



Тулакова Гавхар Элмурадовна

Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В ГЛАЗАХ

Тулакова Гавхар Элмурадовна

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

THE CLINICAL PICTURE OF RHEUMATOID ARTHRITIS IN THE EYE

Tulakova Gavkhar Elmuradovna

Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: tulakovagavhar2018@gmail.com

Резюме. Ревматоид артрит офталмопатияси ҳар бешинчи беморда увеит–склерит–кератит–глаукома–катаракта–конъюнктивит нисбати билан аниқланади 10:6:5:4:4:1. Бундан ташқари, кўз патологияси касалликнинг ажралмас клиник белгилари билан чамбарчас боғлиқ бўлиб, патологик жараённинг фаоллик даражасини, артритнинг ривожланиш тезлигини, стерноклавикуляр, максиллар, билак ва тирсак бўғимларининг шикастланиш частотаси билан боғлиқ.

Калит сўзлар: катаракта, увеит, кератит, склерит.

Abstract. Ophthalmopathy of rheumatoid arthritis is diagnosed in every fifth patient with a ratio of uveitis–scleritis–keratitis–glaucoma–cataract–conjunctivitis 10:6:5:4:4:1. In addition, ocular pathology is closely related to the integral clinical signs of the disease, determining the degree of activity of the pathological process, the rate of development of arthritis, the frequency of lesions of the sternumthe clavicular, maxillary, wrist and elbow joints.

Key words: cataracts, uveitis, keratitis, scleritis.

Долзарблиги. Ревматоид артрит (РА) сурнкали тизимли аутоиммун касаллик бўлиб, АҚШда катталарининг тахминан 1 фоизига таъсир қилади [1]. РА патофизиологияси синовиал мембрананинг кўпайишига олиб келадиган сурнкали яллиғланишни ўз ичига олади, сўнгра боғимларнинг шикастланиши ва суяк эрозияси билан тугайди [1]. Кўзнинг яллиғланиши РАнинг артикуляр бўлмаган намоёнидир ва РАнинг дастлабки намоёниши бўлиши мумкин [2]. Офталмологлар ревматоидли артритнинг кўздаги кўриниши сифатида куруқ кератоконъюнктивит (ККК), эписклерит, склерит, катаракта, периферик ярали кератит (ПЯК), олдинги увеит ва ретинал васкулит кабиларни деб тушунишади [3]. Аслида, кўзнинг ҳар қандай таркибий қисми РА билан таъсирланиши мумкин. Бироқ, клиник амалиётда энг кўп учрайдиган нарсга кўзнинг олд қисмидаги шикастланишдир [4]. Ревматоид артрит офталмопатияси ҳар бешинчи беморда увеит–склерит–кератит–глаукома– катаракта–конъюнктивит нисбати билан аниқланади 10:6:5:4:4:1. Бундан

ташқари, кўз патологияси касалликнинг ажралмас клиник белгилари билан чамбарчас боғлиқ бўлиб, патологик жараённинг фаоллик даражасини, артритнинг ривожланиш тезлигини, стерноклавикуляр, максиллар, билак ва тирсак бўғимларининг шикастланиш частотаси билан боғлиқ.

Ишнинг мақсади: Ретроспектив анализ ёрдамида ревматоидли артритнинг кўздаги кўринишларини ўрганиш.

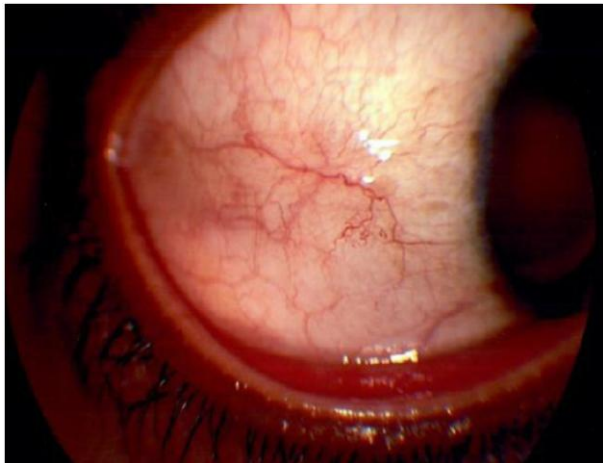
Текшириш материали ва усуллари. Ўрганилаётган мавзу бўйича ишларни таҳлил қилиш учун қуйидаги маълумотлар базалари: Google academia, PUBMed, Ebscohost, Springer Nature, Elsever, elibrary ва бошқалардан фойдаландим. Куруқ кератоконъюнктивит (ККК) ёки куруқ кўз синдроми (ККС) кўз касаллиги бўлиб, унда кўзнинг етарли даражада ёғланиши кўз ёши ишлаб чиқаришнинг пасайиши ёки кўзнинг нормал секрециясида кўз юзасидан суюқликнинг хаддан ташқари йўқолиши натижасида юзага келади, бу эса кўзнинг тирнаш хусусияти келтириб чиқаради, оғриқ, кум ва куруқлик белгилари би-

