

ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
САМАРҚАНД ДАВЛАТ МЕДИЦИНА ИНСТИТУТИ

Қўлёзма ҳуқуқида

ЖАФАРОВ АКБАР АКМАЛОВИЧ

**ГОНАРТРОЗ ВА ОЁҚ ВЕНАЛАРИ ВАРИКОЗИ КОМАРБИД
ХОЛАТИНИНГ КЛИНИК КЕЧУВИ ВА ДАВОЛАШ ХУСУСИЯТЛАРИ**

Ички касалликлар (терапия) – 5А720103

УДК:616.728-3:14.08

МАГИСТР ИЛМИЙ ДАРАЖАСИ ОЛИШ УЧУН ДИССЕРТАЦИЯ

Рахбар: т.ф.д. профессор Тоиров Э.С.

САМАРҚАНД – 2016

МУНДАРИЖА

Таркиби	Бет
Терминологик кискартмалар	3
Кириш	4
1-боб. Адабиётлар шархи	10
1.1.Остеоартроз касаллигининг таркалиши, ривожланиш механизмлари, диагностикаси ва даволаш усуллари	10
1.2.Веналарнинг варикоз кенгайиши касаллигининг таркалиши, ривожланиш механизмлари, диагностикаси ва даволаш усуллари	23
2-боб. Теширувматериали ва усуллари	32
2.1.Махсус текшириш усуллари	36
3-боб Оёк веналари варикози фонида кечувчи остеоартроз касаллигининг хусусиятлари	40
4-боб Оёк веналари варикози фонида кечувчи остеоартроз касаллигини даволаш натижалари	50
Натижалар тахлили	64
Хулосалар	75
Амалий таклифлар	77
Адабиётлар руйхати	78

ТЕРМИНОЛОГИК КИСКАРТМАЛАР

АГ -артериал гипертензия

ВАШ -визуал аналог шкаласи

ГГ- глюкозамин гидрохлорид

ГК -гиалурон кислота

ТМИ –танамассасииндекси

НЯКП – ностероид яллигланишга карши препаратлар

ОА -остеоартроз

ОФ - остеофит

ХО–хавфомиллари

КД – кандли диабет

ХС -хондроитин сульфат

Гонартроз ва оёк веналари варикози комарбид холатининг клиник кечуви ва даволаш хусусиятлари

Остеоартроз (ОА) –бўғимларнинг хроник прогрессияланувчи дегенератив-дистрофик касаллиги бўлиб, бўғим тоғайининг деструкцияси, суяклар эпифизлари ва бўғим олди юмшок туқималарининг зарарланиши билан кечади. ОА касаллиги асосан ката ва кекса ёшда бошланади ва унинг тарқалиш курсаткичи барча ревматик касалликлар ичида 69-70% атрофида бўлади. Бу касаллик билан 10-12% аҳолии касалланган, 50 ёшга етган аҳолида унинг частотаси 27-30% атрофида бўлса, 60 ва ундан ката аҳолида бу курсаткич ушиб, 97%ни ташкил этади **(Остеоартроз в обще медицинской практике. Методические рекомендации. Правительство Москвы. Департамент Здравоохранения. Москва, 2007 год; А. Гадаев. Умумийт амлиёт врачлари учун маърузалар туплами. Тошкент «Мухаррир нашриети» 2010; Клиническая ревматология. Руководство. В.А. Насонова, М.Г. Астапенко. Москва «Медицина» 1998 г; Ревматология. Национальное руководство. Под редакцией академика РАМН Е.Л.Насонова, В.А.Насоновой. Москва. «ГЕОТАР-Медиа» 2008; Ramon A. Arroyo, M.D., F.A.C.R. Секреты ревматологии. Электронный учебник. Москва. «ГЕОТАР-Медиа» 2005).**

ОА касаллигининг тиббий ва ижтимоий-иқтисодий аҳамияти касалликнинг кенг тарқалганлиги, сурункали кечувга мойиллиги, беморлар ҳаёт сифати ва соғлиғига салбий таъсири, даволашда реабилитация муолажаларининг кўплаб маблаг талаб этилиши билан изоҳланади **(Тоиров Э.С. Остеоартроз: клиникаси, диагностикаси ва даволаш усуллари. Услубий кулланма. Тошкент 2008. 21 бет; Остеоартроз: финансовые затраты на одного больного. / Петрунько И.Л., Меньшикова Л.В., Голубева П.С., Цыренжапова Т.М. // Сибирский медицинский журнал. 2010. № 6. С.163-165; Эпидемиологическое исследование суставных жалоб и остеоартроза среди городского и сельского населения Урала / Лесняк О.М, Крохина**

Н.Н. Алферова О.Е. // Научно-практическая ревматология. 2008. № 6. С. 27-32).

Замонавий карашларга кура остеоартроз кўп сабабли касаллик бўлиб, унинг ривожланишида ирсий (генетик), ёш ва жинсий омиллар, тана массасининг ошуви, бўғимларнинг яллиғланиш касалликлари (ревматоид артрити ва б.), касбга оид зарарли таъсиротлар ва меҳнат шароити муҳим аҳамият касб этади (**Зайцева Е. М., Алексеева Л. И. Причины боли при остеоартрозе и факторы прогрессирования заболевания (обзор литературы) // Научно-практическая ревматология. 2011. № 1. С. 50–57; Коморбидность при остеоартрозе: рациональные подходы к лечению больного / Алексеева Л.И. , Верткин А.Л., Мендель О.И. // Русский медицинский журнал. 2009. Т. 17. №21. С. 1472-1476).**

Тана вазнининг ошуви бўғимлар зарарланишининг яна бир сабаби бўлиб, айникса, механик таъсирот ошиши натижасида тизза бўғимлари кўпроқ зарарланади. Огир жисмоний меҳнат, касбий омиллар натижасида бўғимларни тез-тез жароҳатланиб туриши (шахтёрлар, юк машиналари хайдовчилари, юкчилар, тикувчилар, тўқувчилар, усталар ва б.) ва штанга кутариш, югуриш, сакраш ва бошқа спорт турларини касб этиш ОА ривожланишига олиб келади. Танани бир хил ҳолатда узок вақт тутиб туриш, тез-тез қайталанувчи бир хил типдаги ҳаракатлар ҳам касалликнинг келтириб чиқарувчи сабабларидандир. Кандли диабет, липидларни қонда кўпайиши касалликни кучаятувига олибкелади (**Денисов Л.Н., Насонова.В.А. Ожирение и остеоартроз. // Научно-практическая ревматология. 2010. № 3.С. 48-51; Лесняк О.М., Пухтинская П.С. Остеоартрит. // Школа Здоровья. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2008. 104 с;).**

ОА касаллигининг гонартроз шакли куп учрайди ва касалликдаги оёқ веналарининг варикоз касаллиги коморбид касаллик ҳисобланади. ОА ва веналарнинг варикоз касалликларининг биргаликда кечувида бугим синовиал пардасида Б-хужайраларнинг фаолиятини пасайиши, фибробласт 2 нинг усиш фактори ва томир эндотелиал усиш фактори камайиши аниқланган

(Бабажанов А.С. ва б. Оёк веналари варикоз кенгайиши. Укув услубий тавсиянома. Тошкент 2015. 39 бет; Остеартроз амбулаторной практике / Галушко.Е.А., Эрдес.Ш.Ф., Алексеева Л.И. // Современная ревматология. 2012. № 4. С.66-70; Остеартроз в общей медицинской практике / Верткин А.Л., Максименко Е.В., Шамуилова М.М. // Терапевт: научно-практический ежемесячный журнал. 2008. № 9. С. 10-30).

Бу эса кон томирлар ангиогенезини пасайишига, ревазуализацияни сусаювига, лимфоцитлар бета трансформациясини ошувига сабаб булиб, кон томирлар зарарланишини янада оширади. Шунингдек, ОА касаллигида адгезив молекулалар-фибрин, фибропектин, витропектин ошуви ва тромбоцитлар агрегациясини кучаюви веналардаги патологик жараёни хам кучайтиради (Матвеев Р.П., Брагина С.В Остеартроз коленного сустава: проблемы и значимость. Экология человека. 2012. № 9. С.53-62; Насонова В.А. Остеартроз — проблема полиморбидности. // Consilium medicum. 2009. № 2. С. 5-8). Аммо, хозиргача 45-60 ёшдаги аҳолида куп учровчи тизза бугимларининг ОА ва оёк веналари варикоз касалликларининг биргаликда кечувининг клиник хусусиятларини, диагностик мезонларини урганишига қаратилган текширувлар қамлигича қолмоқда (Ревматология: национальное руководство / под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. // М.: ГЕОТАР-Медиа. 2010.-720 с). Бу икала касалликнинг қоморбид ҳолатида хондропротекторлар- глюкозамин сульфат, хондротин сульфат, глюкоурон кислота унумлари сакловчи дори воситаларининг, веналар тонусига таъсир этувчи препаратлар клиник самарасини урганишда қарама-қаршиликлар мавжуд.

Ишнинг максади: Тизза бугимлари остеоартрози касаллигида оёк веналари варикоз кенгайиши учраш частотасини, ушбу қоморбид ҳолат клиник хусусиятларини ва оёқлар функционал ҳолати узгаришларини аниқлаш ҳамда комплекс равишда утқазиладиган даво самарадорлигини баҳолаш.

Ишнинг вазифалари:

1.ОА касаллигида оёк венларининг варикоз кенгайиши комарбид холатини учраш частотасини, веноз етишмовчилиги даражаларини беморлар жинсига, ёшига ва касаллик давомийлигига кура аниклаш;

2. Остеоартроз ва оёк веналари варикози аникланган беморларда веноз тизими зарарланишлари клиник белгилари ва бугим синдромининг кечув хусусиятларини ва веноз тизими зарарланиши хавф омилларини урганиш;

3.Россия Федерацияси ФА “Ревматология институти” Давлат муассаси томонидан таклиф этилган эксперт мезонларига кура ОА ва оёк веналари варикоз касаллигининг комарбид холатида беморлар оёклари харакат фаолиятини бахолаш;

4. Беморларни даволашда ишлатиладиган комплекс даво муолажаларини беморларнинг умумий ахволига таъсирини бахолаш, веноз етишмовчилиги даражаларида медикаментоз ва номедикаментоз самарали даволаш усулларини ҳамда профилактик чора-тадбирларини курсатиш.

Илмий янгиллиги. Ревматологик стационар шароитида ОА касаллигини оёк венларининг варикоз кенгайиши касаллиги билан комарбид холатда кечув хусусиятлари, веноз етишмовчилиги даражалари, варикоз касаллигининг энг куп таркалган белгилари ва сабаблари урганилди. Варикоз кенгайган веналар ва ОА касаллигини биргаликда кечуви зарарланган бугимлар сонининг ортишига, реактив синовит белгиларини янада купайишига ва рентгенологик белгиларнинг оғирлашувига олиб келиши, бугимлар фаолиятини турли даражада чекланишига сабаб булиши курсатилди. Россия Федерацияси ФА “Ревматология институти” Давлат муассаси томонидан таклиф этилган эксперт мезонлари буйича варикоз касаллиги аникланган беморлар - махсус мослама (коляска), култик таёк, кул таёгидан фойдаланишга мухтож булиши, уларнинг хар кунги фаолияти (уй юмушларини бажариши, овкат тайёрлаш ва бошка кундалик ишларини бажариши) кийинлашиши, ювинишда, овкатланишда, шахсий гигиена ишларини олиб боришда чегараланиш юзага келиши, жамоат транспортлари

– автобус ва маршрут таксиларидан фойдаланишларида чекланишлар юзага келиши ва профессионал кобилиятлари кайтмас даражада йуқолиши курсатилди.

Амалий аҳамияти. ОА касаллигида веналарни махсус текшириш усуллари киритилди, оёк веналари зарарланишига хос шикоятларни тахлил этилди, веналар зарарланиш симптоматикаси аниқланди, Тренделенбург-Троянов, Марш синамаларини утказилди ва инструментал текширувлардан доплерография (доплер аускультацияси) утказилди. Россия Федерацияси ФА “Ревматология институти” Давлат муассаси томонидан таклиф этилган эксперт мезонларини ОА ва оёк веналари варикоз касаллигининг комарбид ҳолатида куллаш беморларни кушимча таянч воситаларига булган эҳтиёжини эрта аниқлашга, уларни кундалик фаолиятларини, уз-узига хизмат кила олиш, жамоат транспортлари – автобус ва маршрут таксиларидан фойдаланиш ва профессионал кобилиятларини баҳолаш имкониятини бериши курсатилди. Варикоз касаллигини даволашда номедикаментоз (овкат рационига сут ва сут махсулотлари, творог, сузма, кукатлар, мевалар, сабзавот, ошқўқлар, шарбатлар, айниқса, анжир, ўрик, карам, қизил лавлаги, шотут, қулупнай, ошқовоқ, тарвуз, бодринг, сабзи, топинамбур тавсия этиш) ва медикаментоз (кон оқимининг юза веналардаги ҳаракатини камайтириш учун қисувчи эластик пайпоқ ва колготкалардан фойдаланилиш, даволашда тоимирлар ва тукима реологиясини яхшиловчи воситалар - трентал, курантил, венотоник восита - «Флебодиа 600» (диосмин) 1 таблетка/суткада эрталаб нонуштадан олдин (2 ой давомида) тавсия этиш, маҳаллий восита сифатида гепарин, лиатон, триоксивазин мазларини (2 ҳафта давомида) кунига уч-турт марта узгарган томирлар устига суртиш) даво усуллари тавсия этилди. ВАШ бўйича баҳоланганда варикоз кенгайган веналар ва ОА касаллигини комарбид ҳолатида стационар даво 37,8% ҳолатда «яхши» натижа, 40,5% ҳолатда – “қоникарли” натижа беради, 21,6% беморда эса даволаш муолажалари наф бермаслиги акникланиб, салбий натижалар коммуникант ва чуқур веналар зарарланганида, иккинчи даража веноз

етишмовчилиги ва семизликнинг иккинчи даражасида кузатилиши кайд этилди. ОА ва варикоз веналари комарбид ҳолатида консерватив даводан кейин ҳам оёқлар функционал қобилиятини чекланиш ҳолатларини сакланиб қолишини ҳисобга олган ҳолда иккинчи даражали веноз етишмовчилиги аниқланган беморларга томир жарроҳи куриги ва хирургик даво тавсия этиш лозимлиги қурсатилди.

