

**И. К. АХУНБАЕВ АТЫНДАГЫ КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК
МЕДИЦИНАЛЫК 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 ДАРТЫН ДАРЫЛООДО ЖАНА КЛИНИКАСЫНДА
В-ЛИМФОЦИТТЕРДИН СПОНТАНДЫК ПРОЛИФЕРАТИВДУУ ЖАНА
ИММУНОГЛОБУЛИНДИ СИНТЕЗДӨӨ АКТИВДУУЛУГУ**

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

Расмий оппоненттер: **Зборовская Ирина Александровна**
медицина илимдеринин доктору, профессор,
Академик А. Б. Зборовский атындагы Волгоград клиникалык жана эксперименталдык ревматология илим-изилдөө институтунун директору
Иманалиева Фарида Эльдияровна
медицина илимдеринин кандидаты,
И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, гематология курсу менен госпиталдык терапия жана кесиптик патология кафедрасынын ассистенти

Жетектөөчү мекеме: Акционердик эмес коом «Астана медициналык университети», № 1 жалпы уй-бүлөлүк медицина кафедрасы (010000, Казахстан Республикасы, Астана шаары, Бейбитшилик көчөсү, 49а).

Диссертацияны коргоо 2025-жылдын 29-майында саат 14.00 медицина илимдеринин доктору (кандидаты) окумуштуулук даражасын коргоо боюнча И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы жана тең уюштуруучулар Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Улуттук фтизиатрия борбору, Ош мамлекеттик университетине караштуу Д 14.23.683 диссертациялык кеңештин отурумунда өткөрүлөт. Дареги: 720020, Бишкек ш. Ахунбаев көчөсү, 90а, 2 этаж, конференц залы. Диссертацияны коргоо боюнча видеоконференциянын шилтемеси: <https://vc.vak.kg/b/142-jra-vb6-jpq>

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 21-апрелинде 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, майыптуулуктун жана өлүмдүн жогорку көрсөткүчтөрүнөн улам тутумдашкан кызыл жүгүрүк өзгөчө мааниге ээ [Е. Л. Насонов, 2021; Е. Л. Козловская, 2014]. Тутумдашкан кызыл жүгүрүк (ТКЖ) эң оор көрүнүштөрүнүн бири бөйрөктүн жабыркашы – люпус-нефритинин өнүгүшү. Люпус нефрит дарты гломерулонефриттин ар кандай варианттары менен мүнөздөлөт [Е. И. Тареева, 2011; Н. Takahashi, 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 [С. К. Соловьев, 2020].

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

Люпус-нефритинин клиникалык көрүнүштөрү симптомсуз протеинуриядан ачык нефротикалык синдромго чейин өзгөрөт жана бөйрөк оорусунун акыркы стадиясына (БОАС) алып келиши мүмкүн [А. С. Villani, 2017; D. D. Gladman, 2002]. Люпус-нефрити өлүмдүн эң көп таралган себептеринин бири болуп жана ошондой эле ТКЖде кийинки өлүмдүн маанилүү алдын ала көрсөткүчү болуп саналат [K. Lerang, 2014; M. M. Ward, 2009]. Ал ошондой эле олуттуу оору менен байланышкан, бейтаптардын 20% чейини БОАС күчөөсү менен коштолот [M. Saleh, 2020; A. C. Villani, 2017], басымдуу көпчүлүгү 50 жашка чейинкилер болгондуктан, өзгөчө жогорку социалдык-экономикалык абалга таасирин тийгизет [M. Saleh, 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 [Z. Rahmé, 2023; C. M. Tipton, 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 [D. Obrişcă, 2021; G. A. Mahmoud, 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 [Н. А. Куницкая, 2021; А. Т. Мамасаидов, 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. Диссертациялык иштин темасы өз демилгеси менен аткарылган.

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 милдеттери:

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 Республикасынын шарттарында биринчи жолу тутумдашкан кызыл жүгүрүк бөйрөк жабыркоосу менен жана бөйрөк жабыркоосу жок пациенттердин клиникалык-лабораториялык жана иммунологиялык мүнөздөмөлөрүнө салыштырмалуу талдоо жүргүзүлгөн, бул люпус-нефритте патологиялык процесстин кыйла ачык активдүүлүгүн аныктоого мүмкүндүк берди.

Изилдөөнүн жаңы аспектиси катары мурда улуттук практикада жасалбаган люпус-нефрит менен ооруган бейтаптардын В-лимфоциттеринин спонтандык пролиферативдик жана иммуноглобулинсинтездөөчү активдүүлүгүнүн көрсөткүчтөрүн изилдөө, оорунун клиникалык жүрүшүнө дарылоого жараша болгон.

Жогоруда айтылган иммунологиялык көрсөткүчтөрдүн жогорулоосу люпус-нефриттин жана өнөкөт гломерулонефрит сыяктуу бөйрөк синдрому менен ооруган башка ооруларды, ошондой эле нефриттик компоненти жок тутумдашкан кызыл жүгүгүктүн формаларын айырмалоодо, айырмалоочу мааниге ээ экени биринчи жолу аныкталган.

В-лимфоциттеринин активдүүлүгүнүн деңгээлинин люпус-нефриттин клиникалык-лабораториялык белгилери менен, ошондой эле анын активдүүлүгү менен ишенимдүү байланышы табылды, бул иммунологиялык маркерди оорунун оордугун баалоонун жана дарылоонун натыйжалуулугун көзөмөлдөөнүн келечектүү кошумча критерийи катары кароого негиз берет.

Табылгалар люпус-нефриттин иммунопатогенези жөнүндө түшүнүктү кеңейтет жана жекелештирилген иммуномодулярдык терапия багытында андан аркы изилдөөлөр үчүн өбөлгөлөрдү түзөт.

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.

Иштин натыйжалары Ош шаарынын жана Ош облусунун медициналык уюмдарынын дарт аныктоо практикасына киргизилген, ошондой эле Ош

мамлекеттик университетинин медицина факультетинин студенттерин, клиникалык ординаторлорун жана С. Б. Данияров атындагы С. Б. Данияров атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык кайра даярдоо жана квалификацияны жогорулатуу институтунун түштүк филиалынын дипломдон кийинки медициналык билим берүү системасынын угуучуларын даярдоодо окуу процессинде колдонулат.

Коргоого коюлуучу 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.

Издөнүүчүнүн жеке салымы. Илимий-изилдөө иштерин жүргүзүүдө автор жеке өзү адабий маалыматтарды чогултуу, талдоо жана системалаштыруу иштерин жүргүзгөн. Клиникалык маалыматтарды чогултуу, бейтаптарды тартуу, аларды талдоо жана аларга жалпылоо жүргүзгөн. Автордун жеке катышуусу менен пландаштырылган клиникалык изилдөөлөр, бейтаптарды дарылоо, статистикалык иштетүү, макала жазуу жүргүзүлгөн.

