

## ЭРТА РИВОЖЛАНГАН ОСТЕОАРТРОЗ КАСАЛЛИГИНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИ

Э. С. Тоиров, К. А. Исломова, Р. Ш. Уралов

Самарқанд Давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон

**Таянч сўзлар:** тизза бўғими остеоартрози, медикаментоз даво, физиотерапия, даволаш гимнастикаси.

**Ключевые слова:** остеоартроз коленного сустава, медикаментозное лечение, физиотерапия, лечебная гимнастика.

**Key words:** osteoarthritis of the knee joint, drug treatment, physiotherapy, therapeutic gymnastics.

Тизза бўғимларининг эрта ёшда ривожланган остеоартроз касаллиги билан касалланган 80 нафар беморда медикаментоз (яллиғланишга қарши ва базис) ва номедикаментоз (физиотерапия ва даво гимнастикаси) даволаш муолажаларини касалликнинг клиник кўрсаткичларига таъсири ўрганилди. Комплекс даво муолажаларини оғриқ синдромини камайишига (ВАШ бўйича) ва тизза бўғими ҳаракат фаолиятини яхшиланувига (эксперт мезонлари бўйича) олиб келиши аниқланди. Стационар даво охирида ОА касаллигининг кечув оғирлигини енгиллашуви (Лекен индекси бўйича) ва синовит ривожланиш хавфининг камайиши (Л.М. Носкова мезонлари, 1987) кузатилди.

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАННЕГО ОСТЕОАРТРОЗА

Э. С. Тоиров, К. А. Исломова, Р. Ш. Уралов

Самаркандский Государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Изучено влияние комплексной медикаментозной (противовоспалительной, базисной) и немедикаментозной (физиотерапии, процедур лечебной гимнастики) терапии на клинические показатели у 80 больных ранним остеоартрозом (ОА) коленных суставов. Установлено, что комплексное лечение способствует эффективному стиханию боли (по ВАШ) и улучшению двигательной активности коленного сустава (по критериям экспертов). В конце стационарного лечения (10-12-день) улучшается тяжесть течения ОА (по индексу Лекена) и уменьшается риск развития синовита (по критериям Л.М. Носковой, 1987).

### EFFICIENCY OF COMPLEX TREATMENT OF EARLY OSTEOARTHRITIS

E. S. Toirov, K. A. Islomova, R. Sh. Uralov

Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

The effect of complex drug (anti-inflammatory, basic) and non-drug (physiotherapy, procedures of therapeutic gymnastics) therapy on clinical indicators in 80 patients with early osteoarthritis (OA) of the knee joints was studied. It has been established that complex treatment contributes to the effective abating of pain (according to VAS) and the improvement of the motor activity of the knee joint (according to the criteria of experts). At the end of inpatient treatment (10–12 day), the course of OA improves (according to the Leken index) and the risk of synovitis is reduced (according to the criteria of L.M. Noskova, 1987).

Остеоартроз (ОА) - бўғимларнинг хроник прогрессияланувчи дегенератив-дистрофик касаллиги бўлиб, бўғим тоғайининг деструкцияси, суяклар эпифизлари ва бўғимолди юмшоқ тўқималарининг зарарланиши билан кечади. Бу касаллик билан 10-12% аҳоли касалланган, 50 ёшга етган аҳолида унинг частотаси 27-30% атрофида бўлади. 60 ёш ва ундан катта аҳолида бу кўрсаткич ўсиб, 97% ни ташкил этади [А. Гадаев., 2010, Е.Л. Насонова, В.А. Насонова, 2008; Р.М. Балабанова, 2012].

ОА касаллигининг эрта ривожланишига олиб келувчи сабабларни билиш, касалликнинг дастлабки клиник белгиларини аниқлаш, прогрессияланишини олдини олиш ва бўғим фаолиятини тиклаш ҳозирда муҳим аҳамият касб этади (Е.М. Зайцева, А.В. Смирнов, Л.И. Алексеева, 2005; Т.В. Колесник, 2006]. Чунки, кечки босқичларда ОА муаммоси фақат эндопротезлаш амалиёти ёки паллатив даво учун аҳамиятли бўлиб қолади [Н.А. Корж, П.В. Болховитин, 2016].

American College of Rheumatology (ACR, 2010) ОА касаллигининг эрта клиник белгилари сифатида бўғимдаги оғриқни 2 марта такрорланган бўлишини, охирги йилда оғриқ эпизодини 10 кундан кўп давом этганлигини, беморлар ёшининг 50 ёшдан кичик бўлишини, бўғимлардаги қотишни 30 минутдан ошмаслигини ва крепитацияни тавсия

этган.

