

ISSN 2181-5887



# O'ZBEKISTON TERAPIYA AXBOROTNOMASI



## ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК УЗБЕКИСТАНА

№ 1, 2023

# O'ZBEKISTON TERAPIYA AXBOROTNOMASI

Ilmiy-amaliy jurnal

2023. № 1

# ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК УЗБЕКИСТАНА

Научно-практический журнал

**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  
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.  
Г.А. Садыкова, д.м.н., профессор  
А.М. Убайдуллаев, академик АН РУз,  
д.м.н., профессор  
Ф.И. Хамробаева, д.м.н., профессор

**Редакционный совет:**

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)  
Губергриц Н.Б., д.м.н., профессор (Донецк)  
Джумагулова А.С., д.м.н., профессор (Бишкек)  
Закирходжаев Ш.Я., д.м.н., профессор (Ташкент)  
Зияев Ю.Н., д.м.н., профессор (Ташкент)  
Зуфаров М.М., д.м.н., профессор (Ташкент)  
Искандарова С.Д. (Ташкент)  
Ливерко И.В., д.м.н., профессор (Ташкент)  
Мамасолиев Н.С., д.м.н., профессор (Андижан)  
Мирахмедова Х.Т., д.м.н. (Ташкент)  
Набиева Д.А., д.м.н. (Ташкент)  
Рустамова М.Т., д.м.н., профессор (Ташкент)  
Собирова Г.Н., д.м.н. (Ташкент)  
Собиров М.А., д.м.н., профессор (Ташкент)  
Ташкенбаева Э.Н., д.м.н., профессор  
(Самарканд)  
Тулабаева Г.М., д.м.н., профессор (Ташкент)  
Фозилов А.В., д.м.н., профессор (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](mailto:tervestuz@mail.ru)  
Сайт: [terapevt.uz](http://terapevt.uz)

Подписано в печать 08.05.2023. Формат 60×84<sup>1</sup>/<sub>8</sub>. Печать офсетная.  
Усл. п.л. 31,5. Тираж 120. Заказ № 338.

К ВОПРОСУ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ <i>Хамрабаева Ф.И.</i> .....	66
ОСОБЕННОСТИ ЛЕГОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ <i>Усмонов Д.А., Мухитдинова О.Ю., Юлдашева Ю.Х., Абдуразакова З.К.</i> .....	71
ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ СОРБИТОЛА И НАТРИЯ ЛАКТАТА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ <i>Хамрабаева Ф.И.</i> .....	75
HELICOBACTER PYLORI НИНГ МЕЪДА КАСАЛЛИКЛАРИДА ПАТОГЕНЛИГИНИ ЎРГАНИШ <i>Исмаилова Ж.А., Юсупбеков А.А.</i> .....	79
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РИФАКСИМИНА И НИФУРАТЕЛА В СОСТАВЕ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ <i>Хамрабаева Ф.И.</i> .....	85

### РЕВМАТОЛОГИЯ И НЕФРОЛОГИЯ

KORONAVIRUS INFEKSIYASIDAN KEYINGI BEMORLARDA SON SUYAGI BOSHCHASI AVASKULYAR NEKROZINING DASTLABKI BOSQICHINING KLINIK-RADIOLOGIK VA MAGNIT-REZONANS XUSUSIYATLARI <i>Aliaxunova M.Y., Ikromov J.R.</i> .....	90
КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА НПВП-ИНДУЦИРОВАННОЙ ГАСТРОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ КОМБИНАЦИИ ЭЗОМЕПРАЗОЛА И ЦИНКА <i>Саидов Ш.Б., Хамрабаева Ф.И.</i> .....	95
КОМОРБИД БЕМОРЛАРДА OSTEoarTRITNING KLINIK KECHISHINING XUSUSIYATLARI <i>Aliaxunova M.Yu., Xushvaktova G.</i> .....	99
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА – ЭТОДИН SR ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ <i>МАТЧАНОВ С.Х., АБДУРАЗЗАКОВА Д.С.</i> .....	105
REVMATOID ARTRIT VA AUTOIMMUN TIROIDITLI BEMORLARDA KALSIY-FOSFOR ALMASHUVI VA DENSITOMETRIK TEKSHIRISH NATIJALARI <i>Aliaxunova M.Yu., Isamitdinova N.Sh.</i> .....	111
ИНТРАДИАЛИЗ ГИПОТОНИЯ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ЮРАК ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ <i>Даминов Б.Т., Ортикбоев Ж.О., Ортикбоева Ш.О.</i> .....	116
ДАСТУРЛИ ГЕМОДИАЛИЗДАГИ БЕМОРЛАРДА ПАТОЛОГИК ВА ФУНКЦИОНАЛ БУЗИЛИШЛАР РИВОЖЛАНИШ ХАВФЛАРИ <i>Мирзаева Б.М.</i> .....	121
ПОКАЗАТЕЛИ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК <i>Игамбердиева Р.Ш., Абдуллаев Ш.С.</i> .....	127
СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИ ВА ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БИЛАН ОФРИГАН БЕМОРЛАРДА КАРДИОРЕНАЛ СИНДРОМ <i>Турсунова Л.Д., Жаббаров О.О., Умарова З.Ф., Максудова М.Х., Сайдалиев Р.С., Мирзаева Г.П., Рахматов А.М.</i> .....	133
ДАСТУР ГЕМОДИАЛИЗ БЎЙИЧА ГИПОТЕНЗИВ ЭПИЗОДЛАРНИ ТАШХИСЛАШ, ОЛДИНИ ОЛИШ ВА ТАРТИБГА СОЛИШНИНГ ЯНГИ УСУЛЛАРИ <i>Даминов Б.Т., Ортикбоев Ж.О.</i> .....	140

