

ТИЗЗА БЎҒИМИ ОСТЕОАРТРОЗИ: САБАБ БЎЛУВЧИ ОМИЛЛАР ВА КОНСЕРВАТИВ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

А. Ахтамов, И. Г. Жўраев, Н. Н. Тошмуродов, А. А. Ахтамов
Самарқанд давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон

Таянч сўзлар: артроз, тизза бўғими, медикаментоз препаратлар, физиотерапия.

Ключевые слова: артроз, коленный сустав, медикаментозные препараты, физиотерапия.

Key words: osteoarthritis, knee joint, medications, physiotherapy.

ОСТЕОАРТРОЗ КОЛЕННОГО СУСТАВА: ПРИЧИННЫЕ ФАКТОРЫ И МЕТОДЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

А. Ахтамов, И. Г. Жўраев, Н. Н. Тошмуродов, А. А. Ахтамов
Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

OSTEOARTHRITIS OF THE KNEE JOINT: CAUSAL FACTORS AND METHODS OF CONSERVATIVE TREATMENT

A. Akhtamov, I. G. Juraev, N. N. Toshmurodov, A. A. Akhtamov
Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

Тизза бўғими артрозини консерватив даволаш усуллари бағишланган илмий ишлар умумлаштирилиб даволаш оғриқ қолдирувчи ва бўғимнинг ҳаракат функциясини тиклашга қаратилган бўлиб аналгетиклар, яллиғланишга қарши ностероид препаратлар ҳамда хондропротекторлар таъсир хусусияти ва қўллаш муддатлари умумлаштирилиб баён қилинди. Касаллик манзарасига кўра қисқа муддатда ва секин таъсир қилиб самарадорлиги узоқ муддат давом этувчи препаратлар гуруҳи ва хусусиятига эътибор берилди. Даволаш самарадорлигини ошириш мақсадида ташқи таъсир этувчи малҳам дори, крем, геллар ҳамда физиотерапевтик муолажалар уйғунликда қўлланилиши яхши натижалар олишга имконият беради.

Тизза бўғими остеоартрози турли этиологик омиллар таъсирида ривожланувчи гетероген касалликлар гуруҳидан бўлиб, биологик, морфологик ва клиник манзараси жиҳатдан ўхшаш бўлиб, тоғай тўқималарининг емирилиши ҳамда бўғимнинг тоғай устки қавати, синовиал парда, бойлам бўғим девори ҳамда бўғимолди мушакларининг касалланиши билан характерланади [8].

Таянч ҳаракат аъзоларининг энг кўп тарқалган касалликларидан бири остеоартроз бўлиб биологик ва механик омиллар таъсирида бўғимда деградация ҳамда хондроцитлар синтези уйғун жараёнининг бузилиши натижасида ривожланади.

Эпидемиологик текширувларга кўра ер юзи аҳолисининг 19-20% артроз билан касалланиши ва турли ўлкаларда 5-30% гача учраб, ёши 60 ёшдан катта бўлган аҳоли ўртасида қарийиб 100% кузатилади [8,16].

Касалланишнинг ривожланишида ирсий орттирилган (ёшнинг улғайиши, тана вазнининг оғирлашуви, семизлик) ташқи муҳит таъсиротлари, касбий фаолият натижасида мунтазам жисмоний зўриқишлар спорт билан шуғулланиш асосий омил ҳисобланади. [13]

Остеоартроз иборасини биринчи бор Т. Мюллер 1911-йил бўғимларда кузатиладиган дегенератив дистрофик характердаги касалликлар гуруҳини умумлаштириб “artrosis deformans” деб аташни таклиф этди. Касалликни даволашда асосий вазифа бўғим соҳасида оғриқ аломатини бартараф этиб артроз жараёнининг жадаллашувини секинлаштириб, беморларнинг функционал ҳаракат қилиш лаёқатларини оширишдан иборат. [16]

Бугунги кунда ностероид стандарт дори востиларини тавсия этишда қисқа вақт таъсир этувчи препаратларга эътибор кўпроқ. Кўпгина муаллифлар пропион кислота қаторига кирувчи (ибупрофен 1200-1800 мг/сут, кетопрофен 100 мг, нурофен 1600 мг/суткасига) ва арилуксус кислота (диклофенак 50-100 мг/сут) препаратларини тавсия этишади. [8,11,13]

Бугунги кунда яллиғланишга қарши ностероидли препаратларнинг янги тури ҳисобланган циклооксигеназининг ингибиторлари – целекоксиб 100 мг дан суткасига 1-2 марта,

