



Республика спорт
тиббиёти илмий-амалий
маркази

ISSN 2181-998X



ТИББИЁТ ВА СПОРТ MEDICINE AND SPORT

2024
1

ТОШКЕНТ

ЎЗБЕКИСТОН МИЛЛИЙ ОЛИМПИА ҚЎМИТАСИ

2024/1

ISSN 2181-998X

РЕСПУБЛИКА СПОРТ ТИББИЁТИ
ИЛМИЙ-АМАЛИЙ МАРКАЗИ

ТИББИЁТ ВА СПОРТ
MEDICINE AND SPORT

Тошкент

ТАҲРИР ҲАЙЪАТИ

Бош муҳаррир

т.ф.н. К.К. Сирожитдинов

Бош муҳаррир ўринбосари

профессор И.Р. Мавлянов

Маъсул котиб

PhD, к.и.х. Н.Ш. Усмоналиева

Таҳририят аъзолари

*проф. А.А.Ходжиметов, проф. А.Т. Бабаев,
проф. А.Х.Аширметов, проф. Ж.А.Ризаев,
проф. Р.С.Мухамедов, т.ф.д. З.И. Мавлянов*

Таҳририят кенгаши

Академик Ф.Г.Назиров (Ўзбекистон)

Академик А.Л.Аляви (Ўзбекистон)

Академик Т.У.Арипова (Ўзбекистон)

Академик Г.М.Кориев (Ўзбекистон)

Академик Р.Д.Курбанов (Ўзбекистон)

Профессор А.И.Икрамов (Ўзбекистон)

Профессор Б.Т.Даминов (Ўзбекистон)

Профессор Б.А.Поляев (Россия)

Проф. Р.М.Маткаримов (Ўзбекистон)

Проф. Д.К.Нажмутдинова (Ўзбекистон)

Профессор Р.Т.Камилова (Ўзбекистон)

Профессор И.Ираситано (Италия)

Профессор Ф.И.Хамрабаева (Ўзбекистон)

Профессор Л.Н.Туйчиев (Ўзбекистон)

Профессор Е.А.Гаврилова (Россия)

Профессор Д.М.Сабиров (Ўзбекистон)

Профессор И.А.Ахметов (Буюк Британия)

Профессор Ш.А.Боймурадov (Ўзбекистон)

Профессор Б.Г.Гафуров (Ўзбекистон)

Профессор Т.А.Абдуллаев (Ўзбекистон)

