

**СУРУНКАЛИ БУЙРАК ВА РЕВМАТОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАРИДА
РЕАБИЛИТАЦИОН КОМПЛЕКС МУОЛАЖАЛАРНИНГ АҲАМИЯТИ**
(адабиётлар шарҳи ва шахсий изланишлар)

Ш.А. Наимова

Бухоро давлат тиббиёт институти,
Гематология ва клиник лаборатор диагностика кафедраси Бухоро, Ўзбекистон

✓ **Резюме**

Мақолада ревматоид артрит (РА) ва анкилозловчи спондилоартрит (АС) билан оғриган беморларда буйрак шикастланиши билан кечганда реабилитация муолажалари самараси баён этилган. Дунёнинг кўпгина давлатларида бўғимларнинг сурункали яллигланиш касалликлари қаторида ревматоидли артрит (РА) ва анкилозловчи спондилоартрит (АС) оқибатида касалланиш ва ногиронлик кўрсаткичлари ортиб бормоқда. Меҳнатга лаёқатли РА ва АС билан оғриган беморларда ногиронликнинг сезиларли ва юқори даражада тарқалиши, миллий соғлиқни сақлашни таъкил этишининг ўзига хос хусусиятларини инобатга олган ҳолда, замонавий реабилитацияни таъкил этиш, бўғимларнинг структуравий ўзгаришига қаратилган янги технологияларини ишлаб чиқишига ва энг яхши жаҳон тажрибаси каби комплекс реабилитация самарадорлигини, шу жумладан унинг тиббий, ижтимоий ва профессионал компонентларини аниқловчи омилларни топиш муаммоси долзарблигини белгилайди.

Калит сўзлар: ревматоидли артрит, анкилозловчи спондилоартрит, яллигланиш, буйрак зарарланиши, сурункали буйрак касаллиги, реабилитация, иқлимтерапия, ультратовуш терапия

**ЗНАЧЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ КОМПЛЕКСНЫХ ПРОЦЕДУР ПРИ
ХРОНИЧЕСКИХ ПОЧЕЧНЫХ И РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**
(Обзор литературы и собственные данные)

Ш.А.Наимова

Кафедра гематология и клиническая лабораторная диагностика,
Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

✓ **Резюме**

В статье описана эффективность реабилитационных методов лечения больных ревматоидным артритом (РА) и анкилозирующим спондилитом (АС) с повреждением почек. Во многих странах мира растет число случаев заболевания и инвалидности из-за ревматоидного артрита (РА) и анкилозирующего спондилита (АС), наряду с хроническими воспалительными заболеваниями суставов. С учетом специфики национальной организации здравоохранения значительная и высокая распространенность инвалидности у трудоспособных пациентов с РА и АС определяет организации современной реабилитации, разработки новых технологий, направленных на структурное изменение суставов и эффективности комплексной реабилитации, в том числе поиска факторов, определяющих ее медико-социальную и профессиональную компоненты которые считается актуальным.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилоартит, воспаление, поражение почек, хроническая болезнь почек, реабилитация, климатотерапия, ультразвуковая терапия.

THE IMPORTANCE OF REHABILITATION COMPLEX TREATMENTS IN CHRONIC KIDNEY AND RHEUMATOLOGICAL DISEASES

(Review of literature and personal data)

Sh.A.Naimova

Department of hematology and clinic laboratory diagnostics,
Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan

✓ Resume

The article presents materials of kidney damage in patients with rheumatoid arthritis (RA) and ankylosing spondylarthritis (AS). Identification of urinary syndrome, as well as changes in renal function are the main criteria for kidney damage. Detection of signs of kidney damage in the early stages allows you to adjust timely treatment and thereby affect the outcome of the underlying disease. Therefore, in the patients selected for the study, the indicators of renal failure were studied - urinary syndrome and GFR. The study examined the characteristics of kidney damage in 60 patients with rheumatoid arthritis and 30 patients with ankylosing spondylitis. The changes in renal function in these groups were analyzed depending on the age groups of patients, the stage of disease activity, the duration of the disease and the medications taken. Patients were compared with clinical and laboratory findings after rehabilitation procedures.

