

ISSN 2181-5887



THERAPEUTIC HERALD OF UZBEKISTAN



O'ZBEKISTON
TERAPIYA AXBOROTNOMASI

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК
УЗБЕКИСТАНА

№ 4, 2024

Association of Therapeutic of Uzbekistan
O'zbekiston terapevtlar Assotsiatsiyasi

ISSN 2181–5887

THERAPEUTIC HERALD OF UZBEKISTAN

Scientific-practical journal

2024. № 4

O'ZBEKISTON TERAPIYA AXBOROTNOMASI

Ilmiy-amaliy jurnal

Редакционная коллегия:

Главный редактор А.Л. Аляви, академик АН РУз,
д.м.н., профессор
Зам. глав. редактора А.Х. Абдуллаев, д.м.н.
Зам. глав. редактора М.М. Каримов, д.м.н., профессор
М.Ю. Алиахунова, д.м.н., профессор
Б.А. Аляви, д.м.н., профессор
А.Г. Гадоев, д.м.н., профессор
Б.Т. Даминов, д.м.н., профессор
Л.Т. Даминова, д.м.н., профессор
Ж.А. Исмаилова, д.м.н.
У.К. Каюмов, д.м.н., профессор
М.Ш. Каримов, д.м.н., профессор
У.К. Камилова, д.м.н., профессор
Р.Д. Курбанов, академик АН РУз,
д.м.н., профессор
И.Р. Мавлянов, д.м.н., профессор
Д.А. Рахимова, д.м.н., профессор
А.М. Убайдуллаев, академик АН РУз,
д.м.н., профессор
А.В. Фозилов, д.м.н., профессор
Ф.И. Хамробаева, д.м.н., профессор

Редакционный совет:

Абдуллаев Р.Б. д.м.н., профессор (Ургенч)
Арипов Б.С., к.м.н. (Ташкент)
Арутюнов Г.П. чл.-корр. РАН, д.м.н.,
профессор (Москва)
Ахмедов Х.С., д.м.н., профессор (Ташкент)
Бабаев К.Т., д.м.н., профессор (Ташкент)
Джумагулова А.С., д.м.н., профессор (Бишкек)
Жаббаров О.О., д.м.н., профессор (Ташкент)
Закирходжаев Ш.Я., д.м.н., профессор (Ташкент)
Зуфаров М.М., д.м.н., профессор (Ташкент)
Ибгагимов А.Ю. д.м.н., профессор (Ташкент)
Кенжаев М.Л., д.м.н. (Ташкент)
Ливерко И.В., д.м.н., профессор (Ташкент)
Мамасолиев Н.С., д.м.н., профессор (Андижан)
Мирахмедова Х.Т., д.м.н. (Ташкент)
Муминов К.П., д.м.н. (Ташкент)
Мухамедова М.Г., д.м.н., профессор (Ташкент)
Набиева Д.А., д.м.н., профессор (Ташкент)
Рустамова М.Т., д.м.н., профессор (Ташкент)
Садыкова Г.А., д.м.н., профессор (Ташкент)
Собирова Г.Н., д.м.н. (Ташкент)
Собиров М.А., д.м.н., профессор (Ташкент)
Сооронбаев Т.М., д.м.н., профессор (Ташкент)
Ташкенбаева Э.Н., д.м.н., профессор
(Самарканд)
Тулабаева Г.М., д.м.н., профессор (Ташкент)
Туляганова Д.К., д.м.н. (Ташкент)
Хамраев А.А., д.м.н., профессор (Ташкент)
Хужамбердиев М.А., д.м.н., профессор (Андижан)
Шек А.Б., д.м.н., профессор (Ташкент)
Шодикулова Г.З., д.м.н., профессор
(Самарканд)

Журнал зарегистрирован в Узбекском агентстве по печати и информации. Рег. № 0572 от 28.12.2010 г.

Редакция не всегда разделяет точку зрения авторов публикуемых материалов.
Ответственность за содержание рекламы несут рекламодатели.

По вопросам публикации, подписки и размещения рекламы обращаться по адресу:
00084, Узбекистан, Ташкент, ул. Осиё 4. Научно-организационный отдел.
Тел.: (998–71) 234–30–77. Факс: (998–71) 235–30–63
E-mail: tervestuz@mail.ru
Сайт: terapevt.uz

Подписано в печать 06.12.2024. Формат 60×84¹/₈. Печать офсетная.
Усл. п.л. 35,0. Тираж 120. Заказ № 912.

