

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ
САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ**

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

Қўлёзма ҳуқуқида

УДК: 616.72-007.24: 616+008.9-085.2

МАХМУДОВА Мунирахон Сайфиевна

ОСТЕОАРТРОЗДА МЕТАБОЛИК ТЕРАПИЯ

14.00.05 – Ички касалликлар

Тиббиёт фанлари номзоди

илмий даражасини олиш учун ёзилган диссертация

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т И

Тошкент - 2007

Илмий иш Тошкент тиббиёт академиясида бажарилди

Илмий раҳбар: Тиббиёт фанлари доктори, профессор
Ризамухамедова Машҳура Зокировна

Расмий оппонентлар: Тиббиёт фанлари доктори, профессор
Рахимов Шухрат Маликович

Тиббиёт фанлари доктори, профессор
Алиахунова Мавжуда Юсупахуновна

Етакчи ташкилот: Тошкент врачлар малакасини ошириш институти

Диссертация ҳимояси 2007 йил _____ ойининг _____ куни
соат _____ да Тошкент тиббиёт академияси қошидаги Д 087.01.01. сонли
Ихтисослашган Кенгаш мажлисида ўтказилади (Манзил: 700047, Тошкент
шаҳри, Мусахонов кўчаси, 103 уй).

Диссертация билан Тошкент тиббиёт академияси кутубхонасида
танишиш мумкин (Тошкент шаҳри, Мусахонов кўчаси, 103 уй).

Автореферат 2007 йил « ____ » _____ да тарқатилди.

**Ихтисослашган Кенгаш илмий котиби,
тиббиёт фанлари доктори, профессор**

М.Ш.Каримов

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ УМУМИЙ ТАВСИФИ

Муаммонинг долзарблиги. Бўғимларнинг дегенератив-дисметаболик касалликларидан бири остеоартроз (ОА) артрологиянинг етакчи муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда [Цурко В.В. 2004; Насонова В.А. 2005; Goldring M.B. 2000; Mc Alindon T.E. 2001]. Соғлиқни сақлаш соҳаси учун тизза бўғимлари ОАи-гонартроз кенг тарқалганлиги (33,3%), функционал бузилишларга сабаб бўлиши туфайли, катта тиббий ва ижтимоий аҳамият касб этади [Насонова В.А., Фоломеева О.М., 2001; Цурко В.В., 2004]. ОА катталарда кенг тарқалган патология турларига мансуб бўлиб, меҳнатга лаёқатликнинг юқори даражада йўқотилиш ва ногиронланиш сабаблари орасида муқим учинчи ўринни, ҳамда вақтинчалик ишга лаёқатсизлик даражаси бўйича бешинчи ўринни эгаллайди [Боринский С.Ю., 1997, Смирнов А.Н., 1999]. 60 ёшдан катта бўлган аҳолининг 80% ОА дан азият чекади, бунда уларнинг ярмидан ортиқроғида ҳаракат у ёки бу даражада чекланган, 25% и эса асосий кундалик ҳаёт мажбуриятларини эплай олмайдилар [Badley E.M., 1995; Pinkus T. 2001].

ОА патогенезининг энг муҳим жиҳати протеогликан етишмовчилигининг вужудга келиши бўлиб, у оксил, полисахарид комплексларининг деполимерланиб, тоғайни тарк этувчи анча майда бирикмалар ҳосил бўлиши билан намоён бўлади. Бунда хондроцитларнинг функцияси ҳам бузилади, улар стабиллиги камроқ бўлган протеогликанларни (ПГ) синтезлайдилар, тоғайнинг физиологик хусусиятларини йўқолиши билан кечувчи эрозия ва дарзлар пайдо бўлади [Некачалов В.В., 2000].

Ностероид яллиғланишга қарши препаратлар (НЯҚП)ни ОАда қўллаш кўплаб ножўя таъсирларга эғалигига ва ҳамма вақт ҳам етарлича самара бермаслигига қарамай, даволашнинг асосий дори-дармонли усули бўлиб қолмоқда [Насонов Е.Л. 2000; Towheed T.E., 1997, Tenenbaum J. 1999, Carpell M.S., Schein J.R. 2000]. Бироқ, НЯҚПларнинг аксарият кўпчилиги гиалинли тоғайдан протеогликанларнинг ювиб чиқарилишига имкон беради, бу эса тоғайнинг дегенерациясини янада чуқурлаштириб, гонартрознинг авж олишига туртки бўлади [Лучихина Л.В., 1998; Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В., Рубакова Э.И., 1999; Градов А.П., Гриневич В.Б., 2000]. ОАда хондропротекторлар билан даволашнинг самарадорлиги ҳақида ҳозирда қарама-қарши фикрлар мавжуд [Лазебник Л.Б., Дроздов В.Н., 2005; Scott D.L., Brooks P. M. 2001].

Мазкур вазият ОА, хусусан гонартрозда даволаш усулларини такомиллаштиришни тақозо қилади.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.

Маълумки, ОАдаги тоғай метаболизмининг бузилишлари замирида коллаген тўрининг барқарорлигини таъминловчи ПГнинг миқдорий камайиши ва сифат ўзгаришлари ётади [Мазуров В.И. 2000]. Сўнгги йиллардаги клиник-иммунологик текширувларда кўрсатилишича, ОА

ривожланиши цитокинларнинг, яъни интерлейкин (ИЛ)ларнинг (ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-10, ўсма некрози омили (ЎНО)- α ва бошқалар) ишлаб чиқарилиши билан патогенетик боғлиқ бўлиб, булар ўз навбатида шикастловчи ферментлар-коллагеназа, стромелизин, ҳамда простагландинлар ва плазминоген активаторларининг ажратиб чиқарилишини амалга оширади [Giacovei G., Escofet D.R., Ruiz P.B. 1996]. Бироқ, гонартрозда прояллиғланиш цитокинларининг патогенетик аҳамиятига оид тадқиқотлар натижалари турличадир.

ОАдаги терапия негизини хондропротектив препаратлардан ташқари, суякларнинг субхондрал қисмларида ва синовийда микроциркуляцияни яхшилаш, тана вазни ва ҳаракат режимини меъёрга солиш [Алексеева Л.И., 2000] билан бир қаторда тоғай матриксидаги дисметаболик силжишлар коррекциясига йўналтирилган метаболик терапия ташкил этади.

Шу боис, ҳозирда ОА да, жумладан гонартрозда, метаболик терапиянинг бўғимлар доирасидаги маҳаллий таъсирини кенгроқ ўрганиш зарурияти юзага келмоқда.

Тадқиқотнинг мақсади. Гонартрозли беморларни комплекс даволашда солкосерил препаратининг самарадорлигини ўрганиш.

Мақсаддан келиб чиқиб, қуйидаги вазифалар белгилаб олинди:

1. Гонартрозли беморларда касаллик кечишининг клиник-функционал хусусиятларни Leken, WOMAC индекси, Likert шкаласи ва беморларнинг функционал динамик ҳолатини халқаро тестлар ёрдамида комплекс равишда ўрганиш.

2. Гонартрозли беморларда прояллиғланиш цитокинлари ИЛ-1 β , ЎНО- α кўрсаткичларини аниқлаш.

3. Гонартрозли беморларда артросонографик ўзгаришларни тадқиқ қилиш.

4. Гонартрозни даволаш мобайнида комплекс терапияда солкосерилнинг клиник-функционал, иммунологик ва морфоструктуравий ҳамда беморларнинг ҳаёт сифати кўрсаткичларига таъсирини ўрганиш.

Тадқиқот объекти ва предмети. Гонартроз билан хасталанган беморлар ва уларни текшириш натижалари.

Ҳимояга олиб чиқиладиган асосий ҳолатлар:

1. Остеоартрозда тизза бўғимининг зарарланиши беморлар ёши, касаллик давомийлиги, рентгенологик босқичи ва тана вазни индексига қараб ўзининг кечиш хусусиятларига эга.