лан бирга келади [5]. ҚКК РА энг кўп учрайдиган ва дастлаб намоён бўлади [7]. РА бўлган беморларда тарқалиш частотаси 18% дан 90% гача, ўртача ва оғир симптомлар эса 50% беморларда кузатилади [3, 8]. ҚКК кўрсаткичларидаги фарқлар куйидаги омиллар билан боғлиқ бўлиши мумкин: чекланган ҳаракат, беморларнинг ёши, жинси, симптомларнинг субъектив ёки объектив белгилари. ҚКК белгиларига куйидагилар киради: кўз ичи қизиши, кум хисси ва қуруқлик. Яқинда ўтказилган мета-таҳлил қуруқ кўз синдроми ва депрессия ва ташвиш ўртасидаги боғлиқликни кўрсатди [7]. Агар даволанмаса, ҚКК кератитга ва ҳатто шох парданинг хиралашишига олиб келиши мумкин [8]. Оғир ҳолатларда шох парданинг парацентрал зарарланишини кўриш мумкин, бу эса кўришнинг доимий йўқолишига ва ҳатто тешилишга олиб келиши мумкин. Яллиғланиш ҚККнинг асосий сабаби сифатида эълон қилинди [9]. РА патогенези макрофагларга айланиб, интерлейкин-1 ва цитокининлар чиқарадиган синовиал мембранага моноцитларнинг етарли даражада ҳужумини ўз ичига олади. Ушбу цитокинлар, бўғимларга ҳужум қилиш учун бошқа ҳужайраларни жалб қилишдан ташқари, РА ва ҚКК ўртасидаги боғлиқлик бўлиши мумкин бўлган тизимли ҳодисалар каскадини ҳам кўзғатади. Аниқ механизм асосан номаълум бўлса-да, яллиғланиш натижасида келиб чиқадиган оксидловчи стресс кўз юзаси эпителияси ва лакримал тўқималарнинг парчаланишига олиб келиши мумкинлиги ҳақида далиллар мавжуд [10, 11]. Тадқиқотлар шуни кўрсатадики, кўз юзасидаги оксидловчи стресс РА каби яллиғланиш касалликлари бўлган беморларда лакримал тўқималарнинг шикастланиши ва кейинчалик лакримал ишлаб чиқаришнинг пасайишининг асосий сабаби бўлиши мумкин [10, 11]. Бундан ташқари, соғлом одамларнинг кўз ёшлари ҚКК билан оғриган беморларга қараганда яллиғланиш ва яллиғланишга қарши цитокинлар мувозанатида фарқ қилади [12, 13]. Соғлом одамларнинг кўз ёшлари кўзнинг иммунитет ҳолатини сақлашга ёрдам берадиган яллиғланишга қарши таркибий қисмларни ўз ичига олади [12]. Доимий кўз ёши гиперосмолярлиги Тнф-а, ИЛ-1Б ва ИФН-γ каби яллиғланишли цитокинлар, шунингдек матрицали металлопротеиназалар (ММПс) концентрациясини оширишга ёрдам беради [14]. Туғма иммунитет ҳам муҳим рол ўйнайди, чунки нейтрофил инфилтрацияси ва нейтрофил ДНКнинг ҳужайрадан ташқари нейтрофил фаоллашувининг ён маҳсулотлари билан аниқланган, бу ҚКК қақиради [15]. Афсуски, қуруқ кўз диагностикаси тестининг ягона "олтин стандарти" мавжуд эмас. Ташхис кўпинча анамнез ва физик текширув орқали амалга оширилади. Анкеталар одатда анамнезни олиш учун ишлатилади, сўнгра