Дизайн и печать ООО «Niso nashriyot va matbaa uyi». Ташкентская область,
Уртакчирчикский район, махалля Машъал, д. 1.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ШКАЛЫ HADS ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА <i>Хамраев А.А., Касимова М.Б., Нурмухаммедова Н.С., Гафурова С.Ш., Юлдашева У.Х.</i>	68
---	----

РЕВМАТОЛОГИЯ И НЕФРОЛОГИЯ

REVMATOID ARTRIT BILAN XASTA BEMORLARDA OSTEOPOROZNING XAVF OMILLARI <i>Aliaxunova M.Yu.</i>	72
REVMATOID ARTRITDA SELEKOKSIB PREPARATINING SAMARADORLIGINI BAHOLASH <i>Miraxmedova X.T., Solixov B.M.</i>	76
ОСТЕОАРТРИТ КАСАЛЛИГИДА МЕТАБОЛИК ЖИГАР ЁҒ КАСАЛЛИГИНИНГ АҲАМИЯТИ <i>Собирова Г.Н., Мирахмедова Х.Т., Саидрасулова Г.Б., Каримов М.М.</i>	80
ANKILOZLOVCHI SPONDILIT KLINIK KECISHINING O'ZIGA XOS XUSUSIYATLARI <i>Aliaxunova M.Yu.</i>	83
ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫХ ПОЛЕЙ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА У ВОЕННЫХ ЛИЦ <i>Камалова З.С., Хамрабаева Ф.И.</i>	90
ТИЗЗА БЎҒИНЛАРИ ЭРТА ОСТЕОАРТРИТИ, ТАШХИСЛАШ МЕЗОНЛАРИ ВА КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ <i>Абдураззакова Д.С., Набиева Д.А., Трофимов Е.А. Матчанов С.Х.</i>	94
NGAL КАК МАРКЕР ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК <i>Турсунова Л.Д., Жаббаров О.О.</i>	99
ТУРЛИ ПРОФИЛЛИ УЛЬТРАФИЛЬТРАЦИЯ УСУЛЛАРИДА ЎТКАЗИЛГАН ЭКСТРОКОРПОРАЛ ДЕТОКСИКАЦИЯ ФОНИДА РЕЖАЛИ ГЕМОДИАЛИЗ БЕМОЛЛАРИДА ИНТРАДИАЛИЗ ГИПОТОНΙΑ ЭПИЗОДЛАРИНИНГ МАНЗАРАСИ <i>Абдуллаев И.Ж., Сабиров М.А., Рашидова А.С., Барноев Х.Б.</i>	103
BUYRAK FUNKSIYASI BUZILGAN BEMORLARDA NOS3 GENINING T-786C POLIMORFIZMI EKSPRESSIYASIDAGI O'ZGARISHLAR <i>Zakirova G.A., Masharipova D.R., Boboev Q.T.</i>	109
ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА T-786C ГЕНА eNOS3 ПРИ РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТЕЙ <i>Жаббаров О.О., Хужаниязова Н.К., Турсунова Л.Д.</i>	117
СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИНИНГ ТУРЛИ БОСҚИЧЛАРИДА ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯГА БОҒЛИҚ РАВИШДА ДИСЭЛЕКТРОЛИТЕМИЯНИНГ ҲОЛАТИ <i>Сайитхонов С.М.</i>	121

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИДА АНТИАГРЕГАНТ ТЕРАПИЯ УЧУН ИНДИВИДУАЛ ГЕНОТИПЛАШНИНГ АҲАМИЯТИ <i>Ходжанова Ш.И., Аляви А.Л., Абдуллаев А.О.</i>	128
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С КАРДИОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ <i>Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Нуритдинова С.К.</i>	133
ПРИМЕНЕНИЕ БАЛЬНЕОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В СОВРЕМЕННЫХ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЯХ <i>Алиахунова М.Ю.</i>	143
РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ: ОПТИМИЗАЦИЯ ПОДХОДОВ К УЛУЧШЕНИЮ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ <i>Абдуллаев А.Х., Маткомиев Ж.А., Аляви Б.А.</i>	150

- критерии как оценка эффекта массажных воздействий // ЛФК и массаж. 2022. № 3. С. 32–33.
7. Turner J; A., Clancy S. Comparison of operant behavioral and cognitivebehavioral group treatment for chronic low back pain. // J. Consult. Clin. Psychol. Vol. 56. P. 261–266. Apr., 2018.
8. Weber K., Tyni-Lenne R. To identify the physiotherapy paradigm: A challenge for the future. // Physiotherapy Practice. 2009. Vol. 5(4). P. 169–170.
9. White K.P., Specchley M., Harth M., Ostbye I. Fibromialgia in rheumatology practice: a survey of Canadian rheumatologist. – J. Rheum. 2019. Vol. 22. P. 722–726.
10. WHO Departament of noncommunicable disease managment. Low back pain iniciative. Geneve, 2019. P. 7–12.
11. Winter D.A. Biomechanics and motor control of human movement. – John Wiley & Sons. Inc. N.Y., Chichster, Toronto, Singapore. 2020. P. 23–34.