Key words: *rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, inflammation, kidney damage, chronic kidney disease, rehabilitation, climatotherapy, ultrasound therapy.*

Долзарблиги

Тиббий реабилитация - бу таъсирланган аъзо ёки тизимнинг бузилган функцияларини тўлиқ ёки қисман тиклашга ва (ёки) йўқолган функцияларини қоплашга, организмнинг функцияларини бажариш жараёнида сақлаб туришга қаратилган тиббий ва психологик тадбирлар мажмуидир. Шунингдек, танадаги ўткир ёки сурункали ривожланган патологик жараённинг кучайиши, шунингдек, шикастланган аъзолар ёки тизимларнинг мумкин бўлган бузилишларини олдини олиш, эрта ташхислаш ва тиклаш, мумкин бўлган ногиронлик даражасини олдини олиш ва камайтириш, такомиллаштириш, ҳаёт сифати, беморнинг меҳнат қобилиятини сақлаб қолиш ва унинг жамиятга ижтимоий интеграциясини ўрнатиш соҳа бўлиб ҳисобланади. Бу йўналиш бўғим касалликлари бор беморларни даволашнинг зарурий қисми бўлиб, аксарият ҳолларда фармакотерапия каби муҳимдир.

Тиббий реабилитациянинг асосий вазифалари бўлиб касаллик туфайли келиб чиққан функционал ва психологик бузилишларни, беморнинг жисмоний ва ижтимоий фаоллигини тиклаш ва уни атрофдаги дунёга мослаштириш бўлиб ҳисобланади. Патологик жараённинг фаоллигини камайтирувчи фармакотерапиядан фарқли ўларок, тиббий реабилитация организмнинг ўз ҳимоя тизимининг стимуляциясига, соғлиқни ўз

ҳолатига қайтаришга асосланади. Бунинг учун беморга турли нофармокологик ёндашувлардан фойдаланилиб, беморни психологик қўллаб қувватлаш ва ўқув дастурларидан тортиб физиотерапия усулларида фойдаланишга қадар турли хил фармакологик бўлмаган усуллар қўлланилади [5,6].

Ревматоид артрит (РА) билан оғриган беморларни реабилитацияси замонавий ревматологиянинг энг қийин муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Унинг долзарблиги касалликнинг прогрессив кечиши, мушак-скелет тизимининг шикастланиш даражаси, меҳнатга лаёқатли одамларнинг энг кўп касалланиши, функционал қобилияти пасайишининг эрта бошланиши, касбий ва ижтимоий кўникмаларнинг йўқолиши, беморларнинг жисмоний ва психологик мослашувчанлигининг қийинлашиши, катта ногиронликларга олиб келадиган, умумий тиббий ва ижтимоий муаммо бўлган катаиктисодий йўқотишларга сабаб бўлмоқда. [7,8].

РА беморларга дастлабки босқичдаги тиббий ёрдамни ташкил этиш жуда долзарб вазифадир. Агар эрта фаол дори терапиясига бўлган эҳтиёж кўплаб тадқиқотлар ва халқаро клиник кўрсатмалар билан тасдиқланган бўлса, буйрак зарарланиши билан кечувчи РА да реабилитация самарадорлиги масаласи ушбу касаллик учун юқори реабилитацияга эҳтиёж борлигига қарамай очик қолмоқда.

[4,6]. Даволашнинг номедикаментоз усули реабилитацион чора-тадбирлар қўллашнинг оптимал бошлаш муддати аниқланмаган.

Бугунги кунга келиб, жаҳон адабиётида РА ва АС касаллиги бўғимдан ташқари шакллари билан оғриган беморлар учун номедикаментоз усуллар ва комплекс реабилитация дастурларининг самарадорлиги бўйича тадқиқотлар деярли мавжуд эмас. РА ва АС беморларида нофармакологик усулларни қўллаш бўйича бир нечта клиник тавсияномаларнинг хулосалари ушбу усулларни ривожланган босқичда ўрганиш натижаларига асосланган. [9,12].

