

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы

**Кыргыз Республикасынын саламаттыкты сактоо
министрлигинин Улуттук фтизиатрия борбору**

Ош мамлекеттик университети

Д. 14.23.683 диссертациялык кеңеши

Кол жазма укугунда
УДК 616.313-002.524

Исманов Кеңешбек Марипжанович

**Люпус-нефрит дартынын клиникасында жана дарылоосунда
В-лимфоциттердин спонтандык пролиферативдик жана
иммуноглобулин синтездөөчү активдүүлүгү**

14.01.22 – ревматология

Медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын
изденип алуу үчүн жазылган диссертациянын
авторефераты

Бишкек - 2025

Иш С.Б. Данияров атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык кайра даярдоо жана квалификацияны жогорулатуу институтунун түштүк филиалынын терапия кафедрасында аткарылды.

Илимий жетекчи: **Мамасаидов Абдимуталиб Ташалиевич**
медицина илимдеринин доктору, профессор,
Ош мамлекеттик университетинин ички
оорулар кафедрасынын башчысы

Расмий опоненттер:

Жооптуу мекеме:

Диссертацияны коргоо 2025-жылдын ??? саат ??? медицина илимдеринин доктору (кандидаты) окумуштуулук даражасын коргоо боюнча И.К. Акунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы (КММА), саламаттыкты сактоо министрилигинин Улуттук фтизиатрия борбору (УФБ) жана Ош мамлекеттик университетине (ОшМУ) караштуу Д 14.23.683 диссертациялык кеңештин отурумунда өткөрүлөт. Дареги: 720020, Бишкек ш. Ахунбаев көчөсү, 90а, 2 этаж, конференц зал. Диссертацияны коргоо боюнча виеоконференциянын шилтемеси: <https://vak.kg>

Диссертация менен Кыргыз Республикасынын Саламаттыкты сактоо министрлигинин Улуттук фтизиатрия борборунун (720020, Бишкек ш. Ахунбаев көчөсү, 90а), Ош мамлекеттик университетинин (723500, Ош шаары, Ленин көчөсү, 331) китепканаларынан жана <https://vak.kg> сайтынан таанышууга болот.

Автореферат 2025-жылдын ??? - ??? таркатылды.

Диссертация кеңешинин окумуштуу катчысы
Медицина илимдеринин кандидаты

Б. Б. Мырзалиев

ИШТИН ЖАЛПЫ МАЗМУНУ

Диссертациянын темасынын актуалдуулугу. Дүйнөдө аутоиммундук патологиясы менен ооругандардын саны көбөйүүдө, алардын арасында агымынын оордугунан, жагымсыз прогноздон, оорунун, майыштуулуктун жана өлүмдүн жогорку көрсөткүчтөрүнөн улам тутумдашкан кызыл жүгүрүк өзгөчө мааниге ээ [Насонов Е.Л., 2021; Козловская Е.Л., 2014]. Тутумдашкан кызыл жүгүрүк (ТКЖ) эң оор көрүнүштөрүнүн бири бөйрөктүн жабыркашы – люпус-нефритинин өнүгүшү.

Люпус нефрит дарты гломерулонефриттин ар кандай варианттары менен мүнөздөлөт. [Тареева Е.И., 2011; Takahashi H., 2001].

Люпус-нефрит ТКЖтүн оор көрүнүштөрүнүн бири болуп эсептелет, анын ар кандай клиникалык белгилери оорунун башталышында да, ар кандай стадияларында да ТКЖ менен ооругандардын кеминде 50% кездешет; [Соловьев С.К., 2020].

Дүйнө жүзү боюнча оорунун деңгээли (жылына 100 000) 0,9дан 3,1ге чейин, ал эми таралуу деңгээли 4,3төн 45,3кө чейин (100 000ге). Азиялыктарда европалыктарга салыштырмалуу өлүмгө алып келген негизги системалардын бири болгон бөйрөктүн жабыркашы көп катталган [Iwata S., 2016].

Люпус-нефритинин клиникалык көрүнүштөрү симптомсуз протеинуриядан ачык нефротикалык синдромго чейин өзгөрөт жана бөйрөк оорусунун акыркы стадиясына (БОАС) алып келиши мүмкүн. [Villani A.C., 2017; Gladman D.D., 2002]. Люпус-нефрити өлүмдүн эң көп таралган себептеринин бири болуп жана ошондой эле ТКЖде кийинки өлүмдүн маанилүү алдын ала көрсөткүчү болуп саналат [Lerang K., 2014; Ward M.M., 2009]. Ал ошондой эле олуттуу оору менен байланышкан, бейтаптардын 20% чейини БОАС кучөөсү менен коштолот [Saleh M., 2020; Villani A.C., 2017], басымдуу көпчүлүгү 50 жашка чейинкилер болгондуктан, өзгөчө жогорку социалдык-экономикалык абалга таасирин тийгизет [Saleh M., 2021].

Бөйрөктүн бузулушу, эреже катары, деталдуу клиникалык көрүнүштүн жана ТКЖтүн жогорку иммунологиялык активдүүлүгүнүн фонунда пайда болот. Люпус-нефритинин клиникалык көрүнүштөрүнүн негизин заарадагы лабораториялык өзгөрүүлөр, кан басымынын жогорулашы, шишик жана бөйрөктүн иштешинин төмөндөшү түзөт [Rahmé Z., 2023; Tipton C.M., 2015], ошондой эле В-клетка системасынын поликлоналдык гиперактивдүүлүк түрүндөгү иммунологиялык өзгөрүүлөр, антителолордун контролсуз өндүрүшү жана/же Т-клеткалардын өзүн-өзү жөнгө салуусунун дефекттери клетка апоптозунун бузулушуна алып келет жана өз антигендерине иммундук толеранттуулуктун жоголушу менен таануу процесси, биринчи кезекте ядролук, бул ооруда ядролук аутоантителолордун кеңири спектринин, анын ичинде антинуклеардык фактордун жана жергиликтүү ДНКга антителолордун топтолушу менен көрүнөт [Obrişcă D., 2021; Mahmoud G.A., 2015]. Өз кезегинде, люпус-нефритте В-лимфоциттердин активдешүүсүн баалоодо өзгөчө орунду В-клеткасынын активдешүү деңгээлинде иммундук бузулууларды изилдөө методдору ээлейт, ТКЖ люпус-нефритте В-лимфоциттердин жогорку

пролиферативдик жана иммуноглобулин синтездөөчү активдүүлүгүн белгилөөгө мүмкүндүк берет [Куницкая Н.А., 2021; Мамасаидов А.Т., 2022].

Акыркы жылдарда люпус-нефритке болгон кызыгуунун күчөшү, белгисиз этиологиясы, клиникалык жана иммунологиялык көрүнүштөрүнүн чоң өзгөрмөлүүлүгү, узак мөөнөттүү стихиялуу ремиссиялар мүмкүнчүлүгү, жана люпус-нефриттин тез өнүгүп жаткан, кээде чагылгандай тез өтүшү люпус-нефриттин дарылоонун натыйжалуулугун, анын ичинде клиникалык жана иммунологиялык өзгөчөлүктөрүн, ошондой эле В-клеткаларынын спонтандык пролиферативдик жана иммуноглобулин синтездөөчү активдүүлүгүн изилдөөнүн негизинде диагностикалоонун жана мониторинг жүргүзүүнүн жаңы адекваттуу жана эффективдүү ыкмаларын иштеп чыгууну талап кылат.

Диссертациянын темасынын негизги илимий программалар (долбоорлор) менен байланышы, окуу жана илимий мекемелер тарабынан жүргүзүлүп жаткан негизги изилдөө иштери. Диссертациянын темасы демилгелүү.

Изилдөөнүн максаты. В-лимфоциттеринин спонтандык пролиферативдик жана иммуноглобулин синтездөөчү активдүүлүгүнүн көрсөткүчтөрүн изилдөөнүн негизинде активдүүлүк даражасын баалоо методдорун өркүндөтүү, люпус-нефрит дартын дарылоонун оордугун жана эффективдүүлүгүн болжолдоо.

Изилдөө максаттары:

1. Люпус-нефриттин клиникалык жана лабораториялык өзгөчөлүктөрүн изилдөө.
2. Люпус-нефритте В-лимфоциттердин спонтандык пролиферативдик жана иммуноглобулин синтездөөчү активдүүлүгүнүн көрсөткүчтөрүнүн маанисин изилдөө.
3. В-лимфоциттердин спонтандык пролиферативдик жана иммуноглобулин синтездөөчү активдүүлүгүнүн көрсөткүчтөрүн люпус-нефрит дартында классикалык көрсөткүчтөрү менен байланышын изилдөө.
4. В-лимфоциттердин спонтандык пролиферативдик жана иммуноглобулин синтездөөчү активдүүлүгүнүн индикаторлорунун клиникалык маанисин люпус-нефрит дарты менен ооругандардын оорунун жүрүшүнө жана дарылоонун түрүнө жараша баалоо.

Алынган натыйжалардын илимий жаңылыгы. Кыргыз Республикасында биринчи жолу бөйрөгү жабыркабаган (люпус-нефритсиз) тутумдашкан кызыл жүгүрүк менен ооруган оорулууларга караганда люпус-нефрит дартында оорунун жогорку клиникалык жана лабораториялык активдүүлүгү аныкталган.

Биринчи жолу люпус-нефрит менен ооруган бейтаптардагы В-лимфоциттердин спонтандык пролиферативдик жана иммуноглобулин синтездөөчү активдүүлүгүнүн көрсөткүчтөрү оорунун жүрүшүнө жана дарылоонун түрүнө жараша изилденген.

Белгиленгендей, люпус-нефрит дарты менен ооруган бейтаптарда В-лимфоциттеринин спонтандык пролиферативдик жана иммуноглобулин синтездөөчү активдүүлүгүнүн көрсөткүчтөрү бөйрөгү жабыркабаган

тутумдашкан кызыл жүгүрүк менен ооругандарга (люпус-нефрити жок) жана өнөкөт гломерулонефрит менен ооругандарга караганда бир кыйла жогору экени аныкталган.

Люпус-нефрит дарты менен ооруган бейтаптарда В-лимфоциттеринин спонтандык пролиферативдик жана иммуноглобулин синтездөөчү активдүүлүгүнүн жогорулугу, оорунун жогорку активдүүлүгүндө оорунун төмөнкү активдүүлүгүнө салыштырмалуу ишенимдүү жогору болгон.