мелоксикам суткасига 7,5-15 мг дан, нимисулид (найз) апонил суткасига 100 мг дан 2 марта тавсия этилади. [8,10,13]. Мазкур препаратлар яллиғлантирувчи цитокинларга қарши фаол бўлиб гликозалин-глицонлар ва гиалунорат ситезини стимуллайди. [8,10]

Синовиял қаватда яллиғланиш жараёнини камайтириш синовиял суюқликнинг муътадиллашувига ва шу тариқа бўғимда ҳаракат ҳажмининг кўпайишига имконият яратади. Синовит кузатилганда бўғим ичига глюкокортикоидлардан дипроспан қўлланилиши яллиғланишга қарши яхши самара беради. Лекин мазкур препаратни бир бўғимга бир йил давомида 4 мартадан кўп қўллаш мақсадга мувофиқ эмас. [11,16]

Остеоартрозни даволашда қўлланиладиган даво усулларида бири маҳаллий даволаш усули ҳисобланади. Мазкур мақсадда гел препаратлари кенг қўлланилади. Чунки гел таркибидаги спирт эритувчи сифатида таъсир этувчи моддаларни бўғим тўқималарига тез сўрилишини таъминлайди. Мазкур препаратлар малҳам дори ва кремларга нисбатан самарали ва тежамли ҳисобланади. Айниқса ибупрофен, кетопрофен ва проксикам бўлган малҳам дори ва геллар самарали натижа беради. Мазкур икки компонентли геллардан “Дип Рилиф” таркибида ибупрофен 5,0% ва ментол 3,0% бўлиб уларнинг оғриқсизлантирувчи ва яллиғланишга қарши самарадорлиги левоментолнинг терапевтик хусусияти билан кучайтирилади. Ментол қон томирларини кенгайтирувчи пептидларнинг эркин ажралишини таъминлаш билан маҳаллий оғриқсизлантирувчи ёқимли совуқ ҳарорат бахш этади. [10]. Оғриқсизлантирувчи тез таъсир этувчи дори воситаларидан опиоидлар (травмадол) бошқа дорилар самарадорлиги кузатилмаганда биринчи кунда суткасига 50 мг дан аста-секин суткасига 200-300 мг дан етказилиб яхши натижаларга эришиш мумкин. Шу билан бирга оғриқ аломатини камайтириш мақсадида бўғимга яқин мушакларга рефлектор спазм чакирувчипериферик миорепаксантлар (мидокалм, сирдалуд) тавсия этилади. [8,13]

Остеоартрозни даволашда энг асосий вазифа артроз жараёнини кучайишини олдини олиш ва беморларнинг функционал активлигини сақлаб қолишдан иборат. Мазкур мақсадда секин таъсир этувчи дори воситалари: хондроитин сульфат, глюкозамин сульфат, диацерин, гиалурон кислота тавсия этилади. Бугунги кунда хондропротекторлардан структум, стопартроз, дона; комбинациялаштирилган препаратлардан артра-терафлекс кенг қўлланилади. [4,8]

Терафлекс таркибида 400 мг хондроитин сульфат ва 500 мг глюкозамин гидрохлорид бўлади. Препарат биринчи уч ҳафта давомида суткасига 1 таб. дан 2 марта, сўнг суткасига 1 таб. дан 4 ой давомида тавсия этиш мумкин. Хондпротекторларнинг ўзига хос хусусиятларидан бири қўлланилган кундан 2-6 ҳафта ўтгач клиник таъсир самарадорлиги намоён бўлади ва даволаш тугагандан сўнг 2-6 ой давом этади. [8,10,13]

Структум, стопартроз, дона-тоғай тўқималари (хондроцитлар) нинг жароҳатланган функциясини тикланишига сафарбар бўлади. Структум кунига 500 мгдан 2 маҳал-3ой муддатгача тавсия этилади ва 3 ой танаффусдан сўнг такроран бир йилда икки марта тавсия этиш мумкин. Мазкур препарат оғриқ аломатини камайтириб бўғим функциясини яхшилашга имконият беради. Артра препарати биринчи ойда суткасига 1 таблеткадан 2 марта, сўнг суткасига 1 таблеткадан 3-5 ой давомида тавсия этилади. Терафлекс суткасига 1 таблеткадан 2 марта 3-6 ой давомида тавсия этилади. [3,4,8,13]

Яна бир хондропротектор-алфлутоп-денгиз балиғидан олинган экстракт бўлиб 4 тури мавжуд. Препарат кичик бўғимлар касалланганда 1 мл дан 20 инъекция (1 курс даволашда); катта бўғимлар касалланганда бўғим ичига 2 мл дан ҳар 3 кунда 1 бор 4-6 инъекция қўлланилиб, сўнг 1 мл. дан (м/о) 20 инъекциядан (1 курс) қўлланилади. [9,13]