УДК: 616.728.3-002-031.1-07-08

ТИЗЗА БЎҒИНЛАРИ ЭРТА ОСТЕОАРТРИТИ, ТАШХИСЛАШ МЕЗОНЛАРИ ВА КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ

АБДУРАЗЗАКОВА Д.С.¹, НАБИЕВА Д.А.¹, ТРОФИМОВ Е.А.², МАТЧАНОВ С.Х.¹.

¹Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент;

²И.И. Мечников номидаги шимолий-ғарбий давлат тиббиёт университети, г. Санкт-Петербург

РЕЗЮМЕ

РАННИЙ ОСТЕОАРТРИТ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ, КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ И КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Абдураззакова Д.С.¹, Набиева Д.А.¹, Трофимов Е.А.², Матчанов С.Х.¹.

¹Ташкентская медицинская академия, Ташкент; ²Северо-западный Государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Распространенность хронических заболеваний суставов, среди которых превалирует остеоартрит (ОА), продолжает стремительно расти во всем мире. До сих пор большинство больных начинают адекватно лечиться только на стадии органной недостаточности сустава, когда значительно замедлить прогрессирование патологического процесса уже невозможно. Это, в свою очередь, снижает эффективность проводимой терапии. Ранний ОА является одной из наименее изученных проблем. В статье рассматривается проблема своевременного выявления и комплексного лечения раннего ОА.

Ключевые слова: ранний остеоартрит, коморбидные состояния, ранняя диагностика.

SUMMARY

EARLY OSTEOARTHRITIS OF THE KNEE JOINTS, DIAGNOSTIC CRITERIA AND COMPLEX TREATMENT

Abdurazzakova D.S.¹, Nabieva D.A.¹, Trofimov E.A.², Matchanov S.Kh.¹.

¹Tashkent Medical Academy, Tashkent; ²Northwestern State Medical University named I.I. Mechnikov, St. Petersburg

The prevalence of chronic joint diseases, which among osteoarthritis (OA) predominates, continues to grow rapidly throughout the world. Until now, most patients begin to receive adequate treatment only at the stage of organ failure of the joint, when it is no longer possible to significantly slow down the progression of the pathological process. This reduces the effectiveness of the therapy. Early OA is one of the least studied problems. The article discusses the problem of timely detection and comprehensive treatment of early OA

Keywords: early osteoarthritis, comorbid conditions, early diagnosis.

ХУЛОСА

ТИЗЗА БЎҒИНЛАРИ ЭРТА ОСТЕОАРТРИТИ, ТАШХИСЛАШ МЕЗОНЛАРИ ВА КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ

Абдураззакова Д.С.¹, Набиева Д.А.¹, Трофимов Е.А.², Матчанов С.Х.¹.

¹Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент; ²И.И. Мечников номидаги шимолий-ғарбий давлат тиббиёт университети, Санкт-Петербург

Дунёда сурункали бўғин касалликлари, жумладан, остеоартит (ОА) тарқалиши жадал сурратлар билан кўпайиб бормоқда. Шу кунгача кўпчилик ОАга чалинган беморлар бўғинда қайтмас органик ўзгаришлар юзага келиб патологик жараёни тўхтатиш имкони бўлмаган боқичидан кейин адекват даволанишни бошлашади. Бу эса, ўз навбатида, давонинг самарадорлигини камайтиради. Эрта ОА кам ўрганилган муаммолардан бири бўлиб ҳисобланади. Мақолада эрта ОАни ўз вақтида аниқлаш ва комплекс даволаш муаммоси кўриб чиқилган.

Калит сўзлар: эрта остеоартрит, коморбид ҳолатлар, эрта ташхислаш.

Остеоартрит (ОА) – ҳужайра стресси ва экстрацеллюляр матрикс деградацияси билан характерланадиган, макро ва микрожароҳатлар туфайли ривожланадиган, патологик адаптив-тикланиш реакциялари ҳамда иммун тизими яллиғланишга олиб келувчи йўллар фаолла-шишига олиб келувчи бўғин касаллиги бўлиб ҳисобланади [1, 2, 3].

ОА тўғрисидаги замонавий тушунчалар моле-кула даражасида бошланиб, ҳужайра стресси авж олиб бориши натижасида конкерт бўғин структу-расидаги ўзаро боғлиқ жараёни ўз ичига олади ва аста-секин тоғай деградациясига, субхондрал суяк ремоделланишига, патологик репарация – остеофитозга, яллиғланиш реакцияси ва пайлар ҳамда субхондрал суяк зарарланиши туфайли бўғин функционал етишмовчилигига, мушак гипо-тофиясига олиб келади [4, 8, 11].