биомикроскопия текшируви, флоресин билан бўяш ва Ширмер тести ўтказилади [15]. Ушбу тестларнинг барчасида камчиликлар мавжуд; шунинг учун кенг қамровли баҳолаш учун кўпинча тадқиқотларнинг комбинацияси тавсия этилади. Яқинда кўз ёши осмолярлиги ва кўз ёши плёнкасининг барқарорлигини баҳолаш учун яхшироқ тестлар ишлаб чиқилди. Ушбу тестлар келажақда қуруқ кўзни баҳолаш учун стандарт бўлиши мумкин. Анкеталар каби субъектив тестлар тежамкор ва содда, аммо улар аниқ эмас, чунки беморларнинг жавоблари ҳар хил бўлиши мумкин. Бундан ташқари, қуруқ кўзнинг объектив баҳолаш мумкин эмас ва қуруқ кўзнинг дастлабки босқичларидаги шикаятларни беморлар ҳисобга олинмайди [16]. Флоресин билан бўяш ҚКК ни эрта ташхислаш эҳтимоли кўпроқ, чунки у эпителия яхлитлигининг сезгир кўрсаткичидир. Флоресин сувда эрийдиган моддадир, у шикастланган корнеа эпителия ҳужайраларидан ўтиб, ҳужайра ичидаги бўшлиқда тўпланиши мумкин. ҚККда флоресин интрапалпебрал конъюнктива ва шох пардада тўпланади, эҳтимол эпителийнинг зич алоқа дисфункцияси ва ҳужайра ўлими туфайли [12]. ҚКК диагностикасида флоресин билан бўяшнинг асосий камчилиги бу ўзига хосликнинг йўқлиги, чунки шох пардани бўяш оддий кўзларда ҳам содир бўлиши мумкин. Ширмер тести шундан иборатки, 90 градуслик бурчак остида эгилган кичик қоғоз чизиги кўзнинг пастки камарига жойлаштирилади ва у ерда 2 ёки 5 дақиқага қолдирилади [13]. Оддий тестда ўртача кўз ёши секрецияси 2 дақиқада ≈12 мм дан, 5 дақиқада ≈16 мм дан катта бўлиши керак [28]. Бироқ, Ширмер тести атиги 25% сезгирликка эга эканлиги исботланган [5]. Қуруқ кўзларнинг умумий белгиси осмолярликнинг ошиши ҳисобланади. Кўз ёши осмолярлигидан фойдаланган ҳолда олиб борилган тадқиқотлар қуруқ кўзни аниқлашда 73% сезувчанлик ва 92% ўзига хосликни кўрсатди [6]. 308 мосм/л дан юқори қийматлар қуруқ кўзнинг эрта / энгил шаклини, 312 мосм/л дан юқори қийматлар эса қуруқ кўзнинг ривожланган/оғир шаклини кўрсатади. Энгил ва оғир касаллик ўртасидаги диапазон жуда тор бўлганлиги сабабли (фарқ атиги 4 мосм/л), тестни аниқ бажариш жуда муҳимдир. Кўз ёши суюқлигининг барқарорлигини баҳолаш қуруқ кўз синдромини аниқлашнинг муқобил усули ҳисобланади. Энг кўп ишлатиладиган усул-бу кўз ёшининг ёрилиши вақти, аммо интерферометрия, аберрометрия, корнеа топографияси, конфокал микроскопия ва кўриш кескинлигини функционал баҳолаш ёрдамида кўз ёшининг ёрилиши учун инвазив бўлмаган тестлар ҳам яратилган [7]. Қуруқ кўз синдромини ташхислаш учун стандарт мавжуд бўлмаса-да, юқорида айтиб ўтилган тестларнинг комбинацияси қуруқ кўз синдромини ташхислаш

учун янада сезгир ва ўзига хосдир. ҚКК ташхиси кўйилгандан сўнг, биринчи беморга тушинтириш, маҳаллий муҳитни ўзгартириш ва иложи бўлса, муҳим ёғ ' кислоталарига бой диетани истеъмол қилиш, сўнгра консервантларсиз сунъий кўз ёшлар билан кўзни мойлаш зарур [8,9].

Эписклерит эписклерал яллиғланиш туфайли юзага келади, натижада ўткир қизариш, фотофобия ва кўзнинг енгил нокулайлиги билан шикоят қилади [2].



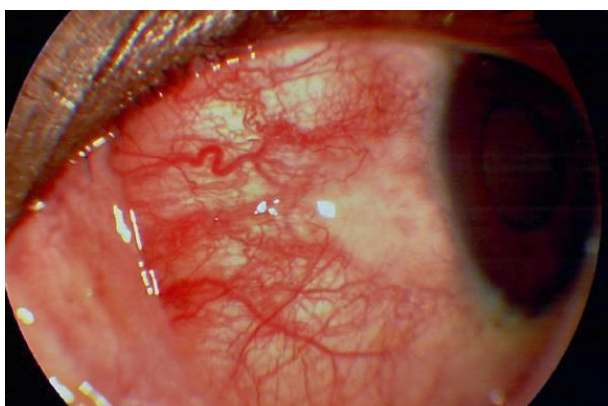
Расм 1. Эписклерит

РА нинг иккинчи энг кенг тарқалган кўз кўриниши эписклеритдир. Адабиётда РА касалларида эписклеритнинг тарқалиши 1-5% гача [3, 8]. Эписклерит РА нинг ҳар қандай босқичида пайдо бўлиши мумкин. Бир тадқиқотга кўра, эписклерит 5,06% ҳолларда РА нинг 1 босқичи (дастлабки яллиғланиш) ёки ИИ (бўғимларнинг шикастланишининг дастлабки белгилари билан ўртача оғриқ) бўлган беморларда пайдо бўлган [2]. Эписклеритнинг иккита асосий кичик тури мавжуд: нодуляр эписклерит эписклеранинг чекланган қисми билан чекланган, диффуз эписклерит эса катта қўшни эписклерал юзани ўз ичига олади ва беморларнинг тахминан 30% ва 70% таъсир қилади [2]. Эписклеритнинг барча ҳолатларининг тахминан 80% бир кўз билан чекланган, аммо РА каби тизимли касалликларга чалинган беморларда кўзнинг икки томонлама шикастланиш даражаси юқори [2]. Умумий популяцияда эписклеритнинг умумий касаллиги 1/1000 дан кам бўлиб, аёл жинси устунлик қилади [2]. 45 ёшдан 64 ёшгача бўлган аёлларда эписклерит билан касалланиш 100000 кишига 74 та ҳолатни ташкил этди, умумий аҳоли орасида эса 100000 кишига атиги 40,7 ҳолат тўғри келди [2]. Патогенез: Эписклерит (субконъюнктивит деб ҳам аталади) эписклеранинг яллиғланиши. Склера кўзнинг ташқи четининг катта қисмини ташкил қилади. Бу лимбдан бошланиб, кўзнинг шаффоф бўлмаган оқ қисми. Эписклерит эписклеранинг юзаки томирларининг грануломатоз бўлмаган яллиғланишидан келиб

