

**АЪЗАМ АҲТАМОВ**

**АРТРОЗ  
ВА  
АРТРИТЛАР**

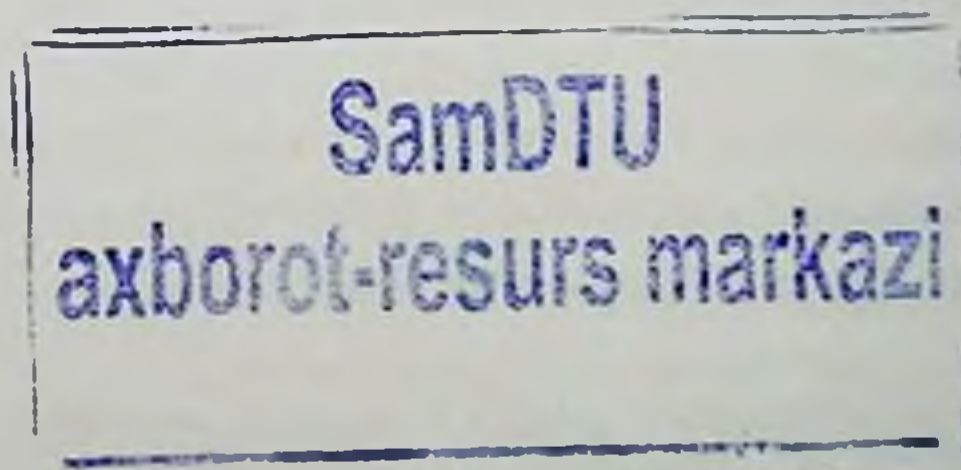
**МОНОГРАФИЯ**



**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ  
ОЛИЙ ТАЪЛИМ, ФАН ВА ИННОВАЦИЯЛАР  
ВАЗИРЛИГИ  
САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ  
УНИВЕРСИТЕТИ**

**Аъзам АҲТАМОВ**

**АРТРОЗ ВА АРТРИТЛАР  
(Монография)**



**“Таълим-медиа” нашриёти  
Тошкент-2024**

УЎК 616.72-002.77

КБК 55.5

А 97

А. Аҳтамов. Артроз ва артритлар (Монография) [Матн] / А. Аҳтамов; муҳаррир Н. Намозова. – Т.: “ТА’ЛИМ-MEDIA”, 2024. - 136 б.

**Ишлаб чиққан ташкилот:** Самарқанд давлат тиббиёт университети

**Муаллиф:**

Аҳтамов А. – Травматология ва ортопедия кафедраси доценти, т.ф.н.

**Такризчилар:**

Каримов М.Ю. – ТТА Травматология, ортопедия ва ХДЖ кафедраси мудири, профессор, т.ф.д.

Ўринбоев П.Ў. – СамДТУ Травматология ва ортопедия кафедраси профессори, т.ф.д.

Мазкур монография остеоартроз ва ревматоидли артритнинг сабаблари, ривожланиш механизми, классификацияси, клиник манзараси, ташхислаш ва даволашда дори-дармонлар ҳамда дори-дармонларсиз даволашнинг замонавий усуллари бағишланган бўлиб, у терапевтларга, оилавий амалиёт шифокорларига, ортопедларга, жарроҳларга, ревматологларга, шунингдек ўз фаолиятини энди бошлаган ёш мутахассис травматолог-ортопедлар, физиотерапевтлар, тиббиёт олийгоҳларининг клиник ординаторлари ҳамда резидентура талабаларига мўлжалланган.

Монография СамДТУ Илмий Кенгаши йиғилишининг 2024 йил 28 февралдаги 7-сонли баённомаси билан тасдиқланган ва чоп этишга рухсат берилган.

**ISBN 978-9910-9534-3-9**

“ТА’ЛИМ-MEDIA” нашриёти, 2024.

## СЎЗБОШИ

Артроз ва артритлар таянч-ҳаракат аъзоларининг сурункали касалликлари ўртасида учраши (40%) ва ногиронликнинг давомийлиги бўйича (55%) биринчи ўринда туради (Синяченко О.В., 2017).

Бугунги кунда остеоартроз (ОА) таянч-ҳаракат аъзоларининг энг кўп кузатиладиган касалликларидан бўлиб одамларнинг меҳнатга лаёқатсизлигининг асосий сабабчиси бўлиб қолмоқда.

ОА ер юзи аҳолисининг 20 фоизида кузатилмоқда. Эпидемиологик тадқиқотлар бўйича касаллик ер юзининг турли ўлкаларида 5–30 фоиз кузатилиб ёши 60 ёшдан катта аҳоли ўртасида қарийб 100 фоиз кузатилиши аниқланган (Синяченко О.В., 2012).

Бугунги кунда остеоартроз, ревматоидли артрит, подагра билан оғриган беморларда касаллик кеч аниқланиши сабабли мурожаат қилаётган беморлар улуши кундан-кунга ошиб бормоқда. Мазкур ҳолатнинг сабабларидан бири амалиёт шифокорларининг артрология соҳасида амалий кўникмаларининг пастлиги ўзига хос таъсир кўрсатмоқда.

Мазкур ҳолатнинг моҳияти бўлғуси мутахассисларни тайёрлашда кўзда тутилган ўқув дастурларида бўғим касалликларининг сабабларини эрта аниқлаш, ташхислаш ва замонавий даволаш усуллари бағишланган муаммоларга етарли эътибор берилмаган. Мазкур ҳолатлар терапевтик, ортопедик ва бошқа тегишли кафедраларда кенг муҳокама қилинса-да, бироқ ўқишнинг аниқ тизими яратилмаган. Бўғим касалликларини ташхислаш ва даволашга бағишланган мавзулар артрологияга бағишланган турли қўлланмаларда ва нозологик формалари бўйича турли нашрларда (хатто мулоҳазали ёндошилиб) ёри-

тилган. Шунинг учун китоб терапевтларга, оилавий амалиёт шифокорларига, ортопедларга, хирургларга ревматологларга ҳамда бўлгуси ёш мутахассисларга мўлжалланган бўлиб, остеоартроз ва ревматоидли артритнинг сабаблари, ривожланиш механизми, классификацияси, клиник манзараси, ташхислаш ҳамда даволашда дори-дармонлар ва дори-дармонларсиз даволашнинг замонавий усуллари китобхонлар тушунадиган тилда баён қилинган. Дори-дармонлар билан даволаш жараёнида беморларда турли нохуш ҳолатларнинг кузатилиши сабабли парҳез, кинезотерапия, массаж, мануал даволаш, физиотерапия, оксигенотерапия каби даволаш усулларига ҳам алоҳида эътибор берилди.

Китоб ўз фаолиятини энди бошлаган ёш мутахассис травматолог-ортопедлар, ревматологлар, физиотерапевтларга ва тиббиёт олий ўқув юртларининг клиник ординаторлари ва резидентура талабаларига ҳам фойдали бўлиши мумкин.

Муаллиф китобхонлар томонидан билдирилган таклиф ва мулоҳазаларни хайрихоҳлик билан қабул қилади.

## КИРИШ

Бутун дунё соғлиқни сақлаш ташкилоти (БДССТ) 2010 йилни «Суяк ва бўғим касалликларининг халқаро 100 йиллик акцияси» деб эълон қилди. Мақсад аҳоли саломатлигини ва яшаш тарзини яхшилашдан иборат.

Чунки дунё миқёсида барча сурункали касалликларнинг 40 фоизи, ногиронлик давомийлигининг 55 фоизи, иқтисодий сарф-харажатларнинг 20 фоизи бўғим касалликларига тегишли бўлиб 1-ўринда туради (Мазуров В.И., 2016.; Синяченко О.В., 2017.).

Бугунги кунда сайёрамиз аҳолисининг 20 фоизи бўғим касалликлари билан касалланган бўлса, 60 ёшдан ошган кишиларда мазкур касаллик қарийб 100 фоиз кузатилмоқда (Мазуров В.И. ва бошқ., 2017.). Шундай бўлишига қарамасдан артрология муаммолари тиббий таълим дарсликларида кам ёритилган. Натижада бу соҳада фаолият кўрсатаётган мутахассисларнинг амалий савияси ҳамин қадар бўлиб, касалликнинг кеч аниқланишига ва оқибатда сурункали касалликлар улушининг кўпайишига сабаб бўлмоқда. Шу билан бирга касаллик патогенезида микроэлементлар, экологик омиллар, меҳнат фаолиятининг характери ҳам муҳим ўрин эгаллайди.

Остеоартроз (деформацияловчи артроз, артрит, полиартрит, гонартроз) дегенератив-артрит) дегенератив-дистрофик касаллик бўлиб бўғим суюқлигининг таркиби, бўғим тоғайлари, суякнинг тоғай ости қавати ҳамда бўғим олди тўқималар тузилишининг бузилиб, тоғайли ва суякли ҳосилалар ҳосил бўлиб, оёқ ўқининг бузилиб клиник жиҳатдан бўғимда оғриқ ҳамда ҳаракатнинг бузилиши билан характерланади.

Ревматоидли артрит – қўшувчи тўқималарнинг сурункали тизимли касаллиги бўлиб, периферик синовиал бўғимларнинг

жадал ривожланиб симметрик эрозив-деструктив полиартрит типда кечади. Касаллик таянч-ҳаракат аъзоларининг кенг тарқалган яллиғланиш касалликларидан бири ҳисобланади. Касаллик асосан меҳнатга лаёқатли аҳоли ўртасида кўпроқ кузатилиб агрессив формасида 20 йил давомида меҳнатга яроқсиз бўлиб, улар умумий ногиронлик улушининг 20 фоизини ташкил этади.

Подагралли артрит (ПА) – яллиғланиш натижасида нафақат оғриқ, балки шиш ва ҳаракатнинг чекланиши билан кузатилиб жадал кўпаяётган сурункали касалликлардан бири ҳисобланади. Ҳатто, дунёнинг етакчи мутахассислари мазкур касалликни ХХI асрда жуда тез ва жадал кўпайиб, касалликлар ўртасида ўзига хос эпидемия кузатилишини башорат қилмоқдалар.

Ревматик касалликлар қадимдан маълум бўлса-да, «ревматизм» (ибора Гален томонидан таклиф этилган) бугунги кунда ревматологиянинг асосий (РА, ПА, ПсА, СпонДА) клиник йўналишларидан бири бўлиб, кўшувчи тўқималарнинг тизимли касалликлари сифатида ўрганилмоқда.

## ТАРИХИЙ МАЪЛУМОТЛАР

Таянч-ҳаракат аъзоларининг касалликларини даволаш қадимдан маълум бўлиб, эрамиздан 800 минг йил аввал касалланган бўғимларнинг мўмиёланган қолдиқлари Миср эҳромларидан топилган.

Бўғим касалликлари билан оғриган беморлар қадимги Греция ибодатхоналарининг махсус ажратилган хоналарида даволанишган. Беморларга оғриқсизлантириш мақсадида наркотик моддалар (девоналаштирувчи чекиш) билан бирга массаж ва иссиқ сувли ванналар қўлланилиб, табиблар ибодат қилишиб, ҳукм чиқаришган. Шундай масканларнинг бирида машҳур грек врачлари Гиппократ (э.а. 460–377 й) фаолият кўрсатган. Унинг машҳур «Афоризмлар» асарида сексуал фаол эркаларда ва постменопаузал даврдаги аёлларда ортиқча тўйиб овқатланиш, нотўғри парҳез ва кам ҳаракатчанлик оқибатида подагра касаллигининг клиник белгилари кузатилганлиги таъкидланади. Мазкур касаллик тиббиётда кўпроқ оёқ бўғимларида кузатилганлиги сабабли подагра (грекчадан *podlos* – «оёқ», *agra* – «қопқон» ёки «ўлжа») деб ном олган.

Тарихда фахрли «инглиз Гиппократи» номини олиб фаолият кўрсатган Фон Гонгейм (Парацельс) (1493–1541) подагра касаллигини дискразия (организмда суюқлик таркибининг бузилиши) деб атаган. Унинг фикрича тузларга тўйинган қандайдир куйдирувчи шилимшиқ ёпишқоқ модда қон (буйрак) орқали бўғимга кириб, ўзининг намлик хусусиятини йўқотиб, майдаланган тошчалар мавжуд массага айланади. Муаллиф касаллик ортиқча тўйиб овқатланиш, жисмонан кам ҳаракатчанлик, спиртли ичимликлар истеъмол қилиш натижасида ривожланиши ва катта бойлик (мулк) эгалари ҳамда ҳукмдорларда кўпроқ



кузатилишини таъкидлайди. Бунинг исботи сифатида ишончли маълумотлар мавжуд. Подагра билан оғриган беморлар: А.Македонский (э.а. 356–323 й), Улуғ Карл (742–814), Осмон (1258–1342), Иван IV (Грозный) (1530–1584) ва унинг ўғли ва отаси ҳам, денгизчи Колумб (1451–1506), астрономлар Мирзо Улуғбек (1394–1449) ва Галилей (1564–1642), табиатшунос Дарвин (1809–1882), ёзувчи ва шоирлардан Гёте (1749–1832), Стендаль (1783–1842), Тургенев (1818–1883), Мопассон (1850–1893), рассом Микеланджелло (1475–1564), актёр Чаплин (1889–1977) ва бошқалар.

Парацельс подаграни буйрак-тош касаллиги билан боғлиқлигини биринчи бўлиб эътироф этди. Мазкур касалликда тузлар бўғим суюқлигида ҳам учрашини таъкидлайди. Мазкур ҳолат бугунги кунда ўз исботини топган бўлса-да, лекин узок йиллардан буён муҳокама қилинмайди.

Гишократ бўғим касалликларини артрит деб атади. Шунингдек Гишократ бўғим ичида синовиял суюқлик борлигини ҳам билган ва «синовия» (грекча *sin* – «бирга» ва лотинча *ovum* – «тухум») деб номлади.

Немис патологи Вирхов (1821–1902) бўғим касалликларини ўчоқли касаллик деб ҳисоблаб ҳужайралар даражасида тадқиқотлар олиб бориб, 1866 йил охронозда бўғим тоғай тўқималарининг касалланиши ҳақида илмий асарини эълон қилди.

Остеоартрологиянинг асосчиларидан П.Ф. Лесгафт (1837–1909) «Суюқларнинг бир-бири билан боғланиши ҳақида», «Мураккаб бўғимлар ҳақида», «Мушакли нуқсонларда бўғим юзларининг ўзгариши» асарларида оддий ва мураккаб бўғимлар, бўғимлар биомеханикаси, синовиял бурмаларнинг ва синовия («суюқ мениск»)нинг аҳамияти тўғрисидаги асарларини яратди.

1911 йил Мюллер бўғимларнинг барча касалликларини яллиғланган ва дегенератив артроз(артрит)лар гуруҳига бўлди. Д.Г.Рохлин артрознинг охириги босқичини деформацияловчи артроз деб аталишини таклиф этди.

Ревматоидли артритни подагранинг бир варианты деб хисоблаган Ландре-Бовэ 1800 йил ревматоидли артритни биринчи бўлиб мустақил касаллик сифатида унинг клиник манзарасини баён қилди. 1892 йил В.М.Бехтеров (1857–1927) унинг номи билан аталадиган ревматоидли спондилитнинг клиник манзарасини батафсил баён қилиб берди. Муаллиф умуртқаларнинг ҳаракатланмасдан кифоз кўринишида (умуртқаларнинг қийшайиб бошнинг эгилиб қолиши), оёқларда фалажланиш, орқа ва елка мушаклар атрофияси ҳамда тери сезувчанлигининг бузилишларини изоҳлаб берди. Муаллиф мазкур жараёнларни орқа мияни ўраб турган қаттиқ парда клетчаткасининг яллиғланиши оқибатида, умуртқа поғонасининг анкилозланувчи жараёнини дегенератив-статик бузилишлар оқибати деб изоҳлайди.

1938 йил Б.П.Кукшелевский (1890–1976) сакроилеитнинг клиник белгиларини ёзди ва муаллифнинг «Инфекцион артритлар клиникаси» номли монографияси давлат Ревматология комитетининг биринчи мукофотига сазовор бўлган.

Биринчи жаҳон уруши даврида бир-биридан беҳабар ҳолатда олмон олими Рейтер ва французлар Фиссенже ҳамда Леройлар подаграни дизентерия эпидемияси билан боғлаб намоён бўладиган учлик белгиларини – артрит, уретрит ва конъюнктивитнинг клиник белгиларини ёзиб, кейинчалик «уретро-конъюнктив-синовиал синдром» деб атадилар.

Голландиялик микроскоп ихтирочиси Левенгук тофусдан олинган сийдик кислота кристалларининг микроскопик манзарасини тасвирлаб ёзди. Швециялик аптека ходими (кимёгар) Шееле (1742–1786) подагра билан оғриган беморнинг буйрак тоши таркибида сийдик кислота борлигини аниқлаб подагра касаллигини ўрганишда янги йўналишга асос солди. 1848 йил Гарро классик «ип билан тажриба»сида – подагра билан оғриган бемор қонига чўктирилган ипга сийдик кислотанинг нордон тузлари қопланиб қолганлигини аниқлади. Шундай қилиб муаллиф подагра касаллигининг ривожланишида урекемия ро-

лини асослаб берди. Шунингдек Гарро 1857 йил беморларнинг бўғим тоғайи таркибида сийдик кислота борлигини намоёни қилиб подагра касаллигида артрит (ПА) ривожланишининг гипотезасини яратди. 1899 йил Фройдваллер ПА ривожланишида урат кислота кристалларини ролини изохлаб берди. Алоэнинг шифобахшлиги 3000 йилдан буён маълум. Қадимги Греция табиблари алоэнинг қуюқ шарбатини қўллаганлар. Римликлар алоэни ўз боғларида етиштирганлар. Араблар алоэни сабр тимсоли сифатида тушунганлар. Чунки у узок муддат қуримай турган ва қўллаш учун қулай бўлган. Шунинг учун алоэнинг қуюқ шарбати «сабур» (арабча – сабр сўзидан олинган бўлиб) бўғим касалликларида ва суяклар емирилишини даволашда кенг қўлланилади.

Эрамизнинг V асрида Аэций, Психрест ва Эгинский кейинчалик Авиценна (Ибн Сино) (980–1037) подаграни даволашда ўсимликлар (*hermodactes* – безвременник ўсимлиги) дан тайёрланган шифобахш шарбатидан фойдаланишган. Мазкур ўсимликдан 1820 йил алколоид колхицин моддаси ажратиб олинган. 1914 йил Вонт подаграни даволашда колхициннинг самарадорлигини асослаб берган. Ал Розий ўз асарларида подаграни даволашда тарвуз, узум, брусник ва черникларни тавсия этади.

Бўғимларда оғриқ аломатини Абу Али ибн Сино винога афюн (опий) ва мускат ёнғоғи қўшиб даволашда қўллаган. Қадимги рим врачлари Асклепиад (э.о. 128-56 й.) ҳам бўғим касалликларини даволашда вино шарбатидан фойдаланган.

1874 йил Маклаган иви илдизидан салицин (лотинча *salix* – ўсимлик номи) шарбатини ажратиб олиб бўғим касалликларини даволашда қўлади. С.П. Боткин (1832–1889) салицилатлар аҳамиятини юқори баҳолади. 1897 йил олмон олими Хоффманн (1868–1889) ацетилсалицил кислотани синтез қилиб олишга эришди.

1948 йил америкалик Хенч (1906–1965) ва Кендалла буйракусти гормони кортизолни ревматик касалликларни даволашда

қўллашиб самарали натижаларга эришганлар. 1950 йил Хенчу, Кендаллу ва Рейхштейнлар ревматик касалликларни глюкокортикоидлар билан даволаш усулларини ишлаб чиққанликлари учун Нобел мукофотиغا сазовор бўлишган.

Славян халқлари касалликдан халос бўлиш учун денгиз (шўр) сувида чўмилиб турганлар.

Қадимги ҳинд халқларида артрит касаллигини даволашда бўғимга асал (мадхувидья) суртиб, сув, қуёш ва олтингугуртли ванналарни алмашиб қўлланилган. Шунингдек массаж, шифобахш гимнастик машқлар комплекс қўлланилган. Хитойликлар бўғим касалликларини даволашда қуёш ваннасини гимнастик машқлар ва игна (акупунктура) билан алмашиб қўллаб даволашган. Қадимги рус халқлари бўғим оғриқларида бўғим атрофи мушакларига ҳаммомда массаж қўллаб сўнг маз, ёғ, асал суртиб даволашган. Шифобахш ўсимликлар ва уларнинг илдизларидан тайёрланган димламалардан ванналар тавсия этилган. Ибн Сино бўғим касалликларини даволашда арман балчиғидан фойдаланган, «сув, қуёш, ҳаво» принципида даволаш усулларини амалиётга татбиқ этган. Қадимги Рим ва Грецияда жамоавий ҳаммомлар фин саунаси принципида қурилган бўлиб, иссиқ ва совуқ ҳаво, иссиқ ва совуқ сувда навбат билан чўмилиш, иссиқ сув ва иссиқ ҳаво муҳитида бўғим ҳамда умуртқаларга массаж ҳамда махсус шифобахш ёғлар суртиб даволашган.

Мутахассислар иссиқ сув муҳитида беморни қўл ва оёқ билан бир маромда массаж қилиб, бўғимлар билан пассив ва актив ҳаракат қилишга алоҳида эътибор беришган.

Физиотерапиянинг асосчиларидан бири француз Марат (1743–1793) бўғим касалликларида биринчи бўлиб электр токидан даволаш мақсадида фойдаланиш имконияти борлигини амалда исботлади. Муаллиф «Тиббиётда электр қувватидан фойдаланиш» иши учун Руан академиясининг олтин медалига сазовор бўлган.

Украиналик олим Е.О.Мухин (1766–1850) Россия империясида биринчи бўлиб статик электр кувватини бўғим касалликларини даволашда қўллади. Таянч-ҳаракат аъзоларининг касалликларини даволашда француз олими Бергонье (1857–1925) гальванизация сеансини амалиётда биринчи бўлиб қўллади. 1840 йил улуғ олим Н.И.Пирогов (1810–1881) «Ортопедик муолажа сифатида ахилл пайини кесиб даволаш» номли мақоласини эълон қилиб янги – ревмоортопедия мутахассислигига асос солди. Машҳур украин хирурги Н.В.Склифосовский (1836–1904) Россияда биринчилардан бўлиб бўғимларда операцияларни амалга оширди. 1906 йил И.К.Спижарный тизза ва ошиқ-болдир бўғимда резекция ва артродез операцияларини амалга оширди. Машҳур хирург С.С.Юдин (1891–1954) 1922 йил бўғимлар контрактурасини даволаш учун ихтисослаштирилган махсус кроват ва ортопедик қурилмалар моделини намоиш қилди.

Артрология тарихи бўғим касалликларини ўрганишда кўп-лаб ғаройиб қийинчиликлар билан яшаб ўтди. Ўтмишда мавжуд бўлган мукамал услублар бугун жуда соддадек туюлар балки. Лекин артролог-мутахассислар қанчадан-қанча эски ва янги муаммоларга дуч келишади, бизнинг замондошларимиз қанчалик хато қилишадими уни келажак авлод тўғрилайди! Сўзсиз қадимий халқ табобати билан бугунги илмий тиббиёт ўртасидаги фарқ шундаки, биринчисида бўғим касалликларини даволаш усуллари баъзан таваккалдан эмпирик қўлланилган бўлса, иккинчисида барча ҳолатларда текширилиб илмий асосланган ишончли маълумотлар, кўрсатма ва қарши кўрсатмалар асосида қўлланилади. «Кекса ўтмиш» замонавий артрологлар учун қандайдир қизиқарли давр бўлиб қолмаслиги керак. Чунки кечаги унутилган ўтмиш услублари бугунги кунда шифокорлар амалиётида муваффақият билан қўлланилмоқда.

### Касалликнинг этиологияси

Тизза бўғимининг остеоартрози турли этиологик омиллар таъсирида ривожланувчи гетероген касалликлар гуруҳидан бўлиб, биологик, морфологик ва клиник манзараси жиҳатдан ўхшаш, тоғай тўқималарининг емирилиши ҳамда бўғимнинг тоғай устки қавати, синовиал парда, бойлам, бўғим девори ҳамда бўғимолди мушакларининг касалланиши билан характерланади (Королева С.В. ва бошқ., 2006).

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 фоиз касалланиши аниқланган. Мазкур касаллик ер юзининг турли ўлкаларида 5–30 фоизгача учраб ёши 60 ёшдан катта бўлган аҳоли ўртасида қарийб 100 фоиз кузатилар экан (Синяченко О.В., 2012.; Королева С.В., 2006.).

Остеоартрозни даволашда дори-дармонлар 3 та гуруҳга бўлиниб қўлланилади (Королева С.В., 2006.).

Симптоматик тез таъсир этувчи (анальгетиклар ва яллиғланишга қарши ностероид препаратлар).

Симптоматик секин таъсир этувчи ҳамда тоғай тўқималар структурасини тикловчи дори-дармонлар кўпгина манбаларда биринчи рақамли препарат сифатида парацетамол суткасига 2 г дан тавсия этилади. Ҳолбуки, мазкур дори воситаси ошқозон-ичак деворини яллиғлантириши, артериал қон босимининг ошишига сабаб бўлади. Шу билан бирга кузатилган беморларнинг атиги 10% қониқиш ҳосил қилганликларини, 60% бемор эса аҳволлари ёмонлашганлигини маълум қилишган (Насонова В.А., 2000.; Королева С.В., 2006.).

Охирги йилларда остеоартроз меҳнатга лаёқатли ёшдаги спорт ва жисмонан фаол ҳаёт кечирувчи аҳоли ўртасида кўпайиб бормоқда (Гейдешман Е.С., 2008.).

Бутун дунё соғлиқни сақлаш ташкилотининг прогнозларига кўра яқин ўн йилликда остеоартроз аёллар ўртасида ногиронликнинг тўртинчи сабаби, эркакларда саккизинчи сабаби бўлиши мумкинлиги таъкидланмоқда. Шунинг учун тизза бўғимининг остеоартрозни самарали даволаш нафақат тиббий-ижтимоий, балки иқтисодий жиҳатдан ҳам муҳим аҳамиятга эга бўлиб қолмоқда (Курнев В.Н. ва бошқ., 2010.; Косарева М.А. ва бошқ., 2015.). Чунки катта бўғимларнинг дегенератив-дистрофик касалликлари билан оғриган беморларнинг кундалик ҳаёт тарзи ошқозон-ичак касалликлари, юрак қон-томир ва нафас йўллари касалликлари билан оғриган беморларга нисбатан анча кўп. Остеоартроз беморлар саломатлигини узок муддатларда бузиб, уларга руҳий ва иқтисодий жиҳатдан зарар етказди (Прохореко В.М., 2009.; Мазуров В.И., 1999.).

Касаллик ривожланишининг асосий механизми – бўғимнинг тоғайсимон қаватида протеогликонлар улушининг камайиб дистрофик ўзгаришлари ривожланишига сабаб бўлади. Бугунги кунда тоғай тўқималар деградацияси сабаблари тўлақонли ўрганилмаган. Мазкур муаммога бағишланиб кўп йўналишда – механик, эндокрин, генетик (ирсий), қон томир, ферментатив, хондроцитлар, иммунологик усуллар асосида тадқиқотлар олиб борилмоқда (Асамиддинов А.Н., 2007.; Танькут В.А. ва бошқ., 2013.).

Касаллик этиологияси ва патогенези тўлақонли ўрганилмаганлиги туфайли, шу билан бирга, патологик жараённинг клиник кечиши турлича бўлиши ҳамда намоён бўлиши даволашнинг оптимал самарадор усуларини танлашни қийинлаштиради.

Шунинг учун остеоартрозни даволаш эрта, патогенетик жиҳатдан асосланган ва этапли равишда амалга оширилмоғи зарур. Бунинг учун касалликни этиологик омилларини чуқур ўрганган ҳолда қўлланилиши мақсадга мувофиқ бўлади. Касаллик этиологик сабабларига кўра бирламчи ва иккиламчи бўлади. Бирламчи остеоартроз ёки идиопатик остеоартроз

маълум бир сабабларсиз ривожланади. Маълум бир сабабларга кўра бўғимнинг анатомик структураси бузилиб ривожланса, иккиламчи остеоартроз кузатилади. Иккиламчи остеоартрознинг ривожланишига асосан шикастланишлар сабаб бўлади. Кўп ҳолларда сон ва болдир суякларининг бўғим ичидан синиши, шунингдек тизза қопқоғининг синиши, бўғим олди синишларининг нотўғри битиши, оёқнинг механик ва анатомик ўқини бузиб бўғим мутаносиблигини ҳам бузади. Натижада тоғай тўқималарининг бузилиб деформация ривожланишига сабаб бўлади. Шунингдек яллиғланиш ҳолатлари, масалан, турли этиологияли артритлар (бурцеллёз, подагра, туберкулёз ва ҳок.), гемартрозлар синовиал суюқликнинг мўътадил гомеостаз муҳитини бузади (Корнилов Н.Н., 2013.; Касарева Н.А. ва бошқ., 2015.).

Касалликнинг ривожланиш механизми хусусияти ҳамда тарқалишига кўра бугунги кунда даволаш қуйидаги мақсадларга асосланади: касалликнинг кечиш жадаллигини камайтириш, оғриқ аломатини бартараф этиш, бўғим ўқи ҳамда мутаносиблигини тиклаш, беморнинг меҳнатга лаёқатини тиклаб ижтимоий ҳаётда фаоллигини ошириш.

Остеоартрозни даволашда бир неча йўналишлар фарқланади:

- дори-дармонларсиз даволаш (бемор билан суҳбатда вазнини камайтириш, овқатланишга эътиборли бўлиш, жисмоний машғулотлар билан шуғулланиш, қорин девори мушаклар касини ҳосил қилишга эришиш каби артрознинг олдини олишга қаратилган чора-тадбирлар тўғрисида маълумот бериш);

- дори-дармонлар билан даволаш;

- физиотерапия;

- жарроҳлик усулида даволаш (артроскопия, эндопротезлаш).

Даволаш усулини танлашда касаллик ривожланишига сабаб бўлувчи омилларга эътибор бериш лозим:



касалликнинг ривожланишида жадаллашув стимуляторлари-  
ни аниқлаш (ортиқча вазн, шикастланиш, жисмоний зўриқиш-  
лар);

умумий хавф солувчи омиллар (ёш, сурункали касалликлар);  
оғриқнинг намоён бўлиш даражаси, бўғим ностабиллиги,  
яллиғланиш (синовит);

бўғим олди тўқималарининг касалликка боғлиқлиги.

### Касалликнинг патогенези

Тизза бўғими остеоартрози турли патогенетик омиллар таъ-  
сирида 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 харак-  
терланади (Королева С.В. ва бошқ., 2006.).

Таянч ҳаракат аъзоларининг энг кўп тарқалган касалликла-  
ридан бири остеоартроз бўлиб, биологик ва механик омиллар  
таъсирида бўғимда деградация ҳамда хондроцитлар синтези  
уйғунлашган жараёнининг бузилиши натижасида ривожлана-  
ди.

Мўътадил бўғим тоғайи иккита функцияни бажаради: 1. Ме-  
ханик нагрузка жараёнида деформацияланиб босимни ютади.  
2. Бўғим юзаларининг силлиқлигини таъминлайди. Бўғимнинг  
тоғай тўқималари қон ва лимфа томирлари билан таъминлан-  
маган. Шунинг учун ҳужайралараро моддалар алмашинуви ва  
озик моддаларнинг таъминоти ҳужайрадан ташқарида – хон-  
дроцитлар мавжуд бўлган матриксларда диффузланиб амалга  
ошади. Тоғай тўқималарининг тузилиши куйидаги жадвалда  
берилган (1-жадвал). Ҳар бир хондроцит тоғайнинг метаболик  
бирлиги бўлиб, кўшни ҳужайралардан изоляцияланган бўлиб,  
ҳужайрадан ташқари матрикслар элементларининг ҳосил бўли-  
шига жавобгар ҳисобланади.

### Бўғим тоғайининг таркибий тузилиши

Бўғим тоғайининг тузилиши			
Тоғай зоналари			
Юзаки (тангенциал)	Ўткинчи	Чуқур (радиал)	Кальцификацияланган
Хондроцитлар			Хужайрадан ташқари матрикс
Дискоцитлар	Сфероцитлар		Сув
Юзаки соҳа	Ўткинчи соҳа		Тоғай тўқимасининг макромалекулалари
Эллипсоцитлар	Мегацитлар		Коллагенлар
Чуқур соҳа	Кальцификацияланган соҳа		Протеогликанлар Гликопротеинлар

Бўғим тоғайининг таркибий тузилиши (Синяченко О.В., 2012.).

Остеоартроз (ОА) биологик ва механик омиллар таъсирида деградация жараёни ва хондроцитлар синтези мўътадил муносабатининг бузилиши натижасида ривожланади. Тоғай ва суяк тўқималари бир-бирига боғланган бўлиб, улардан бирининг касалланиши иккинчисига таъсир кўрсатади. Бўғим юзасига тушган ортиқча механик босим, ҳатто, физиологик таъсиротларга бардошлигини заифлаштириб диспластик ўзгаришлар оқибатида бўғим юзасининг номутаносиблигига сабаб бўлади. Бўғимнинг суякли юзаси тоғай қават амортизациясидан маҳрум бўлади, натижада катта ва тенгсиз босимга учрайди. Суяктоғайнинг устки қаватига ортиқча динамик босим тушадиган соҳалар пайдо бўлиб қон айланиши ва таъминотининг қайта тақсимланиши юзага келади. Оқибатда тоғай устки қаватига остеосклероз, физиологик эгрилик юзаларининг ўзгариб суяк-тоғайли ўсиқлар (остеофитлар) ривожланишига сабаб бўлади. Мазкур компенсатор (тенглаштирувчи) ўзгаришлар бўғим юзаларининг бир-бирига тегиб ишқаланадиган юзасини кучайтириб бўғим тоғайларига тушадиган босим улушини камайтиради.

Тоғай тўқимаси бириктирувчи тўқималарнинг бир тури бўлиб физик-химиявий хусусиятига кўра сув, органик моддалар ва минерал тузлардан иборат. Бўғим юзасининг асоси хондробласт ва хондроцит ҳужайраларидан таркиб топган гиалин тоғайдан иборат. Остеоартрозда хондроцитлар хусусияти ўзгариб натижада коллаген фибрил толаларини ҳосил қилмайдиган «нуксонли» таркибли протеогликанларни синтез қилади. Улар ўз навбатида гиалурон кислота ва тоғайнинг коллагенли тармоғи билан заиф боғланади. Бундай ҳужайралар осон деполимеризацияланиб (бўлакланиб) паст молекуляр массали оксил-полисахаридли молекулалардан иборат кичик мономер (бирлик) ларга бўлиниб матриксни осонлик билан тарк этади.

Бўғим тоғайи механик юклама (нагрузка) жараёнида деформацияланиб босимни суякка ютиб, бўғим юзасининг силлиқлигини таъминлаб, бўғимда ҳаракат жараёнида ишқаланиш даражасини камайтиради. Лекин узлуксиз ортиқча юкламалар тоғайнинг механик эластиклигини заифлаштириб, тоғай устки қаватида минерал зичлигининг камайишига сабаб бўлади. Мазкур ҳолат беморларда касалликнинг ривожланишига сабаб бўлувчи патогенетик омилларнинг асоси ҳисобланади. Айниқса, аёлларда кузатиладиган постменопаузал даврда остеодефицит остеоартроз билан уйғунлашиб касаллик даражасини янада оғирлаштиради. Беморларда остеопротегерин бўғим тоғайига ва суякка турли йўналишда таъсир кўрсатиб, остеопорозли суяк (умуртқалар) синишида қон таркибидаги остеопротегеринлар улуши янада камаяди.

Остеоартрозда тоғай тўқималарининг жароҳатланишида бўғимнинг синовиал суюқлик таркибидаги Са микрокристаллари (пирофосфат, гидроксиапатит) яллиғланишга сабаб бўлувчи хондроцитлар апоптозининг кўпайишига сабаб бўлиб, артикуляр нуклеотидлар мувозанатининг бузилишига олиб келади.

Организм стресс-реакциясининг намоён бўлишида буйрак усти беги пўстлогининг жавоби муҳим рол ўйнайди. Организмнинг адаптацион (мослашув) механизмига кортизол муҳим ўрин тутиб остеоартрозда ферментлар метаболизмини фаоллаштириб глицирин ва эркин ёғ кислоталар синтезини кўпайтиради. Натижада бўғим тўқималарида катаболик жараёнлар фаоллашади. Функционал жисмоний зўриқишлар кортизол ишлаб чиқарилишини тўхтатиб, бўғим тўқималарининг озикланишининг бузилишига ва оқибатда бўғимда патологик жараёнларнинг авж олишига сабабчи бўлади.

Касалланишнинг клиник манзарасини биринчи бор Геберден 1802 йил кўлнинг бармоқ бўғимларида тугунчалар пайдо бўлиши билан изоҳлаб ёзади.

Касалликни даволашда касалланган бўғимга узок муддатли енгиллик бериш, оғрик ва яллиғланишга қарши дори-дармонлар, физиотерапевтик муолажалар, санатория-курорт шароитида даволаниш ҳамда даволаш жисмоний машқлари тавсия этилади.