Диссертациянын натыйжаларын апробациялоо. Иштин материалдары «Санкт-Петербургдагы ревматология күндөрү» аттуу Эл аралык катышуулар менен өткөн Бүткүл Россиялык конгрессинде (Санкт-Петербург, 2017, 2019, 2020, 2023), Өзбекстан ревматологдорунун II съездинде (Ташкент, 2018), IV Евразиялык ревматологдор конгрессинде (Москва, 2018), Ош облустар аралык клиникалык ооруканасынын дарыгерлеринин илимий-практикалык конференциясында (Ош, 2018), Казакстан ревматологдорунун II съездинде (Алматы, 2019), «Боткин окуусу» аттуу Эл аралык катышуулар менен өткөн

Бүткүл Россиялык конгрессинде (Москва, 2019), Ош мамлекеттик университетинин окумуштууларынын Эл аралык илимий-практикалык конференциясында (Ош, 2019), Кардиологдордун VII Евразиялык конгрессинде (Ташкент, 2019), V Евразиялык ревматологдор конгрессинде (Москва, 2020), Кыргыз-Россия университетинин окумуштууларынын Эл аралык илимий-практикалык конференциясында (Ош, 2021), «Заманбап ревматология: диагностикага жана дарылоого жаңы ыкмалар» аттуу Эл аралык илимий-практикалык конференциясында (Ташкент, 2022), жыл сайын өтүүчү «Миррахимовдук окуулар» аттуу Эл аралык илимий-практикалык конференциясында (Бишкек, 2022, 2023, 2024), VI Евразиялык ревматологдор конгрессинде (Алматы, 2022), ревматологдордун Эл аралык мектебинде (Шымкент, 2022, 2023), «Ревматикалык ооруларда таяныч-кыймыл аппаратынын оорушу» аттуу Эл аралык илимий-практикалык конференциясында (Москва, 2022), Казакстан ревматологдорунун V съездинде (Алматы, 2022), Кардиологдордун биргелешкен конгресси жана «Жибек жолу медицинасы» Эл аралык симпозиумунда (Бишкек, 2023), «Ревматологиянын дисциплиналар аралык проблемалары» аттуу Эл аралык илимий-практикалык конференциясында (Ташкент, 2024), Казахстандын APLAR-2024 симпозиуму жана ревматологдорунун 7-конгрессинде (Алматы, 2024). LEAR ревматологдорунун VII Евразиялык конгрессинде (Ысык-Көл, 2024), Ревматология боюнча республикалык илимий-практикалык конференциясында баяндалып талкууланган (Ош, 2024).

Диссертациянын натыйжаларынын жарыяланышы. Диссертациянын материалдарынын негизинде 12 макала КРП УАКтын рецензиялануучу илимий мезгилдүү басылмалардын тизмегине кирген илимий журналдарда, алардын ичинен 3 макала - РИНЦ системалары аркылуу индекстелүүчү илимий мезгилдүү, импакт-фактору 0,1ден кем эмес болгон басылмаларда жарыяланган.

Диссертациянын түзүлүшү жана көлөмү. Диссертация 107 бетте компьютердик текстте терилген, киришүүдөн, адабий серептен, методология жана изилдөө ыкмалары боюнча баптан, жеке изилдөөнүн жыйынтыгы боюнча баптан, корутундудан, практикалык сунуштардан, колдонулган булактардын тизмесинен жана колдонмодон турат. Иште 13 таблица жана 2 диаграмма бар. Колдонулган булактар 232 басылманы камтыйт, анын ичинде 64 орус тилдүү жана 168 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-бап. Адабий 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-бап. Изилдөө методологиясы жана методдору.

2.1 Текшерилген адамдардын контингенти. Биз 16 жаштан 55 жашка чейинки 206 ТКЖ менен ооруган бейтаптарды изилдедик, алардын ичинен 197 (95,6%) аялдар жана 9 (4,4%) эркектер 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 [Е. М. Шилов, 2006]. Изилденген 206 ТКЖ бейтаптардын ичинен люпус-нефриттин белгилери 143 бейтапта байкалган (алар негизги топту түзгөн), ал эми 63 оорулууда нефриттин белгилери болгон эмес (нефритсиз оорулуулар контролдук топту 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, SLEDAI 2K активдүүлүк даражасынын алкагында, оорунун активдүү фазасынын белгилеринин болушу, базалык иммуносупрессивдүү препараттарды дайындоо үчүн көрсөткүчтөр, ошондой эле бейтаптын 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, иммунологиялык изилдөөлөр: 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 2K (SLE Disease Activity Index 2K) 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), (АФА) антифосфолипиддик антителолор, С3, С4 коплемент компоненттери, Нер-2 клеткасынын субстратындагы антинуклеардык факторду (АНФ) жана нативдуу кош спиралдуу ДНКга антителолорду аныктоону камтыйт (dsDNA).

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 цитофлюорометрия (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, Студент аныктык коэффициентин (t), ыктымалдуулук көрсөткүчүн (p), корреляция коэффициентин (r) Чеддока шакаласын эсептөө менен вариациялык статистиканын жана корреляциялык анализдин методдорун пайдалануу менен жүргүзүлдү.

Көз карандысыз эки топ ортосундагы айырмачылыктарды z-критерий катышуулардын айырмачылыктары үчүн, (p) пайыздык кездешүүлөрдү эсептөө, (x) – ар бир топтогу кездешүү учурлары, (n) ар бир топтогу бейтаптардын саны, (SE) стандарттык ката жана (z) эки топтогу айырмалануу пайызын пайдалануу менен жүргүзүлгөн.

3-бап. Өздүк изилдөөлөрдүн натыйжалары жана аларды талкуулоо.

3.1 Люпус-нефрит менен ооругандардын клиникалык-лабораториялык жана иммунологиялык мүнөздөмөсү. 1:80 титрде Нер-2 клеткаларындагы АНА (100%), ысытма – 171 (83,0%), лейкопения – 77 (37,4%), тромбоцитопения – 56 (27,2%), аутоиммундук гемолиз – 78 (37,9%), нейropsychикалык жабыркоолор (делирий, психоз, эпилепсия) - аныкталган 97 (47,1%), тырыксыз алопеция – 169 (73,1%), былжыр челдин жарасы – 73 (35,4%), басынкы же дискоиддик тери жүгүрүгү (БТЖ же ДТЖ) – 42 (20,4%), теринин курч активдүү жабыркашы – 139 (67,5%), плевралдык жана перикардиялык эффузия – 36 (17,5%), курч перикардит – 11 (5,3%), артрит (биргелешкен катышуу) – 169 (82,0%), протеинурия 0,5 г/24ч – у 71 (34,5%), люпус-нефрит – у 143 (69,4%), оң АФА (IgA, IgG же IgM кардиолипин антигенолору) – у 42 (20,4%), төмөн комплемент C3, C4 – у 81 (39,3%) жана ДНКга АТ – у 192 (93,2%) (3.1.1-таблица).