2. ИЛ-1 β ва ЎНО- α прояллиғланиш цитокинлари гонартрозда яллиғланиш-дегенератив жараённинг маркерлари бўлиб, касалликнинг клиник кечишига боғлиқ.

3. Гонартрозни комплекс даволашда солкосерилнинг қўлланилиши патогенетик асосланган, клиник-функционал жиҳатдан мақсадга мувофиқ бўлиб, ҳаёт сифатини яхшилайдиган.

Тадқиқот усуллари. Клиник текширувлар, оғрикни ва функционал фаолликни Leken йиғинди индекси, WOMAC индекси, Likert шкаласи, беморларнинг динамикадаги функционал ҳолатини, беморнинг меҳнатга лаёқатини баҳолаш, қон зардобда прояллиғланиш цитокинлари – ИЛ-1 β ва ЎНО- α ни текшириш, тана вазни индекси (ТВИ) ни аниқлаш, артросонография ўтказиш.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги. Гонартрозли беморларда касалликнинг ривожланиши, клиник кечиши ва авж олишида прояллиғланиш цитокинлари ИЛ-1 β , ЎНО- α билан ўзаро боғлиқлиги илк бор тавсифланди.

Гонартрозда солкосерилнинг комплекс терапияда клиник-функционал, иммунологик самарадорлиги асослаб берилди.

Гонартрозда метаболик терапияда солкосерил қўлланилиши артросонография кўрсаткичларига ижобий таъсир қилиши кўрсатилди.

Ишнинг илмий-назарий ва амалий аҳамияти.

Гонартрознинг ривожланиши, кечиши жараёнида прояллиғланиш цитокинлари ИЛ-1 β , ЎНО- α ларнинг патогенетик ўзаро боғлиқлиги ва даволаш самарадорлигини объектив мезонлари бўлиши мумкинлиги кўрсатилди.

Гонартрозли беморларда метаболик терапияни солкосерил ёрдамида комплекс терапияда қўлланилиши самарадорлиги клиник-функционал, иммунологик ва артросонографик кўрсаткичлар асосида қайд этилиб, унинг қўлланилиши бўйича тавсиялар берилди. Солкосерилни комплекс терапияда гонартрозли беморларнинг ҳаёт сифатига ижобий таъсир этиши кўрсатилди.

Текшириш натижаларининг татбиғи:

Текшириш натижалари Тошкент тиббиёт академияси (ТТА) 1-шифохонасининг ревматология, кардиоревматология бўлимлари, шифохона қошидаги Республика ревматология маркази ихтисослаштирилган амбулатория даволаш курси бўлимининг амалий фаолиятига, даволаш факултетининг 4 курс талабаларига факултет терапия фанини ва 5 курс талабаларига клиник фармакология кафедрасида ички касалликлар фанини ўқитиш жараёнларига татбиқ қилинди. Остеоартрозни даволаш усули (464-сонли гувоҳнома) ва гонартрозни ташхислаш усули (493-сонли гувоҳнома) бўйича рационализаторлик таклифлари киритилди.

Илмий ишнинг апробацияси. Диссертациянинг асосий натижалари «Ногиронларни тиббий-ижтимоий экспертиза ва реабилитацияси долзарб муаммолари» Республика илмий-амалий семинарларида (2004 й. Тошкент), «Иммунология ва вирусологиянинг долзарб муаммолари» Республика илмий-амалий анжуманида (2005 й. Тошкент), «Фундаментал ва клиник иммунология ютуқлари» Республика илмий-амалий анжуманида (2006 й. Тошкент) маъруза қилинди. Тошкент тиббиёт академиясининг тиббий педагогика факултети ички касалликлар пропедевтикаси, гематология, касб касалликлари ва ҳарбий дала терапияси кафедраси, тиббий педагогика факултетининг факултет ва госпитал терапия, шарқ табobati ва стоматология

факултетининг ички касалликлар кафедраси, клиник фармакология кафедраларининг бирлашган кенгашида маъруза тариқасида баён қилинди.

Илмий иш натижаларининг наشري. Диссертация мавзуси бўйича 9 та илмий иш чоп этилди, жумладан: 3 та мақола, 3 та тезис, 2 та рационализаторлик таклифи киритилди ва 1 та услубий қўлланма чоп этилди.

Диссертация ҳажми ва структураси. Диссертация иши 106 бет компьютер ёзувидаги матндан иборат бўлиб, кириш, адабиётлар таҳлили, тадқиқот материали ва усуллари, хусусий тадқиқотлар натижалари ва уларнинг муҳокамаси, хотима қисмлари, хулосалар, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат бўлиб, бунда 181 та илмий манбалардан фойдаланилган. Илмий иш 15 та жадвал, 12 та расм ва 1 та схема орқали ёритилган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Диссертациянинг биринчи боби адабиётлар шарҳига бағишланган бўлиб, ўрганилаётган муаммонинг ҳолати таҳлил қилинган, ОАнинг этиопатогенези ўрганилганлиги даражаси ҳозирда чуқур изланишларни тақозо қилиши, ОАли беморларда метаболик терапия тўлақонли ўрганилмай қолаётганлиги, ушбу даврда тизза бўғими остеоартрози муаммосининг аҳамияти кўрсатилиб, даволашга ёндошишни такомиллаштириш лозимлиги тўғрисида фикр илгари сурилади.

Иккинчи боб клиник текшириш материаллари ва усулларининг тавсифига бағишланади. Клиник кузатувларда гонартроз билан хасталанган 103 та 35 дан 65 ёшгача бўлган бемор (ўртача ёши $51,3 \pm 1,01$) текширувдан ўтказилди. Уларнинг 16 тасини (15,5%) эркаклар, 87 тасини (84,5%) аёллар ташкил этди. Назорат гуруҳида 35 дан 55 ёшгача бўлган (ўртача ёши $45,5 \pm 1,10$) 20 та соғлом кишилар иштирок қилдилар. Текширув 2004-2006 йиллар мобайнида ТТА 1-клиникасининг ревматология ва кардиоревматология бўлимларида, Республика ревматология маркази базасида олиб борилди. Иммунологик текширувлар ЎзРФА Иммунология илмий тадқиқот институтида, артросонографик текширувлари ЎзР ССВнинг онкология илмий марказидаги нур ташхиси бўлимида ўтказилди.

Текширувдан ўтказилган гонартрозли беморларнинг клиник-демографик тавсифга кўра 40 ёшгача 6 та (5,8%) ни; 40 дан 60 ёшгача 80 та (77,7%) ни; 60 ёшдан юқори бўлган беморлар 17 та (16,5%) ни ташкил этди. Касалликнинг давомийлиги бўйича 5 йилгача касал бўлганлар 57 та (55,4%), 6 йилдан 10 йилгача 27 та (26,2%), 10 йил ва ундан ортиқ бўлган беморлар 19 та (18,4%) ни ташкил этди.

Беморлар гонартрознинг рентгенологик босқичи бўйича қуйидагича тақсимланди: I рентгенологик босқични 39 (37,7%), II босқични 60 (58,5%), III босқични 4 (3,8%) бемор ташкил қилди. Биз кузатувга олган беморларда

ТВИ 26 гача 14 (13,5%), 26 дан 29 гача 26 (25,3%), 29 ва ундан юқори 63 (61,2%) ҳолатда кузатилди.

Солкосерил қўлланиб ўтказиладиган метаболик терапиянинг таъсирини ўрганиш мақсадида гонартрозли беморлар III гуруҳга ажратилди: I гуруҳга асосан НЯҚП (29 бемор), II гуруҳга қўшимча хондропротекторлар (41 бемор), III гуруҳга (33 бемор) қўшимча солкосерил олганлар киритилди. I гуруҳдаги беморларнинг ўртача ёши $53,1 \pm 2,3$, II гуруҳда $51,5 \pm 1,2$ ва III гуруҳда $49,5 \pm 1,4$ ни ташкил этди.