Охириги йилларда қўлланилаётган янги препаратлардан бири пиаскледин (соя ловияси ва авокадо экстрактидан олинган) 1 капсула (300 мг) дан кунига 1 марта 6 ой давомида тавсия этилади. Остеоартроз билан касалланиб қўлланилган дори-дармонлар самарасиз бўлганда таркибида гиалуронат натрий бўлган остенил эритмаси (2 мл) бўғим ичига ҳафтасига бир бор 3-5 марта қўлланилади. Бир йилда икки марта такрор қўллаш мумкин. Кардиоваскуляр

хавф бўлмаганда ацеклофенак (аэртал) тоғай тўқималарининг тикланишига ижобий таъсир кўрсатади.

Бугунги кунда яллиғланишга қарши ностероидли препаратлардар лумиракоксиб суткасига 400 мг дан тавсия этилади. Мазкур препарат қўлланилганда ноҳуш ҳолатлар ва кардиоваскуляр асоратлар кузатилмаган. Эторикоксиб (суткасига 90 мг дан) тавсия этилади. Мазкур препарат ошқозон-ичак йўлларида асорат кузатилган ҳамда кардиоваскуляр хавф юқори бўлган кекса ёшдаги (аспирин қабул қилаётган) беморларга диклофенакка нисбатан хавфсиз ҳисобланади. [8]

Мелоксикам ва нимесулид қон таркибида тромбоксан В2 миқдорини 30-50% га камайтиришига сабаб бўлсада, лекин тромбоцитлар агрегациясига ва қон пайдо бўлиш вақти (жараёни) га салбий таъсир кўрсатмайди. Шунингдек, индометацин ва проксикам қўлланилганда ноҳуш ҳолатлар кўп кузатилганлиги сабабли тавсия этилмайди. [3]

Мазкур препаратлар гепотензив, сийдик ҳайдовчи ва β-блокаторлар билан ўзаро мутаносиб таъсир этиш хусусиятига эга эмас. Ибупрофен ҳам индометацин каби остеоартроз жараёнини рентгенологик 30% жадаллашувига сабаб бўлади. [6]

Маълумотларига кўра индометацин ва ибупрофен бўғим тоғайларида метаболизм жараёнини кучайтиради. [10]

Охирги йилларда гидрокортизон, дексазон, кеналог-40 ва бошқа гармон препаратларини қўллашни кўпгина муаллифлар рад этишмоқда. Чунки гормонлар хондроцитларда модда алмашинуви жараёни бузилиши натижасида тоғай тўқималарида асептик некроз ривожланишига сабаб бўлади ва касаллик жараёнини янада оғирлаштиради. [3,8,10,11]

Охирги йилларда кўпгина муаллифлар тизза бўғими артрозида бўғим ичига таркибида гиалуронат натрий бўлган (ишқаланишни юмшатовчи имплантлар) остенил ҳафтасига бир марта 2 мл дан 3-5 марта, бир йилда икки марта қўллаш мумкин. [9]

Краснов А. Ф. [хаммуаллифлар билан, 1998] тизза бўғими артрозида касаллик босқичига кўра протеолиз ингибиторлари (контрикал, тразилол) билан даволовчи блокадалар қўллашни тавсия этишган. Мазкур препаратлар яллиғлантирувчи инфильтрат ўчоқларини сўрилишига, оғриқсизланирувчи, аутолитик жараёнларни тўхтатиб тоғай тўқималарининг тикланишига катта роль ўйнайди. Протеолиз ингибиторлари ҳафтасига 2 мартадан 2-3 ҳафта давомида қўлланилади. [9]

Г.П. Сахно касалликнинг 1-даражасида фақат ингибиторлар (5-8 минг бирликда) 2-3-даражасида бўғим ичига контрикал (10-12 минг бирликда) қўллаб бир вақтда даволаш гимнастик машқлари, махсус тортмалар ва физиотерапевтик муолажалари қўллашни тавсия этади. [9]

А.А. Корж бўғим ичига тоғай тўқималарининг тикланишини стимулловчи препаратлар: артепарон-0,5-1 мл дан ҳафтасига 2 марта, 3 ҳафта давомида (1 йилда 2 марта); глюкозамин (3 мл дан) ҳафтасига 2 марта (10-15 инъекция); гиалган ҳафтасига 2 мл дан 3-5 ҳафта (бир йилда 2 марта) тавсия этади. Мазкур препаратлар хондроцитларда гликозамин гликанлар биосинтезини стимуллаб синовиал суюқлик миқдорини кўпайтиради. [9]