ОА беморнинг ҳаётига хавф туғдирмаса ҳам, уларнинг ҳаёт сифати ёмонлашишига, меҳнатга лаёқатининг вақтинча ва турғун бузилишига, коморбид ҳолатларнинг авж олишига, натижа-да умумий ўлим кўрсаткичларининг ошишига олиб келиши мумкин. 2016 йилда Остеоартрит-ни ўрганувчи халқаро ташкилот (Osteoarthritis Research Society International, OARSI) ҳамда Америка қўшма Штатлари (АҚШ) Озиқ овқат маҳсулотлари ва дори воситалари санитар на-зорати бошқармаси (Food and Drug Administration, FDA) биргаликда ОАни жиддий касаллик деб тан олишди [5, 12].

Охириги йилларда ОА тўғрисида тушунча се-зиларли даражада ўзгарди. ОА энди дегенера-тив касаллик сифатида эмас, балки яллиғланиш касаллиги сифатида қаралмоқда [6, 9, 10]. Шу

билан бир қаторда, бугунги кунга келиб ОАни да-волашда бир қатор объектив ва субъектив муам-молар мавжуд. Шуларнинг энг асосийси бемор-ларнинг шифокорга кечикиб мурожаат қилиши. Маълумотларга қараганда касалликнинг биринчи босқичида атиги 1%, иккинчи босқичида – 18%, учинчи босқичида эса 81% беморлар шифокорга мурожаат қилишади [7, 10, 13]. Бундан кўриниб турибдики, касалликнинг эрта босқичида, яъни самарали даволаш имконияти юқори бўлган пайтида беморларнинг аксарият қисми шифо-корга мурожаат қилмайди. Касалликнинг эрта босқичида беморлар бўғинларидаги оғриқлар до-имий хусусиятга эга бўлмайди, оғриқлар фақат жисмоний зўриқишда юзага келади ва дори-дар-монларсиз ўтиб кетиши мумкин. Кўпинча бемор-лар касалликнинг учинчи босқичида, қачонки, даволаш самарадорлиги чекланган пайтда ши-фокорларга мурожаат қилишади. Юқорида кел-тирилган фикрлардан шуни хулоса қилиш лозим-ки, остеоартритнинг олдини қанча эрта аниқлаш ва эрта даволаш касаллик асоратларини олишга катта ёрдам беради.

Тадқиқотнинг мақсади. Ташхислаш мезон-ларидан фойдаланган ҳолда эрта остеоартрит аниқланган беморларни комплекс даволаш усул-ларини ишлаб чиқиш.

Материал ва услублар. Тадқиқот Тошкент тиб-биёт академияси кўп тармоқли клиникаси артро-логик СКАЛ, ревматология ва кардиоревматоло-гия бўлимларида олиб борилди.

Ташхисни аниқлашда 2016 йилда қабал Аме-рика ревматологлар коллегаси (ACR) томонидан қабул қилинган ва қайта кўриб чиқилган диагно-стик мезонлардан фойдаланилди (1-жадвал).

1-жадвал

Тизза бўғинлари эрта остеоартрити мезонлари, қайта кўриб чиқилган (ACR 2016)

Мезонлар	Балл
Тизза бўғинидаги механик оғриқ	1
Тизза бўғинидаги дискомфорт	1
Ҳаракатда тизза бўғинидаги қирсиллаш	1
Сиовиал суюқликда яллиғланиш белгилари йўқлиги	2
40 ёш < дебют ≤50 ёш	1
Дебют >50 ёш	2
Суяк ўсиши (knee bony enlargement)	1
Рентгенографияда ёки МРТда остеофитлар аниқланиши	2

Изоҳ: камида 3 балл бўлганда ташхис аниқ ҳисобланади.

Тадқиқотга касаллик давомийлиги 6 ойгача бўлган (ўртача $4,3 \pm 1,4$ ой) эрта остеоартритли 41 нафар бемор олинди.

Беморларнинг клиник характеристикаси 2-жад-валда келтирилган.

Беморлар клиник характеристикаси

Кўрсаткичлар	Беморлар гуруҳи (n=41)
Жинси, n (%)	Эркаклар 14 (34,1%) Аёллар 27 (65,9%)
Ёши, йиллар (M±SD)	48,9±11,8
Касаллик давомийлиги, ой (M±SD)	4,3±1,4
Тана вазни индекси (ТВИ), кг/м ² (M±SD)	27,4±2,9
Келлгрэн бўйича рентгенологик босқичи, n (%)	
I	26 (63,5%)
II	15 (36,5%)
ВАШ оғриқ, мм (M±SD)	28,4±9,8
Индекс WOMAC, балл (M±SD)	31,6±10,4
Индекс Лекен, балл (M±SD)	7,9±3,1
Метаболик синдром, n (%)	25 (60,9%)
Юрак ишемик касаллиги	6 (14,6)
Қандли диабет, n (%)	3 (7,3%)
Гипертония касаллиги, n (%)	8 (19,5)

Беморларнинг клиник характеристикасидан кўриниб турибдики, беморларнинг ўртача тана вазни индекси (ТВИ) меъёридан юқори эканлиги аниқланди, бу эса ОА ривожланишининг риск омили бўлиб ҳисобланади.