В-лимфоциттердин спонтандык пролиферативдик жана иммуноглобулин синтездөөчү активдүүлүгүнүн көрсөткүчтөрү менен люпус-нефрит дартынын классикалык клиникалык жана лабораториялык белгилеринин ортосунда жогорку жана орточо корреляция белгиленген.

Люпус-нефрит менен ооруган бейтаптарда негизги иммуносупрессивдүү терапиянын таасиринде В-лимфоциттеринин спонтандык пролиферативдик жана иммуноглобулин синтездөөчү активдүүлүгүнүн көрсөткүчтөрү (классикалык клиникалык жана лабораториялык көрсөткүчтөр менен бирге) төмөндөгөн.

Алынган натыйжалардын практикалык мааниси. Люпус-нефрит дартынын белгилерин аныктоо тутумдашкан кызыл жүгүрүктө оорунун катуу белгиси болуусун жана негизги иммуносупрессивдүү терапияны дароо баштоону көрсөтөт.

В-лимфоциттердин спонтандык пролиферативдик жана иммуноглобулинди синтездөөчү активдүүлүгүнүн көрсөткүчтөрүн аныктоо тутумдашкан кызыл жүгүрүк люпус-нефрит оорусунун, бөйрөктүн жабыркабаган (люпус-нефритсиз) жана өнөкөт гломерулонефрит оорулары менен дифференциалдык диагностикасында кошумча ыкма катары колдонулушу мүмкүн.

Люпус-нефрит менен ооруган бейтаптарда В-лимфоциттердин спонтандык пролиферативдик жана иммуноглобулин синтездөөчү активдүүлүгүнүн деңгээлин аныктоо, ооруда дарылоонун активдүүлүгүн жана эффективдүүлүгүн тактоо үчүн колдонулушу мүмкүн.

Коргоо үчүн берилген диссертациянын негизги жоболору.

1. Люпус-нефритте, бөйрөк жабыркабаган (люпустук нефритсиз) тутумдашкан кызыл жүгүрүккө караганда оорунун агымынын оордугу жана клиникалык-лабораториялык активдүүлүгү айкыныраак болот.
2. Люпус-нефрит менен ооруган бейтаптарда В-лимфоциттердин спонтандык пролиферативдик жана иммуноглобулин синтездөөчү активдүүлүгүнүн көрсөткүчтөрү, тутумдашкан кызыл жүгүрүктүн бөйрөгү бузулбаган (люпустук нефритсиз) жана өнөкөт гломерулонефрит менен ооруган бейтаптарга караганда жогорку мааниге ээ болгон, ал эми бул оорулардын дифференциалдык дарт аныктоосунда колдонууга болот.
3. Люпус-нефрит дартында В-лимфоциттердин спонтандык пролиферативдик жана иммуноглобулин синтездөөчү активдүүлүгүнүн маанилери патологиялык процесстин активдүүлүгүнө (активдүүлүк канчалык жогору болсо, алардын мааниси ошончолук чоң болот) жана ооруну дарылоонун

натыйжаларына (негизги иммуносупрессивдүү терапиянын фонунда ишенимдүү төмөндөйт) көз каранды.

4. В-лимфоциттердин спонтандык пролиферативдик жана иммуноглобулин синтездөөчү активдүүлүгүнүн деңгээли люпус-нефриттин классикалык клиникалык жана лабораториялык көрсөткүчтөрү менен жогорку жана орточо корреляцияга ээ болгон.

Өтүмө ээсинин жеке салымы. Өтүмө ээсинин жеке салымы негизги болуп эсептелет. Тутумдашкан кызыл жүгүрүк менен ооруган бейтаптарда люпус-нефритти аныктоо, В-лимфоциттеринин спонтандык пролиферативдик жана иммуноглобулин синтездөөчү активдүүлүгүнүн көрсөткүчтөрүн аныктоо жана изилдөө, люпус-нефриттин клиникасын жана дарылоодо изилдөөлөрдү автор жеке өзү жүргүзгөн.

Өтүмө ээси клиникалык материалдарды чогултууну, жогоруда көрсөтүлгөн изилдөө ыкмаларынан маалыматтарды каттоону жана интерпретациялоону жана алынган натыйжаларды статистикалык иштетүүнү жеке өзү жүргүзгөн.

Диссертациянын жыйынтыгын апробациялоо. Иштин материалдары “Санкт-Петербургдагы ревматология күндөрү” эл аралык катышуусу менен өткөн Бүткүл Россиялык конгрессте берилген. (Санкт-Петербург, 2017, 2018, 2019, 2020, 2023), Өзбекстандын ревматологдорунун II съезди (Ташкент, 2018), IV Евразиялык ревматологдор конгресси (Москва, 2018), Жалпы врачтардын V съезди (семейных врачей) Россия (Киров, 2018), Өзбекстан Республикасынын Андижан мамлекеттик институтунун окумуштууларынын эл аралык илимий-практикалык конференциясы (Андижан, 2018), Ош облустар аралык клиникалык ооруканасынын дарыгерлеринин илимий-практикалык конференциясы (Ош, 2018), Жалпы дарыгерлердин 2-эл аралык форуму (семейных врачей) (Н.Новгород, 2019), Казакстан ревматологдорунун II съезди (Алматы, 2019), Всероссийском конгрессе с международным участием «Боткинские чтения» (Москва, 2019), ОшМУнун окумуштууларынын эл аралык илимий-практикалык конференциясы (Ош, 2019), Азия жана КМШ өлкөлөрүнүн кардиологдору менен терапевттеринин конгресси “Жүрөк-кан тамыр жана соматикалык оорулардын актуалдуу көйгөйлөрү” (Душанбе, 2019), Кардиологдордун VII Евразиялык конгресси (Ташкент, 2019), V Евразиялык ревматологдор конгресси (Москва, 2020), Кыргыз-Орус университетинин окумуштууларынын эл аралык илимий-практикалык конференциясы (Ош, 2021), “Заманбап ревматология: диагностикага жана дарылоого жаңы ыкмалар” аттуу эл аралык илимий-практикалык конференция (Ташкент, 2022), жыл сайын өтүүчү эл аралык илимий-практикалык конференция «Миррахимовдук окуулар» (Бишкек, 2022, 2023, 2024), VI Евразиялык ревматологдор конгресси (Алматы, 2022), ревматологдордун эл аралык мектеби (Шымкент, 2022, 2023), «Ревматикалык ооруларда таяныч-кыймыл аппаратынын оорушу» эл аралык илимий-практикалык конференция (Москва, 2022), Казакстан ревматологдорунун V съезди (Алматы, 2022), «Ички оорулар боюнча диалогдор» I ЖОЖдор аралык илимий-практикалык конференция (КРСУ, Бишкек, 2023), Кардиологдордун биргелешкен конгресси жана “Жибек жолу

медицинасы” эл аралык симпозиуму (Бишкек, 2023), «Ревматологиянын дисциплиналар аралык проблемалары» аттуу эл аралык илимий-практикалык конференция (Ташкент, 2024), APLAR-2024 симпозиуму жана ревматологдордун 7-конгресси Казахстана (Алматы, 2024). LEAR ревматологдорунун VII Евразиялык конгресси (Кыргызстан, Ысык-Көл, ш. 2024), Ревматология боюнча республикалык илимий-практикалык конференция (Ош, 2024).

Диссертациянын толук чагылдырылышы басылмаларда. Диссертациянын материалдарынын негизинде 14 макала КР УАК тарабынан сунушталган рецензияланган илимий журналдарда, 3 макала импакт-фактору 0,1ден кем эмес илимий басылмаларда жарыяланган.

Диссертациянын түзүлүшү жана көлөмү. Диссертация компьютердик тексттин 106 бетинде баяндалат, кириш сөздөн, адабияттарга сереп салуудан, методология жана изилдөө ыкмалары боюнча бөлүмдөн, өздүк изилдөөнүн жыйынтыгы боюнча бөлүмдөн, корутундудан, практикалык сунуштардан жана колдонулган булактардын жана колдонмолордун тизмесинен турат. Иште 8 таблица жана 7 сүрөт бар. Колдонулган булактардын индекси 230 басылманы камтыйт, анын ичинде 68 орус тилдүү жана 162 чет элдик авторлор.

ДИССЕРТАЦИЯНЫН НЕГИЗГИ МАЗМУНУ

Киришүүдө изилдөө темасынын актуалдуулугун көрсөтүлөт, максаты жана милдеттери белгиленет, иштин жаңылыгы жана практикалык мааниси, ошондой эле коргоого берилген диссертациянын негизги жоболору берилет.

1-бөлүм. Адабиятка сереп. Люпус нефрит дартынын клиникалык-лабораториялык жана иммунологиялык өзгөчөлүктөрүн талдоого, ошондой эле клиникада В-лимфоциттердин спонтандык пролиферативдик жана иммуноглобулин-синтезиялык активдүүлүгүн баалоого жана люпус нефрит дартынын диагностикасына арналган адабияттарды кылдат карап чыгуу жүргүзүлдү.

2- бөлүм. Изилдөө методологиясы жана методдору.

2.1. Текшерилген адамдардын контингенти.

Биз 15 жаштан 55 жашка чейинки 206 ТКЖ менен ооруган бейтаптарды изилдедик, алардын ичинен 197 (95,6%) аялдар жана 9 (4,4%) эркектер, оорунун узактыгы 0 - 6 ай 39 (18,9%), 6 айдан 6 жашка чейин – 118 (57,3%) жана 6 жаштан жогору – 49 (23,8) адам болгон. Текшерилген 206 ТКЖ бейтаптын ичинен, оорунун курч жүрүшү 62 (30,1%), орточо курч жүрүшү - 88 (42,7%) жана өнөкөт жүрүшү 56 (18,5%) адамда аныкталган; патологиялык процесстин активдүүлүгүнүн 1-даражасы 45 (21,8%), активдүүлүктүн 2-даражасы - 86 (41,8%) жана активдүүлүктүн 3-даражасы - 75 (36,4%); алардан 174 оорулуу Азия расасында жана 32 оорулуу Европа расасында болгон.

ТКЖ диагнозу Европалык антиревматикалык лиганын жана америкалык ревматологдор Коллегиясынын (EULAR/ACR, 2019), классификациялык критерийлерине негизделген, ал эми активдүүлүк даражасы, өнүгүү

өзгөчөлүктөрү жана агымдын мүнөзү В.А. Насонова сунуштаган ТКЖ классификациясына ылайык аныкталган.