Алексева Л.И. [ва бошқ., 2013] кекса ёшдаги (56-77 ёш) беморларга бир йил давомида ибондрова кислота препарати Бонифадан ойига 150 мг дозада бериб даволашганда беморларда яллиғланишига қарши қўлланиладиган ностероид препаратларга нисбатан эҳтиёж камайиб, оғриқ аломати камайиб бўғимда функционал ҳаракат яхшиланган. [1]

Бир гуруҳ муаллифлар оксалатли нефропатия кузатилиб тизза бўғими артрози билан оғриган уч гуруҳ беморларга деклофенак, эмфлутоп ва диацереин қўллашган. [6]

Деклофенак натрий суткасига 100 мг дан қўлланилган беморларда нефротоксик самардорлик (иккиламчи гиперурикемия, протеинурияни кучайиши, микрогематурия, оксалаткальций тузларини кўплаб ажралиши) кузатилган. Лекин оғриқ аломати 30-кунда камайган. Алфлутоп (1 мл дан м/о) 20 кун ва 2 мл дан ҳафтасига 2 марта 1 ой бўғим ичига қўлланилганда нефротоксик ўзгаришлар кузатилмаган ва оғриқ аломати 90- кунда 60-67% камайган. [6]

Шунингдек таркибида димексид ва хондроитин сульфат бўлган “Хондроксид” препарати қўлланилганда тоғай тўқималарида метобализмнинг катаболик фазасини сусайиши ҳисобига оғриқ аломатининг яққол камайиб бўғим функциясининг яхшиланиши кузатилган. [18]

Бугунги кунда остеоартрозни патогенетик даволашда тиббий кислороддан кенг фойдаланилмоқда. Муолажа қатъий асептик режимда операция (ёки боғлов) хонасида бажарилмоғи лозим. Бир сеансда бўғим ичига аввалига 60-80 см² кейинги сеансларда ҳар 3-4 кунда 100-120 см² ҳажмда (3-5 сеанс) тиббий кислород қўлланилади. Кислород синовиал ва тоғай устки қаватларида рефлектор гиперемия чакириб тўқималарда маҳаллий гипоксия, ацидозни бартараф этиб оксидланиш-тикланиш жараёнини мўтадиллаштиради. Шу билан бирга аэроб гликолиз жараёни тикланиб репаратив регенерация жараёни яхшиланади. [5,7,9]

Остеоартрозни консерватив усулда даволашда перспектив йўналишлардан бири “Циклоферон” препарати билан даволаш ҳисобланади. Муаллифларнинг фикрича бўғимда интерферон статуси яхшиланиб даволаш самарадорлиги ошади. [12]

Сурункали оғриқ аломатини бартараф этишда кекса ёшдаги беморларга руҳий тинчлантирувчи дори воситаларини қўллаш даволаш самарадорлигини оширади. [8]

Тизза бўғими остеоартрозни консерватив даволашда патогенетик асосланган усуллари билан бири биофосфонатлар, кальцитонин, фибринолитиклар, антиоксидантлар, цитокинлар қўллаш яхши самара беради. [8,16]

Шунингдек, қон айланишини яхшиловчи биостимуляторлар ФИБС, стикловидное тело, витаминлар, “Метаболик” даволашда қўлланилаётган (рибоксин, АТФ, калий оротат) препаратлар клиник самарадорлиги амалий тиббиётда исботланмаган. [8]

Тизза бўғими остеоартрозини консерватив усулда даволашга бағишланган илмий адабиётлар таҳлили шуни кўрсатмоқдаки, мазкур муоммо тўла-тўқис ўз ечимини топмаган. [10,11]

Мазкур тоифадаги беморларни самарали даволаш касалликни ўз вақтида жуда эрта аниқлаш, касалликни ривожланишини механизмини, клиник кечиш манзарасини ҳамда оккбатини билиш, индивидуал даволаш реабилитация ва профилактик муолажаларнинг оптимал вариантларини ўтказишда тиббий ходимлар квалификациясининг юқори бўлишига боғлиқ.