Беморлар даволаш усулларига кўра икки гуруҳга бўлинди. 1-гуруҳ (назорат гуруҳи) 18 нафар бемор аъъанавий терапия (яллиғланишга қарши ностероид воситалардан мелоксикам кунига 15 мг, хондропротектив восита сифатида хондроитин сульфат кунига 800 мг) қабул қилди, 2-гуруҳ (асосий гуруҳ) 23 нафар бемор аъъанавий терапия (яллиғланишга қарши ностероид воситалардан мелоксикам кунига 15 мг, хондропротектив восита сифатида хондроитин сульфат кунига 800 мг) билан бирга реабилитация усуллари.

Олиб борилган тадқиқотимизда биз томонидан ОА билан касалланган беморларнинг патогенетик бўғинига қараб комплекс реабилитация усуллари ишлаб чиқилди. Унда беморнинг объектив ва субъектив белгилари, жинси, ёши бўйича табақаланиши, касалликнинг оғирлик даражаси, рентгенологик белгилари инobatга олинган ҳолда, реабилитация даво усуллари тавсия этилди. Эрта ОА билан оғриган беморларни ишлаб чиқилган реабилитация даво чоралари схемасининг самардорлигини тавсифловчи кўрсаткичлар динамикасини баҳолаш ҳар бир кузатиш босқичларида, терапия курси тугагандан кейин 3, 6 ойда ўтказилди.

Реабилитация машқлари сифатида қуйидагилар қўлланилди.

1. Тоза ҳавода юриш (2 та таёқда скандинав). Бундай юриш нафақат бўғинларнинг, балки инсоннинг бутун соғлиғи учун энг оддий ва самарали

усуллардан бири ҳисобланади. Ўпка ва юрак ишини яхшилади.

Тадқиқот олиб борилаётган эрта ОА билан касалланган беморлар ёндош касалликлардан бири – семизлик билан азият чекадилар. Бу эса айнан ОАнинг асосий патогенетик омилларидан бири ҳисобланади. Беморларга ҳар куни 40 дақиқа нормал суръатда юриш тавсия этилади. Бу эса ОАларни даволашнинг ажралмас қисми бўлиб қолмай, семизликнинг ҳам олдини олади.

2. Даволовчи жисмоний машқлар.

Даво машқларини бажаришда бемор риоя қилиши керак бўлган асосий тамойил – бу машғулотларнинг мунтазамлиги ва босқичма-босқичлиги.

1-машқ. (Капалак ҳолати).

Бошланғич ҳолат. Ерга ўтирган ҳолатда орқа соҳа текисланади, оёқлар эса олдинга чўзилади.

Тиззалар кетма-кет букилади ва оёқ товон соҳаси чов соҳасига қараб тортилади.

Иккала кафт бирлаштирилади ва товон ташқи тарафи ерга босилади.

Оёқ сон соҳаси ўз вазни ҳолатида ерга туширилади.

Кейин эса оёқлар худди капалак қанотидай ҳаракатланади.

Бу, аввало, оёқ мушакларини чўзиб мустаҳкамлайди, чаноқ-сон соҳасида ҳаракат доирасини оширади.

2-машқ. Бошланғич ҳолат. Чалқанча ётган ҳолатда тиззалар товонни ердан узмасдан сонгача букилади.

Кейин эса чаноқ-сон бўғинида букилиб, қўл билан ушлаб қорингача тортилади ва шу ҳолатда 10 сония ушлаб турилади.

Сўнгра оёқлар ерга туширилади ва аста-секин текисланади. Бундай ҳолат 10–15 мартагача такрорланади.

3-машқ. Бошланғич ҳолат. Оёқлар тиззагача букилади ва юқорига кўтарилади. Велосипед ҳайдагандай ҳаракат бажарилади.

4-машқ. Бошланғич ҳолат. Ерга ўтирган ҳолатда, оёқлар бироз ёйилган ҳолда чўзилади.

Тиззаларни букмасдан, оёқ товон соҳасигача қўллар чўзилади. Шундай эгилган ҳолатда 10 со- ния давомида турилади. Ҳаракат 5 та дан 8 мар- тагача такрорланади.

Беморларни жинси бўйича таҳлил қилгани- мизда (1-расм) қуйидаги маълумотлар олинди.