СОДЕРЖАНИЕ

АНАЛИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ, СПОСОБСТВУЮЩИХ ФОРМИРОВАНИЮ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СОМАТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ Мухамадиева Н.Б.	91
ПСОРИАТИК АРТРИТ ЖИГАР НОАЛКОГОЛ ЁЎЛИ КАСАЛЛИГИ БИЛАН БИРГА КЕЛГАН БЕМОРЛАРНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИ Мухсимова Н.Р., Ширанова Ш.А.	94
АКСИАЛ СПОНДИЛОАРТРИТДА НОСТЕРОИД ЯЛЛИҒЛАНИШГА ҚАРШИ ПРЕПАРАТЛАРНИНГ САМАРАДОРЛИГИ Набиева Д.А., Мухаммадиева С.М., Ширанова Ш.А.	99
PODAGRA BILAN OG'RIGAN BEMORLARNING ICHAK MIKROBIOTASI SOG'LOM ODAMLAR ICHAK MIKROBIOTASIDAN FARQ QILISHI Набиева Д.А., Ширанова Ш.А., Мухаммадиева С.М.	102
ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИДА БУЙРАКЛАР ДИСФУНКЦИЯСИНИ ЭРТА ТАШХИСЛАШ ВА УНГА КОМБИНИРЛАНГАН ГИПОЛИПИДЕМИК ДАВО ТАЪСИРИНИ БАҲОЛАШ Рахимова М.Э.	106
СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИНИНГ ТУРЛИ БОСҚИЧЛАРИДА ДИСЭЛЕКТРОЛИТЕМИЯ ВА ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯНИНГ ЛАБОРАТОР МАНЗАРАСИ Саидхонов С. М., Сабиров М.А., Даминова К.М., Мунавваров Б.А.	111
ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА В ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЕ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН – ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ Таджибаев Ш.А., Исхаков Б.Р., Собиров Э.К., Абдурашидов Ф.Ш., Нематуллаев О.И.	115
QUALITY OF LIFE IN COMORBID COURSE OF BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN Mirrakhimova M.Kh., Saidkhonova A.M.	120
BOLALARDA АТОРИК DERMATIT PROFILAKTIKASI Mirraximova M.X., Nishanbayeva N.Yu.	124
АЁЛЛАРДА СЎЗАК КАСАЛЛИГИНИ АНИҚЛАШНИНГ ЎЗИГА ХОС ЖИҲАТЛАРИ Ёқубова М.А.	127
ДЕРМАТОГЛИФИК КЎРСАТКИЧЛАР ФЕНОТИП БЕЛГИЛАРМИ ЁКИ ГЕНОТИПНИ ЎЗИДА АКС ЭТТИРАДИМИ? Мавлянов И.Р., Аширметов А.Х., Содиков С.А.	131
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ, ЭТИОПАТОГЕНЕЗА, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДИФФУЗНО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА Хакимов Д.М., Джалалов А.С., Ботиров А.К., Хамидов Ф.Ш., Нишонова Н.А.	137
НАРУШЕНИЯ ОСАНКИ И ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ. НЕСВОЕВРЕМЕННАЯ КОРРЕКЦИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ Хаялиев Р.Я., Маркушин В.А., Газиева З.Ю., Мазимова Д.Э.	144
АЛЬТЕРНАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАКУУМНЫМ КОЛОКОЛОМ ПРИ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ Хаялиев Р.Я., Маркушин В.А., Рахимий Ш.У., Мазимова Д.Э.	152
ЖИСМОНИЙ ТАРБИЯ ВА СПОРТ	
SPORT BIOMEХАNIKASI TA'LIMIDA TIZIMLI YONDASHUV USULINI QO'LLASH SAMARADORLIGI Abdiyev Bekzod Shaymardonqulovich	161
SPORTCHILARNING TEXNIK MAHORAT KO'RSATKICHLARINI TAHLIL QILISHDA SPORT METROLOGIYASINING DOLZARBLIGI Yuldasheva K.A.	164
ЎЗБЕКИСТОНДА ЖИСМОНИЙ ТАРБИЯ ВА СПОРТНИНГ РИВОЖЛАНИШИ ЯНГИ БОСҚИЧДА Жаҳонгиров Б.Б.	166
ТЕХНИКО-ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ТРЕНИРОВОЧНОГО ПРОЦЕССА И СОРЕВНОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ Ибрагимова С.Б.	169
QISQA MASOFAGA YUGURUVCHILARNING SPORT MASHG'ULOTI JARAYONINI TEXNOLOGIK TA'MINLASH Kazoqov R.T.	172

АКСИАЛ СПОНДИЛОАРТРИТДА НОСТЕРОИД ЯЛЛИГЛАНИШГА ҚАРШИ ПРЕПАРАТЛАРНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

Набиева Д.А., Мухаммадиева С.М., Ширанова Ш.А.
Тошкент тиббиёт академияси, Ўзбекистон.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ АКСИАЛЬНОМ СПОНДИЛОАРТРИТЕ

Набиева Д.А., Мухаммадиева С.М., Ширанова Ш.А.
Ташкентская медицинская академия, Узбекистан.

EFFECTIVENESS OF NON-STEROID ANTI-INFLAMMATORY DRUGS IN AXIAL SPONDYLOARTHRITIS

Nabieva D.A., Mukhammadieva S.M., Shiranova Sh.A.
Tashkent medical academy, Uzbekistan.

Аннотация: Аксиал спондилоартрит (ахСпА) бўлган беморларда локсопрофен натрий препаратининг клиник-лаборатор самарадорлиги ва хавфсизлигини ўрганишидир. Тадқиқот Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникасининг ревматология бўлимида 18 ёшдан 55 ёшгача ахСпА билан даволанган 40 нафар беморни ўз ичига олди. Тадқиқот мақсадидан келиб чиқиб беморлар иккита гуруҳга ажратилди: 1-гуруҳ – 20 та бемор амангри 60мг 1кап.х3марта овқатдан кейин, 2-гуруҳ – 20 та бемор эса диклофенак 50мг 1кап.х3марта овқатдан кейин 12 ҳафта давомида қабул қилдилар. АхСпА ли беморларнинг 1/3 12 ҳафта давомида локсопрофен натрий препаратини 180мг/сут. қабул қилиши диклофенак 150мг/сут. сингари думгаза-ёнбош битишимасида сакроилеит фаоллигини камайтиради. Ножўя таъсирлар учраш частотасига кўра ҳам амангри препарати диклофенак препаратидан кескин фарқ қилмади.

