish kerak.*

**Kalit so'zlar:** *Autoimmun kasalliklar, Steroid pankreatit, me'da osti bezi, revmatoid artrit.*

**Аннотация:** *известно, что лечение аутоиммунных заболеваний направлено на снижение активности и агрессивности иммунной системы. Иммунодепрессанты применяют для снижения активности иммунного воспаления. Необходимо предотвратить возникновение «стероидного» панкреатита, который часто протекает тяжело, в виде панкреонекроза и заканчивается летально в большинстве случаев у больных, получающих кортикостероидные препараты.*

**Ключевые слова:** *аутоиммунные заболевания, стероидный панкреатит, поджелудочная железа, ревматоидный артрит.*

**Annotation:** *It is known that treatment of autoimmune diseases is aimed at reducing the activity and aggressiveness of the immune system. Immunosuppressants are used to reduce the activity of immune inflammation. It is necessary to prevent the occurrence of "steroidal" pancreatitis, which is often severe, in the form of pancreatic necrosis and is fatal in most cases in patients receiving corticosteroid drugs.*

**Key words:** *autoimmune diseases, steroid pancreatitis, pancreas, rheumatoid arthritis.*

Asosiy immunodepressant prednizolon (yoki uning analoglari), sitostatiklar (metotreksat, azatiopirin, siklofosfamid va yallig‘lanishning alohida zvenolariga ta’sir etuvchi monoklonal antitelolar hisoblanadi [1,2]. Autoimmun kasalliklar ayniqsa, revmatoid artritda, shu bilan birga osteoartroz kasalligida uzoq muddat uzluksiz ravishda yallig‘lanishga qarshi nosteroid vositalar, glyukokortikosteroidlar va xondroprotektorlar qabul qilish natijasida me‘da osti bezida “steroid pankreatit” deb ataladigan yallig‘lanish jarayonlari yuzaga keladi. Bu jarayon boshlanishida pankreonekroz bilan boshlanib davom etib, letallikka olib kelgan xollari ham kuzatilgan. Steroid pankreatitda bezning nafaqat tashqi sekretor faoliyati balki inkretor faolyati ham buziladi. Uzoq muddat qabul qilinganda interstitsial yallig‘lanish va fibroz rivojlanadi [3]. So‘nggi o‘n yillikda farmakologiyaning sezilarli rivojlanishi va klinik amaliyotda yuqori faollikdagi dori preparatlarining keng qo‘llanila boshlanishi bilan birga ularning nojo‘ya ta’sirlari ham ko‘rinmoqda, bular qatorida, jumladan me‘da osti beziga ham shikastlantiruvchi ta’sir ko‘rsatmoqda. Bu qator ta’sirlar haqidagi dastlabki ma’lumotlar XX-asr 50 – yillarida aniqlangan, keyinchalik ko‘payib bordi. Dori pankreatitiga V.M. Lashevker adabiyotlardagi (1981) ushbu mavzudagi katta obzori bilan e’tiborni qaratdi. Me‘da osti beziga dorilarning nojo‘ya ta’sirlari haqidagi dastlabki ma’lumotlar kortikosteroid preparatlariga tegishli bo‘lgan, ya’ni og‘ir va azobga soladigan kasalliklar: bronxial astma, revmatoid artrit, qavarchiq, trombositopenik purpura, aplastik anemiya va boshqalarda qo‘llaniladigan kortikosteroid preparatlar. Kortikosteroid preparatlarni qabul qilgan bemorlarda ko‘pincha og‘ir, pankreonekroz tipida kechuvchi, aksariyat hollarda letallik bilan yakunlanuvchi “steroid” pankreatit vujudga kelgan. V.M. Lashevker (1981) shuni alohida ta’kidlaydiki, dastlabki yozilgan o‘lim bilan yakunlangan pankreonekroz kortikosteroidlar bilan davolangan bolalarda bo‘lgan, vaholangki, pankreatit bolalarda juda kam uchraydi. Bir qator bemorlarda o‘tkir pankreatit bilan bir qatorda me‘da osti bezining tashqi sekretor va ko‘pincha inkretor funksiyasi (“steroid” qandli diabet) buzilganligi qayd qilingan. Bu holatda me‘da osti bezining shikastlanish patogenezi to‘liq ma’lum emas, va ko‘rinishidan har xil bemorlarda har xil asosga ega bo‘ladi. Bir qism bemorlarda berilgan preparatga o‘ziga xos allergik reaksiya asosiy o‘rinda bo‘lsa, boshqa holatlarda to‘qimaning o‘choqli destruksiyasi, preparatni uzoq vaqt qo‘llaganda interstitsial yallig‘lanish va fibroz rivojlangan [3]. Me‘da osti bezining doridan shikastlanishi Me‘da osti bezining murakkab regulyatsion sistemasi va uning yuqori faollikdagi strukturasi – atsinar hujayralar, Langergans orolchalari, kanal epiteliysi – yuqori darajada shikastlanishni va bezning qator patologik holatlarda keng ishtirokini shartlaydi. Me‘da osti bezi shikastlanishi klinik jihatdan unchalik yaqqol bo‘lmasligi, monotipligi va boshqa yondosh shikastlangan a’zolar klinik simptomlari ortida qolib ketishi bilan farqlanadi. Ushbu o‘ziga xos patogenezi bilan me‘da osti