чиқади, бу эса оқ қон ҳужайралари инфильтрациясига ва томирларнинг шишишига олиб келади. Яллиғланиш реакциясининг асосий сабаблари номаълум бўлиб қолмоқда, аммо аутоиммун касалликлар ва инфекциялар кўзга тўғри келган оқил бўлиб хизмат қилиши мумкин. Соғлом кўз ёшлари бир нечта яллиғланишга қарши цитокинларни ўз ичига олганлиги исботланган, масалан, трансформацион ўсиш омили- β (ТГФ- β) ва ИЛ-1 α . Тизимли яллиғланиш бу цитокинлар даражасини ўзгартириши ҳам исботланган. Шундай қилиб, эписклерит, эҳтимол, лакримал суюқликка кириб борадиган ва лакримал суюқликнинг яхлитлигини йўқотишига олиб келадиган тизимли яллиғланиш сигналлари билан кучаяди. Охир оқибат, бу тартибга солиш эписклерит каби патологияга олиб келиши мумкин. Эписклеритнинг клиник кўриниши ҳар хил бўлиши мумкин, аммо умуман олганда, беморларда склеранинг чегараланган маълум бир квадрантида кўздан ёш оқиши, ўртача оғриқ, сувли кўзлар, тирнаш хусусияти ва қизариш мавжуд. Бу склеритдан фарқ қилади, бу одатда кўзнинг бир нечта квадрантларига таъсир қилади ва оқинди, фотофобия ва кўриш ўткирлигининг пасайиши каби оғирроқ аломатлар билан намоён бўлади. Одатда, эписклерит ташхисини клиник жиҳатдан кўйиш мумкин, ташхис кўйиш учун нашр этилган кўрсатмалар мавжуд эмас. Бироқ, склерит кўриш учун хавфли оқибатларга олиб келиши мумкинлиги сабабли, склерит ва эписклеритни фарқлаш керак. Бунга таъсирланган кўзга фенилефринни киритиш ва қон томирларини баҳолаш орқали эришиш мумкин. Склерадан фақат бир нечта қон томирлари ўтганлиги сабабли, у аваскуляр, эписклера эса юқори қон томир деб ҳисобланади. Шунинг учун фенилефрин билан эписклерал томирлар оқариб кетади ва склерал томирлар оқариб кетмайди. Шундай қилиб, агар яллиғланиш эписклера билан чекланган бўлса, у ҳолда фенилефринни юбориш кўзнинг нисбатан нормал кўринишига олиб келади. РА каби асосий тизимли касалликка чалинган беморларда эписклерит билан касалланиш адабиётда қайд этилганидан юқори бўлиши мумкин, чунки ўртача оғир эписклеритни даволаш тизимли яллиғланишга қарши дорилар ёки топикал стероидлардан иборат бўлиб, РА билан оғриган беморларнинг аксарияти аллақачон қабул қилинган терапия. Шунинг учун эписклерит белгиларининг олдини олиш ёки клиник кўринишдан яшириш мумкин. РА билан оғриган беморларда кўзнинг тирнаш хусусияти ёки қизариши ҳақида шикоят қилинган ҳолларда, кўз туби текшируви ўтказилиши ва офталмологга юборилиши керак. Агар эписклерит соғлом одамда дастлабки намоён бўлса, асосий тизимли яллиғланиш ҳолатини аниқлаш учун аутоиммун текширувдан ўтиш тавсия этилади. Эписклерит-бу узоқ муддатли асо-

ратларсиз ўз-ўзидан тузалади. Аксарият ҳолатлар бир неча ҳафта давом этади. Афсуски, РА каби тизимли касалликларга чалинган беморларда қайталаниш даражаси юқори. Бундай беморларда энг яхши даволаш асосий касалликни даволашдир. Ностероид дори воситалар маҳаллий яллиғланишга қарши дорилар илгари қўлланилган, аммо муваффақият даражаси чекланган. Аксинча, сунъий кўз ёшлар симптоматологияга яхшироқ таъсир қилди. Ўртача ёки оғир ёки рефрактер аломатлари бўлган беморларда топикал кортикостероидлар жуда самарали. Беморларга биринчи навбатда паст фаол стероидларни буюриш тавсия этилади ва агар аломатлар давом этса, преднизолон каби юқори фаол стероидларга ўтиш керак. Стероидлардан фойдаланганда беморларни ҳар 2-3 ҳафтада қайта баҳолаш керак ва симптомлар йўқолгандан кейин стероид дозасини камайтириш керак. Фақат жуда камдан-кам ҳолларда пер ос стероидлари тавсия этилади. Стероидлардан фойдаланишнинг асосий камчилиги кўз ичи босими (КИБ) ва катарактнинг ошиши хавфидир. Агар КИБ яхши назорат қилинса, топикал стероидлар яллиғланишни назорат қилишнинг афзал усули ҳисобланади.