Калим сўзлар: аксиал спондилоартрит, анкилозловчи спондилит, сакроилеит, ностероид яллигланишга қарши дори воситалари.

Аннотация. Изучение клинико-лабораторной эффективности и безопасности локсопрофена натрия у больных аксиальным спондилоартритом (акСпА). В исследование были включены 40 пациентов акСпА в возрасте от 18 до 55 лет, находившихся на лечении в ревматологическом отделении многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Исходя из цели исследования, пациенты были разделены на две группы: 1-я группа - 20 больных получали Локсопрофен натрий 60 мг по 1 кап.х 3 раза после еды, 2-я группа - 20 больных получали Диклофенак 50 мг по 1 кап.х3 раза после еды в течении 12 недель. После 12 нед. лечения, принимавшие локсопрофен 180 мг/сут. и диклофенака 150мг/сут. у 1/3 больных акСпА снизилось активность сакроилеита. Частота побочных эффектов между локсопрофеном и диклофенаком существенно не различалась.

Ключевые слова: аксиальный спондилоартрит, анкилозирующий спондилит, сакроилит, нестероидные противовоспалительные препараты.

Annotation. Study of the clinical and laboratory effectiveness and safety of loxoprofen sodium in patients with axial spondyloarthritis (axSpA). The study included 40 axSpA patients aged 18 to 55 years who were treated in the rheumatology department of the multidisciplinary clinic of the Tashkent Medical Academy. Based on the purpose of the study, the patients were divided into two groups: group 1 - 20 patients received Loxoprofen sodium 60 mg 1 cap x 3 times after meals, group 2 - 20 patients received Diclofenac 50 mg 1 cap x 3 times after meals for 12 weeks.

After 12 weeks treatment taking loxoprofen 180 mg/day. and diclofenac 150 mg/day. in 1/3 patients with ax-SpA, the activity of sacroiliitis decreased. The frequency of side effects between loxoprofen and diclofenac did not differ significantly.

Key words: axial spondyloarthritis, ankylosing spondylitis, sacroiliitis, non-steroidal anti-inflammatory drugs.

Ностероид яллигланишга қарши дорилар (НЯҚД) кўплаб яллигланишли бўғим касалликлари (ревматоид артрит, псориадик артрит, подагрик артрити ва бошқалар) учун биринчи даражали дорилардир [1]. Булар, эхтимол, дунёдаги энг кўп қўлланиладиган дорилардир [2]. Аксарият касалликлар учун НЯҚДлар аналгетик ва антипиретик таъсирга эришиш учун ишлатиладиган симптоматик воситалар сифатида кўриб чиқилади ва қўлланилади. Бироқ, аксиал спондилоартритли (ахСпА) беморларни даволашда НЯҚДлар алоҳида рол ўйнайди. НЯҚДлар циклооксигеназаларнинг (ЦОГ) фаоллигини ўзгартириш орқали арахидон кислотасининг метаболизмини ўзгартиради ва спондилоартритдаги асосий патологик жараён - яллигланишга қарши таъсирни таъминлайди. Бу эса НЯҚДларни спондилоартритларда (шу жумладан анкилозловчи спондилит – АСда ҳам) патогенетик терапия сифатида қўллашга имкон беради [2, 3].

Бироқ, НЯҚДлар ҳақида тўпланган билимлар ахСпА ни даволаш учун бир қатор муҳим саволларга жавоблар бермайди, булар: қанча узоқ вақт ва қандай режимларда дори-дармонларни буюриш керак; НЯҚД терапиясини қачон тўхтатиш ва қачон давом эттириш керак. Бир томондан, ахСпАда доимий ривожланиб борадиган яллигланишнинг табиати, бу касаллик билан касалланган беморлар НЯҚДларни узоқ вақт давомида олишлари керак, эхтимол доимий. Бошқа томондан, НЯҚДларни қўллаш натижасида ошқозон-ичак тракти (ОИТ), юрак-кон томир тизими, гемостаз ва буйрақларда келиб чиқадиган ножўя таъсирлар [8, 9] ушбу дориларни узоқ муддатли қўллаш имкониятини сезиларли даражада чеклайди ва фойда-хавф нисбати бўйича қабул қилишнинг мақбул йўлини аниқлаш учун турли НЯҚД режимини тўлиқ ўрганишни талаб қилади [10].

Ушбу тадқиқотнинг мақсади - ахСпА бўлган

беморларда, шу жумладан АС да локсопрофен натрий препаратининг клиник-лаборатор самарадорлиги ва хавфсизлигини ўрганишди.