bezining dorilardan shikastlanishining kam darajada ma'lumligi tushuntiriladi. Bu a'zoning o'ziga xos tuzilishi va funksional xususiyatlari e'tiborga olinsa, bunday shikastlanishlar ancha ko'p desa ham bo'ladi [4,5]. Dorilardan me'da osti bezining tashqi sekretsiyasi buzilishi Kortikosteroid gormonlarning sekretogen ta'siri bilan bog'liq bir necha xil qarashlar mavjud. Pevchix ma'lumotlariga ko'ra, bu ta'sir bezning bazal sekretsiyasi bilan chambarchas bog'liq. Kam sekretsiya bo'lganda bu preparatlar bilan davolaganda sekretsiya normallashadi, normal sekretsiya bo'lganda esa sekretsiya oshishiga olib keladi. Shligin va hamkorlari o'tkazgan tadqiqotlar ham qiziqarli natijalar bergan. Ular ba'zi antimetabolitlarni – aminopterin (foliy kislota antimetaboliti) va Zatsetilpiridin (nikotin kislota antimetaboliti) qo'llab, me'da osti bezining ekzokrin sekretsiyasini to'liq yo'qotishga va enzimlar va bikarbonatlarni sezilarli darajada kamaytirishga erishganlar. Me'da osti bezi ekzokrin funksiyasining dorilar ta'sirida zararlanishi deyarli klinik ko'rinishni namoyon qilmaydi: aftidan bu funksiyaning zararlanishi, ya'ni yo'qolishi ichak enzim tizimi sekretsiyasining kuchayishi bilan kompensatsiyalanadi [6]. Dori pankreatiti Yaqin paytlargacha me'da osti bezining dorilardan shikastlanishi juda-juda kam uchraydi, deb hisoblanar edi. Ammo keyingi yillarda bu nisbatan ko'p kuzatilmoqda: ham uchrash chastotasi ko'paymoqda, ham shikastlantiruvchi dorilar soni oshmoqda. Scott ma'lumotlariga qaraganda, hozirgi kunda qo'llaganda o'tkir pankreatitni keltirib chiqaradigan 20 dan ortiq dori vositalari ma'lum [6]. Dori pankreatiti orasida "steroid pankreatitlar" deb ataladigan – kortikosteroid va adrenokortikotrop gormon ta'sirida kelib chiqadigan pankreatitlar nisbatan oldindan ma'lumdir. Bu pankreatitlarning aniq chastotasini aniqlamoq juda mushkul. Adabiyotlarda bu haqda kamdan-kam uchragan holatlar yoki unchalik katta bo'lmagan guruhlar – 3-5 ta bemorda kuzatilgani to'g'risida ma'lumotlar keltirilgan xolos. Odatda bu bemorlar boshqa ko'rsatmalar bo'yicha – ayniqsa, revmatoid artrit, nefrotik holatlarda uzoq muddat davomida kortikosteroidlarni qabul qilganlar. Ban bo'yicha steroid pankreatit bolalarda nisbatan kam uchraydi. Bu pankreatit kamdan-kam klinik jihatdan namoyon bo'ladi, u murdani yorib ko'rish jarayonida ajablanarli darajada ko'p kuzatiladi. Sagop bo'yicha uzoq muddat kortikosteroidlar bilan davolangan 54 bemordan 28,5 %ida bu aniqlangan. O'tkir pankreatit tipidagi me'da osti bezining shikastlanishini tajriba ostidagi hayvonlarda aniqlash imkoni bo'ldi, bu asosan quyonlarga gormonlarni uzoq muddat berish orqali amalga oshirildi [6]. Steroid pankreatitning aniq patogenetik mexanizmi to'liq o'rganib chiqilmagan. Kasallikning rivojlanishi asosida allergik jarayon yotishi o'z davrida e'tiborga molik bo'lgan, ammo aftidan bu faqat ayrim holatlardagina kuzatilgan. Gormonal regulyatsiya buzilishi natijasida kanalchalardagi pankreatik shira qovushqoqligi oshadi va shira dimlanadi, bu esa enzim tizimni faollashishiga olib keladi. Bu faraz autopsiyada quyuyq va tiqilib qolgan sekret va mayda kanalchalarning