3.1.1-таблица – ТКЖ классификациялык критерийлеринин кездешүү жыштыгы

№ пп	ТКЖ классификациялык критерийлери	Кездешүү жыштыгы.	
		n	%
1	АНА	206	100
2	Ысытма	171	83,0
3	Лейкопения	77	37,4
4	Тромбоцитопения	56	27,2
5	Аутоиммундук гемолиз	78	37,9
6	Нейropsychикалык жабыркоолор (делирий, психоз, эпилепсиялар)	97	47,1
7	Тырыксыз алопеция	163	79,1
8	Былжыр челдин жарасы	73	35,4
9	Басынкы же дискоиддик тери жүгүрүгү (БТЖ же ДТЖ)	42	20,4
10	Курч активдүү теринин жабыркашы	139	67,5
11	Плевралдык жана/же перикардиялык эффузия	36	17,5
12	Курч перикардит	11	5,3
13	Артрит (биргелешкен катышуу)	169	82,0
14	Протеинурия $\geq 0,5$ г/24ч	71	34,5
15	Люпус-нефрит	143	69,4
16	Оң АФА	42	20,4
17	Төмөн комплемент C3, C4	81	39,3
18	ДНКга АТ	192	93,2

Жүргүзүлгөн клиникалык-лабораториялык, иммунологиялык жана инструменталдык изилдөөлөр ТКЖ оорулууларында цилиндрурия, гематурия, протеинурия жана пиурия сыяктуу люпус-нефриттин негизги белгилерин, ошондой эле бөйрөктүн кайтарылгыс жабыркашынын, протеинурия 3,5г/24ч сыяктуу көрсөткүчтөрүн, КФ төмөндөшү <50 мл/мин азайышын жана тӨБЖ аныктоого мүмкүндүк берди. Цилиндрурия – 18 (8,7%), гематурия – 59 (28,6%), протеинурия – 133 (64,6%) жана пиурия 22 (10,7%) бейтапта табылган. Белгилей кетүүчү нерсе, ошол эле бейтаптарда жогорудагы люпус-нефриттин 1 (бирден 4 (төрткө) чейинки белгилери байкалган. Ошентип, текшерилген ТКЖ оорулууларында люпус-нефритти табуу жыштыгы 69,4% ды түздү. Мындан тышкары, текшерилген ТКЖ оорулууларында бөйрөктүн кайтарылгыс жабыркашынын белгилерин аныктоонун көрсөтүлгөн жыштыгы табылган: протеинурия $>3,5$ г/24ч - 39 (18,9%), КФ <50 мл/мин төмөндөшү – 14 (6,8%) жана тӨБЖ – 9 (4,3%) бейтаптарда. Ошол эле учурда, ошол эле бейтапта ТКЖ 1 (бирден 3 (үчкө чейин) жогоруда көрсөтүлгөн бөйрөктүн туруктуу жабыркашынын белгилери аныкталган. Башкача айтканда, бөйрөктүн кайтарылгыс жабыркоосунун белгилери 47 (22,8%) ТКЖ менен ооругандарда аныкталган.

3.1.2-таблица – ТКЖтө люпус-нефриттин кезедүүсү (n=206)

№ пп	Люпус-нефрит белгилери	Аныктоо жыштыгы	
		п	%
Баары		143	69,4
1	Цилиндрурия	18	8,7
2	Гематурия	59	28,6
3	Протеинурия	133	64,6
4	Пиурия	22	10,7
Кайтарылгыс жабыркоолор		47	22,8
1	Протеинурия >3,5 г/24ч	39	18,9
2	КФ төмөндөшү <50 мл/мин	14	6,8
3	тӨБЖ	9	4,3

Люпус-нефрит менен ооруган аялдар - 138 (96,5%), эркектер - 5 (4,5%) болгон. Б.а., люпус-нефрит менен ооругандардын жынысы боюнча айырмасы анык болгон ($z=3,29$; $p<0,05$). Ал эми люпус-нефрит менен ооругандардын арасында аял/эркек катышы 11:1 болгон.

Курактык өзгөчөлүктөрү боюнча 16-35 жаштагы люпус-нефрит менен ооругандар 99 (69,2%), 36-45 жаш – 28 (19,6%) 45 жаштан жогоркулар – 16 (11,2%), б.а. люпус-нефрит менен ооругандардын басымдуу көпчүлүгү 16-35 жаштагы жаш кыздар жана аялдар (б. а. репродуктивдүү курактагы аялдар)

болгон. 16-35 жана 36-45 жаштагы бейтаптардын ортосундагы айырмачылыктардын аныктыгы верд=2,04; $p<0,05$, ал эми 16-35 жана 36-45 жаштагы бейтаптардын ортосундагы айырмада анык болгон ($z=3,29$; $p<0,05$).

3.1.3-таблицада көрсөтүлгөндөй 5 жылга чейин оорунун узактыгы боюнча 5 жылдан 10 жылга чейин жана 10 жылдан ашык оорунун узактыгынан алда канча көп болгон (тиешелүүлүгүнө жараша, $z=3,86$ жана $z=3,57$; $p<0,05$).

Люпус-нефрит менен ооругандардын тобунда курч жүрүшү - 53 (37,1%), басынкы курч жүрүшү - 63 (44,0%) жана өнөкөт жүрүшү - 27 (18,9%) учурларда аныкталганы көрүнүп турат. Ошол эле учурда, бир жагынан оорунун курч жана басынкы курч жүрүшү менен, экинчи жагынан өнөкөт басынкы жүрүшү менен топтордун ортосундагы айырма анык болгон (тиешелүүлүгүнө жараша $su_{\Sigma}=2,67$ жана $os_{\Sigma}=3,07$; $p<0,05$).

3.1.3-таблица – Люпус-нефрит менен ооругандардын жынысы, жаш курагы, оорунун узактыгы, оорунун жүрүшүнүн мүнөзү жана активдүүлүгү боюнча мүнөздөмөсү.

Мүнөздөмө	Люпус-нефрит (n=143)		Z-критерий жана Р- мааниси
	Абс	%	
Аялдар Эркектер	131 12	91,6 8,4	$z=3,29$; $p<0,05$
Жаши, курагы			
16 – 35	99	69,2	$z=2,04$; $p<0,05$
36-45	28	19,6	$z=33,3$; $p<0,05$
45 жаштан жогору	16	11,2	
Оорунун узактыгы:			
5 жылга чейин	91	63,6	$z=3,86$; $p<0,05$
5 жылдан 10 жылга чейин	34	23,8	$z=3,57$; $p<0,05$
10 жылдан жогору	18	12,6	
Оорунун жүрүшү:			
Курч	53	37,1	$z=2,67$; $p<0,05$
Басынкы курч	63	44,0	$z=3,07$; $p<0,05$
Өнөкөт	27	18,9	
SLEDAI 2K боюнча активдүүлүк:			
Төмөн активдүүлүк	14	9,8	$z=2,55$; $p<0,05$
Орточо активдүүлүк	19	13,3	$z=2,94$; $p<0,05$
Жогорку активдүүлүк	58	40,1	$z=3,03$; $p<0,05$
Активдүүлүктүн өтө жогорку деңгээли	52	36,7	$z=3,01$; $p<0,05$

Люпус-нефрит менен ооругандардын тобунда активдүүлүгү төмөн (SLEDAI 2K) 14 (9,8%), активдүүлүгүнүн орточо даражасы - 19 (13,3%), активдүүлүгүнүн жогорку даражасы – 58 (40,5%) учурларда жана активдүүлүгүнүн өтө жогорку даражасы – 52 (36,4 %) учурларда катталган. Ал эми активдүүлүгүнүн төмөн жана орто даражаларына салыштырганда активдүүлүгүнүн жогорку жана өтө жогорку даражалары бар люпус-нефрит оорулууларынын айырмачылыктарынын аныктыгы жогору болгон (тиешелүүлүгүнө жараша $z=3,03$, $z=3,01$, $z=2,55$ жана $z=2,94$; $p<0,05$).

