

ОСТЕОАРТРОЗНИНГ ПАТОГЕНЕТИК БЎЎНИГА ҚАРАБ КОМПЛЕКС ТИКЛОВЧИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ ИШЛАБ ЧИҚИШ

Туксанова З.И.,

Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон.

✓ *Rezyume*

Osteoartroz bo'g'im kasalliklari ichida juda keng tarqalgan kasalliklardan biri bo'lib, ko'pchilik hollarda nogironlikka olib keladi. Bu kasallikni davolash farmakoterapiyasida juda katta mablag' talab qiladi. Ushbu tadqiqot natijasida kasallikning patogenetik bo'g'iniga qarab kompleks tiklovchi davolash usullarini qo'llagan holda og'riq sindromining kamayishi, bo'g'imlar holatining funktsional yaxshilanishi hamda nogironlikning oldini olishga erishishdir. Kalit so'zlar: osteoartroz, tizza bo'g'imi, reabilitatsiya.

РАЗРАБОТКА МЕТОДОВ КОМПЛЕКСНОГО ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СУСТАВОВ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ

Туксанова З.И.,

Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан.

✓ *Резюме*

Остеоартроз одно из самых распространенных заболеваний суставов, которое в большинстве случаев приводит к инвалидности. Лечение этого заболевания требует огромных вложений в фармакотерапию. Результатом этого исследования является снижение болевого синдрома, функциональное улучшение состояние суставов и предотвращение инвалидности за счет применения комплексных восстановительных методов лечения в зависимости от патогенетической причины заболевания.

Ключевые слова: остеартроз, коленный сустав, реабилитация.

DEVELOPMENT OF METHODS OF COMPREHENSIVE PATHOGENETIC TREATMENT OF JOINTS IN OSTEOARTHRITIS

Tuxanova Z.I.,

Bukhara State Medical Institute, Uzbekistan.

✓ *Resume*

Osteoarthritis is one of the most common joint diseases, which in most cases leads to disability. The treatment of this disease requires a huge investment in pharmacotherapy. The result of this study in the reduction of pain syndrome, functional improvement of the joint condition and prevention of disability through the use of complex restorative methods of treatment, depending on the pathogenetic link of the disease.

Key words: osteoarthritis, knee-joint, rehabilitation.

Долзаблиги

Остеоартрознинг асосий патогенетик омиллари тоғайда протеогликанлар синтези дефицити, протеогликан агрегатлари концентрациясининг пасайиши ва парчаланиши, натижада тоғайнинг дегидратациясига олиб келади, анаболик ва катаболик жараёнларнинг номуносивлиги, А2 фосфолипаза ва коллаген-1 протеаз жараёнларининг фаоллашуви, В типидagi синовиоцитлар синтезининг сусайиши, ялиғланиш цитокинлар синтези ошиши (интерлейкин1, α некрофактор, простагландин (ПГ E2) ва ялиғланишга қарши цитокинлар этишмовчилиги устун, масалан, трансформацияловчи ўсиш омили-β ваплазминоген-1 ингибитори. Остеит, хондрит, синовит ялиғланишнинг умумий натижаси бўлиб ҳисобланади [1.5.11.]. Остеоартроз касаллигида интенсив патоморфологик ўзгаришлар тоғай матриксида рўй бериб, уларнинг мустаҳкам ва эластик юзаси дағаллашади. Тоғай тўқималарида протеогликан комплексларининг бузилиши билан намоён бўлади, хондроцитларнинг биосинтетик активлиги сусаяди, охир оқибатда асосий макромолекула - протеогликанлар ва II турдаги коллаген

синтези ҳам камая боради. I, III, X турдаги нормал тоғай тўқималарининг синтези кучаяди. Тоғай ҳужайралари томонидан синтез қилинган тоғай матрикси хондроитин сульфат ва гиалурон кислотасини йўқотади [2.10.14]. Бундан ташқари, азот оксиди (NO) ишлаб чиқаришнинг кўпайиши хондроцитларнинг апоптоз жараёнини қўзғатади. Протеогликан матрикси этишмовчилиги ривожланиб, тоғай тўқимаси гликозаминогликанларни йўқотади.

