

Lupus Nephritis in Systemic Lupus Erythematosus: Modern Diagnostic and Treatment Approaches

Kodirova Shaira Abdurahmanovna

Sherbaeva Marjona Sherboy qizi

Tashkent State Medical University

Abstract: Lupus nephritis (LN) is one of the most severe and severe forms of systemic lupus erythematosus (SLE). Kidney damage develops in a significant number of patients and significantly increases the risk of chronic renal failure and mortality. The article presents modern data on the epidemiology, pathogenesis, classification, and principles of treatment of lupus nephritis.

Keywords: systemic lupus erythematosus, lupus nephritis, autoimmune inflammation, immune complexes, renal failure.

TIZIMLI QIZIL BO‘RICHADA BO‘RICHALI NEFRIT: ZAMONAVIY ДИАГНОСТИКА VA DAVOLASH YONDASHUVLAR

Kodirova Shaira Abdurahmanovna

Sherbaeva Marjona Sherboy qizi

Toshkent davlat tibbiyot universiteti

Annotasiya: Bo‘richali nefrit (BN) tizimli qizil bo‘richa (TQV)ning eng og‘ir va oqibati jiddiy ahamiyatga ega ko‘rinishlaridan biridir. Buyrak shikastlanishi bemorlarning katta qismida rivojlanadi va surunkali buyrak etishmovchiligi va o‘lim xavfini sezilarli darajada oshiradi. Maqolada bo‘richali nefritining epidemiologiyasi, patogenezi, tasnifi va davolash tamoyillari bo‘yicha zamonaviy ma’lumotlar keltirilgan.

Kalit so‘zlar: tizimli qizil bo‘richa, bo‘richali nefrit, autoimmun yallig‘lanish, immun komplekslar, buyrak etishmovchiligi.



Kirish: Zamonaviy tibbiy tadqiqotlar natijalariga ko'ra, tizimli qizil bo'richa (TQB) aholining turli guruhlarida 100 000 kishiga 150 tagacha holat bilan uchraydi, reproduktiv yoshdagi ayollar kasallikdan erkaklarga qaraganda ancha tez-tez aziyat chekishadi. TQB bilan og'rikan bemorlar orasida buyrak shikastlanishi taxminan 47% hollarda rivojlanadi, bu butun dunyo bo'ylab 1,4 milliondan ortiq odamni tashkil qiladi va ushbu autoimmun kasallikning asoratlari hisoblanadi. AQSh va Yevropa mamlakatlarida 2024 yil holatiga ko'ra mos ravishda taxminan 218 000 va 130 000 bemorda bo'richali nefrit tashxisi tasdiqlangani qayd etilgan. Aniqlash usullarining takomillashishi kasallikning erta diagnostikasiga imkon bermoqda. Bo'richali nefrit TQB bilan bog'liq nogironlik va o'limning asosiy sabablaridan biri bo'lib qolmoqda. Zamonaviy davolash usullariga qaramasdan, bemorlarning qariyb 30% i 10 yil ichida terminal buyrak etishmovchiligiga o'tadi. So'nggi yillarda erta skrining va biopsiya o'tkazishning ahamiyati ortib bormoqda. Tadqiqotlar sharhi shuni ko'rsatadiki, BN bilan og'rikan odamlarning katta qismida kasallik belgilari mavjud, ammo ular har doim ham o'z vaqtida aniqlanmaydi: bemorlarning 35% dan ortig'ida esa, hatto buyraklar zararlanishiga shubha bo'lsa ham, buyrak biopsiyasini o'tkazilmagan. Bu esa kech tashxis qo'yilishi va prognozning yomonlashishiga olib keladi.

Morfologik tasnifi: ISN/RPS ((Xalqaro nefrologlar va patologlar jamiyati 2003 y) tasnifiga ko'ra, bo'richali nefritining oltita morfologik sinfi ajratiladi - minimal mezangial o'zgarishlardan (I sinf) sklerozlanuvchi nefritgacha (VI sinf). III–IV sinflar diffuz va fokal proliferativ o'zgarishlar bilan kechib, jiddiy oqibatga ega. V sinf membranoz shikastlanish bilan xarakterlanadi.

