

ГОНАРТРОЗ, УНИНГ ЗАМОНАВИЙ ДАВОЛАШ ЙЎЛЛАРИ ВА ПРИНЦИПЛАРИ

А.А. Тешаев., В.Р. Акрамов., Б.У. Хамраев., А.У. Гаффоров., Ш.Ш. Ахмедов.

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Таҳлилда дегенератив-дистрофик касалликлар ичида тез-тез учраб турадиган гонартроз касаллигини даволашнинг замонавий усуллари ва тенденциялари намоиш этилган. Муаллиф, патологик жараён стадияларига боғлиқ бўлган тизза бўғими деформацияловчи артрозани даволашнинг консерватив ва оператив усулларда даволаш саволларини кўриб чиқди.

Диагностик даволаш манипуляциялари алгоритми тақдим қилинган.

Калит сўзлар: гонартроз, даволаш, гиалурон кислотаси, НЯҚДВ.

ГОНАРТРОЗ, СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

А.А. Тешаев., В.Р. Акрамов., Б.У. Хамраев., А.У. Гаффоров., Ш.Ш. Ахмедов.

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ Резюме,

В обзоре представлены современные тенденции и подходы к лечению одного из наиболее частых дегенеративно-дистрофических заболеваний гонартроза. Автор рассматривает вопросы консервативного и оперативного лечения деформирующего артроза коленного сустава в зависимости от стадий патологического процесса. Представлен алгоритм диагностических манипуляций и лечения.

Ключевые слова: гонартроз, лечение, гиалуроновая кислота, НПВП.

GONARTHRITIS, MODERN APPROACHES AND PRINCIPLES

A.A. Teshayev., V. R Akramov., B.U Hamrayev., A.U. Gafforov A.U., Sh. Sh Akhmedov

Bukhara State Medical Institute.

✓ Resume,

This review presents the current trends and approaches to the treatment of one of the most common degenerative diseases-gonarthrosis. The author examines the issues of conservative and surgical treatment of deforming arthrosis of the knee joint, depending on the stages of the disease process. An algorithm for diagnostic interventions and treatments is presented.

Keywords: gonarthrosis, treatment, hyaluronic acid, NSAID.

Долзарблиги

Остеопороз кенг тарқалган касаллик бўлиб, бутун жаҳон аҳолисининг 10%ни ташкил қилади. Бир қанча муаллифлар маълумотида кўра, ортопедик касалликлар бўйича муружаат қилган беморлар ичида бу касаллик барча ортопедик касалликлар ичида бу патология 30дан 55% гачани ташкил қилади [1,2]. Шу билан бир қаторда, 55 ёшдан катта бўлган аҳоли орасида тизза бўғимининг зарарланиши нисбатан кўпроқ(10%) учрайди, шулардан 1/4 қисмида кучли ногиронликка олиб келади [12].

Гонартроз касаллиги ишга яроқли кишиларда, спорт билан шуғулланувчилар, актив меҳнат фаолиятига эга бўлган ёшларда ҳам учраб турибди [4,15]. Бизнинг кузатишларимиздан гонартроз билан оғриб, эндопротезлаш операцияси ўтказган 58% беморлар 60 ёшдан кичиклиги аниқланди. Шу сабабдан гонартрозни даволашни эффектив даволаш нафақат тиббий-сиёсий балки молиявий жихатидан аҳамият касб этади. Ўзлари кузатган муаллифларнинг фикрича, тизза бўғимида учрайдиган жароҳатлар барча бўғимларда учрайдиган жароҳатларнинг 50% ни ва оёқ пастки соҳасида учрайдиган жароҳатларни 24%гачасини ташкил қилади. 65 ёшдан катта бўлган иккала жинс кишиларнинг 30%да рентген тасвирида гонартрознинг белгилари ку-