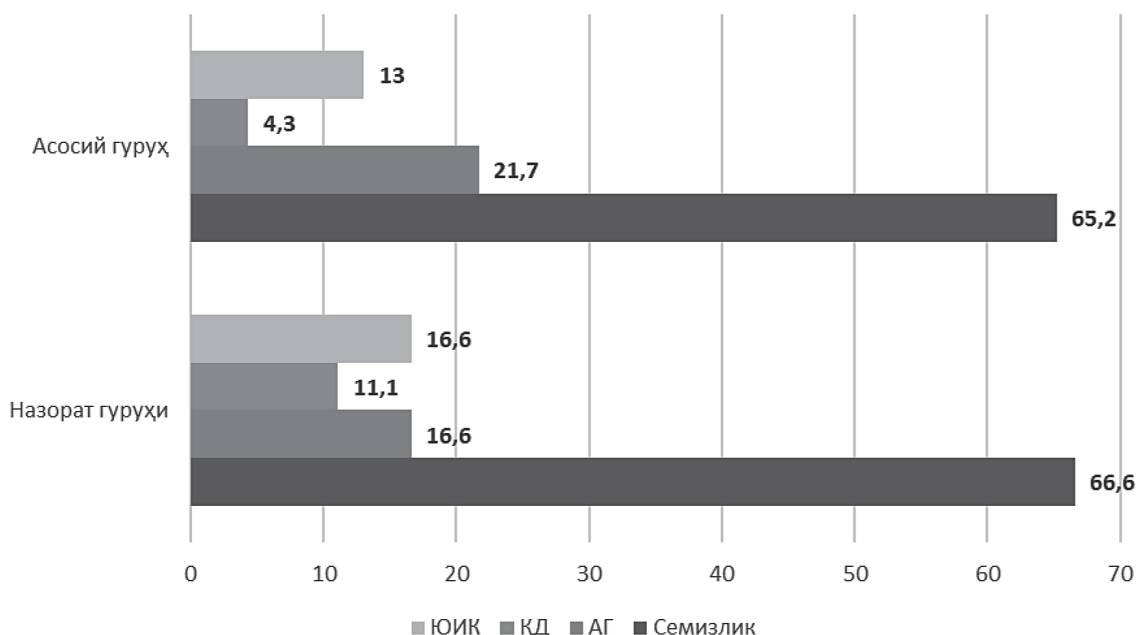


1-расм. Беморларнинг жинси бўйича тақсимланиши

Кузатувимиздаги ҳар иккала гуруҳда аёл ва эр- каклар нисбати деярли бир хилни ташкил қилди.

Беморларда коморбид ҳолатларни таҳлил қилганимизда (2-расм) ҳар иккала гуруҳда ҳам ортиқча тана вазни бор беморлар кўпчиликни ташкил қилди, улар назорат гуруҳида 12 нафар бемор (66,6%), асосий гуруҳда 15 нафар бемор- ни (65,2%) ташкил қилди, артериал гипертензи

(АГ) назорат гуруҳида 3 нафар беморда (16,6%), асосий гуруҳда 5 нафар беморда (21,7%) учра- ди, қандли диабет (ҚД) назорат гуруҳида 2 на- фар беморда (11,1%), асосий гуруҳда 1 нафар беморда (4,3%) учради, юрак ишемик касаллиги (ЮИК) ҳар иккала гуруҳда ҳам 3 нафардан бе- морда, мос равишда 16,6 ва 13,0% ни ташкил қилди.



2-расм. Беморларнинг коморбид ҳолатлар бўйича тақсимланиши

Шундай қилиб коморбид ҳолатлардан ҳар иккла гуруҳда ҳам тана вазни индекси юқори бўлган беморлар кўпчиликни ташкил қилди. На- зорат гуруҳида асосий гуруҳга нисбатан ЮИК ва қандли диабет нисбатан кўпроқ учраган бўлса, асосий гуруҳда назорат гуруҳига нисбатан арте-

риал гипертензияли беморлар кўпроқ учраганлиги аниқланди.

Кузатувимиздаги беморларда даволаш фо- нида клиник кўрсаткичлар динамикасини таҳлил қилганимизда (3-жадвал) қуйидаги маълумотлар олинди.