Азия улутундагы 174 бейтаптын (монголоид расасы) ичинен люпус-нефрит белгилери 129 же 72,4% учурларда, ал эми европа улутундагы 32 бейтаптын (европеоид расасы) 14 же 43,8% учурларда аныкталган. Башкача айтканда, азия улутундагы адамдарда (монголоид расасы) европа улутундагы (европеид расасы) бейтаптарга салыштырмалуу люпус-нефрит оорусу бир кыйла көп аныкталган. Ал эми оорулуулардын бул топторунун ортосундагы айырмачылыктардын ишенимдүүлүгү $z=3,21$; $p<0,05$ түзгөн.

Азия улутундагы (монголоид расасы) люпус-нефрит менен ооругандарда оорунун курч жүрүшү - 61 (47,3%), басыңкы жүрүшү - 50 (38,8%) жана өнөкөт жүрүшү - 18 (13,9%) учурларда аныкталган.

Демек, азия улутундагы люпус-нефрит менен ооругандардын басымдуу көпчүлүгүндө (86,1%) оорунун курч жана басыңкы курч жүрүүсү белгиленген. Ошол эле учурда азия улутундагы (монголоид расасы) люпус-нефрит менен ооруган бейтаптардан анык (тиешелүүлүгүнө жараша $z=3,22$ жана $z=2,89$) табылган; $p<0,05$) бир жагынан оорунун курч жана басыңкы курч жүрүшү менен экинчи жагынан өнөкөт жүрүшү менен ооругандардын чакан топторунун ортосундагы айырмачылык байкалган.

SLEDAI 2K индекси боюнча азия улутундагы адамдарда (монголоид расасы) оорунун активдүүлүгү 13 (10,1%), активдүүлүктүн орточо даражасы - 15 (11,6%), активдүүлүктүн жогорку даражасы – 52 (40,3%) жана активдүүлүктүн өтө жогорку деңгээли – 49 (38,0%) люпус-нефрит менен ооругандарда аныкталган. Башкача айтканда, оорунун активдүүлүгүнүн жогорку жана өтө жогорку деңгээли азия улутундагы (монголоид расасы) люпус-нефрит менен ооругандардын олуттуу санында (78,3%) аныкталган. Азия улутундагы люпус-нефриттин активдүүлүгүнүн жогорку жана өтө жогорку даражалары менен (монголоид расасы) бейтаптардын топторун оорунун активдүүлүгүнүн төмөн жана орто даражалары менен салыштырууда анык айырмачылык аныкталган (тиешелүүлүгүнө жараша $z=3,08$, $z=2,90$, $z=2,82$ жана $z=2,86$; $p<0,05$) (3.1.4-таблица).

3.1.4-таблица – Азия улутундагы (монголоид расасы) люпус-нефрит менен ооругандардын мүнөздөмөсү (n =129)

Мүнөздөмө	Абс.	%	Z-критерий жана P-мааниси
Оорунун жүрүшү:			
Курч	61	47,3	$z=3,22; p<0,05$
Басыңкы курч	50	38,8	$z=2,89; p<0,05$
Өнөкөт	18	13,9	
SLEDAI 2K боюнча активдүүлүк:			
Төмөн активдүүлүк	13	10,1	$z=3,08; p<0,05$
Орточо активдүүлүк	15	11,6	$z=2,90; p<0,05$
Жогорку активдүүлүк	52	40,3	$z=2,82; p<0,05$
Активдүүлүктүн өтө жогорку деңгээли	49	38,0	$z=2,86; p<0,05$
Кайтарылгыс жабыркоолор	32	24,8	
Протеинурия >3,5 г/24с	26	20,2	$z=2,10; p<0,05$
КФ төмөндөшү <50 мл/мин	9	7,0	$z=1,99; p<0,05$
тӨБЖ	6	4,7	

Азия улутундагы (монголоиддик расадагы) люпус-нефрит менен ооруган бейтаптарда - 32 (24,8%) бейтаптарда бөйрөктүн кайтарылгыс жабыркоосу байкалган, анын ичинде протеинурия 3,5 г/24ч – 26 (20,2%), КФ 50 мл/мин төмөндөшү – 9 (7,0) жана тӨБЖ – 6 (4,7 %) бейтапта. Мында протеинурия 3,5 г/24саат, КФ 50 мл/мин төмөндөшү жана тӨБЖга караганда алда канча көп кездешкен (ишеним деңгээли тиешелүүлүгүнө жараша $z=2,10$ жана $z=1,99; p<0,05$).

АНА - 143 (100%) люпус-нефрит менен ооругандарда жана 63 (100%) нефритсиз ТКЖ менен ооругандарда табылган, ошондуктан негизги жана контролдук топтордун ортосундагы айырмачылыктардын аныктыгынын критерийи жүргүзүлгөн эмес.

Аныктык айырмачылыктар боюнча жыштыкта ысытма негизги жана контролдук топтордо болгон эмес ($z =1,34; p>0,05$), лейкопения - ($z=4,35; p<0,05$), тромбоцитопения - ($z=2,90; p<0,05$), аутоимундук гемолиз $z=2,39; p<0,05$, нейропсихикалык жабыркоолор (делирий, психоз, эпилепсия) ($z=2,50; p<0,05$), тырыксыз алопеция ($z =1,90; p>0,05$), былжыр челдин жарасы $z=2,76; p<0,05$, басыңкы же дискоиддик тери жүгүрүгү (БТЖ же ДТЖ) $z=3,93; p<0,05$, курч активдүү теринин жабыркашы ($z=2,37; p<0,05$), плевральдык жана/же перикардальдык эффузия $z=3,59; p<0,05$, курч перикардит ($z=0,85; p>0,05$).

> 0,05), артрит (биргелешкен катышуу же андан туура - 2 же андан көп муундардын жабыркашы) ($z = 1,81$; $p > 0,05$) (3.1.5-таблица).

3.1.5-таблица – Негизги жана контролдук топтордо ТКЖ ооруларында айрым классификациялык критерийлеринин кездешүү жыштыгы

№ пп	Белги	Люпус-нефрит (n=143)		ТКЖ люпус-нефритсиз (n=63)		Z-критерий жана Р-мааниси
		Абс.	%	Абс.	%	
1	АНА	143	100	63	100	-
2	Ысытма	126	88,1	45	71,4	$z=1,34$; $p>0,05$
3	Лейкопения	64	44,8	13	20,6	$z=4,35$; $p<0,05$
4	Тромбоцитопения	44	30,8	12	19,1	$z=2,90$; $p<0,05$
5	Аутоимундук гемолиз	60	42,0	18	28,5	$z=2,39$; $p<0,05$
6	Нейропсихикалык жабыркоолор (делирий, психоз, эпилепсиялар)	75	52,5	22	34,9	$z=2,50$; $p<0,05$
7	Тырыксыз алопеция	123	86,0	40	63,5	$z=1,90$; $p>0,05$
8	Былжыр челдин жарасы	57	40,0	16	25,4	$z=2,76$; $p<0,05$
9	Басынкы же дискоиддик тери жүгүрүгү (БТЖ же ДТЖ)	24	16,8	18	28,6	$z=3,93$; $p<0,05$
10	Курч активдүү теринин жабыркашы	107	74,8	32	50,8	$z=2,37$; $p<0,05$
11	Плевралдык жана/же перикардиялык эффузия	29	20,3	7	11,1	$z=3,59$; $p<0,05$
12	Курч перикардит	9	6,3	2	3,2	$z=0,85$; $p>0,05$
13	Артрит (биргелешкен катышуу)	128	89,5	41	65,1	$z=1,81$; $p>0,05$