затилади [2]. Гонартрозда 80% беморларда ҳаётнинг сифати пасайиб, 10-21% гача беморларда ногиронликка олиб келади[15]. Бўғимлар дегенератив-дистрофик касалликларнинг этиологияси ва патогенезини этиологиясини ўрганишнинг етарли бўлмаслиги, касалликни кеч аниқланиши, касалликнинг намоён бўлиши ва кечинининг хилма-хиллиги, асоратлар чуқур дегенератив ўзгаришлар билан кечиши - буларнинг ҳаммаси касалликни даволашнинг адекват турини танлашни қийинлаштиради [5]. Амалиётда гонартроз касаллиги билан оғриган беморларни даволашда, ностероид яллиғланишга қарши дори воситалари, тана вазни юқори бўлган беморларга тана вазнини камайтириш ва хондропротектор препаратларини мунтазам қабул қилиб юришни ўз ичига олган схема тавсия этилади. Шу билан бир қаторда баъзан шифокор беморнинг ҳамроҳ касалликларини этиборга олиб, селектив ингибитор циклооксигеназа (ЦОГ) ва, тизза бўғимидаги кучли оғриқларни камайтириш мақсадида бўғим ичига глюкокортикостероидларни юборади.

Шу билан бирга замонавий даволашда ҳар хил усулларни қўллаш патологик симптоматикани камайтиришга қаратилган:

"Нофармокологик даво(ёрдам берадиган ҳар хил программалар: жисмоний машқлар, ҳаёт тарзини ўзгартириш)



" Фармакологик даво(парацетамол, ностероид яллиғланишга қарши дори воситалари, маҳаллий даво)

" Инвазив даволаш усуллари(бўғим ичи инъекциялари, лаваж, артропластикалар)

Гонартроз касаллиги медикаментоз даволаш оғриқни камайтириш(аналгетик эффект) ва яллиғланиш(яллиғланишга қарши эффект), ҳамда тоғайнинг дегенерациясини секинлаштиришга(структур-модифициялашган эффект) қаратилган.

Даволашни, консерватив- НЯҚДВ билан аниқроғи уларнинг бўғимга маҳаллий малҳамлари ва геллари-ни суртиш билан бошлаш тавсия этилади. Бўғимда ҳаракат чекланганда ва шиш кузатилганда НСЯҚДВ ини перорал қабул қилиш тавсия этилади [12,13].

НСЯҚДВ ини гонартроз касаллигида қўллашнинг кейинги принциплари:

" Минимал суткалик эффектив дозада, кўрсатмага мувофиқ тарзда қабул қилинади.

" НЯҚДВ ини қўллаш барчага бирдек ҳамма қабул қилинган схема бўйича қўллаш мумкин эмас. Дори воситасини эмпирик йўл билан синов мақсадида 3-7 кун қабул қилиб танланади. Шифокор тавсия этилган дори воситасини суткалик доза диапозонини кўрсатиши керак.

" Қисқа ва узоқ таъсир этувчи дори воситаларини рег ос қабул қилиш кўпинча бир марта эрталаб ёки кечки пайтда(ярим чиқариш даври 24 соат) тавсия этилади.

" НЯҚДВ ножўя таъсири бўлагн беморларга селектив ингибитор ЦОГ-2 қўлланилади.

НЯҚДВ нинг мушак орасига юбориладиган шакли гонартрозни даволашда қўлланилмаслигига этибор қаратиш керак. Бу эса касалликнинг сурункали кечиши билан боғлиқ. Бунинг устига НСЯҚДВ ни бўғим ичига юборишдан ҳеч қандай патогенетик асос йўқ. Иккиламчи синовит ривожланиб оғриқлар кучайганда НЯҚДВ ни суткалик дозасини алтернатив ошириш, бўғим ичига бир марта ГКС юбориш патогенетик асосланган ҳисобланади.

Ҳозирги пайтда гонартрозда хондропротекторларни қўллаш эффектлилиги исботланган. Хондропротекторларнинг 10 дан ортиқ турлари бўлиб, уларни танлаш имконияти кенг. Аммо, 23 та эксперт фикрига асосланган EULAR таклифига кўра, фақатгина 5 та дори воситалари, глюкозамин сульфат, хондроитин сульфат, диацериин, гиалуронан, ҳамда авокадо билан соя аралашмаси гонартрозда структур модификацион хусусиятларга эга [8,12].