РА беморларни даволашда номедикаментоз усуллар кенг қўлланилади. Жаҳон маълумотларига кўра, РА билан касалланган беморларнинг тахминан 25-40% камида бир йил давомида номедикаментоз даволаш қабул қилишади [14,15]. Бу касаллик кечишини бошқаришда муҳим рол ўйнайди ва медикаментоз терапия учун зарур жиҳат бўлиб ҳисобланади [6,8]. РА билан касалланган беморларни даволашда энг яхши оқибатларга стационар ва амбулатор уй шароитида кўп тармоқли ёндашув асосида эришилади. [10,12]. Функционал ва ногиронлик нуқтаи назаридан ёмон оқибатга эга бўлган беморларда индивидуал, оилавий ва ижтимоий муаммолар хавфини камайтириш учун реабилитация чораларини илжи борица эрта бошлаш керак [5,13].

РАда қайта тикловчи ва реабилитация усули билан даволашнинг аҳамияти яллиғланиш жараёнига таъсир қилиши, функционал етишмовчилик пайдо бўлишининг олдини олиш ва деформатсияларнинг ривожланишини олдини олиш, кундалик уй-юмуш машғулотлар ҳажмини сақлаб қолиш, ўз-ўзига хизмат қилиш ва касбий иш қобилятини, психологик ҳолатни тўғрилаш, беморни фаол ижтимоий шахс сифатида сақлаб қолиш ва ҳаёт сифатини яхшилаш [1,2,4] да намоён бўлади.

РА беморларини даволаш ва реабилитациясида жисмоний омиллар алоҳида аҳамиятга эга бўлиб, бу маҳаллий яллиғланиш жараёнининг якуний натижаларига таъсир ўтказиш имкониятидан иборат. Маҳаллий қўлланилганда улар бўғимлардаги патологик жараённинг асосий қисмига таъсир қилади. Аввало, бўғим ва бўғим атрофи тўқималарда склеротик ва фибротик жараёнлар мушак-скелет тизимидаги пролифератив ўзгаришлар натижасида юзага келган бўғимларнинг

дефигуратсияси ва деформациясига сабаб бўлади. Бу мушак-скелет тизимининг локомотор вазифаси турли хил бузилишларга ҳам тегишли - оғриқ контрактуралари, амётрофия ва бошқалар. РА билан оғриган беморларни даволаш ва реабилитация қилишда аниқ симптоматологиясига қарамай, бўғим патологиясида маҳаллий физиотерапиянинг аҳамияти жуда катта.

Ультратовуш терапияси (УТТ) ультратовуш частотасининг механик тебранишлари билан даволаш (16000 Hz дан ортиқ), бу ультра юқори частотали (0,7 MGts-3 MGts) ўзгарувчан электр майдонида пиезо кристал деформатсиясининг тескари пьезоэлектрик таъсири туфайли ҳосил бўлади. 20 kHz дан юқори частотали механик тебранишларга ультратовуш дейилади. Терапия учун 800 kHz дан 3 MGts гача, 1,5 мм тўлқин узунлиги билан частоталар қўлланилади. Ультратовуш деярли ҳавода тарқалмайди. Ультратовуш физиотерапевтик технология сифатида қайта тиклаш тиббиётининг клиник амалиётида кенг қўлланилади. Ушбу физиотерапия усули юқори частотали товуш тебранишларидан фойдаланишга асосланган (0,7 дан 3,5 MGts гача). Ультратовуш (УТ) - бу нафақат тўқималарнинг, балки алоҳида хужайраларнинг ҳам микроуқалашини таъминлашига қодир бўлган ягона жисмоний омил. Агар уқалаш ва буйрак касалликлари ўртасидаги боғлиқлик Ҳақидагиги илмий мақолаларга эътибор қаратсак, уларнинг аксарияти мумкин бўлган хавф-омилларига бағишланган ва жуда оз миқдордаги мақолалар турли хил буйраклар муаммолари учун уқалашнинг афзалликларига бағишланган. Бироқ, ўсиб бораётган тадқиқотлар шуни кўрсатадики, профессионал равишда амалга оширилган уқалаш буйрак муаммолари билан боғлиқ бир қатор белгиларни бошқаришга ёрдам беради. Бундан ташқари, уқалаш тинчланиш ва бўшашиш ҳисси учун масъул бўлган парасимпатик асаб тизимининг фаоллигини оширади ва стрессли вазиятларда пайдо бўладиган ва психологияда "ур ва югур" деб номланадиган жавобни фаоллаштирадиган симпатик нерв тизимини "ўчиради". Бу қон босимини, яллиғланиш жараёнларининг интенсивлигини пасайтиради ва кайфиятни яхшилайдди.

