

DEFARMATSIYALANUVCHI OSTEOARTRITNING DASTLABKI BOSQICHLARIDA  
GLOBAVIKS PREPARATINING KLINIK SAMARADORLIGI.

**Sadikova Shaxnoza Norkulovna**  
**Karabayeva Gulchexra Xudoyberdiyevna**  
**Ro'zmanova Gavharshodbegim Ibragim qizi**  
*Samarqand Davlat tibbiyot universiteti*  
*3- son ichki kasalliklar kafedrası. O'zbekiston*

**Muammoning dolzarbligi.** Deformatsiyalanuvchi osteoartrit bo'g'imlarning surunkali progressiv degenerativ-distrofik kasalligi bo'lib, bo'g'im tog'ayining degeneratsiyasi, subxondral suyakning o'zgarishi, osteofitlarning rivojlanishi va aniq yoki yashirin sinovit bilan tavsiflanadi. Kasallik keng tarqalishi, doimiy og'riq sindromi tufayli bemorlarning hayot sifatining sezilarli darajada yomonlashishi, shuningdek, yuqori nogironlik tufayli muhim ijtimoiy-iqtisodiy muammo hisoblanadi.

OA rivojlanishining xavf omillari tizimli (jins, genetik moyillik, suyak mineral zichligi, gormonal holat) bilan bir qatorda mahalliy (travma, mushaklarning kuchsizligi, qo'shma displaziya) va tashqi omillar (semirish, kasbiy omillar, jismoniy zo'riqish) [1]. OA rivojlanishi mexanik zo'riqishning ta'siri natijasida to'qimalarning yemirilishi va tiklanishi o'rtasidagi muvozanatning buzilishi bilan bog'liq bo'lib, bu proteoglikanlarning yo'qolishiga, tog'ayning sirtki qatlamlarining yupqalanishiga va bu omilning uzoq muddatli ta'siri natijasida plastinkaning parchalanishiga, tog'ayning to'liq yo'qolishigacha yoriqlar paydo bo'lishiga olib keladi. Zamonaviy tushunchalarga ko'ra, OA artikulyar tog'ay matritsasi katabolizmining ortishi, suyak to'qimalarining qayta tuzilishi va sinovial membrananing yallig'lanishi va yallig'lanish vositachilarining rivojlanishi bilan tavsiflanadi. OA ni davolash bilan bog'liq muammolar bu: yurak-qon tomir tizimi, oshqozon-ichak tizimi kasalliklari va boshqa qo'shma potologiyalari bor bo'lgan yoshi kata odamlarda uchrashishidir. Bu simptomatik ta'sir ko'rsata oladigan steroid bo'lmagan yallig'lanishga qarshi dorilarni (SBYQP) qo'llashni cheklaydi.

OA patogenezi o'rganishdagi so'nggi yutuqlar kasallikni davolashda erishilgan yutuqlar bilan bog'liq. Kasallikning dastlabki bosqichlarida OA ni davolash og'riq va yallig'lanishni, qo'zish davri va yangi bo'g'imlarning shikastlanishini kamaytirishga, rivojlanishni sekinlashtirish, nogironlikning oldini olishga va bemorning hayot sifatini yaxshilashga qaratilgan bo'lishi kerak.

So'nggi yillarda OA davolashda xondroitin sulfat va glyukozaminni o'z ichiga olgan tarkibi tog'ayga o'xshash tarkibiy analoglar eng keng

qo'llanilish samaradorligianiqlandi. Xondroitin sulfat va glyukozamin tog'ay metabolizmiga turli xil farmakologik ta'sir ko'rsatishi haqidagi mavjud dalillarni hisobga olgan holda, OA uchun ushbu dorilarni birgalikda qo'llash bo'yicha tadqiqotlar nisbatan oldin paydo bo'ldi, bu ulardan foydalanish istiqbollari ko'rsatdi[3, 4, 5, 6].

**Tadqiqotning maqsadi** Osteoartritning dastlabki bosqichlari bo'lgan bemorlarda Glaboviks 4,7 gr (natriy glyukozamin gidroxlorid va natriy xondroitin sulfat birikmasi) bilan uzoq muddatli davolash natijasida hayot sifatiga ta'sirini o'rganish.