Кўпинча ўз таркибида хондроитин сульфат билан глюкозамин сульфат ёки глюкозамин гидрохлоридга эга бўлган комбинациялашган дори воиталари қўлланилади. Глюкозамин ва хондроитин сульфат, суяклар осеопорозда хондрит, синовит ва оститни олиб келувчи жараёнга жавобгар биологик актив моддаларга таъсир қилади. Бу икки тузни таъсир механизмини ўзига хос хусусиятлари бор. Хондроитин сульфат синовиал суюқликни таркибини оптималлаштириб, глюкозамин гидрохлорид хондроитин сульфат ишлаб чиқаришни стимуллади [8,13].

Тизза бўғимининг артрозида, глюкокортикостероидлар сурункали синовитлар ва НЯҚДВ ларининг яллиғланиш жараёнини камайтиришдаги хусусиятини ноэффектлигида кўрсатма бўлиб ҳисобланади. Пролонгирланган кортикостероидларни клиник амалиётда қўллаш ўз ўрнига эга [2]. НЯҚДВ дан ташқари гиалуронлар ўз қўлланилишига эга. Буюк британия уму-

мий амалиёт шифокорларининг ўтказган сўровларига кўра, гонартроз касаллиги билан касалланган беморларнинг 15 % и бўғим ичига дори воситаларини қабул қилади[2]. Гиалурон натрийнинг синовиал суюқлик ва тоғай тўқимасига тоғай тўқимаси метаболизмини ошириш, яллиғланишга қарши, простогландинлар синтезини пасайтириш, хусусий протеогликанлар синтезини ошириш хусусиятига эга. Шундай қилиб, тоғай тўқимаси метаболизмига таъсир қиладиган гиалурон кислотасини остеопороз ва гонартрозда патогенетик таъсир қиладиган моддалар таркибига киритилди [7,9].

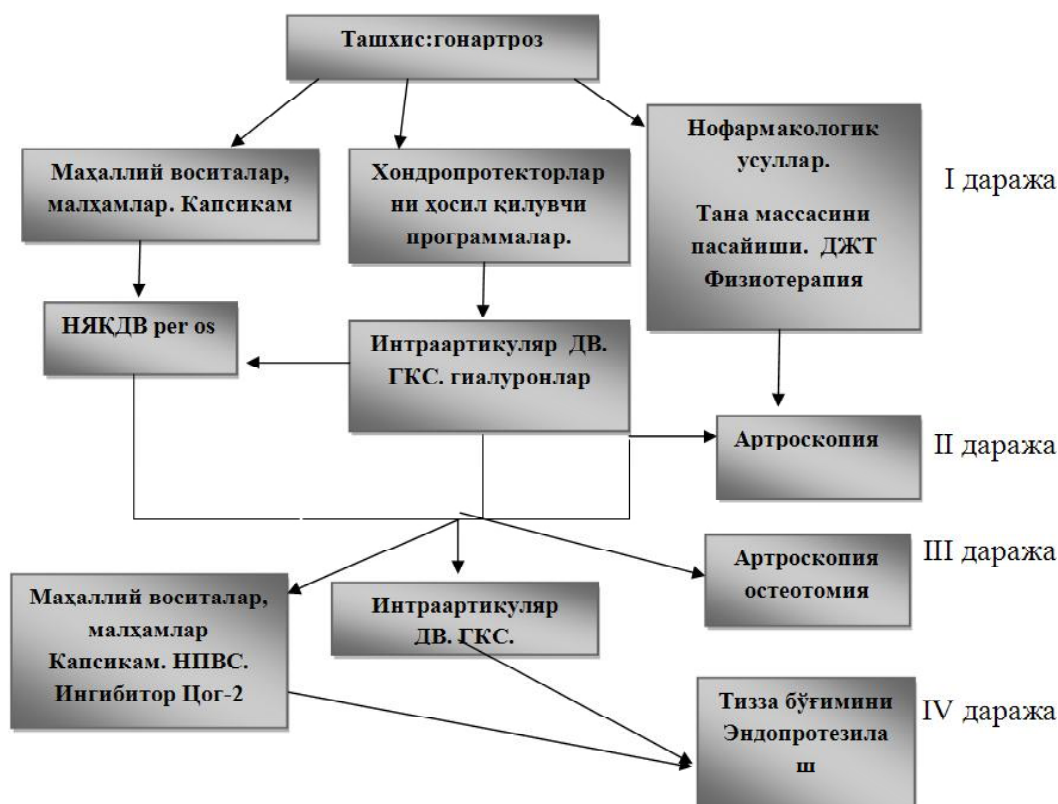
Бугунги кунда гиалуронли препаратларни қўллаш ва даволаш курсини давомийлигини чегаралаш учун специфик қарши кўрсатмалар мавжуд эмас. Бундан ташқари улар оғриқ синдромини йўқотиб, оғриқ синдромини камайтирибгина қолмай, оператив давони кечиктиради, НЯҚДВ тавсия дозасини камайтиради. Тизза бўғими умумий чегараланишига, бўғим ичи йиринглаши, бўғим атрофининг ҳар хил, шу жумладан терининг дори воситасига инфекция-аллергик реакцияси каби жараёнлари сабаб бўлади. Кўп ҳолларда гонартроз касалигини даволаш оператив усулда амалга оширилади. Булар мисолида тизза бўғими артроскопияси, коррекцияловчи остеотомия ва тизза бўғимини эндопротезлаш операцияси келтириш мумкин. Ҳозирги кунда гонартроз касаллигида тизза бўғими артроскопияси кўп қўлланилиб, бу оператив усул ёрдамида, тизза бўғими ревизияси ва сонациясини амалга оширади, яъни лазер қўллаш орқали, плазмали абляция ва хондропластика амалиётлари бажарилмоқда.