Тоғай ҳосилаларининг бузилиши антиген ҳусусиятларга эга. Охирги маҳсулот синовиал суюқликка тушиб, синовитни келтириб чиқаради, натижада синовиоцитларда метаболик жараёнлар бузилади ва эндоген гиалуронат ва синовиал суюқлик шаклланиши камаяди (Lippiello L.etal., 2000). Тоғай бутунлигининг бузилиши ва калцификацияси субхондрал суяк ёрилиши ва ярали нуқсонлар ҳамда бўғим ичида детрит ҳосил бўлиб фрагментациясига олиб келади [4.6.7.9].

Тоғай дегенерацияси ва ҳажмининг камайиши бу касалликнинг асосий патологик ўзгаришлар занжири бўлиб ҳисобланади. Бу эса ўз навбатида маҳаллий зўриқишларга, остеохондроз ривожланишига, субхондрал кистоз ўзгаришлар ва остеофитлар пайдо бўлишига

олиб келади. Тоғайлардаги прогрессив ва суяклардаги реактив ўзгаришлар бойлам, пай ва мушакларда патологик жараёни бу эса ўз навбатида ҳаракат стереотиби ва бўғимларда биомеханик бузилишлари билан кечади. Остеоартрознинг асосий клиник кўриниши оғриқ, деформация ва бўғимлар ҳаракати чекланганлигидир. Бу патологияда асосий симптом - бу бўғимлардаги оғриқлар бўлиб, бунинг интенсивлиги ва давомийлиги турлича бўлиб, бу функционал фаолиятнинг чекланишига ва ногиронликнинг тўлиқ ривожланишига олиб келади [10.15].

Кўпчилик адабиётлардаги маълумотларга қараганда, остеоартрозни комплекс даволаш ностероид яллиғланишга қарши, ҳондропротекторлар билан комплекс даволашга қарамасдан етарли самарадорликка эга эмас. Шунинг учун остеоартрознинг патогенетик бўғинига қараб комплекс тикловчи даволаш усуллари ўрганишни талаб қилади.

Тадқиқодимизнинг асосий мақсади тизза бўғими артрози касаллигининг босқичи ва клиник ҳусусиятларига қараб комплекс физиотерапевтик муолажаларни қўллаб самарадорликни баҳолаш учун клиник си-

намалар ва ВАШ индекслари бўйича оғриқ интенсивлигини бўғимлар фаолияти динамикасида ўрганишдир.

Материал ва услуллар

Тадқиқот Бухоро вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази физиотерапия ва травматология бўлимларида тизза бўғими артрози билан касалланган беморларда клиник, лаборатор (қоннинг умумий таҳлили ва ревмафактор), инструментал (МРТ, мультиспирал компьютер томография, УЗИ) текширувлар билан амалга оширилди. Асосий гуруҳда 92 нафар, таққослаш гуруҳида эса 24 нафар беморлар розилиги асосида 35 дан 75 ёшгача бўлган беморларга табақалаштирилган ёндашув асосида комплекс реабилитацияси олиб борилди. Тадқиқот гуруҳидаги аёллар сони 56нафарни (82,4%), эркеклар эса 12 нафарни (17,6%) ташкил этди. Таққослаш гуруҳидаги аёллар 70,8% ни, эркеклар эса 29,2% ни ташкил қилди. Кўриниб турибдики иккала гуруҳда ҳам бемор аёллар сони кўпрогини ташкил этади (жадвал-1).