Изилденген 206 ТКЖ бейтаптардын ичинен люпус-нефриттин белгилери 143 пациентте байкалган (алар тажрыйба тобун түзгөн), ал эми 63 оорулууда нефриттин белгилери болгон эмес (нефритсиз оорулуулар салыштыруу тобун түзгөн).

Заара синдромунун өзгөчөлүктөрүн жана В-лимфоциттонун спонтандык пролиферативдик жана иммуноглобулин синтездөөчү активдүүлүгүн изилдөөдө салыштырмалуу топ катары өнөкөт гломерулонефрит менен ооругандар (60 бейтап) да изилденген.

Оорулуулар Ош облустар аралык бириккен клиникалык ооруканасынын нефрология жана ревматология бөлүмдөрүнө стационардык дарыланууга келгенде оорусу күчөгөндө текшерилген.

Изилдөөгө тажрыйбалык жана салыштырма топтордун оорулууларын киргизүү үчүн төмөнкү критерийлер тандалып алынган: ишенимдүү диагноздун болушу, I-, II- жана III-активдүүлүк даражасынын алкагында оорунун фактивдүү фазасынын белгилеринин болушу, базалык иммуносупрессивдүү препараттарды дайындоо үчүн көрсөткүчтөр, ошондой эле ,tqnfngnsy сунушталган текшерүүдөн өтүүгө макулдугу.

Люпус нефрит менен ооругандарды изилдөөдөн четтетүү критерийлери: оорунун ремиссиясы, изилдөө шарттарын аткара албоо, бейтаптын баш тартуусу.

2.2. Люпус нефрит менен ооругандарды изилдөө ыкмалары.

Диссертациялык ишти аткарууда төмөнкү изилдөө методдору колдонулган:

- клиникалык изилдөө методдору;
- лабораториялык изилдөө методдору;
- инструменталдык изилдөө методдору;
- В-лимфоциттеринин (В-ЛСПА) спонтандык пролиферативдик активдүүлүгүн аныктоо;
- В-лимфоциттеринин (В-ЛСИА) спонтандык иммуноглобулинди синтездөөчү активдүүлүгүн аныктоо.

2.2.1. Клиникалык изилдөө методдору.

Оорулууларды клиникалык текшерүү даттанууларды, анамнестикалык маалыматтарды чогултуудан, ошондой эле антропометриялык көрсөткүчтөрдү (бою, салмагы, ДМИ) аныктоо менен объективдүү кароодон турат.

Люпус нефрит оорусунун дебютуна карата ТКЖ активдүүлүгүн баалоо үчүн эл аралык SLEDAI (SLE Disease Activity Index) индекси колдонулган.

2.2.2. Лабораториялык изилдөө методдору.

Лабораториялык анализдер кан жана зааранын жалпы (толук) анализин, ЭЧЫны аныктоо, жалпы белок жана белок фракцияларын, С-реактивдүү белокту (СРБ), кандагы креатининди, G иммуноглобулинин, жүгүртүүдөгү иммундук комплекстерди (ЖИК), LE-клеткаларын, Her-2 клеткасынын субстратындагы антинуклеардык факторду (АНФ) жана нативдуу кош спиралдуу ДНКга антителолорду аныктоону камтыйт.

2.2.3. Инструменталдык изилдөө методдору.

Акыркы клиникалык диагнозду тастыктоо үчүн төмөнкү инструменталдык изилдөө методдору жүргүзүлдү: көкүрөк клеткасынын органдарын жана муундарды рентгенологиялык изилдөө, жүрөктү электро - жана эхокардиографиялык изилдөө, компьютердик томография, ошондой эле ички органдардын УЗИси.

2.2.4. В-лимфоциттеринин (В-ЛСПА) спонтандык пролиферативдик активдүүлүгүн аныктоо. В-лимфоциттеринин спонтандык пролиферативдик активдүүлүгү сандык цитофлюориметрия ыкмасы менен аныкталган. Бул изилдөөнүн оң натыйжасы катары В-ЛСПА 125 шартка барабар жана жогору мааниси кабыл алынган.

2.2.5. В-лимфоциттеринин (В-ЛСИА) спонтандык иммуноглобулин синтездөөчү активдүүлүгүн аныктоо. В-ЛСИАсын аныктоо сандык цитофлюориметрия (СЦФ) экспресс - талдоо режиминде перифериялык кандын в-лимфоциттеринин иммуноглобулин синтездөөчү функциясын флюоресценттүү каттоо методу менен ишке ашырылды.

Алынган натыйжаларды статистикалык иштеп чыгуу арифметикалык орточо (M), орточо квадраттык четтөөнү (σ), арифметикалык орточо (m) орточо катаны, Стьюдент аныктык коэффициентин (t), ыктымалдуулук көрсөткүчүн (p), корреляция коэффициентин (r) эсептөө менен вариациялык статистиканын жана корреляциялык анализдин методдорун пайдалануу менен жүргүзүлдү.

3-бөлүм. Өздүк изилдөөлөрдүн натыйжалары жана аларды талкуулоо.

3.1.1. Люпус-нефрит менен ооругандардын клиникалык-лабораториялык жана иммунологиялык мүнөздөмөсү.

3.1.1.-таблица.

ТКЖтө люпус-нефрит оорусунун кездешүүсү (n =206).

Люпус-нефрит белгилери	Аныктоо жыштыгы	
	N	%
Бөйрөк АКБ	79	38,3
Бөрөк шишиктери	63	30,6
Протеинурия	143	69,4
Гематурия	97	47,1
Минималдуу заара синдрому	27	13,1
Айкын заара синдрому	44	21,4
Нефротикалык синдрому	72	34,9
ӨБЖ	29	14,1
Баары	143	69,4

3.1.1-таблицанын маалыматтарына ылайык. Бөйрөк АКБ 79 (38,3%), бөйрөк шишиги - 63 (30,6%), протеинурия - 143 (100%), гематурия – 97 (47,1%), минималдуу заара синдрому - 27 (13,1%), айкын заара синдрому - 44 (21,4%), нефротикалык синдром - 72 (34,9%) жана ӨБЖ – 29 (14,1%).

Белгилей кетүүчү нерсе, ошол эле байтаптарда бөйрөктүн жабыркашынын 1 (бирден) 6 (алтыга чейин) белгилери байкалган.

Ошентип, текшерилген ТКЖ оорулууларында люпус-нефритти табуу жыштыгы 69,4% ды түздү.

3.1.2.-таблица

Оорунун узактыгы, өтүшүнүн мүнөзү жана активдүүлүгүнүн даражасы боюнча люпус-нефритсиз, люпус-нефрит менен ооругандардын мүнөздөмөсү

Мүнөздөмө	Люпус-нефрит (n=143)		Люпус-нефритсиз бейтаптар (n=63)	
	Абс	%	Абс	%
Оорунун узактыгы:				
0 – 6 ай	23	16,1	16	25,4
6 ай – 6 жыл	94	65,7	24	38,1
6 жылдан жогору	26	18,2	23	36,5
Оорунун жүрүшү:				
Курч	53	37,1	9	14,3
Орточо оордукта	63	44,0	25	39,7
Өнөкөт	27	18,9	29	46,0
Оорунун активдүүлүгү:				
I-даража	24	16,8	21	33,3
II-даража	61	42,6	25	39,7
III-даража	58	40,6	17	27,0

3.1.2-таблицадан көрүнүп тургандай, люпус-нефрит менен ооругандардын тобунда нефритсиз ТЖК бейтаптарынын тобуна салыштырмалуу 6 айдан 6 жылга чейинки оорунун узактыгын аныктоо жыштыгы 27,6% га көп болгон, ал эми 6 айга чейин жана 6 жылдан ашык патологияны аныктоо жыштыгы тиешелүүлүгүнө жараша 9,3% жана 18,3% га аз болгон.

Берилген 3.1.2. таблицадан люпус-нефрит оорусунда оорунун курч өтүшүнүн пайда болуу жыштыгы нефритсиз ТЖК оорулууларына салыштырмалуу 22,8% га жогору, орточо оордуктагы өтүшү - эки топто бирдей, ал эми люпус-нефрит ооруларында оорунун өнөкөт жүрүшү салыштырмалуу 27,1% га аз болгону көрүнүп турат.

Люпус-нефритте патологиялык процесстин активдүүлүгүнүн I-деңгээлде пайда болуу жыштыгы нефритсиз ТКЖга салыштырмалуу 16,5% га төмөн болгон, II-деңгээли - 2 топто тең бирдей болгон, ал эми люпус-нефрит оорусу менен ооругандарда люпус-нефритсиз оорулууларда активдүүлүгүнүн III-деңгээли салыштырмалуу 13,6% га көп болгон.

Ошентип, люпус-нефрит оорусунун жогорку стадиясына көбүрөөк мүнөздүү болгон, ал эми нефритсиз ТЖКтө оорунун башталышы жана кеч стадиясы үчүн, оорунун курч жүрүүсү люпус-нефритке, өнөкөт жүрүүсү нефритсиз ТКЖта көбүрөөк мүнөздүү болгон, оорунун активдүүлүгүнүн максималдуу даражасы люпус-нефритке, ал эми нефритсиз ТЖКкө минималдуусу мүнөздүү болгон.

3.1.3.-таблица

ТКЖтүн люпус-нефрит жана нефритсиз бейтаптарынын клиникалык мүнөздөмөсү.

Белгиси	Люпус-нефрит бейтаптары (n=143)		Люпус-нефритсиз бейтаптары (n=63)	
	abc	%	Аbc	%
«Көпөлөк»	121	84,6	44	69,8
Полиартрит	138	96,5	54	85,7
Ысытма	130	90,6	41	65,1
Алопеция	127	88,8	36	57,1
Арыктоо	93	65,0	34	54,0
Серозит	62	43,4	23	36,5
Фотосенсибилизация	22	15,4	6	9,5
Афтоздук стоматит	25	17,5	8	12,7
Лимфоаденопатия	89	62,2	10	15,9
Люпус-кардит	32	22,4	8	12,7
Пневмонит	25	17,5	9	14,3
Нейролюпус	53	37,1	15	23,8
Поливисцериты	57	39,9	19	30,2
Аутоиммундук ТЖА	107	74,8	36	57,1
Гемолитикалык анемия	59	41,3	19	30,2
Геморрагиялык синдром	39	27,2	12	19,1

3.1.3.-таблицадан көрүнүп тургандай люпус-нефрит менен ооругандарда нефритсиз менен ооругандарды салыштырмалуу " көпөлөк" белгиси 19,8%га, полиартрит - 10,8%га, ысытма - 25,5%га, алопеция - 31,7%га, арыктоо - 11,0%га, серозит (перикардит жана/же плеврит) - 6,9%га , фотосенсибилизация - 5,9%га , афтоздук стоматит - 4,8%га жогору болгон , лимфоаденопатиялар - 46,3%га, люпус-кардит - 9,7%га, пневмонит - 3,2%га, нейролюпус - 13,3%га, поливисцериттер - 9,7%га, темир жетишсиздик анемиясы (ТЖА) - 17,7%га, гемолитикалык анемия - 11,1%га, геморрагиялык синдром - 8,1%га көп болгон.