Материал ва методлар. Тадқиқот Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникасининг ревматология бўлимида 18 ёшдан 55 ёшгача ахСпА билан даволанган 40 нафар беморни ўз ичига олди. Иштирок этиш учун хабардор қилинган розилик хати тадқиқотга қўшилиш мезони эди.

Барча беморлар ахСпА учун ASAS мезонларига жавоб беришди [11]. Йигирма тўртта (60%) беморларда рентгенография натижаларига кўра, икки томонлама сакроилиитнинг II босқичи ёки бир томонлама сакроилиитнинг III-IV босқичи белгилари мавжуд эди [4]; Бу беморлар АС учун ўзгартирилган Нью-Йорк мезонларига жавоб берди [3,5]. 16 та (40%) беморларда магнит-резонанс томография бўйича остеит белгилари мавжуд бўлиб, рентгенографияга кўра сакроилиит белгилари мавжуд эмас эди [7,12]. Барча беморлар BASDAI индекси (the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) бўйича ахСпАнинг юқори фаоллигига — ≥ 4 эга эдилар. Тадқиқот илгари НЯҚДларни қабул қилмаган беморларни, шунингдек НЯҚДларни вақти-вақти билан (14 кундан кам курслар) ёки доимий равишда қабул қилинадиган дори учун тавсия этилганидан пастроқ дозаларда НЯҚДларни қабул қилган беморларни ўз ичига олди.

Тадқиқот мақсадидан келиб чиқиб беморлар иккита гуруҳга ажратилди: 1-гуруҳ – 20 та бемор амангри 60мг 1кап.х3марта овқатдан кейин, 2-гуруҳ – 20 та бемор эса диклофенак 50мг 1кап.х3марта овқатдан кейин 12 ҳафта давомида қабул қилдилар.

Даволашнинг самарадорлиги ва хавфсизлигини аниқлаш. Даволаш самарадорлиги 1- 4- ва 12-ҳафталарда амалга оширилди. Даволаш самарадорлигини

баҳолаш учун, ахСпА фаоллик индексларининг ўзгаришини аниқлаш учун (BASDAI [8], АС касаллиги фаоллиги кўрсаткичи - ASDAS [9,10]), лаборатория параметрларининг динамикасини ўрганилди - Diasis реагентлари ёрдамида юқори сезгир иммунофотодиметрик усул билан аниқланган Вестерген бўйича эритроцитларининг чўкиш тезлиги даражаси (ЭЧТ) ва С-реактив оксил (СРО) даражаси. ASAS20, ASAS40 ва қисман ремиссия ASAS, BASDAI индексини 50% га пасайиш (BASDAI50) жавобига эришилган беморларнинг сони (%) ҳисобга олинди [6]. Бемор ва шифокор томонидан қониқишни баҳолаш учун PASS (the Patient Acceptable Symptom State) ва PhASS (the Physician Acceptable Symptom State) индекслари баҳоланди [3,7].

Даволашнинг хавфсизлиги 1-, 4- ва 12- ҳафталарда ноҳўя таъсирлар сони (НТ), умумий ҳолат ва ҳаётий функциялар (юррак уриши частотаси, нафас олиш тезлиги, артериал босим ва бошқалар) назоратини ҳисобга олган ҳолда, лаборатория кўрсаткичларини - умумий қон таҳлили, умумий сийдик таҳлили, умумий билирубин ва унинг фракциялари, аспартат ва аланин аминотрансферазалар, γ -глутамил транспептидаза, ишқорий фосфатаза, карбамид, креатинин, глюкоза даражасини аниқлаш орқали баҳоланди.

Статистик таҳлил. Олинган маълумотларга статистик ишлов бериш Microsoft. Excel, Statistica 6.0 дастури ёрдамида амалга оширилди. Таҳлил тавсифловчи статистиканинг умум қабул қилинган процедураларини, таққослашнинг параметрик бўлмаган усулларини ўз ичига олди. Ҳар бир бемор тадқиқотда иштирок этиш учун розилик хатини имзолади. Тадқиқот маҳаллий этик қўмита томонидан тасдиқланган.

Тадқиқот натижалари. Тадқиқотда иштирок этган беморлар тавсифи 1-жадвалда кўрсатилган.