1-жадвал

Беморларнинг клиник тавсифи

Клиник маълумотлар	Асосий гуруҳ		Таққослаш гуруҳи	
	Гоноартроз		Гоноартроз	
	N	%	n	%
Беморлар сони	68	100	24	100
Ёш				
35-44	3	4,4	1	4,2
45-54	22	32,3	9	37,5
55-64	27	39,8	8	33,3
65-74	13	19,1	5	20,8
75 ва ундан юқори	3	4,4	1	4,2
Жинси				
эркак	12	17,6	7	29,2
аёл	56	82,4	17	70,8
Йўлдош касалликлар:				
Бор	59	86,8	17	70,8
Йўқ	9	13,2	7	29,1
Рентгенография				
I	12	17,6	9	37,5
II	24	35,3	13	54,2
III	32	47,1	2	8,3
УЗИ				
Синовит	49	72,1	14	58,3
Тендинит	56	82,3	21	87,5
Бейкер кистаси	13	19,1	2	8,3

Натижа ва таҳлил

Асосий гуруҳдаги беморларнинг тизза бўғими Kellgren-Lawrence бўйича рентгенологик текширув маълумотларига кўра III даражаги ўзгаришлар нисбатан кўпроқ бўлса, таққослаш гуруҳидаги беморларнинг рентгенологик текширувлари маълумотида кўра эса II даражадаги белгилар энг кўп кўрсаткични бермоқда. Ультратовуш текширув натижаларига кўра тендинит ва синовит иккала гуруҳ беморларига юқори кўрсаткичларни кўрсатмоқда. Тадқиқот гуруҳидаги беморларнинг кўпчилигида йўлдош касалликлардан гипертония ва семизлик касалликлари устунлик қилиб, аёлларда 87,8% ида гипертония касаллиги, 67,2% ида семизлик, бошқа касалликлар 28,3% аниқланди. Эр-

как беморларда эса юрак ишемик касаллиги (стенокардия) 63,2% ни, гипертония касаллиги 44,4% ни, семизлик 34,7% ни, бошқа касалликлар эса 17,5% ни ташкил этди.

Асосий гуруҳдаги беморларда касалликнинг давомийлиги қуйидагича: 1-5 йилгача 27,7%, 5-10 йилгача 38,4%, 10 йил ва ундан ортиқ 33,9% ни, таққослаш гуруҳидаги беморларда эса 1-5 йилгача 31,3%, 5-10 йилгача 52,4%, 10 йил ва ундан ортиқ 16,3% ни ташкил этди. Касалликнинг рентгенологик белгилари билан касалликнинг давомийлиги орасида боғлиқлик кузатилди. Беморларда асосий клиник белгилар оғриқ ва бўғим функциясининг бузилиши бўлиб, оғриқ синдромининг интенсивлиги визуал-аналогли шкаласи (ВАШ), функционал бузилишларнинг яққоллиги ар-

трознинг суммар кўрсаткич индекси WOMAC бўйича аниқланди.

Тадқиқот гуруҳидаги беморларга зарб тўлқинли терапия (акустик импульс 16-25 Гц) муолажаси ҳар 3 кунда бир марта, бир курсда 6 та муолажа, электрофорез карипаин дори воситаси билан ток кучи 10-20 мА, 20 дақиқа, 12-15 та муолажагача олиб борилди. Йўлдош касалликлардан семизлиги бор беморларга даво машқлари тавсия этилди. Таққослаш гуруҳидаги беморларга магнитотерапия, электрофорез лидокаин препарати билан ва лазертерапия олиб борилди.

Назорат гуруҳидаги беморларда даволаш курси давомийлиги ўртача 10-12 кунни ташкил этиб, 18-20 ҳафта давомида ижобий клиник натижага эришилди. Асосий гуруҳдаги беморларда даволаш курси ҳудди шундай ўртача 10-12 кунни ташкил этиб, клиник самарадорлик ўртача 24-25 ҳафтагача кузатилди.