Ошентип, бөйрөк жабыркабаган ТКЖ тобуна салыштырмалуу люпус-нефрит менен ооругандардын тобунда "көпөлөк", полиартрит, ысытма, алопеция, арыктоо, серозит (перикардит жана/же плеврит), фотосенсибилизация, афтоздук стоматит, лимфоаденопатия, люпус-кардит, пневмонит, нейролюпус, поливисцерит, аутоиммундук, гемолитикалык анемия жана геморрагиялык синдром кедешүүсү көп болгон .

Тажрыйба жана салыштырма топтогу оорулууларда классикалык лабораториялык белгилердин кездешүүсү.

Лабораториялык көрсөткүчтөр	Люпус-нефрит бейтаптары (n=143)		Люпус-нефритсиз бейтаптары (n=63)	
	Аbc	%	abc	%
Эритроцитопения	107	74,8	36	57,1
Лейкопения	57	39,9	20	31,7
Тромбоцитопения	42	29,4	14	22,2

Жогорку ЭЧЫ	143	100	57	90,5
Жогорку СРБ	127	88,8	48	76,2
Жогоку IgG	124	86,7	45	71,4
Нормадан жогору ЖИК	115	80,4	43	68,3
LE-клеткалары	127	88,8	44	69,8
АНФ диагностикалык титри	143	100	63	100
dsDNA диагностикалык титри	143	100	63	100
	M±m		M±m	
ЭЧЫ в мм/ч	44,2±4.1		31,5±3,6	
АНФ титри	1:632,8±55,7		1:426,3±46,4	
dsDNA ME/мл	89,6±8,5		59,8±7,7	

Эскертүү: АНФ диагностикалык титри 1:80, ал эми dsDNA 25 ME/мл.ден жогору.

3.1.4-таблицаcынан көрүнүп тургандай, люпус-нефрит менен ооругандарда нефритсиз менен ооругандарга салыштырмалуу эритроцитопениянын пайда болушу 17,7%га, лейкопения - 8,2%га, тромбоцитопения - 7,2%га, ЭЧЫ жогорулоосу – 9,5%га, СРБнын жогорку деңгээли - 12,6%га, IgG жогорку деңгээли - 15,3%га, ЖИК нормадан - 12,1%га, LE-клеткалары - 19,0%га көп болгон.

АНФ жана dsDNAнын диагностикалык титрлери ТКЖтүн люпус-нефрит жана нефритсиз ооругандардарында 100% аныкталган. Ошондуктан кошумча тажрыйбалык жана салыштырма топтордо АНФ жана dsDNAнын маанилери M±m боюнча аныкталган жана бул критерий боюнча төмөнкүдөй көрүнүш табылган: люпус-нефрит бейтаптар тобунда АНФ титрлери жана dsDNAнын ME/мл маанилери ТКЖтүн нефритсиз оорулуулары менен салыштырганда анык жогору болгон (P<0,01).

Ошентип, эритроцитопения, лейкопения, тромбоцитопения сыяктуу классикалык лабораториялык өзгөчөлүктөр, ЭЧЫ жогорку деңгээли, СРБ жана IgG жогорку деңгээли, ЖИК нормадан жана LE-клеткалары, бөйрөк жабыркабаган ЖТК тобуна караганда люпус-нефрит менен ооругандардын тобунда көп кездешкен. Люпус-нефрит менен ооругандарда, бөйрөк жабыркабаган менен ооругандарга салыштырмалуу, АНФ титрлери жана dsDNAнын ME/мл маанилери анык жогору болгон.

3.1.5.-таблица. Тажрыйба жана салыштырма топтордогу бейтаптардын заара белгилеринин кездешүүсү.

Заара синдромунун белгиси	Люпус-нефрит бейтаптары (n=143)		ӨГН бейтаптары (n=60)	
	Абс	%	абс	%
Орто протенурия	18	12,6	32	53,3
Орточо протенурия	53	37,1	23	38,3
Айкын протеинурия	72	50,3	5	8,3
Микрогематурия	102	71,3	22	36,7
Цилиндрурия	81	56,7	17	28,3

3.1.5-таблицасынан көрүнүп тургандай, өнөкөт гломерулонефрит менен ооругандарга салыштырмалуу люпус-нефрит менен ооругандарда орто протеинурия (күнүнө 1000мг чейин) 40,7%га аз, орточо протеинурия(1000-3000 мг/күн) дээрлик бирдей болгон, айкын протеинурия (> 3000 мг/күн) 42,0%га көп болгон, микрогематурия 34,6%га жогору болгон, цилиндрурия 28,4%га көп болгон.

Демек, люпус-нефрит менен ооругандарда, өнөкөт гломерулонефрит менен ооругандарга салыштырмалуу, протеинурия, микрогематурия жана цилиндрурия сыяктуу заара синдромунун белгилерин көбүрөөк кездешкен.

3.2. Люпус-нефрит оорусунда В-лимфоциттеринин спонтандык пролиферативдик жана иммуноглобулин синтездөөчү активдүүлүгү.

Тажрыйба топтогу (люпус-нефрит) жана салыштырмалуу топтордогу (нефритсиз жана өнөкөт гломерулонефрит) В-лимфоциттердин (В-ЛСПА жана В-ЛСИА) спонтандык пролиферативдик жана иммуноглобулин синтездөөчү активдүүлүгүнүн маалыматтары 3.2.1. жана 3.2.2-таблицаарында көрсөтүлгөн.

3.2.1-таблица.

Люпус нефрит менен ооругандардагы жана салыштырма топтордогу В-ЛСПА.

Изилденген топтор	N	M±m	Оң көрсөткүч жыйынтыгы		P
			Абс	%	
ӨГН	60	129,3±5,6	33	55,0	t ₁ =2,1; p ₁ <0,05
Нефритсиз ТКЖ	63	146,7±5,9	53	90,5	t ₂ =4,3; p ₂ <0,001
Люпус-нефрит	143	163,5±5,7	143	100	t ₃ =2,1; p ₃ <0,05

Эскертүү: ӨГН – өнөкөт гломерулонефрит, p₁ – нефритсиз жана өнөкөт гломерулонефриттин айырмасы; p₂ – люпус-нефрит менен өнөкөт гломерулонефриттин айырмасы; p₃-люпус нефрит менен нефритсиз ТКЖтүн айырмасы.

3.2.2-таблица.

Люпус нефрит менен ооругандардагы жана салыштырма топтордогу В-ЛСИА.

Изилденген топтор	N	M±m	Оң көрсөткүч жыйынтыгы		P
			Абс	%	
ӨГН	60	147,7±5,7	33	55,0	t ₁ =2,2; p ₁ <0,05
Нефритсиз ТКЖ	63	165,3±5,8	53	90,5	t ₂ =4,5; p ₂ <0,001
Люпус-нефрит	143	181,8±4,9	143	100	t ₃ =2,3; p ₃ <0,05

Эскертүү: ӨГН – өнөкөт гломерулонефрит, p₁ – нефритсиз жана өнөкөт гломерулонефриттин айырмасы; p₂ – люпус-нефрит менен өнөкөт гломерулонефриттин айырмасы; p₃-люпус нефрит менен нефритсиз ТКЖтүн айырмасы.

3.2.1.жана 3.2.2. таблицаларынан көрүнүп тургандай В-ЛСПА жана В-ЛСИАнын оң көрсөткүчтөрүнүн максималдуу мааниси жана жыштыгы люпус-нефрит менен ооругандардын тобунда, орточосу нефритсиз ТКЖ менен

ооругандарда жана минималдуусу өнөкөт гломерулонефрит менен ооругандарда белгиленген.

Мында люпус-нефрит менен ооругандардын В-ЛСПА жана В-ЛСИА боюнча деңгээли нефрит ($p < 0,05$) жана өнөкөт гломерулонефрит ($p < 0,001$) менен ооругандарга караганда кыйла жогору болгон. В-ЛСПА жана В-ЛСИАдын оң натыйжалары люпус-нефрит менен ооругандардын 100%де, нефритсиз ТКЖ менен ооругандардын 90,5%да жана өнөкөт гломерулонефрит менен ооругандардын 55,0%да табылган.

Люпус-нефрит менен ооругандарда В-ЛСПА жана В-ЛСИАдын оң натыйжаларын табуу, 3.1.3. жана 3.1.4. таблицаларында көрсөтүлгөн оорулуулардын классикалык клиникалык-лабораториялык көрсөткүчтөрү менен жыштыгы анализденген (3.2.1. жана 3.2.2-таблицаларынын натыйжалары боюнча). Мында люпус-нефрит менен ооругандарда "көпөлөк" (15,4% га), полиартрит (3,5%га), ысытма (9,5%га), алопеция (11,2%га), арыктоо (45,0 га), серозит (перикардит жана/же плеврит) (56,6%га), фотосенсибилизация (84,6%га), афтоздук стоматит (84,6%га), (84,6% га), 82,5%га), лимфоаденопатия (37,8%га), люпус-кардит (77,6%га), пневмонит (82,5%га), нейролюпус (62,9%га), поливисцериттер (60,1%га), аутоиммундук ТЖА (25,3%га), гемолитикалык анемия (58,7%га), геморрагиялык синдром (72,8%га), эритроцитопения (72,8%га 25,2%), лейкопения (60,1%га), тромбоцитопения (70,6%га), жогорку СРБ (11,2%га), жогорку IgG (13,3% га), нормадан жогору ЦИК (19,6% га) жана LE--клеткаларды аныктоо (11,2%га) салыштырмалуу В-ЛСПА жана В-ЛСИАдын оң натыйжалары аныкталган.

3.3. Люпус-нефрит оорусундагы классикалык клиникалык жана лабораториялык көрсөткүчтөрү менен В-ЛСПА жана В-ЛСИА көрсөткүчтөрүнүн корреляциясы.