Ишнинг муҳокамаси: Иш Самарқанд медицина институти I-ички касалликлар ва фтизиатрия кафедрасида тайёрланди. Ишнинг материали даволаш факультетининг I-ички касалликлар ва фтизиатрия кафедраси йиғилишида муҳокама қилинган. Магистрлик иши мавзуси буйича... та илмий иш: ... -илмий мақола, ... - тезис ҳоп этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми: Илмий иш қомпютерда терилган, ... бетли матндан иборатбулиб, унда 12 та жавдал, 9 та диаграмма ифода этилган. Илмий иш қириш, 1-қоб адабиётлар шарҳи, 2-қоб текширув материаллари ва усуллари, 3 ва 4-қоб изланиш натижалари, 5-қолинган натижалар таҳлили, ҳулоса, амалий тақлифлар ва қойдаланилган адабиётлар руйҳатидан иборат.

1- БОБ. АДАБИЁТЛАР ШАРХИ

Остеоартроз касаллигининг таркалиши, ривожланиш механизмлари, диагностикаси ва даволаш усуллари

Остеоартроз (ОА) – артрозлар гуруҳининг турли этиологияли биологик, морфологик ва клиник белгиларига ва унинг асосида бўғимларнинг турли хил яллиғланиши, асосан бўғим тоғайларининг юпқалашиб кетиши, толаларга ажралиши, бўғим бойламларининг ўзгариши, бир неча бўғимларнинг зарарланиши билан ўтадиган касалликларнинг гетероген гуруҳидир (Балабанова Р. М. Динамика распространенности ревматических заболеваний, входящих в XIII класс МКБ-10, в популяции взрослого населения Российской Федерации за 2000–2010 гг. / Р. М. Балабанова, Ш. Ф. Эрдес // Научно-практическая ревматология. — 2012. — № 3. — С. 10–12; Галушко, Е. А. Медико-социальная значимость ревматических заболеваний : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Е. А. Галушко. — М., 2011. — 47 с).

Остеоартроз касаллиги 100 минг аҳолидан 8,2 фоизида учрайди. Тарқалганлиги: ер шари аҳолисининг 20 фоизи. Бу касаллик ўлимга олиб келмайди, лекин 40–60 ёшларда кўпроқ учрайди. Аёлларда кўпроқ остеоартрознинг тизза бўғимининг, эркакларда эса чанок – сон бўғимининг зарарланиши кузатилади (Коморбидность при остеоартрозе: рациональные подходы к лечению больного / Алексеева Л.И. , Верткин А.Л., Мендель О.И. // Русский медицинский журнал. 2009. Т. 17. №21. С. 1472-1476; Лесняк О.М., Пухтинская П.С. Остеоартрит. // Школа Здоровья. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2008. 104).

ОА касаллиги билан касалланиш турли давлатларда утказилган текширувларга кура катта (60-74 ёш) ва қари кишиларда (75-90 ёш) урта ва новкирон ёшдагиларга нисбатан 2-3 марта куп учрайди. Шунинг учун катта ва қари ёшдагилар амбулатор-поликлиник ёрдамга 2-4 марта купрок мухтож буладилар. Куйидаги жадвалда баъзи-бир давлатларда 65 ва ундан катта ёшдаги кишилар таркиби курсатилган

Давлат	1990	1995	2000	2005	2008	Охиргийиллар
Ўзбекистон	4,01	4,2	4,21	4,48		4,48
Киргизистон	5	5,5	5,45	5,55		5,48
Козогистон	5,86	6,89	6,72	7,78	7,6	7,6
Россия	10,03	12	12,59	13,82		13,98
Европа региони	12,11	13,23	13,91	14,93	15,17	15,17
Великобритания	15,73	15,85	15,81	16		16,04
Эстония	11,64	13,53	15,07	16,62	17,15	17,15

(манба: БДССТ маълумотлар базаси, 2010 йил)

Остеоартроз профилактикасида бўғим тоғайига ҳаракатни камайтириш, тана оғирлигини нормада тутиб туриш ($20 - 25 \text{ мг/м}^2$) муҳим. Тана оғирлигини 10 йил ичида 2 бирликка камайтириш, ОА ривожланиш хавфини 50% га туширади (Денисов Л.Н., Насонова.В.А. Ожирение и остеоартроз. // Научно-практическая ревматология. 2010. № 3.С. 48-51; Зайцева Е. М., Алексеева Л. И. Причины боли при остеоартрозе и факторы прогрессирования заболевания (обзор литературы) // Научно-практическая ревматология. 2011. № 1. С. 50–57). Оғир нарсаларни кўтармаслик, бўғимларда кучли ҳаракат қилмаслик керак, чунки бу бўғим тоғайига кучли босим ОА хавфини 30% кучайтиради (эркакларда) (Belo, J. N. et al. Prognostic factors of progression of osteoarthritis of the knee: a systematic review of observational studies // Arthritis and Rheumatism. - 2007. - Vol. 57. - № 1.- P.13–26; Blagojevic M., et al. Risk factors for onset of osteoarthritis of the knee in older adults: a systematic review and meta-analysis // Osteoarthritis and Cartilage.- 2010.- Vol.18.-№1.- P.24–33; Grazio, S. Balen D. Obesity: risk factor and predictor of osteoarthritis // Lijecnicki vjesnik. — 2009. — Vol. 131. — № 1–2. — P. 22–26).

Тўрт бошли сон мушагини машқ қилиш натижасида аёлларнинг тизза соҳасида ОАнинг рентгенологик кўриниши ва клиник белгилари камаяди. Тизза ва сон соҳаси шикастланишидан эҳтиёт бўлиш керак. Бу асосан спортчиларга тегишли. Агар илгари оёқ шикастланган бўлса, нормал тана массасини сақлаб туриш ва тўрт шохли мушак машқ қилдирилиши зарур

(Остеоартроз в общей медицинской практике / Верткин А.Л., Максименко Е.В., Шамуилова М.М. // Терапевт: научно-практический ежемесячный журнал. 2008. № 9 . С. 10-30; Остеоартроз: финансовые затраты на одного больного. / Петрунько И.Л., Меньшикова Л.В., Голубева П.С, Цыренжапова Т.М. // Сибирский медицинский журнал. 2010. № 6. С.163-165; Ревматология: национальное руководство / под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. // М.: ГЕОТАР-Медиа. 2010.-720 с; Факторы прогрессирования остеоартроза коленных суставов (5-летнее проспективное наблюдение) / Н.Г. Кашеварова и др. // Остеопороз и остеопатии. – 2013.-№2.-С.9-11).

Остеоартрозда скрининг қўлланилмайдиган, чунки унинг рентгенологик кўриниши ёшга боғлиқ. Касаллик асосан катта ёшдаги қарияларда (100%) кузатилади. Айни вақтда қарияларда клиник кўринишлар бўлмаслиги мумкин. Рентгенологик белгилар мавжуд, ammo клиник белгиларсиз кечадиган ОА да профилактик чоралар кўриш учун ишончли маълумот йўқ (Факторы риска прогрессирования остеоартроза коленных суставов. Обзор литературы. / Н.Г. Кашеварова, Л.И. Алексеева // Научно-практическая ревматология. – 2014.-№5.-С.553-561; Эпидемиологическое исследование суставных жалоб и остеоартроза среди городского и сельского населения Урала / Лесняк О.М, Крохина Н.Н. Алферова О.Е. // Научно-практическая ревматология. 2008. № 6. С. 27-320).

Касалликнинг клиник классификацияси тавсия этилган. Классификацияда бирламчи (идиопатик) ва иккиламчи остеоартроз ажратилган. Локал ОА да 3 ёки кўп сонли бўғимлар, яъни қафт, тоvon, тизза, чаноқ–сон, умуртқа ва бошқа бўғимларнинг зарарланиши кузатилади; Таркалган ОА да 3 ёки ундан кўпроқ, дистал ва проксимал фалангалараро ва йирик бўғимларнинг эрозив яллиғланиши аниқланади (Матвеев Р.П., Брагина С.В Остеоартроз коленного сустава: проблемы и значимость. Экология человека. 2012. № 9. С.53-62; Насонова В.А. Остеоартроз — проблема полиморбидности. // Consiliummedicum. 2009. № 2. С. 5-8).

Иккиламчи остеоартрознинг эса посттравматик, туғма, эндемик касалликлар (Пертес касаллиги, гипермобиллик синдроми), метаболик касалликлар(охроноз, гемохроматоз, Вильсон–Коновалов, Гоше касаллиги), эндокринопатиялар (ҚД, акромегалия, гиперпаратиреоз, гипотиреоз),кальций моддасининг тўпланиши (кальций фосфат, кальций гидрооксипатит), невропатия (Шарко касаллиги) ва бошқа касалликлар (аваскуляр некроз, ревматоид артрит, Педжет касаллиги) туфайли пайдо бўлувчи турлари фаркланади (Букина И.Е. Характеристика структур коленного сустава на ранних стадиях гонартроза. Автореф. дисс. канд. мед.наук.// М. 2004. - 18 С; Коваленко В.Н., Борткевич О.П. Остеоартроз. Практическое руководство. К.: Морион. - 2003. - 448 С).

Касалликнинг рентгенологик классификацияси Келлгрэн ва Лоуренс томонидан тавсия этилган ва остеоартрознинг рентгенологик даражасини аниқлашда ишлатилади. IV даража фаркланади: 0. Ўзгаришлар йўқ. I. Рентгенологик белгиларнинг аниқ эмаслиги. II. Минимал ўзгаришлар мавжудлиги (бўғим ёриғи торайганлиги, бирламчи остеофитлар). III. Ўртача ўзгаришлар кузатилиши (бўғим ёриғининг кам торайганлиги, остеофитларнинг кўпайиши). IV. Аниқ ўзгаришлар мавжудлиги (бўғим ёриғи умуман кўринмайди, дағал остеофитлар топилади) (Зайцева, Е. М. Оценка минеральной плотности костной ткани субхондральных отделов бедренной и большеберцовой костей при гонартрозе. / Е. М. Зайцева, А. В. Смирнов, Л. И. Алексеева // Научно-практическая ревматология. — 2005. — № 1. — С. 27–30; Колесник, Т. В. Вариабельность минеральной плотности костной ткани и полиморфизм гонартроза / Т. В. Колесник [и др.] // Научно-практическая ревматология. — 2006. — № 6. — С. 8–11).

Касалликнинг диагностикасида анамнез ва физикал текширув муҳим роль уйнайди (Остеартроз амбулаторной практике / Галушко.Е.А., Эрдес.Ш.Ф., Алексеева Л.И. // Современная ревматология. 2012. № 4. С.66-

70).Экспертлар консилиуми ОА даги бўғим синдромининг қуйидаги хусусиятларини ҳисобга олишни тавсия қилганлар:

-Чуқур жойлашган ўтмас оғриқ. Бўғим ҳаракат қилганда ўтмас ва чуқур жойлашган оғриқ пайдо бўлиши. Тинч ҳолатда оғриқ борлиги яллиғланишдан далолат беради (Боль как один из факторов риска прогрессирования остеоартроза коленных суставов / Н.Г. Кашеварова и др. // Научно-практическая ревматология. – 2013.-№4.-С.387-390).

-Эрталабки бўғимлар оғриғи 30 дақиқа мобайнида давом этади. Яллиғланишнинг қўшилиши эрталабки оғриқ кучайишига сабаб бўлади.

-Ҳаракатланганда крепитация эшитилади.

-Бўғимда оғриқ туфайли синовит ва ҳаракат чегараланган.

-Секин – аста тизза, билак, қўл, бармоқлараро фалангаларнинг дистал ва проксимал соҳасида бўғимларнинг деформацияси кузатилади.

1. Лаборатор текширувларда остеоартрознинг аниқ белгилари кузатилмайди. Шу сабабли қуйидаги мақсадларда лаборатория текшируви ўтказилади (Луцкова, Л. Н. Оценка роли воспаления в прогрессировании структурных изменений сустава у больных гонартрозом: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л. Н. Луцкова. — Ярославль, 2004. — 23 с.):

-дифференциал ташхис қўйиш учун, ОА да қон умумий таҳлилида ўзгариш ва ревматоид омил топилмайди ҳамда сийдик кислотаси миқдори ўзгармайди;

-даволаш олдидан қон ва сийдик таркиби ва креатинин, трансаминазалар миқдорини аниқлашдан мақсад, учрайдиган салбий омилларни бартараф этишдир.