Patogenezi: Bo'richali nefrit boshlanishining asosida immunologik tolerantlikning buzilishi va hujayra yadrosining tarkibiy qismlariga (anti-dsDNA, anti-Sm va boshqalar) autoantitelolar hosil bo'lishi yotadi. Hosil bo'layotgan immun komplekslar qonda aylanib yuradi va buyrak koptokchalarida to'planib borib, komplementning faollashuviga va yallig'lanish reaksiyasiga sabab bo'ladi. Koptokchalar bazal

membranasining zararlanishi, mezangial hujayralarning proliferatsiyasi, yalligʻlanish hujayralari infiltratsiyasi boshlanadi va sklerotik oʻzgarishlar yuzaga keladi. Komplement tizimining faollashuvi va yalligʻlanish oldi sitokinlarining ishlab chiqarilishi muhim rol oʻynaydi. Immun yalligʻlanish buyraklarning filtrlash funksiyasining buzilishiga olib keladi.

Klinikasi: Buyrak zararlanishi kasallik tashxisi qoʻyilgandan keyin oʻrtacha bir yil oʻtgach rivojlanadi, garchi u yugurikning yagona visseral koʻrinishi boʻlishi ham mumkin. Lyupus nefrit 40 foiz hollarda belgilarsiz oʻtadi va laboratoriyada aniqlanadi. Klinikada odatda asosiy patologiya belgilari ustunlik qiladi (boʻgʻim shikastlanishi, xarakterli eritema, serozitlar), ularga yuzda joylashgan va ertalab eng koʻp ifodalangan shishlar, sutkalik siydik miqdorining kamayishi qoʻshiladi.

2-5% bemorlar siydikda koʻzga koʻrinadigan qon aralashmasi paydo boʻlishini qayd etadilar. Jarayonning rivojlanishida 60-70% bemorlarda anʼanaviy gipotenziv dorilarga refrakter boʻlgan diastolik bosimning yuqori qiymatlari bilan turgʻun arterial gipertenziya yuzaga keladi. Umumiy ahvol morfologik oʻzgarishlarning ifodalanganligiga bogʻliq, engil darajadagi nefritda buzilishlar boʻlmaydi, ogʻir kechishida intoksikatsiya belgilari kuchayadi, teri qichishishi, kuchli bosh ogʻrigʻi paydo boʻladi. Dunyo etakchi nefrolog olimlari tomonidan patologik jarayonning ogʻirligi, keche xususiyatlari va oqibatlarini hisobga olgan holda lyupus-nefritning quyidagi klinik kechish shakllari taklif etilgan, yaʼni:

1. Buyrak autoimmun yalligʻlanishining nefrotik sindrom, xavfli gipertenziya, SBning erta paydo boʻlishi bilan tez rivojlanuvchi shakli, oqibati jiddiy, TQB bilan ogʻrigan bemorlarning 10-12% da aniqlanadi.
2. Nefrotik sindrom sindrom belgilari (30-40% holatda) bilan oʻtadigan faol nefrit topiladi.
3. 30-33% hollarda faol glomerulonefrit aniqlanadi, uning kechishida siydik sindromi ustunlik qiladi.

4.15-30% bemorlarda nefrit yashirin kechadi va faqat laboratoriya usulida aniqlanadi