**Tadqiqot materiallari va usullari.** Ushbu tadqiqot Samarqand shahar tibbiyot birlashmasi kardiorevmatologiya bo'limida o'tkazildi. OA tashxisi qo'yilgan 105 ambulator bemor tekshirildi. Kasallikning diagnostikasi Amerika revmatologiya kollejining OA mezonlari asosida amalga oshirildi. Bemorlarda rentgenologik mezonlar bo'lmagan taqdirda, OA tashxisi klinik simptomlarning kombinatsiyasi (mexanik og'riq, bo'g'imlardagi qattiqlik <30 min, funktsiyani cheklash) va artrosonografiya bilan aniqlangan bo'g'inni tashkil etuvchi suyaklarning artikulyar yuzalarining konturining tekisligi bilan aniqlandi. OA ning rentgenologik bosqichi Kellgren-Lourens tasnifi bo'yicha baholandi [8]. Tadqiqotga qo'shilish mezonlari quyidagilardan iborat edi: OA belgilarining davomiyligi kamida 2 oy, lekin 36 oydan oshmaydi; 0, I, II OA rentgenologik bosqichlari; birlamchi OA; boshqa qo'shma kasalliklarning yo'qligi.

OA ning dastlabki bosqichlari bilan tekshirilgan bemorlar asosiy va nazorat guruhlariga bo'lingan. Asosiy guruhga 55 ta bemor kiritildi tadqiqot glaboviks terapiyasi buyurilgan: 42 (76,4%) ayol va 13 (23,6%) erkak, o'rtacha yoshi  $49,7 \pm 4,6$  yosh, OA ning o'rtacha davomiyligi  $9,5 \pm 5,5$  oy. Kellgren-Lourens tasnifiga ko'ra, ga bosqichi 13 (23,6%) bemorda, I 18 (32,7%) da, II 24 bemorda (43,6%) sodir bo'lgan. Nazorat guruhi 50 nafar bemordan iborat bo'lib, ular orasida o'rtacha yoshi  $46,1 \pm 7,4$  yosh va o'rtacha OA davomiyligi  $10,9 \pm 3,9$  oy bo'lgan 42 (84,0%) ayol va 8 (16,0%) erkak bor edi. Kellgren-Lourens tasnifiga ko'ra, OA 0-bosqichi 9 (18,0%) bemorda, I-23 (46,0%) va II-18 bemorda (31,0%) sodir bo'lgan. Tadqiqotga kiritilgan barcha nazorat guruhidagi bemorlarga kuniga bir marta 100 mg aertal va har xil turdagi mashqlar terapiyasi tavsiya etilgan. Bizning tadqiqotimizda asosiy va nazorat guruhlari bo'g'im sindrom parametrlari bilan taqqoslandi. Og'riq sindromining og'irligini, bo'g'imlarning funktsional faolligini baholashda nazorat kuzatuvlari paytida quyidagilar aniqlandi:\* OA uchun umumiy algofunksional Leken indeksi (Fil); \* va (mm)bo'yicha bo'g'imlarda og'riqning kuchi; \* WOMAC indekslari (Western Ontario va McMaster

Universities Osteoarthritis Index) og'riq, qotishlik, VASH (mm) bo'yicha umumiy global funktsiya. Sinovit klinik jihatdan, shuningdek bo'g'imlarning artrosonografiyasi natijalariga ko'ra tashxis qo'yilgan. Davolashning kasallikning rivojlanishiga ta'sirini baholash uchun NYQDV (aertal, mg/kun) ga ehtiyoj aniqlandi.

**Natijalar va ularni muhokama qilish.** Bemorlarning hayot sifati 36 savol, 8 o'lchovni o'z ichiga olgan SF-36 umumiy so'rovnoma yordamida baholandi. Jismoniy faoliyat shkalasi (JF) o'z-o'ziga xizmat ko'rsatish, yurish, og'ir yuklarni ko'tarish, zinapoyaga chiqish, egilish, shuningdek og'ir jismoniy yuklarni baholaydi; rolli jismoniy faoliyat (RJF) — jismoniy muammolarning hayotni cheklashdagi roli; og'riq (O) - og'riqning intensivligi va uning normal faoliyat bilan shug'ullanish qobiliyatiga ta'siri; umumiy salomatlik (US) - bemorning hozirgi holati va davolash istiqbollari; hayotiylik (H) - o'zini kuch, energiya bilan to'la yoki aksincha, kuchsiz his qilish; ijtimoiy faoliyat (IF) — ijtimoiy faollik darajasidan qoniqish; rolli hissiy faoliyat (ref) — hissiy holat ish yoki boshqa kundalik faoliyatga qay darajada xalaqit beradi; ruhiy salomatlik (RS) - kayfiyat, depressiya, tashvish mavjudligi [1].

Bemorlarning so'rovi o'zlari bilan bevosita o'tkazildi. Maxsus algoritmlar yordamida savollarga javoblar 0 dan 100 gacha bo'lgan ballarda ifodalangan (hayot sifatining yuqori darajasi so'rovnoma shkalasining yuqori balliga to'g'ri kelgan). Yuqorida sanab o'tilgan tadqiqot usullariga qo'shimcha ravishda EKG, ko'krak qafasi rentgenogrammasi, qorin bo'shlig'i organlarining ultratovush tekshiruvi, siydikni tahlil qilish, qonni to'liq tahlil qilish, fibrinogen, bilirubin, AST, ALT, kreatinin, siydik kislotasi, xolesterin, umumiy oqsil, qon glyukoza darajasi aniqlandi. uzoq muddatli glaboviks terapiyasining hayotiy organlarning ishiga ta'sirini baholash uchun qon glyukoza va tizimlar.