Биз изилдеген ТКЖ бейтаптарында люпус-нефриттин пайда болушу 69,4% ды түздү, ал эми бөйрөктүн кайтарылгыс жабыркашынын белгилерин аныктоо жыштыгы - 22,8%ды түздү. Мында люпус-нефриттин негизги белгилери протеинурия сыяктуу - 64,6%, гематурия - 28,6%, цилиндурия - 8,7% жана пиурия – 10,7%ды түздү. Ал эми протеинурия 3,5 г/24ч сыяктуу бөйрөктүн кайтарылгыс жабыркоосунун белгилерин аныктоо жыштыгы - 18,9%, КФ 50 мл/мин төмөндөшү - 6,8% жана тӨБЖ 4,3%ды түзгөн. Бул маалыматтар биз изилдеген ТКЖ бейтаптарынын арасында люпус-нефритти аныктоонун жогорку жыштыгын жана оордугун көрсөтүп турат.

Люпус нефрит менен ооругандардын басымдуу көпчүлүгү аялдар болгон, люпус-нефритинин белгилери аялдарда эркектерге караганда 11 эсе көп байкалган. Люпус нефрит менен ооругандардын олуттуу саны (2/3) 16 жаштан 35 жашка чейинки кыздар жана жаш аялдар болгон. Люпус-нефрит менен ооруган адамдарда (дээрлик 2/3 учурларда) оорунун узактыгы 5 жылга чейин болгон.

Люпус нефрит менен ооругандардын көп саны (80% дан ашыгы) курч жана басыңкы курч ооруга чалдыккан.

Оорунун активдүүлүгүнүн жогорку жана өтө жогорку даражасы (SLEDAI 2К индекси боюнча) люпус-нефрит менен ооругандардын басымдуу санында (дээрлик 77%) белгиленген.

Биз текшерген ТКЖ оорулууларынын тобунда азия улутундагы (монголоид расасы) адамдарда люпус-нефрит европа улутундагы (европеоид расасы) бейтаптарга караганда 1,7 эсе көп катталган

Азия улутундагы (монголоид расасы) люпус нефрит менен ооругандарда оорунун курч жана басыңкы курч (86,1% учурларда) жана SLEDAI 2К индекси боюнча оорунун активдүүлүгүнүн жогорку жана өтө жогорку даражасы (78,3% учурларда) көп кездешкен, алар оор прогнозу менен мүнөздөлөт жана дарылоонун интенсивдүүлүгүн жогорулатууну талап кылат.

Бөйрөк жабыркоосунун кайтарылыгы белгилери, протеинурия 3,5 г/24ч, КФ 50 мл/мин төмөндөшү жана тӨБЖ азия улутундагы (монголоид расасы) бейтаптардын дээрлик 25% ында аныкталган, б.а. бул улуттагы (расадагы) ар бир төртүнчү пациенттин бөйрөк жабыркашы өлүмгө алып келет.

3.2 Люпус-нефрит оорусунда В-лимфоциттеринин спонтандык пролиферативдик жана иммуноглобулин синтездөөчү активдүүлүгү. Негизги топтогу (люпус-нефрит) жана контролдук 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-таблицаларында көрсөтүлгөн.

В-ЛСПА жана В-ЛСИА оң маанилеринин максималдуу мааниси жана жыштыгы люпус-нефрит менен ооругандардын тобунда, орточосу нефритсиз ТКЖ менен ооругандарда жана минималдуусу өнөкөт гломерулонефрит менен ооругандарда белгиленген.

3.2.1-таблица – Люпус нефрит менен ооругандардагы жана салыштырма топтордогу В-ЛСПА.

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

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

Мында люпус-нефрит менен ооругандардын В-ЛСПА жана В-ЛСИА боюнча деңгээли нефритсиз ($p<0,05$) жана өнөкөт гломерулонефрит ($p<0,001$) менен ооругандарга караганда кыйла жогору болгон. В-ЛСПА жана В-ЛСИА оң натыйжалары люпус-нефрит менен ооругандардын 100%, ТКЖ нефритсиз менен ооругандардын 90,5% жана өнөкөт гломерулонефрит менен ооругандардын 55,0% табылган. Люпус-нефрит менен ооругандарда В-ЛСПА жана В-ЛСИАнун оң натыйжаларын табуу жыштыгы анализденген.

3.2.2-таблица – Люпус-нефрит менен ооругандардагы жана салыштырма топтордогу В-ЛСИА

Изилденген топтор		N	M±m	Оң көрсөткүч жыйынтыгы		P
				Абс	%	
1	ӨГН	60	147,7±5,7	33	55,0	$t_1=2,2; p_1<0,05$ $t_2=4,5; p_2<0,001$ $t_3=2,3; p_3<0,05$
2	Нефритсиз ТКЖ	63	165,3±5,8	53	90,5	
3	Люпус-нефрит	143	181,8±4,9	143	100	

Эскертүү: ӨГН – өнөкөт гломерулонефрит, p_1 – нефритсиз жана өнөкөт гломерулонефриттин айырмасы; p_2 – люпус-нефрит менен өнөкөт гломерулонефриттин айырмасы; p_3 – люпус нефрит менен нефритсиз ТКЖтүн айырмасы.

Оорунун узактыгы 5 жылга чейин созулган люпус нефрит менен ооругандардын В-ЛСПА жана В-ЛСИАнун деңгээли 5-10 жыл жана 10 жылдан ашык оорулууларга караганда ишенимдүү болгон. Люпус-нефрит менен ооругандардын тобунда В-ЛСПА жана В-ЛСИАнун максималдуу мааниси да, бул көрсөткүчтөрдүн оң көрсөткүчтөрү да нефритсиз ЖТК менен ооругандарга жана өнөкөт гломерулонефрит менен ооругандарга караганда алда канча жогору болгон. Оорунун курч жана басыңкы курч жүрүүсүндө люпус нефрит менен ооругандар өнөкөт ооруга караганда В-ЛСПА жана В-ЛСИАнун деңгээли кыйла жогору болгон. Бул активдүүлүктүн деңгээлин аныктоо жана негизги иммуносупрессивдик терапиянын адекваттуу дозасын тандоо үчүн колдонууга болот.

3.3 Люпус-нефрит оорусундагы классикалык клиникалык жана лабораториялык көрсөткүчтөрү менен В-ЛСПА жана В-ЛСИА көрсөткүчтөрүнүн корреляциясы. Жогору жана өтө жогору коррелятивная байланыш көрсөткүчтөрдүн В-ЛСПА жана В-ЛСИА кездешүү жыштыгы менен АНА ($r=0,92$ жана $0,91$), ысытма ($r=0,78$ жана $0,82$), нейропсихикалык жабыркоолор ($r=0,78$ жана $0,82$), курч активдүү теринин жабыркашы ($r=0,91$ жана $0,92$), артрит ($r=0,73$ жана $0,76$), протеинурия $0,5$ г/24ч ($r=0,83$ жана $0,82$), люпус-нефрита ($r=0,87$ жана $0,91$, оң АФА ($r=0,81$ жана $0,82$), ДНКга АТ ($r=0,92$

жана 0,96), протеинурия 0,03 г/24ч ($r=0,87$ жана 0,91) жана протеинурия 3,5 г/24ч ($r=0,88$ жана 0,87) аныкталган.