- patients with osteoarthritis of the hip or knee // BMC Musculoskel Dis. 2008. Vol. 9. P. 95.
43. Wieland, H.A. Osteoarthritis – an untreatable disease? / H.A. Wieland et al. // Nat. Rev. Drug Discov. 2005. Vol. 4(4). P. 331–344.
44. Zhuo Q. et al. Metabolic syndrome meets osteoarthritis // Nat. Rev. Rheumatol. 2012. Vol. 8(12). P. 729–737.

УДК:616-08-039.73:616.33

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА – ЭТОДИН SR ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ

МАТЧАНОВ С.Х., АБДУРАЗЗАКОВА Д.С.

*Ташкентская медицинская академия, Узбекистан*

### ХУЛОСА

#### ЭТОДИН SR – МАҲАЛЛИЙ ДОРИ ПРЕПАРАТИНИНГ ОСТЕОАРТРОЗ КАСАЛЛИГИДА САМАРАДОРЛИГИ

Матчанов С.Х., Абдураззакова Д.С.

Тошкент тиббиёт академияси, Ўзбекистон

Маҳаллий дори Этодин SR препарати остеоартрозни комплекс даволашда яллиғланишга қарши ностероид восита сифатида қўлланилиши мумкин. Препарат беморлар томонидан яхши кўтарилади ва узоқ таъсир қилувчи яллиғланишга қарши восита. Препарат таъсирида остеоартрозли беморларда оғриқ интенсивлиги камайиб, уларнинг функционал имкониятлари кўтарилади.

**Калит сўзлар:** остеоартроз, оғриқ синдроми, даволаш, яллиғланишга қарши ностероид воситалар.

### SUMMARY

#### EFFECTIVENESS OF THE DOMESTIC DRUG ETODIN SR IN OSTEOARTHRITIS

Matchanov S.X., Abdurazzakova D.S.

Tashkent medical academy, Uzbekistan

The domestically produced drug Etodin SR can be used as a non-steroidal anti-inflammatory drug in the complex treatment of osteoarthritis, as it has very good tolerability and prolonged anti-inflammatory effect. Under the influence of the preparation patients with osteoarthritis have the reduction of pain intensity and the improvement of patients' functional ability.

**Keywords:** osteoarthritis, pain syndrome, treatment, non-steroidal anti-inflammatory drugs.

### РЕЗЮМЕ

#### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА – ЭТОДИН SR ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ

Матчанов С.Х., Абдураззакова Д.С.

*Ташкентская медицинская академия, Узбекистан*

Отечественный препарат Этодин SR можно использовать в качестве нестероидного противовоспалительного препарата в комплексном лечении остеоартроза, так как он отличается весьма хорошей переносимостью и пролонгированным противовоспалительным действием. Под влиянием препарата у больных с остеоартрозом уменьшается интенсивность болей и улучшается функциональная способность суставов.

**Ключевые слова:** остеоартроз, болевой синдром, лечение, нестероидные противовоспалительные препараты.

Остеоартроз (ОА) – гетерогенная группа заболеваний различной этиологии со сходными биологическими, морфологическими, клиническими проявлениями и исходом, в основе которых лежит поражение всех компонентов сустава, в первую очередь хряща, а также субхондральной кости, синовиальной оболочки, связок, капсулы, околосуставных мышц [1, 2, 11].