Ташхис қўйишда Silman A. J., Hochberg M.C., томонидан (1993 й) ишлаб чиқилган «Гонартроз ташхиси мезонлари»дан фойдаланилди. Унга кўра бўғимлардаги оғриқлар, уларнинг хусусияти ва зўриқиш билан боғлиқлиги, ҳамда рентгенологик белгилари фарқ қилинади. Текширишнинг умумклиник усуллари, бўғимлардаги фаол ва нофаол ҳаракатларда оғриқ ва унинг хусусиятлари, эрталабки қарахтликнинг давомийлиги эътиборга олинди; оғриқни ва функционал фаолликни Lekeп йиғинди индекси, WOMAC индекси, Likert шкаласи, беморларнинг динамикадаги функционал ҳолати ва меҳнатга лаёқатлилигини аниқлаш орқали ўрганилди. Метаболик терапия сифатида солкосерил дори воситаси («Ай Си Эн Свитселенд АГ», Швейцария) суткасига 5 мл дан бир маҳал вена ичига 100 мл 0,9% физиологик эритмада овқатдан кейин юборилди. Даволаш курси 10 кунни ташкил этди.

Беморларда ТВИ аниқланди, қон зардобиди ИЛ-1 β ва ЎНО- α прояллиғланиш цитокинларини иммунфермент усули ёрдамида миқдорий аниқланиб, таҳлил натижасини оптик зичлик ўлчангандан сўнг, калибрланган график бўйича ҳисоблаб топилди ва пг/мл ларда ўлчанди. Бўғимлар рентгенографияси ўтказилди. GE Medical Systems фирмасининг LOGIQ-400MD аппаратида 7,5 МГц частотали чизикли ўлчагичи ёрдамида тизза бўғимларининг артросонографик текшируви ўтказилди. Артросонографик тизза бўғимининг морфоструктуравий тавсифи Еськин Н.А. (2002) ва Ермак Е.М. (2003) бўйича қўйилди. Текширувлар тери орқали, тизза қопқоғининг тепаси ва пастида, ҳамда тизза бўғимининг ён юзалари бўйлаб мултипозицион сканирлаш ёрдамида ўтказилди.

Учинчи бобда тадқиқот натижалари ва уларнинг таҳлили ёритилди. Гонартрозли беморларда Lekeп индексини жинсга оидлигига кўра ўрганиш шуни кўрсатдики, оғриқсиз юрганда босиб ўтилган масофа, ҳамда ўтирган ҳолатдан қўллар ёрдамисиз туришдаги оғриқ ёки дискомфорт каби кўрсаткичларнинг ўзгариши аёлларда ҳам, эркекларда ҳам ошишга мойил бўлган, улар орасида ишончли тафовут аниқланмаган. Бироқ шундай бўлсада, оғриқсиз юришдаги максимал масофа аёлларда 1,1 марта камроқ бўлиб, у мускул заифлигидан далолат беради.

Касалликнинг кечишида механик хусусиятга эга оғриқ енгил жисмоний юкламадан кейин пайдо бўлиб, тинч ҳолатда йўқолган бўлсада, гонартроз авж олган сайин у дам олинганч ўтиб кетмайдиган ва тунги соатларда безовта

киладиган оғриққа айланди. Тизза бўғимлари соҳаси текширилганда фаол ва нофаол ҳаракатларда интраартикуляр ғирчиллаш аниқланди.

Оғриқ туфайли, ҳамда мускулларнинг рефлексор спазми пайдо бўлиши билан зарарланган бўғимда ҳаракатнинг чекланиши келиб чиқиб, у пай-мускул контрактурасига олиб келиши мумкин. Юқорида қайд этилган барча клиник белгиларни беморларда уларнинг ёши, жинси, касаллик муддати, касаллик ривожланишининг рентгенологик босқичи ва ТВИ билан ўзаро боғлаган ҳолда ўрганилди.

Беморларнинг аксариятида иккала тизза бўғимининг яққол ифодаланган гонартрози, улардаги ҳаракатнинг чекланганлиги қайд этилди. Гонартроз барча беморларда старт оғриқлар билан кечган, аёлларнинг 37 та (43%) сида блокадали оғриқлар бўлган.

Беморларда оғриқ синдромини ўрганиш шуни кўрсатдики, 40-60 ёшдаги беморларда Leken индекси юқорироқ бўлиб, 60 ёшдан катта беморларда унинг пасайишга мойиллиги қайд этилди. Аёлларда Leken йиғинди индекси эркаклардан 1,1 мартага юқори бўлган. Буни аёлларда тана вазни ва тизза бўғимларга тушаётган юкламанинг кўплиги билан изохлаш мумкин.

Касалликнинг давомийлиги 5 йилгача бўлган беморларда Leken индексининг ошиши, касаллик 5-10 йил ва 10 йил дан ортиқ давом этган беморларда бу кўрсаткичнинг пасайиши ва стабилланиши кузатилди. Бу деформацияланиш туфайли ҳаракат чекланиши билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Касалликнинг рентгенологик босқичи бўйича Leken индексини аниқлаш гонартрознинг III рентгенологик босқичида, ўтирган ҳолатдан кўллар ёрдамсиз туришда оғриқ синдромини кучайиши, айниқса 500 ва 900 м га юришда оғриқнинг энг кўп ортишини кўрсатди. Бу натижалар адабиётдаги маълумотларга мос келади [Насонова В. А. 1997].

ТВИнинг юқори бўлиши гонартрознинг энг кўп учровчи ва баҳолаш ва бошқариш мумкин бўлган, ҳам эркак, ҳам аёллардаги хатар омилидир [Davis M.A., Ettinger W.H., Neuhaus J.M. 1998].

Бизнинг кузатувларимизга кўра ТВИ 26 дан 29 гача бўлган беморларда Leken индекси бўйича оғриқ синдроми энг юқори бўлди. 29 ва ундан ортиқ ТВИга эга бўлганларда эса бу кўрсаткич 1,1 марта камроқ бўлиб чиқди. Буни вазн ортиши билан рецепторларнинг сезувчанлигини маълум даражада камайиши билан изохлаш мумкин [Brandt K.D., Doherty M., Lohmander L.S. 1998].

Оғриқ синдромини WOMAC индекси бўйича текшириш шуни кўрсатдики, аёлларда оғриқ эркакларга қараганда 1,2 баробар юқори бўлди, шунингдек 60 ёшдан сўнг, давомийлиги 5-10 йилгача бўлганда ва III рентгенологик босқичда, ҳамда ТВИ 26-29 ва ундан юқори бўлган беморларда оғриқнинг кучлироқ бўлиши кузатилди.

5 балли Likert шкаласи бўйича умумий функционал фаоллик маълум бир юклама ёки синамани бажаришда бемор фаоллигининг анча пасайганлигини кўрсатди. Функционал фаоллик гонартрознинг III рентгенологик босқичида, ҳамда 60 ёшдан сўнг чекланган бўлиб чиқди.

Бўғим касалликлари ташхиси учун ҳозирги вақтда турли текшириш усуллари - рентгенография, артроскопия, компьютер томография, магнит-резонанс томографияси, сцинтиграфия қўлланилади [Boegard T.L. et al. 2001]. Ташхислаш усуллариининг кўплигига қарамай, анъанавий тизза бўғими касалликлари ташхисида рентгенография асосий аҳамиятга эга бўлиб қолмоқда. Бироқ, рентгенография эрта ташхислаш талабларини қондира олмайди, чунки аксарият ҳолларда рентгенограммада аниқланувчи ўзгаришлар патологик жараёнга суяклар жалб этилганда ва бу ўзгаришлар қайтмас бўлиб, даволаш учун мушкуллик туғдиргандагина тизза бўғимининг зарарланганлигини аниқлашга имкон беради [Леонова Н.М., Гапонова Н.И., Виноградова Е.В. 2003].

Артрологияда артросонографиянинг қўлланилиши - янги ва истиқболли йўналишдир. Анъанага кўра дегенератив ўзгаришлар бўғим тоғайидан ва хондроцитлар дегенерациясидан бошланади деб ҳисобланади (Зубарев А.В. 2002). Шу сабабли артросонографияда бўғим тоғайининг ўзгаришларига алоҳида аҳамият берилди.