Орточо корреляциялык байланыш көрсөткүчтөрдүн В-ЛСПА жана В-ЛСИА жыштыгы менен тапкан лейкопения ($r=0,56$ жана 0,59), тромбоцитопения ($r=0,51$ жана 0,52), аутоиммундук гемолиз ($r=0,57$ жана 0,53), тырыксыз алоpecia ($r=0,55$ жана 0,58), былжыр челдин жарасы ($r=0,56$ жана 0,58), басынкы же дискоиддик тери жүгүрүгү (БТЖ же ДТЖ) ($r=0,63$ жана 0,59), плевралдык жана/же перикардиалдык эффузия ($r=0,69$ жана 0,65), курч перикардит ($r=0,61$ жана 0,63), төмөнкү комплемент С3, С4 ($r=0,65$ жана 0,64), цилиндрурия ($r=0,53$ жана 0,56), гематурия ($r=0,63$ жана 0,62), КФ 50 мл/мин төмөндөшү ($r=0,53$ жана 0,56) жана ТӨБЖ ($r=0,52$ жана 0,55). Ал эми пиурия сыяктуу белги менен люпус-нефрит менен ооругандардын В-ЛСПА жана В-ЛСИА көрсөткүчтөрүнүн төмөн корреляциялык байланышы байкалган.

3.4 Люпус-нефритте дарылоонун түрүнө жараша В-ЛСПА жана В-ЛСИА көрсөткүчтөрүнүн динамикасы. Бардык оорулуулар 3 топко бөлүнгөн.

Люпус-нефрит менен ооруган I-топтогу бейтаптар (49 адам) негизги терапия катары глюкокортикостероиддерди (ГСК) монотерапия режиминде - преднизолон 0,5 - 1,0 мг/кг/күнгө чейин, клиникалык-лабораториялык турукташканга чейин 4-8 жума бою, андан кийин дозаны 5-10 мг/ күнгө чейин акырындык менен азайтуу менен алышкан.

II-топтогу бейтаптар (22 адам) клиникалык-лабораториялык натыйжага чейин гидроксихлорохин дарысын 400-800 мг/күндө 4-8 жума колдонушкан, андан кийин кийин акырындык менен 200-400 мг/күнгө которулган.

Иммуносупрессивдүү цитостатиктерди колдонгон III-топ (72 адам): азатиоприн 1-3 мг/кг/күн боюнча 8 жума, андан кийин дозасын 50-100 мг/күнгө чейин азайтуу же циклофасфамид 500 мг/күнүнө тамчы менен 2 жума сайын же мофетил микофенолат (ММФ) 2-3 г/күн алышкан.

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

3.4.1-таблицада көрсөтүлгөндөй, оорулуулардын 1-тобунда монотерапия режиминде ГКС базистик дарылоосу катары алган дарылоонун 12-жумасынын аягына карата В-ЛСПА жана В-ЛСИА деңгээлдеринин төмөндөшү анык эмес (тенденция түрүндө, $p>0,05$) жана дарылоонун 24-жумасынын аягына карата В-ЛСПА жана В-ЛСИА көрсөткүчтөрүнүн ишенимдүү төмөндөшү байкалган.

Базистик терапия катары алган оорулуулардын 2-тобунда гидроксихлорохин менен ГКСдин айкалышы, анык эмес дарылоонун 12-жумасынын аягына карата В-ЛСПА жана В-ЛСИА көрсөткүчтөрүнүн азайышы (тенденция түрүндө $p>0,05$), ал эми дарылоонун 24-жумасынын аягына карата В-ЛСПА жана В-ЛСИА көрсөткүчтөрүнүн ишенимдүү азайышы ($p<0,05$).

Цитостатик жана ГКС комбинациясын алган 3-топтогу В-ЛСПА жана В-ЛСИА маанилери дарылоонун 12-жумасынын аягына карата ишенимдүү азайган ($p < 0,05$), ал эми дарылоонун 24-жумасынын аягында бул көрсөткүчтөрдүн азайышынын аныктыгы күчөгөн ($p < 0,01$).

Демек, оорулуулардын 1- жана 2-топторунда В-ЛСПА жана В-ЛСИА көрсөткүчтөрүнүн ишенимдүү төмөндөшү 24 жумалык дарылоонун аягында болгон, ал эми бейтаптардын 3-тобунда В-ЛСПА жана В-ЛСИА көрсөткүчтөрүнүн ишенимдүү төмөндөшү 12 жумалык дарылоонун аягында белгиленген, ал эми 24-жумалык дарылоонун аягында бул көрсөткүчтөрдүн төмөндөшүнүн ишенимдүүлүгү андан да жогору болгон.

Оорулуулардын 1-тобундагы ЭЧЫ, АНФ жана dsDNAнын маанилери анык эмес ($p > 0,05$ тенденциясы түрүндө) дарылоонун 12-жумасынын аягында төмөндөгөн, ал эми дарылоонун 24-жумасынын аягында ишенимдүү азайган ($p < 0,05$).

Оорулуулардын 2-тобунда 1-топтогудай эле ЭЧЫ, АНФ жана dsDNAнын төмөндөшүнүн анык деңгээлдеринин мааниси дарылоонун 12-жумасынын аягында (тенденция түрүндө $p > 0,05$) азайышы, 24-жумасынын аягына карата алардын деңгээлдеринин анык азаюусу ($p < 0,05$) болгон.

Оорулуулардын 3-тобунда ЭЧЫ, АНФ жана dsDNAнын маанилери, 1- жана 2-топтордогудай эле, дарылоонун: 12-жумасынын аягына карата бул көрсөткүчтөрдүн анык эмес төмөндөшү (тенденция түрүндө $p > 0,05$) жана дарылоонун 24-жумасынын аягына карата анык төмөндөшү ($p < 0,05$) байкалган.

Демек, оорулуулардын 3 тобунда 12 жумалык дарылоонун аягында ЭЧЫ, АНФ жана dsDNA костаь маанилеринин анык эмес төмөндөшү байкалган, ал эми бул көрсөткүчтөрдүн ишенимдүү төмөндөшү 24 жумалык дарылоонун аягында гана болгон.

Ошентип, бардык 3 топто дарылоонун бардык этаптарында В-ЛСПА жана СИАВЛ жана салыштырылган спецификалык иммунологиялык көрсөткүчтөрдүн (АНФ и dsDN) төмөндөшү болгон, бирок 1 жана 2 оорулуу топтордо бул көрсөткүчтөрдүн төмөндөшү 24 жумалык дарылоонун аягында гана болгон, ал эми 3 оорулуу топто спавл жана В-ЛСИА көрсөткүчтөрүнүн ишенимдүү төмөндөшү дарылоонун мурдагы этаптарында (12 жумалык дарылоонун аягында) жана дарылоонун кийинки этаптарында бул көрсөткүчтөрдүн төмөндөшүнүн аныктыгынын жогорулашы (24 жумалык дарылоонун аягында).

Люпус-нефритин дарылоонун түрүнө жараша оорунун айрым клиникалык белгилеринин динамикасы изилденген.