Синовиял суюқликни текшириш фақат синовит касаллигига шубҳа бўлганда дифференциал ташхис қўйиш учун амалга оширилади. Остеоартрозда синовиял суюқлигида яллиғланиш белгилари топилмайди, у тиниқ, чўзилувчан бўлиб лейкоцитлар миқдори 2000 мм³ дан кам бўлади. Инструментал текширувлардан рентгенологик текширувда бўғим ёриғининг торайганлиги, остеосклероз, чекка остеофитлар кузатилиши мумкин.

Остеоартрознинг клиник таъхисини қўйиш учун фақат рентгенологик текширувдаги ўзгаришлар етарли эмас (Щеглов Э. А. Хроническая венозная недостаточность и гонартроз. распространённость и качество жизни при сочетанной патологии // ЗВ. 2012. №3. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/hronicheskaya-venoznaya-nedostatochnost-i-gonartroz-rasprostranyonnost-i-kachestvo-zhizni-pri-sochetannoy-patologii> (дата обращения: 12.12.2015).

Диагностик мезонлари. Остеоартрознинг диагностик мезонлари куйидагилардан иборат:

Клиник мезонлар:

-Тизза бўғими остеоартрозида (сезувчанлиги 89 %, спецификлик 88 %) 38 ёшдан ошган шахсларда оғриқ, крепитация, эрталабки ҳаракатнинг чекланиши (30 дақиқа мобайнида) ёки оғриқ + эрталабки ҳаракатнинг чекланиши + бўғим ҳажмининг шиши ёки оғриқ + бўғим ҳажмининг шиши кузатилиши мумкин.

Бармоқлар остеоартрозида (сезгирлиги 92 %, спецификлиги 98 %) ♦ Оғриқ ва бармоқларда ҳаракатнинг сустлиги, икки ёки ундан кўпроқ сонли бўғимларнинг шиши (улар 2 ёки 3 – суяк охирининг ўнг ва чап бармоқ бўғим фалангаларининг, 2-3 – суяк охирининг проксимал ўнг ва чап қўл бармоқлари бўғимлари) + товон панжа фалангалари 3 ёки ундан кўпроқ сонли бўғимларининг шиши + қўл бармоқ бўғимлари дистал қисми ҳажмининг шиши ♦ Оғриқ ва қўл бармоқлари ҳаракатининг сусайиши + 2 ёки 3 дан ортиқ бўғимларнинг шиши + 3 ёки ундан кўпроқ товон – панжа фалангалари бўғимларининг шиши + 2 ёки ундан кўпроқ қўл бармоқлари фалангалари орасидаги бўғимлар ҳажмининг шиши + 2 ёки ундан ортиқ қўл бўғимларининг деформацияси кузатилиши мумкин (Ли́ла А.М. Фармакотерапия остеоартроза. // Ремедиум Приволжье. — Спецвыпуск. Ревматология. — 2005. — С.56-59; Медицинская реабилитация. П/ред. В.М.Боголюбова. Т.1, изд.2. // М. 2007. - С.293; Насонова В.А. Проблема остеоартроза в XXI веке. // Сиб. Мед. Журн. 2001. - №3-4. - С.5-9;

Насонова В.А., Насонов Е.Л. В кн.: Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний. Руководство для практических врачей. // М.: Литгерра. 2003. - С. 143).

Клиник, лаборатор ва рентгенологик текширув мезонлари:

- ОА тизза бўғимларида (сезгирлиги 94 %, спецификлиги 88 %) ♦ Оғриқ + остеофитлар мавжудлиги ёки ♦ Оғриқ + синовиал суюқлик борлиги. ОА да эрталаб + бўғимларда ҳаракатнинг чекланганлиги 30 дақиқа мобайнида + крепитация ёки ♦ Оғриқ + 40 ёшдан ошган шахсларда + эрталаб бўғим ҳаракатининг чекланганлиги 30 дақиқа мобайнида + крепитация кузатилиши мумкин.

- ОА болдир – сон бўғимларида (сезгирлиги 91 %, спецификлиги 89 %) ♦ Оғриқ + остеофитлар ёки ♦ Оғриқ + ЭЧТ <20 мм/соат + бўғим ёриқларининг торайиши кузатилади.

Касалликка ташхис қўйишда диагностик мезонлар эътиборга олинганда ҳеч қандай қийинчилик бўлмайди, унинг барча клиник белгиларини, иккиламчи остеоартроз келиб чиқиши мумкинлигини таҳлил қилиб бориш зарур(ЭулдеринкФ.Деструкция сустава при дегенеративных и воспалительных суставных заболеваниях. // Ревматология-1989-№2.С.68-72).

Остеоартрознинг даволаш мақсади оғриқни бартараф этиш, бўғим тоғайи емирилишининг олдини олиш ва таянч–ҳаракат тизими функциясини тиклашдан иборат.ОА билан касалланган беморларнинг жисмоний машқларни бажариши билан оғриқни қолдиришга, бўғимларда ҳаракат активлигини оширишга ёрдам беради. Жисмоний машқлар юрак – томир системаси касалликларининг ҳам олдини олади. Велосипедда юриш, сувда сузиш, сайр қилиш ҳам фойдали. Югуриш ва зинага чиқиш мумкин эмас. ОА нинг тизза бўғимлари касалликларида тўрт шохли болдир мушаклари учун машқлар тавсия этилади, чунки бу ўз навбатида оғриқнинг босилишига олиб келади. Жисмоний машқларни изометрик машқлардан бошлаб, уларга қаршилиқ қилувчи машқлар билан якунлаш лозим. Беморнинг шахсий имкониятларига қараб, жисмоний дастур тузиш керак (Олюнин, Ю. А.

Хроническая ревматическая боль. Особенности развития и принципы лечения // Русский медицинский журнал. — 2013. — № 6. — С. 304–309;).

Тана вазини камайтириш учун ОА ни бирламчи профилактикасида алохида текширувлар ўтказилмаган. Бунда ОА да беморлар ўз истакларига кўра бўғимларини механик жихатдан авайлашлари ва юрак – томир системаси патологиясини профилактика қилишлари керак. Махсус мосламаларни қўллашда тизза соҳасини ушлаб турувчи боғлам, товон бўғимларига оғирлик туширмаслик учун оёқ кийим ичига ортопедик таглик қўйиб юриш керак. Бундай усуллар оғриқни камайтириб, бўғим функциясини тиклайди. 1–кафт бўғимига шина қўйиш қўл бармоқлари функциясини оширади. Касал бўғимларга муз ёки иссиқлик билан таъсир қилиш оғриқ камайишига олиб келади. ОА да ультратовуш терапияси қўлланилса, ўртача оғриқсизлантирувчи таъсир этади. Тери устидан нервлар электр стимуляция килинганда узоқ давом этмайдиган оғриқсизлантириш таъсири кузатилади. Рефлексотерапия билан даволашни беморлар асосан ноанъанавий усулда даволанганда қўллаш мумкин (Шамуилова М.М., Аллилуев А.А., Соснин П.С., Сугаипов А.А. Рациональная фармакотерапия остеоартроза // Ремедиум. Журнал о рынке лекарств и медицинской технике, 2007.-N 11.-С.28-30; Шамуилова М.М., Верткин А.Л., Наумов А.В., Иванов В.С. Дилемма выбора нестероидных противовоспалительных препаратов в терапевтической практике // Клиницист, № 2, 2008 – С. 46-50; Верткин А.Л., Наумов А.В., Шамуилова М.М., Иванов В.С., Плескановская Н.В., Сулгаипов А.А. Дегенеративно-дистрофические заболевания костно-суставной системы в современной клинике. Решены ли проблемы? //Клиническая геронтология: научно-практический журнал – М., 2008 – Том 14, №2. – С. 53 – 59).

Дорилар билан даволашда биринчи навбатда тез таъсир этувчи симптоматик дори воситалари қўлланилади. Парацетамол ОА яллиғланиш белгилари бўлмаганда оғриқни енгиллаштириш мақсадида тавсия этилади. Унинг дозаси индивидуал танланади, лекин кунига 2,6 г. дан кўп бўлмаслиги керак.

Чунки юқори доза меъда – ичак йўлида асоратлар ривожланишига сабаб бўлиши мумкин. Бу танланган доза миқдори билан 2 йил давомида ОА ни даволаш хавфсиз эканлиги исботланган. Агар ОА да парацетамол қўллаш самара бермаса ва яллиғланиш белгилари бўлса, ЯҚНДВ тавсияэтилади. Юзлаб клиник синовлар ўтказилган, лекин бир ЯҚНДВ нинг оғриқсизлантирувчи хусусиятининг иккинчисидан устунлиги ҳақида маълумот олинмаган. Шунинг учун ЯҚНДВ ни танлаш уларнинг зарарсизлиги ва нархи билан белгиланади. Масалан, индометациннинг клиник – фармакологик таъсирида бўғим тоғайларининг метаболизмига салбий таъсир кўрсатишини назарда тутиш лозим. Меъда – ичак йўли асоратлари – асосан ЯҚНДВ дори воситаларининг ноўйғун таъсири натижасида пайдо бўлади. Меъда – ичак ярасидан қон кетиши кам ҳолларда селектив ингибиторлар таъсирида ҳам юзага келиши мумкин. Улар қуйидаги хавфли омиллар мавжуд бўлганда буюрилади: ёши 65 ёшдан катта беморларга, анамнезида ошқозон – ичак яраси ёки меъда – ичакдан қон кетиш, бир вақтда ГКС ва антикоагулянтлар қабул қилиш. Носелектив ЯҚНДВ ни синтетик простагландин мизопростом билан биргаликда кунда 200 – 800 мг. дан қўллаш меъда – ичак системасининг ҳимоясидан қатъи назар даволаниш жуда қимматга тушиб кетади (Верткин А.Л., Наумов А.В., Шамуилова М.М., Семенов П.А., Шарина Н.П.. Оценка безопасности применения лорноксикама и диклофенака натрия в общей медицинской практике// **Клиническая геронтология: научно-практический журнал**, М.-2009.- № 2.- С. 21-26; Верткин А.Л., Наумов А.В., Шамуилова М.М., Максименко Е.В., Журавлёва О.С. Остеоартроз в общей медицинской практике // **Терапевт**, № 9, 2008 – С. 10-30; Вёрткин А.Л., Наумов А.В., Плескановская Н.В., Максименко Е.В., Шамуилова М.М., Эйвазов Р.К., Моргунов Л.Ю., Новахова Ж.Д., Ронзин А.В.. Остеопороз: парадигма современной клинической практики// **Терапевт**, № 1-2, 2009. С. 60-66).

Артритдан фарқли равишда ЯҚНДВ ОА да фақатгина оғриқ кучайганида қўлланилади. Унинг дозаси ОА да артритдагидан кам ✦ Носелектив

ингибиторлар: ибупрофен кунда 400 – 600 мг. 3 маҳал, кетопрофен кунда 100 мг., диклофенак кунда 50 мг. дан 2 маҳал, набуметон кунда 1000 – 1500 мг. дан бир маҳал, лорноксикам кунда 12 – 16 мг. (Шамуилова М.М., Вёрткин А.Л., Наумов А.В., Коцелапова Э.Ю., Семенов В.С.. Эффективность кеторолака для купирования острой боли при травме // **Врач скорой помощи**, № 11, 2009 – С. 21-25).

Селектив ингибиторлар: мелоксикам кунда 7.5 мг., нимесулид кунда 100 мг. дан 2 маҳал, целекоксиб кунда 100 мг. дан 2 маҳал буюрилади. Опиоид каторидаги марказий таъсир этувчи оғрикни колдирувчи ДВ лар парацетамол ёки ЯҚНДВ таъсири бўлмаганда қисқа муддатга кучли оғрикни колдириш учун қўлланилади. ОА да кенг қўлланиладиган кучсиз таъсирга эга бўлган опиатга трамадол киради. Трамадол биринчи куни 50 мг. дан берилиб, кейинчалик дозаси секин – аста 200 – 300 мг. гача кўпайтирилади (Наумов А.В., Семенов П.А., Коцелапова Э.Ю., Горулева Е.И., Галкин И.В., Максименко Е.В., Лебедев О.И., Шарина Н.П., Плескановская Н.В., Журавлева О.С. Скрининг и профилактика остеопороза// **Терапевт**, № 12, 2009. С. 45-50; Шамуилова М.М., Вёрткин А.Л., Наумов А.В., Коцелапова Э.Ю. Остеоартроз в современной клинической практике: анализ факторов и рекомендации // **Терапевт**, 2009, № 10 – С. 5-33; Шамуилова М.М., Вёрткин А.Л., Наумов А.В., Коцелапова Э.Ю. Остеоартроз в современной клинической практике: анализ факторов и рекомендации // **Терапевт**, 2009, № 11 – С.4-15).

Секин таъсир этувчи симптоматик ДВнинг таркиби бўғим тоғайининг табиий компонентларидан иборат. ОА да бу препаратлар оғрикни босувчи таъсир қилади. Уларнинг фойдали таъсири тўхтатилгандан кейин ҳам давом этади. Беморлар бу дори таъсирини яхши қабул қилади, лекин ундан узоқ ва давомли фойдаланиш ҳамон мунозарали ҳисобланади.