ASORATLARI: kasallik ko‘pincha yurak-qon tomir patologiyasining shakllanishi yoki kuchayishiga olib keladi. Dislipidemiya bilan o‘tadigan simptomatik arterial gipertenziyada tomirlar zararlanishi munosabati bilan boshlanadigan bo‘richali nefritning hammadan ko‘ra ko‘proq uchraydigan asoratlari: yurak ishemik kasalligi, insultlardir. Bemorlarda kortikosteroidlar va sitostatiklar bilan uzoq vaqt davolanganda immunitetning keskin pasayishi bilan bog‘liq bo‘lgan og‘ir yuqumli jarayonlar (sepsis, davolanmaydigan pnevmoniyalar, sil) paydo bo‘lishi mumkin. Nefrit V-hujayrali limfomalar paydo bo‘lishi bilan o‘tadigan hujayralar, jumladan leykotsitlarning xavfli o‘smalarga aylanib ketish xavfini kuchaytiradi. Buyrak etishmovchiligi bo‘richali glomerulonefritning oqibati tariqasida 10-15% hollarda uchraydi. Tez rivojlanuvchi kasallik bilan og‘rigan bemorlarning 36% da DQTS-sindrom kuzatiladi.

Diagnostikasi:

Umumiy qon tahlilida ko‘pincha leykotsitlar, eritrotsitlar, trombotsitlar miqdorining kamayishi, EChTning tezlashishi aniqlanadi.

Umumiy siydik tahlili. Lyupus nefritning klinik xiliga qarab cho‘kmada eritrotsitlar, leykotsitlar, silindrlar topilishi mumkin. Lupusli glomerulonefritning I darajasidan tashqari barcha shakllari uchun kuniga 200 dan 3000-3500 mg oqsil va undan ortiq proteinuriya xosdir.

Qondagi kreatinin miqdori. Odatda bu ko‘rsatkich diffuz proliferativ lyupus nefrit bilan og‘rigan bemorlarda, kamroq hollarda o‘choqli, membranoz shikastlanish, kasallikning sklerozlanuvchi shaklida yuqori bo‘ladi. Kreatinning me‘yordan yuqori bo‘lishi kasallikning oqibati jihatdan salbiy belgi bo‘lib xizmat qiladi.

Qonni antitelolarga tekshirish. Antinuklear omil, antinuklear antitanachalar, ds-DNK, nukleosomalar, gistonlarga qarshi antitanachalar mavjudligi aniqlanadi. Tahlilo‘tkazishda immunoflyuorescent va immunogistokimyoviy usullar qo‘llaniladi.

Lyupus antikoagulyant (LA). Testning oʻrtacha va yuqori koʻrsatkichlari nefritning antifosfolipid sindromi bilan birga kelishi uchun xosdir. Ijobiy natijalar autoimmun tromb yalligʻlanishining kuchayishi xavfining ortishini koʻrsatadi

Buyrak parenximasidagi strukturaviy oʻzgarishlarning ogʻirligini va funksional holatini baholashga imkon beradigan yordamchi usullar sifatida buyraklarning ultratovush tekshiruvi, KT, MSKT, MRT, ekskretor urografiya, nefrossintigrafiya, qonning kompleks biokimyoviy tekshiruvi, nefrologik kompleks, gemostaz tizimini baholash amalga oshirilishi mumkin.

Buyraklarning punktsion biopsiyasi. Biopstatni gistologik tekshirish toʻqimalarning patognomonik morfologik oʻzgarishlarini aniqlash imkonini beradi. Lyupus nefritga shubha boʻlgan barcha bemorlarda siydikning umumiy tahlili oʻzgarganda yoki zardob kreatininining koʻpayishi bilan oʻtkaziladi.

Davolash

Boʻrichali glomerulonefrit tashxisi qoʻyilgan TQB bilan ogʻrigan bemorlarni olib borishda asosiy terapevtik vazifalar remissiya induksiyasi, parenximaning funksional holatini imkon qadar uzoq vaqt saqlash, residivlar va asoratlarning oldini olish, hayot sifati va omon qolish koʻrsatkichlarini yaxshilashdan iborat. Davolash sxemasini tanlashda autoimmun jarayonning faolligi, destruktiv oʻzgarishlarning potensial qaytarilishi, buyrak etishmovchiligining ogʻirligi hisobga olinadi. Nofaol jarayon (boʻrichali nefritning I sinfi) boʻlgan bemorlarga buyrak holatini davriy skrining qilish va TQBning boshqa klinik koʻrinishlarini korreksiyalash uchun dori vositalarini buyurish tavsiya etildi.