Назорат гуруҳидаги шахсларда бўғим тоғайи суякларнинг бўғим юзаларидаги диаметри $4,0 \pm 0,6$ дан $6,0 \pm 0,1$ мм гача бўлган ўртача тўлқин-симон аниқ контурли гипоехоген йўллар кўринишида бўлди.

Артросонографияда катта болдир суяги ва сон олдинги гуруҳ мушакларидаги ўзгаришлар ҳам баҳоланди. Патология ҳолатида катта болдир суяги бошчаси деформацияси унинг сфериклигининг бузилиши, нотекислиги, узук-юлуқлиги ва контурлари эгрилигининг ўзгариши шаклида намоён бўлди. Капсуладаги склеротик ўзгаришларнинг аломатлари капсула эхогенлигининг ортиши, контурларининг нотекислиги кўринишида қайд этилди. Сон олдинги гуруҳ мушакларидаги ўзгаришлар уларнинг гипотрофияси ва ёғли дегенерацияси туфайли бўлиб, бу артросонографияда сон олдинги гуруҳ мушакларининг юпқалашуви ҳамда мушаклар эхогенлигининг ортиши билан намоён бўлди. Мушаклар гипотрофияси даражасини уларнинг қалинлигини ўлчаш йўли билан баҳоланди. Ҳолбуки, соғлом кишиларда ҳар иккала томон қалинлигидаги тафовут 3 мм гача бўлса, у ҳолда 3 мм дан ортиқ бўлган фарқни атрофия аломати деб ҳисобланди [Еськин Н.А. 2002]. Мушаклар структураси ўзгаришлари улар эхогенлигининг ошишига кўра хулоса қилинди. Гонартрозда ёғли дегенерация туфайли юзага келган дистрофик ўзгаришлар натижасида сон олдинги гуруҳ мушаклари эхогенлигининг ортиши рўй берди. Ушбу ўзгаришлар гонартрознинг II-III босқичларида қайд этилди ва адабиётлардаги камсонли маълумотларга мос келади.

Тизза бўғимларининг остеоартрозида гиалинли тоғайнинг жараён босқичига монанд равишда, одатда нотекис юпқалашуви юз беради, гиперэхоген киритмалар тоғайнинг асосан медиал тепачасида, шу соҳага механик юклама кўпроқ тушганлиги сабабли камаяди (Еськин Н.А., Атабекова Л.А., Бурков С.Г. 2002). Касалликнинг биринчи босқичидаги беморларда бўғим тоғайининг нотекис камайиши билан бирга кичик ўлчамдаги (1-2 мм гача) анэхоген ўчоқларнинг мавжудлиги аниқланди. Булар тоғайдаги деструкцияланишни кўрсатди.

Касалликнинг II клиник босқичидаги 14 (70,0 %) беморда тоғай эхоструктураси бир жинсли бўлмай диаметри 0,1 мм гача бўлган гиперэхоген киритмалар аниқланди.

Касалликнинг III босқичидаги 3 (15,0%) беморда гиалинли тоғай йирик тўлқинсимон юзали диаметри 2,2 ммгача бўлган гиперэхоген йўллар кўринишида, ҳамда чекка суяк ўсиқчалари аниқланди. Бунда бўғимнинг кўпроқ медиал қисмларида гиалинли тоғай визуализацияланмади.

Шундай қилиб, артросонография гонартрозда ўтказилган рентгенографияда аниқлаб бўлмайдиган ўзгаришларни топишга имкон беради. Мазкур таҳлиш усули сезгир ва оммабоп бўлиб, унинг ёрдамида маҳаллий ўзгаришларнинг ўзига хос томонлари аниқланди.

Гонартрозли беморларда проявляганиш цитокинларини ўрганиш шуни кўрсатдики, соғлом одамларга нисбатан гонартроз билан оғриган беморларда ИЛ-1 β даражаси 3,1 баробар, ЎНО- α эса 3,3 баробар юқори бўлди. ИЛ-1 β ва ЎНО- α цитокинлари миқдори жинсга боғлиқ ҳолда таҳлил этилганда гонартрозли бемор аёлларда ИЛ-1 β миқдори ўртача $116,2 \pm 9,2$, эркекларда $83,2 \pm 8,5$, ЎНО- α $103,6 \pm 9,6$ ва $115,6 \pm 10,3$ мос равишда ўзгаришини кўрсатди, бу аёллардаги бўғим оғриғи синдроми эркекларга нисбатан яққолроқ бўлишини изоҳлайди. Адабиётларда бу ҳақда маълумотлар мавжуд эмас.

ИЛ-1 β ва ЎНО- α цитокинларини ёшга оид жиҳатлари таҳлили улар даражасининг ёшга боғлиқ ҳолда ошишини 40 дан 60 ёшгача бўлган беморларда ИЛ-1 β – $112,7 \pm 8,8$, 60 ёшдан катталарда $112,9 \pm 12,3$, ЎНО- α 40 дан 60 ёшгача $122,3 \pm 11,3$, 60 ёшдан катталарда $122,8 \pm 7,9$ (назоратда ИЛ-1 β $35,7 \pm 2,39$, ЎНО- α $32,4 \pm 2,20$) бўлишини кўрсатди ($p < 0,05$). Бу ҳолат ёш ортиб бориши билан гонартрознинг учраши кўпайишида иммун яллиғланиш механизмлари ҳам иштирок этишини тасдиқлайди ва бу адабиётлардаги маълумотларга мос келади (Насонова В.А. 2005, Цурко В.В. 2004).

Гонартрознинг 5 йилгача давом этувчи бошланғич даврида ИЛ-1 β даражаси касаллик давомийлиги 10 йилдан узоқ давом этган беморларга қараганда 2,3 баробарига, ЎНО- α миқдори 1,8 баробарига ишончли ($p < 0,05$) ошди. Бу касалликнинг дастлабки даврида тезкор авж олишини кўрсатди.

ИЛ-1 β ва ЎНО- α миқдори билан гонартрознинг Larsen A. (1982), бўйича рентгенологик босқичи орасида тўғридан-тўғри боғланиш аниқланган бўлиб, бу патологик жараённинг босқичи ошиши билан проявляганиш

цитокинларининг миқдори ҳам ошиб боришини, яъни цитокинларнинг ОА да патогенетик аҳамиятини кўрсатади.

Тизза бўғимларига юқори юклама тушиши нуқтаи назаридан гонартрознинг нафақат юзага келишида, балки зўрайишида ҳам тана вазнини ошганлик даражаси муҳим аҳамиятга эга, бунда биз ИЛ-1 β ва ЎНО- α даражасининг 3,3 баробар салмоқли ошганлигини қайд этдик.

Демак, қон зардобдаги интерлейкинлар миқдорининг клиник-функционал кўрсаткичлар билан ўзаро боғлиқлигини ўрганиш, гонартрозда тоғайдаги катаболик жараёнларнинг ривожланишида ИЛ-1 β ва ЎНО- α муҳим роль ўйнашини кўрсатди, булар тоғай тўқимасининг протеолитик шикастланишида иштирок этувчи ферментларни фаоллаштиради [Насонова В.А., Алексеева Л.И., Шемеровская Т.Г. 2001].

Солкосерил билан бирга ўтказилган метаболик терапиянинг қиёсий самарадорлигини Leken индекси бўйича давогача ва 2 ҳафтадан сўнгги кўрсаткичлари таққослаб ўрганилганда, тунги оғриқнинг I гуруҳда 2,1, II гуруҳда 2,2, III гуруҳ беморларда тунги оғриқ 4,1 марта пасайганлиги қайд этилди. Бу кўрсаткич 3 ойдан сўнг I гуруҳда 1,1, II гуруҳда 2,2, III гуруҳ беморларда 1,9 марта камайган. Демак, тунги оғриқлар синовитдан дарак беришини инобатга олинса, солкосерилнинг яллиғланишга қарши таъсирни намоён қилаётганлиги ҳақида фикрлаш мумкин. Бу мазкур препаратнинг яллиғланишга қарши самараси ҳақидаги бошқа тадқиқотчиларнинг мулоҳазаларига ҳам мос келади [Fraefel W., Tschannen R. 1984].