Адабиётлар маълумотларига асосланиб, элементар лаваж ва дибридмент жараёнларини ўтказишда артроскопиянинг самарадорлиги 74% ни ташкил қилади [10].

Оғир ҳолатларда инвазив усуллардан тортиб то коррекцияловчи остеотомия ва эндопротезлаш амалиётига амалга оширилади. Муча ўқи бузилишнинг бошланғич этапларида коррекцияловчи остеотомия амалиёти бирмунча самарадор ҳисобланади [4]. Жуда оғир ҳолатларда, эндопротезлаш амалиётидан ташқари, барча ижтимоий ва тиббий шароитларни ҳисобга олган ҳолда, бўғимни артродезлаш амалиёти амалга оширилади. Тизза бўғимида рефрактерли оғриқли синдроми ва тизза бўғими артрозининг рентгенологик белгилари бўлиб, тизза бўғимининг функционал етишмовчиликлари бўлган беморлар бўғимида эндопротезлаш амалиёти амалга оширилади. Тизза бўғимининг оғир даражадаги артрози билан касалланиб, ногирон беморларда тотал артропластика амалиётини ўтказиш эффектли эканлиги исботланди [1,11]. Тизза бўғимини артропластика амалиёти нисбатан хавфсиз ва эффектли даво усули бўлиб, бу даволаш усули оғриқ синдромини камайтиради, бўғимнинг функционал ҳаракатчанлигини таъминлаб, ҳаёт сифатини яхшилайди. 90% беморларда оператив амалиёт ўтказилгандан 5 йил ўтгач, оғриқ синдроми камайиши ва функционал ҳаракатчанликнинг ошиши каби яхши ва аъло натижаларга олиб келади [15].

Шундай қилиб, тизза бўғимининг дегенератив-дистрофик касаллигини замонавий усулини қўллаш схемаси, касалликнинг оғирлик даражасига боғлиқ (1-чизма)

Бундан ташқари гонартроз касаллиги билан касалланган беморларни даволашда қўйидагиларни ҳисобга олиш мақсадга мувофиқ:



" тизза бўғими учун хавф борлиги (семириш, келаксиз механик факторлар, жисмоний акивликнинг ошиши);

" умумий хавфларнинг борлиги (ёши, йўлдош касалликлари, полимедикация)

" яллиғланиш белгиларининг борлиги (масалан, тизза бўғими ичида йирингнинг бўлиши);

" бўғимда кучли оғриқ синдромининг бўлиши ва функционал етишмовчилик;

" жароҳатнинг структур даражаси ва жойлашган ўрни;

Хулоса

1. Гонартроз билан касалланган беморларни даволаш касаллики даражаасига боғлиқ бўлиб, нафақат объектив усулар балки беморни субъектив ҳисётларга боғлиқ.