Склерит-бу склеранинг яллиғланиши ёки кўз олмасининг оқ ташқи қатлами билан тавсифланган кўриш қобилиятини пасайишига олиб келиши мумкин бўлган оғриқли ҳолат. Анатомик жойлашуви бўйича уни олд ёки орқа қисмларга бўлиш мумкин. Олд склерит кўзни ҳаракатлантирувчи мушаклари бириктириладиган жойдан олдин яллиғланиш деб таърифланади (2-расм). Орқа склерит-бу мушаклари бириктирилган жойнинг орқасидаги склеранинг яллиғланиши. Олд склеритда склеранинг кўринадиган инъекцияси, кератит ёки хужайралар ва олд камеранинг суюқлигини ифлосланиши каби олдинги сегмент яллиғланишининг белгилари мавжуд. Орқа склерит хориоретинал гранулома-лар, ретинани серози, кўрув нервнинг шишиши ёки ультратовушли б-сканерлашда кўрилган т белгиси каби ретинал ўзгаришлар билан намоён бўлиши мумкин (3-4 расм).



Расм 2. Склерит

Бунда некроз белгилари, шунингдек, томир шикастланиши ёки васкулит компонентининг мавжудлигини кўрсатади. Шундай қилиб, олдинги некротизан склеритда кўпроқ мақсадли ревматологик баҳолаш ўтказилиши керак, чунки баъзи ревматологик касалликлар, васкулит белгиларини кўрсатиши мумкин. РА билан оғриган беморларда учраши мумкин бўлган яна бир алоҳида касаллик-склерит билан оғриган беморларнинг тахминан 1-3 фоизида учрайдиган перфорант skleromalaziya'dir. РА билан 10 йилдан ортик бўлган беморларда олдинги склеритнинг яллиғланишсиз некроз шакли учрайди, у оғриқсиз, аста-секин бошланиб, узок муддат давом этади. Склеритнинг кўз асоратлари катаракта, глаукома ва декомпенсия босқичли экссудатив ретинит ўз ичига олади, буларнинг барчаси кўриш қобилиятини пасайишига олиб келиши мумкин [10,11].

Конъюнктура, склера ва эписклерда текширилганда, фенилефриндан оқариб кетмайдиган турғун томирлар кўринади; кўз олмасидаги оғриқ, склеранинг кўкимтир тусли диффуз кизариши, бу склера қаватини ва склера тугунларининг ингичкалашини кўрсатади. Олд склеритда биомикроскопик текшируви конъюнктура инъекциясини, конъюнктура ва склеранинг яраларини ва склеранинг ингичкалашини аниқлаши мумкин. Б-сканерлаш ультратовуш текшируви хороидеянинг, склера ва эписклерал тўқималарнинг диффуз қалинлашишини кўрсатади. Кўзни Б-сканерлашда кўрилган т белгиси тенон капсуласи остидаги суюқликнинг натижасидир, бу оптик асаб ва склера ўртасида квадрат чегара ҳосил қилади.



Расм 3. Склеранинг дастлабки кўриниши

Енгил некрозли олдинги склеритни даволаш топикал стероидларсиз селектив ёки селектив бўлмаган циклооксигеназа ингибиторларни пер ос қабулдан бошланади. Кучли некрозли склерит биопсиясида локализация қилинган васкулит белгилари борлигини ҳисобга олсак, оғир склеритли беморлар тизимли стероидлар ва метотрексат, микофенолат мофетил, циклоспорин ва цикло-

фосфамид каби иммуносупрессантлар билан даволанади. Стероидли терапия симптомларнинг давомийлигига асосланган.

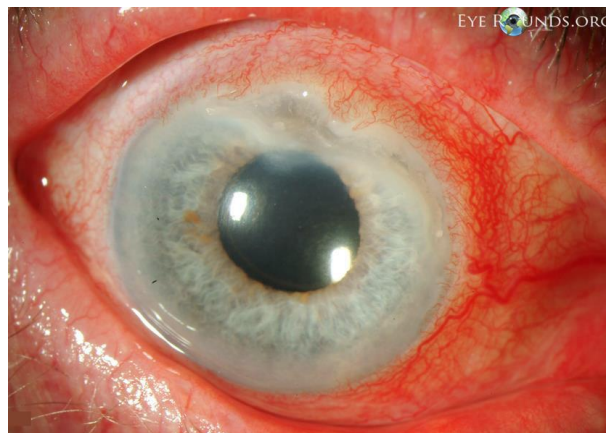


Расм 4. Олдинги некротли склерит

Симптомларнинг давомийлиги 1 ойдан ортиқ бўлса, стероидни дориларни қабул қилишни бошлаш тавсия этилади [14]. TNF ингибиторлари ва ритусимаб каби анти-б ҳужайрали антителалар каби биологик воситалар касалликнинг ремиссиясини қўзғатиш учун ишлатилиши мумкин. Бундан ташқари, некротик бўлмаган олдинги склеритда субконъюнктивал стероид инъекциялари самарали бўлади.