Жогору жана өтө жогору коррелятивдик байланыш "көпөлөк" ($r=0,82$ жана $0,81$), жогорку деңгээлдеги СРБто ($r=0,83$ жана $0,82$), өтө жогорку нормалдык чоңдуктагы IgGде ($r=0,77$ жана $0,91$), LE-клеткаларда ($r=0,91$ жана $0,92$), айкын протеинурияда ($r=0,90$ жана $0,91$), АНФ диагностикалык титринде ($r=0,95$ жана $0,94$) жана dsDNAда ($r=0,93$ жана $0,96$), В-ЛСПА жана В-ЛСИА көрсөткүчтөрүнүн жыштыгы менен табылган.

Орточо коррелятивдик байланыш полиартритте ($r=0,62$ жана $0,68$), ысытмада ($r=0,56$ жана $0,59$), алопецияда ($r=0,59$ жана $0,57$), серозитте (перикардитте жана/же плевритте) ($r=0,57$ жана $0,53$), фотосенсибилизацияда ($r=0,58$ жана $0,62$), афтоздук стоматитте ($r=0,55$ жана $0,58$), лимфоаденопатияда ($r=0,56$ жана $0,58$), люпус-кардитте ($r=0,63$ жана $0,59$), нейролюпуста ($r=0,54$ жана $0,52$), эритроцитопенияда ($r=0,69$ жана $0,65$), лейкопенияда ($r=0,61$ жана $0,64$) жана тромбоцитопенияда ($r=0,53$ жана $0,56$). В-ЛСПА жана В-ЛСИА көрсөткүчтөрүнүн жыштыгы менен белгиленген.

3.4. Люпус-нефритте дарылоонун түрүнө жараша В-ЛСПА жана В-ЛСИА көрсөткүчтөрүнүн динамикасы.

Бардык оорулуулар туш келди тандоо ыкмасы менен 4 топко бөлүнгөн. I-топко 49 оорулуу, II-топко 22 оорулуу, III-топко 72 оорулуу кирген. Люпус-нефрит менен ооругандардын I-тобу негизги терапия катары - монотерапия

режиминде глюкокортикостероиддерди (ГКС), II-топ – гидроксихлорохинди, III-топ – иммуносупрессивдүү цитостатиктерди алышкан.

I-топко преднизолон 0,5-1,0 мг/кг/сутка бою клиникалык-лабораториялык стабилдештирүүгө чейин 4-8 жума бою берилген, андан кийин 5-10 мг/сутка сактоого чейин акырындык менен кыскарган.

II-топ клиникалык-лабораториялык эффектке чейин 400-800 мг/суткада 4-8 жума бою гидроксихлорохинди колдонушкан, андан кийин 200-400 мг/суткага которушкан.

Иммуносупрессивдүү цитостатиктерди колдонгон топ: азатиоприн 1-3 мг/кг/сутка боюнча 8 жума, андан кийин дозаны 50-100 мг/суткага чейин азайтуу же циклофасфамид 500 мг/венага тамчылатып куюу 2 жума сайын же мофетил микофенолат (ММФ) 2-3 г/сутка колдонгон.

I- жана II-топтордо гидроксихлорохин жана иммуносупрессивдүү цитостатиктер ГКС менен бирдикте (преднизолон 1-топтогудай эле дозада) колдонулган.

Жогоруда аталган 3-топтогу бардык бейтаптар дарылоого чейин жана дарылоонун башталышынан 12 жана 24 жумадан кийин стандарттык клиникалык – лабораториялык текшерүүдөн өтүшкөн.

Монотерапия режиминде ГКСти базистик терапиясы катары алган оорулуулардын 1-тобунда В-ЛСПА жана В-ЛСИА көрсөткүчтөрүнүн деңгээлдери дарыланууга чейин $M \pm m$ боюнча тиешелүүлүгүнө жараша - $154,9 \pm 5,3$ жана $177,2 \pm 5,8$ шарттуу бирдикти түзгөн, ал эми дарылоонун 12 жумасынын аягында тиешелүүлүгүнө жараша - $143,8 \pm 5,4$ жана $164,5 \pm 5,9$ жана дарылоонун 24 жумасынын акырына карата тиешелүүлүгүнө жараша - $138,7 \pm 5,2$ жана $159,3 \pm 6,1$ шарттуу бирдикти түзгөн. Башкача айтканда дарылоонун 12 жумасынын аягына карата В-ЛСПА жана В-ЛСИА көрсөткүчтөрүнүн деңгээлдеринин төмөндөшү анык эмес (тенденция түрүндө, $p > 0,05$) жана дарылоонун 24 жумасынын аягына карата В-ЛСПА жана В-ЛСИА көрсөткүчтөрүнүн ишенимдүү ($p < 0,05$) төмөндөшү байкалган.

Базистик терапия катары гидроксихлорохин менен ГКСнын айкалышын алган оорулуулардын 2-тобунда В-ЛСПА жана В-ЛСИА көрсөткүчтөрүнүн деңгээлдери дарыланууга чейин $M \pm m$ боюнча тиешелүүлүгүнө жараша $159,1 \pm 5,5$ жана $178,1 \pm 6,3$ шарттуу бирдикти түзгөн, ал эми дарылоонун 12 жумасынын аягында тиешелүүлүгүнө жараша - $148,2 \pm 5,4$ жана $162,2 \pm 6,4$ жана дарылоонун 24-жумасынын акырына карата тиешелүүлүгүнө жараша - $143,3 \pm 5,3$ жана $158,8 \pm 5,9$ шарттуу бирдикте болгон. Ошентип, дарылоонун 12-жумасынын акырына карата бул көрсөткүчтөрдүн бир аз төмөндөшү ($p > 0,05$ тенденция түрүндө) байкалган, ал эми дарылоонун 24-жумасынын аягында В-ЛСПА жана В-ЛСИА көрсөткүчтөрүнүн олуттуу төмөндөшү ($p < 0,05$) байкалган.

Цитостатик менен ГКСтин айкалышын алган 3-топтогу оорулуулардын В-ЛСПА жана В-ЛСИА көрсөткүчтөрүнүн деңгээлдеринин мааниси дарыланууга чейин $M \pm m$ боюнча тиешелүүлүгүнө жараша $162,3 \pm 5,1$ жана $182,4 \pm 6,1$ шарттуу бирдикти түзгөн, ал эми дарылоонун 12-жумасынын аягында тиешелүүлүгүнө жараша - $147,0 \pm 5,2$ жана $161,6 \pm 6,3$ жана дарылоонун

24-жумасынын акырына карата тиешелүүлүгүнө жараша - $141,1 \pm 5,3$ жана $157,3 \pm 6,4$ шарттуу бирдикти түзгөн. Демек, дарылоонун 12 жумасынын аягына карата В-ЛСПА жана В-ЛСИА маанилеринин ишенимдүү азайышы ($p < 0,05$) аныкталган, ал эми дарылоонун 24-жумасынын аягына карата В-ЛСПА жана В-ЛСИА маанилеринин азайышынын аныктыгы ($p < 0,01$) күчөгөн.

Төмөндө В-ЛСПА жана В-ЛСИА көрсөткүчтөрүнүн өзгөрүү динамикасы жана люпус-нефритте жалпы кабыл алынган классикалык клиникалык жана лабораториялык көрсөткүчтөр менен салыштыруу келтирилген.

1-топто "көпөлөк" симптому дарыланууга чейин 85,7%, 12 жумалык дарылоонун аягында 32,6% жана 24 жумалык дарылоонун аягында 20,4% бейтаптарда табылган. Башкача айтканда, оорулуулардын 1-тобунда 12 жумалык дарылоонун аягында бул симптомдун пайда болушу 53,1%га, ал эми 24 жумалык дарылоонун аягында 65,3%га азайгандыгы белгиленген.

"Көпөлөк" симптому 2-топто дарыланууга чейин 81,8%, 12 жумалык дарылоонун аягында 36,4% жана 24 жумалык дарылоонун аягында 18,2% оорулууларда аныкталган. Башкача айтканда, 12 жумалык дарылоонун аягында бул симптомдун пайда болушунун 45,4%га, ал эми 24 жумалык дарылоонун аягында 63,6%га төмөндөшү белгиленген.

Оорулуулардын 3-тобунда "көпөлөк" симптомунун пайда болушу дарылоого чейин 84,7%ды, 12 жумалык дарылоонун аягында 30,6%ды жана 24 жумалык дарылоонун аягында 12,5%ды түзгөн. Башкача айтканда, 12 жумалык дарылоонун аягында бул симптомдун пайда болушунун 54,1%га, ал эми 24 жумалык дарылоонун аягында 72,2%га төмөндөшү белгиленген.

Оорулуулардын 1-тобунда дарылоого чейин полиартрит 95,9%, 12 жумалык дарылоонун аягында 28,6% жана 24 жумалык дарылоонун аягында 18,4% бейтаптарда табылган. Башкача айтканда, оорулуулардын 1-тобунда 12 жумалык дарылоонун аягында бул симптомду аныктоо 67,3%га, ал эми 24 жумалык дарылоонун аягында 77,3% га азайгандыгы белгиленген.

2-топто полиартрит дарылоого чейин 95,5%, 12 жумалык дарылоонун аягында-31,8% жана 24 жумалык дарылоонун аягында – 18,2% бейтаптарда табылган. Башкача айтканда, 12 жумалык дарылоонун аягында бул симптомду табуу 63,7%га, ал эми 24 жумалык дарылоонун аягында 77,3%га азайганы белгиленген.

Оорулуулардын 3-тобунда дарылоого чейин полиартритти табуу жыштыгы 97,2%ды, 12 жумалык дарылоонун аягында 27,8%ды жана 24 жумалык дарылоонун аягында 11,1%ды түзгөн. Башкача айтканда, 12 жумалык дарылоонун аягында бул симптомду табуу 69,4%га, ал эми 24 жумалык дарылоонун аягында 86,1%га азайганы белгиленген.

Оорулуулардын 1-тобунда дарылоого чейин ысытма 89,8%, 12 жумалык дарылоонун аягында 37,2% жана 24 жумалык дарылоонун аягында 16,3% бейтаптарда табылган. Башкача айтканда, оорулуулардын 1-тобунда 12 жумалык дарылоонун аягында бул симптомдун пайда болушу 52,6%га, ал эми 24 жумалык дарылоонун аягында 73,5%га азайгандыгы белгиленген.

2-топто дарылоого чейинки ысытма 90,1%, 12 жумалык дарылоонун аягында 31,8% жана 24 жумалык дарылоонун аягында 13,6% бейтаптарда

аныкталган. Башкача айтканда, 12 жумалык дарылоонун аягында бул симптомдун пайда болушунун 58,3%га, ал эми 24 жумалык дарылоонун аягында 76,5%га төмөндөшү белгиленген.