- Хондроитин – кунда 750 мг. дан 2 маҳал 3 ҳафта мобайнида, кейинчалик эса кунда 500 мг. дан 2 маҳал, даволаниш курси 6 ой.

- Глюкозамин – кунда 1500 мг. дан 4 – 12 хафта мобайнида, йил давомида унинг даволаш курсини 2 марта такрорлаш керак.
- Гиалуронат унумлари – бўғим оралиғига юборишда ишлатилади. У асосан оғриқни босувчи ва ОА ни функциясини тиклашга қаратилган (Шамуилова М.М., Вёрткин А.Л., Наумов А.В., Семенов В.С., Мендель О.И., Шарина Н.П., Коцелапова Э.Ю. Стратификация риска и стратегические решения фармакотерапии остеоартроза в терапевтической практике // **Терапевт**, № 12, 2009 – С 8-18; Шамуилова М.М., Вёрткин А.Л., Наумов А.В., Семенов В.С., Коцелапова Э.Ю.. Эффективность кеторолака для купирования острой боли при травме // **Терапевт**, № 9, 2009 – С. 28-32).

ГКС ни бўғим бўшлиғига юбориш. ОА да яллиғланиш белгилари бўлганда қўллаш мумкин. Факат тизза бўғимига юборилади. Бу дорининг таъсири 1 хафтадан 1 ойгача давомэтади. Триамцинолон (20-40 мг.), метилпреднизолон (20-40 мг.), бетаметазон (2-4 мг.) препаратларини қўллаш мумкин. Уларни юборишни йилига 2 – 3 мартадан оширмаслик керак. Тез – тез буюриш натижасида бўғим тоғайида емирилиш кучаяди (Шамуилова М.М., Вёрткин А.Л., Наумов А.В., Семенов В.С., Мендель О.И., Шарина Н.П.. Оценка безопасности применения лорноксикама и диклофенака натрия в общей медицинской практике// **Клиническая геронтология**.-2009.- № 2.- С. 21-26).

Хирургик даво. Бўғимларда кучли оғриқ бўлиши, терапевтик даво кор қилмаслиги, бўғимлар функциясининг жиддий бузилиш ҳолларида бўғимларни эндопротез қилиш мумкин. Бу протезни бўғимларда деформация, контрактуранинг ўзгариши ва мушаклар атрофиясидан аввал қилиш керак бўлади (Шамуилова М.М., Наумов А.В., Мендель О.И., Семенов П.А., Комиссаров С.М. Боль: практика лечения нестероидными противовоспалительными средствами // **Клиническая геронтология**, 2010.- N 3.-С.9-14).

Тос – сон бўғимлари эндопротез қилинганда оғриқ босилади, ҳаракат функцияси тикланади ва беморнинг ҳаётга қизиқиши ошади. Инфекцион касалликлар асорати оқибатида қайта операция қилиш йилига 0,2 – 2 % ни ташкил қилади. Операция 45 – 75 ёш атрофидаги шахсларда яхши натижа беради. Айрим ҳолларда ёши ўтган қарияларда ҳам бу операция яхши натижа берган, лекин бундай беморларни узок муддат давомида касалхонада ётиши, даволанишнинг қимматга тушиб кетишига олиб келиши мумкин.

Кўп сонли тизза бўғимларини протез қилиш оғриқнинг босилишига ва унинг ҳаракат функциясини тиклашга олиб келади. Текширувларнинг қарама – қарши натижалари туфайли тана массасининг ошиб кетиши бундай операцияга тўсқинлик қилиши аниқланмаган.

Артроскопик муолажалар. Тизза бўғимларини лаваж қилиш артроскопияда бажарилади, детрит ва қон қуйқасини олиб ташлаш оғриқсизлантиришга олиб келади. Бу ўрта ҳисобда 3 ой давом этади. Лаважнинг синовиал суюқлигида пирофосфат кальций кристалларини аниқлаш яхши натижа беради. ОА да тизза бўғими соҳасини лаваж қилишни консерватив ва бўғим оралиғига суюқлик юбориб қўллаш мумкин. Бироқ “сохта артроскопия” нинг мусбат самараси ҳақида маълумотлар бор (тешиш + муолажа йўқлиги, яъни плацебо эффектини яратиш), бу ОА ни даволашда лаваж ўрнини аниқлаб олиш кераклигини кўрсатади. Артроскопияда “бўғим сичқони” ни олиб ташлаш бўғим ҳаракатининг тикланишига олиб келади (**Шамуилова М.М., Вёрткин А.Л., Л.И.Алексеева, Наумов А.В., Мендель О.И., Лучихина Л.В.. Остеоартроз и сердечно-сосудистые заболевания. Общие факторы риска и клинико-патогенетические взаимосвязи. Оптимизация терапии // Профилактическая медицина, № 3, 2010 – С. 35-41)**

Остеотомия – ОА ни жарроҳлик билан даволашнинг янги тури. Сон суюгининг юқори остеотомиясини тизза бўғимини эндопротезлаш билан солиштиришда клиник тажрибаларнинг якка ҳолдаги натижалари мавжуд. Улардан бири оғриқни даволашда ва бўғим фаолиятини тиклашда остеотомиянинг қулайликлари ҳақида гувоҳлик беради. Бошқа текширувда

эса юқорида айтилган ОА ни даволаш турлари орасида клиник натижа бўйича фарқ деярли аниқланмаган. Шундайқилиб, ОАни даволашда остеотомиянинг ўрнини аниқлаш давом эттириляпти (**Чичасова Н.В. Лечение остеоартроза. // РМЖ. 2005. - т.13. - №8. -С.539-543).**

Беморлар учун ўргатиш дастурини қўллаш даволанишда юқори натижа беради. ОА ли беморларга нотиббий персоналнинг мунтазам кўнғироқлари, шунингдек уларнинг ўзини ёки оила аъзоларини кундалик машқларга ўргатиш оғриқ симптомини бирмунча камайтириш ва бўғимлар фаолиятини яхшилаши мумкин деган фикрлар бўлса ҳам, аммо бу қўшимча текширувлар талаб қилади (**Светлова М.С. Применение препарата алфлутоп и глюкозамина гидрохлорида в лечении больных остеоартритом,- Автореф. дисс. канд. мед. наук.// Ярославль. 2004. - 18 С).**

Узоқ кузатув даврда қуйидагилар бажарилади: • зарарланган бўғимлар сони ва динамикасини баҳолаш • оғриқнинг интенсивлигини баҳолаш • бўғимлар фаолиятини, уй ва касб вазифаларини бажариш имконияти, даво воситаларининг қўшимча таъсирини баҳолаш • лозим топилганда даво воситаларини коррекция қилиш • дори воситасини бекор қилиш ёки алмаштириш • беморларнинг берилган тавсияларга тўғри риоя қилишлари, шунингдек парҳез ва режимга нечоғлик амал қилишларини кузатиб бориш (**Цветкова Е.С., Иониченок Н.Г., Карусинов П.С. и соавт. Клинико-инструментальная оценка влияния фармакотерапии на течение остеоартроза коленных суставов. // Научно-практическая ревматология. 2007. - №1. - С.69-74).**

Касаллик ҳаёт кечиришга нисбатан — таҳдид солмайди, шунга қарамай ОА кўп мамлакатларда ногиронликка олиб келувчи сабаблар ичида олдинги ўринлардан бирида туради. Бу касалликнинг ижтимоий аҳамиятини белгилайди. ОА сабабли операциялардан сўнг ўлим 1% ни ташкил этади (**Галушко, Е. А. Медико-социальная значимость ревматических заболеваний : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Е. А. Галушко. — М., 2011. — 47 с; Шамуилова М.М., Вёрткин А.Л., Л.И.Алексеева, Наумов А.В., Мендель О.И.,**

Лучихина. Остеоартроз и сердечно-сосудистые заболевания у лиц пожилого возраста, клинические и патогенетические взаимосвязи // **Успехи геронтологии. «Эскулап», Санкт-Петербург, 2010, том 23, № 2 – С. 304-313).**

Демак, ОА кенг таркалган бугимларнинг дисметаболик касаллиги булса хам, унинг юзага келишидаги этиологик омиллари охиригача аникланмай, бугим фаолиятини чекланиши эса ижтимоий муаммолардан бири булиб колмокда. Остеоартроз хусусан гонартрознинг кечишида прояллигланиш ва яллигланиш цитокинларининг патогенетик ахдмиятга эга эканлигига эътибор каратилмокда. Бу эса цитокинларнинг гонартрознинг клиник кечиши ва даволаш динамикасида узгаришни урганиш мухимлигини курсатади. Остеоартрозни даволашнинг кардинал йуналиши тогай дисметаболик дегенератив узгаришини олдини олиш, ривожлантормасликка каратилган, лекин хозирдаги дори воситаларининг таъсири етарли булмай колмокда. Остеоартрозни комплекс даволашда метаболик терапияни куллаш истикболлидир.

Веналарнинг варикоз кенгайиши касаллигининг таркалиши, ривожланиш механизмлари, диагностикаси ва даволаш усуллари

Веналарнинг варикоз кенгайиши. Веналарнинг варикоз кенгайиши – бу уларнинг турғун ва ортга қайтмас кенгайиши ҳамда узайиши бўлиб, вена деворларининг қўпол патологик ўзгариши, ҳамда генетик дефект туфайли клапан аппаратининг етишмовчилиги натижасида келиб чиқади. Касаллик аҳоли орасида 15% учрайди (Алехин Д.И. Рецидив варикозной болезни-причины возникновения, профилактика и лечение /Д.И. Алехин, Ал.Ан. Фокин, Л.А. Клищ и др.// материалы 9 Всероссийского съезда сердечно-сосудистых хирургов. М. 2003. -С. 120; Богачев В.Ю. Азиатский конгресс международного слюзафлебологов (UIP, Киото 18-20 июня, 2007г.) /В.Ю. Богачев, И.А. Золотухин// Флебологическая. 2007. - Т. 1, №1. - С. 65-69).

Касаллик билан купрок 20 ёшдан катталар касалланади. Кўпрок учрайдиган жинс – аёллар (4-5:1). Аёллардаги касалликка кўпрок мойиллик

прогестеронлар концентрацияси кўпайганда клапанларнинг юмшаши ва вена деворлари чўзилувчанлигининг циклик ошиши билан изоҳланади (Константинова Т.Д. Практикум по лечению варикозной болезни /Т.Д. Константинова, П.К. Воскресенский, О.В. Горина и др. М.: Профиль, 2006.- 188 с).

Оёқлардаги веналар тизими юза (масалан катта ва кичик тери ости, сон – тизза ости) ва чуқур (умумий сон, чуқур сон, юза сон, катта болдир ва х.) веналардан иборат. Бир сатҳдаги веналар орасидаги анастомозлар коммуникант, юзакиларидан чуқурларига ўтувчилари эса перфорант дейилади. Касаллик кўпроқ тана тери ости катта венаси тизимидаги юза веналарда, камроқ – кичик тери ости венаси тизимидаги веналарда учрайди (10:1). 20% зарарланиш аралаш булади (Протопопова Н.В. Особенности течения беременности при варикозной болезни / Протопопова Н.В., Суховская В.В., Коноваленко А.П., ШаравЦэрэнсамбуу // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН, - 2003, - №6. - С. 92-95; Румянцев А.Г. Профилактика тромбоза глубоких вен и тромбозомболии легочной артерии /А.Г. Румянцев, Е.Д. Пашанов// Пособие для врачей. -М., 2006. 32 с).

Касалликнинг келиб чиқиши ва ривожланишида бирламчи омиллар – қон томир деворларининг ирсий заифлиги, иккиламчи омиллар - эндокрин (хомиладорликнинг эрта босқичидаги гармонлар ўзгариши), хомиладорликнинг сўнгги даврларида тос веналарининг эзилиши, қорин бўшлиғидаги ўсмалар, асцит роль уйнайди. Ўзгаришлар ўрта қобикда энг кўп ифодаланади. Веналар узайган ва кенгайган, уларда буралиш пайдо бўлади. Клапанлар атрофияга учрайди. Изчил равишда флебосклероз ривожланади (Кириенко А.И. Рецидив варикозной болезни /А.И. Кириенко// Симпозиум ХВН: от ранних проявлений до трофических язв. VI Конференция Ассоциации флебологов России. Москва. - 2006. - С.7-8; Основы клинической флебологии /под ред. Ю.Л. Шевченко, Ю.М. Стойко, М.И. Лыткина М.: ОАО «Издательство Медицина», 2005. - С.211-213;

Покровский А.В. Диагностика и лечение варикозной болезни /А.В. Покровский, И.М. Игнатьев, Е.Г. Градусов, Р.А. Бредихин// М., 2005. 79 с;
Покровский А.В. Использование метода эндовазальной лазерной коагуляции в лечении варикозной болезни /А.В. Покровский, С.В. Сапелкин, Е.А. Летуновский// Российский медицинский журнал. 2007. - №1. - С.41-43;
Покровский А.В. Классификация СЕАР и её значимость для отечественной флебологии /А.В. Покровский, С.В. Сапелкин// Ангиология и сосудистая хирургия. 2006. - Т. 12, №1. - С.65-74).

Классификацияси. Варикоз касаллигининг шакли: Тери ичи ва тери ости сегментар варикози; Юза ва/ёки перфорант веналар бўйлаб рефлюксли сегментар варикоз; Юза ва перфорант веналар бўйлаб рефлюксли тарқалган варикоз; Чуқур веналар бўйлаб рефлюксли варикоз кенгайиш.