Glaboviksni uzoq muddat qo'llash OA belgilariga ijobiy ta'sir ko'rsatdi. Preparatni har kuni qabul qilganidan 6 oy o'tgach, sezilarli klinik ko'rsatkichlarning ijobiy dinamikasi qayd etildi. Shunday qilib, tinch holatda va harakat paytida og'riqning og'irligi dastlabki qiymatlarga nisbatan mos ravishda  $31,44 \pm 7,12$  va  $52,82 \pm 12,48$  mm dan  $20,89 \pm 7,44$  va  $34,65 \pm 12,42$  mm gacha kamaydi ( $p < 0,01$ ). Phill qiymatlaridan (asl qiymati  $10,12 \pm 2,98$  ball), WOMAC indeksining barcha shkalalaridan (og'riq, qotishlik, funktsiya buzilishi  $172,48 \pm 47,54$ ;  $48,91 \pm 12,75$ ;  $554,75 \pm 158,97$  va  $785,65 \pm 160,51$  mm),  $5,20 \pm 2,42$  ball,  $98,65 \pm 40,32$ ;  $25,26 \pm 12,69$ ; Mos ravishda  $376,86 \pm 131,34$  va  $528,91 \pm 145,21$  mm ( $p < 0,01$ ) 6 oylik uzluksiz glboviksdan keyin.

VAH va FILL WOMAC indeksidagi og'riq darajasi farqlarning asl qiymatlari bilan ishonchliligi 6 oy 1 va 2 yillik kuzatuvdan so'ng saqlanib qoldi.

Shunday qilib, FILL $5,72\pm 2,16$ ; 6 oydan keyin  $6,08\pm 2,75$  va  $6,27\pm 2,81$  ball, 1 va 2 yillik davolanishdan so'ng ( $p<0,05$ ), WOMAC global indeksi esa  $513,18\pm 156,71$ ;  $544,20\pm 151,78$  va  $558,61\pm 153,12$  mm ( $p<0,05$ ) ni tashkil qildi. Glaboviks bilan davolash fonida bemorlarning NYQDV ga bo'lgan ehtiyoji sezilarli darajada kamaydi. 6 oylik tadqiqotdan so'ng bemorlarning 22 % aertal qabul qilishdan butunlay voz kechishga muvaffaq bo'ldi, 1 yildan keyin — 26,4%, 2 yildan keyin - 27,5 bemor NYQDV ni umuman qabul qilmadi. Shuningdek nazorat guruhida 6 oy, 1 va 2 yillik kuzatuvdan so'ng barcha klinik ko'rsatkichlarning ijobiy dinamikasini kuzatdik. Ammo 2 yillik davolanishdan so'ng, asl qiymati bilan farqlarning ishonchliligi faqat VASH og'riqlarning og'irligi darajasi uchun saqlanib qolindi. Barcha klinik ko'rsatkichlar 2 yillik kuzatuvdan so'ng boshlang'ich darajaga yaqinlashdi. 6 oy va 1 yillik kuzatuvdan so'ng asosiy va nazorat guruhlarida klinik ko'rsatkichlarning tegishli farqlari qayd etilmadi. Biroq, 2 yillik davolanishdan so'ng, asosiy guruhda tinch holatda VASH bo'yicha og'riq darajasi, muhim klinik ko'rsatkichlar nazorat guruhga nisbatan past edi. 2 yillik kuzatuvdan so'ng ushbu ko'rsatkichlarni asosiy guruhda va nazorat guruhida taqqoslaganda og'riq darajasi farqi aniqlandi ( $38,86\pm 11,84$  va  $49,5\pm 12,0$  mm,  $p<0,05$ ), FILL - 2 yildan keyin ( $7,17\pm 3,45$  va  $9,40\pm 4,34$  ball) va WOMAC global indeksi — ( $565,20\pm 141,78$  va  $712,24\pm 156,20$  mm,  $p<0,05$ ).

Davolashning ijobiy natijalari Glaboviks preparati qo'llanganda erishildi. Bemorlarning 16,8% da, 1 yildan keyin 32,4 % da va 2 yildan keyin 50,8% da (nazorat guruhiga nisbatan farqlar 1 va 2 yillik kuzatuvlarda ishonchli  $p<0,05$ ). Shunday qilib, defarmatsiyalovchi osteoartrit kasalligining dastlabki bosqichlarida buyurilgan glaboviks preparatini uzoq muddatli davolash bemorlarning hayot sifatiga ijobiy ta'sir ko'rsatdi. SF-36 so'rovnomasi shkalasining dastlabki qiymatlariga nisbatan eng aniq ijobiy ta'sir 6 oy 1 yildan keyin, bir qator ko'rsatkichlar uchun esa 2 yildan keyin qayd etildi.