Ҳозирги вақда ОА касаллигини даволашда Европа ревматология лигаси (EULAR, 2016) тавсияларини қисқа ва узок вақт давомида қўллаш самарадорлиги баҳоланиб, эрта ривожланган ОА касаллигини даволаш бўйича энг яхши наф берувчи усуллар тавсия этиш, касалликни дориларсиз (режим ва жисмоний фаолликни сақлаш, парҳезга риоя қилиш, махсус ортопедик мосламалар, физиотерапия ва даволаш гимнастика усуллари қўллаш) ва дорилар (ностероид яллиғланишга қарши воситалар, хондропротекторлар, кальций препаратлари) билан даволаш бўйича беморлар учун тавсиялар ишлаб чиқиш долзарб ҳисобланади.

**Ишнинг мақсади.** Эрта ёшда ривожланган остеоартроз касаллигида физиотерапия ва даволовчи жисмоний тарбия машқлари билан биргаликда олиб бориладиган комплекс даволаш муолажаларини беморларнинг умумий аҳоли ва бўғимлар фаолиятига таъсирини баҳолаш.

**Текширув материаллари ва усуллари.** Беморларни текшириш ва даволаш Самарқанд давлат медицина институти 1-клиникаси ревматология бўлимида олиб борилди. Текширувлардан тизза бўғими остеоартроз касаллиги – гонартроз аниқланган 80 бемор (57 нафар аёл, 71,2%; 23 нафар эркак, 28,8%) ўтказилди. Беморларнинг ёши 42 ёшдан 55 ёшгача бўлиб, ўртача  $51,5 \pm 5,8$  йилни ташкил этди. 50 ёшгача бўлган беморлар 42 нафар (52,5%), 51-55 ёшдагилар 38 нафар (47,5%) бўлиб, ОА давомийлиги ўртача  $6,7 \pm 0,5$  йил бўлди. Текширувларда касаллик дастлабки белгилари бошланганида беморларнинг ўртача ёши  $46,2 \pm 0,6$  йилни ташкил этганлиги, 16 беморда (20,0%) касаллик 40-45 ёшда, аксарият (64 нафар, 80,0%) беморларда эса 45-50 ёшлар орасида ривожланганлиги аниқланди.

Беморлар аҳоли ва бўғимларнинг функционал ҳолати ВАШ шкаласи, Лекен индекси ва эксперт мезонлари кўрсаткичлари асосида баҳоланади. Инструменал текширув усулларида рентгенологик текширув усуллари билан биргаликда бўғимлар ультра товушли текшируви (УТТ) ва лозим кўрилган ҳолатларда магнит-резонансли томография текшируви ўтказилди.

Тизза бўғимининг моноартикуляр зарарланиши 49 (61,3%) нафар (21 беморда чап, 42,6%; 28 беморда ўнг, 57,1%) беморда, иккала тизза ёки битта тизза ва чанок сон бўғими олигоартикуляр зарарланиши 24 (30,0%) нафар беморда аниқланди. Полиартикуляр зарарланиш 7 (8,8%) беморда қайд этилиб, иккала тизза ва иккала чанок-сон бўғими зарарланиши 2 (2,5%) беморда, тизза ҳамда қўл ва бармоқлари бўғимлари полиартикуляр зарарланиши 5 (6,3%) беморда кузатилди.

Касалликнинг рентгенологик мезонларга кўра (Kellgren, Lawrence, 1957), I даражали ОА (рентгенологик белгиларнинг аниқ ифодаланмаганлиги) - 13 (16,3%), II даражали ОА (минимал ўзгаришлар - бўғим ёриғи торайганлиги, бирламчи остеофитлар) - 45 (56,3%), III даражали ОА (ўртача ўзгаришлар - бўғим ёриғининг кам торайганлиги, остеофитларнинг кўпайиши) – 21 (26,3%) беморда аниқланди. 65 нафар (81,2%) беморда тизза бўғимлари фаолиятини сакланганлиги, 15 нафар (18,8%) беморда эса бузилганлиги кузатилди. Функционал текширувлар асосида 9 (11,3%) беморда – бўғим фаолиятини биринчи даражали (профессионал қобилят сакланган) ва 6 (7,5%) беморда – иккинчи даражали (профессионал қобилят йўқолган) бузилиши аниқланди. Кузатувимизда IV даражали ОА ва бўғим фаолиятини учинчи даражали бузилиши аниқланган беморлар бўлмади.