Сурункали веноз етишмовчилиги 3 даражаси фаркланади: 0 – аниқланмайди; I – шишга айланувчи «оғир оёқлар» синдроми; II – турғун шиш, гипер- ёки гипопигментация, липодерматосклероз, экзема; III – веноз трофик яраси (очиқ ёки битиб кетган).

Асоратлари: қон кетиши, тромбофлебит, трофик яра (жойлашиши ва яраланиш жараёнининг босқичи кўрсатилади) (Покровский А.В. Классификация СЕАР и её значимость для течественной флебологии /А.В. Покровский, С.В. Сапелкин// Ангиология и сосудистая хирургия. 2006. - Т. 12, №1. - С.65-74).

Клиник манзараси. Компенсация босқичи – йиллар ва ўнлаб йиллар давом этади. Шикоятлар бўлмайди. Оёқларда буралган варикоз кенгайган веналар кўринади. Субкомпенсация босқичи – веналарнинг варикоз кенгайишидан ташқари тўпиклар соҳасида, болдирнинг пастки учдан бир қисмида шиш ва ўтиб кетувчи шишлар, тез чарчаш, болдир мушакларида тошиб кетиш (қаппайиш) ҳисси, кечалари тортишиш кузатилади. Декомпенсация босқичи (оёқларда қон айланиши бузилишининг кучли ифодаланган белгилари пайдо бўлганда): болдир ва товонда шишлар, тери ости веналарининг кескин кенгайиши, ўткир оғриқлар, тери қичиши,

мушакларнинг тортишиши аникланади. Трофик бузилишлар - соч тўкилиши, терининг гиперпигментацияси, тери ости каватининг индурацияси, яра (Лосев Р.З. Оценка состояния микроциркуляции у пожилых больных с трофическими венозными язвами /Р.З. Лосев, Ю.А. Буров, Е.Г. Микульская и др.// Ангиология и сосудистая хирургия. 2005. - Т. 11, № 1. - С.65-72).

Клиник кечишидаги асоратлар: тромбофлебит, лимфангит, лимфаденит, варикоз кенгайган веналардан қон кетиш, экзема, тез-тез сарамас яллиғланиш, трофик жаралар. Трофик жарадан қон кетишидан, катта тери ости венасидаги тромбофлебитдан тромб қўчиши натижасида ўпка артерияси тармоқлари тромбоемболияси бўлиб у ўлимга сабаб бўлиши мумкин. Веноз стаз ва варикоз касалликда шикастланиш қўпинча юзаки тромбофлебитни келтириб чиқариши, у эса ўз навбатида перфорант веналар орқали чуқур вена тизимига тарқалиб, посттромбофлебитик синдромни келтириб чиқарувчи тромбозга олиб келиши эҳтимоли мавжуд (Богачев В.Ю. Хронические заболевания вен нижних конечностей: современный взгляд на патогенез, лечение и профилактику /В.Ю. Богачев, И.А. Золотухин, А.Н.Кузнецов// Флебологическая — 2008. Том2, №1. - С.43-50; Валька Е.Н. Амбулаторное лечение варикозного расширения вен нижних конечностей /Е.Н. Валька, И.Н. Сонькин, А.В. Сальников// Хирургия. — 2003. -№2. С.38 – 41).

Диагностикаси. Функционал синамалар ♦ Тренделенбург-Троянов синамаси – катта ва кичик тери ости веналари функционал ҳолатини аниқлаш. Сонининг юқори қисмига жгут қўйилган беморни горизонтал ҳолатдан вертикал ҳолатга ўтказиб жгутни ечиш ўзгарган клапанлар бўшлиғида ретроград қон оқимини аниқлаш имконини беради ♦ Марш синамаси (Пертес синамаси) чуқур веналар ўтказувчанлигини тасдиқлаш учун зарур. Бемор тик турган ҳолатда болдирининг юқори қисмига жгут қўйилади, жгут тери ости веналарини қисиб туриши керак, беморга шундай ҳолатда 3-5 минут юриш таклиф қилинади, агар юриш вақтида тери ости веналари торайиб қолса, бу коммуникант, шунингдек, чуқур веналарнинг ҳам ўтказувчанлигидан далолат беради. Тери ости веналарининг тораймаслиги

ёки яна ҳам кенгайиб кетиши бунинг аксини билдиради ♦ Претта синамаси ва Берроу-Шейниснинг уч жгутли синамаси перфорант веналарнинг клапан етишмовчилиги жойини аниқлаш учун ишлатилади (бу синамалар кам маълумот берадиган синамалар ҳисобланади) (Швальб П.Г. Некоторые вопросы патогенеза трофических язв венозного происхождения /П.Г. Швальб, С.В. Грязнов, А.П. Швальб// Ангиология и сосудистая хирургия. 2005. - Т.11, № 1. - С.61-64; Шулутко А.М. Варикозная болезнь, современные принципы лечения /А.М. Шулутко, А.Ю. Крылов. М.: Миклош. 2003 – 127 с).

Допплерография (доплер аускультацияси) веналар ўтказувчанлиги ва уларнинг клапан аппарати ҳолатини баҳолаш имконини беради. Ультратовушли ангиосканерлаш ёрдамида (рангли дуплекс сканерлаш, триплекс сканерлаш) қон томирининг икки ўлчамли тасвирини олиш ва қон оқими йўналиши ҳамда тезлигини аниқлаш мумкин. Вена обструкцияси ўчоқлари, клапан рефлюкси, перфорант веналарни аниқлашда қўлланилади. Сифати бўйича рентгеноконтраст флебографияга яқин, хавфсизлиги эса (флебит хавфи йўқ) ундан юқори. Радионуклид ва рентгеноконтраст флебография илгарилари варикоз касаллиги инструментал диагностикасида асосий усуллар деб ҳисобланган, лекин ҳозирги вақтда улардан фақат ультратовушли ангиосканерлашни қўллаш имконияти бўлмагандагина фойдаланилади.

Даволаш. Хирургик даволаш. Операцияга кўрсатмалар: катта ва кичик тери ости веналари ва перфорант веналар ўзакларининг клапан аппарати етишмовчилиги, варикоз веналарининг мавжудлиги. Қарши кўрсатмалар: Операциядан кейинги чуқур веналар тромбози хавфини келтириб чиқарувчи оёқларни фаол ҳаракатлантира олмаслик; Ҳомиладорлик; Умумий оғир касалликлар (Аскерханов Г.Р. Катетерная баллонная склеротерапия варикозной болезни вен нижних конечностей /Г.Р. Аскерханов, М.А. Казакмурзаев// Труды Международного хирургического конгресса "Новые технологии в хирургии. - Ростов-на-Дону. 2005. - С.261; Бахтин И. Сравнительная оценка методов

лечения декомпенсированных форм хронической венозной недостаточности нижних конечностей: авто-реф.дис. . к-та мед. наук /И.Л. Бахтин. - Ярославль, 2007. - 23с).

Операция турлари (одатда бир неча турни бирга қўллашади): Троянов-Тренделенбург (катта тери ости венасини кириш тешигида боғлаш). Ҳозирги пайтда кроссэктомия деб аталади ва бунга барча оғиз олди йўллари лигирлаш қўшимча қилинади; Барча варикоз кенгайган веналарни Бэбкок усули («стриппинг») бўйича венага киритилган экстрактор ёрдамида олиб ташлаш; Инвагинацияли сафенэктомия (катта тери ости венаси олиб ташланмайди; унинг торроқ дистал бўлаги оливали (зайтунли) махсус зонд ёрдамида томирнинг кенгроқ проксимал қисмига инвагинация қилиниб, уни «пломблаиди»); Нарат операцияси (бир нечта кичикроқ кесимлар орқали тери ости веналари олиб ташланади; Минифлебэктомия - Нарат операциясига ўхшаш, махсус флебодиссекторлар (илмоқлар) ва флебошпателлар ёрдамида бажарилади; «Етишмовчиликли» перфорант веналарни Кокет усули бўйича апоневроз устидан боғлаш; «Етишмовчиликли» перфорант веналарни Линтон усули бўйича (трофик бузилишлар босқичида) апоневроз остидан боғлаш; Очик трофик яралар ёки иккиламчи лимфостаз бўлганда перфорант веналарнинг эндоскопик диссекцияси; Магистрал тери ости веналарини криозонд, эндовеноз лазер, юқори тўлқинли радиоэлектрод билан крио ёки термодеструкция қилиш варикоз касаллигининг бошланғич босқичларида самаралидир; Катетерли склерооблитерация (Богачев В.Ю. *Современные методы лечения венозных язв и медицина, основанная на доказательствах* /В.Ю. Богачев// *Хирургия Consilium Medicum*.2006. — №2. С.46—50).

Операциядан кейинги асоратлар: гематомалар, яраларни йиринглаши, тромбоз, чуқур веналарнинг тромбофлебити; веналар варикоз кенгайишининг қайталаниши (8-10%). Стриппинг пайтида болдирдаги тери ости нервларининг жароҳатланиши натижасидаги парестезиялар. Радиотўлқинли деструкция пайтида терининг куйишлари. Кам учрайдиган асорат — сон венасининг ятроген жароҳатланиши.

Склерозловчи даво – ёки даволашнинг мустақил усули (пункцион склеротерапия) ёки оператив даволашнинг таркибий қисми сифатида тавсия этилади. Веналарни пункцион склерозлаш фақатгина патологик вено-веноз чиқаришлар бўлмаганда қўлланилади ♦ Тери ичи веналари кенгайганда (ретикуляр варикоз, телеангиэктазиялар) ♦ Магистрал тери ости веналари ирмоқларининг чегараланган варикозида ♦ Флебэктомиядан кўп ўтмай атайлаб олиб ташланмаган варикоз веналарнинг облитерацияси учун (Гужин В.Э. Лазерная коагуляция перфорантных вен /В.Э. Гужин, А.О. Гужина, О.В. Карнецкая// Флебологическая. Специальный выпуск. Тезисы VII научно-практической конференции Ассоциации флебологов России. - Москва.- 2008.-С. 32).

Ўзак склерооблитерациясини кўпроқ катта тери ости венасида болдир даражасида сондаги стриппингни қўшган ҳолда, кам ҳолларда эса – бутун узунлик бўйлаб ўтказилади. Бунда болдирдаги «етишмовчилиги» бўлган перфорант веналар олдиндан боғлаб қўйилади. Препаратни юбориш учун махсус катетердан фойдаланилади (Покровский А.В. Эндовазальная лазерная коагуляция в лечении варикозной болезни /А.В. Покровский, С.В. Сапелкин, Е.А. Летуновский, Е.А. Бурцева// Флебологическая. VI Конференция Ассоциации флебологов России. Москва. - 2006. - С. 146-147).

- Склерозантлар - детергентлар: тетрадецилсульфат ва полидоканолнинг 1-3% концентрациядаги қоришмалари. Уларнинг афзалликлари: аллергия реакциялар ва склерозант томирдан ташқарига тушганда тўқималар некрозининг кам учраши.

Консерватив даво – оператив даволашга қарши кўрсатмалар бўлганда – эластик бинт ёки даволовчи пайпоқларни доимий кийиб юриш шаклидаги компрессия, меҳнат ва дам олишнинг рационал тартибига риоя қилиш, оғир жисмоний зўриқишларни чеклаш, даволовчи жисмоний тарбия. Дори воситалар (флеботоник ва флебопротекторлар): анавенол, трибенозид, гинкор – форт, детралекс, троксерутин, эсцин диамин ва бошқалар (Каралкин А.В. Оценка эффективности компрессионного трикотажа «VENOTERS

ТHERAPY» в лечении хронической венозной недостаточности /А.В. Каралкин, С.Г. Гаврилов, А.И. Кириенко// Ангиология и сосудистая хирургия. 2006. - Т. 12, №2. - С.65-70; Кириенко А.И. Амбулаторная ангиология /А.И. Кириенко, В.М. Кошкин, В.Ю. Богачев. М.: Литтерра, 2007. – 328 с; Кириенко А.И. Полусинтетический диосмин (ФЛЕБОДИА 600) в лечении хронической венозной недостаточности нижних конечностей /А.И. Кириенко, В.Ю. Богачев, И.А. Золотухин и др.// Ангиология и сосудистая хирургия. 2006. - Т. 12, №2. - С.73-75; Савельев В.С. Микронизированный диосмин (Детралекс) при лечении трофических язв венозной этиологии Европейский опыт /В.С. Савельев, А.В. Покровский, С.В. Сапелкин и др.// Ангиология и сосудистая хирургия. - 2006. - Т. 12, №3. - С.53-60).

Ҳомиладорлик. Ҳомиладорларнинг тахминан ярмида оёқ веналарининг кенгайиши кузатилади. Ҳомиладорлар учун махсус даволовчи пайпоқларни қийиш, рационал тартибга риоя қилиш тавсия этилади (Протопопова Н.В. Особенности течения беременности и оптимизация ведения родов при варикозной болезни / Протопопова Н.В., ШаравЦэрэнсамбуу, Коноваленко А.П. // Материалы Все российского конгресса «Человек и здоровье». Иркутск, 9-10 сентября 2004 год. - Иркутск. - 2004. - С. 199-200; Протопопова Н.В. Хроническая венозная недостаточность и беременность / Протопопова Н.В., Суховская В.В., ШаравЦэрэнсамбуу // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН, - 2003, - №1.- С. 93-99).