Гонартрозли беморларда оғриқ индексини тавсифловчи Leken йиғинди индексини ўрганиш турли вазиятларда ҳаракатни, айниқса зинапоядан тушганда I гуруҳда 2 ҳафтадан сўнг 2,0, II гуруҳда 1,6, III гуруҳ беморларда 1,7 мартага пасайганлигини кўрсатди. Бу кўрсаткич 3 ойдан сўнг I гуруҳда 1,1, II-III гуруҳларда 1,6 мартага камайган. Гонартроздаги бўғим оғриғи синдромини тавсиф этувчи беморларнинг ўтирган ҳолатдан қўллар ёрдамисиз турилгандаги оғриқ ёки дискомфорт 2 ҳафтадан сўнг I гуруҳда 2,1, II гуруҳда 1,7, III гуруҳда 2,1 мартага, 3 ойдан сўнг I гуруҳда 1,1, II гуруҳда 1,6, III гуруҳда 1,7 мартага камайган. Максимал юриш масофаси 2 ҳафтадан сўнг I гуруҳда 1,7, II гуруҳда 1,5, III гуруҳда 1,8 мартага, 3 ойдан сўнг бу кўрсаткич I-III гуруҳда 1,1, II гуруҳда 1,5 мартага узайган (1-жадвал).

WOMAC индекси даволашда бўғим синдромини баҳоловчи муҳим клиник мезондир. Даволаш динамикасида I-II гуруҳларда тунги оғриқлар 2 ҳафтадан сўнг 1,4, III гуруҳда 1,7 мартага, 3 ойдан сўнг I-II гуруҳларда 1,4, III гуруҳда 1,9 марта камайди (2-жадвал). Ўтириб-туришдаги оғриқлар I-II гуруҳларда 1,3, III гуруҳда 1,4, 3 ойдан сўнг I гуруҳда 1,3, II гуруҳда 1,5, III гуруҳда 1,7 марта камайди.

Гонартрозли беморларни даволаш динамикасида
 Лекеп индексининг (балларда) ўзгариши ($M \pm m$)

Кўрсаткич	Текширув вақти	I гуруҳ n=29	II гуруҳ n=41	III гуруҳ n=33
Тунги оғрик	Даволашгача	1,45±0,11	1,51±0,08	1,36±0,09
	2 ҳафтадан сўнг	0,69±0,09*	0,68±0,09*	0,33±0,08*
	12 ҳафтадан сўнг	1,38±0,10	0,73±0,09*	0,73±0,08*
Эрталабки карахтлик	Даволашгача	1,07±0,12	1,05±0,12	1,06±0,09
	2 ҳафтадан сўнг	0,28±0,08*	0,15±0,06*	0,09±0,05*
	12 ҳафтадан сўнг	0,97±0,11	0,22±0,07*	0,30±0,08*
Оғриқнинг кучайиши	Даволашгача	1,03±0,13	1,02±0,11	0,97±0,07
	2 ҳафтадан сўнг	0,86±0,10 ^a	0,83±0,11 ^a	0,70±0,08 ^a
	12 ҳафтадан сўнг	1,00±0,12	0,93±0,11	0,88±0,07
Юрганда оғрик	Даволашгача	1,14±0,10	1,34±0,08	1,30±0,08
	2 ҳафтадан сўнг	0,38±0,09*	0,56±0,09*	0,67±0,08*
	12 ҳафтадан сўнг	1,03±0,08	0,59±0,09*	0,61±0,09*
Оғриқ ёки дискомфорт	Даволашгача	1,59±0,09	1,76±0,08	1,85±0,06
	2 ҳафтадан сўнг	0,76±0,12*	1,05±0,09*	0,94±0,09*
	12 ҳафтадан сўнг	1,48±0,09	1,07±0,09*	1,08±0,08*
Зинапоядан юқорига	Даволашгача	1,62±0,09	1,76±0,08	1,76±0,08
	2 ҳафтадан сўнг	0,86±0,11*	1,07±0,08*	1,12±0,13*
	12 ҳафтадан сўнг	1,55±0,09	1,12±0,09*	1,09±0,09*
Зинапоядан пастга	Даволашгача	1,34±0,11	1,88±0,10	1,70±0,08
	2 ҳафтадан сўнг	0,66±0,12*	1,17±0,10*	1,00±0,11*
	12 ҳафтадан сўнг	1,28±0,11	1,20±0,10*	1,09±0,12*
Тиззада тик туриб	Даволашгача	1,55±0,09	1,83±0,12	1,67±0,08
	2 ҳафтадан сўнг	1,10±0,08 ^a	1,34±0,11	1,27±0,11 ^a
	12 ҳафтадан сўнг	1,48±0,09	1,37±0,10*	1,27±0,08*
Нотекис йўлдан юриш	Даволашгача	1,14±0,10	1,68±0,08	1,42±0,09
	2 ҳафтадан сўнг	0,45±0,09*	1,17±0,08*	0,85±0,10*
	12 ҳафтадан сўнг	1,07±0,08	1,20±0,08*	1,30±0,08*
Санчувчи оғриқлар	Даволашгача	1,52±0,09	1,05±0,09	1,21±0,07
	2 ҳафтадан сўнг	0,48±0,09*	0,07±0,05*	0,21±0,07*
	12 ҳафтадан сўнг	0,52±0,09*	0,07±0,05*	0*
Макс юриш масофаси	Даволашгача	1,90±0,06	3,41±0,20	2,39±0,09
	2 ҳафтадан сўнг	1,07±0,08*	2,29±0,17*	1,33±0,08*
	12 ҳафтадан сўнг	1,69±0,09	2,34±0,16*	2,70±0,08

Изоҳ: * - $P < 0,001$ бўлганда даволашгача ва ундан кейинги кўрсаткичлар ишонч-
 лилиги

a - $P < 0,05$ бўлганда даволашгача ва ундан кейинги кўрсаткичлар

Оғриқ синдроми ифодаланганлигини WOMAC индекси бўйича
(мм ларда) даволаш динамикасида баҳолаш ($M \pm m$)

Кўрсаткич	Кузатув вақти	I гуруҳ n=29	II гуруҳ n=41	III гуруҳ n=33
Тинч ҳо- латда	Даволашгача	2,76±0,16	3,39±0,21	2,79±0,18
	2 ҳафта ўтгач	0,62±0,13*	1,59±0,18*	0,88±0,14*
	12 ҳафта ўтгач	1,86±0,14*	1,63±0,18*	1,79±0,16*
Юрганда	Даволашгача	2,14±0,22	3,93±0,20	2,79±0,14
	2 ҳафта ўтгач	0,83±0,11*	2,20±0,24*	1,18±0,15*
	12 ҳафта ўтгач	2,10±0,22	2,07±0,22*	2,09±0,18*
Зинадан тушганда	Даволашгача	2,76±0,33	5,49±0,29	3,76±0,10
	2 ҳафта ўтгач	1,28±0,16*	2,22±0,28*	2,00±0,30*
	12 ҳафта ўтгач	2,52±0,29	1,78±0,23*	1,76±0,16*
Зинадан чиққанда	Даволашгача	5,00±0,27	4,07±0,29	4,45±0,25
	2 ҳафта ўтгач	3,28±0,27*	2,68±0,23*	2,70±0,26*
	12 ҳафта ўтгач	3,59±0,24*	2,07±0,19*	2,03±0,19*
Тунги оғриқ	Даволашгача	5,93±0,24	4,93±0,28	5,00±0,28
	2 ҳафта ўтгач	4,07±0,31*	3,39±0,27*	2,88±0,27*
	12 ҳафта ўтгач	4,28±0,27*	3,49±0,26*	2,58±0,23*
Ўтириб турганда	Даволашгача	6,38±0,23	5,34±0,30	5,64±0,32
	2 ҳафта ўтгач	4,93±0,33*	4,22±0,27*	4,09±0,32*
	12 ҳафта ўтгач	5,10±0,28*	3,59±0,29*	3,33±0,29*

Изоҳ: *- $P < 0,001$ бўлганда даволашгача ва ундан кейинги кўрсаткичлар ишончилиги

Солкосерил таъсирининг негизида унинг тоғай матриксидаги метаболик самараси, периартикуляр тўқималар ишемияси зоналарида микроциркуляциянинг яхшиланиши ётади. Гарчи НЯҚП оғриқни пасайтирувчи кучли таъсирга эга бўлсада, аммо бу таъсир қисқа муддатлидир. Хондропротекторлар секин, бироқ узок муддатли ва турғун самара кўрсатади, бунда уларнинг ижобий самараси тоғай матрикси метаболизимига боғлиқ.