Яллиғланиш жараёнининг паст фаоллиги ва олигоартикуляр зарарланиши бўлган беморларда машқлар терапияси қат'ий шахсийлаштирилган (юқори танловчанлик) тамойилларига асосланади.

Шуни таъкидлаш керакки, тиббий реабилитация усулларида фойдаланиш фақатгина уларни дори терапияси билан оқилона комбинациялашган тақдирда самарали бўлиши мумкин бўлади. Афсуски, ҳозирги кунга қадар РА да номедикаментоз усулларида шахсийлаштирилган тизим ишлаб чиқилмаган. Ушбу тизимни яратиш - ревматологлар ва реабилитологларнинг бўғимлар ва умуртқа поғоналарининг энг кенг тарқалган ва ижтимоий аҳамиятга эга бўлган касалликларини даволашни такомиллаштириш йўлидаги ишларини бирлаштириши керак бўлган долзарб илмий йўналишидир [3,5].

Шундай қилиб, физиотерапия, даволаш машқлари ва уқалашдан фойдаланиш дори терапияси билан бирга биринчи навбатда РА бўлган беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга қаратилган даволаш ва реабилитация тадбирларидан ташкил топган пирамиданинг асосини ташкил этади.

Шуни таъкидлаш керакки, номедикаментоз усулларида самарадорлигини баҳолаш деярли қутбсиз характерга эга ва турли терапевтик йўналишлар вакиллари ўртасида қизгин мунозараларга сабаб бўлади. Бу физиотерапиянинг терапевтик таъсири платсебо (ПЛ) билан таққосланадиган рандомизирланган бошқариладиган тадқиқотларни (РКТ) ташкил қилишнинг мураккаблиги билан боғлиқ. Аммо далилларга асосланган тиббиётнинг асосини платсебо назорати остида олиб бориладиган тадқиқотлар ташкил этади ва муайян тиббий аралашувнинг терапевтик таъсири тўғрисидаги фикри шаклланади [2,17].

Иқлимтерапия (иқлим + грекча терапия даволаш) - маълум бир минтақанинг метеорологик омиллари ва иқлим хусусиятлари таъсиридан терапевтик ва соғломлаштириш мақсадларда фойдаланиш бўлиб, бунда тиббий климатология, климатофизиология ютуқлари асосида ва клиник маълумотлар ҳисобга олинган ҳолда амалга оширилади. Климатотерапиянинг бошқа даволаш усулларида фарқи шундаки, иқлим омиллари инсон танаси учун табиий таъсирланувчи бўлиб, бунга жавобан эволюция жараёнида турли хил тартибга солиш механизмлари ишлаб чиқилган: терморегуляция тизими - совутишга ва ҳаддан ташқари қизиқ кетишга жавобан гистамин ишлаб чиқариш билан боғлиқ бўлган нейрогуморал тартибга солиш механизмлари, ва ҳоказо. Бу климатотерапияни организмнинг ҳаётий фаолиятини

рағбатлантиришнинг биологик асосли воситаси бўлиб ҳисобланади. Таъсир асосида умумий физиологик (носпесифик) ва патогенетик (махсус) механизмлар ётади [16,17].