Тадқиқот объектларининг тавсифи

1-жадвал

Кўрсаткич	Амангри гуруҳи (n=20)	Диклофенак гуруҳи(n=20)
Ёши, йилларда	30 (24;38)	33 (23;41)
Акс СпА давомийлиги, йилларда	3,5 \pm 2,6	3,6 \pm 4,6
Касаллик бошлангандаги ёш, йилларда	21,2 \pm 3,9	23,3 \pm 4,4
Эркактлар/Аёллар	14/6	15/5
АС/эрта аксСпА	11/9	12/8
Псориаз	1	0
Увеит	2	1
Энтезитлар	6	5
Периферик артрит	6	6
Дактилит	2	2

Ҳар хил ностероид анальгетикларнинг таъсир қилиш вақти ва таъсир қилиш даври таққосланди. Локсопрофен натрий таблеткалари эса энг қисқа таъсир

муддатига эга. Диклофенак натрий капсулалари таъсири бошланиши нисбатан узок, таъсир қилиш давомийлиги ҳам узок даврга эгаллиги қайд этилди (2-жадвал).

АхСпА да турли ностероид анальгетикларнинг таъсир қилиш вақтини таққослаш

2-жадвал

Характеристика	Локсопрофена натрий таблеткалари	Диклофенак натрий капсулалари
таъсирнинг бошланиши ($\bar{x} \pm s, \text{min}$)	40,5 \pm 6,3	60,2 \pm 5,2*
таъсир қилиш муддати ($\bar{x} \pm s, \text{min}$)	87,5 \pm 7,7	135,2 \pm 12,5*
таъсирнинг давомийлиги ($\bar{x} \pm s, \text{соат}$)	4,74 \pm 0,81	4,62 \pm 0,78*

Изоҳ: *P < 0,05 локсопрофен натрий таблеткалари билан солиштирганда.

Ҳар хил ностероид аналгетикларнинг аналгетик таъсирини таққослаш: аналгетик таъсири бўйича, 3-жадвалда кўрсатилгандек, диклофенак натрий ичкада эрийдиган капсулалари энг яхши оғриқ қолдирувчи таъсирга эга.

Ҳар хил ностероид аналгетикларнинг оғриқни пасайтириш таъсирини таққослаш ($\bar{x} \pm s$)

3-жадвал

Характеристика	Локсопрофена натрий таблеткалари	Диклофенак натрий капсулалари
аналгетик таъсир	2,99±0,65	2,51±0,46*

Изоҳ: * $P < 0,05$ локсопрофен натрий таблеткалари билан солиштирилганда.

Остеит фаоллигининг умумий кўрсаткичи (ОФУК) тадқиқот давомида 6,5 (4; 9) дан 2 (0; 5) баллга камайди ($p < 0,0001$; $n=40$). Локсопрофен препаратини 180 мг/сут. дозада қабул қилган 16та (80,0%) беморда 12 ҳафтадан сўнг остеит даражаси пасайди, 2 та (10%) беморда кўтарилди, 1 тасида (5,0%) ўзгармади. Даволаш натижасида эришилган ОФУК ўртасидаги бошланғич остеитнинг оғирлиги ва дастлабки ASDAS киймаглари ўртасида боғлиқлик аниқланди: коэффициент Дастлабки остеит учун Спирман корреляцияси $r=0,773$ эди ($p=0,01$), ASDAS индекси учун эса $r=0,66$ ($p=0,019$) ташкил қилди. Шундай қилиб, касалликнинг дастлабки фаоллиги ва остеитнинг бошланғич оғирлиги канчалик катта бўлса, сакроилеал битишмадаги (СИБ) қолдиқ яллиғланиш ўзгаришлари ҳам шунчалик юқори бўлади. Бошқа клиник ва лаборатор кўрсаткичлари фаоллиги ва остеитнинг кўрсаткич балли ўртасида боғлиқлик аниқланмади.

Остеит 23та (57,5%) беморда тўлиқ бартараф этилди: Локсопрофенни 180мг/сут.да истеъмол қилган 11тасида (55%) ва диклофенакни 150мг/сут.га қабул қилганларнинг 12 тасида (60%) ($p=0,077$).

АС бўлган барча беморлар ва "норадиографик" ахСпА бўлган 4 та беморда тадқиқот бошида ва охирида СИБда ёғли дегенерация белгилари мавжуд эди. Тадқиқотга қўшилиш вақтида ёғли дегенерация белгилари бўлмаган 6 та бемордан 3 тасида остеит бартараф этилган соҳада ёғли инфилтрация ўчоқлари ҳосил бўлган.