Даволаш динамикасида Likert шкаласининг кўрсаткичлари касаллик фаоллиги даражаси бўйича ҳам, оғриқ синдромининг ифодаланганлиги бўйича ҳам, сезиларли яхшиланди (3-жадвал). Гонартрозда касаллик фаоллиги 2 ҳафтадан сўнг I-II гуруҳларда 2,1, III гуруҳда 2,3 мартага камайганлиги қайд этилди. Оғриқнинг бемор томонидан баҳоланиши эса учала гуруҳда деярли тафовут қилмади.

Касаллик фаоллигини даволаш динамикасида
Likert шкаласи бўйича (балларда) баҳолаш натижалари ($M \pm m$)

Кўрсаткичлар	I гуруҳ n=29		II гуруҳ n=41		III гуруҳ n=33	
	Даводан олдин	Даводан кейин	Даводан олдин	Даводан кейин	Даводан олдин	Даводан кейин
Касаллик фаоллиги	3,93±0,12	1,86±0,16*	3,76±0,15	1,88±0,14*	3,58±0,12	1,55±0,16*
Оғриқнинг бемор томонидан баҳоланиши	3,79±0,12	1,76±0,15*	3,73±0,16	1,76±0,14*	3,64±0,13	1,73±0,16*

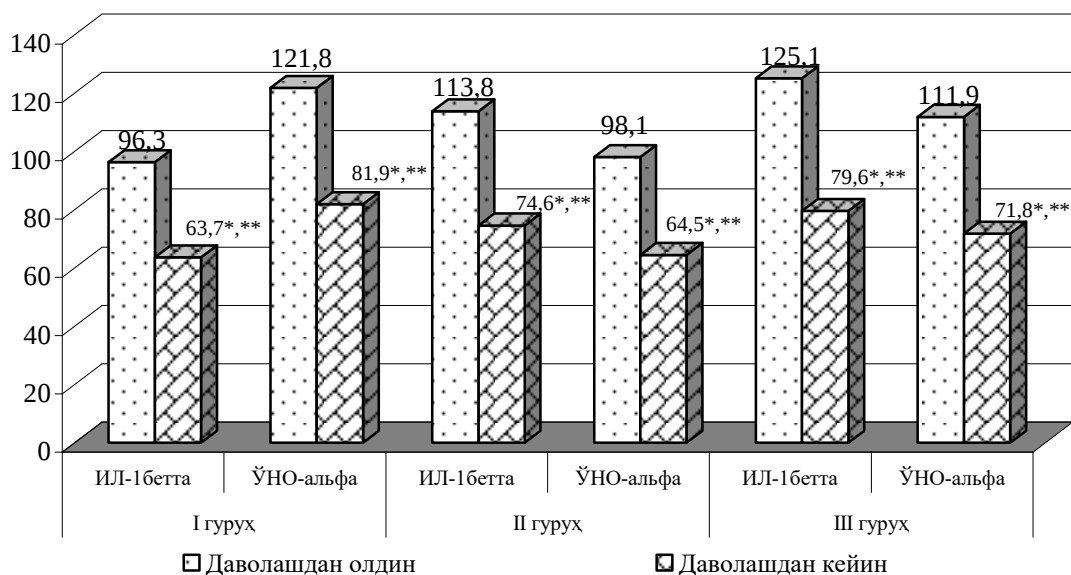
Изоҳ:* - даволашдан олдинги ва кейинги кўрсаткичларнинг ишончлилиги ($P < 0,001$)

Гонартрозни комплекс даволашда солкосерилни қўллаш проялтиғланиш цитокинларининг камайишига сабаб бўлди. Келтирилган 1-расмдан кўринадик, ИЛ-1 β ва ЎНО- α даражаси I-II гуруҳларда 1,5 марта, III гуруҳда 1,6 мартага камайди. Ушбу ҳолатни солкосерил учун антицитокин самарадорлик хослиги билан боғлаш мумкин ва бу унинг гонартроздаги ялтиғланишга қарши таъсирини тасдиқлайди (Т. Kuninaka et al., 1993).

Артросонографик текширишлар натижаси гонартрозли беморларни комплекс даволаш жараёнида солкосерилнинг самарадорлигини тасдиқлади. Яъни бунда ушбу ўзгаришлар умуман олганда периферик гемодинамиканинг яхшиланиши, бўғим юзаларидаги фиброз ўзгаришларнинг камайиши, I-II гуруҳларда кузатилмаган сон олд гуруҳ мушаклари ҳолатининг яхшиланиши билан ифодаланди (2-расм).

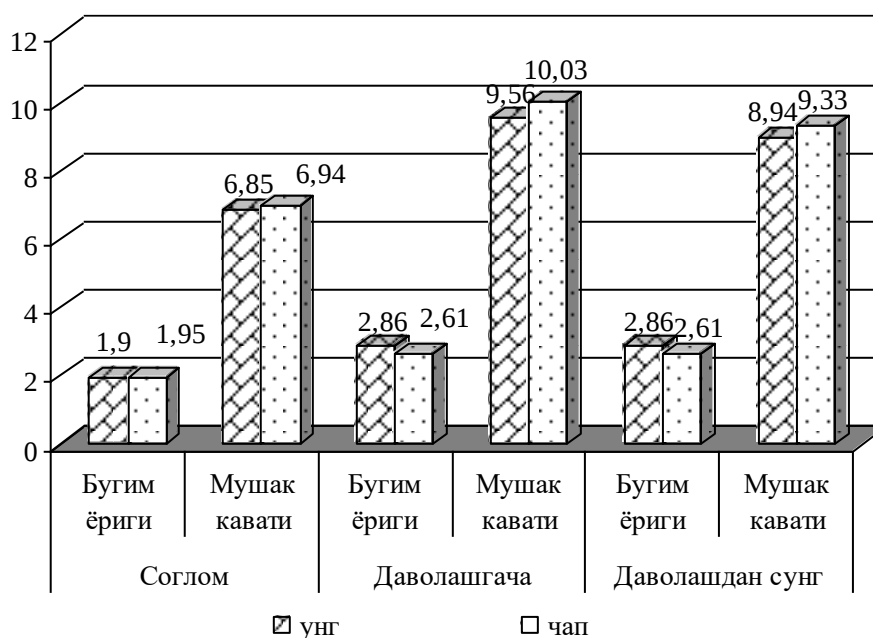
Шундай қилиб, гонартрозни комплекс даволашда солкосерил препаратининг самарадорлиги ҳақида хулоса қилиш мумкин, бу эса клиник-функционал, иммунологик ва морфоструктуравий кўрсаткичларда ўз ифодасини топиб, ушбу ҳасталикда беморлар ҳаёт сифатининг яхшиланишида кўрилади.