Оорулуулардын 3-тобунда ысытма дарылоого чейин 91,7%, 12 жумалык дарылоонун аягында 26,4% жана 24 жумалык дарылоонун аягында 11,1% түзгөн. Башкача айтканда, 12 жумалык дарылоонун аягында бул симптомдун пайда болушунун 65,3% га, ал эми 24 жумалык дарылоонун аягында 80,6% га төмөндөшү белгиленген.

1-топто "алопеция" симптому дарылоого чейин 87,8%, 12 жумалык дарылоонун аягында 49,0% жана 24 жумалык дарылоонун аягында 22,4% бейтаптарда табылган. Башкача айтканда, оорулуулардын 1-тобунда 12 жумалык дарылоонун аягында бул симптомдун пайда болушу 38,8%га, ал эми 24 жумалык дарылоонун аягында 65,4% га азайгандыгы белгиленген.

2-топтогу бейтаптарда дарылоого чейин алопеция 86,4%, 12 жумалык дарылоонун аягында 50,0% жана 24 жумалык дарылоонун аягында 27,3% бейтаптарда аныкталган. Башкача айтканда, 12 жумалык дарылоонун аягында бул симптомдун пайда болушунун 36,4%га, ал эми 24 жумалык дарылоонун аягында 59,1%га төмөндөшү белгиленген.

Оорулуулардын 3-тобунда алопециянын пайда болушу дарыланууга чейин 90,3%ды, 12 жумалык дарылоонун аягында 37,5%ды жана 24 жумалык дарылоонун аягында 25,0%ды түзгөн. Башкача айтканда, 12 жумалык дарылоонун аягында бул симптомдун пайда болушунун 52,8%га, ал эми 24 жумалык дарылоонун аягында 65,3%га төмөндөшү белгиленген.

1-топто серозит дарыланганга чейин 40,8%, 12 жумалык дарылоонун аягында 28,6% жана 24 жумалык дарылоонун аягында 14,3% бейтаптарда табылган. Башкача айтканда, оорулуулардын 1-тобунда 12 жумалык дарылоонун аягында бул симптомдун пайда болушу 12,2%га, ал эми 24 жумалык дарылоонун аягында 26,5%га азайгандыгы белгиленген.

2-топтогу бейтаптарда серозит дарыланганга чейин 40,1%, 12 жумалык дарылоонун аягында 27,3% жана 24 жумалык дарылоонун аягында 13,6% оорулууларда аныкталган. Башкача айтканда, 12 жумалык дарылоонун аягында бул симптомдун пайда болушу 12,8%га, ал эми 24 жумалык дарылоонун аягында 26,5%га азайганы белгиленген.

Оорулуулардын 3-тобунда серозиттин пайда болушу дарылоого чейин 45,8% ды, 12 жумалык дарылоонун аягында 26,4%ды жана 24 жумалык дарылоонун аягында 12,5%ды түзгөн. Башкача айтканда, 12 жумалык дарылоонун аягында бул симптомдун пайда болушу 19,4%га, ал эми 24 жумалык дарылоонун аягында 33,3%га азайганы белгиленген.

1-топтогуларда лимфоаденопатия дарыланганга чейин 67,4%, 12-жумалык дарылоонун аягында 38,8% жана 24 жумалык дарылоонун аягында 20,5% бейтаптарда табылган. Башкача айтканда, оорулуулардын 1-тобунда 12 жумалык дарылоонун аягында бул симптомдун пайда болушу 28,6%га, ал эми 24 жумалык дарылоонун аягында 46,9%га азайгандыгы белгиленген.

2-топто дарылоого чейин лимфоаденопатия 59,1%, 12 жумалык дарылоонун аягында 36,4% жана 24 жумалык дарылоонун аягында 18,2%

бейтаптарда аныкталган. Башкача айтканда, 12 жумалык дарылоонун аягында бул симптомдун пайда болушунун 22,7%га, ал эми 24 жумалык дарылоонун аягында 40,9%га төмөндөшү белгиленген.

Оорулуулардын 3-тобунда дарылоого чейин лимфоаденопатиянын пайда болушу 59,7%ды, 12 жумалык дарылоонун аягында 34,7%ды жана 24 жумалык дарылоонун аягында 15,3%ды түзгөн. Башкача айтканда, 12 жумалык дарылоонун аягында бул симптомдун пайда болушунун 25,0%га, ал эми 24 жумалык дарылоонун аягында 44,4%га төмөндөшү белгиленген.

Оорулуулардын 1-тобунда ЭЧЫ деңгээли дарыланууга чейин $42,2 \pm 4,1$ мм/с барабар болгон, ал эми дарылоонун 12 жумасынын аягына карата - $33,3 \pm 3,8$ мм/с жана дарылоонун 24 жумасынын аягына карата - $28,4 \pm 3,9$ мм/с барабар болгон, б.а. дарылоонун 12 жумасынын аягына карата ЭЧЫнын деңгээлинин анык эмес (тенденция түрүндө $p > 0,05$) төмөндөшү жана дарылоонун 24 жумасынын аягына карата анык төмөндөө ($p < 0,05$) болгон.

Оорулуулардын 2-тобунда дарылоого чейинки ЭЧЫ мааниси $45,1 \pm 4,4$ мм/с болгон, ал эми дарылоонун 12 жумасынын аягына карата - $33,7 \pm 4,2$ мм/с жана дарылоонун 24 жумасынын аягына карата $30,4 \pm 4,9$ мм/с болгон.

Оорулуулардын 3-тобунда ЭЧЫ көрсөткүчү дарылоого чейин $46,2 \pm 5,0$ мм/с болуп чыкты, ал эми дарылоонун 12 жумасынын аягына карата - $34,3 \pm 4,9$ мм/с жана дарылоонун 24 жумасынын аягына карата - $31,1 \pm 4,8$ мм/с. Ошентип, 1 жана 2-топтордогудай эле, дарылоонун 12 жумасынын аягына карата ЭЧЫ көрсөткүчүнүн ($p < 0,05$ тенденциясы түрүндө) жана бул көрсөткүчтүн ($p < 0,05$) дарылоонун 24 жумасынын аягында анык эмес төмөндөшү байкалган.

ЖИКнын 1-тобунда дарылоого чейин нормадан жогору деңгээли 81,6%, 12-жумалык дарылоонун аягында 38,8% жана 24 жумалык дарылоонун аягында – 18,4% бейтаптарда табылган. Башкача айтканда, оорулуулардын 1-тобунда 12 жумалык дарылоонун аягында бул симптомдун пайда болушу 42,8%га, ал эми 24 жумалык дарылоонун аягында 63,2%га азайгандыгы белгиленген.

ЖИКнын 2-тобунда дарылоого чейин нормадан жогору деңгээли 81,8%, 12 жумалык дарылоонун аягында 31,8% жана 24 жумалык дарылоонун аягында 13,6% бейтаптарда аныкталган. Башкача айтканда, 12 жумалык дарылоонун аягында бул симптомдун пайда болушу 50,0%га, ал эми 24 жумалык дарылоонун аягында 68,2%га төмөндөшү белгиленген.

Оорулуулардын 3-тобунда ЖИКнын кездешүүсү дарыланууга чейинки нормадан жогору 79,2%ды, 12 жумалык дарылоонун аягында 27,8%ды жана 24 жумалык дарылоонун аягында 12,5%ды түзгөн. Башкача айтканда, 12 жумалык дарылоонун аягында бул симптомдун пайда болушунун 51,4%га, ал эми 24 жумалык дарылоонун аягында 66,7%га төмөндөшү белгиленген.

1-топтогу LE-клеткалары дарыланууга чейин 83,7%, 12 жумалык дарылоонун аягында 40,8% жана 24 жумалык дарылоонун аягында 22,4% оорулууларда табылган. Башкача айтканда, оорулуулардын 1-тобунда 12 жумалык дарылоонун аягында бул симптомдун пайда болушу 42,9%га, ал эми 24-жумалык дарылоонун аягында 61,3%га азайгандыгы белгиленген.

2-топтогу LE-клеткалары дарылоого чейин 90,1%, 12 жумалык дарылоонун аягында 36,4% жана 24-жумалык дарылоонун аягында 18,2%

оорулууларда аныкталган. Башкача айтканда, 12 жумалык дарылоонун аягында бул симптомдун пайда болушунун 53,7%га, ал эми 24 жумалык дарылоонун аягында 71,9%га төмөндөшү белгиленген.

Оорулуулардын 3-тобунда дарылоого чейин LE-клеткаларынын пайда болушу 91,7%ды, 12-жумалык дарылоонун аягында 34,7%ды жана 24 жумалык дарылоонун аягында 16,7%ды түзгөн. Башкача айтканда, 12 жумалык дарылоонун аягында бул симптомдун пайда болушунун 57,0%га, ал эми 24 жумалык дарылоонун аягында 75,0%га төмөндөшү белгиленген.

3.4.2. таблицасынан көрүнүп тургандай, 1-топто протеинурия дарылоого чейин 100,0%, 12 жумалык дарылоонун аягында 42,8% жана 24-жумалык дарылоонун аягында 20,4% бейтаптарда табылган. Башкача айтканда, оорулуулардын 1-тобунда 12 жумалык дарылоонун аягында бул симптомдун пайда болушу 57,2%га, ал эми 24 жумалык дарылоонун аягында 79,6%га төмөндөгөн.

2-топто протеинурия дарылоого чейин 100,0%, 12 жумалык дарылоонун аягында 36,4% жана 24 жумалык дарылоонун аягында 13,4% бейтаптарда аныкталган. Башкача айтканда, 12 жумалык дарылоонун аягында бул симптомдун пайда болушу 63,6%га, ал эми 24 жумалык дарылоонун аягында 86,6%га азайганы белгиленген.

Оорулуулардын 3-тобунда протеинуриянын пайда болушу дарылоого чейин 100,0%ды, 12 жумалык дарылоонун аягында 30,6%ды жана 24 жумалык дарылоонун аягында 11,1%ды түзгөн. Башкача айтканда, 12 жумалык дарылоонун аягында бул симптомдун пайда болушу 69,4%га, ал эми 24 жумалык дарылоонун аягында 88,9%га азайганы белгиленген.