Даволаш хавфсизлигини мониторинг қилиш жараёнида 5 та ноҳўя таъсирлар (НТ) қайд этилган: 3 таси диклофенак ва 2 таси амангри препаратини қабул қилганларда. НТлар жигилдон қайнаши билан ифодаланди, 7 кун доимий дори препаратларини қабул қилгандан кейин пайдо бўлди ва парҳезни тузатиш ва омега-3 20 мг/кун капсулаларидан тавсия этилгандан сўнг тўхтади (эзофагогастроуденоскопияда кизилўнғач ва ошқозон-ичак трактининг шиллик каватида ўзгаришлар аниқланмади); Диклофенак қабул қилган гуруҳдаги 2 та беморда ва амангри қабул қилган 2 та беморда 2 ҳафталик терапиядан сўнг жигар трансaminaзалари фаоллигининг нормал даражадан икки марта ошиши диетани тузатиш фониди яхшиланди; 12-ҳафтада иккала гуруҳда 1 тадан беморда ҳиссий ҳаддан ташқари зўриқиш фониди уйқусизлик (НТ седатив терапия кейин тўхтади) қуцатилди. НТларнинг ҳеч бири дори воситаси бекор қилишни талаб қилмади. Ҳеч қандай жиддий НТ қайд этилмади.

Хулоса. ахС-СпА ли беморларнинг 1/3 12 hafta davomida амангри препаратини 180мг/сут. қабул

қилиш диклофенак 150мг/сут. сингари думғаза-ёнбош битишмасида сакроилеит фаоллигини камайтиради. Ноҳўя таъсирлар учраш частотасига кўра ҳам амангри препарати диклофенак препаратидан кучли фарқ қилмади.

Адабиётлар рўйхати:

1. Гайдукова И.З., Ребров А.П., и др. Эторикоксиб в лечении активного сакроилеита у больных аксиальными спондилоартритами, включая анкилозирующий спондилит. *Терапевтический архив.* 2014;12:42-47.
2. Каратеев А.Е. Нестероидные противовоспалительные препараты в современной клинической практике: «за» больше, чем «против». *Совр ревматол* 2008; 1: 70—77.
3. Baraliakos X., Haibel H., Listing J. Et al. Continuous long-term anti-TNF therapy does not lead to an increase in the rate of new bone formation over 8 years in patients with ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 2014; 73(4): 710-715.
4. Braun J., van den Berg R., Baraliakos X. et al. 2010 update of the ASAS/ EULAR recommendations for the management of ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 2011; 70 (6): 896—904.
5. Dougados M., van der Heijde D., Sieper J. et al. Symptomatic efficacy of etanercept and its effects on objective signs of inflammation in early nonradiographic axial spondyloarthritis: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Arthritis Rheumatol* 2014; 66 (8): 2091-2102.
6. Maquirriain J., Kokalj A. Management of acute Achilles tendinopathy: effect of etoricoxib on pain control and leg stiffness. *Georgian Med News* 2013; 222: 36-43.
7. Patrignani P., Capone M.L., Tacconelli S. Clinical pharmacology of etoricoxib: a novel selective COX2 inhibitor. *Expert Opin Pharmacother* 2003; 4 (2): 265-284.
8. Poddubnyy D., van der Heijde D. Therapeutic controversies in spondyloarthritis: nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Rheum Dis Clin North Am* 2012; 38 (3): 601—611.
9. Poddubnyy D., Rudwaleit M., Haibel H. Et al. Effect of non-steroidal anti-inflammatory drugs on radiographic spinal progression in patients with axial spondyloarthritis: results from the German Spondyloarthritis Inception Cohort. *Ann Rheum Dis* 2012; 71 (10): 1616—1622.
10. Poddubnyy D., Haibel H., Listing J. Et al. Baseline radiographic damage, elevated acute-phase reactant levels, and cigarette smoking status predict spinal radiographic progression in early axial spondyloarthritis. *Arthritis Rheum* 2012; 64 (5): 1388—1398.
11. Satoshi Endo, Tsubasa Nishiyama, Tomoe Matuoka et.al. Loxoprofen increases the function of the intestinal barrier by forming active metabolite carbonyl reductase 1 in differentiated Caco-2 cells. *Chemico-Biological Interactions.* 348 (2021) 109634.
12. Wanders A., van der Heijde D., Landewe R. Et al. Nonsteroidal antiinflammatory drugs reduce radiographic progression in patients with ankylosing spondylitis: a randomized clinical trial. *Arthritis Rheum* 2005; 52: 1756—1765.