Бўғимга енгиллик бериш касалланган бўғимлар сони ва касалланиш соҳасига кўра, масалан, бир оёқда бўғимлар касалланганда кўшимча таянч-ҳасса ёки кўлтиқ таёк, иккала оёқ касалланганда 5–6 ҳафта муддатда тўшак режими тавсия этилади (В.И. Мазуров, 2006.).

Кўпгина муаллифлар қаттиқ тўшакда бўғимларга енгиллик бериш мақсадида махсус тортмаларда 0,5 кг.дан 30 минутдан оғирлигини кўпайтириб 5–6 кг.дан суткасига 6 соатгача ётишни тавсия қилишади.

Остеоартрозни даволашда кўлланиладиган дори-дармонлар 3 та гуруҳга бўлиниб кўлланилади (С.В.Королева, 2006.).

Симптоматик тез таъсир этувчи (анальгетиклар ва яллиғланишга қарши ностероид препаратлар).

Симптоматик секин таъсир этувчи ҳамда тоғай тўқималар структурасини тикловчи дори-дармонлар; кўпгина манбаларда биринчи рақамли препарат сифатида таъкидланадиган парацетамол суткасига 2 г.дан тавсия этилади. Ҳолбуки, мазкур дори

воситаси ошқозон-ичак деворини яллиғлантириши, артериал қон босимини ошишига сабаб бўлади. Шу билан кузатилган беморларнинг даволашдан кейинги даврда атиги 10 фоиз қонқиш ҳосил қилганликларини, 60 фоиз бемор эса аҳволлари ёмонлашганлигини маълум қилишган (Насонова В.А., 2000.; Королева С.В., 2006.).

Охирги йилларда остеоартроз меҳнатга лаёқатли ёшдаги кишиларда, айниқса спорт ва жисмонан фаол ҳаёт кечирувчи аҳоли ўртасида кўпайиб бормокда (Гейдешман Е.С., 2008.).

Бутун дунё соғлиқни сақлаш ташкилотининг башоратига кўра яқин ўн йилликда остеоартроз аёллар ўртасида ногиронликнинг тўртинчи сабаби, эркакларда саккизинчи сабаби бўлиши мумкинлиги таъкидланмокда. Шунинг учун тизза бўғимининг остеоартрозини самарали даволаш нафақат тиббий-ижтимоий, балки иқтисодий жиҳатдан ҳам муҳим аҳамиятга эга бўлиб қолмокда (Курнев В.Н. ва бошқ. 2010.; Косарева М.А. ва бошқ. 2015.). Чунки катта бўғимларнинг дегенератив-дистрофик касалликлари билан оғриган беморларнинг кундалик ҳаёт тарзи ошқозон-ичак касалликлари, юрак қон-томир ва нафас йўллари касалликлари билан оғриган беморларга нисбатан анча кўп. Остеоартроз беморлар саломатлигини узок муддатларда бузиб, уларга руҳий ва иқтисодий жиҳатдан зарар етказди (Прохоренко В.М., 2009.; Мазуров В.И., 1999.).

Касаллик ривожланишининг асосий механизми – бўғимнинг тоғайсимон қаватида протеогликонлар улушининг камайиб дистрофик ўзгаришлари ривожланишига сабаб бўлади. Бугунги кунда тоғай тўқималар деградацияси сабаблари тўлақонли ўрганилмаган. Бу ҳолат кўп йўналишда – механик, эндокрин, генетик (ирсий), қон томир, ферментатив, хондроцитлар, иммунологик усуллар асосида тадқиқотлар олиб борилмокда (Асамиддинов А.Н., 2007.; Танькут В.А. ва бошқ., 2013.).

Касаллик этиологияси ва патогенези тўлақонли ўрганилмаганлиги, шу билан бирга патологик жараённинг клиник жиҳатдан турлича кечиши ҳамда намоён бўлиши даволашнинг оптимал самарадор усулларини танлашни қийинлаштиради.

Шунинг учун остеоартрозни даволаш эрта, патогенетик жиҳатдан асосланган ва этапли равишда амалга оширилмоғи зарур. Бунинг учун касалликни этиологик омилларини чуқур ўрганган ҳолда қўлланилиши мақсадга мувофиқ бўлади. Касаллик этиологик сабабларига кўра бирламчи ва иккиламчи бўлади. Бирламчи остеоартроз ёки идиопатик остеоартроз маълум бир сабабларсиз ривожланади. Маълум бир сабабларга кўра бўғимнинг анатомик структураси бузилиб ривожланса, иккиламчи остеоартроз кузатилади. Иккиламчи остеоартрознинг ривожланишига асосан шикастланишлар сабаб бўлади. Кўп ҳолларда сон ва болдир суякларининг бўғим ичидан синиши, тизза қопқоғининг синиши, бўғим олди синишларининг нотўғри битиши, оёқнинг механик ва анатомик ўқини бузиб бўғим мутаносиблигини ҳам бузади. Натижада тоғай тўқималарининг таркиби бузилиб деформация ривожланишига сабаб бўлади. Шунингдек яллиғланиш ҳолатлари, масалан турли этиологияли артритлар (бурцеллёз, подагра, туберкулёз ва ҳок.), гемартрозлар синовиал суюқликнинг мўътадил гомеостаз муҳитини бузади (Корнилов Н.Н., 2013.; Касарева Н.А. ва бошқ., 2015.). Касалликнинг клиник жиҳатдан намоён бўлиши ва патологик ўзгаришларга кўра бир неча классификациялар мавжуд. Ғарб давлатларида рентгенологик текширишларда аниқланган морфофункционал ўзгаришларга кўра турли классификациялар қўлланилади. I. AHLBACK классификацияси (1968) остеоартроз ривожланишини 5 та даражага бўлиб ўрганади:

I – бўғим ёриғининг қисқариши (бўғим ёриғи 3 мм.дан кам);  
 II – бўғим ёриғининг битиши; III – суяк-тоғайли нуқсон (0–5 мм); IV – суяк-тоғайли нуқсон (5–10 мм); V – аниқ намоён бўлган нуқсон (10 мм ва кўп) (Achback S., 1968.; Косарева М.А. ва бошқ., 2015.).

II. KELLGREIV & LAWREIVCE 1963 йил остеоартроз ривожланишининг 4 та даражасини таклиф қилдилар:

I – Эҳтимолли, енгил кичик оссификатлар мавжуд.

II – Минимал, оссификатлар якқол намоён.

III – Ўрта даражали, бўғим ёриғи нисбатан торайган.

IV – Оғир даражали, бўғим ёриғи торайиб, тоғайости субхондрал суяк пластинкаси склерозга учраган.

Мазкур классификациялар рентгенологик маълумотларга асосланган бўлиб, клиник манзараси ҳисобга олинмайди. Шунинг учун маълум камчиликлардан холи эмас. Шу боис клиник ва рентгенологик маълумотларга асосланган Н.С.Косинская классификацияси амалиётда кўпроқ оммалашган (1961). Чунки мазкур классификация беморда касалликнинг даражасига кўра комплекс баҳолаш имкониятини беради.

Касаллик ривожланиш механизмининг хусусияти ҳамда тарқалишига кўра бугунги кунда даволаш қуйидаги мақсадга асосланади: касалликнинг кечиш жадаллигини камайтириш, оғриқ аломатини бартараф этиш, бўғим ўки ҳамда мутаносиблигини тиклаш, беморнинг меҳнатга лаёқатлилигини тиклаб, ижтимоий ҳаётда фаоллигини ошириш.

**Остеоартрозни даволашда бир неча йўналишлар фарқланади:**

1. Дори-дармонларсиз даволаш (бемор билан суҳбатда вазнини камайтириш, овқатланишга эътиборли бўлиш, жисмоний машғулотлар билан шуғулланиш, қорин девори мушаклар каркасини ҳосил қилишга эришиш каби артрознинг олдини олишга қаратилган чора-тадбирлар тўғрисида маълумот бериш).

2. Дори-дармонлар билан даволаш.

3. Физиотерапия.

4. Жарроҳлик усулида даволаш (артроскопия, эндопротезлаш);

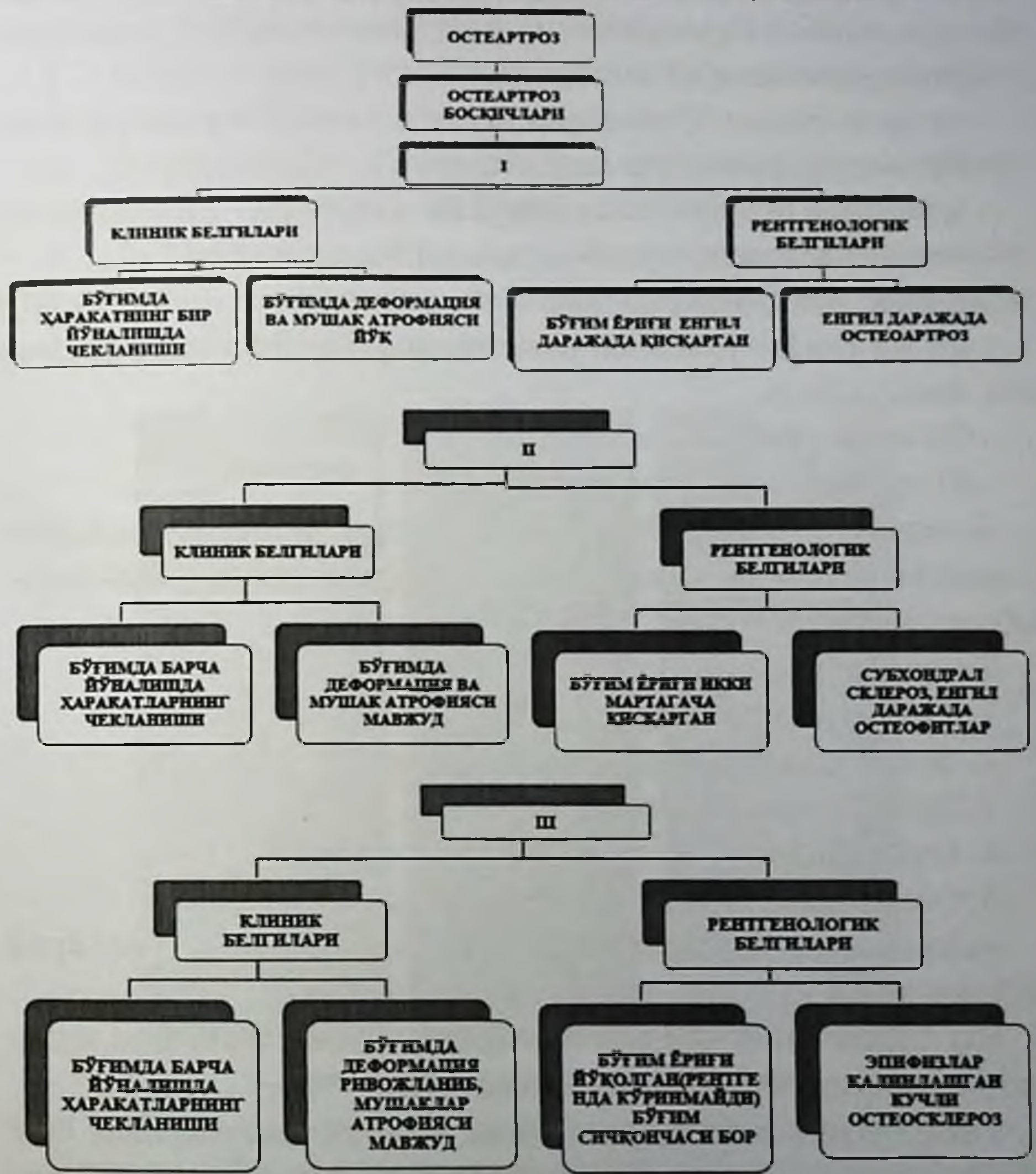
Даволаш усулини танлашда касаллик ривожланишига сабаб бўлувчи омилларга эътибор бериш лозим.

- Касаллик ривожланиши жадаллашувининг стимуляторларини аниқлаш (ортиқча вазн, шикастланиш, жисмоний зўриқишлар).

- Умумий хавф солувчи омиллар (ёш, сурункали касалликлар).

- Оғрикнинг намоён бўлиш даражаси, бўғим ностабиллиги, яллиғланиш (синовит).
- Бўғим олди тўқималарининг касалликка боғлиқлиги.

### Остеоартроз босқичларининг классификацияси



1-расм. Остеоартроз босқичларининг классификацияси (О.В.Синяченко, 2012.).



**Клиник текшириш усуллари.** Остеоартроз касаллиги клиник ривожланишига кўра аломатларсиз ва манифестли формаси фаркланади. Касалликнинг клиник аломатларсиз, яъни компенсацияланган даври асосан рентгенологик текширувларда аниқланади.

Беморларни клиник текширишларда қуйидаги аломатларга алоҳида эътибор берилди:

- бемор шикоятти;
- тизза ва бошқа бўғимларда оғрик;
- бўғимда ҳаракатнинг чекланиши;
- эрталабки нохуш «қаттиқлик» 30 минутгача;
- ҳаракат пайтида «крепитация» (шилқиллаш);
- пайшаслаб кўрилганда оғрик;
- бўғим конфигурацияси шаклининг ўзгариши ёки деформация мавжудлиги;
- бўғим ностабиллиги;
- бўғим функциясининг бузилиши.

Беморлар тизза бўғимининг ҳолатини клиник баҳолашда классификацион меъёрий кўрсаткичлардан фойдаланиб баҳоладик (Altman R. Et. Al., 1986.).

Клиник кўрсаткичлар:

1. Тизза бўғимида оғрик.
2. Фаол ҳаракат жараёнида крепитация.
3. Эрталабки қаттиқлик < 30.
4. Ёши > 38 ёш.
5. Объектив кўрикда тизза ҳажмининг катталашуви.

«Остеоартроз» ташхиси 1, 2, 3, 4 ёки 1, 2, 5 ёки 1, 5 меъёрий кўрсаткичлар кузатилганда қўйилади.

Шу билан бирга ҳар бир беморнинг клиник ҳолатини индивидуал объектив баҳолашда қўлланилади.

Тизза бўғими остеоартрози билан оғриган беморларнинг ёруғ хонада мустақил юргани, тик тургандаги ҳолати, ўтирган ва ётган ҳолати текширилиб баҳоланади. Тана мутаносиблиги, иккала бўғим оғриганда юриш жараёни, ўзаро фарқ даражаси баҳоланади.

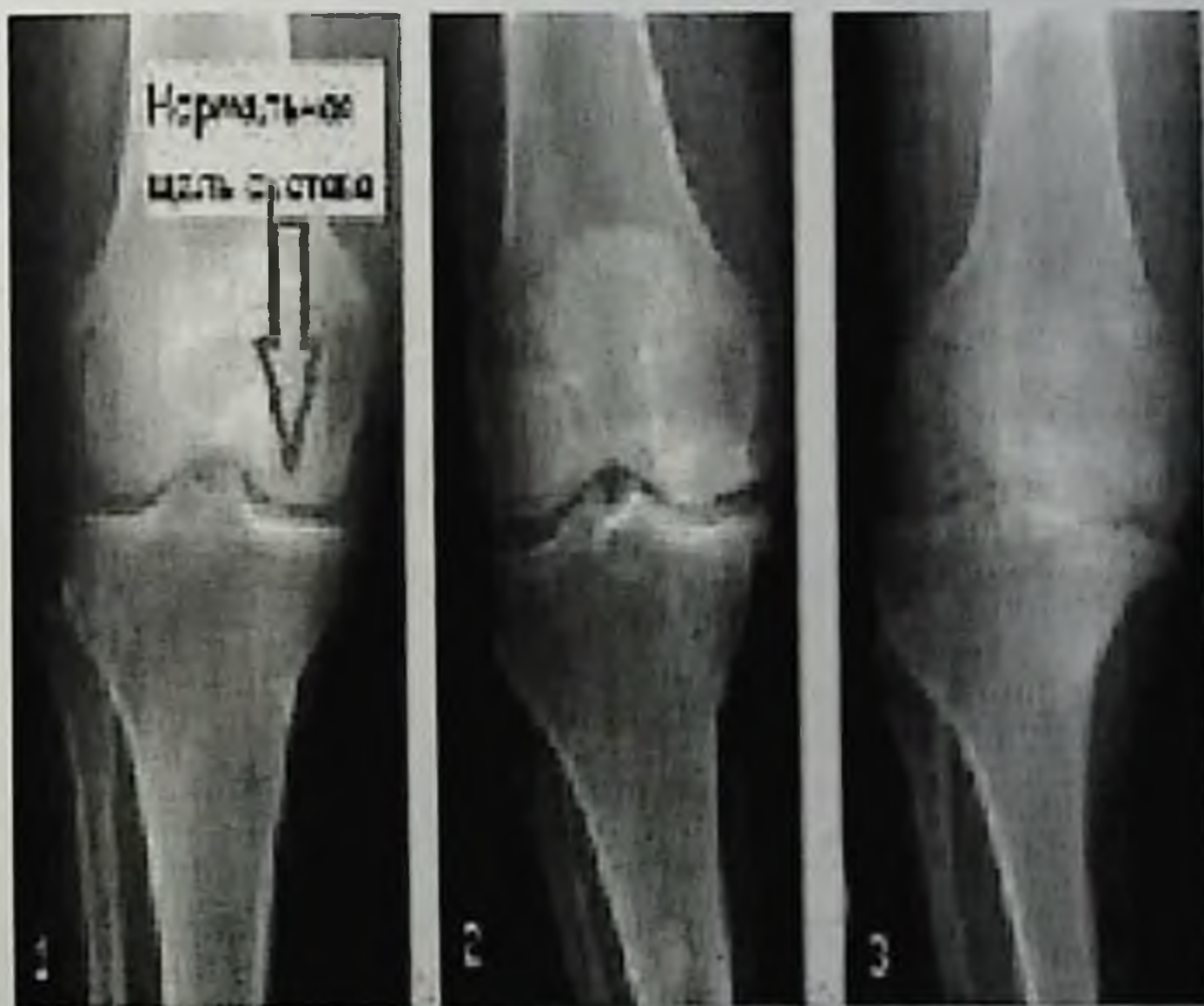
Шу билан бирга тананинг физиологик ҳолати (тизза бўғимида букилган ҳолат) елкани танага яқинлаштириб энгашиб туриш, яссиоёқлик мавжудлигига эътибор берилади.

Касалликнинг асосий аломатларидан бири – тизза бўғими мўътадил конфигурацияси (формаси) нинг ўзгариши ҳисобланади, улар 3 кўринишда бўлиши мумкин:

1. Шиш – тизза бўғимининг ҳажми бир текисда кенгайиб тери бурмалари йўқолади.

2. Дефигурация – бўғим сатҳида суюқлик борлиги туфайли бўғимнинг тенг бўлмаган кўринишда катталашуви.

3. Деформация – бўғим ҳосил қилувчи компонентлар (бўғим сатҳи, ярим чиқиш, анкилоз)да суякларнинг ўзгариши (деформацияси) (2.1-расм).



2.1-расм. Бўғим сатҳи, ярим чиқиш.

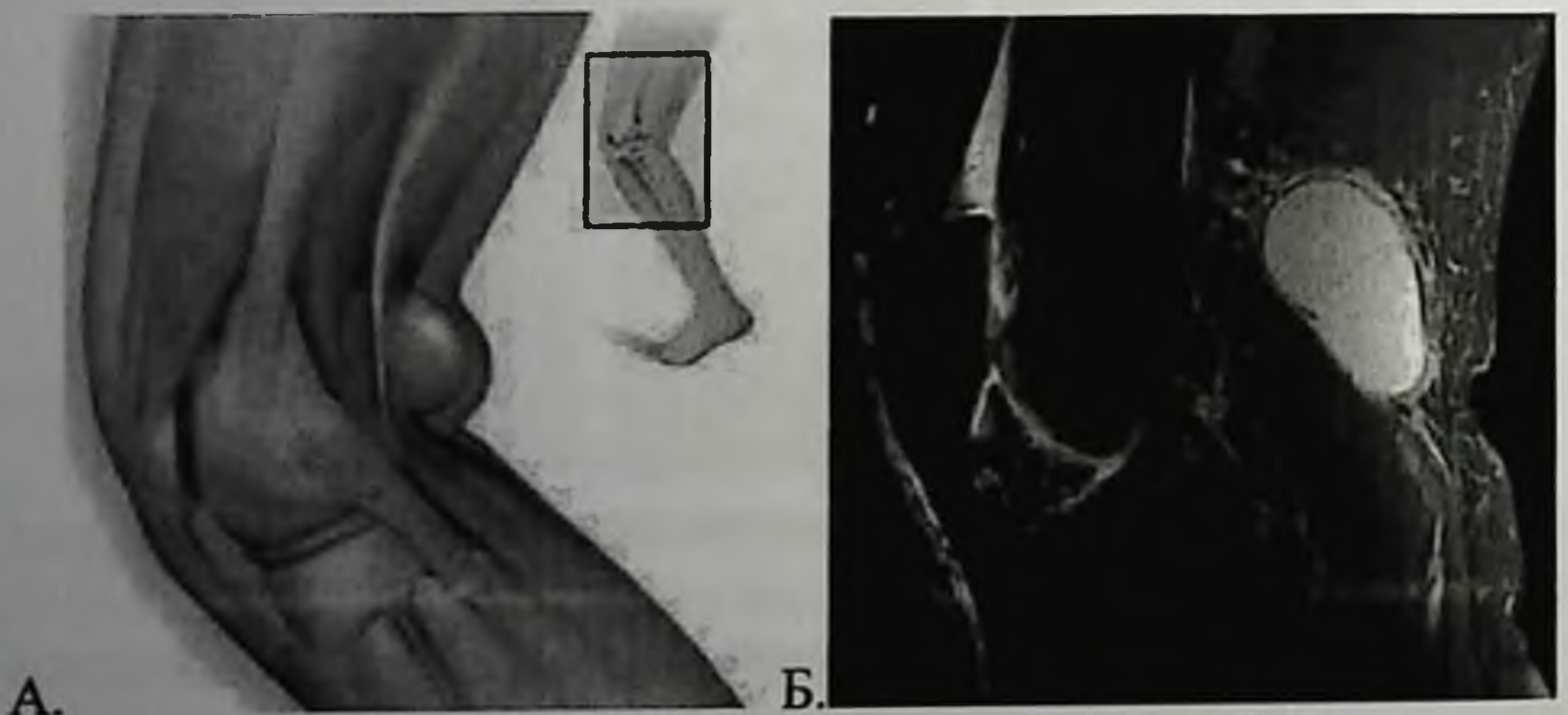
Шиш ва дефигурация яллиғланишдан дарак берса, деформация – узоқ муддатли сурункали патологик ҳолат мавжудлигидан далолат беради.

#### 4. Бўғимларни пайпаслаб кўриш.

Бўғимларни пайпаслаб кўриб, бўғим тери тўқималарининг ҳолати, бўғим суякларининг топографик ўзаро мутаносиблиги, тери ҳарорати ҳис қилиниб баҳоланади.

Чуқур ва юзаки пайпаслаш фарқ қилинади. Бўғим юзаки пайпасланганда ҳар иккала бўғим симметрик равишда пайпаслашиб тери ҳарорати баҳоланади. Соғлом одамда тери ҳарорати сон соҳасида юқори, болдирдан нисбатан паст, оёқ бўғимлари ва панжасида совуқ бўлади. Тизза бўғими пайпаслаб кўрилганда тизза қопқоғи, сон ва болдир дўмбоқлари, бўғим ёриғи (ён томондан пайпаслаб ўрганиш осонроқ). Синовиял муҳитни ўрганиш мақсадида бемор тизза бўғими икки бармоқ ёрдамида пайпасланади. Бемор иккала тиззасини енгил букилган ҳолатда тутиб ётади. Бармоқ учлари билан тизза қопқоғининг ички (медиял) юзаси билан сонни букувчи мушак пайи оралиғи пайпаслаб кўрилади. Агар бармоқлар эластик юмшоқ ҳосилани сезса, демак синовиял қаватга дуч келинган бўлади.

Пайпаслаб синовиял қават крепитацияси, эркин таначалар («бўғим сичқончаси»), тизза ости чуқурчасида оғриксиз юмшоқ ҳосила – Бейкер ҳосиласини аниқлаш мумкин (2 а,б-расм).



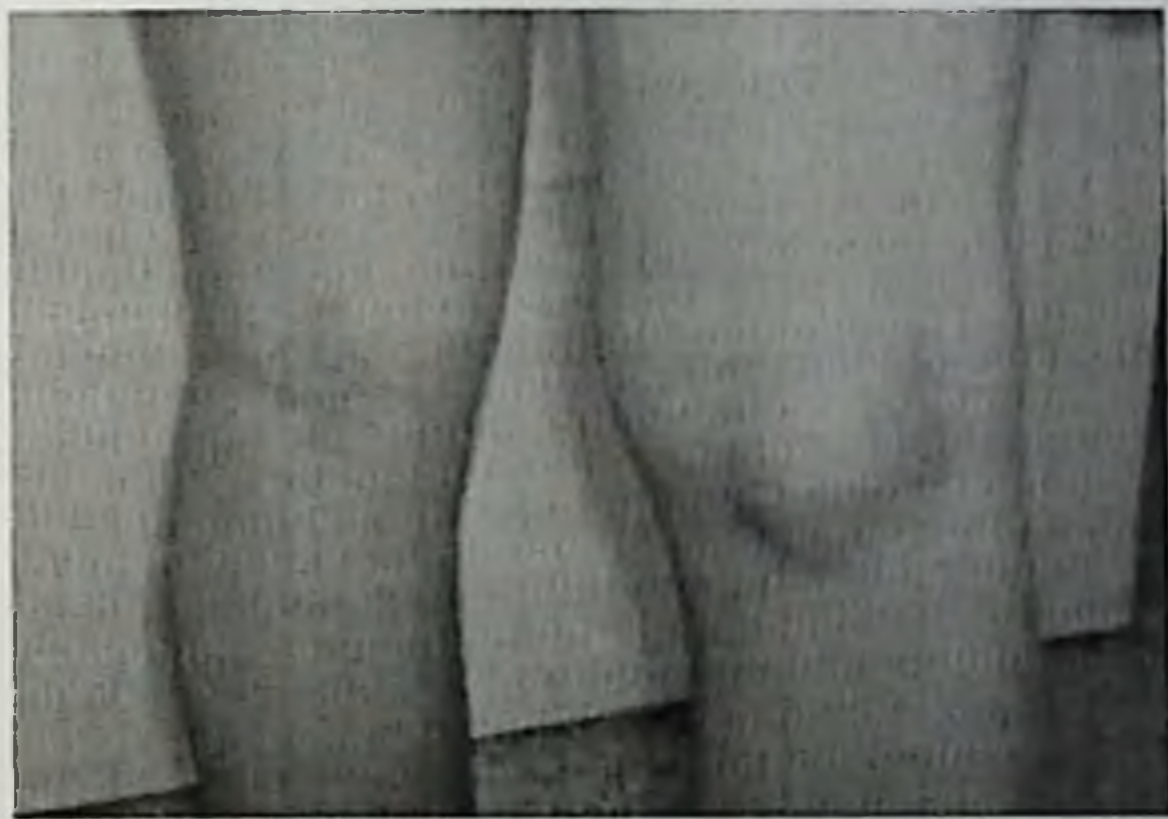
2 а-расм. Бейкер кистаси.

2 б-расм. МРТ да кўриниши.

5. Тизза бўғимида синовиал суюқлик борлигини аниқлаш.

Врач бир қўл кафтини тизза қопқоғига, биринчи ҳамда тўртта бармоқни ташқи ва ички соҳадан ушлайди. Тизза қопқоғини маҳкам тутиб, кафти билан пастга, ичкарига босади. Бу билан синовиал суюқликни бўғим ёриғи соҳасидаги кенг юзага итаради.

Иккинчи қўл кафти билан тизза қопқоғи босилганда биринчи қўл флюктуацияни, яъни синовиал суюқлик оқимини ҳис қилади. Флюктуация усулида бўғим халтасининг юқори ва пастки бурмаларида экссудат (суюқлик) борлигини аниқлаш мумкин. Агар тизза қопқоғини фиксация қилиб турган ҳолда юқоридан пастга босиб ишқаланганда тизза чуқурчасига эътибор берилса синовиал суюқлик тиззанинг бир томонидан иккинчи томонига сузиб ўтишини кузатиш мумкин (бўртиб чиқиш аломати) (3-расм).



3-расм. Бўртиб чиқиш аломати.

6. Бўғимда ҳаракат ҳажмини аниқлаш.

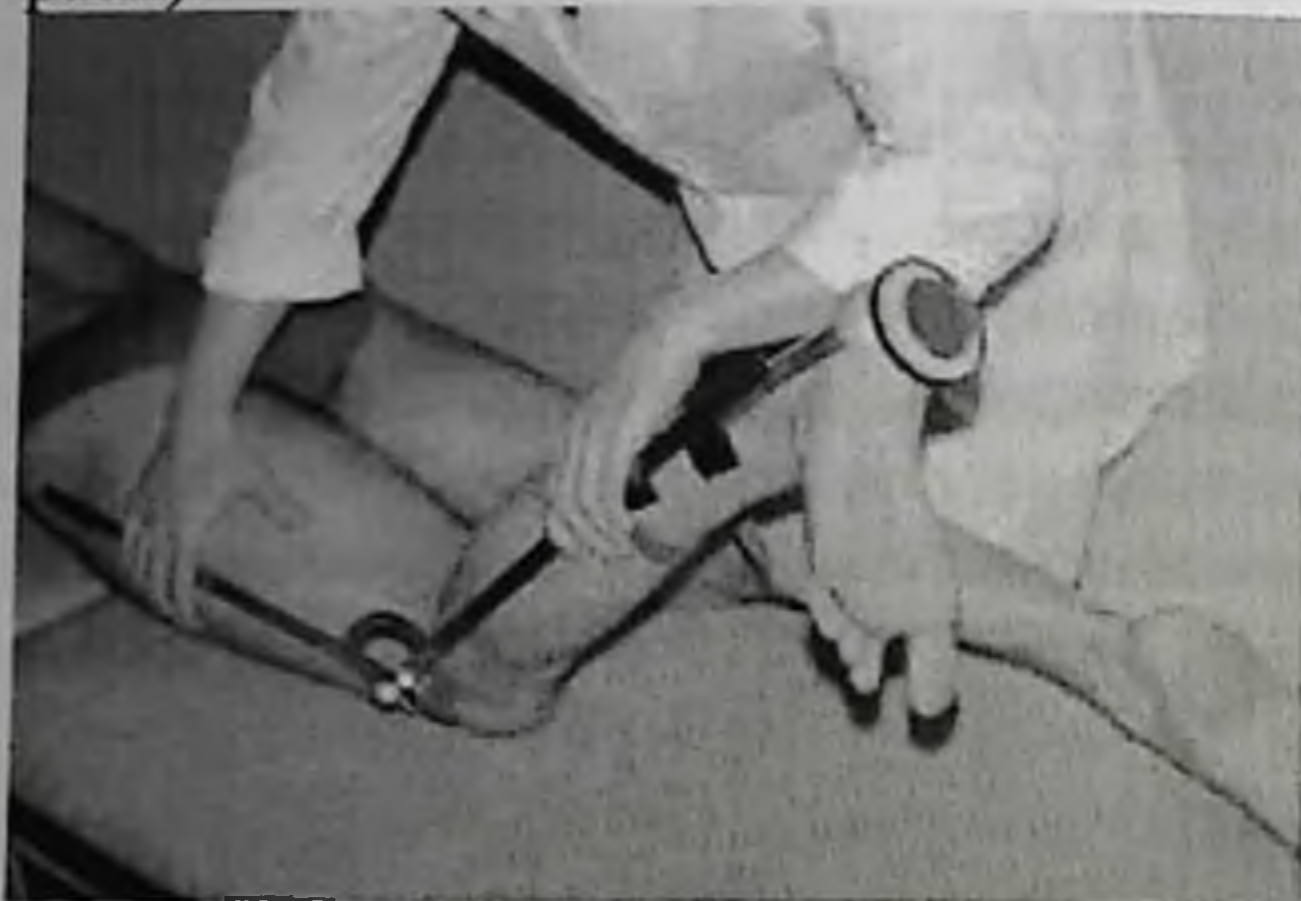
Тизза бўғимида ҳаракат тана аъзоларининг асосий ҳаракат йўналиши – сагитал, фронтал ва кўндаланг текисликлар бўйича аниқланади.

Сагитал текисликда бажариладиган ҳаракатлар.

Буқиш ва ёзиш, фронтал текисликда яқинлаштириш ва узоқлаштириш, сигментларнинг бўйлама ўқи бўйлаб бурама

ҳаракат ичкарига ва ташқарига бураш ҳаракати фарқ қилинади. Шу билан бирга маълум даражада актив ва пассив ҳажмини баҳолаш муҳим ҳисобланади.

Тизза бўғимида букиш ва ёзиш ҳаракати амалга ошади. Текшириш жараёнида тизза бўғимининг бошланғич ҳолати  $175^{\circ}$  мўътадил соҳасига тегиши лозим. Букиш ҳажми эса  $130^{\circ}$ – $150^{\circ}$  га тенг (4-расм).



4-расм. Тизза бўғимида ҳаракат амплитудасини аниқлаш.

#### 7. Бўғим функциясини аниқлаш.

Бўғим функциясини аниқлаш мукамал вазифа ҳисобланиб, беморнинг меҳнатга яроқли эканини ҳам баҳолаш зарурати бўлади.

Бўғимнинг функционал номутаносиблиги маълум иш ва ўз-ўзига хизмат кўрсатишда бажариладиган меъёрий кўрсаткичларга асосан баҳоланади.

I даража – меҳнатга лаёқатлиги сақланган.

II даража – касбий меҳнатга лаёқатлиги йўқолган.

III даража – ўз-ўзига хизмат кўрсатиш лаёқати йўқолган.

Бўғимлар функцияси интеграл кўрсаткич бўлиб касалликнинг намоён бўлиш жараёни оғриқ ва яллиғланиш даражаси, бўғимда деструктив жараён ҳолати ҳамда беморнинг руҳий ҳолати баҳоланиб хулоса қилинади.

Бўғимнинг функционал ҳолатини баҳолашда классификацион ва рақамли кўрсаткичлар баҳоланиб умумлаштирилади.

Станфорд университети ходимлари бўғимлар фаолиятини баҳолашнинг стандарт усулларини ишлаб чиқишиб беморларнинг маълум даражада қийналиши, оғриқ, уларнинг кундалик ҳаётида маълум бир ҳаракатни бажаришдаги қониқишлари инобатга олинади.

Баҳолаш ҳам даволовчи врач томонидан амалга оширилади. Баҳолаш шкала (кўрсаткич) лари саломатликни баҳолашда саволномалар кўринишида НАQ (Health Assessment Questionnaire), МНАQ (Modified Health Assessment Questionnaire) бўлади. Ижтимоий ва руҳий ҳолати AIMS (Arthritis Impact Measurement Scale) саволномаси ёрдамида баҳоланади. НАQ (Станфорд анкетаси) (2.1-жадвал) 20 та саволни ўз ичига олиб 2–3 та саволдан иборат бўлган 8 та категориядан ташкил топган. Барча саволлар кундалик ҳаётдаги ҳаракат лаёқатини баҳолашга қаратилган. Саволлар қуйидагича баҳоланади: 1-«Қийинчиликсиз». 2-«Озгина қийинчиликсиз». 3-«Жуда қийинчилик билан». 4-«Умуман бажара олмайман». Бемор ўзининг ҳаракатланганлик лаёқатини кўрсатувчи жавобини белгилайди.

*2-жадвал.*

### Беморларнинг саломатлигини баҳолаш шкаласи

Саволнома	Шкала кампонентлари	Саволлар сони	Жавоблар эталони
НАQ	8 та категория 1. Қийиниш 2. Туриш 3. Овқатланиш 4. Юриш 5. Гигиена 6. Қўл кафтини тутиб туриш қобилияти 7. Кафт кучи 8. Уй-рўзғорда фаоллиги	20 2 2 3 2 3 2 3 3	1. Қийинчиликсиз 2. Қийинчилик билан 3. Катта қийинчилик билан

AIMS	9 та шкаласи	42	Ҳар бир саволга 2 тадан 6 тагача жавоб
	1. Ҳаракат	3	
	2. Жисмоний фаоллик	5	
	3. Чакқонлик		
	4. Кундалик рўзгорга фаоллиги	3	
	5. Кундалик ҳаётга фаоллиги	3	
	6. Ҳаяжон	4	
	7. Депрессия		
	8. Ижтимоий фаоллик	6	
9. Оғрик	4		
		4	
		3	
MHAQ	3 та индекс	69	1. Ҳа 2. Йўқ 3. Розиман 4. Рози эмасман
	1. Жисмоний ҳаракат	20	
	2. Эмоционал ҳаракат		
	3. Ижтимоий ҳаракат	32	
		17	

Мисол:

Бемор: Эгамбердиева Зулфия, 1961 йилда туғилган.