Хулоса

Зарб тўлқинли терапия ва карипаинли электрофорезни тизза бўғими остеоартрози билан касалланган беморларда биргаликда қўллаш юқори самарадорликни ва патогенетик асосланган даво усули эканини кўрсатди. Электрофорез карипаин билан қўлланилганда патологик жараён бўлган соҳада тери остида ферментлар депоси ҳосил бўлиб, муолажа тугагандан сўнг ҳам терапевтик таъсирини 2-3 ҳафтагача давом этишига эришилади. Зарб тўлқинли терапия турли ортопедик бузилишларда юқори самарадорликка эга даво усули ҳисобланиб, у таъсир соҳасида моддалар алмашинуви яхшиланиши, тўқима ва томирлар регенерациясининг ошиши ҳисобидан даволаниш курси давомийлигининг қисқаришига олиб келади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙҲАТИ:

1. Клинические рекомендации. Остеоартрит: Диагностика и ведение больных остеоартритом коленных и тазобедренных суставов. / Под ред. О.М. Лесняк. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 176 с.

2. Lajeunesse, D. The role of bone in treatment of osteoarthritis. / D. Lajeunesse. // Osteoarthritis Cartilage. - 2004. - №12. - S. 34-38.
3. Насонов, Е.Л. Ревматология. Клинические рекомендации. 2-е изд., испр. и доп. / под ред. Е.Л. Насонова. // ГЭОТАР-медиа, 2010. - 752 с.
4. Шостак, Н.А. Остеоартроз: актуальные вопросы диагностики и лечения / Н.А. Шостак // Русский медицинский журнал. - 2014. - Т. 22, № 4. - С. 278-281.
5. Мухамдиева Н.Б., Туксанова З.И. Влияние течения инфаркта миокарда на развитие депрессивных расстройств. "Молодой учёный" научный журнал. №11(91). июнь 2015 г, 681-683 стр.
6. Верткин, А.Л., Остеоартроз в практике врача-терапевта/А.Л. Верткин, Л.И. Алексеева, А.В. Наумов [и др.]/Русский медицинский журнал. - 2008. - Т.16, №7 - С. 476-480.
7. Алексеева, Л.И. Остеоартроз: из прошлого в будущее/Л.И. Алексеева, Е.С. Цветкова//Научно-практическая ревматология. - 2009. - №2 (прил. 31). - С. 7-8.
8. Эрлес, Ш.Ф. Ревматические заболевания и инвалидность взрослого населения Российской Федерации/Ш.Ф. Эрлес, О.М. Фоломеева//Научно-практическая ревматология. - 2007. - №4. - С. 4-10.
9. Muxamadieva N.B. Depressive disorders in patients after myocardial infarction. European Science Review. Vienna, №9-10, 2016. - 119-120
10. Нурбоев Ф.Э., Туксанова З.И. Остеоартрознинг тарқалиш сабаблари, ривожланиш механизми, кечиш хусусиятларининг ўзига хослиги. Тиббиётда янги кун. Илмий журнал. 2(30).2020.485-488 б.
11. Ismoilova M.Yu., Tuksanova Z.I. To the issue of development of cardiovascular diseases at athletes World Journal of Pharmaceutical Research Volume 9, Issue 3, 2020. 331-338.
12. Ohtori, S. Existence of neuropathic pain component in patients with osteoarthritis of the knee/S. Ohtori, S. Orita, M. Yamashita [et al.]/Yonsei Medical Journal. - 2012. - Vol.53, №4. - P. 801-805
13. Hochman, J.R. Neuropathic pain symptoms on the modified pain DETECT correlate with signs of central sensitization in knee osteoarthritis/J.R. Hochman, A.M. Davis, J. Elkayam [et al.]/Osteoarthritis and Cartilage. - 2013. - Vol.21, №9.
14. Нурова З.Х., Жалолова В.З." Достиженные успехи в изучении патогенеза и диагностики гипертонической болезни" "Новый день в медицине" научный журнал 2020 йил, 30-31 бет.
15. Mukhamadieva N., Tuksanova Z. Integrated assessment of risk factors of post- infarction depression. Central Asian journal of Pediatrics. 2 (2) 2019. С.101-110.

Келиб тушган вақти 09.11.2020