Беморларда клиник кўрсаткичлар динамикаси

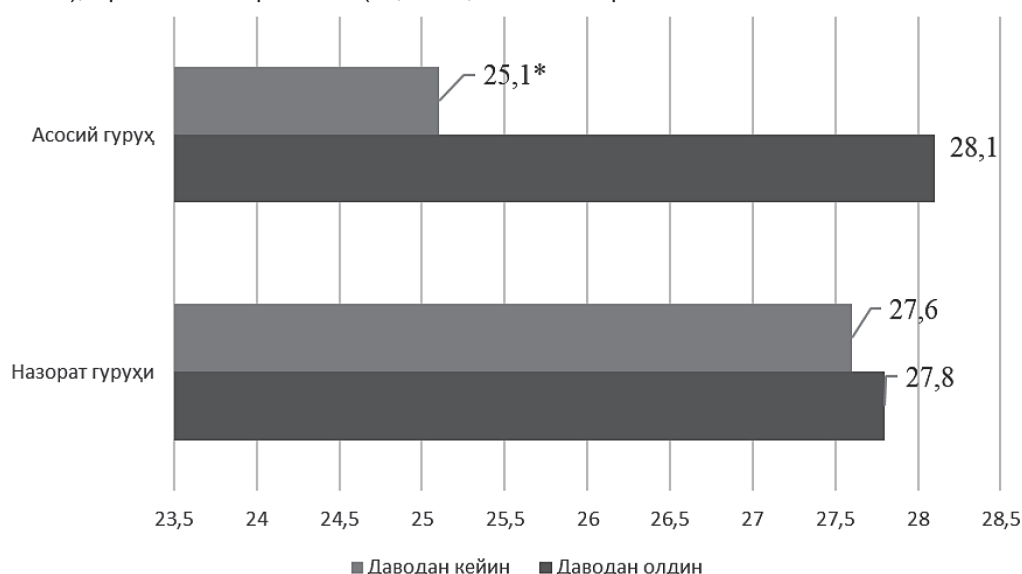
Клиник белгилар	Назорат гуруҳи		Асосий гуруҳ	
	Даводан олдин	Даводан кейин	Даводан олдин	Даводан кейин
ВАШ шкаласи (балл)	51,2±4,31	40,3±3,22*	61,4±4,28	11,7±2,12*
Лекен индекси (балл)	6,39±0,21	6,6±0,23	6,71±0,19	4,23±0,14*
Оғриқ интенсивлиги (балл)	1,52±0,12	1,39±0,11	1,33±0,061	0,84±0,052*
Эрталабки карахтлик (дақиқа)	32,29±5,82	29,29±6,71	31,28±6,12	17,91±5,21*

* Даволашдан олдин ва кейинги кўрсаткичлар фарқи $p < 0,05$.

3-жадвалда келтирилган кўрсаткичларга кўра, асосий гуруҳда даволанишдан олдин ва кейинги натижалар таққосланганда ишончлилик даражаси $p < 0,05$ га мос равишда визуал аналогли шкала (ВАШ) бўйича бўғинларда оғриқ интенсивлигининг камайганлиги (61,4±4,28 дан 11,7±2,12 гача), Лекен индекси бўйича бўғинларнинг функционал ҳолати яхшиланиши (6,71±0,19 дан 4,23±0,14 гача), оғриқ интенсивлиги (1,33±0,061 дан 0,84±0,052 гача), эрталабки карахтлик (31,28±6,12

дан 17,91±5,21 гача) ижобий томонга ўзгаргани кўринади. Назорат гуруҳида фақат ВАШ шкаласи бўйича кўрсаткичлар ишончлилик даражаси $p < 0,05$ га тенглиги аниқланди.

Беморларда тана вазни индекси (ТВИ) юқори бўлиши ОА касаллигини ривожлантирувчи омиллардан бири бўлиб ҳисобланади. Биз комплекс реабилитация тадбирларининг ТВИга таъсирини ўрганганимиздаги олинган натижалар 3-расмда келтирилган.



* Даволашдан олдин ва кейинги кўрсаткичлар фарқи $p < 0,05$

3-расм. Беморлар тана вазни индекси динамикаси

Ўтказилган тадқиқот натижасида (3-расм) асосий гуруҳ беморларга тақдим этилган даво машқлари ва скандинавча юриш тавсия этилгандан кейин беморлар тана вазни индекси кўрсаткичи ишонарли ($p < 0,05$) даражада камайди.

Шундай қилиб ўтказилган тадқиқотимизда олинган натижалар шуни кўрсатадики, эрта ОАли беморларни ташхислаш мезонларини та-

комиллаштириш лозим. Комплекс даволашда қўлланилган реабилитация дастурлари беморларда клиник белгиларнинг назорат гуруҳига нисбатан статистик ишонарли яхшиланганлигини кўрсатди, тана вазни индекси камайди, ВАШ, Лекен индекси кўрсаткичлари ижобий томонга ўзгарди.

АДАБИЁТЛАР

1. Abdurazzakova D.S., Nabieva D.A., Usmankhodzayeva A.A., et al. Effectiveness of rehabilitation programs in complex treatment of early osteoarthritis. International Journal of Education, Social Science &

Humanities. Finland Academic Research Science Publishers. Volume-11| Issue 12.2023. P. 456–462. doi.org/10.5281/zenodo.10259012