Касаллик тарихи: № 3465

Ташхис: Иккала тизза бўғимининг деформацияли артрози II-даража.

Шикоят: Иккала тизза бўғими соҳасидаги оғриққа, шишга, ҳаракатларнинг чекланишига, ҳаракатда оғриқнинг кучайишига шикоят қилиб келди. Беморнинг сўзига қараганда ўзини бир неча ойдан буён касал ҳисоблайди. Касалланиш сабабини йиқилиш билан боғлайди. Касаллиги бўйича яшаш жойида консерватив усулда даволанган. Бемор объектив кўрилганда иккала оёқда оксоқланиб, қийналиб юради.

Маҳаллий кўрилганда иккала тизза бўғимлари соҳасида шиш мавжуд. Бўғим юзалари силлиқлашган. Пайпасланганда

иккала тизза бўғимларида оғриқ бўлиб, ҳаракатланганда кучаяди. Иккала тизза бўғимларида актив ва пассив ҳаракатлари чегараланган. Тизза бўғимларида ҳаракат ҳажми: ёзиш  $175^\circ$ , букиш  $130^\circ$  га тенг.

Рентгенограммада иккала тизза бўғимлари деформацияланган ва бўғим юзи торайган.

Бемор бўлимда клиник ва керакли барча лаборатор текширувлардан ўтказилди. Қон гуруҳи—А (II), Rh (+) мусбат. Қон умумий таҳлили: гемоглобин—106,0; г/л, эритроцитлар— $3,91 \cdot 10^{12}$ /л, РК—0,9, тромбоцитлар—86; лимфоцитлар—2,4. Лейкоцитлар—8,1; СОЭ—с.4 мм. Умумий сийдик таҳлили миқдори—50,0, рангисарик, оксил—йўқ. Биохимиявий: умумий оксил—59 г/л, қолдик азот—23,0 ммоль/л, мочевино—7,1 ммоль/л, умумий билирубин—17/л, АЛТ—16.0 Нмоль/с.л., қанд—4,6 ммоль/л., Тимол синамаси—2,7 ед.

ЭКГ: Чап қоринча гипертрофияси.

УЗИ: Ўзгаришларсиз.

Даво муолажаларидан Артоксан 2,0 мг ҳафтасига 1 маҳ. м/о. Вит В комплекс 2,0 мл 1 маҳ. м/о. Румалон 2,0 мл 1 маҳ м/о. Гулсеф 1,5 мг, Новокаин 5,0 мл 1 маҳ. м/о. Тамин 100,0 мл 1 маҳ. в/и.; Сертоспан 2,0 мл 1 маҳ м/о.; Гиалурон Хондро 3,0 б/о 1 маҳ. Иккала тизза бўғимига физиотерапевтик муолажалардан электрофорез, УВЧ ва массаж муолажаларини режа асосида қабул қилган. Муолажалардан сўнг иккала тизза бўғимларида оғриқлар камайиб ҳаракат ҳажми ошган. Беморга умумий аҳволи қониқарли ҳолда уйига жавоб берилган.

Саволлар: Мустақил кийиниб, туфлининг ипини боғлаб, кийиб, кўйлак тугмаларини ўтказа оласизми? Йўқ.

- Бошингизни юва оласизми? Ҳа.

- Креслодан мустақил тура оласизми? Ҳа.

- Тўшакда ётиб тура оласизми? Ҳа.

- Нонни пичоқ билан кеса оласизми? Ҳа.



- Пиёла тўла чой ёки кофени осон олдингизга олиб бориб  
ича оласизми? Ҳа.

- Сутнинг янги пакетини оча оласизми? Йўқ.

- Уй ҳовли олдида сайр қиласизми? Ҳа.

- Зинапоядан 5 та қадам юқорига чиқа оласизми? Ҳа.

- Полни энгашиб латта билан артиб юва оласизми? Йўқ.

- Ванна қабул қиласизми? Ҳа.

- Туалетга мустақил кириб чиқоласизми? Йўқ.

- 5 кг.лик тошни бошингиз узра кўтариб тура  
оласизми? Йўқ.

- Полдан кийимингизни энгашиб ололасизми? Йўқ.

- Банка копқоғини (олдин очилмаган) оча  
ололасизми? Йўқ.

- Кран жўмрагини очиб ёпа оласизми? Ҳа.

- Дўконга харид қилиш учун чиқоласизми? Ҳа.

- Жамоат автобусларига чиқиб-тушиб турасизми? Йўқ.

- Уй-рўзғор юмушларини бажара оласизми?  
(Овқат тайёрлаш, чанг ютгич билан ишлаш) Йўқ.

Остеоартрозни оғирлиги – 8 –10 балл – яққол намоён.

### 3-жадвал.

#### Остеоартрознинг оғирлик даражасига кўра индекси

Параметрлар	
- Тунги оғрик, маълум бир ҳаракат қилинганда	1
- Тунги (ҳаракатсиз ҳолатда ҳам) оғрик	2
- Эрталабки оғрик 15 минутгача	1
- Эрталабки оғрик 15 минутдан кўп	2
- Турганда оғрик кучайиши 30 минут давомида	1
- Юрганда маълум масофада юргунча оғрик	1
- Юрганда оғрик бошланиб кучайиб боради	2

- Ўтирган ҳолатдан турганда ноҳушлик ёки оғрик сезиш	1
- Камида 1 км.дан кўп юрганда ҳам оғриксиз юради	1
- Камида 1 км юргандан сўнг оғрик кузатилади	2
- Оғриксиз энг камида 500 м.дан 900 м.гача юргач оғрик	3
- Оғриксиз энг камида 300 м.дан 500 м.гача юради	4
- Оғриксиз энг камида 100 м.дан 300 м.гача юради	5
- Оғриксиз энг камида 100 метр юргач оғрик кузатилади	6
- Битта таёк ёки ҳасса билан	+1
- Иккита ҳасса ёки кўлтиқ таёк билан	+2
- Зинапоянинг бир поғонасидан юқори чиқа оласизми?	0–2
- Зинапоядан бир поғона пастга туша оласизми?	0–2
- Сиз китоб жавонининг пастки қисмини тиззадан энгашиб йиғиштира оласизми?	2
- Нотекис йўлдан юра оласизми?	0–2
- Сиз оёғингиз яхши таянч эмаслигини ҳис қиласизми?	1–2

Жавоблар меъёри:

0 балл – оддий, 1 балл – «қийинчилик билан», 2 балл – «иложи йўқ»

Остеоартрознинг оғирлигини баҳолаш меъёрлари:

1–4 балл – заиф; 5–7 балл – ўртача; 8–10 балл – яққол намоён; 11–12 балл – жуда кескин намоён; 12 балл – ўта кучли намоён.

### Беморларни консерватив даволаш усуллари

Тизза бўғими остеоартрозини даволаш маълум йўналишда олиб борилади:

1. Касалланган бўғим(лар)га механик енгиллик бериш.
2. Оғрик аломати ва синовитни бартараф этиш.
3. Касаллик авж олишининг олдини олиш, остеоартрозни даволашда врач тавсия этган даволаш усулларида фойдаланилади.

## Яллиғланишга қарши ностероидли препаратлар

Бугунги кунда яллиғланишга қарши ностероид препаратларнинг химиявий таркиби бир-бирига яқин бўлган 50 дан ортиқ дори-дармонлар қўлланилмоқда (3-жадвал). Уларнинг асосий қисмини салицилатлар, фенамомлар, (понстал, мекломент, клотам), арилуксус, пропион, гетероарилуксус кислоталар, пиразолонин, оксикамлар ташкил этади. Мазкур препаратлар оғриқсизлантириш ва яллиғланишга қарши хусусияти билан остеоартроз касаллигини даволашда самарали ҳисобланади.

4-жадвал.

### Яллиғланишга қарши ностероид препаратларнинг таркибига кўра классификацияси

#### I. Кислотали препаратлар

1. Арилкарбон кислота бирикмалари	
Салицилатлар кислота бирикмалари	Антранил кислота бирикмалар феналятлар
Ацетилсалицилат кислота, бенорилат, дифлунисал, салицилат натрий, трисалицилат	Меклофенам, мефеналин, нифгумова, томфенамова, флуфенамова кислоталар

#### 2. Арилалканова кислоталар

Арилуксус кислота бирикмалари	Гетероарилуксус кислота бирикмалари	Индолуксус кислота бирикмалари	Арилпропион кислота бирикмалари
Аклофенак, диклофенак, фенклофенак, фентиазак	Зомепирак, кеторалак, клоперак, толметин, триметамин	Ацеметацин, индометацин, сумондак, этодалак	Ибупрофен, кетопрофен, напроксин, пирпрофен

#### 3. Эноликова кислота бирикмалари

Пирозалан бирикмалари	Оксикамлар
Азапропазон, оксифнилбутазон, фенилбутазон, фепразон	Изоксикам, мелоксикам, пироксикам, судоксикам

## II. Кислотасиз бирикмалар

Буфексикам, нобуметон, проквазон, тиармид, тиноридин, флурпроксазон, флуфизон, эспиразол

Барча препаратлар ўзига хос физик-химиявий хусусиятга эга бўлиб, бир неча изоформаларга эга. Мазкур фенамил деб ном олган бир хил молекуладан бир неча турдаги препарат олиш имкониятини беради. S ва R – изомерлар фарқланади. Масалан, Напроксен тоза S – изомер ҳисобланади. Фенопрофен ва ибупрофен R – изомер ва фаол S – изомерга хос бирикмалардан иборат. Этодалак ва кетодалак қон зардобида паст концентрацияга эга бўлиб, R – изомерга хос хусусиятга эга. Тоза изоформалин бирикмалар сувга осон эрувчан бўлиб, осон сўрилади ва оғриқсизлантириш самарадорлиги юқори бўлади.

Ошқозонда овқат маҳсулотлари Ph ни кўтариб кислоталик муҳитини камайтиради. Шу тариқа препаратнинг сўрилиши ҳам секинлашади.

Абсорбция (сўрилиш) препаратларнинг пассив R – изомерларини актив S – изомерларга ўтиш жараёнини узайтиради. Препаратнинг пассив формаси ичакларда қанча кўп сақланса, унинг актив формаси қон зардобида шунча кўп сақланиб туради. Шунинг учун препаратларни овқатланиш пайтида ёки овқатлангандан сўнг бир йўла ичиш керак.

Циклооксигеназалар простогландинлар синтезланишига боғлиқ бўлиб, ошқозон-ичак юқори йўлларида эрозия ва яраларнинг битишига, простациклин (Pgl2) нинг антитромботик бирикмаларидан қон томирларнинг эндотелий хужайралари ҳосил бўлади. Шу хусусиятларга кўра ЯҚНП (яллиғланганга қарши ностероид препаратлар) 4 та гуруҳга бўлинади.

1. ЦОГ – 1 (Циклооксигеназа – 1) нинг селектив ингибиторлари (ацетилсалицил кислота паст дозаларда).

2. ЦОГ нинг носелектив ингибиторлари (кўпинча стандарт ЯҚНП препаратлар).

3. ЦОГ – 2 селектив ингибиторлар (мелоксикам, нимесулид).

4. ЦОГ – 2 специфик (юқори селектив) ингибиторлар (целе-  
коксиб, рофекоксиб).

Беморларга ЯҚНП тавсия этишда мазкур классификациядан фойдаланиш лозим бўлади. Чунки даволашдан асосий мақсад максимал самарадорликка эришиш, нохуш салбий ҳолатлар улушини камайтириш, хавфсиз даволашни таъминлаш. Чунки, касаллик сурункали характерда бўлиб, беморлар йиллар давомида дори-дармонлар қабул қиладилар. Ҳатто, энг кам дозада қисқа муддатда ЯҚНП қабул қилинганда ҳам нохуш ҳолатлар кузатилади. Даволаш хавфсизлиги, айниқса, бир дорини бошқа яна бир касаллик туфайли дори-дармон қабул қиладиган беморлар учун жуда муҳим. Кўпгина ЯҚНПлар қон босимининг кўтарилишига сабаб бўлади ва ангиотензив ингибиторлар самарадорлигини пасайтиради ҳамда юрак етишмовчилигини кучайтиради. ЯҚНП ва ацетилсалицилат кислота паст кардиопротектор дозада гастропатия хуружининг ривожланиш хавфини кучайтиради.

Хавф омилларининг ривожланиши кекса ёшда, анамнезида ошқозон яраси ёки юрак-қон томир касалликлари артериал гипертония мавжуд беморларда кучли бўлади.

Шу билан бирга препаратлар циклооксигеназага нисбатан селективлиги ёки бошқа препаратлар билан уйғун таъсир этиши ҳамда остеоартроз билан касалланган беморлар бўғим тоғайининг сатҳига салбий таъсир этиш ҳоллари кузатилиши мумкин (5-жадвал).

### Яллиғланишга қарши ностероид препаратлар характери- стикаси

Препарат	Фармакокинетика (минутда)		Диапазон (доза миқ- дори)	Аналь- гетик оғриксиз- лантириш самара- дорлиги	Бошқа препа- ратлар билан мос кел- маслиги
Диклофенак	30	60–120	75–150	80–85	3,5–7
Ибупрофен	30	72–126	1200–2000	60–70	2–4,6,7
Кетопрофен	-	-	100–200	75–80	2,5,6
Лорноксикам	-	180–300	8–16	80–85	2–7
Мелоксикам	30–45	1200	7.5–15	80–85	1–7
Напроксин	-	-	500–750	70–80	1–7
Нимусулид	-	-	100–200	80–85	3,5
Целекоксиб	120–180	672	100–200	80–85	2

Изоҳ. 1 – антидепрессантлар. 2 – билвосита антикоагулянтлар. 3 – адреноблокаторлар. 4 – ичиладиган гипоглекимик препаратлар. 5 – гипотензив препаратлар. 6 – диуретиклар. 7 – юрак гликозидлари.

Беморларда яллиғланишга қарши қўлланиладиган ностероид препаратларга нисбатан индивидуал сезувчанлик мавжуд. Мазкур препаратлар билан даволашда асосий муаммо ошқозон-ичак йўллари томонидан ривожланадиган асоратлар ҳисобланади. Айниқса мустақил хавф омилларидан бемор ёши, дори-дармон тури, дозаси, даволаш қабул қилиш давомийлиги, анамнезида яра борлиги, ярага қарши дори-дармонлар қабул қилаётганлиги муҳим ўрин эгаллайди. Кенг қўлланиладиган яллиғланишга қарши ностероид препаратлардан индометацин ва пироксикам нохуш таъсир этувчи препаратлар ҳисобланади.

Ошқозон-ичак касалликларининг хуружи ибупрофен паст дозаларда қўлланилганда энг кам кузатилади.

ЯҚНП нинг эски авлодидан диклофенак ошқозон-ичакка нисбатан заҳарлилиги ва самарадорлигининг нисбатига кўра яхши кўрсаткичга эга бўлгани учун ҳам кенг қўлланилиши омалашган. ЯҚНП қўлланилганда кузатиладиган ошқозон-ичак ва 12 бармоқ ичак яраларининг хуружини бартараф этишда протон помпа ингибиторлари омепразол, пантопразол, лансопразол ва синтетик мизопростал ижобий таъсир кўрсатади.

### Дори-дармонлар билан даволаш усуллари

Замонавий дори-дармонлар классификациясига кўра остеоартрозни даволашда қўлланиладиган дори-дармонлар тез таъсир этиш хусусиятига эга бўлган симптоматик (ацетаминофен, опиоидли оғриксизлантирувчи) дори-дармонлар оғрик аломатларини бартараф этишда қўлланиладиган ва бир-бирини таъсир механизмини кучайтириб секин таъсир этувчи (глюкозамин, диацерсин, хондроитин, гиалурон кислота, авокадо ҳамда соя бирикмалари қўлланилади. Мазкур препаратларнинг таъсир жараёни жуда секинлик билан кечса-да, даволаш сеанси тугагандан сўнг ҳам таъсир (оғриксизлантириш) хусусияти узок муддат давом этади.

Бир гуруҳ муаллифлар Терафлекс-Адванс препаратини беморларга суткасига 2 капсуладан 2 марта тавсия этилиб икки ой кузатув олиб борилган. Иккинчи бир гуруҳ беморларга 1 капсуладан 1 марта 2 ой давомида тавсия этилган. Биринчи гуруҳда 2 ҳафтадан сўнг, иккинчи гуруҳда 2 ойдан сўнг оғрик енгиллашиб барча беморларда кундалик ҳаракат фаолияти яхшиланган (Поворознюк В.В.).

Прохоренко В.М. ва ҳаммуаллифлар (2006) тизза бўғими тоғайида протеогликонларнинг биокимёвий таркибини текшириб диспластик ва тизимли артрозда консерватив даволаш самарасиз эканлигини, посттравматик ҳамда идиопатик ар-

трозларда консерватив даволаш самарали натижа беради деб таъкидлайдилар.

**I. Зудлик билан (тез) таъсир этувчи симптоматик препаратлар:**

1. Анальгетиклар (парацетамол) – остеоартрозда оғрик аломатини бартараф этишда қўлланилади. Мазкур препаратнинг суткалик максимал дозаси – 4,0 г.

2. Яллиғланишга қарши ностероидли препаратлар парацетамол самара бермаганда тавсия этилади. Мазкур препаратлар ичишга, мушак ичига ва маҳаллий даволашда (маз, крем, гел) қўлланилади.

#### **Носелектив ингибиторлар:**

Диклофенак суткасига 2 маҳал 50 мг.дан, Ибупрофен суткасига 3 маҳал 400–600 мг.дан, Лорноксикам суткасига 12–16 мг.дан тавсия этилади.

#### **Селиктив ингибиторлар:**

Милоксикам суткасига 7,5–15 мг.дан, Немисулид суткасига 100 мг.дан 2 маҳал, Циликоксиб суткасига 10 мг.дан 1–2 маҳал. Мазкур препаратларнинг таъсир самарадорлигини ошириш мақсадида маҳаллий даволаш учун қўлланиладиган препаратлар тавсия этилади. Шунинг учун таркибида эритувчи восита спирт бўлган гел қўллаш мақсадга мувофиқ бўлади. Шунинг учун гел, маз ва кремга нисбатан фойдаланиш учун тежамли ҳисобланади. Айниқса, таркибида ибупрофен, китопрофен ва пироксикам бўлган геллар нисбатан самарали ҳисобланади.

«ДИП РИЛИДО» 2 компонентли гел бўлиб, ташқи маҳаллий қўлланилади. Унинг асосини ибупрофен 5% ва 3% ли табиий ментол бўлиб уларнинг яллиғланишга қарши аналгетик таъсири левоментолнинг терапевтик таъсир хусусияти билан кучаяди. Гелнинг асосий қисмини ташкил этувчи ибупрофен самарадорлиги терининг юза қаватига кириб бориб рецепторлар таъсирини стимуллайди. Ментол ўз навбатида қон томирларни кенгайтирувчи пептетларнинг эркин ажралиб чиқиш имкони-



ятини яратади. Шу билан бирга яллиғланишга қарши оғриқсизлантирувчи ва салқинлик ҳиссиётини уйғотувчи таассурот уйғотади.

Мазкур препаратлар суст бўлса оғриқсизлантирувчи опиоидлардан Травмадол қисқа муддатга тавсия этилади. Яъни, аввалига суткасига 50 мг.дан тавсия этилиб, аста-секин суткасига 200–300 мг.га етказилади.

### *II. Секин таъсир этувчи симптоматик препаратлар:*

Мазкур гуруҳдан Хондроитин сульфат, глюкозамин сульфат, диацерин, гиалурон кислота, авокадо соя препаратлари қўлланилади.

Остеоартрозни даволашда комбинациялаштирилган препаратлардан таркибида хондроитин сульфат ва глюкозамин бўлган дориворлар кўпроқ қўлланилади.

Уларда артро ва терафлекс кўпроқ тавсия этилади. Терафлекс таркибида 400 мг хондроитин сульфат ва 500 мг глюкозамин гидрохлорид бўлади. Препарат суткасига 1 таблеткадан 2 маҳал 3 ҳафта давомида тавсия этилади. Сўнг суткасига 1 таблеткадан тавсия этилади. Артро препарати таркибида 500 мг хондроитин сульфат ва 500 мг глюкозамин гидрохлорид бўлади ва юкоридагидек схемада тавсия этилади.

Яллиғланишга қарши таъсир этувчи протекторлардан яна бири Артродарин (Деоцерин) препарати ҳисобланади. Препарат суткасига 1 капсуладан 2 маҳал 4 ой давомида тавсия этилади.

### **Фито-витамишли микроэлементлар билан даволаш**

Ўсимликларнинг даволаш хусусиятлари қадимдан маълум бўлиб, бугунги кунда илмий асосланган ва 200 дан ортиқ ўсимликлардан тайёрланган дори-дармонлар тиббиётда кенг қўлланилмоқда.

Ҳозирда фармацияда биологик актив моддалар бўлган (ўсимликлардан олинган) - алкалоидлар, витаминлар, органик кислоталар, смола, фитонцидлар, эфир ёғлари қўлланилади.

Фитобальнеотерапияда – тери рефлектор механизми (тери рецепторлар таъсирчанлиги), биокимёвий-физиологик актив моддаларнинг тери орқали таъсири, ҳид билиш – рефлектор учувчан физиологик актив моддалардан нафас олиб ҳамда тинчлантирувчи хусусиятларга асосланган моддалар қўлланилади.

Микроэлементлар ўсимликлар ферментлар, витаминлар, гармонлар таркибида бўлиб, организмда кечадиган биокимёвий жараёнларга қатнашади.

Бўғим касалликларида ҳам микроэлементлар улушини коррекция қилиш мумкин. Организмда янги моддалар Co, Cu, Fe, Mn, Ni, Zn биокординацион ҳамда азотгликозланувчи дори-дармонлар билан солиштирма таҳлил қилинади. Организмда микроэлементларнинг антиоксидантли, иммунмодуляторли, яллиғланишга қарши, радиопротектор, бактериоцид ва бактериостатик хусусиятлари ўрганилган.

Бўғим касалликларида (остеоартрозда) физиологик жараёнларнинг мўътадил кечиши бузилади. Организмнинг ташқи муҳит таъсиротларига жавоб бериши иммунологик қуввати заифлашганда организмнинг адаптацион имкониятларини фармакотерапевтик коррекция қилиш имкониятлари мавжуд. Бундай усулда, яъни организмнинг умумий қувватини оширишда таркибида микроэлементлар ва витаминлар бўлган доривор препаратлар қўлланилади.

Остеоартроз билан касалланган беморларни даволашда таркибида Cu, Fe, Mo, Mn, Zn бўлган дори воситалари самарали таъсир кўрсатади. Бундай препаратларга Активал, Витакид, Максимери, Комевит, Теравит препаратлари киради. Мазкур дори воситалари таркибида Mg макроэлементи таркибида (12 мг Витакид, 50 мг Матерн, 100 мг бошқа препаратлар) бўлади.

Остеоартрозни даволашда Витакид, Матерн, Поливит оптимал даражада самарали ҳисобланади. Остеоартрозни даволашда микроэлементлардан ташқари, овқатга кўшишга мўлжалланган

биологик препаратлар ҳам кенг қўлланилади. Бундай қўшимчаларга Иналтра (35 мг Na гликолат, 8,5 мг Стеарат Mg), Артри-вит (50 мкг Cu, 25 мг Mg, 1 мг Mn, 1 мг пиколинат Zn) фойдали бўлиб, ҳатто меъеридан ортиқча қабул қилинганда ҳам организмга зарарли таъсир кўрсатмайди.

Баъзи бир моддалар овқат маҳсулотлари билан организмга киргач микроэлементларнинг қонга сўрилишини қийинлаштириб қўяди. Айниқса чой, кофе, соя оксиллари шулар жумласидандир.

Остеоартроз билан касалланган беморларга Co, Cr, Cu, Mg, Mn.нинг зарурати туғилади. Биологик актив қўшимчалар таркибида мазкур моддалар сўриладиган моддалар кўринишида бўлади. Овқатга қўшилган актив биологик моддалар организмга самарали таъсир натижалари намоён бўлиши учун уларни бемор камида 6 ой давомида истеъмол қилиши зарур.

Остеоартрозни даволашда қўлланиладиган ва самарали натижа берадиган актив биологик қўшимчалардан қуйидагилар муҳим ўрин тутди:

Александрина – табиий металл – витаминли комплекс бўлиб, кунлик дозаси 4 – 8 таблетка овқатдан олдин қабул қилинади.

Аномивит – металл ва витаминлар йиғиндисидан иборат бўлиб, бир кунлик дозаси – 1 таблеткадан 2 маҳал овқат билан.

Бифилактин – организмда зарур бўлган металллар сўрилиш жараёнини мўътадиллаштиради. Бир кунда 2 таблеткадан 3 маҳал овқат вақтида бир ой давомида (бир йилда 2 курс).

Викальгин – Ca ва Mg қўшма бирикмасидан иборат бўлиб, суяк тўқималарининг ўзгарган структурасини тиклашга самарали таъсир кўрсатади. Бир кунда 1 капсуладан қабул қилиб, ҳафта охирида 2 капсула 3 мартага етказилади. Ошқозон яраси мавжуд беморлар овқатдан сўнг қабул қиладилар.

Голомурин – хондромодификатор бўлиб, тоғай тўқималар тикланишини фаоллаштиради. Қабул – бир кунда 1 капсуладан 2 маҳал эрталаб оч қоринга, кечга овқат билан.

Комос – табиий фаол микроэлементлар бирикмаси. Қабул режими 10 кун, 5 кун танаффусдан кейин такрор қабул қилинади. Ҳар 6 ойда такроран қабул қилади. Қабул 1 кунда 1 ош қошиқдан бир марта, ҳафта охирида кунига 1 ош қошиқдан 3 марта.

Корзасил – кучли антиоксидант бўғим тоғай қавати эластинини бузишдан сақлайди. Шу билан бирга яллиғланиш жараёнини бартараф этади. Қабул тартиби – бир кунда 1 таблеткадан ҳафта охирида 1 таблеткадан 3 маҳал овқатдан 15 минут олдин.

Минерал – табиий минерал бирикма. Сорбцион (сўриб олиш) хусусиятига эга. Таркибида беморлар учун зарур Са, Си, Сr, Fe, К, Mg, Mn, Zn микроэлементлар мавжуд.

Олифен – бўғим тоғай қаватининг озикланишини яхшилайдди. Шунингдек қон айланишини яхшилайдди, яллиғланиш жараёнини камайтиради. Қабул тартиби: ярим чой қошиқдан кунига 1 маҳал, ҳафта охирида 12 чой қошиқдан сув билан 1 суткада 3 маҳал қабул қилади (ҳар 4 соатда).

Остеокомплекс – остеопароз кузатилган (кекса) беморлар учун самарали ҳисобланади. Таркибида Са, Mg, Zn ҳамда В витамин турлари, D витамин. Остеокластлар фаоллигини секинлаштириб остеобластлар фаоллигини жадаллаштиради. Суткасига 600 мг.ни учга тақсимлаб қабул қилади.

Три – ви – плюс антиоксидантли бирикма бўлиб, таркибида аскорбин кислота,  $\alpha$  – тоноферол ацетат,  $\beta$  – каратин, Си (2 мг), Se (40 мг), Zn (40 мг).

Цар – витамин – металл витаминли бирикма. Тоғай тўқималарида озикланишини яхшилаб, синовиал пардада қон айланишини яхшилайдди.

Кальцийли витаминлар (Сибир саломатлиги) – организмнинг умумий тонуси ва иш қобилиятини қўллаб-қувватлаш учун витамин ва минералли бирикма. Таркибида асосий элементлар мавжуд. Организмда кальций етишмовчилигини бартараф этади. 1 кунда 1 капсуладан 2 маҳал 2–3 ой овқат билан.

Глюкозалин ва хондроитин (бўғимлар ҳимояси) остеоартрозда бўғим тоғай қаватининг озикланишини яхшилайдди, оғриқни камайтиради, ҳаракат қийинлашувини бартараф этади.

Органик кальцийли элемвита (Сибир саломатлиги) – табиий кальций суяк тўқималарининг мустаҳкамлигини оширади. Унинг таркибидаги витамин D3 ва руҳ кальцийнинг суякларга тўғри етиб боришини таъминлайди ва ёш ўтиши билан суяк мўртлашувининг олдини олади.

“Витакальций” витамин ва минераллар бирикмаси бўлиб, суякларнинг минерал таркибини ҳимоя қилади. Бирикма таркибида кальцийнинг организмга сўрилишини таъминлайдиган магний, руҳ ва фитоэстрогенлар мавжуд. Қабул тартиби: кунига 1 капсуладан 2 маҳал овқат билан 2–3 ой, бир йилда 2 курс.

### Оксигенотерапия

Кўпгина муаллифларнинг маълумотларига кўра тўқималараро маҳаллий гипоксия, яллиғланиш ва дегенератив жараёнлар механизмида муҳим ўрин эгаллайди. Тўқималараро гипоксия ферментатив жараёнларни тўқималарда биокимёвий жараённи катализловчи (тезлатувчи) хусусияти бузилади. Сувсизланган ёки шишли тўқималарда кислород етишмовчилиги ва ишемия ҳисобига регенератив ҳамда репаратив жараёнлар бузилади. Натижада фибробластлар сонининг камайиши ҳисобига ретикуляр толалар ҳамда коллаген тўқималар ҳосил бўлиши ва ривожланиш жараёни секинлашади. Оксидланиш-тикланиш жараёнининг ҳар қандай звеносида зарарланиш кузатилганда кислород истеъмол қилиниши тўхтайдди ёки секинлашади. Тўқималарда маҳаллий гипоксия қонда микроциркуляциянинг регионар бузилиши билан тўқималарнинг нафас олишини сусайтиради. Натижада қон таркибида оксидланиш қайтарилиш жараёни тўла қонли кечмасдан оралик маҳсулотлар: сут кислотаси ва пировиноград кислота улуши кўпаяди. Уларнинг тўлиқ парчаланиши учун касаллик ўчоғига кислород етказиб бериш зарурати туғилади. Чунки кислород бўғимда

модда алмашинуви жараёнини мўътадиллаштиради, тўқималар озикланишини яхшилайдди, яллиғланишга қарши самарали таъсир кўрсатиб регенерация жараёнини стимуллайди.

Шунинг учун оксигенотерапиянинг маҳаллий қўлланилиши тўқималарда кислород етишмовчилигини бартараф этади.

Бўғим ичига оксигенотерапия қўллашга кўрсатмалар:

1. Бўғим девори ва бойламларининг лат ейиши, гемартроз.
2. Бўғим ичидан синишлар, травматик чиқишлар.
3. Посттравматик иммобилизацион контрактуралар.
4. Синовит, периартрит деформацияловчи артроз.
5. Бўғим ичи синишларининг тикланишини стимуляциялаш.
6. Мушакларнинг микротравматик касалликлари.
7. Остеохондроз.

Абсолют қарши кўрсатма (монелик) лар ўткир йирингли яллиғланиш жараёнлари, фурункул, фолликулитлар, экзема, экскариация, тери яралари, йирингли асоратлар.

Тиббий кислороднинг бўғим ичига юбориладиган бир марталик дозаси 10–15 см кубдан 100–125 см кубгача. У бемор ёши, касаллик босқичи, характери, бўғим ҳажмига кўра индивидуал белгиланади. Ёши 40 ёшдан катта беморларда бўғим халтасининг ёшга кўра ўзгариши (эластикликнинг йўқолиши, бўғим ҳажмининг камайиши, дегенератив дистрофик ўзгаришлар) ҳисобга олиниб қўлланиладиган кислород дозаси учдан бирига камайтирилиши мумкин. Кислородни жуда секинлик билан кичик дозаларда киритиш лозим. Бир йўла кўп дозада киритиб бўғимни «зичлаб» тўлдириш оғриқни кучайтириши, ҳароратнинг кўтарилиши (38–39 С гача), бўғимда суюқликнинг тўпланиши, бўғим халтасининг ёрилиши ва тери ости эмфизимасининг ривожланишига сабаб бўлади. Тиббий кислород меъёрида тўғри қўлланилганда бир-икки суткада асоратсиз сўрилиб кетади. Бўғимда суюқлик бўлса олиб ташлаш лозим. Асоратлар асосан бўғимнинг физиологик ҳажмига нисбатан кўп миқдорда кислород киритилганда кузатилади (5-расм).



**5-расм.** *Оксигенотерапия қилиш техникаси.*

Даволаш курси учтадан ўнтагача бўлиб, 3–7 кун ораликда қўлланилади. Биз беморларга оксигенотерапияни П.З.Завеса усулида қўладик. Тиббий кислороднинг бир марталик дозаси 60–80 см кубдан 100 см кубгача 3–4 кун ораликда 5–8 сеанс қўлланилади. Муолажалар қабул қилиш оралиғида беморлар оёқларини массаж қилиш, даволовчи жисмоний машқлар тавсия этилади.

### **Даволашда жисмоний машқлар қўллаш**

Умумий ҳаракатни тиклаш (реабилитация) муолажаларига даволаш жисмоний маданият муҳим ўрин тутиб, кўпгина касалликларни даволашнинг асосий омилларидан бири ҳисобланади.

Даволаш жисмоний машқларнинг асосий вазифаси касалланган аъзоларнинг функциясини тиклаш, ҳаракат ҳажми чекланган бўғимларнинг функционал ҳаракат ҳажмини тиклаб

ривожланиш эҳтимоли бўлган асоратларни ҳамда касалликнинг оғирлашувини бартараф этишдан иборат.

Бемор саломатлигига жисмоний машқларнинг самарали таъсир этиши учун нафақат жисмоний машқларнинг маълум вақтда қўлланилиши, балки уни тўғри танлаш, давомийлиги, такрорийлиги, беморнинг умумий қувватига кўра машқларни тўғри танлаш муҳим аҳамиятга эга.

Шунингдек беморнинг ўзи ҳам жисмоний машқлар қўлланилишининг услубий принципларини ҳам билиши зарур.

1. Жисмоний машқларни кўп марталаб такроран қўлланилиши, машғулотларнинг бир кунда, ҳафтада, бир ойда, йил давомида ва бутун ҳаёт давомида режали равишда узлуксиз бажариш мураккаб ҳаракатлар кўникмасини ҳосил қилишда ҳамда жисмонан лаёқатли бўлишга имконият яратади. Жисмоний машқлар давомида организмда кечадиган физиологик ўзгаришлар беморнинг функционал ҳолатини яхшилаб саломатлигини тиклаш ва мустаҳкамлашга замин яратади.

2. Жисмоний оғирликни аста-секинлик билан ошириб бориш организмда моддалар алмашинувини ва энергетик таъминотини яхшилаб максимал оғирликка тайёрлаб жисмоний зўриқишлардан халос қилади.

3. Жисмоний машқлар организмга турли-туман йўналишда таъсир қилиб, ҳаракатланувчи барча мушакларнинг фаолиятини кучайтириб ўзига хос носпецифик даволаш имкониятини яратади.

Беморларнинг уй шароитида мустақил равишда жисмоний машқлар билан шуғулланишлари учун қуйидаги талабларга кўра тавсия этилади:

1. Анатомик белгилари: гавда кўриниши, кўл, оёқ, елка, қорин мушакларининг ривожланиш даражасига кўра.

2. Беморнинг ҳаракатчанлигига кўра: ўз-ўзини идора қила олиш қобилияти, мувозанатини сақлай олиш кўникмаси, нафас акти, сакраши, металл тўпни отиши ҳ.к.



3. Беморнинг фаоллик, ҳаракатчанлик даражаси, яъни битта машқни турли усулларда эркин ёки зўриққан ҳолда куч ишлатиб бажариш қобилиятига кўра.

4. Предметсиз гимнастик машқлар.

5. Предметлар (копток, гонтел, ҳалқа, гимнастик таёқчалар) ёрдамида гимнастик машқлар бажариш (ёки стулда, скамекада, уй тренажёрида ва ҳ.к.).

6. Югуриш, сузиш, тез юриш ва ҳ.к

7. Фаол спорт (футбол, волейбол, теннис) ўйинлари.

Уй шароитида худди даволаш муассасаларидек ҳаракат фаоллиги бемор аҳволига қараб махсус режим асосида бажаради.

Қатъий тўшак режим асосида, тўшак режими, ярим тўшак режими, умумий «А» – (шифоҳонада «палатада»), умумий Б (шифоҳоналарда – умумий).

Поликлиника – амбулатория шароитида жисмоний машқлар қуйидаги формаларда бажарилиши мақсадга мувофиқ бўлади:

1. Даволаш гимнастикаси.

2. Эрталабки гигиеник гимнастика.

3. Меҳнат ёрдамида даволаш.

4. Махсус режимда юриш (тез, секин ва ҳ.к.).

Даволаш гимнастикаси. Мазкур машқлар жисмоний даволаш машқларининг асосий гуруҳини ташкил этади.

Даволаш гимнастика машқлари бир марталик машқлар тўшакда ётган беморлар учун 10–15 минут бўлиб, 45–60 минутгача давом эттирилиши мумкин. Машқларнинг бошланғич биринчи бўлимида беморни жисмоний машқларга руҳан тайёрлаб, умумий машғулотлар улушининг 15–20 фоизини ташкил этади. Асосан кичик ва ўрта гуруҳ мушаклар учун енгил машқлар ва нафас гимнастикаси тавсия этилади.