Остеоартроз касаллигининг даволаш Европа ревматология лигаси (EULAR, 2016) томонидан ишлаб чиқилган тавсиялар асосида бўғим тоғайи дегенациясини ривожланишини олдини олишга ("базис терапия"), бўғимлардаги оғриқни камайтиришга ва бўғим ҳаракатини яхшилашга қаратилди. Касалликда ностероид яллиғланишга қарши препаратлар ҳар бир беморга индивидуал буюрилади. Даволашда ЦОГ-2 ингибиторларидан мелоксикам (15 мг/сут), этодин (400 мг/сут), нимесулид (200 мг/сут) қўлланилди. **Хондропротекторлар билан даволаш тавсия этилган** схемаларда хондриатин сульфат, хондриатин сульфат ва гликозамин сульфат унумлари билан олиб борилди.

**Микроциркуляцияни яхшилаш** мақсадида антиагрегент таъсирдаги курантил (0,075 мг/суткалик дозада), суякдаги резорбтив жараёнлар ва остеопорозни ингибиторлари кальций препаратлари (кальцикес, витамин D3 кальцимед, форкал) тавсия этилди.

Физиотерапевтик даво - анальгин, салицилатлар, новокаин эритмалари билан электрофорез 43 беморда ҳўлланилди, тизза бўғими учун тавсия этилган 5 хил гимнастика машқларидан иборат даволовчи жисмоний тарбия барча беморларга тавсия этилди. Дастлабки даволовчи жисмоний машқлар врач ёки инструктор назоратида ўтказилиб, кейинги муолажаларни 8-10 кун давомида беморларнинг ўзлари давом эттиришди.

Олинган натижалар вариацион статистика усулида P-IV персонал компютерининг «Статистика-2012» программаларидан фойдаланилган ҳолда баҳоланди.

**Олинган натижалар ва уларнинг таҳлили.** Даволаш натижаларини баҳолаш иккита гуруҳда олиб борилди. Биринчи гуруҳга дори воситалари ва даволовчи гимнастика машқларини қабул қилган 37 бемор, иккинчи гуруҳга дори воситалари, даво гимнастикаси ва электрофорез қўлланилган 43 бемор киритилди. Қиёсий гуруҳлар беморлар жинси, ўртача ёши, касаллик давомийлиги кўра бир-биридан кескин фарқ қилмади (1 жадвал).

1 жадвал.

#### Оёқлар ҳаракатини эксперт мезоналари бўйича баҳолаш

| Ўтказилган вақти  | Оёқлар ҳаракат фаолиятини чекланиши, % |            |          |                   |             |
|-------------------|----------------------------------------|------------|----------|-------------------|-------------|
|                   | 0-20                                   | 21-40      | 41-60    | 61-80             | 80-100      |
|                   | Оқсоқланиш                             |            |          | Патологик ҳаракат | Ҳаракат йўқ |
|                   | Кам                                    | Сезиларли  | Кучли    |                   |             |
| I гуруҳ 37 бемор  |                                        |            |          |                   |             |
| Даводан олдин     | 18 (48,6%)                             | 16 (43,2%) | 3 (8,1%) | -                 | -           |
| Даводан кейин     | 25 (67,6%)                             | 11 (29,7%) | 1 (2,7%) | -                 | -           |
| II гуруҳ 43 бемор |                                        |            |          |                   |             |
| Даводан олдин     | 22 (51,1%)                             | 18 (41,9%) | 3 (6,9%) | -                 | -           |
| Даводан кейин     | 34 (79,1%)                             | 8 (18,6%)  | 1 (2,3%) | -                 | -           |
| Жами 80 бемор     |                                        |            |          |                   |             |
| Даводан олдин     | 40 (50,0%)                             | 34 (42,5%) | 6 (7,5%) | -                 | -           |
| Даводан кейин     | 59 (73,8%)                             | 19 (23,8%) | 2 (2,5%) | -                 | -           |

Эксперт мезонлари бўйича даволашдан олдин жами 80 нафар бемордан 50,0% беморда кам оқсоқланиш, 42,5% беморда – сезиларли оқсоқланиш, 7,5% беморда – кучли оқсоқланиш аниқланди. Даволаш кейин эса (10-12 кун) даво муолажаларини самараси натижасида 73,8% беморда кам оқсоқланиш ёки умуман оқсоқланмаслик кузатилди. Ушбу беморлар сонини ошуви сезиларли (23,8%) ва кучли (2,5%) оқсоқланган беморлар аҳолини яхшилангани ва даводан кейин уларни кам оқсоқланган беморлар гуруҳига киритилганлиги билан боғлиқ бўлди. Дори воситалари ва даволовчи гимнастика машқларини қабул қилган биринчи гуруҳда кам оқсоқланиш ёки умуман оқсоқланмаган беморлар сонини 1,4 марта ошганлиги, сезилари оқсоқланган ва кучли оқсоқланган беморлар сонини 1,5 ва 3,0 марта камайганлиги қайд этилди. Иккинчи гуруҳдаги дори воситалари, даво гимнастикаси ва электрофорез қўлланилган беморлар орасида эса оқсоқланиш ёки умуман оқсоқланмаган беморлар сонини 1,5 марта ошганлиги, сезилари оқсоқланган ва кучли оқсоқланган беморлар сонини 2,3 ва 3,0 марта камайганлиги кузатилди. Аммо, иккала гуруҳда ҳам 2,3 ва 2,5% беморларда кучли оқсоқланиш сақланиб қолди.