#### **ADABIYOTLAR:**

1.Кашеварова Н.Г., Алексеева Л.И. Факторы риска прогрессирования остеоартроза коленных суставов // Научно-практическая ревматология. 2014. № 52(5). С. 553–561

2. Brandi L.M., Guillemin F. et al. An algorithm recommendation for the management of knee osteoarthritis in Europe and internationally: A report from a task force of the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO). *Semin Arthritis Rheum.* 2014;44(3):253–263. [doi: 10.1016/j.semarthrit.2014.05.014](https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2014.05.014).

3. Мезенова Т.В. Форсифицированная терапия остеоартрита: расширяя границы возможного. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2018;(5):91–95. [doi: 10.17116/hirur-gia2018591-95](https://doi.org/10.17116/hirur-gia2018591-95).
4. Истомина Е.В., Шихкеримов Р.К. Возможности применения хондроитина сульфата у пациентов с хронической болью в спине. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2019;119(3):12–15. [doi:10.17116/jnevro201911903112](https://doi.org/10.17116/jnevro201911903112).
5. Martel-Pelletier J., Farran A., Montell E., Verges J., Pelletier J.P. Discrepancies in Composition and Biological Effects of Different Formulations of Chondroitin Sulfate. *Molecules*. 2015;20(3):4277–4289. [doi:10.3390/molecules20034277](https://doi.org/10.3390/molecules20034277).
6. Наумов А.В., Ткачева О.Н. Применение глюкозамина сульфата у пациентов с остеоартритом и коморбидностью при наличии высоко-го риска осложнений, связанных с НПВП. *Терапевтический архив*. 2018;90(5):81–87. [doi:10.26442/terarkh201890581-87](https://doi.org/10.26442/terarkh201890581-87).
7. Dougados M. Symptomatic slow-acting drugs for osteoarthritis: what are the facts? *Joint Bone Spine*. 2006;73(6):606–609.
8. Закирова Д.Р., Бурганов Э.Р., Гайнутдинов А.Р., Хузина Г.Р. Фенотипическая классификация остеоартрита и возможности патогенетической терапии. *Современная медицина*. 2018;1(9):183–186. Режим доступа: [centrep-lnr.su/media/books/IKB5-SSP.pdf](http://centrep-lnr.su/media/books/IKB5-SSP.pdf).
9. Alekseeva I.I. Clinical guidelines update on the treatment of patients with osteoarthritis in 2019. *RMJ*. 2019;(4):2–6. (In Russ.) Available at: <https://www.rmj.ru/articles/revmatologiya/>
10. Dydykina I.S., Kovalenko P.S., Kovalenko A.A. Addition to the modern arsenal of agents for the therapy of osteoarthritis. Domestic chondroitin sulfate preparation: emphasis on the References 2003;17(10):1165–1172. doi: 10.1002/ptr.1322. 39.
11. Bellamy N., Buchanan W.W., Goldsmith C.H. et.al. Validation study of WOMAC: a health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee. *J Rheumatol* 2011;15.
12. Khabirov F.A., Khabirova Yu.F. Myofascial pain – modern problems of diagnosis and treatment in practice of a primary care physician. *Prakticheskaya meditsina = Practical Medicine*. 2019;17(7):8–17. (In Russ.) doi: 10.32000/2072-1757-2019-7-8-16.
13. Насирова А. А., Садикова Ш. Н., Курбанова З. П. Современные представления о роли поверхностного фенотипа лимфоцитов при

хронической обструктивной болезни легких и бронхиальной астме и их лечение //Вестник науки и образования. – 2020. – №. 13-2 (91). – С. 49-53.

14. Шодикулова Г. З., Садикова Ш. Н. Показатели ремоделирования сердца у больных с инфарктом миокарда без зубца q в восстановительном периоде share\* MERGEFORMAT //Евразийский Союз Ученых. – 2019. – №. 3-1 (60). – С. 61-64.

15. Садикова Ш. Н., Шодикулова Г. З. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА БЕЗ ЗУБЦА И С ЗУБЦОМ Q //Journal of cardiorespiratory research. – 2020. – Т. 1. – №. 2. – С. 70-72.

16. Насирова А. А., Садикова Ш. Н., Курбанова З. П. Современные представления о роли поверхностного фенотипа лимфоцитов при хронической обструктивной болезни легких и бронхиальной астме и их лечение //Вестник науки и образования. – 2020. – №. 13-2 (91). – С. 49-53.