Периферик ярали кератит (ПЯК) шох парданинг периферик қисмининг яллиғланиши деб таърифланиши мумкин, бу эпителия нуқсонларига олиб келади, бу эса корнеа тешилиши ва кўрликка олиб келиши мумкин (5-расм). ПЯК кўпинча РА каби тизимли касалликлар ва тизимли васкулит синдромлари, жумладан АНСА билан боғлиқ васкулит, тугунли полиартерит, тизимли қизил югурук билан боғлиқ [12]. Ярали кератит нисбатан кам учрайди, йилига миллионга 3 та ҳолат [11,14]. ПЯК эпидемиологик тадқиқотида 35,5% ҳолларда тизимли касаллик билан боғлиқлик аниқланди, энг кенг тарқалгани узок муддатли РАдир. Бир томонлама зарарланиш 83,6% ҳолларда uchraudi.PYаК эркаларда устунлик қилади (60%), беморларнинг учдан бир қисми зарарланган кўзда олдинги кўз операциялари ҳақида хабар беришади. РА маълум бўлган беморлар учун касалликнинг ўртача давомийлиги 20 йил эди. Корнеа стромасида яллиғланиш бошлангандан сўнг, кўриш ўткирлигининг йўқолиши бир неча кун ичида содир бўлиши мумкинлигини билиш клиник жиҳатдан муҳимдир.

ПЯК яллиғланиш ҳужайралари корнеа лимбусига туташган корнеа стромасининг перифериясида тўпланади. Яллиғланиш ярим ой шаклини олади, бу периферик эпителийнинг эрозиясига ва строманинг ингичкалашига олиб келади. ПЯК шох парда тешилишига ёки шох парда эрозияси синдромига олиб келиши мумкин, бу эса кўрликка олиб келиши мумкин.



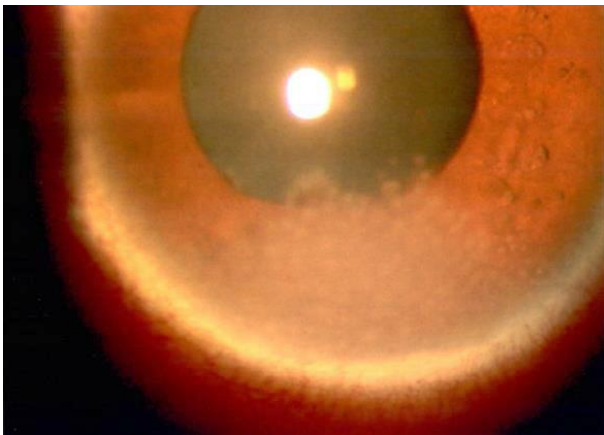
Расм 5. Периферик ярали кератит

Янги гипотезалардан бири шунини кўрсатадики, РА билан боғлиқ ошқозон яраси касаллигида CD4+ T ҳужайраларининг фаоллашиши антитела ишлаб чиқаришга олиб келади.

Кейин антитела шох парданинг четига ётқизилган иммунитет комплексларини ҳосил қилади. Кейинчалик комплемент тизимининг фаоллашиши фаоллаштирилган нейтрофиллар ва макрофагларнинг миграцияси ёки кимётаксисига олиб келади, сўнгра MMP-1, MMP-2 ва MMP каби ҳалокатли коллагеназлар ва протеазларни чиқаради [9]. ПЯК оғриқли қизил кўз сифатида намоён бўлади ва сувли кўзлар ва лойка кўриш билан боғлиқ бўлиши мумкин. Биомикроскопия билан текширилганда, корнеа ярасида эпителия аниқ йўқ. Строманинг ингичкалаши ва иккиламчи десементоселадан ташқари, стромада ҳужайра инфилтратини кўриш мумкин. Яллиғланиш одатда кўшни конъюнктива ва склерада кузатилади. ПЯКни бошқариш стратегиялари касалликнинг этиологиясига, асосий тизимли касалликнинг оғирлигига ва мавжудлигига асосланади. Кўзни консервантларсиз сунъий кўз ёши ва контакт линзалари билан даволаш шох парда яраси эпителизациясига ёрдам беради ва антибиотиклардан маҳаллий фойдаланиш бактериал суперинфекцияни олдини олишга ёрдам беради. Бундан ташқари, тизимли иммуносупрессантлар кўз касалликларининг ривожланишини сезиларли даражада секинлаштириши, кўриш ўткирлигини яхшилаши ёки барқарорлаштириши ва кўздан ташқари касалликнинг ривожланишига тўсқинлик қилиши мумкин. Ритусимаб, инфлисимаб ва адалимумаб каби биологик дорилар кортикостероидлар ва иммуносупрессантларга жавоб бермайдиган ҳолатларда самарали бўлиши мумкин.

6. Олдинги увеит-Увеа анатомик равишда склера ва Ретина ўртасида аниқланадиган кўзнинг ўрта қатлами сифатида аниқланади. Олдинги увеит кўзнинг олдинги хороидеянинг ҳар қандай ёки иккала таркибий қисмининг яллиғланишини ўз ичига олади. Орқа увеал яллиғланиш хороидит-

ни, ретинага кўшни қон томир тўқималарининг яллиғланишини (хороидит) аниқлайди (6-расм).