"Ситора ва Мохи-Хоса" бу иқлимий санаторий бўлиб, Бухородан 9 км шимолда, гўзал парқда, денгиз сатҳидан 275 м баландликда жойлашган. Бухоро амирининг собиқ ёзги саройи биноларида жойлашган бўлиб, Бухоронинг иқлим хусусиятлари Байрам Али зонаси билан деярли бир хил ва буйрак касалларини даволаш учун иқлимий курортларга қўйиладиган талабларга жавоб беради. Апрельдан октябргача Бухорода ўртача мавсумий ҳарорат 22,9 (Байрам Алида, 23,1), кунлик ҳарорат ўзгаришларининг ўртача мавсумий амплитудаси 14,5 (Байрам Алида, 15,7). Ўртача мавсумий нисбий намлик 39% (Байрам Алида 38%), шамолнинг ўртача мавсумий тезлиги 3,7 м/с (Байрам Алида 2,7м/с). Ёзнинг максимал ҳарорати ўртача нисбий намлик 20% бўлган 45 ° га этади. "Ситораи Мохи-Хоса" санаторийсининг иқлими даволаш мавсуми (майдан сентябргача), юқори инсоляция, қуруқ ҳаво, юқори ҳарорат билан ажралиб туради. Бухорода 20 даражадан юқори ҳаво ҳарорати 5 майдан 17 сентябргача, яъни 131 кун, Байрам-Али эса 147 кун давомида кузатилади. Бухорода ёзда ўртача нисбий намлик 39% ни ташкил этади (энг кўпи январда - 64% ва июлда минимал -17%), Байрам эса Али -36%. Бухорода илиқ мавсумда шамолнинг ўртача тезлиги 4 м / с ни ташкил қилади. Санаторий ҳудудида йиллик ёғингарчилик 35 мм, майдан сентябргача атиги 19 мм ёғингарчилик бор. Бухорода ёзда асосий об-ҳаво 1-синф (қуёшли, жуда иссиқ ва қуруқ) ва 2-синф (қуёшли, иссиқ ва қуруқ) бўлиб ҳисобланади. Июл ойида 1-синф об-ҳавоси ўртача 22 кун, Байрам-Алида эса бу об-ҳаво июлда ойига ўртача 26 кун кузатилади. Дам олиш масканининг асосий даволовчи омил иқлим иссиқ ва жуда қуруқ об-ҳавонинг устунлиги билан ажралиб туради [4, 14].

СБК билан оғриган беморларни сурункали гломерулонефрит (СГ) фонидида реабилитация қилиш климатотерапияга асосланган [6,8]. Энг кўп мос келувчи чўлларнинг иқлимий курортлари бўлиб ҳисобланади, бу санаторийларнинг қуруқ ва иссиқ ҳавоси терлашни кучайтиради. Тер билан биргаликда азот метаболизмининг оралик маҳсулотлари ҳам ажралиб чиқади, бу эса буйраклар фаолиятини оsonлаштиради. Бундай тушириш туфайли буйрак қон оқими яхшиланади,

коптокча филтрация даражаси (КФТ) кучаяди ва сийдик синдроми пасаяди. Буйраклар фаолияти яхшиланганлиги туфайли қон плазмасининг электролитлар таркиби тикланади [1,15]. Буйракларнинг чиқарувчи функциясини ошиши орқали қон босими пасаяди, юрак фаолияти яхшиланади. Натрий хлор (20 г / л) билан ўтирадиган ёки умумий ҳаммомлардан фойдаланиш мумкин: сув ҳарорати 37-38 ° С бўлган кун ора, жами 8-10 муолажа қабул қилиниши мумкин. Уларнинг таъсири остида буйрак функцияси сезиларли даражада яхшиланади, сийдик кислотасининг клиренси ошади, сийдик микдори кўпаяди, бу эса урат тузларининг организмдан чиқарилишини кўпайишига олиб келади. Ушбу ванналар йўлдош касалликларга эга беморларга ҳам кўрсатилади: юрак ишемик касаллиги, гипертония, липид алмашинуви бузилиши.

Биринчи муолажа тахминан 20 дақиқа давом этади, сўнгра машғулотлар давомийлиги ҳар куни 10 дақиқага кўпайтирилади ва пулс, қон босими ва тана вазнининг назорати остида индивидуал сезувчанликка қараб 40-60 дақиқагача оширилади. Ҳафтада бешдан ортиқ муолажа ўтказилмайди. Иссиқ иқлим шароитида даволаш организмни десенсибилизациялашга ва буйрак тизими захираларини сафарбар қилишга қаратилган патогенетик усул ҳисобланади.

Иқлимнинг бемор танасига таъсири ўзига хосдир. Шу билан бирга, турли иқлим омилларининг одамларга таъсири жуда кўп умумий хусусиятларга эга, чунки уларнинг барчаси асосий биологик жараёнларнинг бориши-терморегуляция, иссиқлик алмашинувини ўзгартиради. Муайян иқлим шароитида бўлиш танадаги жисмоний омиллар таъсирига реакцияларда маълум бир стереотипини ривожлантиради. Шунинг учун иссиқ иқлими жойларга кўчиб ўтишда стереотип ўзгариши билан бирга патологик реакциялар йўқолиши мумкин. Иссиқ иқлим ҳам организмнинг реактивлигини ўзгартириш хусусиятига эга [4,11]. Иссиқ иқлимнинг буйрак усти беэи тизимига таъсири баъзи физиологик жараёнларнинг ўзгаришига олиб келади. Термал нурланишдан ташқари, муҳим қуёш нурланиши терига ва асосий тўқималарга фотохимёвий ва кимёвий таъсир кўрсатади, бу бутун танага таъсир қилади. Ўзбекистоннинг иқлим минтақаларида ҳаво ионизатсияси катта аҳамиятга эга бўлиб, оксидланиш-қайтарилиш жараёнлари, қон томир тонуси ва иммунологик реакциялар