3.4.1-таблица – Люпус-нефритти дарылоонун ар кандай түрлөрүндө В-ЛСПА жана В-ЛСИА көрсөткүчтөрүнүн ЭЧЫ, АНФ жана dsDNA ($M \pm m$ боюнча) салыштыруу динамикасы

№ пп	Көрсөт- күчтөр	Дарылоо мөөнөтү	I-топтогу бейтаптар (n=49)	II- топтогу бейтаптар (n=22)	III- топтогу бейтаптар (n=72)
1	В-ЛСПА шарт. бирд.	дарыл. чейин	154,9 \pm 5,3	159,1 \pm 5,5	162,3 \pm 5,1
		12 жум. соң	143,8 \pm 5,4 $t_1=1,5$; $p_1>0,05$	148,2 \pm 5,4 $t_1=1,4$; $p_1>0,05$	147,0 \pm 5,2 $t_1=2,1$; $p_1<0,05$
		24 жум. соң	138,7 \pm 5,2 $t_1=2,2$; $p_1<0,05$	143,3 \pm 5,3 $t_1=2,1$; $p_1<0,05$	141,1 \pm 5,3 $t_1=2,8$; $p_1<0,01$
2	В-ЛСИА шарт. бирд.	дарыл. чейин	177,2 \pm 5,8	178,1 \pm 6,3	182,4 \pm 6,1
		12 жум. соң	164,5 \pm 5,9 $t_1=1,6$; $p_1>0,05$	162,2 \pm 6,4 $t_1=1,8$; $p_1>0,05$	161,6 \pm 6,3 $t_1=2,4$; $p_1<0,05$
		24 жум. соң	159,3 \pm 6,1 $t_1=2,1$; $p_1<0,05$	158,8 \pm 5,9 $t_1=2,3$; $p_1<0,05$	157,3 \pm 6,4 $t_1=2,9$; $p_1<0,01$
3	ЭЧТЫ мм/с	дарыл. чейин	42,2 \pm 4,1	45,1 \pm 4,4	46,2 \pm 5,0
		12 жум. соң	33,3 \pm 3,8 $t_1=1,8$; $p_1>0,05$	33,7 \pm 4,2 $t_1=1,8$; $p_1>0,05$	34,3 \pm 4,9 $t_1=1,7$; $p_1>0,05$
		24 жум. соң	28,4 \pm 3,9 $t_1=2,4$; $p_1<0,05$	30,4 \pm 4,9 $t_1=2,2$; $p_1<0,05$	31,1 \pm 4,8 $t_1=2,2$; $p_1<0,05$
4	АНФ титр менен	дарыл. чейин	1:629,7 \pm 55,7	1:643,1 \pm 59,2	1:651,2 \pm 62,6
		12 жум. соң	1:498,9 \pm 52,8 $t_1=1,7$; $p_1>0,05$	1:487,3 \pm 56,5 $t_1=1,8$; $p_1>0,05$	1:479,4 \pm 63,9 $t_1=1,9$; $p_1>0,05$
		24 жум. соң	1:462,9 \pm 50,9 $t_1=2,3$; $p_1<0,05$	1:451,5 \pm 53,7 $t_1=2,4$; $p_1<0,05$	1:449,1 \pm 66,7 $t_1=2,2$; $p_1<0,05$
5	dsDNA МЕ/мл менен	дарыл. чейин	87,3 \pm 8,8	90,5 \pm 9,4	91,2 \pm 10,5
		12 жум. соң	65,1 \pm 8,6 $t_1=1,8$; $p_1>0,05$	65,8 \pm 9,9 $t_1=1,8$; $p_1>0,05$	62,9 \pm 11,2 $t_1=1,7$; $p_1>0,05$
		24 жум. соң	59,8 \pm 8,1 $t_1=2,3$; $p_1<0,05$	58,5 \pm 9,7 $t_1=2,4$; $p_1<0,05$	56,9 \pm 11,1 $t_1=2,2$; $p_1<0,05$

Эскертүү: t_1 , p_1 – дарылоого чейинки жана 3 айлык дарылоодон кийинки көрсөткүчтөрдүн айырмасы; t_2 , p_2 – дарылоого чейинки жана 6 айлык дарылоодон кийинки көрсөткүчтөрдүн айырмасы.

Оорулуулардын 1-тобунда да, 2-тобунда да теринин курч активдүү жабыркоосунун, артриттин, ысытманын, тырыксыз алопециянын жана плевралык жана/же перикардиялык эффузиянын пайда болуу жыштыгы дарылоонун 12-жумасынын аягында кыйла төмөндөгөн, ал эми дарылоонун 24-жумасынын аягында алардын пайда болушу дагы бир кыйла азайган. Бирок,

бул клиникалык белгилердин чоң деңгээлде төмөндөшү бейтаптардын 3-тобунда болгон.

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-топтогу В-ЛСПА жана В-ЛСИА көрсөткүчтөрүнүн ишенимдүү төмөндөшү дарылоонун мурдагы этаптарында болгон (12 жумалык дарылоонун аягында). Ошентип, оорулуулардын бардык 3 тобунда дарылоонун бардык этаптарында люпус-нефриттин классикалык клиникалык-лабораториялык белгилери азайган, бирок бул төмөндөө бейтаптардын 3-тобунда көбүрөөк байкалган.

КОРУТУНДУ:

1. Люпус-нефритиндеги оорунун клиникалык-лабораториялык көрсөткүчтөрү бөйрөк жабыркабаган ТКЖ караганда көбүрөөк байкалган (люпус-нефрити жок). Ал эми негизги иммуносупрессивдик терапиянын фонунда В-ЛСПА жана В-ЛСИА маанилери (классикалык клиникалык-лабораториялык жана спецификалык иммунологиялык чаралар менен бирге) ишенимдүү төмөндөгөн.

2. Люпус-нефрит менен ооругандардын В-ЛСПА жана В-ЛСИА деңгээли бөйрөк жабыркабаган (люпус-нефритсиз) жана өнөкөт гломерулонефрит менен ооругандарга караганда кыйла жогору болгон. Люпус нефрит оорулууларында В-ЛСПА жана В-ЛСИА активдүүлүк көрсөткүчтөрү канчалык жогору болсо, алардын маанилери да ошончолук жогору болгон жана базалык терапиядагы классикалык клиникалык-лабораториялык жана спецификалык иммунологиялык көрсөткүчтөргө салыштырмалуу В-ЛСПА жана В-ЛСИА көрсөткүчтөрүнүн эрте оң динамикасы байкалган.

3. В-ЛСПА жана В-ЛСИА көрсөткүчтөрү люпус-нефритинин классикалык клиникалык-лабораториялык жана спецификалык иммунологиялык белгилери менен жогорку жана орточо корреляциялык байланышка ээ болгон.

ПРАКТИКАЛЫК СУНУШТАР:

1. Тутумдашкан кызыл жүгүрүк оорусунда бөйрөктүн жабыркашынын белгилерин табуу (люпус-нефрит) менен ооруган адамдарда бөйрөктүн жабыркашынын белгилери оорунун оор белгиси катары аныктоо сунушталат, бул негизги иммуносупрессивдик терапияны дароо баштоонун көрсөткүчү болуп саналат.