Машғулотларнинг асосий қисмида даволаш машқлари жароҳатланган бўғимда ҳаракат ҳажмини яхшилаш билан бирга организмнинг умумий кувватини оширишга қаратилган машқлар ҳам тавсия этилади.

Бутун машғулотлар давомида организмда кечадиган физиологик жараёнларга хос, лекин нисбатан жадаллаштирилган тарзда машқларни бажариш ва беморни бир машқдан сўнг иккинчисини бўшашмаган ҳолда бажара олиш кўникмасига эга бўлишини таъминлашдан иборат. Инструктор даволаш жисмоний машқларини беморнинг индивидуал куч ғайратига яраша зўриқтирмасдан бажаришини назорат қилади ва машқларни тўлақонли бажаришга ўргатади.

Асосий машқларни бажариш давомийлиги умумий бажариладиган муолажаларнинг 65–75 фоизини ташкил этади.

Машғулотларнинг якуний қисмида жисмоний машқлар аста-секинлик билан бажарилади. Оддий элементар машқлар нафас гимнастикаси билан алмаштирилиб, жисмоний нагрукани камайтириш билан юрак – нафас ритминини ҳам аста-секинлик билан маромига туширилади. Мазкур машғулотлар умумий машғулотлар давомийлигининг 10–20 фоизини ташкил этади. Даволаш гимнастикаси машқларини бажаришда қуйидаги услубий кўникмаларга эътибор бериш лозим бўлади.

1. Жисмоний машғулотлар жадаллигинини аста-секинлик ва навбат билан кучайтириб бориб, секин-аста сусайтириш, яъни бошланиши ва охирида енгил машқлар, ўртасида нисбатан мураккаб машқлар бажариш тавсия этилади.

2. Машқларни бажариш тартиби зўриқиш барча кўл-оёқ мушакларига бир хил тенгликда тақсимланган ҳолда бажарилишини таъминлаш, яъни машқ бир сегментга қийинроқ, иккинчисига бажариш осон бўлган машқ бўлмаслиги лозим.

3. Машғулот давомида барча жисмоний машқлар нафас гимнастикаси билан алмаштирилиб бажарилмоғи лозим. Нафас ва юрак фаолиятинини стимуллаб бориш организмни тез чарчаб қолиш ҳолатининг олдини олади. Барча жисмоний бажариладиган машқлар беморнинг жисмоний аҳволи, руҳияти, хоҳишига кўра машқларни тик турган ҳолда, ўтириб ёки ётган ҳолда бажариш тавсия этилади.

## Даволаш натижаларини клиник баҳолаш усули

Консерватив усулда даволангандан сўнг клиник натижаларини баҳолашда махсус шкаладан фойдаланилади. Махсус баҳолаш шкаласи анкета-сўровнома шаклида бўлиб, даволовчи врач ва бемор ҳамкорлигида тўлдирилади. Барча баллар йиғиндиси жамланиб тизза бўғимининг функцияси, унинг тикланиш даражаси ҳамда беморнинг яшаш тарзи баҳоланади.

Қуйида Kitoaka N.V. (1994) томонидан таклиф этилиб амалиётда қўлланилаётган анкета-сўровномадан фойдаланилади.

1. AOFAS (American Orthopedic Foot and Ankle Society) (1994 йил Kitoaka N.V. томонидан таклиф этилган).

*б-жадвал.*

### 1. AOFAS анкета шкаласи

#### I. Оғрик (40 балл)

Йўқ	40
Вақти-вақти билан, баъзида	30
Ўртача даража, кун бўйи	20
Кучли оғрик, узлуксиз (кечаю-кундуз)	0

#### II. Бўғим функцияси (50 балл)

Жисмоний фаолиқ чекланган, ёрдамга муҳтож	0
Ҳаракат чекланмаган, ёрдамга муҳтожлик йўқ	10
Кундалиқ ҳаракатда чекланганлик йўқ. Жисмоний соғломлаштириш тадбирларда ҳаракат чекланган. Ёрдамга муҳтож эмас	7
Кундалиқ ҳаракатда чекланиш мавжуд. Ҳассага таянади	0

#### III. Энг кўп мустақил юриш масофаси

1200 метрдан кўп	5
800 метрдан 1200 метргача	4
200 метрдан 600 метргача	2
200 метргача	0

#### IV. Нотекис йўлда юриш

1200 метрдан кўп	5
800 метрдан 1200 метргача	4
200 метрдан 600 метргача	2
200 метргача	0

#### V. Юриш ҳаракатининг бузилиши

Ҳар қандай нотекис йўлдан қийналмасдан юради	5
Нотекис йўлда юриш, нарвонга чиқиш, қияликка чиқиш қийин	3
Нотекис йўлда, нарвондан чиқиш, қияликдан чиқиш жуда қийин	0

#### VI. Ҳаракат ҳажми (тизза бўғимни ёзиш, буқиш)

Ҳаракат чекланмаган ёки жуда кам намоён	8
Ҳаракат чекланиши кўзга ташланади	4
Ҳаракат чекланган, қийналиб юради	0

#### VII. Оёқни ичкарига ва ташқарига бураш

Мўътадил ёки енгил чекланган (30 градус ва кўп)	8
Ўрта даражада чекланган (15 градус – 30 градус)	4
Жуда чекланган (15 градусдан кам)	0

#### VIII. Тизза бўғимининг стабиллиги (олд–орқа, вальгус–варус)

Стабил	8
Ностабил	0

#### IX. Оёқ ўқи

Оёқ ўқи тўғри	10
Оёқ ўқи тўғри, енгил вальгусли қийшайиш мавжуд	8
Оёқ ўқи қийшайган. Вальгусли ёки варусли қийшайиш	0

**2. OMAS шкаласи (Olerud – Molander Ankle Score)**  
**Olerud С. ва Molander Н. 1984 йил таклиф қилишган**  
**OMAS анкета шкаласи.**

1. Оғрик	Йўқ.	25
	Нотекис йўлда юрганда	20
	Тўғри йўлда юрганда	10
	Уй (хона) да юрганда	5
	Доимий ва кучли	0
2. Ҳаракат чекланганлиги	Йўқ	10
	Мавжуд	0
3. Шиш	Йўқ	10
	Фақат кечда	5
	Доимий	0
4. Нарвондан чиқиш	Муаммосиз	10
	Оғир (оғриқли)	5
	Чиқолмайди	0
5. Югуриш	Мумкин	5
	Имконияти йўқ	0
6. Сакраш	Мумкин	5
	Имконияти йўқ	0
7. Ўтириб туриш	Мумкин	5
	Имконияти йўқ	0
8. Кўшимча таянч	Зарурат йўқ	10
	Ортез, Тутор	5
	Ҳасса ёки кўлтик таёк	0
9. Кундалик ҳаракат фаоллиги	Мўътадил (касалликдан олдинги ҳолат)	20
	Жадаллиги камайган, суст	
	Оддий енгил ишга ўтгач	15
	Меҳнат қобилияти бузилган, чекланган	10
		0

Даволаш натижалари мазкур шкала бўйича даволашдан сўнг бир йил муддат ўтгач 90 – 100 балл – аъло, 89 – 60 балл – яхши

натижа, 59 – 30 балл – қониқарли натижа ва 29 – 0 балл – қониқарсиз.

Биз бемор аҳволини баҳолаш учун индивидуал харита ишлаб чиқдик, унда қуйидаги маълумотлар киритилади:

Артроз оғирлигини баҳолаш индекси: Балл

Жавоблар – 0 балл – «оддий», 1 балл – қийинчилик билан, 2 балл – иложи йўқ.

**Артроз оғирлигини баҳолаш**

1–4 балл – суст, 5–7 балл – ўртача, 8–10 балл – яққол намоён бўлган, 11–12 балл – жуда яққол намоён бўлган, 12 балл – кучли намоён бўлган.

Клиник текширув натижалари тизза бўғимида одатда букиш ва ёзиш ҳаракати амалга ошади.

Бошланғич ҳаракат ҳолати тизза бўғимида –  $175^{\circ}$ .

Тизза бўғимида ортиқча ёзиш ҳаракати борлигини бемор қорни билан ётқизиб аниқланади. Сон пастки қисмидан босиб туриб оёқ панжасини кўтариш одатда 10 см. Букиш ҳажми –  $135^{\circ}$ – $150^{\circ}$

*8-жадвал.*

**Касалликка сабаб бўлган омилларга кўра беморларнинг тақсимланиши**

Ирсий	Аёл жинси - Авлодида кузатилган - Бошқа ирсий касалликлар борлиги билан -
Ортирилган касаллик	Кекса ёшда ортиқча вазн (семизлик)- Хирургик операция ўтказилган -
Ташқи муҳит таъсирида	Касби билан боғлайди - Оғир жисмоний меҳнат - Бўғим жароҳати туфайли - Спорт билан шуғулланиш туфайли -

**Бемор:** Хайдарова Гулжон 1958 йилда туғилган.

**Касаллик тарихи:** № 6840

*9-жадвал.***Синовиал суюқликнинг лаборатор хужайралар сони:**

Остеоартроз	1518+295	09+0,3	26,7+3,2	0,4+0,3	44,7+2,5	22,0+2,9
Нормада		14,5+5	405+49	6+5	674+38	334+44

Беморлар сони – 5 та.

*10-жадвал.***Синовиал суюқликда ва қон зардобида постмолекуляр компонентларнинг меъёрий концентрацияси (ммоль/л)**

Ўрганилаётган кўрсаткичлар	Тизза бўғими синовияси	Қон зардобиди
Натрий	136	135–15,5
Калий	4	4–6
Кальций	2,4	2,2–2,75
Сийдик кислотаси	2,35	1,8–2,9
Мочевина	3	3,4–7,5
Глюкоза	4	4,2–5,5

*11-жадвал.***Синовиал суюқликда ва қон зардобида баъзи оксилларнинг концентрацияси (мг/100 мл)**

Оксиллар	Синовиал суюқлик	Қон зардобиди	Синовиал суюқлик ва қон зардобиди
Албумин	1390±217	3766±366	0.37±0.04
А I нордон	66±30	135±14	0.48±0.19
глюкопротоин			
Церулопозмин	19±4	36±6	0.53±0.09
Трансферин	126±63	261±31	0.47±0.17
Ig A	120±67	148±99	0.91±0.40
Ig M	93±37	147±55	0.71±0.31
Ig G	504±115	1031±186	0.49±0.08

## 12-жадвал.

Тизза бўғими синовиал суюқликларида хужайраларнинг  
меъёрий кўрсаткичи

Хужайралар-нинг тури	Синовиоцитлар	Макрофаглар	Лимфоцитлар	Нейтрофиллар	Турланмайдиган хужайралар
Синовиал суюқликда турли хужайраларнинг улуши % да	26,0±1,8	10,7±1,8	4,0±2,6	1,6±0,4 1,6±2,6	9,2±0,9 2,0±0,2

## 13-жадвал.

## Тизза бўғими синовиал суюқлигида нормада ва остеоартрозда хужайралар таркиби

Касаллик	Цитоз	Синовиоцитлар	Макрофаглар	Моноцитлар	лимфоцитлар	Нейтроцитлар	Турланмайдиган хужайралар
Норма	200	26,01,8	10,7±1,8	2,0±0,2	40,0±2,6	1,6±0,4	9,2±0,9
Остеоартроз	1518±295	0,9±0,3	26,7±3,2	0,4±0,3	44,4±2,5	22,0±2,9	3,2±0,8

**Амалиётдан мисол:**

**Бемор:** Эгамбердиева Зулфия, 1961 йилда туғилган.

**Касаллик тарихи:** № 3465.

**Келган куни:** 06.07.2020 й.

**Кетган куни:** 15.07.2020 й.

**Ташхис:** Иккала тизза бўғимининг деформацияли артрози II-даража.

**Шикояти:** Иккала тизза бўғими соҳасидаги оғриққа, шишга, ҳаракатларнинг чекланишига, ҳаракатда оғриқнинг кучайишига шикоят қилиб келди. Беморнинг сўзига қараганда ўзини бир неча ойдан буён касал ҳисоблайди. Касаллигининг сабабини йиқилиш билан боғлайди. Касаллиги бўйича яшаш жой-



нда консерватив усулда даволанган. Бемор кўрилганда иккала оёқда оксоқланиб, қийналиб юради.

Маҳаллий кўрилганда иккала тизза бўғимлари соҳасида шиш мавжуд. Бўғим контрлари силлиқлашган. Пайпасланганда иккала тизза бўғимларида оғриқ бўлиб, ҳаракатланганда кучаяди. Иккала тизза бўғимларида актив ва пассив ҳаракатлари чегараланган. Тизза бўғимларида ҳаракат ҳажми ёзиш:  $175^\circ$ , букиш:  $130^\circ$  га тенг.

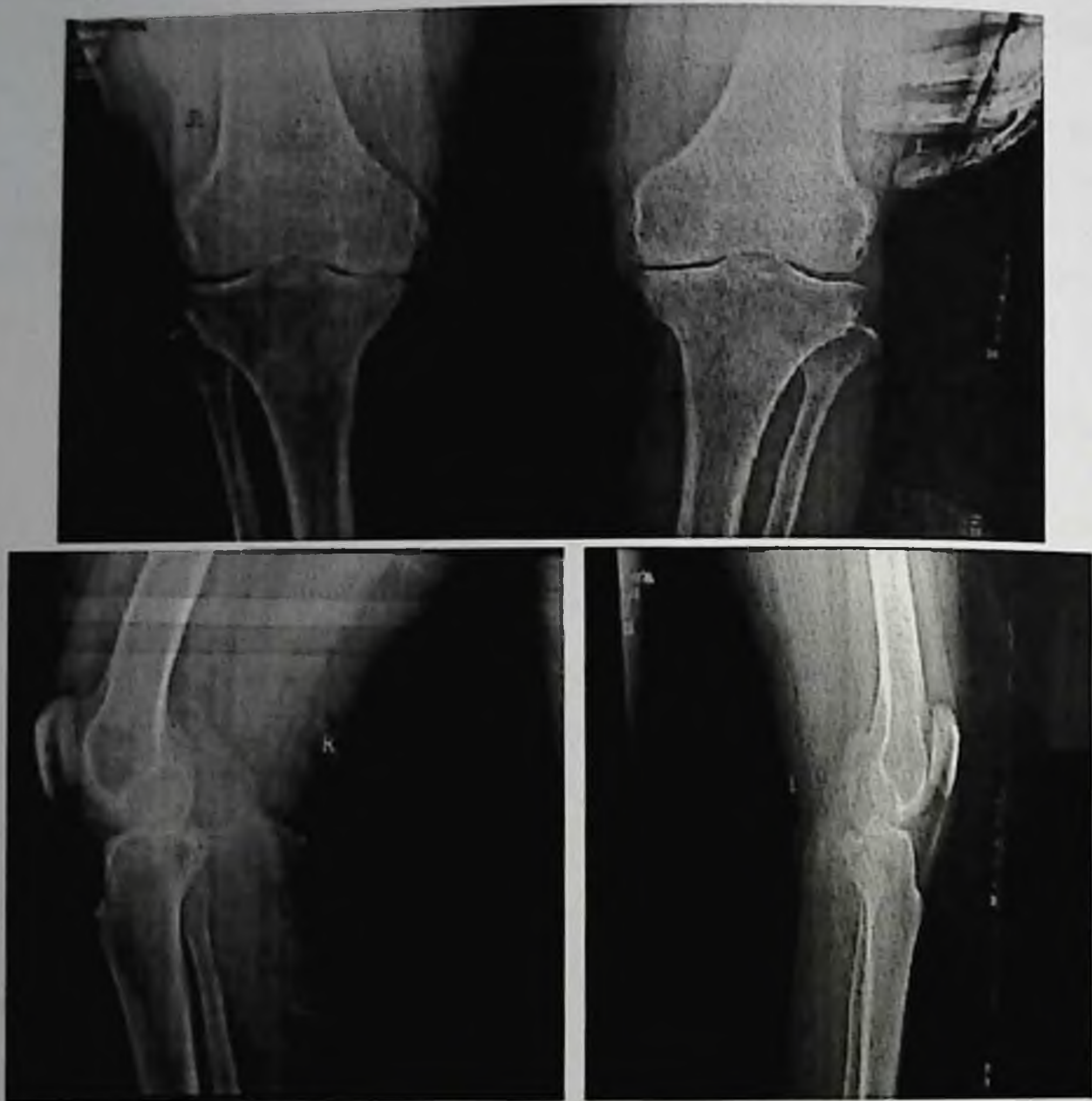
Рентгенограммада иккала тизза бўғимлари деформацияланган ва бўғим юзи торайган.

Бемор бўлимда клиник ва керакли барча лаборатор таҳлиллари ўтказилди. Қон гуруҳи – А (II), Rh (+) полож. Қон ум. таҳлилли: Гемоглобин – 106,0 г/л, эр –  $3,91 \cdot 10^{12}/л$ , РК – 0,9, тромбоцит – 186; лимфоцит – 2,4. Лей. – 8,1; СОЭ – 4 мм\ч. Умумий сийдик таҳлили миқдори – 50,0, ранги – сариқ, оксил – abs. Биохимия ум. оксил – 59. г\л, қолдик азот – 23.0 ммоль\л, мочевино – 7,1 ммоль\л, ум. Билирубин – 17\л, АЛТ – 16.0 Нмоль\с.л, қанд – 4.6 ммоль\л, Тимол синамас – 2.7 ед. ЭКГ: Гипертрофия левого желудочка. УЗИ: В норме.

Даво муолажаларидан Артоксан 2,0 мг ҳафтасига 1 маҳ. м/о. Вит В комплекс 2.0 мл 1 маҳ. м/о. Румалон 2.0 мл 1 маҳ. м/о. Гулсеф 1,5 мг, Новокаин 5,0 мл 1 маҳ. м/о. Тамин 100,0 мл 1 маҳ. в/и; Сертоспан 2,0 мл 1 маҳ. м/о; Гиалуром Хондро 3,0 б/о 1 маҳ. Иккала тизза бўғимига физиотерапия муолажаларидан электрофорез, УВЧ ва массажларни режа асосида олди. Муолажалардан иккала тизза бўғимларида оғриқлар камайди, ҳаракат ҳажми ошди. Бемор умумий аҳволи қониқарли ҳолда уйига жавоб берилди.



**6-расм. Деформацияли артрозда тизза бўғимининг клиник кўриниши ва оғриқ нуқтаси.**



*7-расм. Рентгенограммада суратда иккала тизза бўғимлари деформацияланган ва бўғим юзи торайган.*

## ДЕФОРМАЦИЯЛОВЧИ АРТРОЗ

Артроз иборасини биринчи бор 1911 йил Muller қўлади. Остеоартроз бўғимларнинг сурункали касалликларидан бўлиб, дегенератив-дистрофик ўзгаришлар ва асептик яллиғланиш белгилари билан характерланади. Остеоартроз биологик ва механик таъсиротлар натижасида нафақат бўғимнинг тоғай қавати, балки суяк устки қавати, бойламлар бўғим халтаси, синовиал парда ва бўғим олди мушакларни ҳам зарарлайди.

**Тарқалиши.** Остеоартроз – бўғимларнинг кенг тарқалган касалликларидан бўлиб, бутун ер юзининг 20% аҳолисида кузатилади. Остеоартроз 45 ёшдан 65 ёшгача бўлган аҳолининг ҳар учинчисида, 65 ёшдан катталарда 65–70% кузатилади.

Остеоартроз классификацияси (В.Н.Павлова, 2011.).

### *I. Бирламчи (идеопатик) остеоартроз.*

1. Ўчоқли: учтадан кўп бўлмаган турли гуруҳдаги бўғимларнинг касалланиши:

- \* қафт бармоқлари;
- \* панжа бармоқлари;
- \* тизза бўғимлари (гонартроз);
- \* чанок-сон бўғимлари (коксоартроз);
- \* елкаларда;
- \* умуртқа бўғимларида.

2. Кўплаб бўғимлар (полиостеоартроз, Келлгрена касаллиги): учтадан кўп гуруҳ бўғимларнинг касалланиши.

### *II. Иккиламчи остеоартроз.*

1. Посттравматик (шикастланишдан сўнг).

2. Туғма, орттирилган ёки эндемик касалликларда (Пертес касаллигида, гипермобил синдромида).

3. Метаболик касалликларда (охроноз, гемохроматоз, Вилсон-Коновалов касаллиги, Гоше касаллигида).

4. Эндокринопатиялар (қандли диабет, акромегалия, гиперпаратиреоз, гипотиреоз).

5. Бўғимлар статикасининг бузилиши (яссиоёқлик, оёқларнинг қийшайиши, умуртқалар қийшайиши).

6. Кальций тузларининг чўкишидан касалланиши.

7. Невропатиялар (Шарко касаллиги).

8. Бошқа турдаги касалликлар (асептик некроз, ревматоидли артрит, Педжет касаллиги).

### Этиологик омиллар.

Остеоартрознинг ривожланишига сабаб бўлувчи омиллар тўла-тўқис ўрганилмаган.

Остеоартрозга сабаб бўлувчи омиллар: ирсий, орттирилган, ирсий бўлмаган ва ташқи таъсирлар туфайли.

*14-жадвал.*

### Остеоартрозга сабаб бўлувчи омиллар

I. Ирсий	Аёл жинси, II тип коллаген типда ирсий нуқсон (Стиклер синдроми). Коллаген II тип мутацияси, суяк ва бўғимларнинг бошқа ирсий касалликлари.
II. Ортирилган	Кекса ёш, ортиқча вазн, аёлларда жинсий гормонларнинг камайиши, бўғимлар ривожланишининг бузилиши, бўғимларда операциялар бажарилиши
III. Ташқи муҳит омиллари	Касбий характери, бўғимларга ортиқча жисмоний босим, бўғимлар шикастланиши, спорт билан шуғулланиш.

Остеоартрозга сабаб бўлувчи асосий омиллардан ёш ва жинс муҳим роль ўйнайди. Ривожланган остеоартроз кўпроқ аёлларда ва гавда вазни оғир бўлган кишиларда кўпроқ кузатилади. Чаноқ-сон бўғими остеоартрози эркакларда кўпроқ кузатилади.

Ёш улғайган сари касаллик улуши ортиб боради. Агар 40-50 ёшда тоғайда дегенератив ўзгаришлар 90–95% кузатилса, 50 ёшдан катталарда 100% кузатилади.

Остеоартрозни ривожланишида ирсий омиллар ҳам муҳим роль эгаллайди. Илмий тадқиқотлар коллаген II тип ген мутацияси остеоартрозни ривожланишига сабаб бўлиши аниқланган (Patric M., 1989). Шунингдек гавда вазни огирлигининг кўпайиши (23–25 кг.га) эркакларда остеоартрозни 4 баробар, аёлларда 1,6 баровар кўпайишига сабаб бўлади. Ўз вазини 11 фоизга камайтирган беморларда касаллик аломатлари 20 фоизга камайиши (Швецияда) кузатилган. (Holmberg S., 2005). Остеоартрозни ривожланишига бўғимларнинг жароҳатланиши, жумладан, семизликда, спорт билан шуғулланувчиларда, тик оёқда жисмоний меҳнат қилувчиларда узлуксиз механик босим (сункали кичик жароҳатланишлар) сабаб бўлади.

**Касаллик патогенези.** Остеоартрозни ривожланишида яллиғланиш ва суяк устки қаватининг ўзгаришлари асосий омил ҳисобланади.

Яллиғланиш жараёни бўғимнинг барча тузилмаларига таъсир қилиб хондрит, синовит ва остеит ривожланишига сабаб бўлади. Синовиял қаватда яллиғланиш жараёни хондроцитлар метоболизмни ўзгартириб анаболик (синтетик) ва катаболик (деструктив) жараёнлар мувозанатини бузиб катаболик жараёнларнинг авж олишига сабаб бўлади. Тоғай метоболизмининг бузилишида коллаген тўқималарининг стабиллигини таъминлашда тоғай матрикси асосий роль уйнайди.

Тоғай метоболизмининг бузилишида протеогликан (оксил – полисахарид)лар комплексини сифат ва миқдор жиҳатидан ўзгариши сабаб бўлади. Мазкур жараёнга цитокинлар асосий роль ўйнаб улар таъсир хусусиятига кўра 4 гуруҳга бўлинади:

Деструктив (яллиғлантирувчи) ИЛ-1, ИЛ-17, ИЛ-18, ўсма – альфа (ФНО-а) некроз омили, лейкемик омил онкостатин М.

Регулятор (бошқарувчи)лар ИЛ-6, ИЛ-8.

Ингибиторлар ИЛ-4, ИЛ-10, ИЛ-13, ИЛ-1 рецепторлар антагонисти интерферон гамма.

Ўсишнинг анаболик омиллари, ўсишнинг инсулинли омили,

суяк морфогенетик оксил рецептори ўсишининг тоғай морфогенетик оксил омили, фибробластик омиллари.

Охирги йилларда бўғимнинг юмшоқ эластикли ҳимоя концепциясига катта эътибор берилмоқда. Синовиал суюқликнинг ёпишқоқлик хусусияти ва тоғайнинг тўқималараро матриксининг миқдори унинг таркибидаги гиалуронат миқдорига боғлиқ. Гиалуронат кислота сувни ютиб, тутиб туриш хусусиятига эга. Гиалуронат кислота бўғим юзасини намлаб, механик жиҳатдан стабиллаштириб ҳимоясини таъминлайди. Гемостаз таркибининг бузилиши синовиал бўшлиқда суюқликнинг тўпланиб қолишига ва тоғайнинг гипергидратациясига сабаб бўлиб, бўғимнинг функционал чидамлиги камаяди.

### **Остеоартрозда тоғайлар патоморфологияси**

Остеоартрозда асосий патоморфологик ўзгаришлар тоғай матриксида кузатилади. Эластик, ҳаворанг тоғай қавати қуруқ, юзаси ғадир-будурлашган хира рангли бўлиб қолади.

Бўғим юзаларининг гистологик ўзгаришларига кўра остеоартритни ўрганиш бўйича халқаро жамият (OARSI-Osteoarthritis Research Society International) томонидан таклиф этилган классификация бўйича остеоартритнинг 6 та даражаси ва 4 та босқичи фарқланади.

*15-жадвал.*

### **Остеоартрозда тоғай қаватининг жароҳатланиш даражалари (Pritker K.P. 2006).**

0 босқич	Бўғим тоғай юзалари мўътадил, интактли.
1-даража	Бўғим юзаси интактли, шиш, пролиферация, тўқималар гипертрофияси кузатилади.
2-даража	1-босқич – бўғим юзаларининг бутунлиги бузилган, матрикслар умумий улуши камайган, бўғимнинг ўрта зонасида тўқималар жойлашув тартиби бузилган.

3-даража	2-боскич – матрикслар улуши камайган, бўғим тоғай зонасида янги коллаген ўсиб чиқади. Вертикал фиссурлар шаклланади.
4-даража	Бўғим юзаки зонасининг ажралиши, матрикс тоғай қавати йўқолиб киста ва эрозия шаклланади.
5-даража	Суяк қавати очилиб қолади.
6-даража	Бўғим юзаларининг чегараси бузилади, бўғим юзаси ва чегарасида оссификатлар ҳосил бўлади, бўғим юзасида дарз кетишлар (микросинишлар) ва репаратив жараён кузатилади.
<b>Тоғай тўқималарининг ҳажмига кўра жароҳатланиш боскичлари (%) (2006)</b>	
0 Боскич	Остеоартроз белгилари йўқ.
1-боскич	10%
2-боскич	10–25%
3-боскич	25–50%
4-боскич	50% дан кўп

### **Остеоартрознинг клиник манзараси**

Касалликнинг клиник манзарасига кўра остеоартрознинг клиник белгиларсиз ва манифестли формаси фарқланади.

Остеоартрознинг клиник белгиларсиз формаси фақат рентген тасвирда аниқланиб, касалликнинг компенсация даврида 60 ёшдан катта аҳоли ўртасида 80 фоизгача кузатилади. Остеоартрознинг манифестли (оғриқли ва функциянинг бузилиши) формасида кузатиладиган асосий клиник белгилар:

бўғимда оғриқ;

бўғимда ҳаракатнинг чекланиши;

эрталабки қадам босишнинг оғриқлиги (30 минутгача);

ҳаракат пайтида бўғимларда “шилликлаш” (крепитация);

пайпасланганда оғриқ;

бўғимлар деформацияси;

бўғимлар ностабиллиги;



бўғимлар функциясининг бузилиши.

Бўғимларда оғриқ остеоартрозининг асосий клиник аломатларидан бири ҳисобланади. Оғриқ манбаи синовиал парда, суякусти қобиғи бўлиши мумкин. Оғриқ турли характерда бўлиб қуйидаги турлари фарқланади:

– «Механик» оғриқ кундузги жисмоний ҳаракатдан пайдо бўлиб, тунги уйқуда йўқолади. Мазкур ҳолат тоғай ва тоғайости суяк қаватининг амортизация хусусиятига боғлиқ бўлади.

– *Тунги узлуксиз оғриқлар.* Туннинг биринчи ярмида кузатиладиган оғриқлар веноз димланиши (тоғайости ғовак қаватида) ва суяк ичи босимининг ошиши туфайли кузатилади.

– «Стартсимон» оғриқлар қисқа (15–20 минут) муддатли бўлиб, маълум ҳордиқ давридан сўнг бошланиб, фаол ҳаракатдан сўнг йўқолади. Мазкур характердаги оғриқ суяк ва тоғай тўқималарининг емирилиш маҳсулотлари (фрагментлари) детрит бўғим юзасига чўкиб биринчи ҳаракат жараёнида бўғим халтасининг бурмаларига сурилади.

– Доимий оғриқлар бўғим атрофидаги мушакларнинг рефлексор спазми ҳамда реактив синовит натижасида кузатилади.

– «Қамал» оғриғи тўсатдан бошланиб, бўғимда фаол ҳаракатни чеклаб қўяди. Мазкур ҳолат тоғай тўқималарнинг емирилиш маҳсули (чўкиб йиғилиб бўғим «сичқонча»сини ҳосил қилади) бўлиб, бўғим деворини сиқиб қўяди.

Остеоартрозда оғриқ механик характерда бўлиб юрганда, зинапоядан чиқишда ёки тушишда намоён бўлади. Оғриқ бўғимнинг олд ва ички юзасида бўлиб болдирга ўтади. Тизза бўғимда ҳаракат буқиш ҳисобидан камайиб тўлиқ қамал кузатилмайди.



а

б

в



Г

Д

е

**8-расм.** Беморни елкаси билан ётқизилган ҳолатда текшириш. Беморда ўткир синовит туфайли шиш бутун бўғим юзасини қамраб олган (а) ёки маълум бир соҳа билан чекланган. Масалан, мазкур беморда бўғим ичида катта ҳажмдаги эркин танача мавжуд (б) ёки ички мениск соҳасида каттагина ҳосила (в,г) гипертрофияга учраган синовиал пардани аниқлаш учун пайтаслаб тизза қопқоғи кўтарилиб кўрилганда – синовиал парда қалинлашган бўлса сизнинг бармогингиз тизза қопқоғи чеккасидан сирганиб кетади (д) бемор қаршисида ўтириб оғриқ ўчоғини аниқлашга ҳаракат қилинг (е) тизза бўғимининг чегараси: 1-тўрт бошли мушак пайи; 2-тизза қопқоғи чегараси; 3-ички коллатерал боғлам; 4-бўғим ёриғи; 5-ташқи коллатерал боғлам; 6-тизза қопқоғининг хусусий боғлами (Л.Соломон, 2015.).

Лаборатор текширувлар остеоартрозда қимматли маълумотлар бермайди. Қон ва пешобнинг клиник таҳлилида ўзгаришлар кузатилмайди. Реактив синовит кузатилганда эритроцитлар чўкиш тезлиги 20–25 мм/соат тенг бўлиши мумкин. Синовиал суюқлик текширилганда яллиғланиш бўлмаганда тивик, ёпишқоқ лейкоцитлар концентрацияси 2000/мм<sup>3</sup>, нейтрофиллар 25 фоиздан кам кузатилади.

Рентгенологик текширувлар остеоартрозда бўғим таркибининг анатомик ўзгаришларини баҳолаш имкониятини беради.

### Остеоартрозда асосий рентгенологик аломатлар

1. Бўғим ёригининг 3 йил давомида 0,5–0,8 мм. га торайиши касалликни жадаллашувидан дарак беради.

2. Остеофитлар – бўғим юзаларининг чекка соҳаларида суякли ўсиқлар ўсиб чиқади. Касалликнинг бошланғич даврида бўғим чеккаларида бўғимнинг хусусий бойламлари бирикадиган жойида ўткир учли (1–2 мм) суякли ҳосилалар ривожланади. Касаллик авж олиши билан бўғим ёриғи зонасида остеофитлар катталашиб «лаб», «қанотча»лар кўринишида ўсиб чиқади.

3. Субхондрал остеоскелероз – бўғимнинг тоғайсимон қаватининг остида пайдо бўлиб, чуқур дегенератив жараёнлар ривожланганлигини англатади.

4. Суяк тўқималарининг бўғим атрофидаги нуқсон синовиал қаватда яллиғланиш жараёни билан боғлиқ ҳолатда кузатилади.

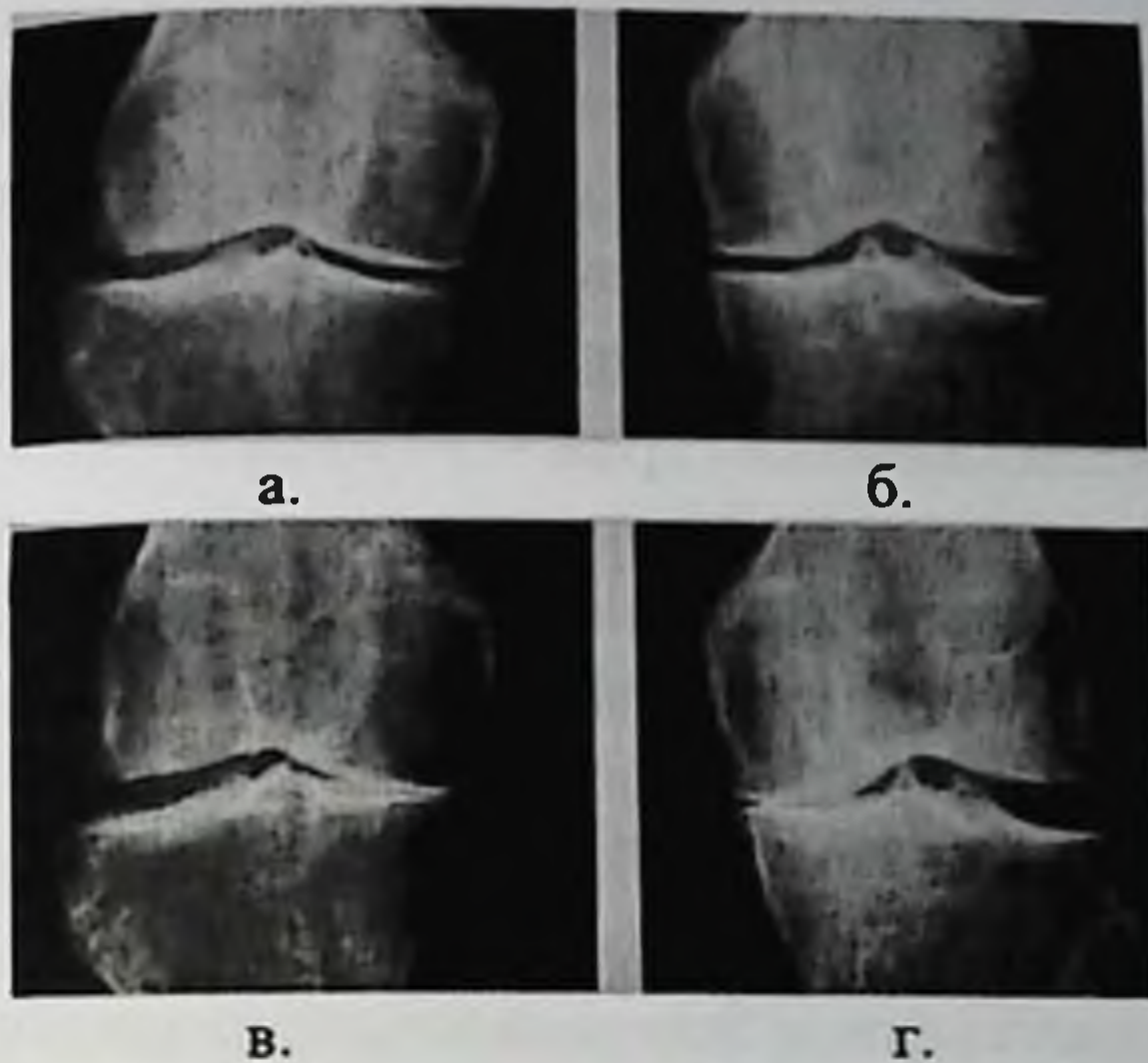
5. Субхондрал киста(ҳосила)лар: бўғим тоғайости қаватида трабекуляр суяк тўқималарининг ҳалқасимон нуқсонлари кузатилади.