ОА касаллигида синовит кечишини аниқлаш Л.М. Носкова (1987) мезонлари орқали баҳоланди (2 жадвал).

Даводан олдин 31 (38,8%) беморда таклиф этилган мезонлар бўйича синовит ривожланмаслиги (йиғинди 3,5 балгача), 42 (52,5%) беморда – синовит ривожланиши хавфи борлиги (йиғинди 3,5-4,2 балл) ва 9 (11,3%) беморда – тез-тез синовит рецидивини

## 2 жадвал.

## ОА касаллигида синовит кечишини аниқлаш Л.М. Носкова (1987) мезонлари орқали баҳоланди

| Хавф омиллари                                                                                                    | Информативлиги |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 1. Аёллар                                                                                                        | 0,4            |
| 2. Касалликни 40 ёшгача бошланиши                                                                                | 1,2            |
| 3. Полиостеоартроз тугунчали шакли                                                                               | 1,0            |
| 4. Бўғимларда ҳаракатда оғриқ                                                                                    | 1,2            |
| 5. Бўғимларда тинч ҳолатда оғриқ                                                                                 | 1,9            |
| 6. Ортиқча вазн                                                                                                  | 0,8            |
| 7. Бўғимлар блокадаси                                                                                            | 1,5            |
| 8. Бўғимлар қисирлаши                                                                                            | 1,5            |
| 9. Сурункали ўчоқли инфекциялар                                                                                  | 1,2            |
| Баҳолаш: 3,5 балгача-кузатилмайди; 3,5-4,2 балл-кузатилади; 4,2 балдан ортиқ – тез-тез рецидив кузатилиши мумкин |                |

кузатилиши (йиғинди 4,2 баллдан ортиқ) мумкинлиги аниқланган бўлса, даволаш муолажаларидан кейин синовит ривожланиш хавфи йўқолган беморлар 55 (68,8%) нафарни, синовит кузатиладиган беморлар 21 (26,3%) нафарни ва синовит рецидивланадиган беморлар 4 (5,0%) нафарни ташкил этди.

Лекен алгофункционал индекси натижаларини даволашдан олдинги натижаларга қиёслаганда даводан кейин енгил ОА (1-4 балл) аниқланган беморлар сонини 1,3 марта (63,8% дан 85,0% гача) ошганлиги, ўртача оғир (5-7 балл) ва оғир (8-10 балл) ОА аниқланган беморлар сонини эса мос равишда 2,7 марта (27,5% дан 10,0% гача) ва 1,8 марта (8,8% дан 5,0% гача) камайганлиги қайд этилди.

Даволашдан кейин оғриқ интесивлигини камайиши ва беморларнинг юриш фаолиятини яхшиланганлиги уларнинг ҳар кунги уй юмушларини бажариши, овқат тайёрлаши ва бошқа кундалик ишлар билан шуғулланиш фаолиятини яхшиланиши, ювинишда, овқатланишда, шахсий гигиена муолажаларини бажаришда чегараланишлар ва жамоат транспортдан фойдаланишда қийинчиликлар камайишига олиб келди.

Даволаш муолажаларини самарадорлиги бемор томонидан ВАШ бўйича баҳоланганда, биринчи гуруҳдаги 37 нафар бемордан 19 (51,4%) нафари умумий аҳолини ижобий томонга ўзгарганини таъкидлаб, даво натижаларини «яхши» натижа сифатида баҳолади. 15 (40,5%) нафар бемор даволаш муолажалари наф берсада, ҳаракат билан боғлиқ муаммолар сақланиб қолганлигини таъкидладилар (қониқарли натижа). 3 (8,1%) нафар беморда эса даволаш муолажалари наф бермаганлиги қайд этилди (ўзгаришсиз натижа). Иккинчи гуруҳда (жами 43 нафар бемор) эса ВАШ шкаласи бўйича жами 43 нафар бемордан 26 (60,5%) нафарида даво муолажалари «яхши», 15 (34,9%) нафарида – қониқарли, 2 (4,7%) нафарида ўзгаришсиз баҳоланди.