ОА ва веналарнинг варикоз касалликларининг биргаликда кечувида бугим синовиал пардасида Б- хужайраларнинг фаолиятини пасайиши, фибробласт 2 нинг усиш фактори ва томир эндотелиал усиш фактори камайиши аниқланган. Бу эса кон томирлар ангиогенезини пасайишига, реваскулизацияни сусаювига, лимфоцитлар бета трансформациясини ошувига сабаб булиб, кон томирлар зарарланишини янада оширади. Шунингдек, ОА касаллигида адгезив молекулалар-фибрин, фибропектин,

витропектин ошуви ва тромбоцитлар агрегациясини кучаюви веналардаги патологик жараёни хам кучайтиради.

Хозиргача аҳолида куп учровчи тизза бугимларининг ОА ва оёк веналари варикоз касалликларининг биргаликда кечувининг клиник хусусиятларини, диагностик мезонларини урганишига қаратилган текширувлар қамлигича қолмоқда. Бу икала касалликнинг қоморбид ҳолатида хондропротекторлар- глюкозамин сульфат, хондротин сульфат, глюкоурон кислота унумлари сакловчи дори препаратларининг клиник самарасини урганишда қарама –қаршилиқлар мавжуд.

2-БОБ. ТЕКШИРИШ МАТЕРИАЛЛАРИ ВА УСУЛЛАРИ

Текширувларимиз Самарканд давлат медицина институти 1-клиникаси 1-терапия булимида олиб борилди. Текширувлардан тизза бугими остеоартроз касаллиги– гонартроз билан касалланган 80нафар (57нафар аёл, 71,2%; 23нафар эркак, 28,8%) бемор утказилди. Беморларнинг ёши 48ёшдан 45 ёшгача булиб, уртача $58,5 \pm 0,8$ йилни ташкил этди.

ОА ташхиси Америка ревматологлари комитети мезонлари асосида куйилди (Altman, R. et al. Development of criteria for the classification and reporting of osteoarthritis. Classification of osteoarthritis of the knee. // Arthritis and Rheumatism. — 1986. — Vol. 29. — № 8. — P. 1039–1049).

Касалликнинг давомийлиги ва беморлар ёшига кура тахлил маълумотлари 1-жадвалда келтирилган.

Жадвал 1

Касалликнинг давомийлиги ва беморлар ёшига кура тахлил маълумотлари

Параметры	Беморлар сони	%
Жами бемор	80	100%
Аёллар	57	71,2%
Эркакалар	23	28,8%
Уртача ёш (йил)	$58,5 \pm 0,8$	-
50 ёшгача	13	16,2%
51-60 йил	40	50,0%
61-70 йил	19	23,8%
70 ёшдан ката	8	10,0%
Касалликни уртача давомийлиги (йил)	$6,7 \pm 0,3$	-
5 йилгача	34	42,5%
6-10 йил	36	45,0%
10 йилдан ортик	10	12,5%
Касаллик бошланганидаги ёши (йил)	$52,0 \pm 0,6$	-
50 ёшгача	42	52,5%
51-60 ёш	27	33,8%
60 ёшдан ката	11	13,7%

Беморларни ёшига кура тахлил 50 ёшгача булган беморларни 13 нафар (16,2%), 51-60 ёшдагиларни 40нафар (50,0%), 61-70 ёшдагиларни 19 нафар (23,8%), 70 ёшдан каталарни 8 (10,0%) нафар эканлигини курсатди. Демак, кузатуvmизда ОА касаллиги 51-60 ёшдаги кишилар орасида энг куп учради.

Касалликни уртача давомийлиги $6,7 \pm 0,3$ йилни ташкил этди, касаллик давомийлиги 5 йилгача булган беморлар 34 (42,5%) кишини, 6-10 йил булган беморлар 36 (45,0%) кишини, 10 йилдан ортик булган беморлар 10 (12,5%) кишини ташкил этди.

Беморларнинг касаллик бошланганидаги ёши $52,0 \pm 0,6$ йилни ташкил этди. Текширувларда аксарият беморларда касаллик 50 ёшгача (42 нафар, 52,5%) бошланганлиги аникланди. Касаллик 51-60 ёшда ривожланганлар 27 нафарни (33,8%), 60 ёшдан кейин ривожланганлар – 11 нафарни (13,7%) ташкил этди.

Шу уринда таъкидлаш лозим-ки, беморларнинг купчилиги бугимлардаги огрик бир неча йиллар давом этсада бирор марта хам врачларга мурожат этмаганлар, яна бир кисми – хусусий тиббиёт марказларида стандартларда курсатилмаган даво муолажаларини кабул килганлар, шунингдек, бир катор беморлар травматолог, ортопед, неврпатологлар томонидан даволанганлар.

Жинсга кура тахлил этганимизда, аёлларнинг уртача ёши $57,5 \pm 0,5$ йилни (48-74 ёш) ташкил этди: 50 ёшгача 9 (15,8%), 50 ёшдан катта – 48 (84,2%) нафар. Аёлларда касаллик давомийлиги – $6,1 \pm 0,4$ йилни ташкил этди: 31 (54,4%) нафарида 5 йилгача, 26 (45,6%) нафарида – 5 йилдан ортик. Аёлларда касаллик бошланиши $51,3 \pm 0,4$ ёшга тугри келди: 34 (60,0%) аёлда - 50 ёшгача, 23 (40,0%) аёлда – 50 ёшданкейин.

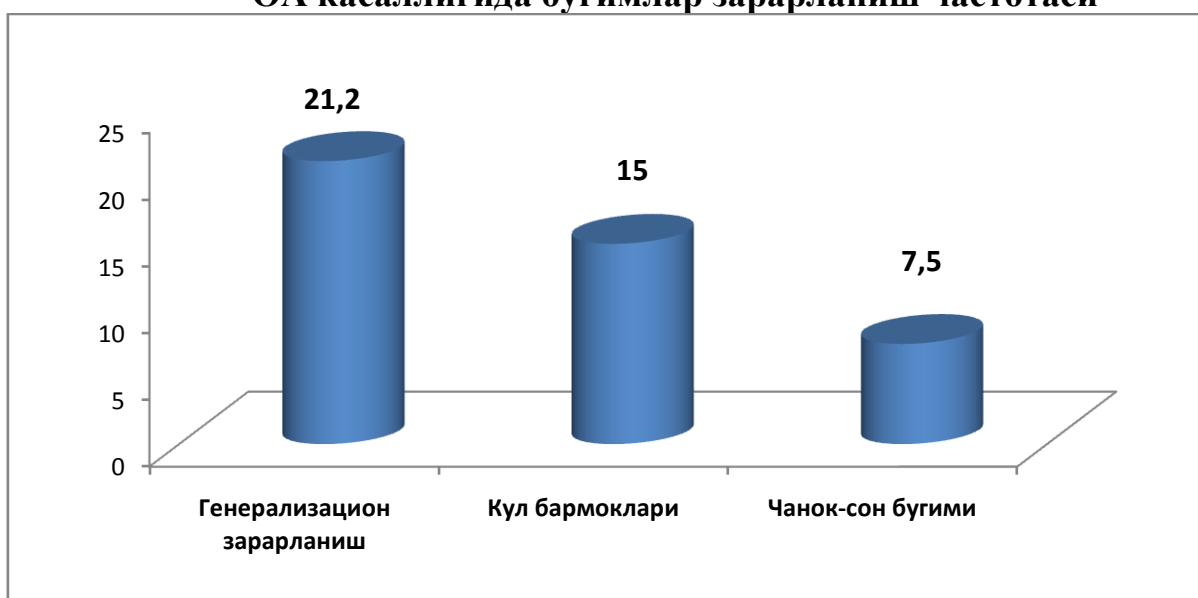
Эркакларнинг уртача ёши $51,0 \pm 0,6$ йилни (48-75 ёш) ташкил этди: 50 ёшгача 4 (17,4%), 50 ёшдан катта – 19 (82,6%) нафар. Эркакларда касаллик давомийлиги – $7,8 \pm 0,5$ йилни ташкил этди: 3 (13,0%) нафарида 5 йилгача, 20 (87,0%) нафарида – 5 йилдан ортик. Эркакларда касаллик бошланиши $54,0 \pm 0,6$ ёшга тугри келди: 8 (34,8%) эркакда - 50 ёшгача, 15 (65,2%) эркакда – 50 ёшдан кейин.

Демак, ОА касаллиги купрок аёлларда аникланади (аёллар/эркаклар-2,5:1). Аёлларда купрок 50 ёшгача, эркакларда 50 ёшдан кейин ривожланади.

Тизза бугими моноартикуляр зарарланиши 39 (48,8%) нафар (17 беморда чап, 43,6%, 22 беморда унг, 56,4%) беморда аникланди. Иккала тизза ёки бита тизза ва чанок сон бугими зарарланиши – олигоартрикуляр зарарланиш 24 (30,0%) беморда, икала чанок-сон бугими зарарланиши 6 (7,5%) беморда кайд этилди. 12 (15,0%) беморда кулбармоклари зарарланиши, уларнинг барчасида Геберден тугунчалари (15,0%) ва 4 нафарида (5,0%) Бушар (диаграмма 1) тугунлари кузатилди.

Диаграмма 1

ОА касаллигида бугимлар зарарланиш частотаси



Генерализацион ОА (полиартрикуляр шакли) тизза, чаон-сон, кул-панжа бугимлари зарарланиши билан 17 беморда (21,2%) аникланди. Полиостеоартроз билан касалланган беморлар уртача ёши – $67,1 \pm 2,1$ йилни, олигоостеоартроз билан касалланганларни ёши – $57,0 \pm 1,9$ йилни, моноостеоартроз билан касалланганларни ёши – $55,6 \pm 2,0$ йилни ташкил этди ($P_1 < 0,05$). Эркаклар орасида 4 беморда касалликнинг генерализацион шакли аникланди, бу 17,4% ни, аёллар орасида касалликнинг генерализацион шакли 13 беморда аникланди, бу 22,8% ни ташкил этади.

Касаллик клиник белгиларини беморлар жинсига кура таркалиши жадвалда келтирилган.

Касаллик клиник белгиларини беморлар жинсига боғликлиги

Клиник характеристикаси	Жами беморлар		Аёллар		Эркаклар	
	Сони	%	Сони	%*	Сони	%*
Моноартрикуляр зарарланиш	39	48,8%	32	82,1%	7	17,9%
Олигоартрикуляр зарарланиш	24	30,0%	12	50,0%	12	50,0%
Полиартрикуляр зарарланиш	17	21,2%	13	76,5%	4	23,5%
Синовиит даражаси	30	37,5%	18	60,0%	12	40,0%
I даража	3	3,8%	3	100,0%	-	-
II даража	16	20,0%	11	68,8%	5	31,2%
III даража	11	13,8%	4	36,4%	7	63,6%
Рентгенологик боскич (Келлгрэн буйича)						
I боскич	13	16,3%	10	76,9%	3	23,1%
II боскич	35	43,8%	31	88,6%	4	11,3%
III боскич	21	26,3%	9	42,9%	12	57,1%
IV боскич	11	13,8%	7	63,6%	4	36,4%
Бугим фаолияти сакланган	15	18,8%	12	80,0%	3	20,0%
Бугим фаолияти бузилган	65	81,2%	45	69,2%	20	30,8%
I даража	27	33,8%	24	88,8%	3	11,2%
II даража	26	32,5%	13	50,0%	13	50,0%
III даража	12	15,0%	8	66,7%	4	33,3%

Изоҳ: * - аёллар ва эркакларга нисбатан процентлар (%)ушбу белгилар кузатилган беморларнинг умумий сонидан чикарилган.

39 (48,8%) беморда тизза бугими моноартрози аникланди, моноартроз аёлларда куп кузатилди (82,1% барча моноартроз билан касалланганлар орасида).Олиго остеоартроз 24 (30,0%) беморда аникланди. Олигоостеоартроз аёллар ва эркаклар орасида бир хил учради. 4 ва ундан ортик бугимни зарарланиши (полиостеоартроз) 17 (21,2%) беморда кайд этилди. Полиостеоартроз билан касалланган аёллар/эркакалар нисбати – 76,5/26,5% (3:1)ни ташкил этди.

Реактив синовиит 30 (37,5%) пациентда аникланди. Реактив синовиит аникланган беморлар орасида аёллар эркакларга нисбатан 1,5 марта купчиликни ташкил этди. Биринчи даражали реактив синовиит (шиш пальпатор аникланади) аёлларда куп учради. Иккинчи даражали синовиит (куринарли шиш) аёлларда, учинчи даражали синовиит (шиш бугим атрофига таркалган) –эркакларда куп учради.

Келлгрэн ва Лоуренс томонидан тавсия этилган остеоартрознинг рентгенологик даражасини аниқлашда ишлатиладиган мезонларга кура, I даражали ОА - ренгенологик белгиларнинг аниқ эмаслиги - 13(16,3%) нафар беморда, II даражали ОА - минимал ўзгаришлар мавжудлиги (бўғим ёриғи торайганлиги, бирламчи остеофитлар) - 35(43,8%) нафар беморда, III даражали ОА - ўртача ўзгаришлар кузатилиши (бўғим ёриғининг кам торайганлиги, остеофитларнинг кўпайиши) –21 (26,3%) нафар беморда, IV даражали ОА - аниқ ўзгаришлар мавжудлиги (бўғим ёриғи умуман кўринмайди, дағал остеофитлар топилади) –11 (13,8%) нафар беморда аникланди. Касалликнинг I, II ва IVбоскичи аёллар орасида, III боскичи – эркаклар орасида куп аникланди.