kengayishi bilan o'z tasdig'ini topadi. Shubhasizki, steroid pankreatit rivojlanishida asosiy kasallikning ba'zi ko'rinishlari, masalan, revmatoid artritdagi immun aberratsiyalar, nefrotik holatlardagi giperlipemiyalar muhim rol o'ynaydi. Aftidan, preparatning tabiati ahamiyat kasb etmaydi, steroid pankreatitlar "eski" gormonal preparatlarni qo'llaganda ham, yangi yarim sintetik steroidlarni qo'llaganda ham kuzatilgan [6]. Steroid pankreatitlar klinik jihatdan turli xil simptomlarni namoyon qilishi mumkin. Hayotida pankreatit klinikasi kuzatilmagan ko'pchilik murdalarni yorib ko'rilganda pankreatit aniqlangan. Ko'rinishidan, gormonal preparatlar bilan davomli davolanish bemorning 23 sezuvchanligini va reaktivligini jiddiy ravishda o'zgartiradi, - bu "niqoblantiruvchi samara" deyiladi. Ushbu muallifning fikriga ko'ra, steroid pankreatitlar ko'pincha davolashni to'xtatgandan keyin yoki dorining dozasini kamaytirgandan keyin klinik namoyon bo'ladi. Steroid pankreatitlar namoyon bo'lganda, klinik ko'rinishi va laborator ko'rsatkichlari "spontan" o'tkir pankreatitga o'xshash bo'ladi. Bezda chuqur morfologik o'garishlar bo'lib, deyarli barcha hollarda o'lim bilan yakunlanadi. Steroid pankreatitlarning bunday klinikasi, kechishi va natijasi ham bezdagi o'zgarishlar ham asosiy kasallikdagi o'zgarishlar hisobiga yuzaga keladi. Asosiy kasallik aniq bo'lganda va uni kortikosteroid preparatlar bilan davolaganda o'tkir steroid pankreatit tashxisini qo'yish qiyinchilik tug'dirmaydi. Unchalik yaqqol bo'lmagan, mos keladigan klinik ko'rinish va laborator ko'rsatkichlar bo'lmaganda tashxisni aniqlash qiyin bo'ladi. Nelk kuzatuvlarida 6 ta holatdan tashxis atigi bittasida to'g'ri qo'yilgan, qolganlarni steroid yaraning teshilishi deb, kerak bo'lmagan va hayot uchun havfli bo'lgan jarroxlik aralashuvigacha olib borilgan [6,7]. Surunkali pankreatit rivojlanishiga olib keladigan preparatlar 3 guruhga ajratiladi: 1) pankreatit rivojlanishiga "aniq" sabab bo'luvchi preparatlar – tiazid diuretiklar, tetratsiklin, azatiopirin, sulfanilamidlar va sulfasalazin, esterogenlar; 2) "ehtimoliy" sababchilar – glyukokortikosteroidlar, metronidazol; 3) "bo'lishi mumkin bo'lgan" – bu preparatlarning surunkali pankreatit keltirib chiqarishi taxmin qilinadi [8,9].

### Foydalanilgan adabiyotlar.

1. Povrejdaniya i zabolevaniya kostey i sustavov. Sb. nauch. rabot k 60-letiyu SITO. - M. SITO, 1981. Str 200.
2. <http://www.bestreferat.ru/referat-110734.html>. Autoimmunniiye zabolevaniY.
3. Lekarstvenniye pankreatiti.
4. Trnavskiy K. Bazisnaya terapiya revmatologicheskix bolezney. Vopr. Revmat. - 1981. №3. Str 69-70.
5. N. N. Gladkix, A. V. Yagoda. “Sostoyaine endoteliya i agregatsiyatrombotsitov u bolnix s vperviye viyavlenim saxarnom diabetom 1-go tipa i nediiyerensirovannoy displaziyey soyedinitelnogo tkani”. Jurnal “Klinicheskaya meditsina” 2009 № 5 // 52 – 55 s.
6. Google. Jurnal “chyornaya pantera” Lekarstvenniye porajeniya podjeludochnoy jelezi.
7. Sigidin Y.A. Mexanizmi lechebnogo deystviya antirevmaticheskix sredstv. M. Meditsina. 1972.
8. N. M. Burduli, S. K. Gudnova. “Gemodinaicheskiye tipi mikrotsirkulyatsii i lazernaya terapiya pri xronicheskom pankreatite”. Jurnal “Klinicheskaya meditsina” 2009 № 8 // 56 – 61 s.
9. V. I. Simanenko, G. Y. Knorring. “Vozvrashayas k probleme xronicheskogo pankreatita”. Jurnal “Klinicheskaya meditsina” 2001 № 10// 54 – 59 s.