ўзгаришига олиб келади. Иқлимнинг бундай хилма-хиллиги ва унинг алоҳида таркибий қисмлари унинг барча даволовчи хусусиятларидан мақсадга мувофиқ фойдаланиш зарурлигини тақозо этади. "Ситораи Мохи-Хоса" санаториясида климатотерапия пайтида ултрабинафша нурлар таъсирида беморларнинг танаси десенсибилизациясига учрайди, бу касаллик жараёнини барқарорлаштириш ёки тугатишга ёрдам беради.

Тадқиқотимизда қуруқ иссиқ иқлим шароитида ревматоидли артрит ва анкилозловчи спондилоартрит касалликларида буйрак зарарланишини хавф омилларини ўрганиш ва унинг фаолиятини такомиллаштиришда реабилитация усулларининг самарадорлигини ўрганиш учун 125 юқоридаги патология беморлари текшириб, баҳоланди. Илмий тадқиқотнинг 1-босқичини ревматоидли артрит ва анкилозловчи спондилоартрит беморларида буйрак зарарланиши даражаси ва хавф омилларини ўрганиш бўлганлиги сабабли, барча беморлар буйрак зарарланиши ва буйрак зарарланишисиз гуруҳларига, касалликнинг давомийлиги, фаоллиги ва беморлар ёшига кўра бир неча гуруҳларга бўлиниб, буйрак зарарланиши кўрсаткичлари қиёсланди. Ишнинг 2 босқичида буйрак зарарланиши аниқланган РА ва АС беморларда стандарт даво ҳамда стандарт даво + УЗТ, ЛФК (УТТ, ДЖМ) ва массаж физиотерапия ва "Ситораи Мохи-Хосса" санатор-курорт даволаш муассаси иқлимтерапиясининг таъсири таққосланган ҳолда ўрганилди. Тадқиқотлар 10 ой мобайнида ўтказилди. СБК ташхисини қўйишда касаллик диагностик маркерлари таҳлили 3 ой давомида такрор ўтказилди.

Илмий тадқиқотимиз доирасида даволаш терапиясидан сўнг физик, механик ва иқлим факторлари – УТТ, ДЖТ, уқалаш ва санатор-курорт даволаш РА касаллиги асосий клиник белгиларнинг аҳамиятли яхшиланишига сабаб бўлди. Беморлар умумий аҳволи яхшиланди, эрталабки қарахтлик давомийлиги қисқарди, оғриқлар интенсивлиги пасайиши кузатилди ($p < 0,01$). Яхшиланиш таъсири одатда, 5-7 муолажадан сўнг бошланиб, даволанишнинг охирида кучайиб борди. Ижобий таъсир I, II фаоллик даражасида III фаоллик нисбатига нисбатан қисқа муддатдан сўнг намоён бўлди. Бизнинг тадқиқотда реабилитацион муолажалардан сўнг ҳаракатда ва пальпацияда 86% беморларда кузатилди. Маҳаллий яллиғланиш фаоллигининг

камаиши 62% беморларда аниқланиб, бу бўғимларда экссудатив жараёнларнинг пасайганлигидан далолат беради. Беморларда эрталабки қарахтлик 96% га пасайди. Кўпгина беморларда зарарланган бўғимлар функцияси экссудатив жараёнларнинг пасайиши ва йўқолиши ҳисобидан (78%) оғриқ контрактураларининг пасайиши (59%) кузатилди.