Остеоартроз занимает лидирующее место (60%) среди ревматических заболеваний. Распространенность ОА в популяции (6,43%) коррелирует с возрастом, достигая максимальных показателей (20%) у лиц старше 45 лет. Женщины болеют ОА почти 2 раза чаще мужчин [3, 4, 5]. Определена роль наследственных факторов в возникновение ОА [6]. Данному заболеванию в известной степени соответствует полигенная мо-

дель наследования, что отражает полиэтиологичность ОА [7, 8, 9]. Установлено, что частота ОА в семьях больных в 2 раза выше, чем в популяции, причем риск развития ОА у лиц с врожденными дефектами опорно-двигательного аппарата повышен в 7,7 раза, у лиц с избыточной массой тела – в 2 раза [10, 11, 12]. Прогноз в отношении к жизни – благоприятный. Тем не менее, ОА во многих странах занимает одно из первых мест среди причин, приводящих к инвалидности, что определяет социальную значимость заболевания. Смертность после операций по поводу ОА составляет 1% [12, 13].

Болевой синдром – первый фактор в шкале приоритетов в лечении ОА. Высоким анальгезирующим и противовоспалительным действием обладают нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП).

НПВП при ОА должны обладать противовоспалительной активностью при минимальном риске побочных реакций и сочетаться с целым рядом других лекарственных средств, так как ОА страдают преимущественно люди пожилого возраста с сопутствующей патологией, как артериальная гипертензия, диабет, ишемическая болезнь сердца и др.

Наиболее частое осложнение при лечении НПВС – поражение ЖКТ. У 30–40% больных, получающих НПВС, наблюдаются диспепсические нарушения, у 10–20% – развивается язва желудка, у 2–5% – кровотечение и перфорация язвы. Признается существование специфического синдрома, связанного с применением НПВС – гастропатии из других побочных действий НПВС следует указать на возможность поражения почек и печени (холангиолитический и паренхиматозный гепатит). Наиболее часто НПВС вызывают такие гематологические нарушения, как анемия, лейкопения, тромбоцитопения, в некоторых случаях агранулоцитоз, панцитопения. Психические нарушения и неврологические расстройства наблюдаются в 1% случаев при лечении НПВС.

**Цель исследования.** Изучить клиническую эффективность и безопасность отечественного препарата Этодин SR 600 мг при остеоартрозе.

**Материалы и методы обследования.** Под нашим наблюдением находилось 40 больных с остеоартрозом в возрасте от 36 до 81 лет, получавших курс лечения в кардиоревматологическом отделении и артрологическом СКАЛе Многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии.

По полу: 7 (17,5%) мужчин, 33 (82,5%) женщин. Средний возраст нами исследованных больных к началу заболевания составил  $52,3 \pm 9,6$  лет.

Наиболее чаще встречался первичный ОА, который по нашим наблюдениям определялся у 35 (87,5%) больных.

Среди преимущественных локализаций больше всего наблюдался гонартроз (72,5%), у 8 больных он был с синовитом, у 12,5% больных

был коксартроз, у 10% больных были поражены межфаланговые суставы, у 5% больных были поражены другие суставы. У 31 (77,5%) больных ОА сочетался с остеохондрозом шейно-грудного и пояснично-крестцового отдела позвоночника. По функциональной способности больных наиболее часто определялся ФНС-I (70%), ФНС-II в 25% случаев и ФНС-III у 2 (5%) больных. Из сопутствующих заболеваний преимущественно была гипертоническая болезнь (32,5%), а также наблюдались сахарный диабет у 10%, ишемическая болезнь сердца у 7,5%, ожирение у 12,5%, и язвенная болезнь 12 перстной кишки (в анамнезе) у 5% больных.

**По вариантам комплексного лечения** мы разделили больных на две группы: I – основная группа (25 больных) получали Этодин SR 600 мг по 600 мг в сутки в течении 14 дней. II – контрольная группа (15 больных) получали диклофенак 25 мг по 1 таблетке 3 раза в сутки внутрь в течении 14 дней.

В качестве фоновой терапии всем больным были назначены хондропротекторы (алфлутоп, структум), а также физиотерапию: массаж, ЛФК, УВЧ.