2. В-лимфоциттеринин спонтандык пролиферативдик жана иммуноглобулинсинтездөөчү активдүүлүгүнүн жогорку деңгээлин дифференциалдык диагностикалык критерий катары люпус-нефритинин, бөйрөктүн жабыркабаган тутумдашкан кызыл жүгүрүк оорусунда жана өнөкөт гломерулонефриттин диагнозун аныктоодо эске алуу сунушталат.

3. В-лимфоциттеринин спонтандык пролиферативдик жана иммуноглобулинсинтездөөчү активдүүлүгүн аныктоону люпус-нефрит менен ооругандарда оорунун активдүүлүгүн жана дарылоонун натыйжалуулугун баалоо үчүн кошумча ыкма катары киргизүү сунушталат.

ДИССЕРТАЦИЯНЫН ТЕМАСЫ БОЮНЧА ЖАРЫЯЛАНГАН ЭМГЕКТЕРДИН ТИЗМЕСИ:

1. **Исманов, К. М.** Клинико-лабораторная характеристика больных люпус-нефритом [Текст] // К. М. Исманов // Вестник Ошского государственного университета. - 2016. - № 1. - С. 14-19; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=28431343>.

2. **Исманов, К. М.** Клиническое значение спонтанной иммуноглобулин-синтезирующей активности В-лимфоцитов при люпус-нефрите [Текст] / К. М. Исманов // Вестник Ошского государственного университета. - 2016. - № 1. - С. 19-25; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=28431344>

3. **Исманов, К. М.** Оценка клинико-иммунологических показателей при люпус-нефрите [Текст] / К. М. Исманов // Наука, образование, техника. - 2016. - № 2. - С. 147-159; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=27328309>.

4. 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. – Т. XXII, № 2. - С. 154-160.

5. 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. – Ташкент, 2016. - С. 48-51.

6. Анализ результатов различных видов терапии при люпус-нефрите [Текст] / К. М. Исманов, А. Т. Мамасаидов // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. - 2016. - Т. 16, № 11. - С. 36-39; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=28406903>.

7. Влияние различных видов лечения на показатели В-клеточной активации при люпус-нефрите [Текст] / К. М. Исманов, А. Т. Мамасаидов // Успехи современной науки. – Белгород, 2016. - Т. 3, № 7. - С. 162-167; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=26481649>.

8. Оценка эффективности различных видов лечения люпус-нефрита [Текст] / К. М. Исманов, А. Т. Мамасаидов, С. Т. Жолдошев // Успехи современной науки и образования. - Белгород, 2016. - Т. 6, № 11.- С. 22-27; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=27429703>.

9. Динамическое изменение показателя спонтанной иммуноглобулинсинтезирующей активности В-лимфоцитов при люпус-нефрите [Текст] / [К. М. Исманов, А. Т. Мамасаидов, Д. И. Абдурашитова и др.] // Центрально-Азиатский медицинский журнал. - 2018. - Т. XXIV. - С. 106-109.

10. Клинико-лабораторные показатели люпус-нефрита и люпус гепатита [Текст] / К. М. Исманов, А. Т. Мамасаидов, Ф. А. Мамасаидов // Наука, образование, техника. - 2023. - № 3. - С. 73-78; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=58733450>.

11. Оценка показателей спонтанной пролиферативной и иммуноглобулинсин-тезирующей активности В-лимфоцитов в зависимости от вида лечения люпус-нефрита [Текст] / К. М. Исманов, А. Т. Мамасаидов // Вестник Ошского государственного университета. - 2024. - № 4. - С. 23-30; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=78784484>

12. Анализ клинико-лабораторных показателей люпус-нефрита при различных видах лечения [Текст] / К. М. Исманов, А. Т. Мамасаидов, Ф. А. Мамасаидов // Вестник Ошского государственного университета. - 2024. - № 4. - С. 62-71; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=78784489>

Исманов Кеңешбек Марипжановичтин «Люпус-нефрит дартын дарылоодо жана клиникасында В-лимфоциттердин спонтандык пролиферативдүү жана иммуноглобулинди синтездөө активдүүлүгү» деген темадагы 14.01.22 – ревматология адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн жазылган диссертациясынын

РЕЗЮМЕСИ

Негизги сөздөр: люпус-нефрит, В-лимфоциттердин спонтандык пролиферативдик жана иммуноглобулин синтездөөчү активдүүлүгү (В-ЛСПА жана В-ЛСИА).

Изилдөө объектиси: люпус-нефрит дарты менен ооруган бейтаптар.

Изилдөө предмети: люпус-нефрит дартынын клиникалык-лабораториялык өзгөчөлүктөрүн изилдөө, люпус-нефрит дартынын клиникасында жана дарылоодо В-ЛСПА жана В-ЛСИА баалоо.

Изилдөө максаты: В-ЛСПА жана В-ЛСИА көрсөткүчтөрүн изилдөөнүн негизинде активдүүлүк даражасын баалоо методдорун өркүндөтүү, люпус-нефрит дартыны дарылоонун натыйжалуулугун баалоо.

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

Изилдөө жыйынтыктары жана алардын илимий жаңылыгы. ТКЖ люпус-нефритсиз дартына караганда, люпус-нефритте клиникалык-лабораториялык көрсөткүчтөрү айкыныраактыгы аныкталган. Азия расасындагы бейтаптарда люпус-нефрит дарты жана анын белгилеринин оордугу европалык расадагы бейтаптарга караганда жогору болгон. Бул В-ЛСПА жана В-ЛСИА деңгээлинин люпус-нефритсиз 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. Иммуносупрессивдик дарылоонун таасиринде люпус-нефрит менен ооруган бейтаптарда В-ЛСПА жана В-ЛСИА көрсөткүчтөрү бир топ төмөндөгөн, ал эми клиникалык, лабораториялык жана иммунологиялык көрсөткүчтөргө салыштырмалуу оң динамикасы аныкталган.

Колдонуу боюнча 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 жааты: 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.

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.

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.

Методы исследования: клинические, лабораторные, иммунологические, статистические.

Полученные результаты исследования и их научная новизна.

Обнаружено, что клинико-лабораторные показатели при люпус-нефрите были более выраженными, чем при СКВ без нефрита. Частота встречаемости люпус-нефрита и выраженность его признаков у больных азиатской расы была выше, чем европейской расы. Выявлено, что уровни СПАВЛ и СИАВЛ у больных люпус-нефритом был достоверно выше, чем у больных СКВ без нефрита и больных хроническим гломерулонефритом. Показано, что показатели СПАВЛ и СИАВЛ имели высокую и среднюю коррелятивную связь с классическими клинико-лабораторными и специфическим 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 СПАВЛ и СИАВЛ по сравнению с классическими клинико-лабораторными и специфическими иммунологическими показателями.

Рекомендации по использованию: в лечебно-диагностической практике медицинских организаций Кыргызской Республики.

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 (SPABL and SIABL).

The object of the study: patients with lupus nephritis.

Subject of research: study of clinical and laboratory features of lupus nephritis, assessment of SPABL and SIABL in the clinic and therapy of lupus nephritis.

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 (SPABL and SIABL).

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 SPADL and SIABL 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.



Тиражи 50 нуска. Кеңсе кагазы.
Кагаздын форматы 60 x 90/16. Көлөмү 3 б.т.
«Соф Басмасы» ЖЧК тарабынан басылып чыкты
720020, Бишкек ш., Ахунбаева көч., 92