Boʻrichali glomerulonefritning II sinfida terapiya buyrak qon oqimiga zarar etkazmasdan tizimli qon bosimini pasaytirish orqali antigipertenziv va nefroprotektiv taʼsir koʻrsatadigan AAF ingibitorlari bilan boshlanadi. Holatning terapevtik rezistentligi, proteinuriyaning kuchayishi, gematuriya belgilarining paydo boʻlishi va III-VI sinflarda qoʻshimcha GKS va ST byuriladi.



Bo‘richali nefritning simptomatik terapiyasi kasallikning alohida klinik ko‘rinishlarini davolashga qaratilgan. Arterial gipertenziya va sezilarli proteinuriya rivojlanganda AAF ingibitorlari yoki angiotenzin II retseptorlarining selektiv blokatorlarini qabul qilish tavsiya etiladi. Mumkin bo‘lgan dislipidemiyaning bartaraf etish uchun statinlar qo‘llaniladi. Antifosfolipid sindromi belgilari bo‘lgan bemorlarga antikoagulyantlar va antiagregantlar buyuriladi. Buyrak etishmovchiligi belgilarining kuchayishi, ayniqsa IV-V sinfli bo‘richali glomerulonefritlarda, BO‘T (gemodializ, peritoneal dializ, gemofiltratsiya, gemodiafiltratsiya va boshqalar) o‘tkazish, so‘ngra autoimmun yallig‘lanish faolligining 3-6 oylik pasayishidan keyin buyrak transplantatsiyasi uchun asos bo‘lib xizmat qiladi.

Xulosa: Bo‘richali nefrit TQBning eng og‘ir visseral shakllaridan biri hisoblanadi. Morfologik sinf va immunologik faollik prognostik ahamiyatga ega. Surunkali buyrak kasalligi rivojlanishining yuqori bo‘lishi erta tashxis qo‘yish va agressiv immunosuppressiv terapiya zarurligini belgilaydi. Zamonaviy yondashuvlar remissiya induksiyasi va uni saqlash strategiyasini farqlashni, individuallashtirilgan terapiyani va uzoq muddatli monitoringni talab etadi. Ayniqsa, III–IV sinflarda erta va agressiv immunosuppressiv terapiya buyrak funksiyasini saqlab qolishda hal qiluvchi ahamiyat kasb etadi.

Revmatolog va nefrolog ishtirokidagi har tomonlama yondashuv uzoq muddatli natijalarni yaxshilash va terminal buyrak etishmovchiligi xavfini kamaytirish imkonini beradi.

ADABIYOTLAR:

- 1.Клинические практические рекомендации КДИГО 2024 по ведению волчаночного нефрита. Перевод на русский язык Е.В. Захаровой. Нефрология и диализ. Приложение. 2024. 26(2):1-67.4
- 2.Kodirova Sh.A. Biriktiruvchi to‘qima diffuz kasalliklarida va revmatoidli artritda buyraklar zararlanishi T.Tib.Nashr 2026



3. Российское общество нефрологов. Клинические рекомендации по лечению гломерулонефритов. 2022г.
4. Стернер Р.М., С.П. Хартоно, Д.П. Гранде Патогенез волчаночного нефрита Журнал клинической и клеточной иммунологии. – 2004г
5. Anders H.J., Saxena R., Zhao M.H. Lupus nephritis. *Nat Rev Dis Primers*. 2020.
6. Almaani S., Meara A., Rovin B.H. Update on Lupus Nephritis. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2017.
7. KDIGO Clinical Practice Guideline for Glomerular Diseases. 2021.
8. Parikh S.V., Almaani S., Brodsky S., Rovin B.H. Update on lupus nephritis: Core curriculum. *Am J Kidney Dis*. 2020.
9. Fanouriakis A. et al. 2019 EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis*. 2019.