А.Ф. Аскарров (1986 й) тадқиқотларида кўрсатилишича, синовиал қон айланишининг яққол бузилиши билан барча бўғим тўқималарида дистрофик ўзгаришлар ривожланишига олиб келувчи тўқима нафаси ва модда алмашинувининг пасайиши кузатилади. Микрошикастланиш ва синовитларда синовиал капсуладаги тўқима структурасининг, шу жумладан терминал томир ўзанининг аста-секин кучайиб борувчи дезорганизацияси қон айланишининг яққол бузилиши билан барча бўғимлардаги оксигенация, модда алмашинуви ва репарация жараёнларининг пасайишига олиб келади. Бу эса субхондрал қисм томонидан озик моддаларнинг диффузияланиши бузилишини янада ошириб, тоғай дистрофиясини кучайтиради. Артрозда протеогликанлар, гликозамингликанлар таркибий қисмларининг матрикс томонидан камайиши рўй беради.



Эслатма: * - даволашдан олдин ва кейинги кўрсаткичлар орасидаги фарқланиш ишончли ($P < 0,05$)
 ** - назорат ва таққослов гуруҳлари кўрсаткичлари орасидаги фарқланиш ишончли ($P < 0,01$)

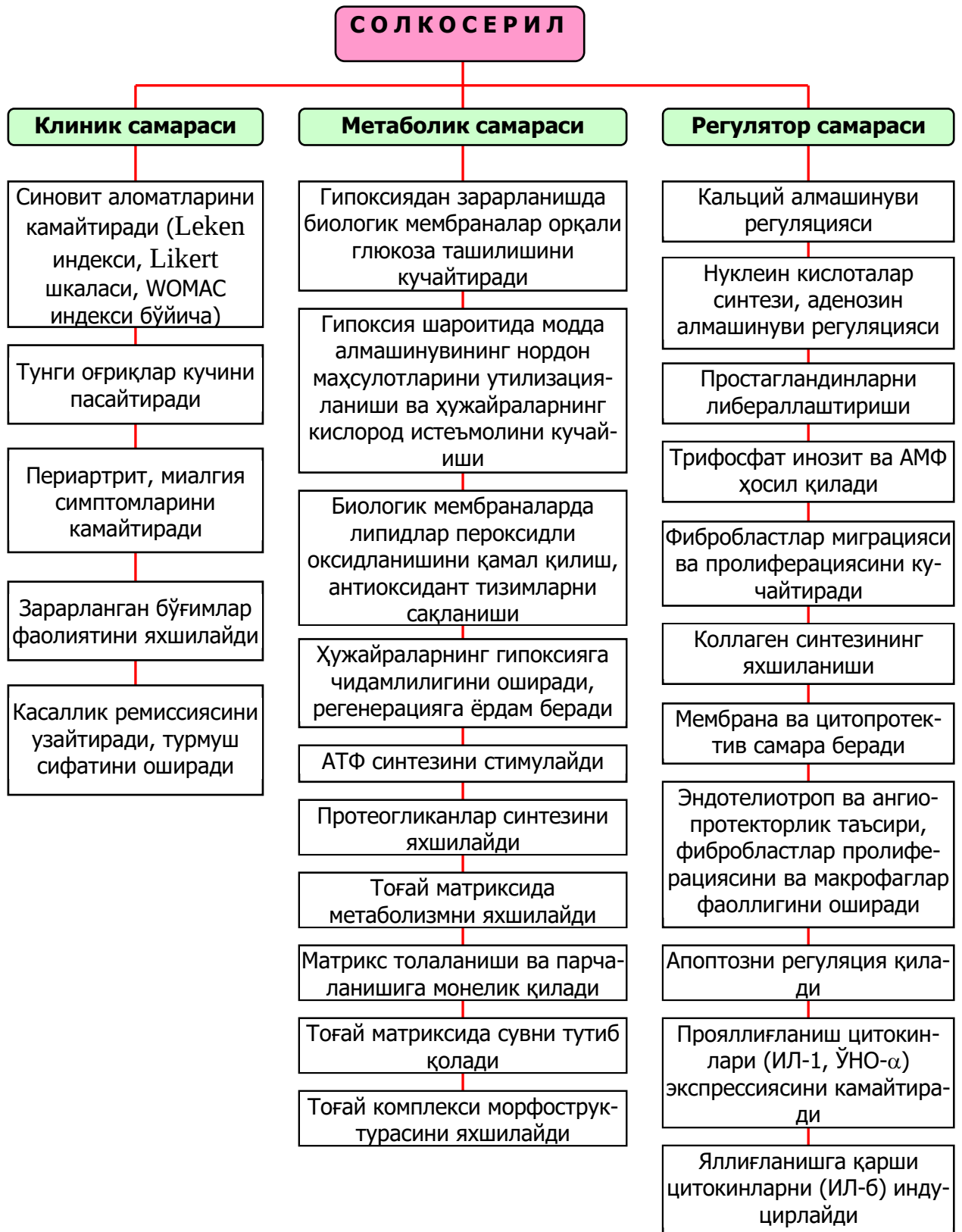
1-расм. Гонартрозли беморларни даволаш динамикасида прояллиғланиш цитокинларининг кўрсаткичлари



2-расм. Бўғим ёриги ва сон олд гуруҳ мушакларининг даволашдан олдин ва кейинги ҳолати

Тўқималарга глюкоза ташилишининг кўпайиши солкосерил учун хосдир, демак солкосерил протеогликанлар синтезига билвосита таъсир кўрсатиб, тоғай матриксида метаболизмни яхшилайдди, коллаген синтезини кучайтириш орқали эса матрикснинг толаланиши ва парчаланишига монелик қилади. Юқорида қайд этилганлардан гонартроз терапиясидаги патогенетик жиҳатдан асосланган иккита муҳим йўналиш келиб чиқади. Буларга бўғимдаги қон айланишни меъёрлаштириш ва алмашинув реакцияларини тиклаш орқали бўғим тўқималаридаги регенерацияни кучайтириш киради.

Шу жиҳатдан солкосерилнинг гонартрозни комплекс даволашда қўлланилиши патогенетик асосланган бўлиб, клиник-функционал, иммунологик ва морфоструктуравий текширувларнинг натижаларига кўра мақсадга мувофиқдир. Адабиёт манбаларидан олинган маълумотлар ҳамда шахсий кузатувлар натижаларидан келиб чиқиб, гонартрозда солкосерил таъсири механизimini қуйидаги кўринишда тасвирлаш мумкин (3-расм).



3-расм. Гонартрозда солкосерилнинг клиник-патогенетик самаралари

ХУЛОСАЛАР

1. Гонартрозли беморларда Leken, WOMAC индекслари, Likert шкаласи, беморлар динамик ҳолатини халқаро тестлар ёрдамида ўрганиш, касалликнинг беморлар ёши, жинси, гонартрознинг давомийлиги, рентгенологик босқичи, тана вазни индекси билан боғлиқлигини, гонартрознинг кечиш хусусиятини кўрсатади.

2. Гонартрозли беморларда прояллиғланиш цитокинлари ИЛ-1 β , ЎНО- α ортади ва бу касалликнинг кечиш хусусиятларига боғлиқ, бу эса бўғим тоғайдаги дегенератив-дисметаболик жараёнларнинг ривожланишида иммун яллиғланишнинг патогенетик аҳамиятини кўрсатади.

3. Тизза бўғимлари артросонографияси нисбатан кўпроқ информатив, иқтисодий қулай, ноинвазив усул бўлиб, бўғим юмшоқ тўқимасининг компонентларини визуаллаштиришга, гонартрозда эрта патологик ўзгаришларни аниқлашга имкон беради.

4. Солкосерилнинг комплекс даволашда қўлланилиши гонартрозли беморларда клиник-функционал, иммунологик ва артросонографик самара бериб, беморнинг ҳаёт сифати кўрсаткичларини яхшилайд.

Тадқиқот натижалари қуйидаги амалий таклиф ва тавсияларни тақдим этиш имконини беради:

1. Гонартрозда Leken, WOMAC индекслари, Likert шкаласи ва функционал динамик тестлар асосида бўғимларнинг зарарланиш даражасини баҳолаш учун тавсия қилинади.