6. Бўғим тоғай тўқималарининг нагрузкага учраган зоналарида хондрома тўқималарининг чўкиши пайдо бўлади.

*16-жадвал.*

### Остеоартрознинг рентгенологик босқичлари

Босқичлар	Рентгенологик белгилар
0	Ўзгаришлар кузатилмайди
I	Эҳтимолий рентгенологик белгилар
II	Минимал ўзгаришлар: бўғим ёригининг қисқариши, якка сонли остеофитлар
III	Бўғим ёригининг торайиши, кўплаб остефитлар
IV	Бўғим ёриғи яққол торайиб, субхондрал суяк склерозга учраган, кўпол остеофитлар



**9-расм.** Рентгенограмма. Тизза бўғимининг тўғри йўналишидаги рентген тасвири доимо бемор тик турган ҳолатда бажарилиши керак (а,б). Бемор ётган ҳолатдаги рентген тасвирда тизза бўғим ёригининг баландлиги кўзга сезиларли даражада пасаймаган (в,г). Тик ҳолатда мазкур ўзгаришлар яққол кўзга ташланади, яъни тизза ёриги торайиб қолган (Л.Соломон, 2015.).

### Магнит-резонансли томография

Остеоартрозни ташхислашнинг меъёрий кўрсаткичлари.

Клиник белгилари:

1. Тизза бўғимида оғриқ.
2. Фаол ҳаракатда “шилқиллаш”.
3. Эрталабки бошланғич оғриқ < 30 минут.
4. Ёш >38 ёшдан катта.
5. Кўрикда бўғим ҳажмининг катталашуви.

«Остеоартроз» ташхиси 1, 2, 3, 4 ёки 1, 2, 5 ёки 1, 5 меъёрий кўрсаткичлар кузатилганда қўйилади.

Клиник, рентгенологик ва лаборатор меъёрий кўрсаткичлар:

1. Тизза бўғимида оғриқ.
  2. Остеофитлар.
  3. Синовиял суюқлик, остеоартрозга хос характерли белгилар.
  4. Ёш >40 ёш.
  5. Эрталабки бошланғич оғриқ < 30 минут.
  6. Фаол ҳаракатда «шиқиллаш».
- «Остеоартроз» ташхиси 1, 2 ёки 1, 3, 5, 6 ёки 1, 4, 5, 6 меъёрий кўрсаткичлар кузатилганда қўйилади.

### Даволаш усуллари

Остеоартрозни даволаш уч қисмдан иборат:

1. Касалланган бўғимга босимни камайтириш.
2. Синовит ва оғриқни бартараф этиш.
3. Касалликнинг жадаллашувини бартараф этиш.

Европа антиревматик Лига жамиятининг кўрсатмаларига биноан остеоартрозда дори-дармонлар ва дори-дармонларсиз даволаш усуллари уйғунликда қўлланилиши тавсия этилади (Jardan K.M., 2003.).

Дори дармонларсиз даволаш усуллари.

*1. Парҳез билан даволаш.*

Асосий талаблар:

1. Таркибида алмаштириб бўлмайдиган аминокислоталарга бой физиологик меъёрий оқсил моддаларни организмга киришини таъминлаш.
2. Овқат таркибида ҳайвонлар ёғини чеклаш.
3. Енгил ҳазм бўладиган метаболитлар ҳисобига углеводлар (шакар, кандни) ни чеклаш.
4. Ош тузи миқорини камайтириш.
5. Овқат таркибида витаминларни меъёрида бўлишини таъминлаш.
6. Тез-тез (кунига 5–6 марта) ва кам-кам овқатланиш.

7. Овқат ҳазм қилиш йўлларининг шиллик қаватини механик ва химиявий принципларига амал қилиб экстракт моддаларнинг максимал чиқиб кетишини таъминлаш.

Касалликнинг фаол даврида ош тузини чеклаб калий тузларини мева-сабзавот ҳисобига тенглаштириш. Парҳез овқатлар таркибида кальций билан сут пишлоқ бойитилган бўлиши керак.

Рационда аскорбин кислота талаб даражасида бўлиши учун қора смородина, неъматок, ширинқалампир, олма, цитрус мевалар, чой ва гуручли овқатлар бўлиши зарур.

Мол гўшти, балиқ, кўзиқориндан тайёрланган димлама овқатлар, қўй гўшти, балиқ, чўчка ёғлари, димланган колбасалар, консервалар, тузланган маринадалар, кофе, аччиқ чой, спиртли ичимликлар истеъмол қилиш ман этилади. Сутли овқатлар, гречка, мева, сабзават (сабзи) шарбати организмни микроэлементлар билан бойитади.

Бугунги кунда алиментар оч қолиш кенг муҳокамада турибди. Оч қолишнинг оптимал муддати 10–20 кун.

*II. Кинезотерапия ёки ҳаракат билан даволаш.*

Мазкур усул остеоартрозда жисмоний машқлар мушакларни зўриқтиришга, бўшаштиришга ҳамда қисқарувчанлигини ошириб чиниқтиришга қаратилади. Жисмоний машқлар бўғимда ҳаракат амплитудасини кўпайишини стимуллайди.

Тикланиш даврида жисмоний машқларни аста-секин кўпайтириб маълум вақтларда шуғулланиш организмнинг резерв имкониятларини фаоллаштиради, гипокинезияни бартараф этади.

Массаж (уқалаш) бойлам ва мушакларнинг эластиклигини оширади. Синовиял чўкмаларни бартараф этади. Бўғим ва атроф тўқималарда қон айланишини яхшилайди.

Сауна (фин ҳаммоми) куруқ (нисбий намлик 5–30%) юқори ҳароратли ҳаводан бўлиб, сўнг совуқ сувда чўмилиш организмда терморегуляцион жараёнларни стимуллаб организмни бошқа муҳит шароитига мослаштиришда муҳим аҳамиятга эга.

Бир курсда ҳафтасига бир мартадан уч ой давомида қабул қилиш тавсия этилади. Натижада организмда гипофиз томонидан адренотроп ва соматотроп гормонлар ишлаб чиқариш яхшиланади.

### Физиотерапия

1. Электр токи: гальванизация, электрофорез, импульсли электротерапия, дидинамометрия қисқа импульсли электрональгезия, электростимуляция, амплипульс, юқори кучланишли ва частотали электр токи билан даволашда дарсонваллизация.

Электр ва магнит майдони биргаликда.

Электрмайдони, магнит майдони, электромагнит майдони, индуктотермия.

Фототерапия: инфрақизил нурлар, лазер нурлари, ультраби-нафша нурлар қўлланилади.

Термотерапия – иссиқ муолажалар (парафин, озокрит) билан даволаш сўрувчи, яллиғланишга қарши, оғриқсизлантирувчи афзалликларга эга.

Псаммотерапия – (грекчадан psammo – тупроқ) қиздирилган кум умумий ва маҳаллий усулда қўлланилади. Денгиз, дарё ва кўл қирғоқларида қуёшдан қизиган кумларда ванналар қабул қилиш мумкин (+60°C да, давомийлиги 1–1,5 соат).

Электростимуляция (гальваник, дидинамик) контактли электродлар ёрдамида қўлланилганда электр токи, қон ва лимфа томирлари орқали тўқималараро манфий ва мусбат таъсир кўрсатади.

Электр токи таъсирида периферик рецепторлар сезувчанлигининг камайиб нерв шохларида оғриқ импульсини камалга учраши кузатилади. Бош мия тўқималарида оғриқни қабул қилишни ўзгартирувчи нейромедиаторларнинг ҳосил бўлиши оғриқсизлантирувчи, трофик жараёнларни стимуловчи ва бўғимда қон айланишини яхшилашга самарали таъсир кўрсатади. Магнит майдони электростимуляция билан биргаликда қўлланилганда тўқималарда иссиқлик ҳосил бўлишини стимуллади. Мазкур

ҳолат қон айланиш жараёнини яхшилаб репаратив регенераци-  
яни, гормонал, иммунологик жараёнларни стимуллаб бўғимда  
дегенератив жараёнларни секинлаштиради.

### Дори-дармонлар билан даволаш

I. Тезда таъсир этувчи симптоматик препаратлар.

1. Оғриксизлантирувчи (парацетамол) остеоартрозда оғрик-  
ни бартараф этиш учун суткасига энг кўп дозаси 4,0 г.

2. Яллиғланишга қарши ностероид препаратлар Артро Фоон  
таблеткада (0,003 г) оғриксизлантирувчи ва яллиғланишга қар-  
ши восита сифатида қўлланилиши уйқудан олдин ва уйқудан  
кейин, 2 мартадан 6 ойгача қабул қилиш мумкин.

### 17-жадвал.

### Яллиғланишга қарши ностероид препаратларнинг химия- вий таркибига кўра классификацияси

А. Кислотали бирикмалар			
Акрилкарбон кислота бирикмалари			
Салицилат кислота бирикмалари (салицилатлар)		Антранил кислота бирикмалари (фаноматлари)	
Ацетисалицилат кислота, бенори- лат, дерлунисал, салицилат натрий, трисалицилат		Меклофенам, мефенамин, талфе- нам, флуфеном кислоталар	
Арилалканли кислоталар			
Арилуксус кислота бирикмалари	Гетероарилук- сус кислота бирикмалар	Индолуксус кислота бирик- малари	Арилпропион кислота бирикмалари
Аклофенак, Дикло- фенак, Фенклофенак, Фентиазак	Зомепирак, Кеторолак, Клоперак, Толметин, Триметамин	Ацетметацин, Индометацион, Сулиндак, Этодалак	Ибупрофен, Кетопрофен, Напроксен, Пирпрофен, Флорбипрофен



Эномикли кислоталар	
Пиразолон бирикмалари	Оксикамлар
Азопропазон, оксифентбутазон, фенил бутазон, фопразон	Изоксикам, мелокалкам, пироксикам, судокалкам
Кислотасиз бирикмалар	
Вуфексамак, набуметан, проквазон, тиарид, тиноридин, флурпроквазон, флуфизон, эпирезоп.	

18-жадвал.

### Яллиғланишга қарши ностероид препапатлар характеристикаси

Препарат	Фармакологик таъсири (мин.да)		Дозасини микдори (мг/сутк)	Оғрик-сизлан-тириш самарадорлиги (%)	Бошқа препапатлар билан мос келмаслиги
	Таъсир этиш бошла-ниши	Ажра-либ чиқиш даври			
1. Диклофенак	30	60–120	75–150	80–85	3,5,7
2.Ибупрофен	30	72–126	1200–2000	60–70	2,4,6,7
3.Кетарофен	-	-	100–200	75–60	2,5,6
4.Лорноксикам	-	180–300	8-16	80–85	2–7
5.Мелоксикам	30–45	1200	7,5–15	80–85	1–7
6.Напроксен	-	-	500–750	70–80	1–7
7.Нимесулид	-	-	100–200	80–85	3,5
8.Целекокай	120–180	172	100–200	80–85	2

Изоҳ: 1-антидепрессантлар; 2-билвосита антикоагулянтлар; 3-адреноблокаторлар; 4-гипогликемик препаратлар; 5-гипотензив препаратлар; 6-диуретиклар; 7-юрак гликозидлари.

## УМУРТҚАЛАР ОСТЕОХОНДРОЗИ

Таянч ҳаракат аъзоларининг дегенратив-дистрофик касалликлари ичида умуртқалар остеохондрози биринчи ўринда туради. Умуртқалараро дискларда ривожланган дегенератив ўзгаришлар пульпоз ядродан бошланиб, дискнинг барча элементларига ундан бутун сегментга (умуртқалар танасига, умуртқалараро бўғимларга, бойлам аппаратига) тарқалади. Ривожланадиган иккиламчи радикулит, статик, церебрал ва вегетатив синдромлар беморни меҳнатга яроқсиз қилиб қўяди. Касаллик меҳнатга яроқли 30–40 ёшдаги аҳоли ўртасида кўпроқ кузатилади.

### Этиологияси ва патогенези

Касаллик полиэтиологик характерда бўлиб (85 % гача) ирсий омиллар ва асосан муҳит: статик-динамик, аутоиммун, контомир ва моддалар алмашинуви бузилишининг таъсири натижасида ривожланади. Касалликнинг ривожланишида ижтимоий ҳаёт таъсири муҳим аҳамиятга эга. Охири 25–30 йилликда жисмоний зўриқишлар улуши 10 марта камайиб руҳий эмацонал фаоллик шунча даражада кўпайди.

Мушаклар нагрузкасидаги нуқсонлар, жисмоний меҳнат жараёнини камайтириб ўрнига тананинг бўйин-бел қисмларини табиат инъом этган статик барқарорлигидан ортикча фойдаланиш умуртқа мушакларининг чиникишини камайтириб рессор функциясини заифлаштириб қўяди. Натижада умуртқалар диски ва бойламларига гавда ўқи бўйлаб босим кучайиб дегенератив-дистрофик жараёнларнинг ривожланишига сабаб бўлади.

Остеохондроз патогенезига бағишланган илмий тадқиқотлар хулосасига кўра диск дегенерациясида лизосом гидролизи механизми билан бир вақтда организмда оксидланиш-тикланиш

жараёнлари ва иммунологик силжиш кузатилади. Натижада дискнинг тузилиши ва биомеханик хусусияти бузилиб организмнинг парчаланиш маҳсулотларига нисбатан аутоенсибилизацияси кучайиб дискдаги дегенератив жараёнларни жадаллаштиради. Некробиотик ўзгаришлар пролифератив жараёнлар билан алмашиб, атроф тўқималарни ҳам камраб олади. Шу тариқа остеохондрознинг типик манзараси шаклланади. Ишлаб чиқаришда ва жисмоний нагрузканинг дегенератив-дистрофик жараёнларга таъсирининг этиопатогенетик таъсирига бағишланган баъзи тадқиқотлар мазкур назарияни рад этади. Баъзи муаллифлар (Жумаев Н.М.) таъкидлашича, йил давомида доимий жисмоний нагрузкалар таянч-ҳаракат аъзоларининг қаршини секинлаштиради, гипокинезияни эса тезлаштиради.

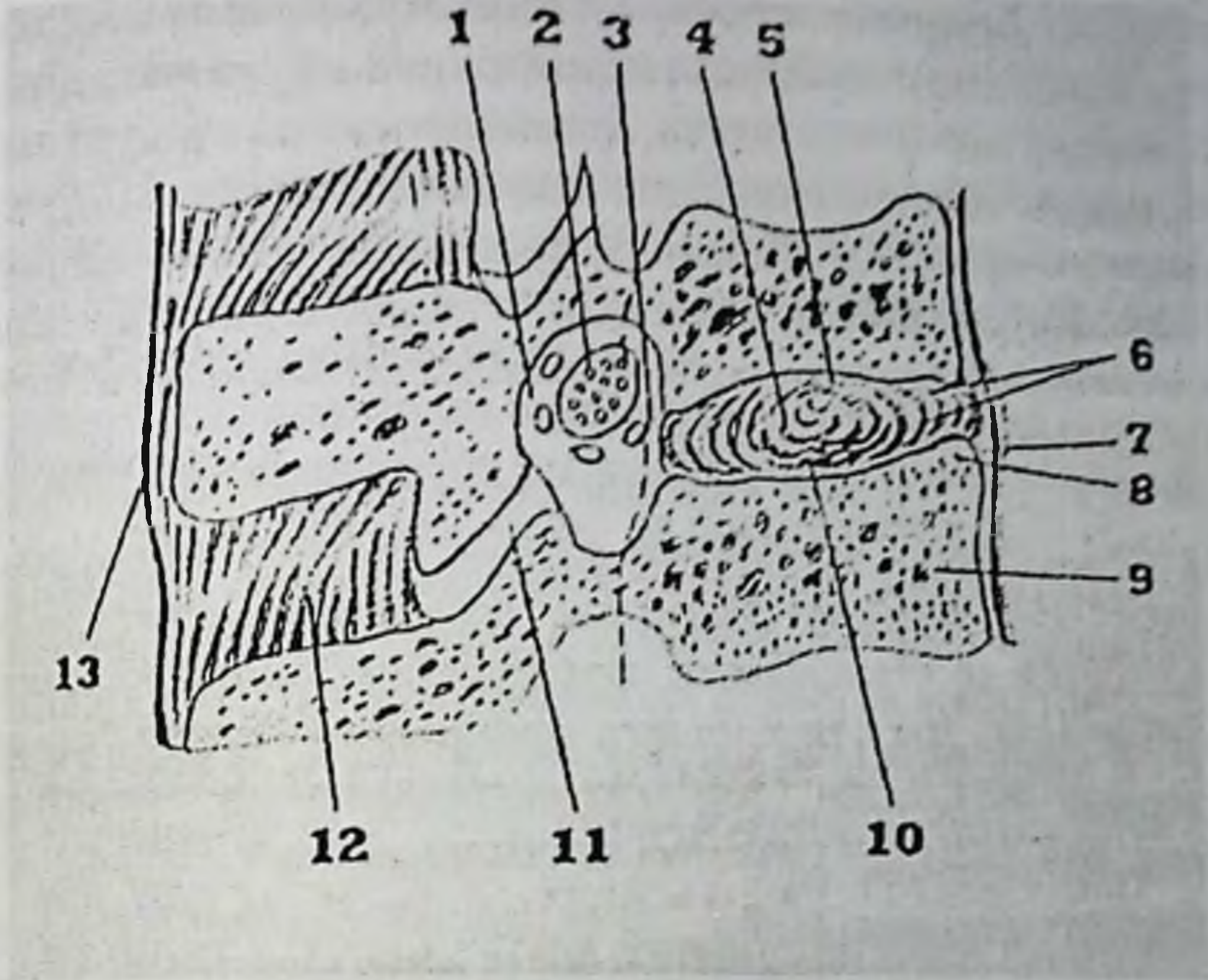
Инсоннинг доимий жисмоний меҳнат фаолияти (турмушда, спортда) остеохондрознинг ривожланишига сабаб бўлолмайди. Лекин организмда мавжуд бўлган спондилодисплазия, кўшувчи тўқималарнинг туғма етишмовчилиги (ирсий мойиллик) касалликнинг ривожланишига мойиллик кўрсатади.

Шунингдек, касалликнинг ривожланишига семизлик, гавданинг меҳнат жараёнида бир хил мажбурий ҳолати, статик-динамик бузилишлар, яъни босим таъсир кучининг умуртқалараро дискка тенгсиз тақсимланиши, умуртқалардаги туғма нуқсонлар касаллик ривожланишига сабаб бўлади.

Касалликнинг этиопатогенетик моҳиятини тушунтирувчи инволюцион назария мавжуд. Мазкур назарияга кўра ҳаёт давомида узлуксиз босимнинг жароҳатловчи таъсири умуртқалараро дискнинг эрта емирилишига сабаб бўлади.

Остеохондрознинг ривожланиши патогенетик жиҳатдан умуртқалараро дискнинг морфологик хусусиятига ҳам боғлиқ.

Умуртқалараро диск умуртқаларни боғлаб уларнинг ҳаракатчанлигини таъминлайди ва узлуксиз босимдан ҳимоя қилади. Умуртқалараро диск иккита желатинли пластинка, желатинозли ядро ва фиброзли ҳалқадан иборат.



**10-расм.** Шморл ва Юнгханс бўйича умуртқа погонасининг сегменти:  
 1-умуртқалараро тешик. 2-орқа мия нерви. 3-орқа кўндаланг  
 боғлам. 4-желатинозли ўзак. 5-гиалинли пластинка. 6-фиброз ҳалқа  
 толаси. 7-кўндаланг боғлам. 8-лимбус. 9-умуртқа танаси. 10-ёпқич  
 пластинка. 11-умуртқалараро бўғим. 12-ўтқир қирралараро бойлам.  
 13-ўтқир қирра усти бойлами (Краснов А.Ф., 1998.).

Желатинозли ядро хорда қолдиғи бўлиб оралиқ модда бўлган хондрин, тоғайсимон ҳужайралар ва коллаген толаларидан иборат бўлиб, ядро халтасини ҳосил қилади. Унинг марказида синовиал суюқликка ўхшаш суюқлик бўлади.

Фиброз ҳалқаси зич қўшувчи тўқималар тутамидан иборат. Унинг периферик тутамлари умуртқанинг чекка суяк қавати-га киради. Марказий тутам желатиноз ядро халтасига киради. Бўғим ўсиқлари умуртқалараро тешикни чегаралаб ундан нерв шохлари ўтади. Диск гиалин пластинка орқали диффузли

озиқланади. Дискнинг статик функцияси амортизация билан боғлиқ. Диск умуртқалар силлиқлигини ва ҳаракатчанлигини таъминлайди. Диск эластиклик кучининг манбаи пульпоз ядро ҳисобланади. Динамикада диск шарсимон бирлашма бўлиб атрофида умуртқа ҳаракатланади. Букилганда желатинли ядро орқа томонга силжийди, ёзилганда – олдинга, ёнбошга эгилганда – кабарик томонга силжиб ҳаракат мувозанатини мувофиқлаштириб туради.

Остеохондроз пульпоз ядронинг дегенерацияси билан бошланиб сувсизланиб аста-секин ҳажми камайиб кейинчалик йўқолиши ҳам мумкин. Натижада дегенерация ривожланиб фиброз ҳалқа мустаҳкамлиги камайиб бир томонга силжиб сиқилиб қолади. Диск баландлиги камайиб умуртқалар бир-бирига яқинлашиб қолади. Оқибатда умуртқаларнинг умумий ҳаракатчанлиги, айниқса ёзилиши чекланиб қолади.

### **Клиник манзараси ва ташхислаш**

Шмарль остеохондрозининг клиник манзарасида касалликнинг иккита босқичи фарқ қилади:

I – босқич – хондроз (касаллик жараёни дискда кечади).

II – босқич – остеохондроз, умуртқалар танасининг ўзгариши билан характерланади.

Биринчи босқичда касаллик клиник аломатларсиз кечади. Чунки умуртқалараро дискларда нерв охирлари бўлмайди. Шунинг учун касаллик белгилари нерв охирларига бой бўлган бойламлар, илдизлар, орқа мия нервлари иккаламчи ўзгаришларга учраганда кузатилади. Клиник аломатлар касалланган дискнинг силжиши натижасида намоён бўлади. Диск умуртқа каналининг орқа деворидан бўртиб чиқса, деформация олд томонга кузатилади. Диск орқа ёнбош томонга бўртиб чиқса босим шунга тегишли илдизга тушади. Умуртқалараро дисклар остеохондрози кўпроқ юклама – босим тушадиган соҳаларда ривожланади.

**Бўйин остеохондрози.** Кўп ҳолларда лордоз юкорисидан  $C_{6-5}$  умуртқалар дисклари касалланади. Касаллик асосан меҳнат фаолияти бошнинг бир турдаги узлуксиз ҳаракати билан боғлиқ касб эгаларида (операторлар, бухгалтерлар, токар, слесар, ҳайдовчи, хирург, компьютерчи) кўпроқ кузатилади.

Касаллик клиникасида илдизли, спинал (орқа мия) ва вегетодистрофик синдромлар кузатилади.

Илдизли аломатлардан бири оғриқ бўлиб, суякли ўсиқлар томонидан ёнбош илдизлар сиқилиб қолиши натижасида кузатилади. Оғриқ пастга елка, биллак ва бармоқларга берилиши мумкин. Баъзан оғриқ парастезия карахтлик кўринишида, қўлда «чумоли юргандек ҳиссиёт» кузатилади, парез кузатилмайди. Спинал аломатлар остеохондрозда дискоген миопатия кўринишида кузатилади. Мазкур аломатлар дискнинг орқага бўртиб чиқишида, суякли ўсиқлар пайдо бўлганда, эпидуритда веноз ва орқа мияда димланиш натижасида кузатилади. Шунингдек спинал аломатлар орқа мияда қон айланишининг бузилишида (ишемик миелопатияда), остеофитларнинг орқа мияни ва артериясини олд томондан босиб қолганда кузатилади.

Дискоген миопатиянинг аломатлари – оёқларда ҳаракат функциясининг спастик парезлари туфайли бузилади. Беморлар оёқларида карахтлик ва оғриққа шикоят қиладилар. Аста-секин заифлик ва атрофия қўл мушакларида ҳам кузатилади. Касаллик оғирлашганда чанок аъзоларининг фаолияти ҳам бузилади.

Вегетатив дистрофик синдромда: оғриқ, оғриқнинг ўзига хос нуқталари, қўл бўғимларида ҳаракатнинг чекланиши, рефлекслар бузилиши, иккиламчи ҳаракат, сезувчанлик ва трофик бузилишлар кузатилади.

Цервикаль дискалгия – бўйин остеохондрозидида 80% беморларда кузатилади. Оғриқ бўйин соҳасида доимий бўлиб ҳаракатда, акса урганда, йўталганда хуружи тутиб кучайиши билан характерланади. Кўп ҳолларда «қирсиллаш» ҳам кузатилади. Касаллик дегенерацияга учраган дискнинг бойлам аппаратининг рецепторларига таъсир этиши натижасида кузатилади.

Касаллик елка курак периартритида умуртка артерияси синдроми кўринишида ҳам клиник намоён бўлиши мумкин. Мазкур ҳолат бўғим ўсиқлари – экзостозининг нерв тутамларини сиқиб қўйиши натижасида ҳам оғриқ кузатилади.

**Кўкрак остеохондрози.** Дегенератив жараён кўпроқ кўкракнинг ўрта қисмидан умуртқаларда кузатилади. Касаллик кўпроқ юкчиларда, иш вақтида ноқулай ҳолатда иш юритувчиларда, ўтириб иш бажарадиган касб эгаларида кузатилади.

Клиник манзарасида кўпроқ оғриқ бўлиб, икки курак оралиғида кузатилади. Жисмоний юкламада, узоқ муддатли мажбурий ҳолатда, ўткир қиррали ўсиқлар устидан пайпаслаб кўрилганда оғриқ кузатилади. Умуртқаларнинг кўкрак қисмида ҳаракат чекланиб физиологик кифоз кучайиб бемор ҳаракатида қомати ўзгариб қолади. Дискларда торакал миелопатия ривожланади. Оғриқ баъзан қовурғалараро характерда бўлиши ёки абдоминал невралгия манзарасини бериши мумкин. Оёқ мусакларда бир ёки икки томонлама атрофия, парез кўринишида оёқларда ҳаракат фаолиятининг бузилиши кузатилади. Вицерал характердаги аломатлардан юрак, қорин, қовурғалар остида оғриқ кузатилиб нотўғри ташхис қўйишга сабаб бўлади.

**Бел умуртқалари остеохондрози.** Умуртқалар бел қисми остеохондрози энг кўп кузатиладиган касалликлардан ҳисобланади.

Беморларнинг аксарият қисмида  $L_{4-5}$  ва  $L_{3-4}$  дисклар деформацияси кузатилади. Мазкур умуртқаларнинг касалланиши аксарият ҳолатларда гавданинг нагрузка билан буралиши, эгилиши ва оғир юк кўтариш билан характерланади. Бел умуртқалар остеохондрози оғир юк кўтарувчиларда, бетончи, ғишт терувчи, ҳайдовчи, слесар, юкчи ва штанга кўтарувчиларда кўпроқ кузатилади. Умуртқаларнинг узлуксиз ноқулай ҳолатдаги ҳаракати дегенератив жараён ривожланишига сабаб бўлади. Беморларнинг асосий шикояти бел соҳасида оғриқ бўлиб оёққа бериши билан характерланади. Оғриқ ўткир, кучли бўлмаса-да,

доимий бўлиб жисмоний меҳнат жараёнида кучаяди. Ноқулай ва қалтис ҳаракатда хуружли оғриқ ва уни оёққа берилиши диск чурраси ҳамда орқа мия нерв илдизларида ривожланаётган ўзгаришлар натижасида кузатилади. Даволашдан кейинги даврда оғриқнинг йўқолиши (ремиссия) веноз димланишининг барта-раф этилиши ва веноз оқимининг мўътадиллашуви билан характерланади.

Сезувчанликнинг бузилиши оғриқ ва тактик сезувчанликнинг бузилиши билан характерланади. Сезувчанликнинг бузилиши думба соҳасида соннинг ташқи юзасида ва болдирда парастезия (чумоли юришини ҳис қилиш) кўринишида намоён бўлади.

Беморларда оғриқ кузатилган даврда мушаклар таранглашиб тортилиш аломати мусбат бўлади. Диск орқа томондан бўртиб чиққанда Лассега аломати доимий бўлади.



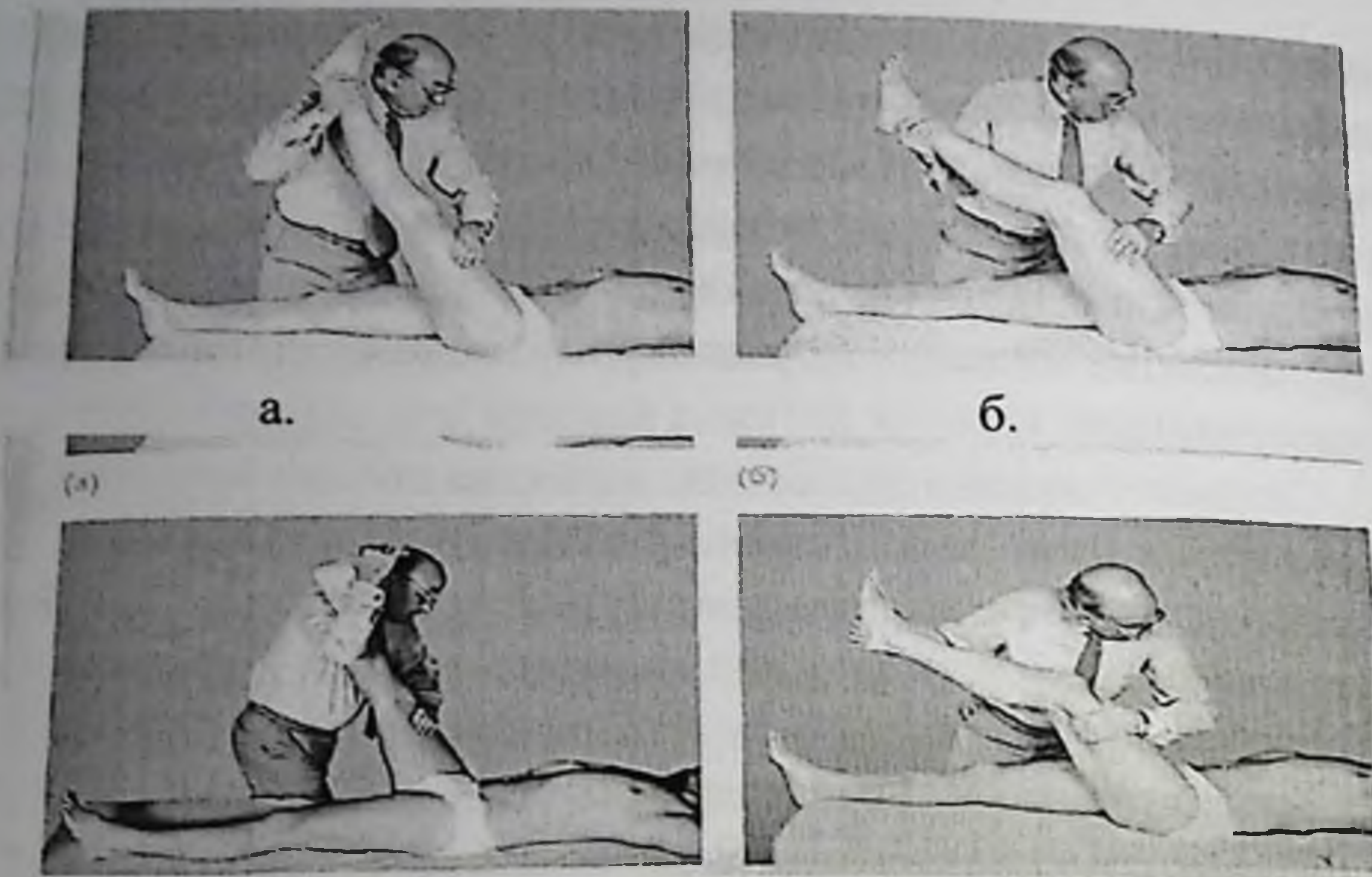
а.

б.

в.

**11-расм.** Беморни қорни билан ётган ҳолатда текширишда юзига эътибор бериш лозим: а) оғриқли ҳиссиёт борлигини аниқлаш мумкин; б) сон нервини таранглашув аломатини аниқлаш. Мазкур аломат нерв шохларида сезувчанликнинг ошганлигини бидиради. Баҳолаш бемор елкаси билан ётқизилган ҳолатда бемор оёғи чаноқ-сон бўғимидан ортиқча ёзиб ёки тизза бўғимидан болдирни тезлик билан букиб аниқланади. Бунда беморнинг оғриқни ҳис қилиш ҳолати иккинчи оёгининг ҳолати билан солиштириб баҳоланади; в) қорин билан ётқизилган ҳолатда бемор оёғини тиззадан енгиб букиб тизза ости артериясида пульс ҳолатини осонлик билан баҳолаш мумкин (Л.Соломон, 2015.).





а.

б.

в.

г.

**12-расм.** Куймич нервини таранглашув аломатлари: а) тўғри ёзилган ҳолатдаги оёқни кўтариш синамаси. Текширувчи бемор оёгини аста-секин тиззадан букмасдан юқорига кўтаради (ёки бемор ўзи мустақил шу ҳолатда кўтаради). Мазкур жараёнда думба соҳасида таранглашув ҳолати ҳис қилинади. Нормада мазкур ҳолат оёқ 80-90° кўтарилганда кузатилади; б) оғриқ аломати кузатилган нуқтада оёқ панжа орқага букилади. Натижада куймич нерви янада таранглашиб янада кучлироқ оғриқ пайдо бўлишига сабаб бўлади; в) «тетиви аломати» куймич нервини таранглашганлигини тасдиқлайди. Бемор оғриқ аломатини ҳис қилган нуқтадан болдир тиззадан букилиб таранглашув ҳолати бўшаштирилади. Бунда оғриқ аломати йўқолиши керак. Шундан сўнг тизза бўғими остидан ташқи пайлар қаттиқ сиқилади. Мазкур ҳолат умумий кичик болдир нервини таранглашувига ва оғриқнинг кучайишига сабаб бўлади (Л.Соломон, 2015.).

Шунингдек, бош букилганда лумбоишиалгик оғриқ кучайиши (Нери аломати), қорин билан ётиб оёқни тиззадан ёзганда оғриқнинг кучайиши (Мацкевич аломати) кузатилади. L<sub>5</sub> илдиз

сиқилиши оёқ панжасининг катта бармоғини ёзувчи узун пайи заифлашганда кузатилса, уч бошли мушак заифлашуви  $L_1$  ил-диз сиқилганда кузатилади. Бел умуртқалари остеохондрозда вегетатив бузилишлар: оғриқ таъсирида томирларнинг рефлектор спазми кузатилади. Шунингдек кўкариш, тер ажралишининг бузилиши, терининг қуруқ бўлиши, мушак ва томирлар спазми кузатилади. Дисклардаги дегенератив-дистрофик ўзгаришлар бел лордозининг кучайиши, рефлектор оғриқ туфайли сколиотик-статик бузилишларга сабаб бўлади.

Касаллик сурункали характерда кечганда бемор гавдаси «ан-тальгик ҳолат»да, яъни мажбурий равишда олдинга ва ёнбошга энгашган ҳолатда юради. Беморлар ҳассага таяниб юрадилар, ўтирганда соғлом думбага таяниб ўтирадилар. Стулда икки қўлларини стул чеккасига қўйиб таяниб умуртқани гавда вазни босимидан сақлаб ўтирадилар. Бел умуртқаларининг компенсаторли зўриқиб ишлаши вақти келиб атрофияга учраб дискнинг дегенерацияси авж олиб умуртқанинг силжишига – спондилолистезга сабаб бўлади.

### Рентгенологик текширувлар

Касалликнинг биринчи (хондроз) босқичида – диск баландлиги пасаяди. Нормада букилганда диск баландлиги орқа томондан кўпаяди, остеохондрозда диск баландлиги ўзгармайди. Дискдаги патологик ўзгаришлар рентген тасвирда кўринмайди. Касалликнинг типик манзараси иккинчи (остеохондроз) босқичда намоён бўлади. Рентген тасвирда умуртқа танасининг баландлигининг ўзгариши билан ёнбош проекцияда Шморл чуррасининг тугунлари ва суякли ўсиқлар кўринади. Мазкур суякли ўсиқлар умуртқа танасининг юзасини кенгайтиради, суяк тўқималарининг жароҳатланиш улушини камайтиради. Остеохондрознинг ривожланиши билан гиалинли пластинка емирилиб бутунлиги бузилади. Натижада ёпқич пластинка юзаси нотекис ва ғадир-будурлашиб қолади. Рентген тасвирда

умуртқаларнинг статик бузилиши: физиологик эгилманинг бузилиб сколиотик қийшайиши кузатилади.

Умуртқаларнинг букилган ва ёзилган ҳолатдаги функционал рентген тасвирида нормада умуртқа танасининг силжиши 1–2 мм бўлса, остеохондрозда 5 мм.гача ёки кўпроқ силжийди.



а.

б.