Хулоса

Комплекс равишда олиб борилган реабилитация табиатан мураккаб бўлиб, юқори фаолликни максимал даражада пасайишига ва касаллик кўзғалиши олдини олишга, шунингдек касалликнинг асосий аломатларини йўқ қилишга қаратилган. Иқлимтерапия фонида комплекс даволаш усулларидан фойдаланиш касаллик фаолиятининг клиник кўринишлари оғирлигини пасайишига олиб келди. Беморларнинг клиник ҳолатини баҳолаш учун бундай асосий кўрсаткичларга кўра ВАШ бўйича оғриқнинг интенсивлиги, эрталабки қарахтлик давомийлиги, ВАШ бўйича касалликнинг оғирлиги ва жисмоний машқлар ёрдамида даволашнинг афзалликлари ишончли қийматларга эга бўлиб ҳисобланади. Яллиғланишнинг ўткир фазаси лаборатор кўрсаткичлари, шу жумладан ЭҚТ, С-реактив оксил, гемоглобин, ревматоид омил титри, жисмоний реабилитация усулидан катъий назар бир хил қиймат чегарасида ўзгарган.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Насонов Е. Л. Российские клинические рекомендации. Ревматология / Е. Л. Насонов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – С 39.
2. Сухарева МЛ, Дубинина ТВ, Эрдес ШФ, Агасаров ЛГ. Проблемы применения принципов доказательной медицины в медицинской реабилитации ревматических заболеваний. Научно-практическая ревматология. 2015; 53(5):564-7
3. Пономаренко Г. Н. Библиография Медицинская реабилитация [Электронный ресурс]: учебник - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. –С 196-203
4. Ветитнев А.М., Войнова Я.А. Организация санаторно-курортной деятельности: учебное пособие / А.М. Ветитнев, Я.А. Войнова. — М.: Федеральное агентство по туризму, 2014. — 272 с.:
5. Григорьева В.Д. Медицинская реабилитация больных с воспалительными заболеваниями суставов. В кн.: Медицинская реабилитация: Рук-во в 3-х т.

Под ред. В.М. Боголюбова. Москва - Смоленск, 20070: т. 2: 207-76.

6. Burmester G.R., Bijlsma J.W.J., Cutolo M., McInnes I.B. Managing rheumatic and musculoskeletal diseases – past, present and future. *Nat Rev Rheumatol*. 2017 Jul; 13(7):443-8
7. Clauw D.J., Essex M.N., Pitman V., Jones K.D. Reframing chronic pain as a disease, not a symptom: rationale and implications for pain management. *Postgrad Med*. 2019 Jan 31:1-14.
8. Vliet Vlieland T.P., Pattison D. Non-drug therapies in early rheumatoid arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2009; 23(1):103-116.
9. Gossec L., Dougados M. Do intra-articular therapies work and who will benefit most?. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2006; 20(1):131-144.
10. Luqmani R., Hennell S., Estrach C., et al. British Society for Rheumatology and british health professionals in Rheumatology guideline for the management of rheumatoid arthritis (the first two years). *Rheumatology (Oxford)*. 2006; 45(9):1167-1169.
11. Combe B. Early rheumatoid arthritis: strategies for prevention and management. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2007; 21(1):27-42.
12. Jakobi JM, Dempsey JA, Hellsten Y, Monette R, Kalmar JM. On the horizon of aging and physical activity research. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2020; 45(2):113-117.
13. Vander Cruyssen B., Ribbens C., Boonen A., et al. The epidemiology of ankylosing spondylitis and the commencement of anti-TNF therapy in daily rheumatology practice. *Ann Rheum Dis*. 2007; 66(8):1072-1077.
14. Vliet Vlieland T.P.M., van den Ende C.H. Nonpharmacological treatment of rheumatoid arthritis. *Cur Opin Rheumatol* 2011; 23.
15. Suleyman, B. The effect of etoricoxib on kidney ischemia-reperfusion injury in rats: a biochemical and immunohistochemical assessment / B. Suleyman [et al.] // *International immunopharmacology*. — 2014. — Vol. 23. — No 1. — P. 179-185.
16. Luqmani R, Hennell S, Estrach C, et al. British Society for Rheumatology and british health professionals in Rheumatology guideline for the management of rheumatoid arthritis (the first two years). *Rheumatology (Oxford)*. 2006; 45(9):1167-1169.
17. McEntegart A, Morrison E, Capell HA, et al. Effect of social deprivation on disease severity and outcome in patients with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 1997; 56(7):410-413.

Қабул қилинган сана 09.11.2021