Расм 6. Олдинги увеитда керамик пресипитатлар

РА билан оғриган беморларда кўзнинг яллиғланиш касалликлари 14-42% ҳолларда олдинги увеит билан намоён бўлади. Тадқиқотларнинг ретроспектив хусусиятини ҳисобга олган ҳолда, увеитнинг таърифи (олд ёки орқа) ва кичик намуна ҳажми РА билан оғриган беморларда олдинги увеитнинг тарқалиш фоизининг пасайишига олиб келди [5,7,9]. Шу билан бирга, тўққиз йиллик ретроспектив тадқиқот увеит билан оғриган беморларнинг 18 фоизида қоллаген томирларининг шикастланишини аниқлади ва бу гуруҳда олдинги увеит билан касалланган ҳолатларнинг 42 фоизида РА ташхиси қўйилади.

Олд увеит-бу клиник ташхис бўлиб, кўпинча оғриқ, кўришнинг пасайиши, синехия, лакримация, фотофобия ва кўзнинг қизариши билан аниқланади. Олд увеит бир нечта клиник синдромларда, шу жумладан юқумли увеит ва юқумли бўлмаган увеитда учрайди. Юқумли бўлмаган увеит аутоиммун касаллик билан боғлиқ увеитни ўз ичига олиши мумкин, аммо яллиғланишли кўз касаллигининг аутоиммун келиб чиқиши увеит ва склерит ҳолатларининг атиги 5 фоизини қамраб олади. Клиник диагностика мақсадида увеит ҳолатларининг фақат кичик бир қисми аутоиммун касаллик билан боғлиқ бўлади ва ундан ҳам кичик қисми РА билан боғлиқ бўлади. Кўз клиникасида ўтказилган ретроспектив тадқиқот шуни кўрсатдики, беморларнинг 43,4 фоизида кўзнинг яллиғланиши ва аутоиммун касаллик бўлган, аммо беморларнинг атиги 2 фоизида аутоиммун касалликнинг ягона ифодаси сифатида офталмик кўриниш мавжуд. Камдан кам ҳолларда кўз касаллиги РА ташхисидан олдин бўлган. РА билан боғлиқ олдинги увеитнинг клиник ташхисини кўриб чиқиш зарурлигини кўрсатди. Олдинги увеитнинг аксарият ҳолатлари маълум бўлган РА беморлари орасида кузатилади. Шу билан бирга, ревматолог ҳам, офталмолог ҳам кўз аломатлари аутоиммун касалликнинг биринчи

намоёниши бўлиши мумкинлигидан эҳтиёт бўлишлари керак.

Катарактнинг РА беморларида ривожланиши бўйича турли хил қарашлар мавжуд. Кўзнинг увеал трактининг яллиғланиши билан катарактнинг асоратлари жуда кўп, бу қуйидаги касалликлардан келиб чиқади: балоғатга етмаган идиопатик артрит, Анкилозан спондилит, ревматоид артрит (РА), псориастик артрит (ПА) [4,8,12]. Ушбу беморларда катарактани ривожланиши адабиётда ҳали тўлиқ тушунилмаган. Ж. Э. Самуглия маълумотларига кўра, касаллик увеитдан кейин 50-60% ҳолларда асоратланади, кўпинча РА Ж. Ж. Ванг фикрича глюкокортикоид гормонларини узоқ муддат қўллаш бундай ҳолатлар сонини кўпайтиради. Катаракт ва увеал трактнинг яллиғланиши кўзнинг мустақил патологик жараёнлари деб ҳисобланса-да, улар умумий патогенетик тузилмалар, шу жумладан кўздаги жараёнлар билан боғлиқ [11,15]. Увеит билан касалланган РА беморларида катаракта ривожланиш хавфи, линзаларнинг нотўғри тоқиши билан боғлиқ, аммо РА бўлган аёлларда бундай асоратларнинг частотаси ва учраши анча юқори. Шубҳасиз, бўғимларнинг яллиғланиш касалликларида офталмопатия жуда жиддий ва ўта мураккаб офталмик муаммо бўлиб, уни муваффақиятли ҳал қилиш ревматологлар ва офталмологларнинг яқин ҳамкорлигини талаб қилади. Ҳозирги вақтда артритнинг баъзи нозологик шакллари асоратли катаракта билан боғлиқ.

Хулоса. Ревматоидли артритнинг кўз шакли ҚКК, эписклерит, склерит, ПЯК ва олдинги увеит ва катаракта сифатида намоён бўлади, улар қум ва енгил ноқулайликдан тортиб, қизариш, оғриқ, кўришнинг пасайиши ва кўзнинг барча қаватларини яллиғланиши билан кечадди. РА да кўзга таъсир қилишнинг тахминий патофизиологик механизмларига оксидловчи стресс, цитокин мувозанати, сурункали яллиғланиш, қон томирларининг ўтказувчанлиги, иммунитет комплексларининг чўқиши ва Т хужайраларининг роли ва бошқа омиллар қаторида кўз ёши гиперосмолярлиги таъсир қилади. Коъз белгилари РА ёки бошқа аутоиммун касалликнинг дастлабки кўриниши бўлиши мумкин, шунинг учун тўлиқ баҳолаш зарур.