2. Консерватив даво усуллари (НЯҚДВ, хондропротекторлар, гиалурон ДВ) гонартрознинг бошлангич (I-II) даражаларида самарали саналади.

3. Тизза бўғимини артроскопиясини гонартрознинг эрта даражаларида (II-III даража) қўлаш ижобий самарага эгадир.

4. Тизза бўғимини эндопротезлаш касаллигининг оғир III-IV-даражаларида қўлаш даволашнинг замонавий стандарти ҳисобланади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Ардагов С.В. Комплексный подход к оперативному лечению больных с деформирующим гонартрозом / Автореф. ... дис. канд. мед. наук. - Самара, 1997. - 25 с.
2. Багирова Г.Г. Остеоартроз: эпидемиология, клиника, диагностика, лечение / Г.Г. Багирова, О.Ю. Мейко. - /М. Медицина, 2005. - 224 с.
3. Бадюкин В.В. Пути оптимизации терапии остеоартроза // РМЖ. - 2006. - Т14. - №5. - С. 1824-1828.

4. Гейдешман Е.С. Выбор способа хирургического лечения больных с дефектами хряща коленного сустава при гонартрозе / Автореф. ... дисс. к.м.н. - Самара, 2008. 23 с.
5. Григорян Б.С. Корректирующие операции в лечении гонартроза / Автореф. ... дисс. к.м.н. - М., 2003. - 26 с.
6. Коршунов Н.И., Ершова О.Б. Современные подходы к фармакотерапии остеоартроза // Consilium medicum. - 2006. - №2. - С. 34-38.
7. Лиля А.М. Современная фармакотерапия остеоартроза // Terra medica. - 2005. - №1 (37). - С. 3-9.
8. Пешехонова Л.К., Кузовкина Т.Н., Пешехонов Д.В. Клиническая эффективность хондропротекторов в комплексной терапии остеоартроза коленных суставов // РМЖ. - 2009. - №21. - С. 1486-1489.
9. Повороцкий В.В. Глюкозамин и хондроитин в лечении остеоартроза: данные литературы и результаты собственных исследований // РМЖ. - 2006. - Т. 14. - №4. - С. 290-294.
10. Ding C. Do NSAID affect the progression of osteoarthritis? // Inflammation, 2002. - V. 26. - P. 139-142.
11. Gahl M. Surgical treatment of the knee osteoarthritis // Reumatizam. - 2005. - 52 (2). - P. 52-55.
12. Jordan K.M. et al. Euler recommendations 2003: an evidence based approach to management of knee osteoarthritis: report of task force of the standing committee for international clinical studies including therapeutic trials // Ann rheum dis. - 2003, 62. - P. 1145.
13. Leeb B.F., Schweitzer H., Montag K., Smolen J.S. A meta-analysis of chondroitinsulfate in the treatment of osteoarthritis // Osteoarthritis cartilage. - 1999. - Vol. 7. - Suppl. A. - P. 130.
14. Mahon J.L. Health-related quality of life and mobility of patients awaiting elective total knee arthroplasty: a prospective study J.L. Mahon, R.B. Bourne, C.H. Rorabeck et al. // CMAL 2002. - Vol. 167, 10. - P. 1115-1121.
15. Oakley S.P. A critical appraisal of quantitative arthroscopy as an outcome measure in osteoarthritis of the knee / S.P. Oakley, M.N. // Lassere Semin. Arthritis Rheum. - 2003. - 33 (2). - P. 83-105.
16. Takizawa T. Arthroscopic lateral meniscectomy in knees with lateral compartment osteoarthritis: a case series study / T. Takizawa, J. Kuraishi, S. Akizuki // Arthroscopy. - 2006. - 22 (8). - P. 878-883

Келиб тушган вақти 05.03. 2019