Шунингдек, остеоартрозни консерватив даволашнинг янги технологияларини ишлаб чиқилиши этиопатогенетик даволашда замонавий препаратлардан кенг фойдаланиш, беморларни даволаш келажагига оптимистик руҳда қараш имкониятини беради.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Алексеева Л.И., Шарапова Э.П., Кашеворова Н.Г., Таскина Э.А. и др. Применение АРТРА МСМ ФОРТЕ у пациентов с остеоартрозом коленного сустава: результаты рандомизированного открытого сравнительного изучения эффективности и переносимости препарата. // Терапевтический АРХИВ, N12, 2015, 49-53 стр.
2. Алексеева Л.М., Зайцева Е.М., Шарапова, Таскина Е.А., Смирнов А.В и др. Оценка эффективности и переносимости имбрандро новой кислоты у больных с сочетанием остеоартроза коленных суставов и остеопороза: пилотное исследование. // Терапевтический АРХИВ 2013, N5, 30-36 стр.
3. Барановский А.Ю., Лиля А.М., Зоткин Е.М Основы лечение профилактика болезней суставов. // Диалект Санкт-Петербург, 2006, 313 стр.
4. Биляева Э.А., Абдиева О.С. Эффективность комплексной терапии с применением инъекционной формы хондроитин сульфата и гиалуроната натрия при остеоартрите коленного сустава. // Терапевтический АРХИВ, N5, 2019, 98-102 стр
5. Волков Н.М., Воловик В.И., Коннуратенко Ю.Э., Фомин С.В и др. Внутрисуставная оксигенотерапия и гипербарическая оксигенация в лечение деформирующего артроза коленного сустава в амбулаторных условиях. // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН, 2016 N4 (50), 47-52 стр.

6. Воронина Н.В, Слуцкая Н.П, Маркино О.И, Ковальская Л.П и др. Особенности лечения остеоартроза коленных суставов у больных оксалатной нефропатией. // Терапевтический АРХИВ, N4, 2015, 62-68 стр.
7. Завеса П.З. Деформирующий артроз коленного и его лечение внутри суставным введением кислорода; // Автореферат, дис... д.м.н.-Самарканд, 1968, 32 стр.
8. Королёва С.В. Львов С.Э., Григорьев Э.В., Мясоедова С.Е., Медикоментозное лечение остеоартроза (Обзор литературы). // Травматология и ортопедии России, 2006, N3 (41), 76-81 стр.
9. Краснов А.Ф. Котельников Т.П. Иванова К.А. Ортопедия. // Учебник для пред и постипломный подготовки. Москва, 1999, 466 стр.
10. Лиля А.М. Остеоартроз проблема выбора нестероидных противовоспалительных препаратов// Российский Медицинский журнал, // 2005, T13, N24, 1598-1601 стр.
11. Матвеев Р.П., Брагина С.В. Актуальность проблемы остеоартроза коленного сустава с позиции врача-ортопеда (обзор литературы).
12. Миронов С.П. Котельников Г.П. Ортопедия. Национальное руководства Москва, издательская группа “ГЭОТАР Медиа” 2008, 826 стр.
13. Павлова В.Н, Павлов Г.Г, Шостак Н.А, Слуцкий Л.И, Сустав морфология, клиника диагностика, лечение. Издательство “Медицинское информационное агентство”, 2011, 549-стр
14. Поворознюк В.В., Дзерович Н.И. Тизза бўғимлари остеоартрозида оғрик аломатларини даволашда Терафлекс- Адванс препаратининг самарадорлиги. // Травматология ва ортопедия замонавий спектрда. Ўзбекистон травматолог ортопедларининг VII- съезд материаллари, Тошкент, 2008, 252-253 стр.
15. Прохоренко В.М., Баитов Н.С, Русова Т.В. Тизза бўғими артрозини ташхислашда тоғай тўқималарининг протеогликонлар таркибини текшириш. // Травматология ва ортопедияда эндохирургия усуллари. Республика илмий амалий анжуман материаллари. Бухоро 2006, 95-96 стр.
16. Синяченко О.В., Диагностики и лечение болезней суставов. // Издатель Засловский А.Ю. ЭЛБН-СПб, 2012, 559-стр.
17. Стародубцова И.А., Васильева Л.В., Никитин А.В. Коррекция воспалительного процесса с помощью ингибитора интерлейкина -1 в комплексном лечении вторичного остеоартроза на фоне коморбидной патологии. // Терапевтический АРХИВ, 2015, N12, 41-48 стр.
18. Танькут В. А. Маколинец К.В. Консервативной лечение больных с гоноартрозом на ранних стадиях. (Обзор литературы) // Ортопедия, Травматология и протезирование. 2013, N4, 122-127 стр.
19. Юсупова Н.У, Уринбоев П.У., Тиляков Б.Т. Тизза бўғимини ҳосил қилувчи суяклар синганда бўғим ичига тиббий кислород қўллаш. // Травматология ва ортопедия замонавий спектрда. Ўзбекистон Травматолог ортопедларининг VII-съезди материаллари. Тошкент 2008, 302 бет.