Адабиётлар:

1. Бабаев С. А., Кадирова А. М., Хамракулов С. Б. Применение заднекамерных факичных иол при коррекции миопии высокой степени // Golden brain. – 2024. – Т. 2. – №. 1. – С. 329-335.
2. Долиев М. Н. и др. Эффективность комбинированного лечения пациентов с центральной серозной хориоретинопатией // Вестник Башкирского государственного медицинского университета. – 2016. – №. 2. – С. 64-66.

3. Долиев М., Тулакова Г., Анарбаев Ф. Эффективность лазеркоагуляции центральной серозной хориоретинопатии // Журнал вестник врача. – 2015. – Т. 1. – №. 4. – С. 27-28.
4. Кадилова А. М., Тулакова Г. Э., Отамуродов Д. А. Применение закрытой витректомии в лечении травматических гемофтальмов // Последние тенденции в области науки и образования. – 2022. – С. 355-359.
5. Кадилова А. М., Бобоев С. А., Хакимова М. Ш. Раннее выявление и лечение спазма аккомодации у детей // Форум молодых ученых. – 2021. – №. 5 (57). – С. 191-196.
6. Ризаев Ж. А., Туляганов Н. А. Состояние верхнечелюстной пазухи у пациентов с переломами скулоорбитального комплекса: Обзор литературы // Advanced Ophthalmology. – 2023. – Т. 2. – №. 2. – С. 66-73.
7. Ризаев Ж. А., Агзамова С. С., Туляганов Н. А. Результаты ретроспективного анализа сочетанных травм средней зоны лица // Журнал стоматологии и краниофациальных исследований. – 2023. – Т. 4. – №. 2.
8. Ризаев Ж. А. и др. Разработка метода прогнозирования риска возникновения и раннего выявления возрастной макулярной дегенерации сетчатки. – 2020.
9. Сабирова Д. Б. и др. Клиническая оценка озонотерапии и криопексии у пациентов с герпетическим кератитом //Точка зрения. Восток-Запад. – 2016. – №. 1. – С. 147-149.
10. Сабирова Д. Б., Тулакова Г. Э., Эргашева Д. С. Комплексное лечение диабетической макулопатии путем применения пептидного биорегулятора "Ретиналамин" и лазеркоагуляции сетчатки //Точка зрения. Восток-Запад. – 2017. – №. 2. – С. 114-116.
11. Туйчибаева Д. М., Ризаев Ж. А., Малиновская И. И. Ташкентский государственный стоматологический институт, Ташкент, Узбекистан 2 Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан 3 Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь // glaz. recipe. by glaz. recipe. com. ua. – 2021. – С. 27.
12. Тулакова Г. Э. и др. Отдалённые результаты ксеносклеропластики при миопии высокой степени // Научный форум. Сибирь. – 2018. – Т. 4. – №. 1. – С. 80-80.
13. Юсупов А. А., Тулакова Г. Э. Особый подход к хирургическому лечению катаракты у больных ревматоидным артритом // Advanced ophthalmology. – 2023. – Т. 1. – №. 1. – С. 183-186.
14. Юсупов А. А., Косимов Р. Э., Тулакова Г. Э. Современное хирургическое лечение больных содружественным косоглазием // Advanced Ophthalmology. – 2023. – Т. 1. – №. 1. – С. 180-182.
15. Юсупов А. А., Бобоев С. А., Тулакова Г. Э. Специфика хирургического лечения катаракты у больных ревматоидным артритом // Журнал Биомедицины и практики. – 2022. – Т. 7. – №. 2.
16. Boboev S. A., Boboev S. S. Stages of etiology, pathogenesis, diagnosis, treatment of refracter glucomas //World Bulletin of Public Health. – 2022. – Т. 10. – С. 166-172.
17. Boboev S. A. et al. Efficacy of transscleral laser cyclophotocoagulation in micropulse mode in patients with refractory glaucoma //World Bulletin of Public Health. – 2023. – Т. 19. – С. 274-277.
18. Rizaev J. A., Rizaev E. A., Akhmadaliev N. N. Current View of the Problem: A New Approach to Covid-19 Treatment //Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology. – 2020. – Т. 14. – №. 4.
19. Rizaev J. A., Maeda H., Khramova N. V. Plastic surgery for the defects in maxillofacial region after surgical resection of benign tumors //Annals of Cancer Research and Therapy. – 2019. – Т. 27. – №. 1. – С. 22-23.
20. Rizaev J. A. et al. Clinical and radiological characteristics of periodontic interweaves in patients with chew recessional //European Journal of Interdisciplinary Research and Development. – 2023. – Т. 11. – С. 36-41.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В ГЛАЗАХ

Тулакова Г.Э.

***Резюме.** Офтальмопатия ревматоидного артрита диагностируется у каждого пятого пациента с соотношением увеит–склерит–кератит–глаукома–катаракта–конъюнктивит 10:6:5:4:4:1. Кроме того, глазная патология тесно связана с интегральными клиническими признаками заболевания, определяя степень активности патологического процесса, скорость развития артрита, частоту поражений грудноключичного, верхнечелюстного, лучезапястного и локтевого суставов.*

***Ключевые слова:** катаракта, увеит, кератит, склерит.*