Клиник, рентгенологик текширувлар натижасида 15 нафар (18,8%) беморда тизза бугимлари фаолиятини сакланганлиги, 65 нафар (81,2%) беморда эса бузилганлиги кузатилди. Клиник ташхислар асосида 27 (33,8%) беморда – бугим фаолиятини биринчи даражали (профессional кобилият сакланган), 26 (32,5%) беморда– иккинчи даражали (профессional кобилият йуколган) ва 12 (15,0%) беморда– учинчи даражали (уз-узига хизмат килиш кобилияти чекланган) бузилиши аникланди.

2.1. Махсус текшириш усуллари

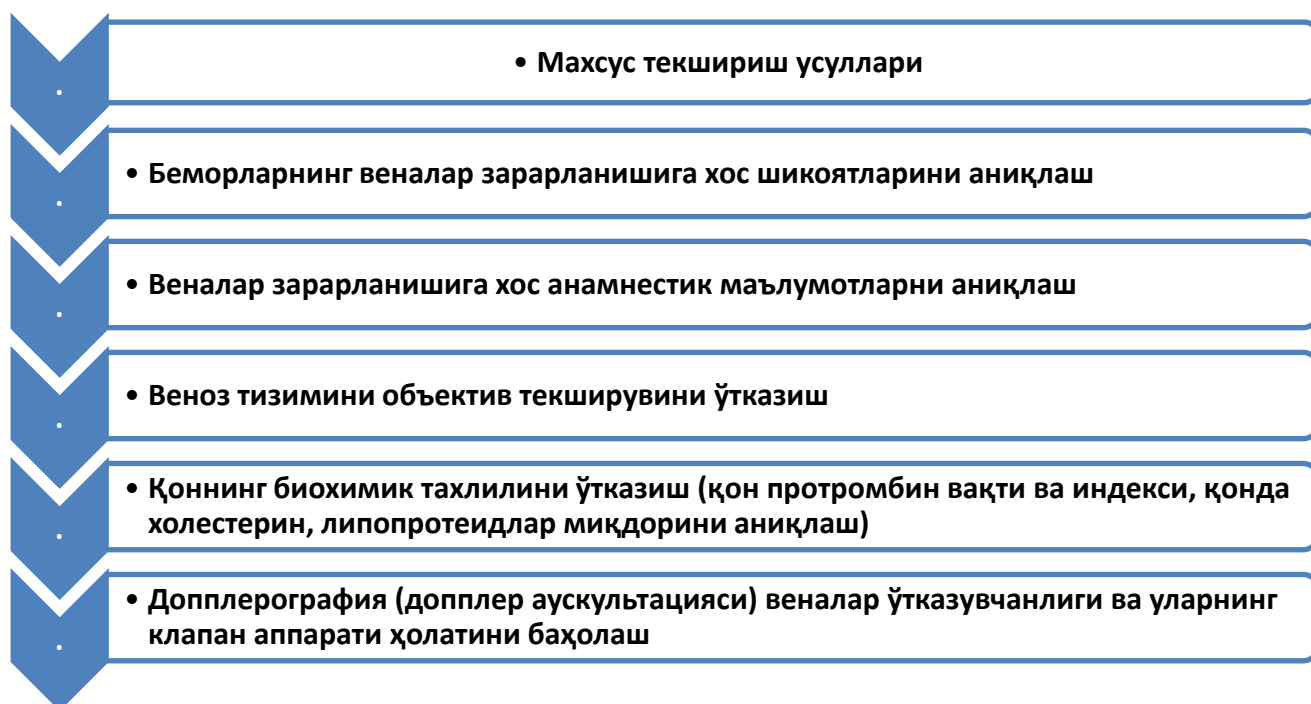
Махсус текшириш усулларига беморларнинг оёк веналари зарарланишига хос шикоятларини ва веналар зарарланишлари симптоматик анианиқлаш, варикоз касаллик ва остеоартрозга хос анамнезни аниқлаш киритилди.

Ҳар бир беморни сураб-суриштирилганда ОА қарши дори воситалар қабул қилиш муддати, вена зарарланишига хос илк симптомларнинг пайдо бўлиш даври ва давомийлиги, қандай даво усуллари кулланганлиги, веналар зарарланишига хос шикоятларнинг асосий касаллик билан боғлиқлиги кабилар аниқланди.

Варикоз касаллигининг шакллари тери ичи ва тери ости сегментар варикоз, юза ва ёки перфорант веналар бўйлаб рефлюксли сегментар варикоз, юза ва перфорант веналар бўйлаб рефлюксли тарқалган варикоз ва чуқур веналар бўйлаб рефлюксли варикоз кенгайиш эътиборга олинди.

Сурункали веноз етишмовчилиги 3 даражаси белгилари I – шишга айланувчи «оғир оёқлар» синдроми, II – турғун шиш, гипер- ёки гипопигментация, липодерматосклероз, экзема; III – веноз трофик яраси (очиқ ёки битиб кетган) ҳисобга олинди. Асоратлар: қон кетиши, тромбофлебит, трофик яра (жойлашиши ва яраланиш жараёнининг босқичи кўрсатилади) қайд этилди.

Диаграмма 2. ОА касаллигида веналар ҳолатини аниқлаш усуллари



Беморлар текшируви умумий клиник, лаборатор ва инструментал текширувларни ўз ичига олади. Ташхис қўйиш ва касаллик оғирлик даражаси қуйидаги симптомлар орқали амалга оширилди: оёқларда буралган варикоз кенгайган веналар кўриниши, веналарнинг варикоз кенгайишидан ташқари

тўпиклар соҳасида, болдирнинг пастки учдан бир қисмида шиш ва ўтиб кетувчи шишлар, тез чарчаш, болдир мушакларида тошиб кетиш (қаппайиш) ҳисси, кечалари тортишиш кузатилиши, оёқларда қон айланиши бузилишининг кучли ифодаланган белгилари пайдо бўлганда болдир ва товонда шишлар, тери ости веналарининг кескин кенгайиши, ўткир оғриқлар, тери қичиши, мушакларнинг тортишиши, трофик бузилишлар – туклар тўкилиши, терининг гиперпигментацияси, тери ости қаватининг индурацияси, яралар.

Шунингдек беморлар беморлар ёши, анамнези (артериал гипертензия, ангина, коронар етишмовчилик, анемия, қалқонсимон без дисфункцияси), қабул қилинган медикаментоз воситалар ва зарarli одатлари (чекиш, спиртли ичимликлар ичиш) назардан четда қолмади.

Куйидаги функционал синамалар утказилди:

◆ Тренделенбург-Троянов синамаси – катта ва кичик тери ости веналари функционал ҳолатини аниқлаш. Сонининг юқори қисмига жгут қўйилган беморни горизонтал ҳолатдан вертикал ҳолатга ўтказиб жгутни ечиш ўзгарган клапанлар бўшлиғида ретроград қон оқимини аниқлаш имконини беради

◆ Марш синамаси (Пертес синамаси) чуқур веналар ўтказувчанлигини тасдиқлаш учун зарур. Бемор тик турган ҳолатда болдирининг юқори қисмига жгут қўйилади, жгут тери ости веналарини қисиб туриши керак, беморга шундай ҳолатда 3-5 минут юриш таклиф қилинади, агар юриш вақтида тери ости веналари торайиб қолса, бу коммуникант, шунингдек, чуқур веналарнинг ҳам ўтказувчанлигидан далолат беради. Тери ости веналарининг тораймаслиги ёки яна ҳам кенгайиб кетиши бунинг аксини билдиради

Инструментал текширувлардан доплерография (доплер аускультацияси) утказилди. Допплерография усули веналар ўтказувчанлиги ва уларнинг клапан аппарати ҳолатини баҳолаш, қон оқими йўналиши ҳамда тезлигини аниқлаш, клапан рефлюкси, перфорант веналарни аниқлаш имконини беради.

Лаборатор текширувлардан: гемоглобин, эритроцит, ранг кўрсаткич, тромбоцит, лейкоцитар формула, эритроцитлар чўкиш тезлиги, протромбин

вақти, протромбин индекси, Сухарев бўйича қон ивиш вақти, қонда холестерин ва липопропротеинлар текширилди.

Олинган натижалар вариацион статистика усулида баҳоланди. Бунда уртача арифметик миқдор, унинг уртача квадрат хатоси моментлар усулида аниқланди. Олинган натижаларнинг ишончлилиқ мезони (t) и ишончлилиқ даражаси (P) ҳам таҳлилдан ўтказилди. Статистик текширувларда P-IV персонал компютерининг «Статистика-2012» программаларидан фойдаланилди.

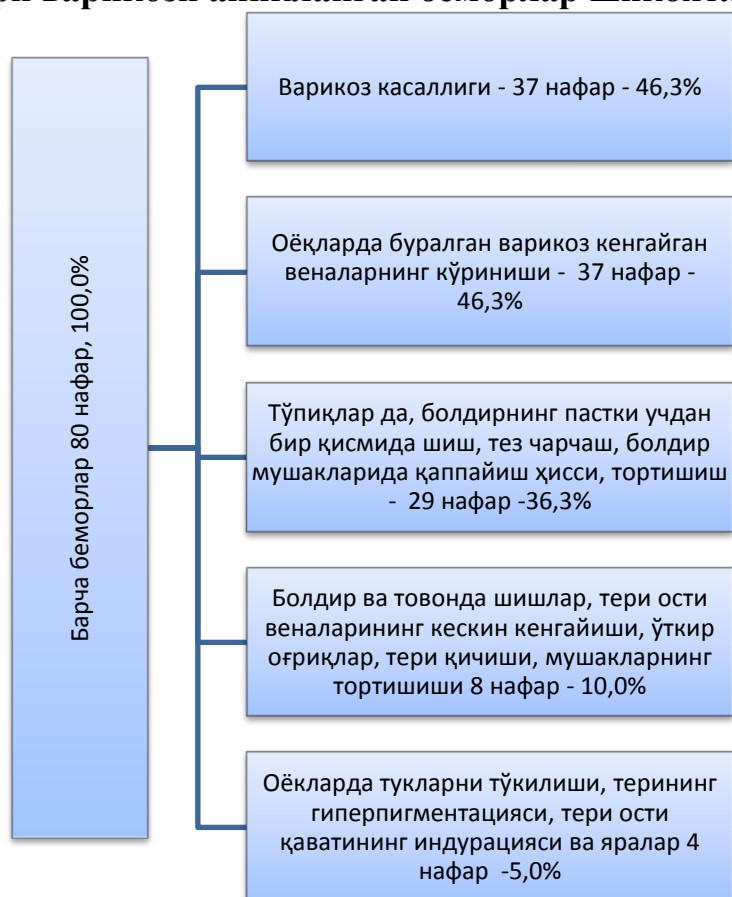
3-БОБ ОЁК ВЕНАЛАРИ ВАРИКОЗИ ФОНИДА КЕЧУВИ ОСТЕОАРТРОЗ КАСАЛЛИГИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Текширувларимизда куп йиллар давомида веналардаги оғрик камифодаланганлиги сабабли веналарнинг варикоз касаллиги врачлар ва беморларнинг узининг хам эътиборидан четда қолганлиги аниқланди. Шунингдек, бу ҳолат варикоз касаллигининг компенсация босқичини – йиллар ва ўнлаб йиллар давом этганлигини, унинг белгиларини остеоартроз фонида аниқланмай қолганлигини ва бу соҳада беморлар маълумотларини етарли эмаслигини курсатади.

Мақсадли текширувларда беморлар томонидан энг куп шикоятлар - оёқларда буралган варикоз кенгайган веналарнинг кўриниши бўлиб, бу белги 37 нафар (46,3%) беморда аниқланди (диаграмма 3).

диаграмма 3.

Оёқ веналари варикози аниқланган беморлар шикоятлари тавсифи



Варикоз касаллигининг субкомпенсация босқичига хос – веналарнинг варикоз кенгайишидан ташқари тўпиқлар соҳасида, болдирнинг пастки учдан

бир қисмида шиш ва ўтиб кетувчи шишлар, тез чарчаш, болдир мушакларида тошиб кетиш (қаппайиш) ҳисси, кечалари тортишишига 27 нафар (33,7%) бемор шикоят килди.

Декомпенсация босқичига хос (оёқларда қон айланиши бузилишининг кучли ифодаланган белгилари пайдо бўлганда) шикоятлар: болдир ва товонда шишлар, тери ости веналарининг кескин кенгайиши, ўткир оғриқлар, тери кичиши, мушакларнинг тортишиши 8 нафар (10,0%) беморда аниқланди. Трофик бузилишлардан – оёқларда тукларни тўкилиши, терининг гиперпигментацияси, тери ости қаватининг индурацияси ва яралар 4 нафар (5,0%) бемор учун хос бўлди.

Беморларнинг касаллик ва ҳаёт анамнези орқали ОА билан биргаликда оёқ веналари варикоз касаллигини куйидаги сабаблари аниқланди:

1-сабаб: энг кенг тарқалган – ирсий мойиллик (11 беморда, 29,7%). Беморларнинг аксарияти ота-оналари ёки опа-сингиллари, ака-укаларида ушбу касаллик борлигини таъкидладилар.