2. Яллиғланиш жараёнининг ифодаланганлик даражасини ҳамда даволашнинг самарадорлигини баҳолаш учун прояллиғланиш цитокинлари ИЛ-1 β ва ЎНО- α миқдорини аниқлаш лозим.

3. Гонартрозни эрта ташхислаш ва даволашнинг самарадорлигини баҳолаш учун артросонографияни қўллаш тавсия этилади.

4. Гонартрозли беморларни комплекс даволашда томир ичига 5 мл солкосерилни 100,0 мл 0,9% физиологик эритма билан биргаликда 10 кун мобайнида овқатдан сўнг қўллаш лозим.

Диссертация мавзуси бўйича чоп этилган илмий ишлари рўйхати:

Маколалар

1. Махмудова М.С. Патогенетические подходы к лечению остеоартроза // Медицинский журнал Узбекистана. – Ташкент, 2006. - №1. – С. 54-57
2. Махмудова М.С., Ризамухамедова М.З. Солкосерил – эффективный препарат для лечения остеоартроза // Бюллетень Ассоциации Врачей Узбекистана – Ташкент, 2006. - №2.- С.75-77.
3. Махмудова М.С Патогенетическое значение интерлейкинов при гонартрозе // Инфекция, иммунитет и фармакология . – 2006. - №4. – С.48-50

Тезислар

4. Якубова Г.Ю., Махмудова М.С. Комплексное лечение больных деформирующим остеоартрозом и пути реабилитации с помощью гирудотерапии // Актуальные вопросы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов – Материалы семинара. 14-15 ноябрь 2004. - С.96.
5. Махмудова М.С. К вопросам метаболической терапии остеоартроза // Дни молодых ученых – Материалы научно-практической конференции аспирантов, соискателей и резидентов. – Ташкент, 2005. С. 57-58
6. Махмудова М.С. Эффективность солкосерила при гонартрозе // Журнал теоретической и клинической медицины - Ташкент, 2005. -№4 С. 104

Услубий қўлланма

7. Махмудова М.С., Ризамухамедова М.З. Солкосерилнинг остеоартрозни даволашдаги клиник ва патогенетик самарадорлиги. Услубий қўлланма. – Ташкент. 2007. – 33 б.
8. Махмудова М.С. «Способ лечения остеоартроза». Свидетельство на рационализаторское предложение, №464 от 27.05.2005г., по ТМА
9. Махмудова М.С. «Способ диагностики гонартроза». Свидетельство на рационализаторское предложение, №493 от 05.05.2006г., по ТМА

Тиббиёт фанлари номзоди илмий даражасига талабгор
М.С. Махмудованинг 14.00.05 – ички касалликлар ихтисослиги бўйича
«Остеоартрозда метаболик терапия» мавзусидаги диссертациясининг

ҚИСҚАЧА МАЗМУНИ

Таянч сўзлар: остеоартроз, гонартроз, Leken, WOMAC, Likert ва функционал динамик тестлар, солкосерил, прояллиғланиш цитокинлари, артросонография.

Тадқиқот объектлари: 103 та гонартроз билан оғриган беморлар

Ишнинг мақсади: Гонартрозли беморларни комплекс даволашда солкосерил препаратининг самарадорлигини ўрганиш.

Тадқиқот усуллари: клиник текширувлар, Leken, WOMAC индекслари, Likert шкаласи ва функционал динамик тестлар, қон зардобидаги прояллиғланиш цитокинларининг даражасини, тана вазни индексини аниқлаш, артросонография.

Олинган натижалар ва уларнинг янгилиги: Гонартрозли беморларда касалликнинг ривожланиши, клиник кечиши ва авж олишида прояллиғланиш цитокинлари ИЛ-1β, ЎНО-α билан ўзаро боғлиқлиги илк бор тавсифланди.

Гонартрозда солкосерилнинг комплекс терапияда клиник-функционал, иммунологик самарадорлиги асослаб берилди.

Гонартрозда метаболик терапияда солкосерил қўлланилиши артросонография кўрсаткичларига ижобий таъсир қилиши кўрсатилди.

Ишнинг амалий аҳамияти: Гонартрозли беморларда ИЛ-1β, ЎНО-α цитокинларини аниқлаш, артросонография ўтказиш, ташхислаш ва ўтказилган терапиянинг самарадорлигини баҳолашга ёрдам беради. Комплекс даволашда солкосерилнинг қўлланиши беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилайдди.

Тадбиқ этиш ва иқтисодий самарадорлиги: текшириш натижалари ТТА 1-шифохонаси ревматология, кардиоревматология бўлимлари, Республика ревматология марказининг амалиётига, ТТА ички касалликлар кафедраларининг маъруза курсларига тадбиқ этилди.

Қўлланиш соҳаси: ревматология, ички касалликлар

РЕЗЮМЕ

Диссертации Махмудовой М.С. на тему: «Метаболическая терапия при остеоартрозе» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.00.05 – внутренние болезни

Ключевые слова: остеоартроз, гонартроз, Leken, WOMAC, Likert и функционально динамические тесты, солкосерил, провоспалительные цитокины, артрозонография.

Объекты исследования: 103 больных гонартрозом

Цель исследования: изучение эффективности препарата солкосерил в комплексной терапии у больных гонартрозом.

Методы исследования: клинические исследования, оценка болевого синдрома по индексам Leken, WOMAC, по шкале Likert и функционального динамического теста, определение уровня провоспалительных цитокинов в сыворотке крови, определение индекса массы тела, артрозонография.

Полученные результаты и их новизна: Впервые изучена роль провоспалительных цитокинов в развитии, течении и прогрессировании гонартроза. Обоснована клиничко-функциональная и артрозонографическая эффективность применения солкосерила в комплексной терапии гонартроза.

Практическая значимость: Проведения артрозонографии у больных гонартрозом, определение ИЛ-1 β и ФНО- α цитокинов уточняет диагностики и определению эффективности проводимой терапии. Применения в комплексной терапии солкосерила улучшает качество жизни больных.

Степень внедрения и их экономическая эффективность: результаты исследований внедрены в деятельность Республиканского артрологического центра, СКАЛ, отделений ревматологии, кардиоревматологии, I-клиники Ташкентской медицинской академии, в процесс преподавания на кафедре факультетской и госпитальной терапии, восточной медицины и внутренних болезней медико-профилактического факультета.

Область применения: внутренние болезни, ревматология

RESUME

of a thesis of Mahmudova M.S. on a theme: «Metabolic therapy in osteoarthritis» for competition of an academic degree of Candidate of Medical Sciences in specialty 14.00.05 – Internal Diseases

Key words: osteoarthritis, gonarthrosis, Leken, WOMAC, Likert and functional dynamic tests, Solcoseril, anti-inflammatory cytokins, arthrosonography.

Objects of inquiry: One hundred and three patients with gonarthrosis.

Aim of inquiry was: to study an efficacy of preparation Solcoseril in complex therapy of gonarthrosis' patients.

Methods of inquiry: clinical studies, estimation of pain syndrome under tests of Leken, WOMAC, Likert and functional dynamic tests, determination of a level of anti-inflammatory cytokins in blood serum, body mass index, arthrosonography.

Results achieved and their novelty: For the first time a role of anti-inflammatory cytokins in development, course and progression of gonarthrosis was studied. Clinico-functional and arthrosonography efficacy of using of Solcoseril in complex therapy of gonarthrosis was also substantiated.

Practical value: Arthrosonography performed in gonarthrosis' patients, determination of IL-1 β and TNF- α cytokins contributed to diagnosis and determination an efficacy of the therapy carried out. Application of Solcoseril in complex therapy perfected quality of life of patients.

An implementation degree and its economic efficacy: results of investigations were implemented into activity of the Republican Arthrology Center, Specialized Qualified Ambulance Treatment, departments of Rheumatology, Cardiorheumatology, the 1st clinic of the Tashkent Medical Academy, training process on department of Faculty & Hospital Therapy, Oriental Medicine and Internal Diseases of the medico-preventive faculty.

A field of using: Internal Diseases, Rheumatology.

Изланувчи: _____