**13-расм.** Бел умуртқалари рентген тасвири. (а,б) L1 ва L2 умуртқалар танасида ва ёйсимон ўсимталарида эрозив ўзгаришлар ўсиб келаётган нейрофиброма борлигидан дарак беради.

Умуртқаларнинг дегенератив касалланганлигини аниқ баҳолашда аксиал йуналишда компьютер текширув асосий тапхислаш усул ҳисобланади.

КТ – умуртқалар танасининг ҳолатини, бўғим ёй-ўсиқларини, умуртқа каналининг размерини, касалланган зона чегарасини, умуртқалараро диск чуррасининг ўчоғи ва размерини аниқ баҳолаш имкониятини беради.

МРТ текширув ҳам умуртқаларнинг касалликларини аниқлашда қуйидаги афзалликларга эга:

ҳар қандай текисликда катта давомийликдаги объектни текшириш имкониятини беради;

умуртқа каналини ва юмшоқ тўқималардаги ҳосилаларни катта аниқликда баҳолаб беради;  
ионли нурланиш бўлмаганлиги туфайли текшириш хавфсизлигини таъминлайди.



а.

б.

в.

**14-расм. МРТ ва дискография.** а) T2 режимда сагитал МР- нусхалаш: L4/5 ва L5/S1 дисклар протрузияси; б) аксиал МР-нусхалашда диск чурраси умуртқа каналининг деформацияланиши ва чап томондан орқа мия қобизининг сиқиб туриши тасвирланган; в) дискография: юқоридаги умуртқада мўтадил манзара ва остида дискнинг дегенерацияси ҳамда протрузияси.

МРТ умуртқа сегментида дегенератив жараён даражасини, умуртқалараро диск ва сагитал текисликда аниқлаш, чурра ва орқа мия илдизларининг ўзаро жойлашувини аниқлаб беради.

**Даволаш усуллари.** Остеохондрозни консерватив даволаш усуллари. Даволаш муолажалари умуртқа поғонасига вақтинчалик босимни бартараф этиш, касалланган сегмент трофикасини яхшилаш, оғриқсизлантиришдан иборат.

Маҳаллий даволашда умуртқаларни махсус тортмага кўйиш, даволаш гимнастик машқлари, физиотерапия ва санатория шароитида даволаш усуллари қўлланилади.

Махсус тортмалар касалланган сегментда босимни барта-раф этади, умуртқалар оралиғидаги масофа кўпайтирилиб енгиллик берилганда дисклар ичида босим камаяди. Мушаклар контрактураси камаяди. Умуртқалараро тешикнинг вертикал диаметри кўпайиб илдизларнинг сиқилиши йўқолиб шиш камаяди. Умуртқалараро бўғимларда ярим чиқиш тикланади.

Бўйин умуртқалари остеохондрозиди қисқа муддатли жадал усулда тортма қўлланилади. Тортма 2 кг юк билан 3 минут давомида қўлланилиб кунига 1 кг юк кўшиб 10 кг.га етказилади. Бир вақтда тортма қўллаш вақтини кунига 2 минутдан ошириб 10 минутга етказилади. 9-кундан юк ва вақт тескари равишда камайтирилиб борилади. Тортмани беморни қаттиқ тўшакда ётқизиш бош томони кўтарилган ҳолатда Глиссон сиртмоғидан фойдаланиш мумкин.

Даволаш гимнастик машқлари ва массаж оғриқ барта-раф этилгач барча беморларга тавсия этилади. Мақсад заифлашган ва зўриққан мушаклар тонусини мўътадиллаштириш, касалланган сегментларда қон ва лимфа айланишини яхшилашдан иборат. Гимнастик машқлар бемор ҳолатини ва умумий ҳолатини яхшилайдди.

Физиотерапевтик муолажалардан иссиқ (парафин, озокерит, балчик) муолажалар, новакаин эритмаси билан электрофорез, диадинамик тоқлар, ультрабинафша нурлар, солюкс, лазер ва магнит майдони кенг қўлланилади.

Мазкур муолажалар таъсирида ферментатив функция яхшиланиб, моддалар алмашинуви жараёни яхшиланади, яллиғланиш ҳолати ва оғриқ аломати камаяди.

Кучли оғриқларда новокаишли блокада: 15–20 мл 1–2 фоизли новокаин эритмаси умуртқалараро оғриқ зонасига – ёй ва кўндаланг ўсиқлар соҳасига киритилади. Натижада оғриқ барта-раф этилиб капиллярлар девори сўрувчанлиги яхшиланиб маҳаллий қон айланиши яхшиланади. Шиш йўқолиб умуртқалар ҳаракатчанлиги яхшиланади.

Блокада мақсадида аралашма: анальгин, вольтарен, В гуруҳ витаминлари қўлланилади. У.Ш.Муратов остеохондрозни даволашда умуртқалараро диск соҳасига папаин киритиб даволашни самарали ҳисоблайди.

Папаин – экзолитик препарат бўлиб пульпоз ядро ва чурра соҳаси дегенератив ўзгарган тўқималарнинг сўрилишини таъминлайди. Фермент киритилгач репаратив жараёнлар 1–1,5 йил давом этиб пульпоз ядро ўрнига гиалинли тоғай ва қўшувчи тўқималардан иборат чандиқ ҳосил бўлиши билан тугайди. Бугунги кунда остеохондрозни даволашда мануал муолажалар қўллаш оммавийлашмоқда. Мазкур усул билан фақат махсус курсни тамомлаган ортопед-травматологлар шуғулланишлари лозим.

Мануал даволашга кўрсатмалар: умуртқаларда дегенератив дистрофик ўзгаришлар ва функционал қамал билан кузатилганда, умуртқалараро ярим чиқишларда, дискальгияда, нейро-рефлектор мушаклар контрактурасида, парастезия “безовта-ланган оёқ” синдромида қўлланилади. Мануал муолажа фақат патобиомеханик бузилишларни ва улар билан боғлиқ оғриқ аломатини бартараф этади. Лекин дегенератив-дистрофик жараёнга таъсир этмайди. Маҳаллий даволаш самарадорлигини ошириш учун дори-дармонлар, игна билан даволаш, оксигено баротерапия, ортопедик мосламалар биргаликда қўлланилганда даволаш самарадорлиги ошади.

**Дори-дармонлар билан даволаш.** Оғриқсизлантириш мақсадида ацетилсалицилат кислота, амидопирин бутадиион билан, баральгин, литиндол, бруфен, вольтарен тавсия этилади.

Қон томирларни кенгайтириб тоғай тўқималарининг озикланишини яхшилаш мақсадида: никотин кислота, но-шпа, трентал қўлланилади. Хондроид тўқималарнинг ҳосил бўлиш жараёнини стимуллаш мақсадида: румолон, остеохондрин, вертебран; профостимулляторлар: В гуруҳ витаминлари, алоэ, шишасимонтана (стекловидное тело), транквилизаторлар: элениум, седук-

сен, тозепам, триоксазин,; седатив препаратлар: натрий бромид, валерион, корвалол, пустирник настойкаси тавсия этилади.

Игна билан даволашда игна биологик нуқталарига санчилиши организмда эндоген олий бирикмаларини ажралиб чиқиши ва улар оғриқсизлантирувчи таъсир этиш хусусиятига эга. Шунингдек мушаклар таранглашувини бартараф этади, қон томирларини кенгайтириб организмда моддалар алмашинувини яхшилашга ижобий таъсир кўрсатади.

**Оксигенобаротерапия** – патогенетик даволаш усули бўлиб қонни кислород билан тўйинтириб босим остида умуртқа тўқималарининг озикланишини яхшилайдди. Мушаклар зўриқишини бартараф этиб тоғай ва суяк тўқималарида тикланиш жараёнини стимуллайдди. Оғриқлар камайиб умуртқалар ҳаракатчанлиги яхшиланади. Беморнинг умумий аҳволи яхшиланади.

**Ортопедик даволаш.** Остеохондрозни даволашда корсетлар, бошни тутиб турувчи ёқали мосламалар қўллаш умуртқаларга босим ва оғриқни камайтиради.

Ортопедик мосламалар оғриқли жараёнда вақтинчалик тавсия этилади.

**Санаторияларда даволаниш.** «Нагорный», «Ботаника», «Чимён», «Олтиариқ» санаторияларида мавжуд балчиқ ва минерал сувлар механик, табиий ҳарорат, химиявий ва физик омилларга эга бўлиб организмда периферик рецепторларни кўзғатиб, рефлектор реакция чақириб вегетатив нерв фаолиятини жадаллаштиради. Ўз навбатида модда алмашинуви ва иммун жараёнлар фаоллашиб организмнинг ташқи ва ички муҳит таъсиротларига мослашуви ҳамда чидамлиги ошиб умумий аҳволи яхшиланади.

Охирги йилларда остеохондрозни жарроҳлик усулида даволаш оммавийлашмоқда. Консерватив даволашда 80–85% беморларда ижобий натижа ёки узок муддатли ремиссия кузатилса, қолган беморларга жарроҳлик усулида даволаш зарурати бўлади.

**Жарроҳлик усулида даволашга кўрсатмалар:**

- консерватив даволаш усулларининг узок муддат кўлланилишига қарамасдан самарасизлиги;

узлуксиз оғриқ туфайли меҳнат қобилиятининг бузилиши;

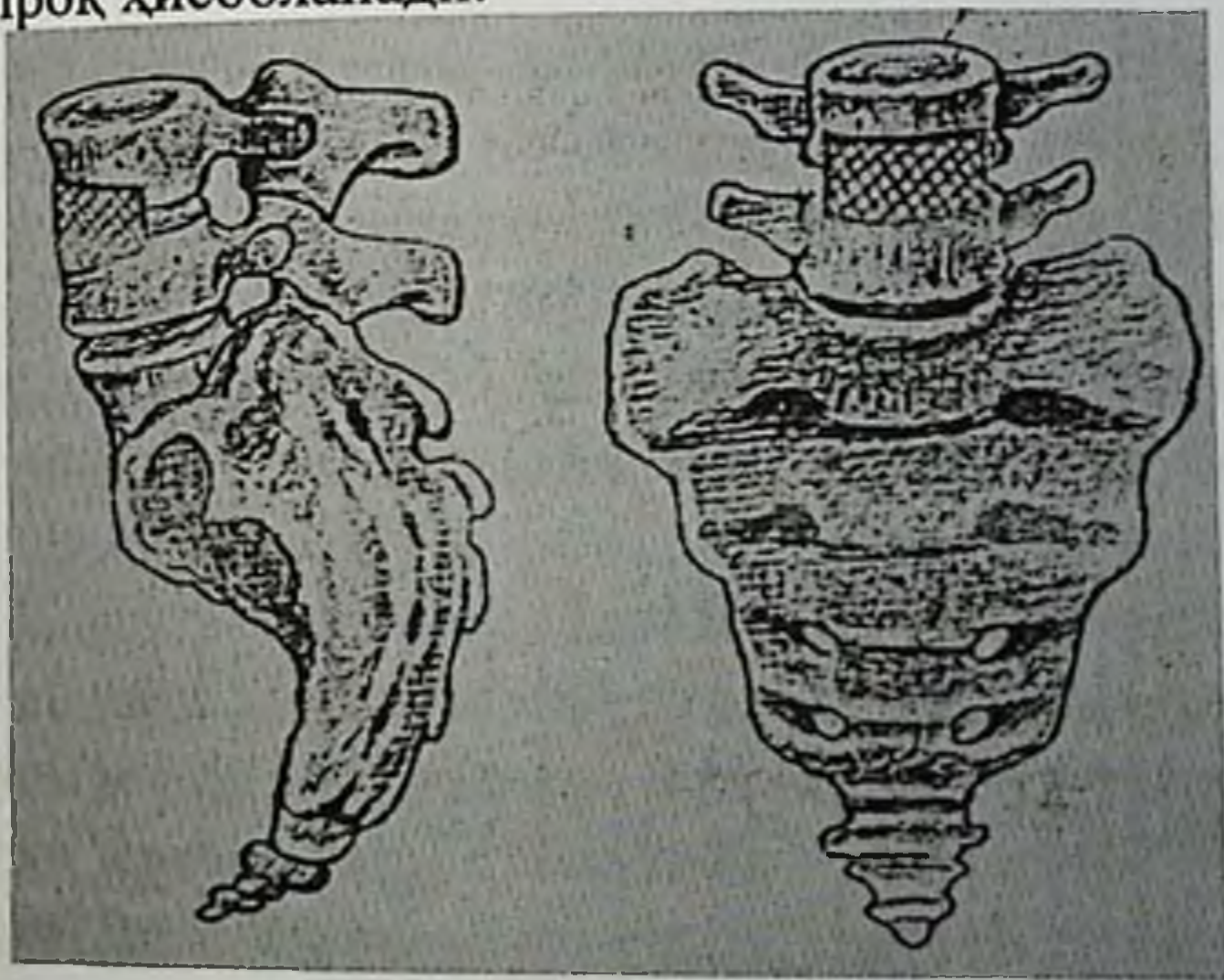
диск чурраси компрессион аломат билан;

турғун цервикал миелопатия;

касалик ўчоғи кузатилган умуртқа ностабиллиги;

спондилолистезлар оғриқ аломати билан.

Жарроҳлик усулида даволашда кўпроқ дегенератив диск олиб ташланиб умуртқа стабиллиштирилади. Умуртқалар дискэктомияси кўлланилади. Бел сегментлари ностабил бўлса ёки спондилолистезда дискэктомия ва Генли-Уитмен (15-расм) бўйича спондилодез кўлланилади. Тўртинчи ( $L_4$ ) бел умуртқа диск чуррасида В.Д.Чаклин усулида спондилодез кўллаш афзалроқ ҳисобланади.



15-расм. В.Д.Чаклин усулида олд спондилодез.

Операция моҳияти: касалланган диск бўғим пластинкалари билан олиниб, нуқсон ўрни суякли трансплантат билан тўлдирилади. Патологик тўқималар бартараф этилиб мустаҳкам



спондилодез шаклантирилиб эҳтимоли бўлган спондилолистезнинг олди олинади. Операциядан сўнг беморлар бир йил давомида меҳнатга лаёқатсиз бўлиб сўнг жисмоний зўриқиш бўлмаган меҳнат тури тавсия этилади.

Касалликнинг бошланғич белгилари кузатилганда ортопедик талабларга риоя этиш зарур:

1. Қаттиқ тўшакда ётиш.
2. Эрталаб ва иш жараёнида гимнастик машқлар бажариш.
3. Бўйин ва бел умуртқалар соҳасини бемор ўзини-ўзи уқалаб туриши самарали ҳисобланади.
4. Қиш фаслида сузиш бассейнларидан фойдаланиш.
5. Иш жараёнини тўғри ташкил этиш, оғир юк кўтармаслик.
6. Совқатишдан эҳтиёт бўлиш тавсия этилади.

## РЕВМАТОИДЛИ АРТРИТ

Ревматоидли артрит (РА) - аутоиммун характердаги сурункали тизимли яллиғланган ревматик касаллик ҳисобланиб, периферик (синовиал) бўғимлар яллиғланиши, тоғайлар емирилиши, суяклар эрозияси ва деформацияси билан характерланади.

«Ревматизм» ибораси биринчи бор Римлик шифокор К.Гален томонидан II асрда қўлланилган бўлиб, грекча rheumatismos – гавда бўйлаб «оқиш, тарқалиш» маъносини англатади.

РА – тарқалиши, йилдан-йилга жадал кўпаяётганлиги, меҳнатга яроқли аҳоли ўртасида нисбатан кўпроқ кузатилаётганлиги сабабли ревматологиянинг марказий муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда.

**Клиник манзараси.** Бўғим синдроми касалликнинг клиник манзарасида асосий ўрин эгаллайди.

Касаллик тўсатдан, ўткир характерда ёки сурункали инфекциянинг хуружи билан, совқотиш, жароҳатланиш ёки асаб бузилишидан сўнг бошланиши мумкин. Шунингдек беморлар касаллигини об-ҳавонинг ноқулай шароити билан ҳам боғлайдилар.

Касалликнинг бошланиши (бир неча ҳафта ёки ой олдин) продромал даврда чарчоқ, озиб кетиш, вақт-вақти билан бўғимларда оғриқ, иштаҳанинг пасайиши, тез терлаш, субфебрил ҳарорат, камқонлик, ЭЧТ кўпайиши, эрталаб бўғимда оғриқ кузатилиб фаол ҳаракатдан сўнг йўқолиши кузатилади.

Эртанчи фазада касалланган симметрик бўғимларда экссудат (суюқлик) пайдо бўлиб пайпасланганда флюктуация кўринишида аниқланиши, бўғим атрофи тўқималарида шиш ва оғриқ ҳамда кафт билан сиққанда оғриқ аломати кузатилиши билан характерланади.

Ревматоидли артритда бўғимларнинг касалланиши ўзига хос хусусиятларга эга. Кафт бўғимлари ягона функционал бирлик бўлиб, аввалига кафт фалангалари ва фалангалараро бўғимлар касалланиб шиш, оғрик, деформация ва ҳаракатнинг чекланиши кузатилади. Бармоқлар проксимал ва дистал фалангалараро бўғимларда яллиғланиш сабабли қийшайди. Кафтни сиқиб муштлаш қийинлашади. Мушаклар қисқариши бойламларнинг таранглашиб яллиғланган синовиал парданинг сиқилишига сабаб бўлади. Оқибатда фалангалараро мушаклар бўшашиб атрофия ривожланади.



а

б

в

**16-расм.** Ревматоидли артрит: а) ревматоидли артритнинг типик зигсагсимон деформацияси: кафтнинг билак томонга девиацияси ва бармоқларнинг тирсак томонга девиацияси; б) мазкур бемор қўлининг рентген тасвири; в) билак ва тирсак суяклари дистал охирида эрозив ўзгаришлар (стрелкалар) (Л.Соломон, 2015.).

Касаллик авж олиши билан бўғимларда турли кўринишдаги ярим чиқишлар кузатилади. Айниқса, тирсак деформацияси характерли бўлиб, бармоқлар тирсак суяк томонга сурилиб кафт-фаланга бўғимларида ярим чиқишга сабаб бўлади ва мушаклар заифлашиб «плавник моржа» шаклини олади.

Кафт-фаланга бўғимларида букувчи контрактура, проксимал фалангаларда ортикча ёзилиш, дистал фалангалараро бўғимларда букилган ҳолат ривожланиб бармоқлар «оккуш бўйинчаси» кўринишида бўлади. Натижада бармоқлар функцияси чекланиб оддий ҳаракатларни бажариш қийинлашиб қолади. Бемор қошиқ ва косасини ушлаб туролмайди, юз-кўлини юва олмайди.

Касалликнинг бошланғич давридан беморларнинг учдан бир қисмида оёқ панжасида патологик ўзгаришлар ривожланади. Касаллик панжанинг II–IV бармоқлар фалангаларида юрганда ва айниқса, панжа учларида юриш оғриқли бўлиб кафт юзаси яссиланиб қолади. Панжа бармоқлари «барабан таёқчаси» кўринишида бўлиб, hallus valgus ривожланиб бармоқ фаланга бўғимларида ярим чиқишлар кузатилади. Кафт суяк бошчалари тери остидан бўртиб чиқиб панжанинг кафт юзасида «кадок» ҳосил қилади.

Панжа пайлари ҳам яллиғланиб оғриқ сабабли беморнинг юриш ҳаракатини чеклаб қўяди.



а

б

в

17-расм. Ревматоидли артрит: (а, б) панжа олд қисмининг деформацияси. Панжа мушаклари ва пайларининг функцияси бузилиши оқибатида кафт-панжа суяклари деформацияга учраган; в) оёқ панжа бўғимларида артрит ва пайлар теносиновити оқибатида ошиқ-болдир бўғимида шиш ва деформация ривожланган (Л. Соломон, 2015.).

Ревматоидли артритда тизза бўғимларида яллиғланиш ривожланиб бўғим пайпасланганда суюқлик борлиги аниқланади. Ҳатто бир ҳафта ичида тўрт бошли мушак атрофияси ривожланиши мумкин. Беморлар бойлам ва пайлар чўзилмаслиги ва оғриқни камайтириш учун тизза бўғимларини енгил букиб юрадилар. Натижада узок муддатли юришлар букувчи контрактура ривожланиб беморлар ҳаракатини чеклаб ногиронликка сабаб бўлади. Тизза бўғими букилганда бўғим ичи босими ошиб, бўғим халтасининг орқа бурмаси бўртиб, тақим остида Бейкер ҳосиласини ҳосил бўлишига сабаб бўлади. Натижада болдирнинг юқори юзаки веналари ҳосила томонидан сиқилиб оёқда шиш, тан ҳароратининг ошиб тромбофлебит ва лейкоцитоз кузатилиши мумкин. Касаллик бўғим аломатлари билан бошланиб, ревматоидли тугунлар, лимфоаденопатия ва ички аъзоларнинг касалланиши ривожланади.



а

б

в

г

**18-расм.** Ревматоидли артрит: а) беморда ўнг тизза бўғимининг типик вальгусли деформацияси, шунингдек оёқ панжаси ва бармоқлар ҳам касалланган; б) рентген тасвирда бўғимда эррозив ўзгаришлар оқибатида деформация ривожланган; в) бемор чап болдир мушаклари соҳасида оғриқ ва шишга шикояти билан мурожат қилган. Артрографик текширувларда тизза бўғим халтасининг орқа девори йиртилганлиги аниқланган (г).

## Ревматоидли артритда бўғим атрофи ва ички аъзоларнинг касалланиши

Касалликнинг бошланғич даврида мушаклар атрофияси ривожланиб жараён оғирлашса атрофия диффуз характерда бўлиши мумкин.

Терида қон айланишининг бузилиши натижасида тирнок пластинкалари остида қон қуйилишлар, юмшоқ тўқималарнинг кичик учоқли некрози ривожланади. Болдирнинг пастки қисмида тери тўқималарининг гиперпигментацияси кузатилади.

Ревматоидли тугунчалар касалликнинг бўғимдан ташқари яққол намоён бўлган типик кўринишларидан ҳисобланади. Тугунчалар қўшувчи тўқималардан иборат бўлган қаттиқ ва юмалоқ шаклдаги диаметри 1,5–2 см.ли ҳосилалардан иборат бўлиб, оғриксиз ҳамда ҳаракатчан бўлади. Тугунчалар кўп ҳолларда ёзувчи мушаклар юзасида тери остида ёки суяк устида жойлашган бўлади. Мазкур тугунчалар кузатилган беморларда қон таркибида ревматоидли омил кўп миқдорда кузатилади.

Лимфоаденопатия – касалликнинг оғир даражасида лимфа тугунларининг катталашуви кўплаб кузатилади.

Ўпка ва плевра касалланишининг бир неча типлари фарқланади. Қуруқ ёки нам плеврит, диффуз интерстициал фиброзли альвеолит, облитерацияланувчи бронхиолит, артериит касалликлари ривожланади.

Ревматоидли артритда юракда перикардит, миокардит, коронар артериит, гранулематозли аортит касалликлари кузатилиши мумкин.

Ревматоидли артритда буйракда мембранозли грануло-нефрит ривожланиб ревматоидли омил синамаси жуда юқори бўлиб, протеинурия ва микрогематурия билан кечади. Касалликнинг оғир даражасида буйрак амилоидози ривожланиб протеинурия, цилиндрурия ва оёқларда шиш билан кузатилади.

## Ревматоидли артритни ташхислаш меъёрлари

Ревматоидли артрит касаллигини ташхислашда Америкалик ревматологларнинг меъёрий кўрсаткичларидан фойдаланиш нисбатан самаралироқ ҳисобланади (1987. Arnett F.C., et al.):

1. Бўғимларда ёки бўғим атрофида эрталаб камида 1 соат сақланадиган қотиб қолиш.

2. Камида 3та ва кўпроқ бўғимларда артрит – бўғимларда шиш ва синовит борлигининг врач томонидан аниқланиши. Беморда 14 та (икки томондан): кафт фалангалар, проксимал фалангалараро, панжа, тирсак, ошиқ-болдир, тизза бўғимларида касаллик аниқланиши мумкин.

3. Кўл кафт суяклари артрити – кафт усти, кафт усти фалангалари, проксимал фалангалараро бўғимларда артрит аниқланади.

4. Симметрик артрит – бўғимларнинг икки томонлама касалланиши.

5. Ревматоидли тугунлар – врач томонидан тананинг бўртиб турган суяк соҳаларида аниқланган тери остидаги тугунлар, асосан ёзувчи бўғим олди соҳаларда кузатилади.

6. Қон зардобида ревматоидли омилни ҳар қандай стандарт усулларда юқори титрини аниқланиши.

7. Ревматоидли артритга хос рентгенологик ўзгаришлар: кафт усти суяклари эрозияси, кафт ва панжа суяк бўғимолди соҳаларида остеопороз ривожланади.

«Ревматоидли артрит» ташхиси мазкур аломатлардан камида 4 таси 6 ҳафта давомида кузатилганда қўйилади. Тасдиқланган РАда сезувчанлик меъёри – 91–94%, хослик – 89%, «эрта» даврида (12 ҳафта) хослик меъёри юқори (78–87%) бўлиб сезувчанлик (26–47%) паст бўлади (Harrison B.J. et al., 1998).

**Ревматоидли артрит классификацияси.** Касалликларнинг Халқаро классификацияси (КХК-10) да касалликнинг қуйидаги вариантлари фарқ қилинади:

\*серопозитив РА (жумладан Фелти синдроми билан);

- \*РА ўпканинг касалланиши билан – «ревматоидли ўпка»;
- \*РА васкулит билан – «ревматоидли васкулит»;
- \*РА бошқа аъзолар касалликлари билан (кардит, эндокардит, миокардит, перикардит, полинейропатия);
- \*РАнинг бошқа вариантлари (катталарда Стилл синдроми, ревматоидли бурсит, ревматоидли тугунлар).

Амалиётда Россия ревматологлар Ассоциацияси томонидан 2007 йил тасдиқланган РА классификациясини қўллаш қулай ҳисобланади (2-жадвал).

### 1. РАнинг клиник классификацияси (Россия, РА, 2007.):

Асосий ташхис:

\*Ревматоидли артрит серопозитив (МО 5,8).

\*Ревматоидли артрит серонегатив (МО 6,0).

Ревматоидли артритнинг алоҳида клиник формалари:

\*Фелти синдроми (МО 5,0).

\*Ўпканинг ревматоидли касаллиги (МО 5,1).

\*Ревматоидли васкулит (МО 5,2).

\*Ревматоидли артрит бошқа аъзолар касалланиши билан (МО 5,3).

\*Стилл касаллиги, катталарда кузатилади (МО 6,1).

\*Ревматоидли бурсит (МО 6,2).

\*Ревматоидли тугун (МО 5,3).

Дифференциаллаштирилмаган артрит:

\*Моноартрит (МО 13,1).

\*Олигоартрит (МО 13,8).

\*Полиартрит (МО 6,4 Яллиғланган полиартропатия).

### 2. Клиник босқичлари.

\*Бошланғич босқич: касаллик давомийлиги 2 йилгача;

\*Авж олиш босқичи: касаллик давомийлиги 2 йилдан кўп;

\*Кечки босқич: касаллик давомийлиги 2 йил ва кўпроқ + яққол намоён бўлган катта ва кичик бўғимлар (рентгенда III–IV даражали) деструкцияси, асоратлар.

### 3. Касаллик фаоллиги:



0 – ремиссия (DAS28 2,6).

1 – паст (DAS2,6 – 3,2).

2 – ўрта (DAS3,3-5,1).

3 – юқори (DAS28 5,1).

4. Тизимли намоён бўлиши:

\*Ревматоидли тугунчалар.

\*Полинейропатия, кўплаб мононеврит.

\*Тери васкулити (яра-некротик васкулит, тирнок учлари инфаркти, артериит.

\*Рейно синдроми.

\*Тарқалган лимфаденопатия, гепатоспленомегалия.

\*Плеврит (қуруқ ва выпотли).

\*Фиброзли альвеолит (ўпка фибрози).

\*Перикардит (қуруқ, нам).

\*Гломерулонефрит.

\*Фелти синдроми.

\*Шегрен синдроми.

\*Эписклерит, склерит.

РА-нинг инструментал характеристикаси:

\*Эрозиялар мавжудлиги (рентген, МРТ текширувларда).

\*Эрозия йўқ.

\*Эрозия билан.

Рентгенологик босқичлари (Штейнброккер бўйича):

I-эрта босқич.

1. Деструктив ўзгаришлар рентген текширувда аниқланмади.

2. Рентген текширувда остеопороз белгилари мавжуд.

II-ўртача даражали босқич.

1. Рентгенологик белгилар: суяк устки (субхондрал) қисмида деструкция.

2. Бўғимда ҳаракат чекланган, лекин деформация мавжуд эмас.

3. Мушаклар атрофияси мавжуд.

4. Бўғимдан ташқарида ўзгаришлар: тугунчалар, тендовагинит мавжуд.

III-оғир босқич.

Рентген текширувда тоғайлар деструкцияси ва остеопороз мавжуд.

Бўғимлар деформацияси: ярим чиқиш, ульнар девиация мавжуд.

Мушаклар атрофияси якқол ривожланган.

Бўғимдан ташқари тўқималарда тугунчалар, тендовагинит мавжуд.

IV-терминал – ўта оғир босқич.

5. Фиброзли ёки суякли анкилоз.

V-босқич меъёрий кўрсаткичлари.

6. Кўшимча иммунологик характеристика – антицитруллин антитела:

\*АЦЦП – позитив (мусбат)

\*АЦЦП - негатив (манфий)

7. Функционал кўрсаткичлар:

I – ўз-ўзига хизмат қилиш, касбий ва касбий бўлмаган фаолияти тўлиқ сақланган.

II – ўз-ўзига хизмат қилиш ва касбий фаолияти сақланган, касбий бўлмаган фаолияти чекланган.

III – ўз-ўзига хизмат қилиш сақланган, касбий ва касбий бўлмаган фаолияти чекланган.

IV – ўз-ўзига хизмат қилиш, касбий ва касбий бўлмаган фаолияти чекланган.

8. Асоратлар:

\*Остеонекроз.

\*Остеопороз.

\*Сиқилиш синдромлари (тирсак, катта болдир нервлари сиқилиши).

\*Кенг тарқалган амиотрофия (кахексия).

\*Иккиламчи амилоидоз.

\*Иккиламчи артроз.

\*Атлант-аксиал бўғимда ярим чиқиш.

**Ревматоидли артритни даволаш.** Ревматоидли артритни даволаш комплекс характерда бўлиб яллиғланишга қарши тез таъсир этувчи ностероидли (ва глюкокортикостероидлар) ҳамда секин таъсир этувчи модификациялаштирилган яллиғланишга қарши препаратлар қўлланилади.

Яллиғланишга қарши асосий препаратлар.

1. Антиметаболик таъсир этувчи цитостатиклар:

\*метатрексат;

\*азатиоприн.

2. Олтиндан тайёрланган препаратлар (парентерал ва перорал қўлланилади).

3. Сульфаниламид препаратлари (сульфасалазин).

4. Хинолин препаратлари (гидроксихлорохин);

5. Циклоспорин.

6. Лефлуноמיד.

Асосий (базис) даволашнинг асосий стратегияси қуйидаги принципларни жорий этишни кўзда тутди:

а) эрта, биринчи уч ой муддат ичида оғриқни бартараф этувчи антиревматик препаратлар қўллаш; б) бутун касалланиш даврида узлуксиз даволаш муолажаларини давом эттириш; в) организмнинг иккиламчи резистентлигини олдини олиш учун барча дори-дармонлар аррасимон схема бўйича ёки кетма-кет ёхуд комбинациялаштирилган ҳолда қўлланилиши мақсадга мувофиқ бўлади. Мазкур терапевтик парадигмани амалга ошириш оғриқ қолдирувчи ва оғриқни назорат қилувчи препаратларнинг таъсир кўламини кенгайтириш, клиник самарадорликка эришиш муддатини камайтириш, таъсир самарадорлик муддатини узайтириш, нохуш ҳолатларнинг ривожланиш улушини камайтириб ишончли мониторингни амалга оширишдан иборат.

Базис дори-дармонлар РА, АС, ПсА ва ПАнинг клиник ке-

чишини бошқариш имкониятини беради, лекин тўла-тўқис даволамайди. Шунинг учун касаллик жадаллигини назорат қилишга эришилгач дори-дармонлар оптимал дозада узок муддат давом эттирилиши керак.

Қўлланиладиган дори-дармонларнинг таъсир самарадорлиги суяклар эрозияси ва бўғим тоғайларининг деструкциясини тўхтатиб деформациялар ривожланишини бартараф этишга йўналтирилган.

Метотрексат – Ранинг фаол даврида препарат танловнинг олтин стандарти ҳисобланади. Суякларда яллиғланиш жараёнларини камайтириш самарадорлигига кўра олтин препаратларига тенг келади.

Метотрексат ҳафтасига бир марта (12 соатлик танаффус билан 2,5 гр. дан 3 марта ичишга ёки парентерал) тавсия этилади. Бошланғич дозаси – 7,5 мг.

Нохуш ҳолатлар кузатилмаса 4–8 ҳафтадан сўнг доза ҳафтасига 2,5 мг.га кўпайтирилади. Максимал доза ҳафтасига 25 мг бўлиб, 3 йилгача тавсия этилади. Кекса ёшдаги беморларга буйрак касаллиги мавжуд бўлса – ҳафтасига 5 мг.дан тавсия этилади.

Кузатилиш эҳтимоли бўлган нохуш ҳолатлар: жигар ферментларининг кўпайиши, инфекция, кўнгил айниш, қайд қилиш, қорин соҳасида оғрик, бош оғриғи, баъзан бадан қичиши, анорексия, тромбоцитопения, лейкопения, буйрак етишмовчилиги хавфи, фолиева кислота етишмовчилиги, оғиз бўшлиғида яралар пайдо бўлиши мумкин.

Сульфасалазин – базис препарат – конъюгат 5- аминосалицилат кислота ва сульфипиридиндан иборат бўлиб яллиғланишга ва микробларга қарши фаол таъсир кўрсатади. Препарат бўғимнинг суяк ва тоғай тўқималарида эрозив-яллиғланиш жараёнлар фаоллигини сўндиради. Шунингдек шиш ва оғрик аломатини камайтириб ревматоид тугунчаларнинг ҳосил бўлишини бартараф этишда ижобий таъсир кўрсатади.

Сульфасалазинни РА, АС, ПсА ва РеА билан касалланган беморлар яхши қабул қиладилар. Препарат дозаси катталар учун кунига 2 маҳал 1000 мг.дан овқат вақтида (болаларга – 50 мг/кг/сутк.); биринчи ҳафтада суткасига 500 мг.дан, 2-ҳафтадан – суткасига 1000 мг.дан, 3-суткадан – 1500 мг.дан, 4- суткадан – 2000 мг.дан тавсия этилади. Даволаниш жараёнида томоқда оғриқ, оғиз бўшлиғида яллиғланиш, ҳароратнинг ўзгариши ёки ҳолсизлик кузатилганда препаратни қабул қилиш тўхтатилади.

Лефлуномид (ARAVA) – антиревматик янги препарат бўлиб, антипролифератив, иммуносупрессив ва яллиғланишга қарши самарали таъсир кўрсатади. Препарат биринчи 3 кун суткасига 100 мг.дан, сўнг узок муддат суткасига 20 мг.дан тавсия этилади. Даволаш жараёнида қон босим, қон таҳлили, трансаминаз, мочевино ва креатин кўрсаткичлари назорат қилинади. Препарат бошқа базис препаратлар билан яхши қабул қилинади.

Олтин препаратлари асосан РА ва АСни даволашда қўлланилади. Хризотерапевтик препаратлар (олтин тузлари) метотрексат самарасиз ёки бемор қабул қила олмаганда тавсия этилади. Au – юқори стабилликка эга бўлиб, ҳар қандай ҳароратда ҳам оксидланмайди. Au препаратлари таркибида моновалентли Au бўлиб, S ёки P билан бойитилган. Олтин препаратлари (ауранофин, криназол, ридаура, тауредон, натрий ауротиомалат) базис препаратлар сифатида қўлланилади. РА ва АСда бошланғич қўлланилиш дозаси суткасига 125 мг.дан 250 мг.гача тавсия этилади. Беморда нохуш ҳолатлар кузатилмаса ҳар иккинчи ойда 125 мг.дан кўпайтирилади. Даволаш самарадорлиги узлуксиз қўлланилганда уч ойдан сўнг кузатилади.

Гидроксиборокин сульфат (плаквенил), борокин дифосфат препаратлар иммун самарадорликка эга бўлганлиги туфайли сурункали артритларда қўлланилади. Препаратлар лизосомлар мембранасини стабиллаштириб фибриноген ва фибронектин

синтезини камайтиради. Яллиғланишга қарши специфик ва носпецифик ижобий таъсир кўрсатади.

Препаратлар РА ва АСда суткасига 200–400 мг.дан 2 марта тавсия этилади. Лекин мазкур препаратлар оғир даражадаги миопатия ва офтальмопатия каби асоратларга сабаб бўлиши туфайли амалиётда кам қўлланилади.