Все больные были обследованы по клиническим проявлениям остеоартроза (жалобы, объективный осмотр, оценка амплитуды активных и пассивных движений); общая оценка выраженности болевого синдрома проводилась по 100 мм визуальной аналоговой шкале (ВАШ) до и после лечения; а также проводились функциональные методы исследования (индекса Legusne и шкала Likert). Лабораторно-инструментальные исследования составили: общий анализ крови, общий анализ мочи, острофазные пробы, биохимические анализы крови (АЛТ, АСТ, билирубин), коагулограмма, рентгенография суставов, ЭКГ.

**Результаты и обсуждение.** Оценка болевого синдрома по опроснику ВАШ показала (таблица 1), что до лечения и в I и во II группе никто из больных не указывал на отсутствие боли или на минимальную и умеренную боль. До лечения в I группе сильная боль наблюдалась у 28% больных, очень сильная боль у 52% больных и максимально возможную боль испытывали 20% больных. Во II группе до лечения также были сходные данные. На 7-е сутки у больных основной группы были отмечены положительные результаты по сравнению с контрольной группой. На 14-сутки больные в основной группе уже не испытывали очень сильную и максимально возможную боль. У больных в I группе сильная боль была у 8% больных, умеренная боль у 36% больных, минимальная боль у 44% больных и даже 12% больных отмечали отсутствие болевого синдрома. В то же время у больных во II группе сильная боль была у 13,3% больных, умеренная боль у 40,1% больных, минимальная боль у 40,1% больных и у 6,6% больных отмечали отсутствие болевого синдрома.

Динамика болевого синдрома по опроснику ВАШ

Выраженность болевого синдрома	До лечения		После лечения (7-день)		После лечения (14-день)	
	I группа	II группа	I группа	II группа	I группа	II группа
Нет боли	0	0	4%	6,6%	12%	6,6%
Минимальная боль	0	0	8%	13,3%	44%	40,1%
Умеренная боль	0	0	64%	40,1,3%	36%	40,1%
Сильная боль	28%	26,6%	12%	13,3%	8%	13,3%
Очень сильная боль	52%	53,3%	8%	20,1	0	0
Максимально возможная боль	20%	20,1%	4%	6,6%	0	0

**Динамика состояния больных после лечения.** Больные, которые были под нашим наблюдением часто жаловались на стартовые боли, боли в покое и боли при движении. В

использование комплексной терапии ОА с диклофенаком боли в покое уменьшились у 20,1% больных, боли при движении уменьшились у 33,3% больных на 14-день (рис. 1).