Иккала гуруҳда ҳам ижобий натижалар кўпроқ ирсиятида ОА касалликлар бўлмаган, анамнездан оғир травмалар олмаган, йўлдош касалликлар (веналарнинг варикоз касаллиги, семизлик) қайд этилмаган беморлар учун хос бўлса, салбий натижалар аниқланган 5 бемордан 1 нафарида коммуникант веналар варикози, 4 нафарида эса иккинчи даражадаги семизлик кузатилди.

**Хулоса.** Демак, эрта ривожланган ОА касаллигини даволашда номедикаментоз ва медикаментоз даво муолажалари комбинация ҳолида олиб борилганида даво самарадорлиги анча ошади. Комплекс медикаментоз, физиотерапевтик муолажалар ва гимнастика машқлари бўғим ва бўғимолди тўқималарида оғриқни камайишида, мушакларнинг спазминини яхшиланувида ва енгил даражадаги синовитларни даволашда ижобий самара беради. Бунинг натижасида тизза бўғимининг функционал ҳолатини яхшилануви (эксперт мезонлари бўйи-

ча), касаллик кечув оғирлик даражасини камайиши (Лекен алгофункционал индекси бўйича), синовит ривожланиш хавфини пасайиши (Л.М. Носкова мезонлари бўйича) кузатилади.

Жисмоний машқларни статик зўриқишларсиз, беморни ётган, ўтирган, турган ҳолатида амалга оширилиши лозим. Зўриқишнинг оширилиши оғрикнинг кучайишига олиб келишини ҳисобга олиб, гимнастика ҳаракатларини бир хил ва аста-секин олиб бориш керак. Машғулотларнинг кундалик давомийлиги 30-40 минут бўлиб, жисмоний машғулотлар турлари врач томонидан ҳар бир бемор учун индивидуал танланишини ва дастлабки муолажаларни тўғри бажарилиши врач ёки ДЖТ методисти (услужбиси) назорати остида олиб борилишини талаб этади.

Стационар даво кунларининг нисбатан қисқалигини ҳисобга олганда, эрта аниқланган ОА касаллиги билан касалланган беморларни диспансер назоратига олиш, уларни босқичма-босқич (стационар, амбулатория ва санатория) даволаш тамойилларини ишлаб чиқиш, ревматологиянинг ўз ечимини кутаётган долзарб муаммолардан бўлиб қолмоқда.

#### Фойдаланилган адабиётлар:

1. Балабанова Р.М. Динамика распространенности ревматических заболеваний, входящих в XIII класс МКБ-10, в популяции взрослого населения Российской Федерации за 2000–2010 гг. / Р. М. Балабанова, Ш. Ф. Эрдес // Научно-практическая ревматология. 2012. № 3. С.10–12.
2. Бадюкин В.В. Место и значение нестероидных противовоспалительных препаратов в терапии остеоартроза. Современная ревматология. 2016;(10)1:67–71.
3. Гадаев А.Г. Умумий амалиёт врачлари учун маърузалар тўплами. //Тошкент «Мухаррир нашриёти» 2010.
4. Галушко Е.А. Медико-социальная значимость ревматических заболеваний: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Е.А. Галушко. М., 2011. 47 с.
5. Каратеев А.Е., Лиля А.М. Остеоартрит: современная клиническая концепция и некоторые перспективные терапевтические подходы. Научно-практическая ревматология. 2018;56(1):70-81.
6. Петрунько И.Л., Меньшикова Л.В. Остеоартроз: финансовые затраты на одного больного. // Сибирский медицинский журнал. 2010. №6. С.163-165.
7. Остеоартроз касаллигининг клиникаси, диагностикаси ва замонавий даволаш принциплари. Тиббиёт институтлари ревматология мутахассислиги магистрантлари ва клиник ординаторлари учун ўқув-услубий қўлланма. Тузувчилар Э.С. Тоиров, Л.Х. Ташинова. Самарқанд, 2017. 34 б.
8. Ревматология. Национальное руководство. //Под редакцией академика РАМН Е.Л.Насонова, В.А. Насоновой. Москва. «ГЕОТАР-Медиа» 2008.
9. Светлова М.С. Патогенетическое лечение остеоартроза коленных суставов // Современная ревматология. 2012. № 3. С. 45–48.
10. Чичасова Н.В. Проблема боли при остеоартрозе // Лечащий врач. 2007. № 2. С. 50–56.