Д – пеницилламин (купренил) базис препарат бўлиб, яллиғланишга қарши ва иммуносупрессив фаолликка эга бўлиб, макрофаглар функциясини кучайтиради. РА ва АСда бошланғич қўллаш дозаси суткасига 125–250 мг; беморда нохуш ҳолатлар кузатилмаганда ҳар 1–2 ойдан сўнг 125 мг.дан ошириб борилади. Даволаш самарадорлигининг бошланғич натижалари камида уч ойдан сўнг кузатилади.

Хлорбутин (лейкерон) – таъсир этувчи моддаси хлорамбуцил бўлиб азотли иприт бирикмаларидан ҳисобланади. Препарат лимфоцитлар синтезини камайтириб терапевтик самарадорлиги қўлланилгандан сўнг 3–4 ҳафтадан сўнг намоён бўлади. Қўлланилганда нохуш ҳолатлардан лейкопения, лимфопения, тромбоцитопения, анемия, кўнгил айниш, қайд қилиш, оғиз бўшлиғининг яллиғланиши кузатилиши мумкин. Қўлланилиши: суткасига 0,1–0,2 мг/кг ҳисобига бир марта берилади. Лекин препарат қабул қилган беморларда нохуш ҳолатларнинг кўплаб кузатилиши унинг қўлланилишини йилдан-йилга камайишига сабаб бўлмоқда.

Ритуксимаб (мабтера) – анти-В-хужайрали биологик препарат иммун самарадорликка эга бўлиб, РА, АС, ПсАда кенг қўлланилади. Препарат иммун комплексларнинг синтезини стимуллайдди. Мабтера нисбатан хавфсиз бўлиб, фақат биринчи инфузион даволаш курсидан сўнг 30–35% беморда кўнгил айниш, терида доғлар, артериал гипо- ёки гипертензия кузатилиб, иккинчи даволаш курсида беморлар препаратни яхши қабул қилиб, нохуш ҳолатлар такрор кузатилмайди. Шундай бўлишига қарамадан инфузион реакциялар улушини камайтириш мақса-

дида ритуксимаб қўллашдан олдин вена орқали 100 мг метил-преднизолон ёки бошқа бир антигистамин препарат қўлланилади. Мазкур препарат сурункали артритларда қўлланилганда терапевтик самарадорлиги 40–50 ҳафтадан сўнг кузатилади.

Глюкокортикоид гормонлар. ГКГ бўғимнинг яллиғланиш касалликларини даволашда биринчи қаторда туради. Биринчи бор (1950 й.) кортизоннинг химиявий таркибини аниқлаб тиббиётда қўллаган олимлар Ф.Хенчу, Э.Кенделлу ва Т.Рехштейнлар физиология йуналишида Нобель мукофотига сазовор бўлганлар. Бугунги кунда гормонларнинг янги авлодлари (преднизолон, метилпреднизолон, бетаметазон, флуметазон, дексаметазон) яратилди. Мазкур препаратлар бўғим касалликлар фаоллигини тез ва самарали бартараф этишда кенг қўлланилмоқда. Мазкур препаратлар иммун тизими билан ҳамкорликда бўғимларда яллиғланиш жараёнларини бартараф этиб артрологияда кенг қўлланилади. Шунинг учун ГКГ РА, АС, ПсА, РеА, ПА патогенезида яллиғланишга қарши универсал препарат ҳисобланади.

Артритларда ГКГ қўлланилганда яллиғланишга қарши кучли потенциал ҳимоя яратадиган ҳужайралар комплексига эга. Жумладан:

1. Эндотелиал ҳужайралар:

а) яллиғлантирувчи цитокинлар ва антигенлар синтезини бартараф этади;

б) кон-томирлар сўрувчанлигини стабиллаштиради;

в) липокортин-1 синтезини кучайтиради.

2. Моноцитлар, макрофаглар, нейтрофиллар:

а) нейтрофиллар функциясининг заифлашувини (кислороднинг супероксидли брикмаларининг ҳосил бўлишини, хемотаксис, адгезия, апоптоз, фагоцитоз);

б) яллиғланиш зонасида миграцияни (угнетение);

в) липокортин, липомодулин, макрокортин индукциясини;

г) цитокинлар синтезини;

з) яллиғланиш зонасида эозинофиллар миграциясини.

## 3. Лимфоцитлар:

- а) суяк илигида лимфоцитларнинг қайта тақсимланиши;
- б) интерферон синтезининг пасайишини;
- в) тимопозни апоптоз қатнашуви билан бошқариш;
- г) Т-лимфоцитлар функциясининг камайишини.

## 4. Фибробластлар:

- а) оксиллар синтези ва пролиферациянинг сўниши;
- б) яллиғланишдан олдин цитокинлар синтезини.

## 5. Суяк тўқималарида:

- а) суяк тўқималарининг шаклланишини;
- б) остеокластлар функциясини;
- в) остеокластлар функционал фаоллиги ва яшаш умрининг узайиши.

## 6. Тоғай (хондроцитлар):

- а) гликозаминогликан ва ДНК синтезнинг кўпайишини.

## 7. Мушаклар:

- а) атрофияни.

## 8. Синовиял парда:

- а) коллагеназа фаоллигини пасайтиради.

Глюкокортикоидли гормонларнинг беморларда паст дозада қўлланилиши яллиғланиш жараёнларини назорат қилиш, РА-нинг рентгенологик авж олиш жараёнини (метотрексат билан биргаликда қўллаб) пасайтириш имкониятини беради. ГКГлар фақат базис препаратлар билан биргаликда қўлланилиши зарур.

РА, АС, ПсА, ПА билан оғриган беморларни даволашда ГК-Гни бўғим ичига киритиб (ўчоқли) даволаш кўшимча аҳамиятга эга. Мақсад: касалликнинг бошланғич даврида синовит фаоллигини ёки хуружини бартараф этиб функциясини яхшилашдан иборат. Ўчоқли даволашда бетаметазон, метилпреднизолон, триамцинолон қўлланилиб бир бўғимга такроран камида уч ойдан сўнг қўлланилиши мумкин.

Яллиғланишга қарши ностероид препаратлар (ЯКНП). ЯКНП – турли химиявий таркибга эга бўлиб, органик кисло-



талар маҳсули ҳисобланади. Мазкур препаратлар яллиғланиш медиаторлари ҳисобланган кислород радикаларини, бўғим тўқималарининг яллиғланишига сабаб бўлувчи нейтрофиллар миграциясини тўхтатиб қўяди. Шунингдек лизосомалар мембранасини стабиллаштириб, лизосом ферментларининг фаоллигини тўхтатиб қўяди.

ЯКНП тури 50 дан ортиқ бўлиб асосан салицилатлар, ацетилланмаган салицилатлар, фенаматлар (понстал, мекломет, клотам), арилуксус, пропион, индолуксус, гетероарилуксус кислоталарининг бирикмалари, пиразолон, оксикам ва бошқалардан иборат. Мазкур препаратлар яллиғланишларга қарши ва оғриқсизлантирувчи хусусиятга эга бўлганлиги учун артрит билан оғриган беморларнинг аҳволини тетиклаштириб яхшилайди.

Pg – қон ивувчанлиги, иммун жавоб ва яллиғланишнинг марказий медиатори (стимулятори) ҳисобланади.

ЯКНПнинг яллиғланишга қарши ва оғриқсизлантириш таъсир механизми циклооксигеназа (ЦОГ) ферментининг фаоллигига боғлиқ. Мазкур ферментнинг селектив ингибиторлари мелоксикам (мовалис), этодолак, набуметон, нимесулид, целекоксиб, флосулид препаратларини беморлар яхши қабул қиладилар.

ЯКНП амалиётда қўллашда асосий талаблар хавфсизлик ва самарадорлик. Мазкур препаратларни, ҳатто, қисқа муддатларда (1–2 ҳафта) қабул қилинганда ҳам нохуш ҳолатлар кузатилиши мумкин. Чунки ЯКНП организмда сув ва электролитларни ушлаб қолиши, гиперкалемия, буйрак каналчаларини некрози, нефрит ривожланишига сабаб бўлади: ҳафтадан кўп муддатда мазкур дори-дармонлар қабул қилган беморларнинг 70 фоизда гастропатия кузатилган (О.В.Синяченко, 2012.). Мазкур касалликнинг ривожланиш хавфи бемор ёшига, препарат тури ва дозасига, қабул қилиш муддатига, анамнезида артериал гипертензия, буйрак, ошқозон-яра касалликлари билан даволанганлигига боғлиқ бўлади.

Йўлдош касалликлар мавжуд бўлган, айниқса, кекса ёшдаги беморларга оғриқсизлантириш ва яллиғланишга қарши қўлланиладиган танлов препарати – нимесулид бўлиб, суткасига 200 мг.дан тавсия этилади.

Препарат фаоллиги жиҳатдан диклофенак ва проксикам билан тенглашади.

Целекоксиб – гастроэнтерологик йўналишда қўлланиладиган энг безарар препаратлардан ҳисобланиб, суткасига 100–200 мг.дан тавсия этилади. Препарат ибупрофен ва диклофенакка нисбатан хавфсиз бўлиб, жигар ва буйрак томонидан ножўя реакциялар энг кам кузатилади. Тромбоэмболик асоратлар хавфини камайтириш мақсадида целеоксиб ацетилсалицил кислотасининг энг паст дозаси билан бирга қўлланилади. Буйрак ва жигар хасталиклари кузатилган беморларда энг кам нефро- ва гепатотоксик таъсир этувчи препарат – мелоксикам тавсия этилади. Препарат асоратлар улушини диклофенак, пироксикам ва напроксенларга нисбатан 40–50 фоиз камайтиради.

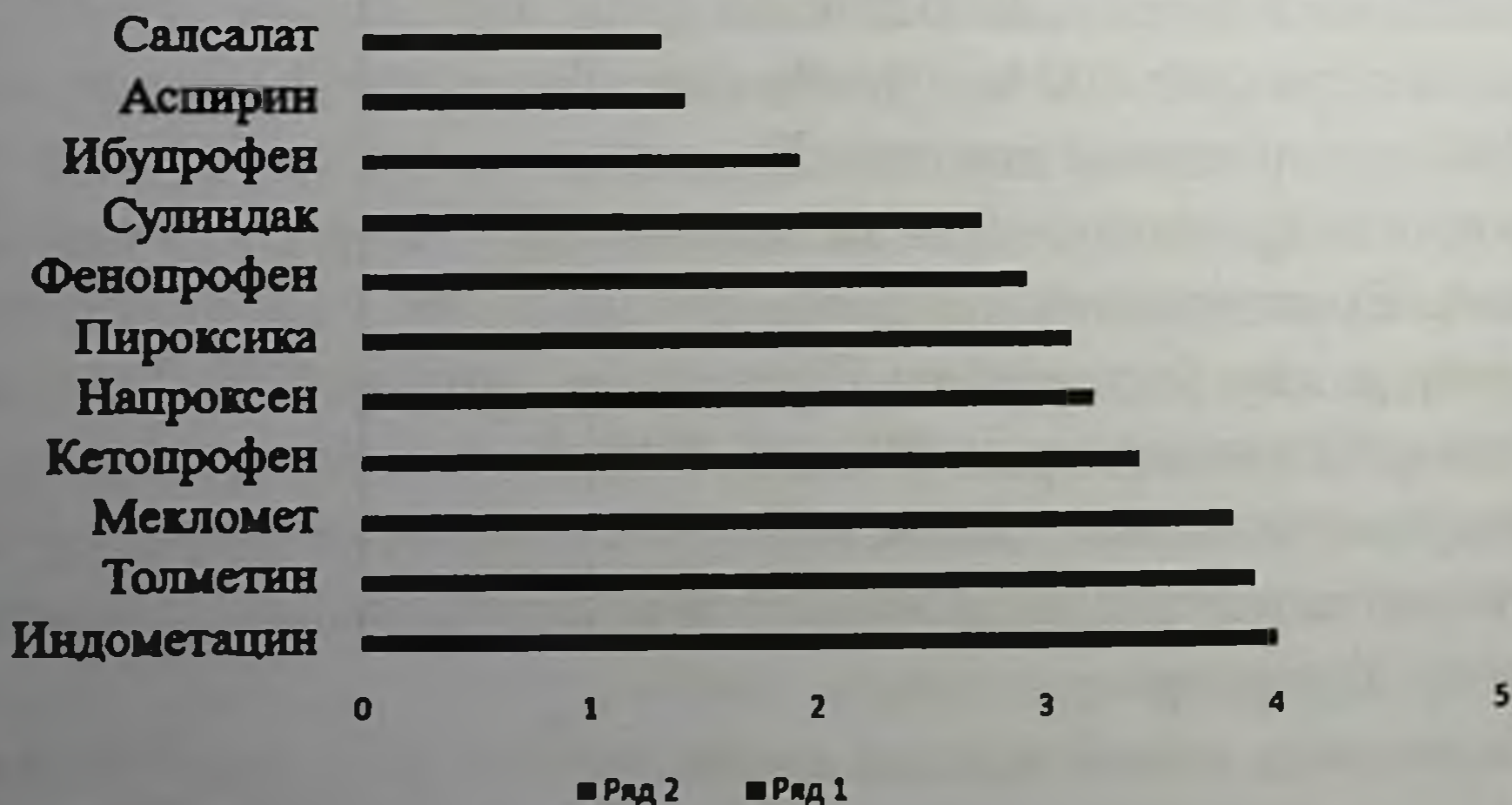
Ацеклофенак (аэртал) – қисқа муддатли (4 соат) таъсир доирасига эга бўлиб, артритларда самарали таъсир кўрсатади. Препарат организмда тез сурилади: қабул қилингандан 1–3 соатдан сўнг қонда максимал концентрацияда бўлиб, синовиал суюқлик таркибида зардобга нисбатан 50 фоиз кузатилади. Даволашда дозаси суткасига 200 мг бўлиб, қўллаб турувчи дозаси суткасига 100 мг.дан тавсия этилади. Препаратнинг ёшга нисбатан таъсир хусусияти ўзгармайди ва кекса ёшдагилар учун ҳам қўллаш қулай. Препаратнинг биологик қиймати овқат қабул қилинган жараёнда ҳам ўзгармайди. Препарат метотрексат билан биргалликда қабул қилинганда (РА, АС, РеА, ПсА, ОА) салбий ўзгаришлар кузатилмайди. Ацеклофенак глюкозамингликонлар синтезининг стимулланиши ҳисобига тоғайлар матриксига ижобий таъсир кўрсатади.

### Яллиғланишга қарши ностероид препаратлар характеристикаси

Препарат	Таъсир муддати (мин.)		Доза диапазоли мг/сут.	Аналгетик самара- дорлик %	Бошқа препарат би- лан мос келмаслик
	Бошланиши	Тугаши			
Диклофенак	30	60–120	75–150	80–85	3,5–7
Ибупрофен	30	72–126	1200–2000	60–70	2–4,6,7
Кетопрофен	-	-	100–200	75–80	2,5,6
Лорноксикам	-	180–300	8–16	80–85	2–7
Мелоксикам	30 – 45	1200	7,5–15	80–85	1–7
Напроксен	-	-	500–750	70–80	1–7
Нимесулид	-	-	100–200	80–85	3–5
Целекоксиб	120–180	672		80–85	2

Изоҳ. 1- антидепрессантлар. 2 – билвосита антикоагулянтлар.  
3 – адреноблокаторлар. 4 – перорал гипогликемик препаратлар.  
5 – гипотензив препаратлар. 6 – диуретиклар. 7 – юрак гликозидлари.

### ЯКНП заҳарлилик индекси ЦОГ-1 ингибиторлари



**Апликацион ўчоқли даволаш.** Бўғим устидан маҳаллий апликацион даволаш мақсадида таркибида яллиғланишга қарши ностероид препаратлар (диклофенак, ибупрофен, кетопрофен, проксикам) диметилсульфоксид, синтетик моддалар (ментол, скипидар) бўлган ва асалари ҳамда илон захридан тайёрланган турли маз, крем, геллар қўлланилади. Мазкур препаратлар иситувчи, чалғитувчи ва оғриқсизлантирувчи таъсир кўрсатади.

Препаратлар қўлланилганда таъсир этувчи моддалар тери орқали бўғим атрофидаги қон капиллярларига сурилиб жароҳатланган бўғим тўқималарига ўтади.

Долгит креми – таркибида асосий таъсир этувчи модда ибупрофен бўлиб оғриқсизлантирувчи, чалғитувчи ва иситувчи таъсир кўрсатади.

Кетопрофен гели – таъсир самарадорлиги индометацинга тенг бўлиб, ибупрофендан афзалроқ ҳисобланади. Асосий таъсир механизми синовиал суюқлик таркибидаги тромбоцитар циклооксигеназа ва простагландинлар синтезини чеклаб лизо-сома мембранасини стабиллаштиради. Таркибидаги спирт компоненти маз(гел)нинг тезда тери қаватидан сурилиб ўтишини таъминлайди.

Фастум гел – асосий компонентларидан диэтаноламин чуқур кириб бўғимнинг тоғай қавати, менискларга сурилиб ижобий таъсир кўрсатади.

Гел таркибидаги лаванда ва нерол ёғлари косметик самарадорлик бахш этади.

ДМСО (диметил сульфоксид) – шиш ва яллиғланишга қарши ҳамда оғриқсизлантирувчи хусусиятга эга. Шунингдек ДМСО билан комбинациялаштирилган долобене гели, гепарин, декспантенол мазлари ҳам маҳаллий қўлланилганда самарали натижалар кузатилади.

Долобене гели оғриқсизлантирувчи ва шишга қарши самарали бўлиб маҳаллий қўлланилади.

Гепарин мази бевосита таъсир этувчи антикоагулянт бўлиб, тромб ҳосил бўлишига тўсик сифатида маҳаллий қон айланишини яхшилайдди.

Декспантенол— теридан тезда сурилиб актив пантотен кислотасига айланиб жароҳатланган тўқималарнинг тикланишига ижобий таъсир кўрсатади.

Остеоартроз патогенезида синовиал суюқликнинг шилим-шиқ-эластик хусусияти бузилиб гиалуронан миқдори камаяди. Натижада синовиоцитлар функцияси бузилиб, бўғимнинг амартизацион хусусиятининг ёмонлашувига ва бўғимда яллиғланиш жараёнининг авж олишига сабаб бўлади. Гиалуронан кислота препаратлари оғриқ ва яллиғланиш жараёнини камайтириб бўғим функциясини яхшилайдди ҳамда ЯКНП препаратларига бўлган бемор эҳтиёжини камайтиради. Бундай препаратлардан бири остенил-гиалуронат натрийнинг 1 фоизли эритмаси бўғим ичига киритилиб қўлланилади.

ОАда ўчоқли аппликацион усулда даволашда хондроксид маз қўлланилади. 100 г. маз таркибида хондроитин сульфат — 5 мг, сувсиз ланолин — 15 г., вазелин — 50 г., тозаланган сув — 100 г.

Хондроксид гиалин тўқималарида модда алмашинувини яхшилайдди, бўғимнинг тоғай тўқималарида регенерация жараёнини стимуллайдди, яллиғланишга қарши ва оғриқсизлантириш хусусиятига эга бўлиб, касалликнинг авж олишини секинлаштиради.

Бўғим касалликлари кузатилган беморларда ўчоқли даволашда қуйидагича ёндашув тавсия этилади:

Яллиғланиш аломатлари (синовит, тендинит, бурсит) кузатилганда танлов таркибида ДМСО ва ЯКНП бўлган препаратлар тавсия этилади.

Яллиғланиш касаллиги оёқ веналарининг варикоз касаллиги ва трофик бузилишлар билан кузатилганда қон айланишини яхшиловчи гепарин, от каштани экстракти тавсия этилади.

ОА билан оғриган беморларда синовиал парданинг яллиғла-

ниши кузатилмасдан асосан оғриқ аломати кузатилганда таркибида капсаицин, ДМСО ва ЯКНП тавсия этилади.

Капсаицин (0,25%) мази (грекча-куйдириш, тишлаб олмоқ; лотинча-кутича, параха) – таркиби ўткир, қиздирувчи қалампирдан иборат. Маҳаллий қон айланишини яхшилаб бўғим тўқималарининг озикланишини яхшилайдди.

**Ферментлар ёрдамида даволаш.** Бўғимларнинг дегенератив-яллиғланиш касалликларида ферментли препаратлар шишга қарши, оғриқсизлантирувчи, иммункорректор сифатида, яллиғланишга қарши даволашда кенг қўлланилади.

Яримаралашмали энзим препаратлари: вобэнзим (суткасига 9–15 дроздан) ва флогэнзим (суткасига 6 дроздан) 4–8 ҳафтагача қўлланилади. Ичиш учун тавсия этилган ҳайвон маҳсулотларидан (трипсин, химотрипсин) ва ўсимликлардан тайёрланган (папаин, бромелаин) гидролитик препаратлар протеолитик таъсир кўрсатиш хусусиятига эга. Уларнинг афзаллиги шундаки, ошқозондан аста-секинлик билан қонга сўрилади ва абсолют зарарсиз ҳисобланади. Мазкур препаратлар қўлланилганда ЯКНП дозасини камайтириш мумкин бўлади. Айниқса, энзимлар сурункали бурсит ва тендовагинитда самарали бўлиб, оғриқ ва шишни камайтириб бўғимларда ҳаракат ҳажмини кўпайтиради. Вобэнзим ва флогэнзим тоғай тўқималарида микроциркуляцияни яхшилаб гипоксияни бартараф этади. Натижада тўқималараро суюқлик сўрилиб макрофаглар фаоллиги кучаяди.

**Хондромодификаторлар.** Бугунги кунда хондропротекторлар қўллаш оммавийлашган бўлиб, кўпроқ тоғай протеогликонлари – хондроитин сульфат (структум, артрон, хондрекс) ва глюкозаминсульфат қўлланилади. Структум ва артрон протеогликонлар ва гиалурон кислота синтезини кучайтириб коллагеназа синтезини чеклаб кўяди. Хондроитин сульфат синовиал парданинг яллиғланишига қарши таъсир кўрсатади. Синовиал суюқлик таркибида гиалурон кислота миқдори кўпаяди, фосфолипаза

фаоллиги камаяди, синовиал суюқлик ёпишқоқлиги кўпаяди. Хондроитин ва глюкозаминсульфат қўлланилганда қонда тоғай ва суяк деструкциясини биокимёвий маркерлар миқдори ўзгармай стабил қолади.

Алфлутон – гиалурон кислота синтезини стимуллаб гиалуронидаза фаоллигига тўсқинлик қилади. Препарат ҳар куни 1 мл.дан мушак ичига 20 кун давомида ёки ҳар 3 кун давомида бўғим ичига 18 кун давомида қўлланилади. Препарат таркибида денгиз жониворлари экстракти: аминокислоталар, пептидлар, глюкоидлар, химиявий элементлар (Cu, Fe, K, Mg, Na, Zn) мавжуд.

Диацереин (артродар) – яллиғланишга қарши ва оғриқсизлантириш хусусиятига эга. Клиник кечишидан катъий назар остеоартрозда кенг (суткасига 100 мл.дан) қўлланилади. Препарат протеогликонлар, гликозоаминогликонлар ва гиалурон кислота синтезини стимуллаб синовитнинг морфологик компонентларини камайтиради.

Артрон комплекс – таркибида хондроитин натрий сульфат (500 мг) ва глюкозамин гидрохлорид (500 мг) бўлиб суяк ва тоғай тўқималарининг тикланишида фаол қатнашиб фосфор-кальций алмашинувини яхшилайдди. Бўғим дегенерациясини ва оғриқни секинлаштиради, гиалин тўқималарининг алмашинувини мўътадиллаштиради, тоғай тўқималарининг регенерациясини, синовиал суюқлик ҳосил бўлишини, бўғимлар ҳаракатчанлигини стимуллайдди, бўғимларда яллиғланиш жараёнининг авж олишини ва Са йўқолишини камайтиради. Препарат суткасига 1–3 таблеткадан камида 8 ҳафта қабул қилинади. Самарадорлик 2–3 ойдан сўнг кузатилади.

Имбир экстракти – знаксин – ОА да суткасига 1 капсуладан 2 марта 3 ой давомида тавсия этилади. Препарат бўғимда оғриқ ва яллиғланишни камайтириб тоғай қаватида метаболизмни мўътадиллаштиради.

Баъзи муаллифлар маълумотларига кўра уч марта синовиал суюқлик протези маннитол билан стабиллаштирилган гиалурон кислота остеоартрознинг II-III даражасида бўғим ичига қўлланилганда гавданинг вертикал ҳолатда туришини яхшилаб 6 ой давомида оғриқ аломатини бартараф этади (Селезнёв А.В. ва бошқ., 2023.).

### **Бўғим касалликларини даволашнинг эфферент усуллари**

Бўғим касалликларини эфферент усулларда даволашда гемосорбция, энтеросорбция ва плазмофорез қўлланилади.

Гемосорбция – организмдан ташқарида сорбентлар ёрдамида қон таркибидан турли захарли моддаларни тозалаб гомеостазни муътадиллаштиришдан иборат. Сорбция жараёнида иккита компонент: адсорбент, яъни ютадиган модда ва адсорбтив (адсорбат) ютиладиган модда қўлланилади.

Артритларда гемосорбция натижасида детоксикацион самарадорлик қон таркибидаги протеин боғланмаларини, ёғда эрувчи моддаларни тозалаш билан эришилади. Лекин аъзо ва тўқималардаги захарли моддаларни гемосорбция усулида бартараф этиб бўлмайди. Мазкур усулнинг афзаллиги аъзо ҳамда тўқималарда қон таъминотини ва қон айланишини яхшилайдди. Артрит билан касалланган беморларда гемосорбция мақсадида икки хил сорбентлар: носелектив, яъни қон таркибидан бир неча моддаларни ютадиган (фаоллаштирилган кўмир қўлланилиб, унинг юзасига индол, скатол, билирубин, органик кислоталар ютилади) ва селектив, яъни маълум бир таркибли моддаларни ютиш хусусиятга эга бўлган сорбентлар (ионал-машинувчи мум) қўлланилади. Мазкур сорбент организмни захарли микроэлементлар, зарарли ёғлар ва протеолитик ферментлардан тозалайди.

Гемосорбцияни қўлланилиш принципи. Организмда айлана-ётган қон 2 ҳажмда (6–9 литр) насос ёрдамида (фаоллаштирилган кўмир, смола) сақланган махсус колонка орқали ўтказилади.



Сорбентга захарли моддалар боғланиб (ютилиб) қон тозаланади. Натижада турли аъзо ва тўқималарда захарли моддалар концентрацияси 2 мартага камаяди. Шунинг учун мазкур муддатда такрорий гемоперфузия қўлланилади. Чунки битта муолажа самарасиз бўлиб, захарли моддалар мазкур муддатда ўз концентрациясини тиклаб олади. Баъзи беморларга 5–6 мартагача муолажалар такрор қўлланилади.

Энтеросорбция – детоксикациянинг бир тури бўлиб, сорбент бемор томонидан ичилгандан сўнг ошқозон-ичак йўлларида турли характерли захарли моддалар ва метаболитларни сўриб олади. Энтеросорбцияда ҳазм бўлмайдиган қаттиқ компонентлар улуши кўпайиб ошқозон-ичак йўлларининг функционал фаоллигини ошириб, захарли моддалар ва метаболитларнинг чиқиб кетишини тезлаштиради. Шунингдек фаоллаштирилган кўмир томонидан ўт кислотасини қамраб эндотоксинлар йўгон ичакда зарарсизлантирилиши энтеросорбциянинг муҳим таъсир механизмларидан бири ҳисобланади. Шунингдек овқат ҳазм қилувчи ферментлар (амилаза, липаза, трипсин) сорбент юзасида фаоллиги ва таркиби бузилмасдан овқат ҳазм қилиш жараёнини фаоллаштиради.

Энтеросорбент таблеткаси (450 мг) кунига 2–3 марта овқатдан 1,5–2 соат олдин ёки кейин 6–12 таблетка (3000–6000 мг) тавсия этилади.

Плазмаферез – бўғимларни яллиғланишларида даволашнинг замонавий экстракорпорал усули бўлиб қон таркибидан турли зарарли моддаларни зудлик билан тозалашга асосланган. Замонавий қурилмалар мазкур даволаш усулини поликлиника шароитида 1,5–2 соат давомида амалга ошириш имкониятини беради. Плазмаферезда организмдаги қоннинг маълум қисмини ажратиб олиб (грекча аферезис-олиб қўймоқ) компонентлар (фракциялар) га бўлинади ва ҳужайравий компонентлар (қоннинг шаклли қисмлари) қон томирларга киритилади. Қон зар-

доби олингандан сўнг организмда салбий ҳолатларни олдини олиш учун қон ҳажмини барқарорлаштириш учун қон ўрнини босувчи суюқликлар киритилади. Қон ўрнини тўлдириш қўлланиладиган эритма таркиби, ҳажми, касаллик характери, олинadиган зардоб миқдори, беморнинг умумий аҳволи ва бошқа омилларга боғлиқ.

Плазмаферездан кейин зарарли моддаларнинг концентрацияси камайиши кузатилади. Лекин бир неча соатдан сўнг қонда уларнинг миқдори яна тенглашади. Шунинг учун бир марталик даволаш курсида 4–5 сеанс қўлланилади.

Гемосорбция, плазмофорез ва энтеросорбция углеродли сорбент ваулен ва кремний-кислородли полимер полисорб қўлланилганда организмда қон микроциркуляциясининг маълум даражада яхшиланганлиги кузатилган. Яъни, бўғимнинг тоғай тўқималарида қон таъминоти ва периферик қон айланиши яхшиланган.

Подаграни даволаш. Подаграни даволашда гиперурикемияни бартараф этмасдан самарадорликка эришиб бўлмайди. Қонда СК-сийдик кислота улушини камайтириш даволашнинг асосий омили бўлиб, узок муддат (ҳатто доимий) урикемия кўрсаткичини назорат қилиб туриш зарур бўлади.

Урикемияни даволашда қуйидаги принципларга амал қилиш зарур бўлади (12-жадвал):

- махсус парҳез тавсия этилиб, организмга пуриинлар киришини камайтиришга эришиш;
- сийдик кислота синтезини бартараф этувчи препаратлар урикодепрессорлар қўллаш;
- Организмдан сийдик кислота бирикмаларининг чиқиб кетишини жадаллаштирадиган препаратлар қўллаш;
- сийдик кислотанинг химиявий парчаланишини таъминлайдиган препаратлар қўллаш.

## Гиперурикемияни даволаш принциплари

Пархез, фитодаволаш	Дори-дармонлар		Гемосорбция Энтеросорбция
Урикодепрессив СК х.б. камайтиради	Урикозурик СКни хайдовчи		Урикопарчаловчи СКни парчаловчи
Аллопуринол Милурит, цилоприм	Бензбромарон бензйодарон	Пробенецид Этамид	Уратоксидаза (урикозим)
Тиопуринол	Антуран, кетазон, бенетазон	Тинил кислота (дифлюрекс)	Гепатокаталаза (капераза)
Ороцид, диорон, лактиниум, оротурик			Уриказа

Қатъий пархез чеклашлар подагратинг клиник кечишида асосий роль ўйнамайди. Лекин замонавий даволаш усуллари-ни қўллаб ҳам пархезсиз яхши натижаларга эришишга кафолат бериб бўлмайди.

Подагра билан даволанаётган беморларда узлуксиз урикемия кўрсаткичини назорат қилиб туриш зарур. Урикодепрессив, яъни СКнинг синтезини камайтирувчи асосий препаратлардан аллопуринол (милурит, цилорик, цилоприм) гипоксантин ана-логи бўлиб СК ҳосил бўлишини камайтиради.

Аллопуринол кучли антиоксидант бўлиб, буйракдан ксантинни ажралиб чиқишини жадаллаштириб ксантинооксидаза фаоллигини камайтиради. Аллопуринолнинг ярим чиқиш муддати 22 соат бўлиб, суткалик дозани бир кунда бир бор қабул қилиш имкониятини беради. Бошланғич доза СК концентрациясига боғлиқ бўлиб, суткасига 300–600 мг тавсия этилади. Фақат 800 мг.дан оширмаслик зарур.

Тиопуринол ўз таъсир механизми билан аллопуринолга яқин бўлиб, суткасига 300–500 мг.дан тавсия этилади. Беморларда урикемия кўрсаткичи 500 мкмоль/л.дан кўп бўлса аллопуринол ва тиопуринол кунора алмашиб суткасига 300 мг.дан тавсия этиш мумкин. Қон таркибида креатин миқдори 200 мкмоль/л. гача, оксипуринол 130 мкмоль/л.гача кузатилганда урикодепрессорлар дозаси икки мартага камайтирилади. Мазкур кўрсаткичлар 400 мкмоль/л ва 230 мкмоль/л бўлганда мазкур дори воситалари қабул қилиш тўхтатилади.

Сийдик ажралиб чиқишини жадаллаштирувчи препаратлар одатда СК суткасига 500 мг.гача ажралиб чиққанда тавсия этилади. Мазкур препаратларга бензбромарон (гипурик, дезурик, минурик, нормурат), бензйодарон (ампливикс, уриковак), пробенецид (бенемид, лонгацид, урелим), этамид, сульфипиразон (антуран), кобузан (кетазон), трибузон (триметазон, бенетазон) ва тинил кислота (дифлюрекс, тикринафен) препаратлари қиради.

Мазкур препаратлардан бензбромарон ва бензйодарон урикодепрессив самарадорликка эга бўлиб, суткасига 50–300 мг.дан тавсия этилади.

Тиенил кислота суткасига 250 мг.дан қўлланилганда диуретик ва гипотензив хусусиятга эга бўлганлиги учун подагра ва артериал гипертонияси мавжуд беморлар учун қўлланилганда яхши натижалар кузатилади.

Уратоксидаза ферменти сийдик кислотани оксидланиб аллантоин ҳосил бўлишида асосий роль ўйнайди. Гепатокаталаза СК синтезини камайтиради. Уратоксидаза суткасига 1000–3000 бирликда, гепатокаталаза 10000–20000 бирликда ҳафтасига 2–3 марта тавсия этилади. Подагра кузатилган беморларда бўғим оғриғини бартараф этишда колхицин (колгаут, колхикум) танлов препарати бўлиб, суткалик дозаси 6 мг, ҳар соатда 0,5 мг.дан қабул қилинади. Подаграда артритнинг оғир даражаси кузатилганда колхицин вена ичидан қўлланилади.

Подаграни даволашда асосий дори-дармонлар ЯКНП бўлиб, амалда барча беморларда қўлланилади (13-жадвал).

*13-жадвал.*

### Подаграда бўғим оғриғини даволаш

Ўткир артрит		Сурункали артрит	
Зубтрум пре- парати	ЯКНП	Бисфосфонатлар	Ярим тўйинган ёғли кислота
Колхицин Ренвман	Индоуксус кис- лота	Этидрон кислота	Текол
Колхамин	Арилуксус кис- лота	Клодрон кислота	Эссенциал
Бўғим ичига киритиб даво- лаш	Ўчокли артро фито даволаш	Яримфермент аралашмалар	Бўғимни ўчокли даволаш
ГКГ	Кузги намоз- шомгул	Вобэнзим	Ксидофон
Протеаз инги- битори	Қиздирилган ёғ таъсири	Флогэнзим	Цитрат-натрий- ли аралашма

### Подаграда артритни даволаш принциплари

Подаграда бўғим оғриғини бартараф этиш учун арилуксус кислота (диклофенак) ва индолуксус кислота (индометацин, сулинак) самарали бўлиб, салицилатлар (ацетилсалицилат кислота, дифлунисал, бенорилат), арилпропион кислота бирикмалари (ибупрофен, напроксен, кетапрофен, флорбипрофен) препаратларини қўллашга қарши кўрсатмалар мавжуд.

Чунки мазкур препаратлар буйракдан урат тузларининг ажралиб чиқишини секинлаштириб қўяди.

Цитокинлар синтезининг таркибида яримтўйинмаган ёғ кислоталари мавжуд бўлган балиқ ёғи секинлаштириб қўяди. Подаграда беморларга овқатланиш вақтида балиқ ёғидан олинган теком ва эйконол тавсия этилади.

Шунингдек яллиғланишга, шишга қарши ва антиоксидант таъсир кўрсатувчи вобэнзим ва флогэнзим фермент препаратлари тавсия этилади.

Даволаш бир ойлик муддат билан бир йилда икки марта тавсия этилади. Сурункали подаграда суяклар емирилиши кузатилганда бисфосфонатлар: этидрон кислота препаратлари (ксидифон, этидрон, дидронел) Са препаратлари билан бирга тавсия этилади.

Подаграда бўғимларни ўчоқли даволаш мақсадида бўғим ичига ГКГ лар (дипроспан, медрол) қўлланилади.

### **Катта бўғимларнинг артроз касалликларини дори-дармонларсиз даволаш**

Бўғим касалликлари билан оғриган беморлар турли-туман фармакологик дори-дармонлар билан даволанишларига қармасдан бугунги кунда 45% беморлар даволаш натижалари самарасиз қолмоқда.

Бутунжаҳон соғлиқни сақлаш маълумотларига кўра, 2025 йилга бориб ер юзи аҳолисининг 20 фоиздан ортиғи бўғим касалликлари билан оғриш эҳтимоли бор. Ёши 60дан катта ёшдагиларда эса мазкур касаллик 100 фоиз кузатилади (Синяченко О.В. 2017.).