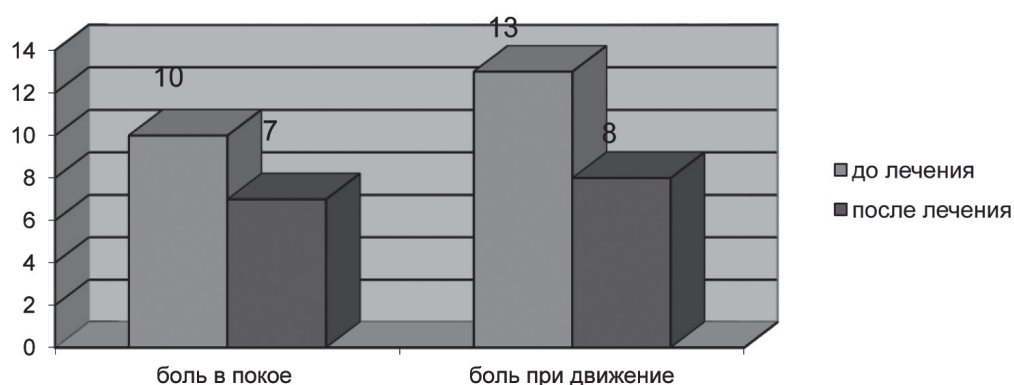


Рис. 1. Динамика характера болей в контрольной группе

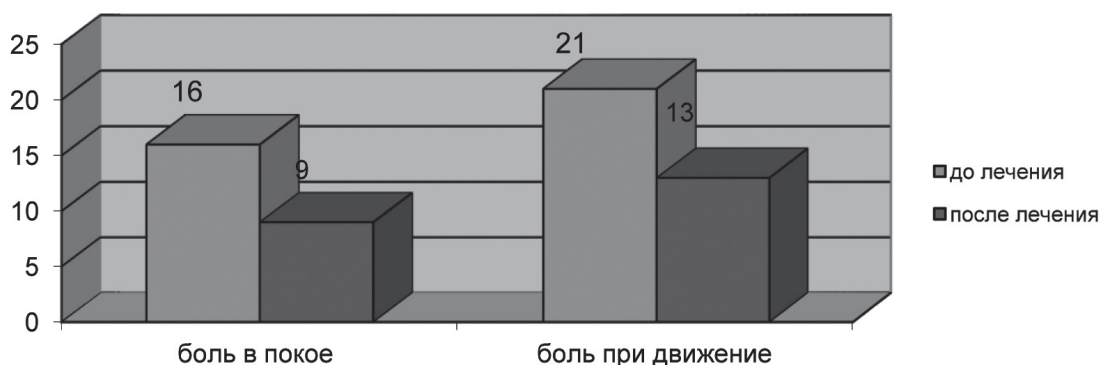


Рис. 2. Динамика характера болей в основной группе

А в I группе у больных, получавшие Этодин SR, боль в покое уменьшилась у 28% больных; боль при движении уменьшилась у 32% на 14-день. Наилучшие показатели были получены у больных в сочетании ОА с остеохондрозом позвоночника шейно-грудного и пояснично-крестцового отдела.

При объективном осмотре мы определили деформации, крепитации при движении в коленном суставе у 25 больных; узелки Гебердена и узелки Бушара у 4 больных. Также, мы измеряя с помощью угломера у больных амплитуды активных и пассивных движений, выявляли ограничение движения в коленном суставе у 11 больных во II группе и у 18 больных в I группе (табл. 2).

Амплитуда активных и пассивных движений (M±m)

Коленный сустав	Основная группа	Контрольная группа
До лечения	152,7°±1,34*	153,2°±1,29
После лечения	178,6°±1,05*	176,8°±1,12

Примечание: \* – различия относительно данных контрольной группы значимы (\* – P<0,01).

Как видно из таблицы 2, после лечения и в I и во II группах были получены положительные результаты. Динамическое наблюдение показало, что Этодин SR обладает пролонгированным противовоспалительным и обезболивающим действием.

Динамика лабораторных исследований проведенных до и после лечения не характеризуется значительными изменениями. В частности, ускоренная СОЭ наблюдавшаяся до лечения у 10% больных после лечения нормализовалась, только у одного больного СОЭ было равно 20 мм/ч (табл. 3).

Таблица 3

Динамика СОЭ до и после лечения (M±m)

СОЭ	I группа	II группа
До лечения	14,56±0,75* мм/ч	16,2±2,3 мм/ч
После лечения	11,4±1,07* мм/ч	10,3±1,17 мм/ч

Примечание: \* – различия относительно данных контрольной группы значимы (\* – P<0,01)

Примечательно, что клинические анализы крови при ОА остаются практически без изменений. И в нашем исследовании повышение концентрации

белков острой фазы воспаления отмечалось только у 10% больных.

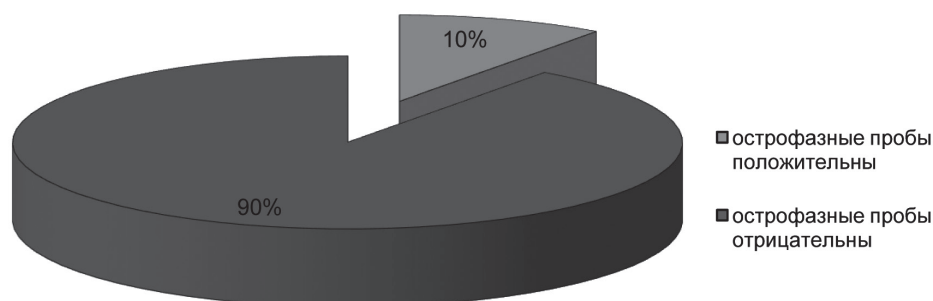


Рис. 3. Показатели острофазных проб до лечения

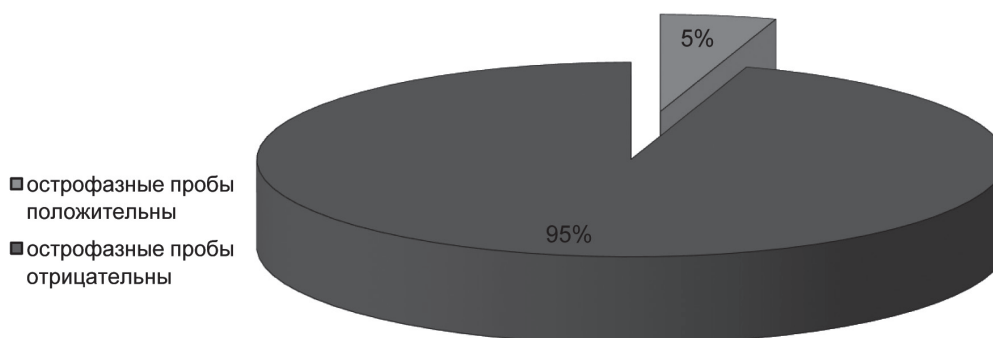


Рис. 4. Показатели острофазных проб после лечения

После лечения в динамике острофазные пробы стали отрицательными у 95% больных.