2. Alliston T., Hernandez C.J., Findlay D.M., et al. Bone marrow lesions in osteoarthritis: What lies beneath. *J Orthop Res.* 2018 Jul. 36(7). 1818–1825. doi: 10.1002/jor.23844. Epub 2018 May 22.
3. Du Souich P. Absorption, distribution and mechanism of action of SYSADOAS. *Pharmacol Ther.* 2014 Jun; 142(3). 362–374. doi: 10.1016/j.pharmthera.2014.01.002. Epub 2014 Jan 21.
4. Favero M, Ramona R, Goldring MB, et al. Early knee osteoarthritis. *RMD Open.* 2015 Aug 15;1 (Suppl 1):e000062. doi: 10.1136/rmdopen-2015-000062. eCollection 2015.
5. Hilgsmann M., Cooper C., Arden N., et al. Health economics in the field of osteoarthritis: an expert's consensus paper from the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO). *Semin Arthritis Rheum.* 2013 Dec; 43(3):303–13. doi: 10.1016/j.semarthrit.2013.07.003. Epub 2013 Aug 29.
6. Hunter D.J., Nevitt M., Losina E., Kraus V. Biomarkers for osteoarthritis: current position and steps towards further validation. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2014 Feb. Vol. 28(1). P. 61–71. doi: 10.1016/j.berh.2014.01.007.
7. Jaremko J.L., Jeffery D., Buller M., et al. Preliminary validation of the Knee Inflammation MRI Scoring System (KIMRISS) for grading bone marrow lesions in osteoarthritis of the knee: data from the Osteoarthritis Initiative. *RMD Open.* 2017 Jan 18. Vol. 3(1):e000355. doi: 10.1136/rmdopen-2016-000355. eCollection 2017.
8. Luyten F.P., Bierma-Zeinstra S., Dell'Accio F., et al. Toward classification criteria for early osteoarthritis of the knee. *Semin Arthritis Rheum.* 2018. Feb. Vol. 47(4). P. 457–463. doi: 10.1016/j.semarthrit.2017.08.006. Epub 2017 Aug 9.
9. Luyten F.P., Denti M., Filardo G., et al. Definition and classification of early osteoarthritis of the knee. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2012. Mar. Vol. 20(3). P. 401–406. doi: 10.1007/s00167-011-1743-2. Epub 2011 Nov 8.
10. Lynch J.A., Roemer F.W., Nevitt M.C., et al. Comparison of BLOKS and WOMBS scoring systems part I. Cross sectional comparison of methods to assess cartilage morphology, meniscal damage and bone marrow lesions on knee MRI: data from the osteoarthritis initiative. *Osteoarthritis Cartilage.* 2010 Nov. Vol. 18(11). 1393–401. doi: 10.1016/j.joca.2010.08.017. Epub 2010. Sep 16.
11. Man G.S., Moloughianu G. Osteoarthritis pathogenesis – a complex process that involves the entire joint. *J Med Life.* 2014 Mar 15. Vol. 7(1). P. 37–41. Epub 2014. Mar 25.
12. March L., Cross M., Lo C., et al; Osteoarthritis Research Society International. Osteoarthritis: A Serious Disease. *Osteoarthritis Research Society International*; 2016. P. 1–103.
13. Zhang W., Doherty M., Peat G., et al. EULAR evidence-based recommendations for the diagnosis of knee osteoarthritis. *Ann Rheum Dis.* 2010 Mar. Vol. 69(3). P. 483–489. doi: 10.1136/ard.2009.113100. Epub 2009 Sep 17.

УДК: 616.61-002.27:616-079.1

NGAL КАК МАРКЕР ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

ТУРСУНОВА Л.Д., ЖАББАРОВ О.О.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

ХУЛОСА

NGAL СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИ БОР БЕМОЛДАРДА БУЙРАКЛАР ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИНИ БАҲОЛОВЧИ МАРКЕР СИФАТИДА

Турсунова Л.Д., Жаббаров О.О.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

Ушбу мақолада сурункали буйрак касаллиги 2–4 босқичдаги 91 нафар беморларда ўтказилган тадқиқот материаллари келтирилган. Қон зардоби ва сийдикдаги NGAL миқдори, шунингдек қон зардобидаги цистатин С миқдори ўрганилди. Бунда қон зардобида NGAL даражаси қондаги креатинин, пешобдаги NGAL даражаси, гемоглобин, гематокрит, лейкоцит, КФТ (коптокча фильтрация тезлиги) ва цистатин С билан боғлиқлиги аниқланди. Пешобдаги NGAL миқдори эса бемор ёши, гемоглобин, гематокрит, қондаги креатинин ва КФТ билан корреляцион боғланиш ҳосил қилди. Тадқиқот давомида қон зардобидаги NGAL даражаси ўзгариши предикторлари қондаги креатинин (бета қиймати=0,97, $p=0,005$), цистатин С (бета қиймати=0,34, $p=0,01$) ва ҳКФТ (бета қиймати=1,77, $p=0,001$) эканлиги аниқланди. Соғлом инсонларда қон зардобида NGAL даражаси ёш, қондаги креатинин, лейкоцит, КФТ ва цистатин С билан боғлиқлик кўрсатди. КФТ пасайган одамларда юрак-қон томир касалликлари ва юрак ўлими хавфи юқори. Сурункали буйрак касаллигининг ривожланиши билан буйрак фаолиятини аниқ баҳолаш ўлим хавфини камайтириш учун тегишли стратегияни танлаш учун муҳимдир.

Калит сўзлар: NGAL, цистатин С, КФТ, буйрак функцияси, сурункали буйрак касаллиги.