3.4.2-таблицадан көрүнүп тургандай, 1-топто микрогематурия дарылоого чейин 69,4%, 12 жумалык дарылоонун аягында 40,8% жана 24 жумалык дарылоонун аягында 16,3% бейтаптарда табылган. Башкача айтканда, оорулуулардын 1-тобунда 12 жумалык дарылоонун аягында бул симптомдун пайда болушу 28,6%га, ал эми 24 жумалык дарылоонун аягында 53,1%га азайгандыгы белгиленген.

2-топто микрогематурия дарылоого чейин 68,2%, 12 жумалык дарылоонун аягында 31,8% жана 24 жумалык дарылоонун аягында 13,4% бейтаптарда аныкталган. Башкача айтканда, 12 жумалык дарылоонун аягында бул симптомдун пайда болушунун 36,4%га, ал эми 24 жумалык дарылоонун аягында 54,8%га төмөндөшү белгиленген.

Оорулуулардын 3-тобунда дарылоого чейин микрогематурия 73,6%ды, 12 жумалык дарылоонун аягында 29,2%ды жана 24 жумалык дарылоонун аягында 11,1%ды түзгөн. Башкача айтканда, 12 жумалык дарылоонун аягында бул симптомдун пайда болушунун 44,4%га, ал эми 24 жумалык дарылоонун аягында 62,5%га төмөндөшү белгиленген.

Оорулуулардын 1-тобунда дарылоого чейинки АНФ мааниси титрлери $1:629,7 \pm 55,7$ болуп чыкты, дарылоонун 12 жумасынын аягында - $1:498,9 \pm 52,8$ жана дарылоонун 24 жумасынын аягында - $1:462,9 \pm 9$ болду, б.а. дарылоонун фонунда АНФ маанисинин бара-бара төмөндөшү, мында дарылоонун 12

жумасынын аягында бул төмөндөө анык эмес (тенденция түрүндө, $p>0,05$), ал эми дарылоонун 24 жумасынын аягында анык ($<0,05$) байкалды.

Оорулуулардын 2-тобундагы АНФ көрсөткүчү титри дарылоого чейин $1:643,1\pm 59,2$ барабар болгон, дарылоонун 12 жумасынын аягында $1:487,3\pm 56,5$ чейин төмөндөгөн, ал эми дарылоонун 24 жумасынын аягында - $1:451,5\pm 53,7$. Ошентип, 12 жумалык дарылоонун аягында да, 24 жумалык дарылоонун аягында да АНФ көрсөткүчү азайган, бирок 12-жуманын аягында гана дарылоо анык эмес (тенденция түрүндө, $p>0,05$), ал эми 24-жуманын аягында дарылоо анык ($p<0,05$) болду.

3-топтогу оорулуулардын титрлериндеги АНФ мааниси титри дарылоого чейин $1:651,2\pm 62,6$, ал эми дарылоонун 12 жумасынын аягына карата - $1:479,4\pm 63,9$ жана дарылоонун 24 жумасынын аягына чейин - $1:449,1\pm 66,7$. Ошентип, 1- жана 2-топтордогудай эле, дарылоонун 12 жумасынын аягына карата АНФ маанисинин анык эмес төмөндөшү (тенденция түрүндө $t>0,05$) жана дарылоонун 24-жумасынын аягына карата бул көрсөткүчтүн ($p<0,05$) анык төмөндөшү болгон.

1-топтогу бейтаптарда ооругандардын dsDNA саны дарылоого чейин $87,3\pm 8,8$ МЕ/мл, 12-жумалык дарылоо аягында - $65,1\pm 8,6$ МЕ/мл жана акырында 24 жума дарылоодо $65,1\pm 8,6$, Б.а. дарылоо фонунда dsDNA санынын азайуусу акырындык менен болуп, мында 12 жуманын акырына карата дарылоонун аягында бул төмөндөө анык эмес (түрүндө тенденциялары, $p>0,05$), ал эми 24 жума дарылоо аягында анык ($p<0,05$) болду.

2-топто dsDNA санынын титри оорулууларды дарылоого чейин $90,5\pm 9,4$ МЕ/мл, 12 жума дарылоо аягына карата - $65,8\pm 9,9$ МЕ/мл, ал эми 24 жумалык дарылоо аягында - $58,5\pm 9,7$ МЕ/мл болгон. Ошентип, 12 жумалык дарылоо акырында, ошондой эле 24 жумалык дарылоо аягында dsDNA санын төмөндөөсү, бирок 12-ой жуманын дарылоонун аягында гана бул төмөндөө анык эмес (түрүндө тенденциялары, $p>0,05$), ал эми 24 жумалык дарылоо аягында анык ($p<0,05$) болгон.

3-топто бейтаптарда ооругандардын dsDNA саны дарылоого чейин $91,2\pm 10,5$ МЕ/мл, ал эми 12 жумалык дарылоо аягында $62,9\pm 11,2$ МЕ/мл жана 24 жумалык дарылоо акырында $56,9\pm 11,1$ МЕ/млге барабар болгон. Ошентип, 1- жана 2-топтордо, dsDNA санынын азайышы, дарылоонун 12-жумасынын аягында анык эмес ($p>0,05$ тенденция катары) жана дарылоонун 24-жумасынын аягында анык ($p<0,05$) байкалган.

Ошентип, оорулуулардын бардык 3 тобунда дарылоонун бардык этаптарында люпус-нефриттин классикалык клиникалык-лабораториялык белгилери азайган, бирок бул төмөндөө бейтаптардын 3 тобунда көбүрөөк байкалган. Мында люпус-нефриттин бул классикалык клиникалык-лабораториялык белгилеринин жана салыштырылуучу өзгөчө иммунологиялык көрсөткүчтөрдүн (АНФ жана dsDNA) ишенимдүү төмөндөшү 24 жумалык дарылоонун аягында гана болгон, ал эми оорулуулардын 3-тобундагы В-ЛСПА жана В-ЛСИА көрсөткүчтөрүнүн ишенимдүү төмөндөшү дарылоонун мурдагы этаптарында болгон (12 жумалык дарылоонун аягында).

КОРУТУНДУ:

1. Оорунун клиникалык-лабораториялык көрсөткүчтөрү люпус нефрит оорусунда, тутумдашкан кызыл жүгүрүк бөйрөк жабыркабаган (люпус нефритсиз) оорусуна караганда көбүрөөк айкын болгон.

2. В-лимфоциттердин спонтандык пролиферативдик жана иммуноглобулин–синтездөөчү активдүүлүгүнүн деңгээли люпус-нефрит оорусунда, бөйрөк жабыркабаган (люпус нефритсиз) жана өнөкөт гломерулонефрит менен ооруган бейтаптарга караганда кыйла жогору болгон. Люпус-нефрит менен ооругандарда В-лимфоциттердин спонтандык пролиферативдик жана иммуноглобулин синтездөөчү активдүүлүгүнүн көрсөткүчтөрү: оорунун активдүүлүгү канчалык жогору болсо, алардын мааниси да ошончолук жогору болгон.

3. В-лимфоциттердин спонтандык пролиферативдик жана иммуноглобулин–синтездөөчү активдүүлүгүнүн көрсөткүчтөрү люпус-нефрит оорусунун классикалык клиникалык-лабораториялык жана спецификалык иммунологиялык белгилери менен жогорку жана орточо корреляциялык байланышка ээ болгон.

4. Люпус-нефрит менен ооругандарда В-лимфоциттердин спонтандык пролиферативдик жана иммуноглобулин синтездөөчү активдүүлүгүнүн мааниси (классикалык клиникалык-лабораториялык жана спецификалык иммунологиялык көрсөткүчтөр менен катар) базалык иммуносупрессивдүү терапиянын фонунда ишенимдүү төмөндөгөн, мында В-лимфоциттердин спонтандык пролиферативдик жана иммуноглобулин синтездөөчү активдүүлүгүнүн көрсөткүчтөрүнүн классикалык клиникалык-лабораториялык жана спецификалык иммунологиялык көрсөткүчтөргө салыштырмалуу эрте оң динамикасы байкалган.

ПРАКТИКАЛЫК СУНУШТАР

1. Тутумдашкан кызыл жүгүрүк оорусунда бөйрөктүн жабыркашынын белгилерин табуу (люпус-нефрит), оорунун оор белгиси жана негизги иммуносупрессивдүү терапияны баштоонун белгиси катары аныкталат.

2. В-лимфоциттердин спонтандык пролиферативдик жана иммуноглобулин синтездөөчү активдүүлүгүнүн жогорку деңгээли люпус-нефрит менен бөйрөктүн жабыркабаган (люпус нефритсиз) оорусу жана өнөкөт гломерулонефриттин дифференциалдык диагностикалык белгиси болуп саналат.

3. Люпус-нефрит менен ооругандарда В-лимфоциттердин спонтандык пролиферативдик жана иммуноглобулин синтездөөчү активдүүлүгүн аныктоо ооруну дарылоонун активдүүлүгүн жана натыйжалуулугун баалоонун кошумча ыкмасы болуп саналат.

ДИССЕРТАЦИЯНЫН ТЕМАСЫ БОЮНЧА ЖАРЫЯЛАНГАН ЭМГЕКТЕРДИН ТИЗМЕСИ

1. Оценка В-клеточного иммунитета и применение пульс-терапии цитостатиками при системной красной волчанке [Текст] / К.М. Исманов, А.Т. Мамасаидов, Г.О. Баймырзаева // Центрально-Азиатский медицинский журнал, – 2006. – Т. XII, № 6. – С. 392 – 398.
2. Спонтанная пролиферативная активность В – лимфоцитов при СКВ и неспецифическом язвенном колите [Текст] / К.М. Исманов, А.Т. Мамасаидов, К.Ш. Сакибаев, Ф.Р. Тажибаева // Центрально-Азиатский медицинский журнал, – 2010. – том. XVI, №3. – С. 162 – 165.
3. Клинико-лабораторная характеристика больных люпус-нефритом. [Текст] / Исманов К.М. // Вестник ОшГУ, - 2016. №1. С. 14-19. То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=28431343>.
4. Клиническое значение спонтанной иммуноглобулинсинтезирующей активности В-лимфоцитов при люпус-нефрите. [Текст] / К.М. Исманов, // Вестник ОшГУ, - 2016. №1. Стр. 19-25. То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=28431344>
5. Оценка клинико-иммунологических показателей при люпус-нефрите. [Текст] / К.М. Исманов // Наука, образования, техника ОшКУУ, 2016. №2. С. 147-159. То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=27328309>.
6. Динамика клинико-лабораторных и иммунологических показателей люпус-нефрита в зависимости от вида лечения. [Текст] / К.М. Исманов, А.Т. Мамасаидов, К.Ш. Сакибаев // Центрально-Азиатский медицинский журнал, – 2016. – том. XXII, №2. С. 154-160.
7. Сравнительная эффективность различных видов лечения при люпус-нефрите. [Текст] / К.М. Исманов, А.Т. Мамасаидов, К.Ш. Сакибаев // Вестник Ташкентской медицинской академии, 2016. I-съезд ревматологов Узбекистана. С. 48-51. То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://vestnik.tma.uz>.
8. Анализ результатов различных видов терапии при люпус-нефрите. [Текст] / К.М. Исманов, А.Т. Мамасаидов // Вестник КРСУ, 2016. №11. Т.16. Стр. 36-39. То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=28406903>.
9. Влияние различных видов лечения на показатели В-клеточной активации при люпус-нефрите. [Текст] / К.М. Исманов, А.Т. Мамасаидов // Успехи современной науки, - 2016. №7, Т. 3. С. 162-167. То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=26481649>.
10. Оценка эффективности различных видов лечения люпус-нефрита. [Текст] / К.М. Исманов, А.Т. Мамасаидов, С.Т. Жолдошев // Успехи современной науки и образования, -2016. №11, Т. 6. С. 22-27. То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=27429703>.