При применении НПВС в лечении ОА иногда наблюдается повышение биохимических показате-

телей крови – АЛТ, АСТ. И в нашем исследовании также было выявлено, у 2х больных принимавших диклофенак повышение АЛТ до 49,4 и 51,2 Ед/л (табл. 4).



Таблица 4

## Показатель АЛТ в зависимости от терапии (M±m)

АЛТ	Основная группа	Контрольная группа
До лечения	24,4±3,1*Ед/л	31,5±2,8 Ед/л
После лечения	25,5±3,2* Ед/л	34,7±2,4 Ед/л

Примечание: \* – различия относительно данных контрольной группы значимы (\* – P<0,05).

Динамика показателей функциональной недостаточности суставов проведенных до и после лечения характеризуются значительными изменениями. В частности, по индексу Lequesne (табл. 5), в I группе до лечения резко выраженная тяжесть гонартроза наблюдавшаяся у 76% больных, после лечения определялась у 16% больных, а во II группе соответственно у 73,3% и 26,6% больных. Значительная тяжесть гонартроза в I группе до и после лечения наблюдалась у 16% больных, а в II группе до лечения определялась у 13,3% и по-

сле лечения 33,3% больных. Выраженная тяжесть в I группе до лечения была у 8% больных, а после лечения у 28% больных, во II группе до лечения определялась у 13,3% больных, после лечения 26,6%. Средняя тяжесть гонартроза ни у кого не определявшаяся до лечения, после терапии наблюдалась уже в I группе у 40% больных, а во II группе у 13,3% больных. Гонартроз со слабой степенью тяжести до и после лечения не отмечался ни в первой и ни во второй группе.

Таблица 5

## Динамика показателей индекса Legusne

Тяжесть гонартроза	до лечения		после лечения	
	I группа	II группа	I группа	II группа
Резко выраженная	76%	73,3%	16%	26,6%
Значительная	16%	13,3%	16%	33,3%
Выраженная	8%	13,3%	28%	26,6%
Средняя	0	0	40%	13,3%
Слабая	0	0	0	0

По шкале Likert: Оценивался болевой синдром: до лечения в I группе у 72% больных была очень сильная боль, сильную боль испытывали 28%, больных, во второй группе у 73,4% больных была очень сильная боль, сильную боль испытывали 26,6% больных. После лечения в I группе очень сильная боль не отмечалась ни у кого, у 8% больных была сильная боль, умеренную боль испытывали 36% больных, у 44% из

них определялась слабая степень боли и даже у 12% больных не было боли. Во II-группе после лечения очень сильная боль не была ни у кого, сильная боль у 13,3% больных, по 40,1% больных испытывали умеренную и слабую боль и 6,6% больных отмечали отсутствие болевого синдрома. Из диаграммы видно, что лучшие показатели были в I группе у больных принимавших препарат Этодин SP (рис. 5).