Шунинг учун мазкур касалликни даволаш тиббиётнинг энг долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади.

Дори дармонларсиз даволаш оддий, барча аҳоли қатлами учун имкониятли, кам харажатли ва қўлланилиш жараёнида ноҳуш ҳолатлар энг кам кузатилади.

Дори-дармонларсиз даволаш усуллари: парҳез ёрдамида даволаш, психотерапия, кинезотерапия, массаж, мануал терапия, рефлексотерапия, саунотерапия, оксигенобаротерапия, физиотерапия ва курорт-санаторияларда даволаниш тавсия этилади.

Парҳез ёрдамида даволаш. Диета иборасини парҳез деб тушунамиз. Амалда диета – ҳаёт тарзи маъносини англатади.

Яъни, диета кенг қамровли маънога эга бўлиб, биз ҳаётда ёшимиз, кундалик ҳаётдаги меҳнат жараёни, фаслга кўра меъёрида овқатланмоғимиз зарур. Шундагина чиройли ва ҳушқомат ҳамда енгил ҳаракатда бўламиз.

Мазкур тоифадаги беморларга овқатланишда қўйиладиган талаблар: организм учун зарур аминокислоталарга бой оқсиллар билан таъминлаш, овқат таркибида ҳайвонлар ёғини чеклаш, углеводлар улушини камайтириб ва осон ҳазм бўлувчи метаболитлар билан тўлдириш, ош тузи улушини камайтириш, яъни овқатни кам тузли қилиб тайёрлаш, овқат таркибида витаминлар бўлишига эътибор бериш, ошқозон-ичак йўлларида истеъмол қиладиган овқатни осон ва енгил ҳазм бўлишини таъминлаш, яъни тўйиб овқат емаслик ҳамда кам ва тез-тез (кунига 4–6 марта) овқатланишни таъминлаш.

Касаллик безовта қилаётган даврда овқат таркибида ош тузини камайтириб, калий тузларини мева ва сабзавот ҳисобига тенглаштириш. Айниқса, дори воситалари қабул қилаётган беморларда натрий тузлари ушланиб пешоб билан калий тузлари кўп миқдорда ажралиб чиқиши кузатилади. Узоқ муддатларга мунтазам равишда кальцийга бой пишлоқ ва творог тавсия этилади. Овқатланишда аскарбин кислота ва биофлавоноидлар танқислигини бартараф этиш учун қора смородина, наъматак, ширин булғор қалампир, олма, лимон, кўк чой, гуруч, гречка, буғдойли бўтқалар тавсия этилади.

Беморларга ман этилади: гўштли ва балиқли қовурмалар, ёғли гўшт, чўчка гўшти, мол чарвиси, қўй ёғи, консервалар, мариновкалар, музқаймоқ, аччиқ чой, кофе, спиртли ва энергетик ичимликлар истеъмол қилиш қатъиян ман этилади.

Беморлик даврида бир ой муддатга чекланган парҳез – гуручли, гўштли овқат зайтун ёғи билан қайноқ сув ва шакар (30 г) тавсия этилади.

«Эскимослар» парҳези ўзига хос қизиқарли. Уларда бўғим оғрик касаллиги қарийб кузатилмайди. Улар асосан балиқ маҳсулотлари билан овқатланишади. Сут ва гўшт маҳсулотлари билан тайёрлан-

ган овқат истеъмол қилмайдилар. Мазкур халқ аҳолиси дунёда узок масофада энг тез югурувчилар ҳисобланишади.

Бугунги кунда алиментар оч қолиш усули кенг муҳокамада турибди. Оч қолиб даволаниш ўртача 2–3 ҳафта, семизлик I–III даражаси ҳамда вазни оғир кишилар учун тўрт ҳафта тавсия этилади.

Мазкур муддат ўртача аста-секинлик билан сифат ва миқдор жиҳатдан кўпайтирилиб борилади.

Кўпгина беморларда оч қолиш даврида кўнгил айниш, уйқунинг бузилиши, бош оғриқ, бош айланиш, ҳолсизлик кузатилади. Лекин бу ҳолатларни ирода ва сабр-тоқат билан енгиш мақсадга мувофиқ бўлади.

Организм учун зарур миқдордаги суюқликга бўлган талабни гиёҳли чой, мевали шарбатлар, нок ва сабзи шарбатлари билан қаноатлантириш тавсия этилади.

Шунда беморларда оғриқ камайиб, мустақил юриши эркинлашади. Фақат подагра билан оғриган беморларда кун бўйи оч юриш мумкин эмас. Лекин ҳафтага 1–2 кун енгиш овқатланиш творог-кефир ёки сут-кефирли кун билан яшаш маъқул.

Психотерапия — таянч-ҳаракат аъзолари касалланган беморлар олдингидек ижтимоий фаолият билан яшай олмасликлари, оиладаги иқтисодий етишмовчиликлар, руҳий қийналишларга сабаб бўлади.

Шахснинг касаллигига нисбатан руҳан ёндошуви 4 та типга бўлинади. Гармоник (касалликни тўғри, рационал равишда руҳан соғлом ақл билан ёндошиб) касалликнинг фаол ҳаракатини сақлаб енгишга ҳаракат қилади. Депрессив ҳолат — доимий хавотир, ишончсизлик ва соғайиб кетишга ҳамда даволаш муолажаларининг самарадорлигига ишончсизлик билан ёндошади. Невростеник-атрофдагиларга ишончсизлик билан хавотирпаршон муомалада бўлади. Нисбатан аҳволи яхшиланса ҳам ўзига ишончсизлик билан яшайди. Аралаш юқоридаги барча ҳаракатлар мазкур типдаги беморларда намоён бўлади.

Беморни руҳан даволашда унинг жисмоний ҳолатини яхшилаш, мушаклар зўриқишини бартараф этиш, даволаш зарурати ва



фойдали бўлишлигига ишонч ҳосил қилдириш. Рухан бардамлик, кўрқув ҳиссини йўқотиш, оилада ва ижтимоий ҳаётда ўз ўрни борлигига ва даво муолажаларига ишонч билан қараш кўникмаларини ҳосил қилиш.

Мазкур кўникмаларни ҳосил қилиш учун психотерапевт Со-кратов усулидан кенг фойдаланилади, яъни врач беморни асаббу-зарлик, кўрқув ҳиссиётларини ўз-ўзига ишонч ҳосил қилиш билан рухий зўриқишлар фойдасиз эканлиги, барча диққат-эътиборини жамлаб, оғриқли ҳолатларни сабр-тоқат билан енгиб, доимо ҳара-кат билан яшашга чорлайди.

Кинезотерапия – ҳаракат ёрдамида даволаш. Мушаклар қисқа-рувчанлигини ошириш ва бўшаштириш ҳамда ҳаракат ҳажмини кўпайтиришга қаратилган жисмоний машқлар мушаклар кучини ошириб, жисмонан кундалик ҳаракат лаёқатлигини тикланишига ва бўғимларда оғриқни камайтиришга эришиш мумкин.

Жисмоний машқлар марказий нерв тизимини стимуллаш ҳи-собига моддалар алмашинувини меъёрига келтириб ички аъзолар фаолиятини яхшилашга ёрдам беради.

Даволаш жисмоний машқларини бажаришда қуйидагиларга эътибор бериш лозим: умумий ва махсус йўналишдаги машқлар-ни бажариш, нагрукани аста-секин ошириб бориш, жисмоний машқларни ёш ва касаллик характериға кўра индивудал танлаб мунтазам ва узлуксиз шуғулланиш.

Даволаш физкультура машқларни қўллашда вазифалар. Орга-низмнинг резерв имкониятларини ишга солиш, ремиссия даврини узайтириш, организмдаги патологик жараённи сусайтириш ёки бузиш, организмни функционал ҳаракатга мослаштириб меҳнатга лаёқатини тиклаш.

Меъёрли юриш ва сайр қилиш: мустақил юриш даволаш жисмо-ний машқларнинг табиий формаларидан бири бўлиб, беморларга реабилитация (тиклаш) даврида юрак-қон томир фаолиятини ях-шилаш, соғломлаштириш мақсадида организмнинг функционал имкониятларини кенгайтириш тавсия этилади.

Сайр қилиб юриш жараёнида модда алмашинуви жараёни, қон ва нафас фаолияти нисбатан жадаллашиб беморнинг рухий-асаб тизими яхшиланади.

Пиёда юрганда оёқ мушакларининг навбат билан бўшашиб зўриқиши қон ва лимфа айланишига ижобий таъсир кўрсатиб оёқда қоннинг димланишига қарши тайзиқ кўрсатади. Жисмоний нагрузкалар аста-секинлик билан кўпайтирилиб, масофа узайтирилиб, юриш тезлиги кўпайтирилиб борилади.

Пиёда юриш тўғри ва текис йўлда ўтказилиб, маршрут 1000 метрдан бошланиб сўнг 2000 метр ва организм одатлангач 3000 метрга етказилади.

Даволашнинг бошланғич даврида бемор ўзининг одатланган юриши билан ҳаракатланиб организмда нохуш ҳолатлар кузатилмаганда 3—5 кундан сўнг масофа 500—1000 метрга етказилиб, юриш тезлигини ошириб, дам олиш дақиқаларини камайтириб борилади.

Қуйидаги тезликда юриш вариантлари тавсия этилади:

жуда секин юриш – минутига 60—70 қадам, ёки соатига 2,5—3 км;

секин юриш – минутига 70—90 қадам ёки соатига 3—3,5 км;

ўртача юриш – минутига 90—120 қадам ёки соатига 4—5,6 км;

тез юриш – минутига 120—140 қадам ёки соатига 5,6—6,4 км;

жуда тез юриш – минутига 140 қадамдан кўпроқ юриш, соатига 6,5 км дан кўп юриш.

Жисмоний ҳаракатлар фаоллигини ошириш фақат даволовчи шифокор тавсияси ва даволаш шифобахш машқлар бўйича инструктор назоратида бажарилади.

Спорт ўйинлари ва велоспорт касалликнинг олдини олиш ва тиклаш жараёнида самарали усуллардан ҳисобланади. Айниқса, кекса ёшдаги беморлар учун велосипедда ҳаракатланиш ва сувда сузиш нисбатан фойдали ҳисобланади.

Массаж – уқалаш-қадимдан қўлланилиб қилинаётган муолажа ҳисобланади. Даволаш мақсадида қўлланиладиган уқалаш-организмга силаш, суртиш, чиниқтириш, тўлқинли (вибрация), чайқатиш, тебратиш каби механик ҳаракат усулида қўлланилади. Механик усулда таъсир этиш қўл билан бажарилса—мануал уқалаш,

махсус аппаратлар ёрдамида – аппаратли массаж қўлланилади. Массаж маҳаллий ёки умумий тарзда қўлланилади.

Маҳаллий ёки ўчоқли уқалаш маълум бир сегмент, қўл, кафт, бўғим, бармоқларни уқалаш. Умумий уқалаш – бутун гавда сатҳи массаж қилинади. Массаж қўлланилганда мушаклар тонуси яхшиланиб қон ва лимфа айланиш яхшиланади, катоболитлар (пешоб билан) чиқиб кетиши яхшиланади, репаратив жараён кучаяди.

Мануал даволаш – консерватив даволашнинг қадимий усулларидан бири ҳисобланади. Уқалаш (массаж) кўринишида мобилизация, манипуляция, постизолитрик (бўшаштирувчи) кўринишда бўлиб, бемор ўзи мустақил бажариши мумкин. Мобилизация уқалашда бўғимларда ҳаракат максимал даражада бажарилиши лозим.

Физиотерапия – бўғим касалликларини суъний яратилган физик омиллар ёрдамида даволашда электр токи, гальванизация, электрофорез, электростимуляция, электр ва магнит майдони ёрдамида даволаш, франклиннизация, магнитотерапия, индуктотерапия, фототерапия-лазеротерапия, инфрақизил, ультрабинафша, ультратовуш қўлланилади.

Физик омиллар тери орқали сўрилиб организмда кечаётган биологик жараёнларни стимуллайди ҳамда мўътадиллаштиради.

Термотерапия – парафин, озокерит, кум, тупрок, нафталон, оғриксизлантирувчи таъсир этиб организмда терморегуляция жараёнини яхшилайдди.

Замонавий физиотерапиянинг илмий жиҳати шифокор таъинч-ҳаракат аъзоларининг касаллик патогенезини ва физик омилларнинг таъсир механизмини чуқур билиши даволаш муолажаларини тўғри танлашга ёрдам беради.

Псаммотерапия – қиздирилган кум (грекчадан psammo – кум, тупрок) бўғим касалликларида умумий ва маҳаллий (55–60) ванна кўринишида (1–1,5 соат) тавсия этилади.

Санатория ва курортларда даволанишда табиий омиллар-климатик, бальнеологик, балчикли, минерал сувлар ва қўшалок омиллар тоифасига бўлинади. Мазкур даволаш омилларини тавсия этишда

муолажа дозаси, кўллаш тартиби фасл даврига кўра тўғри танла-  
ниб, касалликнинг ремиссия даврида тавсия этиш юқори самара  
беради.

Табиий омиллар организмнинг локамотор апаратининг (нерв,  
гуморал, гормонал) функционал ҳолатини яхшилайдди, моддалар  
алмашинуви жараёнини мўътадиллаштиради, организмнинг таби-  
ий қаршилик кучини кучайтириб, йўлдош касалликларнинг таъсир  
омилини заифлаштиради.

Самарқанд вилоятида «Нагорный» санаторияси таянч-ҳаракат  
аъзолари касалликларини даволашда энг маъқул санатория ҳисоб-  
ланади. Чунки, сув таркибида радон элементининг мавжудлиги да-  
волаш самарадорлигини оширади. Радон ёрдамида даволаш XX аср  
бошларидан маълум бўлиб, сувли ванна сифатида энг паст дозаси (5  
нКи/л) ва истеъмол (ичиш) учун (200 нКи/л) тавсия этилади. Радон-  
ни тавсия этишда дозиметрик ва гигиеник текширувларга қатъий  
амал қилиб, унинг қуйидаги асосий жиҳатларига эътибор берилади:

1. Ванна кўринишида фойдаланилганда унинг тери эпидерми-  
сида йиғилиши, ичганда ошқозон шиллик қаватида, ингаляцияда  
ўпка ва буйракда йиғилиши.

2. Бошқа аъзолар суткалик нурланиш дозасидан кам даражада  
нурланиши.

3. Радонли муолажаларда тўқималарнинг қисқа вақтли нурла-  
ниши (3 соатдан сўнг таъсир самарадорлиги йўқолади).

4. Нозик аъзоларга абсолют кам даражада (0,001 дан 0,05 бэр-да-  
волаш курси давомида) таъсир этиши;

5. Организмга табиий мавжуд нур дозасининг жуда кам қисми  
организмга таъсир этадики, бу ҳолат ягона ҳал қилувчи даволаш  
омили ҳисобланади.

Даволашда турли (40, 100, 200, 400 нКи/л) режимида (10–12–14  
сеанс) 15 минутдан тавсия этилиб, оптимал вариант 40 нКи/л ҳи-  
собланади.

## ИЛОВА

### Ревматоидли касалликлар билан оғриган беморлар учун парҳез

*Овқатланиш принциплари.* Ревматик касалликлар билан оғриган беморларнинг овқатланиш тартиби овқат маҳсулотларига бўлган физиологик талаблар ва инсон саломатлиги учун зарур бўлган энергия манбаи ҳисобига тавсия этилади. Шунингдек овқат таркибидаги оксиллар, ёғлар ва углеводлар касалликнинг кечиши, босқичи, даражаси ва метаболик бузилишлар характери ҳисобга олиниб ўзгартиришлар киритилиши мумкин. Мазкур касалликларда овқатланиш нафақат куч-қувватни таъминлаш манбаи, балки ҳақиқий даволаш усули ҳам ҳисобланади. Даволовчи овқат рационали даволаш столи ёки диета (парҳез) деб аталади. Диета ибораси парҳез эмас, балки грек тилидан – «ҳаёт тарзи» маъносини англатади. Диета билан даволашда тенг томонлама мувозанатлаштирилган овқатланиш назарияси кўзда тутилиб соғлом одам организмнинг оксиллар, ёғлар ва углеводларга бўлган физиологик талаби ёши, касби, кундалик ҳаёт тарзи ҳисобга олиниб белгиланади.

Овқат юқори сифатли янги маҳсулотлардан тайёрланмоғи муҳимдир. Зарурат бўлганда белгиланган рецептура бўйича технологик талабларга риоя қилган ҳолда янги маҳсулотлардан тайёрланган диетик консервалардан фойдаланиш мумкин. Бу йилнинг исталган фаслида беморни мева ва сабзавотлар таркибидаги витаминлар билан таъминлаш билан бирга овқат тайёрлаш учун сарфланадиган вақтингизни қисқартиради. Ревматик касалликларда биологик фаол қўшимчалардан (БФҚ): балик ёғи, қора смородина уруғидан тайёрланган ёғ, денгиз маҳсулотларидан тайёрланган ёғлар, янги зеландия миди, чеснок, асал,

витами́нлар, селен ва унинг тузлари нисбатан самаралироқ ҳисобланади.

Даволаш кулинарияси ўзига хос хусусиятларга эга, бемор иштаҳаси паст, маҳсулотлар тури ва менюси эса чекланган бўлиб, зираворлар тақиқланади. Парҳез овқат кўтаринки руҳ ва билим билан тайёрланганда мазали бўлади. Овқатнинг ташқи кўринишини безаш ҳам муҳим аҳамиятга эга. Иситилган кечаги овқат эмас, балки янги тайёрланган овқат иштаҳани кўтарди. Овқатни турли-туман кўринишда тайёрлаш муҳим аҳамиятга эга бўлиб ҳам иштаҳани очади ва фойдали ҳисобланади. Озгина фантазия қўллаб, оддий хом шўрвани ҳафта давомида кўринишини ўзгартириб иштаҳани очадиган қилиб дастурхонга тортиш мумкин. Биринчи марта қайнатилган сабзи қўшиб, иккинчи марта қизил лавлаги, учинчисида шолғом (ёки кўк нўхат ва ҳ.к.) қўшиб тайёрлаш мумкин. Турли донли маҳсулотлардан тайёрланган сутли шўрвалар нисбатан фойдали ҳисобланади. Барча сабзавот маҳсулотларидан, жумладан кабачкилар, қовоқ ва шолғомдан фойдаланиш мумкин. Парҳез овқатлар учун тайёрланадиган бўтқалар нисбатан узокроқ: донли бўтқалар – 3 соатгача, гречка – 2 соат, гуруч ва сули – 1,5 соат қайнатиш мақсадга мувофиқ бўлади. Энг тежамлиси парҳез ва болалар овқати учун гуруч, гречко, сули унларидан қисқа вақтда (қайнагандан сўнг 15 минутда) тайёрлаш мумкин. Ҳар қандай ёрмадан кофе майдалагич бўлса ун тайёрлаш мумкин. Парланган котлетлар иссиқ муҳитда 20 минут ишлов берилади. Агар 200 грамм гўшт бўлса – суви қайнагандан бошлаб 40 минутдан сўнг олиш, 500 грамм бўлса – 1,5 соатдан сўнг, 1 кг гўшт бўлса – 2 соатдан сўнг олиш тавсия этилади. Ёш товук гўшти 1 соат, жўжа гўшти 25–30 минут қайнатилиши мақсадга мувофиқ бўлади. Картошка, сабзи, лавлаги ва бошқа маҳсулотларни истеъмол қилиш олдидан тозалаб олиш керак. Ювиб тозалангач сувга солинганда минерал тузлар ва витаминлар таркиби бузилиб улуши камади.

Сабзавотлар қайнаб турган сувга солиб (картошка ва сабзи – 25–30 минутдан сўнг) ўз вақтида оловдан олинганда нисбатан овқат ҳам мазали, ҳам тотли бўлади. Тузсиз парҳез овқатларни таъмини яхшилаш учун иккинчи димланган овқатга енгил қовурилган пиёз, соус, кўкатли шўрваларга истеъмол учун уксус, лимон ёки тоmat шарбатлари қўшиш мумкин. Парҳез овқатларга ўткир зираворлар: горчица, хрен, мурч ва қалампирлар истисно қилинади. Овқат чучук бўлмасдан хуштаъм қилиш учун лимон, сабзавот ёки анор шарбати билан тайёрлаш тавсия этилади.

Ун ва сут маҳсулотларидан тайёрланган макарон турларига ёки творогга янги ёки қуритилган мевалардан тайёрланган ярим суюқ кисел, мевали консервалар, шарбатлар, сут ва қаймоқ қўшиб тайёрланса яхши уйғунлашади.

Агар шакар, асал, мураббо ёки конфетлар тақиқланган бўлса учинчи овқатга ксилит ёки сорбит (суткасига 30 граммдан кўп эмас) қўшиб тайёрлаш мумкин.

Гўшт ва балиқ маҳсулотлари қайнатилган ҳолда тайёрланади ва маҳсулот таъмини сақлаб қолиш учун жуда ортиқча қайнатиб юбормаслик керак. Овқат маҳсулотларини майдалаш учун гўшт майдалагичдан фойдаланилади.

Дон маҳсулотларидан юмшоқ бўтқа тайёрлаш учун яхшилаб ювгандан сўнг духовкали шкафга қуритиб, кофе майдалагичда майдалаб тайёрлаш мумкин.

*Ревматоидли артритда парҳез овқатланиш.* Ревматоидли артритда парҳезли овқатланиш икки хил турда бўлиши мумкин:

Овқат маҳсулотларининг маълум бир турлари чекланган ёки бутунлай тақиқланиб даволаш мақсадида тавсия этиладиган парҳез.

Кўшимча тўлдирувчи парҳез. Озиқ-овқатга кўшимча деб аталадиган турли нутриентлар тавсия этилади.

Биринчи парҳез билан даволашда касалликнинг баъзи аломатларни пайдо бўлишига сабаб бўлувчи айрим маҳсулотлар-

ни чеклаш ёки бутунлай тақиқлаш зарур бўлади. Парҳез овқат беморларнинг клиник ва лаборатор кўрсаткичларининг ёмонлашувига, кўпроқ дон ва сут маҳсулотлари сабаб бўлади. Яллиғланишнинг хуруж қилишига кўпроқ маккажўхори, дуккакли (ловия, нўхат, мош) маҳсулотлар, цитруслар, сули, рож, чўчка гўшти ва ёғи сабаб бўлиши туфайли тавсия этилмайди.

Юқоридагиларни инобатга олган ҳолда турли мамлакатларда беморлар учун табиий парҳез овқатлар тавсия этилади. АҚШда химиявий кўшимчалар истисно қилинган консервантлар, цитруслар, қизил гўшт, шифобахш ўтлар ва сут маҳсулотларидан иборат Донг парҳези тавсия этилади. Эскимосларнинг парҳез овқати қизиқарли бўлиб, уларда ревматоидли артрит касаллиги кузатилмайди. Улар асосан балиқ, балиқ ёғи ва парранда гўшти билан овқатланадилар. Улар овқатининг таркибида ҳайвон ёғи ҳамда сут маҳсулотлари чекланган. Скандинавия мамлакатларида сутли-вегетарианча парҳез овқатланиш оммавийлашган. Шунингдек беморлар йиллар давомида фақат вегетарианча овқатланиб ўз аҳволларини яхшиланганлигини таъкидлайдилар. Вегетарианча парҳез сутли-вегетарианча ёки фақат мева-сабзавотли парҳез овқат билан характерланади.

Фин ревматологлари лактобациллалар билан тўйинтирилган совуқ сабзавотли парҳез таом («тирик овқат») тавсия қиладилар. Овқат таркибида ярим ишланган (полифабрикат) масаллиқлар ва туз истисно қилинган. Аксарият овқат маҳсулотлари (уруғ, турли дон маҳсулотлари) ферментлаштириб фақат механик ишлов берилади, холос. Парҳез овқатга макро- ва микроэлементлар (темир, рух), витаминлар-антиоксидантлар (С ва Е) ва ниацин кўшиб тайёрланади. 7–10 кунлик оч қолиш сеанслари қўлланилиб, сўнг вегетарианча парҳезга ўтилади. Беморни сув ва микроэлементлар билан таъминлаш учун шифобахш ўтлар билан тайёрланган чой, мева ва сабзавотлардан (сабзи, нок, олма, аралаш сабзавотлардан) тайёрланган шарбатлар тавсия этилади.



Ревматоидли артрит билан оғриган беморларга тавсия этиладиган овқат маҳсулотларига кўйилган талаблар:

1. Бемор организмни овқат маҳсулотларига ва энергияга бўлган эҳтиёжини тўла-тўқис таъминлаш.

2. Кундалик рационга эҳтиёжга яраша физиологик оксиллар ва мувозанатлаштирилган аминокислоталар кўшиб тайёрлаш.

3. Рациондан углеводлар улушини енгил ҳазм бўладиган ва ярим фабрикатли углеводлар ҳисобидан камайтириш.

4. Парҳезда ёғларнинг умумий улушини ҳайвон ёғлари ҳисобидан камайтириш (ҳайвон ва ўсимлик ёғларининг ўзаро нисбати – 1,2:1).

5. Организмга овқат билан витаминларни оптимал миқдорда, айниқса антиоксидантлар (С ва Е) бўлишини таъминлаш.

6. Парҳез овқатга махсус маҳсулотлар (оксиллар ва камқонликка қарши масалликлар: қизил лавлаги, қора узум (майиз) тавсия этиш.

Ош тузи улушини кескин камайтириш.

Кунига кам-кам ва тез-тез (5–6 марта) овқатланиш.

*Подаграда парҳез овқатланиш.* Подаграда парҳез овқатланиш тавсия этишдан мақсад пурин бирикмалари мавжуд маҳсулотлар истеъмол қилинишини чеклаб диурезни кўпайтириш ҳисобига буйракдан сийдик кислота ажралиб чиқишини кучайтиришдан иборат. Беморнинг вазнига кўра овқат маҳсулотларининг энергетик қийматини пасайтириш тавсия этилади. Оксилларнинг динамик таъсири эндоген сийдик кислотасининг ҳосил бўлишини стимуллайди. Шунинг учун парҳез овқат таркибидан оксиллар улушини (1 кг вазн ҳисобига 0,8–1 грамм) камайтириш тавсия этилади. Худди шундай ёндошув ёғ ва углеводларга нисбатан ҳам қўлланилади. Чунки ёғлар организмдан уратлар ажралиб чиқишига салбий таъсир кўрсатади. Шунинг учун касаллик даражасига кўра 1 кг вазн ҳисобига 0,8–1 г.гача

тавсия этилади. Беморлар овқатини витаминлар (аскорбин кислота, ниацин, рибофлавин) билан бойитиш муҳим аҳамиятга эга. Сийдик кислотанинг парчаланиб организмдан чиқиб кетишига таркибида ишқорлар кўп бўлган мевалар (айниқса ўрик) ижобий таъсир кўрсатади ва кўпроқ тавсия этилади.

Юрак-қон томир ва буйрак тизими томонидан қарши кўрсатмалар кузатилмаганда сийдик бирикмаларини организмдан ювиш мақсадида кўп миқдорда суюқликлар (камида 2,5–3 литр-гача) мева, сабзавотлар шарбати, лимонли сув, наъматак дамламаси, сут, шифобахш ўтлардан тайёрланган чойлар тавсия этилади. Тузлар тўқималарда сувнинг ушланиб қолишига ва шу тариқа буйракдан сийдик бирикмаларининг ажралиб чиқишига тайзик кўрсатади. Тузли (шўр) таомларни истеъмол қилиш урат тузларини тўқималарда чўкиб қолишига сабаб бўлади. Шунинг учун овқат таркибидан туз миқдорини чеклаш муҳим аҳамиятга эга.

Подаграда овқатланиш меъёрларига М.И.Певзнер бўйича №6 стол талаблари жавоб беради (20-жадвал).

*20-жадвал.*

**Парҳез №6 бўйича бир кунлик намунавий меню**

Эрталабки нонушта	Қаймоқ, сабзавотли салат, сут билан чой
Иккинчи нонушта	Буғланган табиий омлет, наъматак димламаси
Тушлик	Сабзавотлар термасидан вегетариан шўрва, творог, мевали шарбат (компот)
Тушдан кейин	Мевали шарбат
Кечки овқат	Димланган сабзи қароли билан, лимонли чой
Оқшомга	Кефир

Подагра билан касалланган беморларга тавсия этиладиган овқат маҳсулотларининг характеристикаси

Маҳсулотлар	Тавсия этилади	Тақиқланади
Нон	Оқ нон ва қора нон	-
Шўрвалар	Сабзавот ва крупа қўшилган вегетариан шўрвалар, карамли ва кўкатли шўрва, мастава, айрон, сутли шўрва	Мол гўшти, жўжа, қўй, чўчка гўшти, буйрак, жигар, консервалар, колбаса
Гўшт ва парранда	Мол гўшти, қуён, товук, индук, қайнатилган, ҳафтасига 2 марта	Бузоқ, жўжа, чўчка, қўй гўшти, буйрак, жигар, дудланган колбаса, консервалар.
Балик	Ёғсиз сортли қайнатилган, ҳафтасига 1–2 марта	Ёғли, тузланган, дудланган балик консервалари
Тухум	Кунига (исталган вариантда тайёрланган) битта тухум	-
Сут ва сут маҳсулотлари	Табиий сут, кефир, табиий творог	Ўткир, тузланган пишлок, бринза.
Дон ва макарон маҳсулотлари	Ёрмалар ва макарон турлари (исталган вариантда тайёрлангани)	Дуккаклилар (ловия, нўхат, мош)
Сабзавотлар	Картошка, лавлаги, сабзи, кабачка, қовоқ, помидор, бойимжон, ширин булғор қалампери, бодринг, карам	Салат, ревоқ, отқулоқ, исмалоқ
Мевалар	Барча мевалар, иссиқлик билан ишлов берилган (қуритилган) барча турлари, шакар, асал, мураббо	Анжир, малина, шоколад
Ичимликлар	Чой, кофе сут билан, мева ва сабзавот шарбати, наъматақ қайнатмаси	Аччиқ чой ва кофе, какао, спиртли ичимликлар
Соуслар	Сабзавот қайнатмаси, томатли, қаймоқли, сутли, ванилин	Ўткир, шўр газаклар, дудланган егуликлар, колбаса, консерва
Ёғлар	Сариқ ёғ, ўсимлик ёғи	Қўй, чўчка, мол ёғи

## Рамзий қисқартмалар

- АС – анкилозланувчи спондилоартрит  
ГКГ – глюкокортикоид гормонлар  
ГПО – глатионпероксидаза  
ДМСО – диметилсульфоксид  
КО – ксантинооксидаза  
КТ – кальцитонин  
СК – сийдик кислота  
МРТ – магнит-резонанс-томография  
МС – метаболик синдром  
МЭ – микроэлемент  
ЯҚНП – яллиғланишга қарши ностероид препаратлар  
ОК – отокальцин  
ОП – остеопороз  
ПА – подагра артрити  
РА – ревматоидли артрит  
РНК – рибонуклеин кислота  
РФ – ревматоидли фактор  
ҚД – қандли диабет  
ЦОГ – циклооксигеназа  
ЭТЗ – эритроцитар-тромбоцитар звено

## 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, №12, 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., № 5. – С.: 30–36.
3. Бабаскин, Д.В. Комплексная фито- и физиотерапия в реабилитации больных. // Монография Д.В.Бабаскин. – М.: Янус-К, 2013. – 256 с.
4. Бадюкин В.В. Остеоартроз коленного сустава: клиника, диагностика, лечение. // Современная ревматология., №3. 2013., С.: 70-76.
5. Бадюкин В.В. Значение воспаления в развитии и течении остеоартроза. // Consilium Medicum. – 2009. – Т. 11. – № 9. – С.:145–148.
6. Барановский А.Ю., Лиля А.М., Зоткин Е.М. Основы лечение профилактика болезней суставов. Диалект Санкт-Петербург, 2006., 313 стр.
7. Биляева Э.А., Абдиева О.С. Эффективность комплексной терапии с применением инъекционной формы хондроитин сульфата и гиалуроната натрия при остеоартрети коленного сустава // Терапевтический АРХИВ., №5, 2019., 98–102 стр.
8. Луи Соломон, Дэвид Уорик, Селвадураи Ньягам. Ортопедия ва травматология ЭПЛИ буйича (инглиз тилидан профес-

сор Р.М.Тихилов таҳрири остида таржима), Москва, 2015., 732 с.

9. Мазуров В.И., Барановский А.Ю., Лиля А.М., Зоткин Е.М. Бўғим касалликларини даволаш ва профилактикаси / Санкт-Петербург, 2006., 313 с.

10. Павлова В.Н., Павлов Г.Г., Уостак Н.А., Слуцкий Л.И. Бўғим. Морфологияси. Клиникаси. Диагностикаси. Даволаш., Москва, 2011., 549 с.

11. Синяченко О.В. Бўғим касалликларини ташхислаш ва даволаш. Донецк – Санкт-Петербург, 2012., 559 с.

## МУНДАРИЖА

<b>СЎЗБОШИ</b> .....	3
<b>КИРИШ</b> .....	5
<b>ТАРИХИЙ МАЪЛУМОТЛАР</b> .....	7
Касалликнинг этиологияси.....	13
Касалликнинг патогенези.....	16
Остеоартрозни даволашда бир неча йўналишлар фаркланади .....	22
Остеоартроз босқичларининг классификацияси.....	23
Клиник текшириш усуллари.....	24
Беморларни консерватив даволаш усуллари.....	33
Дори-дармонлар билан даволаш усуллари.....	38
Фито-витаминли микроэлементлар билан даволаш.....	40
Оксигенотерапия.....	44
Даволашда жисмоний машқлар қўллаш.....	46
Даволаш натижаларни клиник баҳолаш усули.....	50
Артроз оғирлигини баҳолаш.....	53
<b>ДЕФОРМАЦИЯЛОВЧИ АРТРОЗ</b> .....	59
Этиологик омиллар.....	60
Остеоартрозда тоғайлар патоморфологияси.....	62
Остеоартрознинг клиник манзараси.....	63
Остеоартрозда асосий рентгенологик аломатлар.....	66
Даволаш усуллари.....	68
Физиотерапия.....	70
Дори-дармонлар билан даволаш.....	71
<b>УМУРТҚАЛАР ОСТЕОХОНДРОЗИ</b> .....	73
Этиологияси ва патогенези.....	73
Клиник манзараси ва тапхислаш.....	76
Бўйин остеохондрози.....	77
Кўкрак остеохондрози.....	78
Бел умуртқалари остеохондрози.....	78

Рентгенолгик текширувлар.....	81
Даволаш усуллари.....	83
Дори - дармонлар билан даволаш.....	85
Оксигенобаротерапия.....	86
Ортопедик даволаш.....	86
Жаррохлик усулида даволашга кўрсатмалар.....	87
<b>РЕВМАТОИДЛИ АРТРИТ</b> .....	89
Клиник манзараси.....	89
Ревматоидли артритда бўғим атрофи ва ички аъзоларнинг касал- ланиши.....	93
Ревматоидли артритни ташхислаш меъёрлари.....	94
Ревматоидли артрит классификацияси.....	94
Ревматоидли артритни даволаш.....	98
Апликацион ўчоқли даволаш.....	107
Ферментлар ёрдамида даволаш.....	109
Бўғим касалликларини даволашнинг эфферент усуллари.....	111
Катта бўғимларнинг артроз касалликларини дори-дармонларсиз даволаш.....	117
Фойдаланилган адабиётлар.....	132



**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ  
ОЛИЙ ТАЪЛИМ, ФАН ВА ИННОВАЦИЯЛАР  
ВАЗИРЛИГИ  
САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ  
УНИВЕРСИТЕТИ**

**Аъзам АҲТАМОВ**

**АРТРОЗ ВА АРТРИТЛАР  
(Монография)**

Муҳаррир: Н.Намозова.  
Мусахҳих: П.Омонова.  
Дизайнер: Б.Жонтемиров.

Нашриёт лицензияси: АІ № 332, 26.01.2018.  
Босишга 2024 йил 20 мартда рухсат этилди.  
Бичими 60x84 1/16. Times New Roman гарнитураси.  
Офсет босма усулида босилди.  
Шартли босма табоғи 8,5.  
Адади 100 нусха. 4-рақамли буюртма.

«ZAKOVAT-PRINT» ХК босмахонасида чоп этилди.  
Тошкент шаҳри, 3.Розий кўчаси, 24 уй.



**Аъзам АХТАМОВ** — Самарқанд давлат тиббиёт университети травматология-ортопедия кафедраси доценти, тиббиёт фанлари номзоди. Қирғизистоннинг Бишкек шаҳрида “Уч ёшгача бўлган болаларда учрайдиган чаноқ бўғимининг туғма чиқишини қонсиз даволаш” мавзусида диссертациясини ёқлаган. Тиббиётда умумий иш стажи 42 йил, шунинг 32 йили педагогик фаолиятга бағишланган. Магистратура талабаларига травматология-ортопедия сирларини ўргатиб келмоқда.



TA'LIM-MEDIA

ISBN 978-9910-9534-3-9



9 789910 953439