11. Динамическое изменение показателя спонтанной иммуноглобулинсинтезирующей активности В-лимфоцитов при люпус-нефрите [Текст] / К.М. Исманов, А.Т. Мамасаидов, Д.И. Абдурашитова, К.Ш. Сакибаев // Центрально-Азиатский медицинский журнал, 2018. том. XXIV, Прилож 1-2 С. 106-109.
12. Клинико-лабораторные показатели люпус-нефрита и люпус гепатита. [Текст] / К.М. Исманов, А.Т. Мамасаидов, Ф.А. Мамасаидов // Наука, образования, техника. ОшКУУ, 2023. №3. С. 73-78. То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=58733450>.
13. Оценка показателей спонтанной пролиферативной и иммуноглобулинсинтезирующей активности В-лимфоцитов в зависимости от вида лечения люпус-нефрита. [Текст] / К.М. Исманов, А.Т. Мамасаидов // Вестник ОшГУ, 2024. №4. С. 23-30. То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа:
14. Анализ клинико-лабораторных показателей люпус-нефрита при различных видах лечения. [Текст] / К.М. Исманов, А.Т. Мамасаидов, Ф.А. Мамасаидов // Вестник ОшГУ, 2024. №4. С. 62-71. То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа:

Исманов Кеңешбек Марипжановичтин "Люпус-нефрит дартынын клиникасында жана дарылоодо В-лимфоциттердин спонтандык пролиферативдик жана иммуноглобулин синтездөөчү активдүүлүгү" деген темадагы 14.01.22 – ревматология адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын алуу үчүн диссертациясынын

КЫСКАЧА КОРУТУНДУСУ

Өзөктүү ачкыч сөздөр: Люпус-нефрит, В-лимфоциттердин спонтандык пролиферативдик жана иммуноглобулин синтездөөчү активдүүлүгү.

Изилдөө максаты: В-лимфоциттеринин спонтандык пролиферативдик жана иммуноглобулин синтездөөчү активдүүлүгүнүн көрсөткүчтөрүн изилдөөнүн негизинде активдүүлүк даражасын баалоо методдорун өркүндөтүү, люпус-нефрит дартын дарылоонун натыйжалуулугун баалоо.

Изилдөө объектиси: Люпус-нефрит дарты менен ооруган бейтаптар.

Изилдөө предмети: люпус-нефрит дартынын клиникалык-лабораториялык өзгөчөлүктөрүн изилдөө, люпус-нефрит дартынын клиникасында жана дарылоодо В-лимфоциттердин спонтандык пролиферативдик жана иммуноглобулин синтездөөчү активдүүлүгүн баалоо.

Изилдөө ыкмалары: клиникалык, лабораториялык, иммунологиялык, статистикалык изилдөөлөр.

Изилдөө жыйынтыктары жана алардын илимий жаңылыгы: Системалуу кызыл жүгүрүк бөйрөк жабыркабаган дартына караганда, люпус-нефрит дартынын клиникалык-лабораториялык көрсөткүчтөрү айкыныраак экендиги аныкталган. Азия расасындагы бейтаптарда люпус-нефрит дарты жана анын белгилеринин оордугу европалык расадагы бейтаптарга караганда жогору болгон.

Бул В-ЛСПА жана В-ЛСИА деңгээлинин бөйрөк жабыркабаган жана өнөкөт гломерулонефрит менен ооруган бейтаптарга караганда люпус-нефрит менен жабыркаган бейтаптарда жогору экендиги аныкталган.

В-ЛСПА жана В-ЛСИА көрсөткүчтөрү люпус-нефрит дартынын классикалык клиникалык, лабораториялык жана спецификалык иммунологиялык белгилери менен жогорку жана орто корреляцияга ээ экендиги көрсөтүлгөн.

Базистик иммуносупрессивдик дарылоонун таасиринде люпус-нефрит менен ооруган бейтаптарда В-ЛСПА жана В-ЛСИА көрсөткүчтөрү бир топ төмөндөгөн, ал эми классикалык клиникалык, лабораториялык жана өзгөчө иммунологиялык көрсөткүчтөргө салыштырмалуу В-ЛСПА жана В-ЛСИА оң динамикасы аныкталган.

Колдонууга сунуштар: клиника-лабораториялык жана иммунологиялык изилдөөлөр комплексинин негизинде, люпус-нефрит дартын табуу, дарылоо активдүүлүгүн жана натыйжалуулугун аныктоо боюнча сунуштар илимий жактан негизделген жана практикалык саламаттык сактоого киргизилген.

Колдонуу чөйрөсү: терапия (ички оорулар), ревматология, саламаттыкты сактоонун экинчи жана үчүнчү деңгээли.

РЕЗЮМЕ

диссертации Исманова Кенешбека Марипжановича на тему «Спонтанная пролиферативная и иммуноглобулинсинтезирующая активность В-лимфоцитов в клинике и терапии люпус-нефрита» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.22 – ревматология.

Ключевые слова: Люпус-нефрит, спонтанная пролиферативная и иммуноглобулинсинтезирующая активность В-лимфоцитов.

Цель исследования: Усовершенствование методов оценки степени активности, прогнозирования тяжести течения и эффективности лечения люпус-нефрита на основе изучения показателей спонтанной пролиферативной и иммуноглобулинсинтезирующей активности В-лимфоцитов.

Объект исследования: больные люпус-нефритом.

Предмет исследования: изучение клинико-лабораторных особенностей люпус-нефрита, оценка спонтанной пролиферативной и иммуноглобулинсинтезирующей активности В-лимфоцитов (СПАВЛ и СИАВЛ) в клинике и терапии люпус-нефрита.

Методы исследования: клинические, лабораторные, иммунологические, статистические.

Полученные результаты исследования и их научная новизна.

Обнаружено, что клинико-лабораторные показатели болезни при люпус-нефрите были более выраженными, чем при системной красной волчанкой без поражения почек. Частота встречаемости люпус-нефрита и выраженность его признаков у больных азиатской расы было выше, чем европейской расы.

Выявлено, что уровни СПАВЛ и СИАВЛ у больных люпус-нефритом было достоверно выше, чем у больных системной красной волчанкой без поражения почек и больных хроническим гломерулонефритом.

Показано, что показатели СПАВЛ и СИАВЛ имели высокую и среднюю коррелятивную связь с классическими клинико-лабораторными и специфическими иммунологическими признаками люпус-нефрита.

У больных люпус-нефритом значения СПАВЛ и СИАВЛ достоверно снижались на фоне базисной иммунодепрессивной терапии, при этом отмечена более ранняя положительная динамика показателей спонтанной пролиферативной и иммуноглобулинсинтезирующей активности В-лимфоцитов по сравнению с классическими клинико-лабораторными и специфическими иммунологическими показателями.

Рекомендации по применению: на основании комплекса клинических, лабораторных и иммунологических исследований, научно обоснованны и внедрены в практическое здравоохранение рекомендации по диагностике, определению активности и эффективности лечения люпус-нефрита.

Область применения: терапия (внутренние болезни), ревматология, иммунология, вторичный и третичный уровни здравоохранения.

SUMMARY

dissertation by Keneshbek Maripzhanovich Ismanov on the topic “Spontaneous proliferative and immunoglobulin-synthesizing activity of B-lymphocytes in the clinic and therapy of lupus nephritis” for the academic degree of Candidate of Medical Sciences in the specialty 01.14.22 - rheumatology.

Key words: lupus nephritis, spontaneous proliferative and immunoglobulin-synthesizing activity of B lymphocytes.

The aim of the study: Improving methods for assessing the degree of activity, predicting the severity and effectiveness of treatment of lupus nephritis based on studying the indicators of spontaneous proliferative and immunoglobulin-synthesizing activity of B lymphocytes.

The object of the study: patients with lupus nephritis.

Subject of research: study of clinical and laboratory features of lupus nephritis, assessment of spontaneous proliferative and immunoglobulin-synthesizing activity of B-lymphocytes (SPABL and SIABL) in the clinic and therapy of lupus nephritis.

Research methods: clinical, laboratory, immunological, statistical examinations.

The obtained research results and their scientific novelty. It was found that clinical and laboratory indicators of the disease in lupus nephritis were more pronounced than in systemic lupus erythematosus without kidney damage (without lupus nephritis). The incidence of lupus nephritis and the severity of its symptoms in patients of the Asian race were higher than in patients of the European race.

It was revealed that the levels of SPABL and SIABL in patients with lupus nephritis were significantly higher than in patients with systemic lupus erythematosus without kidney damage (without lupus nephritis) and patients with chronic glomerulonephritis.

It was shown that the SPABL and SIABL indicators had a high and medium correlation with classical clinical, laboratory and specific immunological signs of lupus nephritis.

In patients with lupus nephritis, the values of SPADL and SIABL significantly decreased against the background of basic immunosuppressive therapy, while earlier positive dynamics in the indicators of spontaneous proliferative and immunoglobulin-synthesizing activity of B lymphocytes was noted in comparison with classical clinical, laboratory and specific immunological indicators.

Recommendations: Based on a complex of clinical, laboratory and immunological studies, recommendations for the diagnosis, determination of activity and effectiveness of treatment of lupus nephritis are scientifically substantiated and introduced into practical healthcare.

Scope of application: therapy (internal diseases), rheumatology, secondary and tertiary of healthcare.