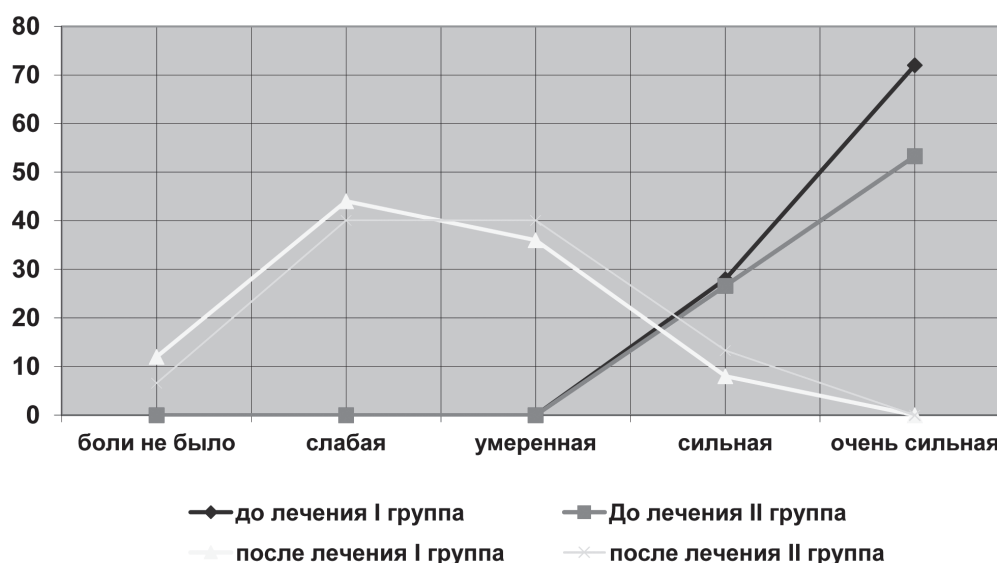


Рис. 5. Динамика болевого синдрома по шкале Likert

**По шкале Likert:** оценка самочувствия: до лечения во II-группе самочувствие оценивали, как плохое 73,3% больных, 20,1% из них оценивали, как удовлетворительно, и лишь у 6,6% больных самочувствие было хорошим. В процессе лечения во II группе плохое самочувствие определялось у 33,3% больных, у 46,6% было удовлетворительно и хорошее самочувствие наблюдалось у 20,1% больных.

В группе принимавших препарат Этодин SR после лечения самочувствие улучшилось таким образом: очень плохое самочувствие не было ни

у кого, плохое самочувствие было у 16% больных, удовлетворительное самочувствие у 48% больных, хорошее самочувствие у 32% больных и очень хорошее самочувствие было у 4% больных.

**Сравнительная оценка побочных действий после лечения.** Проведенное исследование показало, что в контрольной группе были выявлены 11 побочных реакций, тогда как в основной группе только у 1 больного была изжога, но мы не остановили лечение препаратом Этодин SR, и это явление прошло без лекарственных вмешательств (табл. 6).

Таблица 6

Сравнительная оценка побочных действий

Реакции	Основная группа (n=25) Этодин SR	Группа сравнения (n=15) Диклофенак
Боль в животе	0	2
Изжога	1	1
Тошнота	0	2
Понос	0	1
Аллер. реакция (крапивница, отек Квинке)	0	0
Артериальная гипертензия	0	4
Головная боль	0	1
Всего:	1	11

Наши исследования показали, что отличительной особенностью препарата Этодин SR является очень хорошая переносимость и низкая частота побочных эффектов, что позволяет признать Этодин SR абсолютно безопасным препаратом.

#### Выводы

1. Отечественный препарат Этодин SR можно использовать в качестве НПВС в комплексном лечении остеоартроза, так как он отличается весьма хорошей переносимостью и пролонгированным противовоспалительным действием.

2. Функциональные методы исследования – тесты Lequesne, Likert могут быть использованы в ранней диагностике остеоартроза, а также при оценке эффективности лечения как в раннем периоде, так и при изучении отдаленных результатов.

3. Изучение побочных действий показало, что препарат Этодин SR совершенно безопасен для применения и хорошо переносится, исследование не выявило побочные действия препарата на данной когорте больных.

#### ЛИТЕРАТУРА

- Ilavarasan R., Mallika M., Venkataraman S. (2006) Anti-inflammatory and free radical scavenging activity of Ricinus communis root extract. J Ethnopharmacol. 20; 103(3): P. 478–480.
- Lakshman K., Shivaprasad H.N., Jaipracash B., Mohan S., (2006) Anti-inflammatory and anti pyretic activities of Hemidesmus indicus root extract. African Journal Traditional, Complementary and Alternative Medicines, 3(1): P. 90–94.
- Ndiaye M., Dieye A.M., Marico F., Tall A., Sall Diallo A., Faye B. (2002) Contribution to the study of the anti-inflammatory activity of Moringa oleifera. Dacar Med., 47(2). P. 210–212.
- Алексеева Л.И. и соавт. Отдаленные результаты многоцентрового исследования применения Структума при остеоартрозе. Терапевтический архив №9, 2003 г.
- Алексеева Л.И. современные подходы к лечению остеоартроза. РМЖ. 2003. №11(4). С. 201–205.
- Балабанова Р.М. Лечение болевого синдрома в ревматологии новым нестероидным противовоспалительным препаратом – ксефокам. Российский медицинский междисциплинарный научно-практический журнал, 1999. №10. С. 15–18.
- Коршунов Н.И., Баранова Э.Я., Парусова Н.И. и др. Алфлутоп в лечении больных остеоартрозом. Рос. ревматол. 1998. №2. С. 26–31.
- Лебедева Р.Н., Никода В.В. Фармакотерапия острой боли. – М.: «Аир-арт», 1998. С. 44–75.
- Лучихина Л.В. Ранняя диагностика и патогенетическая терапия артроза. Автореф. На соиск. Уч.ст.д.м.н. – М., 1998. С. 1–43.

10. Насонова В.А. и соавт. Итоги многоцентрового исследования применения Структума в России. Терапевтический архив №11, 2001.
11. Насонова В.А. и соавт. Ревматические заболевания в свете международной статистики. Терапевтический архив №5, 1998.
12. Насонова Е.Л. НПВП – перспективы применения в медицине. – Москва, 2000.
13. Цурко В.В. Остеоартроз – современный взгляд на терапию заболевания. РМЖ, 2002. Т. 5. №4–5. С. 285.

## REVMATOID ARTRIT VA AUTOIMMUN TIROIDITLI BEMORLARDA KALSIY-FOSFOR ALMASHUVI VA DENSITOMETRIK TEKSHIRISH NATIJALARI

ALIAKHUNOVA M.YU., ISAMITDINOVA N.SH.

*«Respublika ixtisoslashtirilgan terapiya va tibbiy reabilitatsiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi» DM,  
Buxoro tibbiyot instituti*

### РЕЗЮМЕ

#### РЕЗУЛЬТАТЫ Кальций-фосфорного обмена и денситометрических исследований у больных ревматоидным артритом и аутоиммунным тиреоидитом

Алиахунова М.Ю., Исамитдинова Н.Ш.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Бухарский медицинский институт

**Цель исследования:** изучить кальциево-фосфорный обмен и плотность костной ткани у больных ревматоидным артритом и аутоиммунным тиреоидитом. Выявленные нарушения у больных РА свидетельствуют о риске развития заболеваний многих органов, что является одним из патогенетических механизмов, способствующих дальнейшему развитию заболевания.

**Ключевые слова:** ревматоидный артрит (РА), щитовидная железа, остеопения, остеопороз, кальций, фосфор, магний.

### SUMMARY

#### RESULTS OF CALCIUM-PHOSPHORUS METABOLISM AND DENSITOMETRIC STUDIES IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS AND AUTOIMMUNE THYROIDITIS

Aliakhunova M.Yu., Isamitdinova N.Sh.

State Institution «Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Therapy and Medical Rehabilitation», Bukhara Medical Institute

The purpose of the study: to study calcium-phosphorus metabolism and bone tissue density in patients with rheumatoid arthritis and autoimmune thyroiditis. The identified disturbances in mineral metabolism in patients with RA indicate the risk of developing diseases of many organs, which is one of the pathogenetic mechanisms that contribute to the further development of the disease.

**Key words:** rheumatoid arthritis (RA), thyroiditis, osteopenia, osteoporosis, calcium, phosphorus, magnesium.

### XULOSA

#### REVMATOID ARTRIT VA AUTOIMMUN TIROIDITLI BEMORLARDA KALSIY-FOSFOR ALMASHUVI VA DENSITOMETRIK TEKSHIRISH NATIJALARI

Aliaxunova M.Yu., Isamitdinova N.Sh.

*«Respublika ixtisoslashtirilgan terapiya va tibbiy reabilitatsiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi» DM,  
Buxoro tibbiyot instituti*

**Maqsad:** revmatoid artrit va autoimmun tiroidit bilan og'riqan bemorlarda kalsiy-fosfor almashuvini va suyak zichligini o'rganish.

RA bilan og'riqan bemorlarda minerallar almashuvidagi aniqlangan buzilishlar kasallikning keyingi rivojlanishiga hissa qo'shadigan patogenetik mexanizmlardan biri bo'lgan ko'plab a'zolar kasalliklarini rivojlanish xavfini ko'rsatadi.

**Kalit so'zlar:** revmatoid artrit (RA), qalqonsimon bez, osteopeniya, osteoporoz, kalsiy, fosfor, magniy.

**R**evmatoid artrit (RA) tizimli, surunkali va avtoimmun kasallik hisoblanib, u asosan periferik bo'g'imlar shikastlanishi va eroziv-dekstruktiv

o'zgarishlar bilan kechadi. Ushbu kasallik aksariyat hollarda suyaklarning metabolik kasalligi hisoblangan osteoporoz bilan asoratlanadi va suyak massasi