2-сабаб хомиладорлик билан боғлиқ омиллар (9 беморда, 24,3%). Ушбу гуруҳдаги беморлар хомиладорликдан олдин варикоз кенгайган веналарнинг бўлмаганлигини таъкидладилар. Варикоз веналар хомиладорлик вақтида ва тугруқ вақтида ҳосил бўлганлигини курсатдилар.

3-сабаб ноқулай кийим (шим) ва пойафзал кийиш билан боғлиқ (7 бемор, 18,9%). Кисиб турувчи джинси шим, баланд пошналар пойафзал, ингичка пошналар туфли кийиб юриш бўлиб, бу сабаблар аёллар учун хос бўлди.

4-сабаб ноқулай меҳнат шароити (5 беморда, 13,5%). Бу сабаблар асосан тик туриб меҳнат қилувчи магазин сотувчилари, парикмахер, идиш-товуқ тозалаувчиларда учради.

5-сабаб зарарли одатлар билан боғлиқ сабаблар беморларнинг 3 (8,1%) нафарини сигарет чекувчилар ташкил этди.

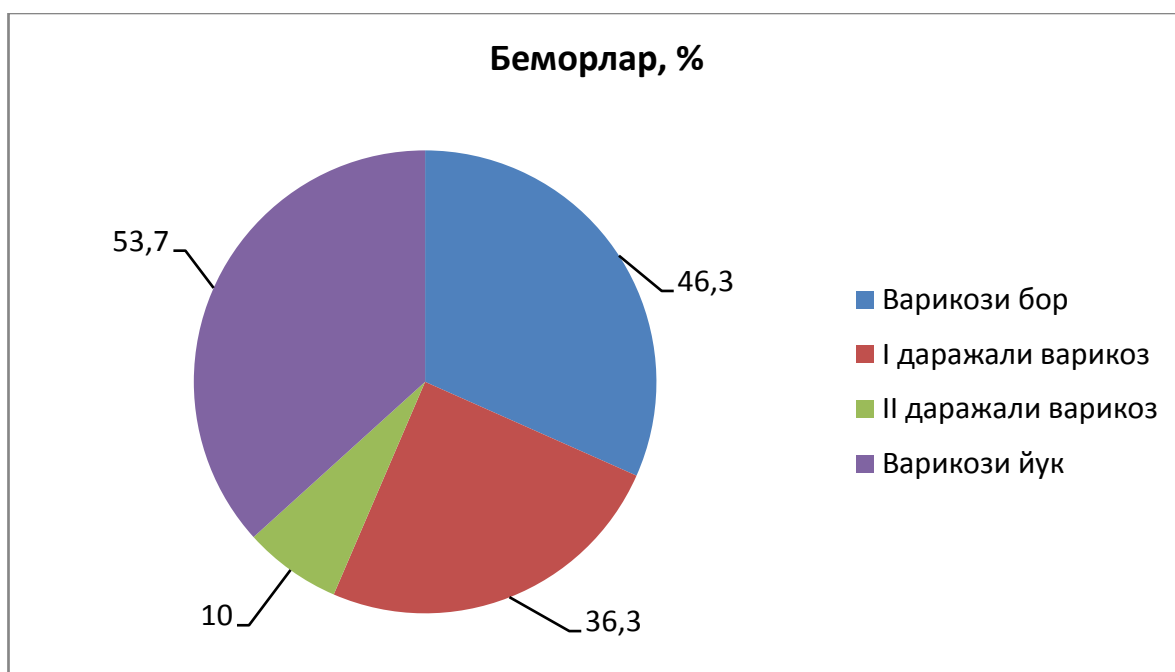
6-сабаб спорт билан шугулланишдаги зуриқишлар (2 нафар, 5,4%). Эҳрак беморлардан таркиб топган ушбу гуруҳ беморлари ҳаддан ортиқ

футбол уйнаганларини ва штанга кутариш билан шугулланганларини таъкидладилар.

Кузатувмизда ОА касаллиги 37 (46,3%) беморда оёк венларининг варикоз кенгайиши касаллиги билан комарбид ҳолатда кечди. Клиник ва оёк веналари доплерографик текширувида 29 (36,3%) нафар беморда биринчи даражали веноз етишмовчилиги, 8 (10,0%) нафар беморда эса – иккинчи даражали веноз етишмовчилиги характерли булди (Диаграмма 4).

Диаграмма 4

ОА касаллигида оёк веналарининг варикоз касаллигининг учраш частотаси



Оёк веналари варикоз касаллиги аниқланган беморларнинг беморлар жинси, ёши, касаллик давомийлиги ва касаллик бошланганидаги ёши 3-жадвалда келтирилган.

Жадвал 3

Оёк веналари варикоз касаллиги аниқланган беморларнинг беморлар жинси, ёши, касаллик давомийлиги ва касаллик бошланганидаги ёшига кура характеристикаси

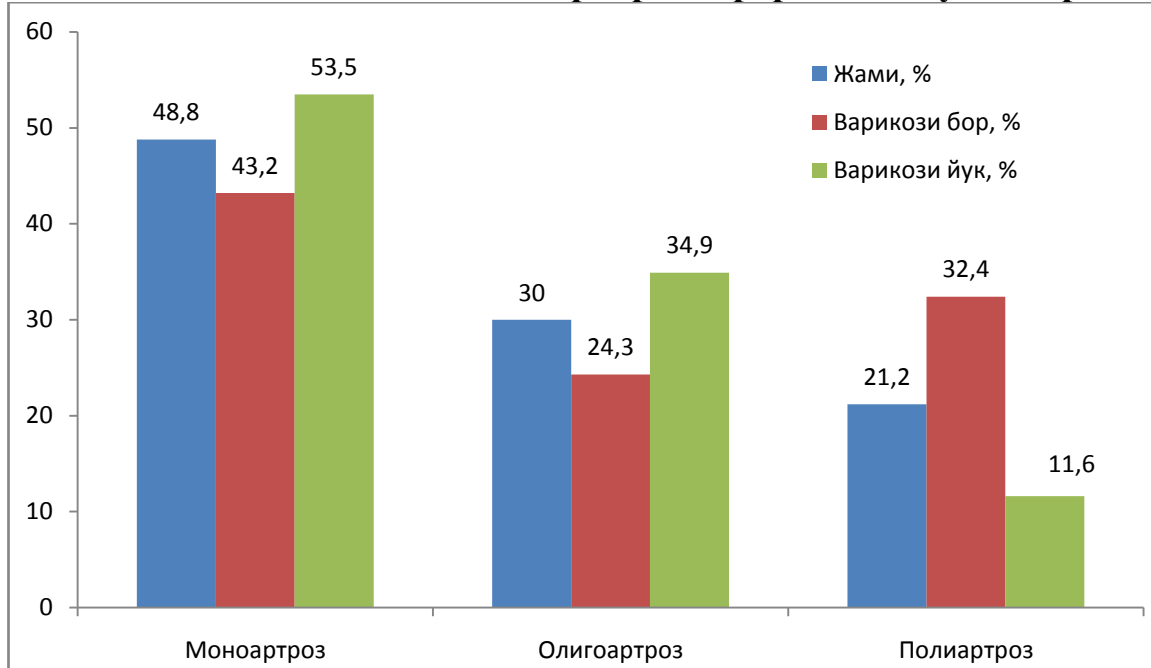
Курсаткичлар	Жами беморлар 80 (100,0%)	Варикоз касаллиги аниқланган 37 (46,3%)	Варикоз касаллиги аниқланмаган 43 (53,7%)
Аёллар	57 (71,2%)	25 (67,6%)	32 (74,4%)

Эркакалар	23 (28,8%)	12 (32,4%)	11 (25,6%)
Уртача ёши (йил)	58,5±5,8	61,6±3,4	54,2±3,2**
50 ёшгача	13 (16,2%)	-	13 (30,2%)
51-60 йил	40 (50,0%)	18 (48,6%)	22 (51,2%)
61-70 йил	19 (23,8%)	11 (29,7%)	8 (18,6%)
70 ёшдан ката	8 (10,0%)	8 (21,6%)	-
ОА уртача давомийлиги (йил)	6,7±0,3	7,6±0,4	5,6±0,3**
5 йилгача	34 (42,5%)	12 (32,4%)	22 (51,2%)
6-10 йил	36 (45,0%)	17 (46,0%)	16 (37,2%)
10 йилдан зиёд	10 (12,5%)	8 (21,6%)	2 (4,7%)
Касаллик бошланганда ёши (йил)	52,0±4,8	54,3±4,1	50,0±3,5**
50 йилгача	42 (52,5%)	14 (37,8%)	28 (65,1%)
51-60 йил	27 (33,8%)	13 (35,1%)	14 (32,6%)
60 ёшдан зиёд	11 (13,7%)	10 (27,0%)	1 (2,3%)

Оёк веналарининг варикози аниқланган 67,3% беморлар аёллардан, 32,4% беморлар эркаклардан иборат бўлиб, аёллар/эркаклар нисбати -1/2 га тенг бўлди. Варикоз аниқланган беморларнинг уртача ёши 61,6±3,4 йил, касалликнинг уртача давомийлиги 7,6±0,4 йилга тенг бўлди ва варикоз касаллиги аниқланмаган беморлар ёши (54,2±3,2 йил) ва касалликнинг уртача давомийлигидан (5,6±0,3) статистик ишончли катта бўлди ($P < 0,05$). Варикоз касаллиги бошланганда беморлар ёши (54,3±4,1 йил), варикоз аниқланмаган беморлар ёшидан катта бўлди ($P \geq 0,05$).

Варикоз касаллиги аниқланган беморларда зарарланган бугимлар сони 1-диаграммада келтирилган.

ОА ва варикоз касаллиги аниқланган 43,2% беморларда моноартрикуляр, 24,3% беморларда – олигоартрикуляр зарарланиш характерли бўлди. Бугимларнинг полиартрикуляр зарарланишлари варикоз касаллиги аниқланган беморларда (32,4%) варикоз аниқланмаган беморлар сонидан 2,8 марта куп бўлди (11,6%). Демак, бугим синдроми ва варикоз касаллигининг кушилиши зарарланган бугимлар сонининг ортишига олиб келади.

Варикоз касаллиги аниқланган беморларда зарарланган бугимлар сони

Кузатувимизда 37,5% беморларда турли даражада ифодаланган реактив синовит белгилари аниқланди. Ушбу беморлар ичидан 3,8% беморда синовит пальпатор равишда аниқланса (I даражали), 20,0% беморда куринарли шиш (II даражали) ва 13,8% беморда бугимлар чегарасидан чикиб кетган шиш (III даражали) характерли булди.

Веналар варикоз касаллигининг кушилиши реактив синовит белгиларини янада купайишига олиб келди. Веналар варикози аниқланган 59,5% беморда синовит белгилари аниқланган булса, варикоз касаллиги аниқланмаган 18,6% беморда реактив синовит кузатилди. Варикоз касаллиги булган беморларда II даражали синовит (32,4%) ва III даражали синовит (27,0%) асоратлари варикоз касаллиги булмаган беморлар курсаткичидан (9,3% ва 2,3%) 3,5 ва 11,7 марта куп булди.

Жадвал 4

Оёк веналари варикоз касаллиги аниқланган беморларнинг беморларда ОА касаллигининг характеристикаси

Курсаткичлар	Жами беморлар 80 (100,0%)	Варикоз касаллиги аниқланган 37 (46,3%)	Варикоз касаллиги аниқланмаган 43 (53,7%)
Синовиит даражаси	30 (37,5%)	22 (59,5%)	8 (18,6%)
I даража	3 (3,8%)	-	3 (7,0%)
II даража	16 (20,0%)	12 (32,4%)	4 (9,3%)
III даража	11 (13,8%)	10 (27,0%)	1 (2,3%)
Рентгенологик боскич (Келлгрэн буйича)			
I боскич	13 (16,3%)	2 (5,4%)	11 (25,6%)
II боскич	35 (43,8%)	13 (35,1%)	22 (51,2%)
III боскич	21 (26,3%)	11 (29,7%)	10 (23,2%)
IV боскич	11 (13,8%)	11 (29,7%)	-
Бугим фаолияти сақланган	15 (18,8%)	3 (8,1%)	12 (27,9%)
Бугим фаолияти бузилган	65 (81,2%)	34 (91,9%)	31 (72,1%)
I даража	27 (33,85)	12 (32,4%)	15 (34,9%)
II даража	26 (32,5%)	11 (29,7%)	15 (34,9%)
III даража	12 (15,0%)	11 (29,7%)	1 (2,3%)

Рентгенологик текширувлар варикоз касаллигининг кушилиши ОА касаллигининг рентгенологик белгиларининг огрилашувига олиб келишини курсатди. Келлгрэн буйича рентгенологик текширувларда касалликнинг I, II, III ва IV боскичлари 16,3; 43,8; 26,3 ва 13,8% беморларда аниқланди. ОА ва варикоз касаллиги булган беморларда ОА касаллигининг ушбу рентгенологик боскичлари – 5,4; 35,1; 29,7 ва 29,7% беморларда кузатилди. Оёк веналари варикоз касаллиги аниқланмаган беморларда ОА касаллигининг огир рентгенлогик IV боскичи кузатилмади. Келлгрэн буйича рентгенологик текширувларда касалликнинг I, II, III боскичлари варикози йук беморлар ичида 25,6; 51,2 ва 23,2% беморларда учради.

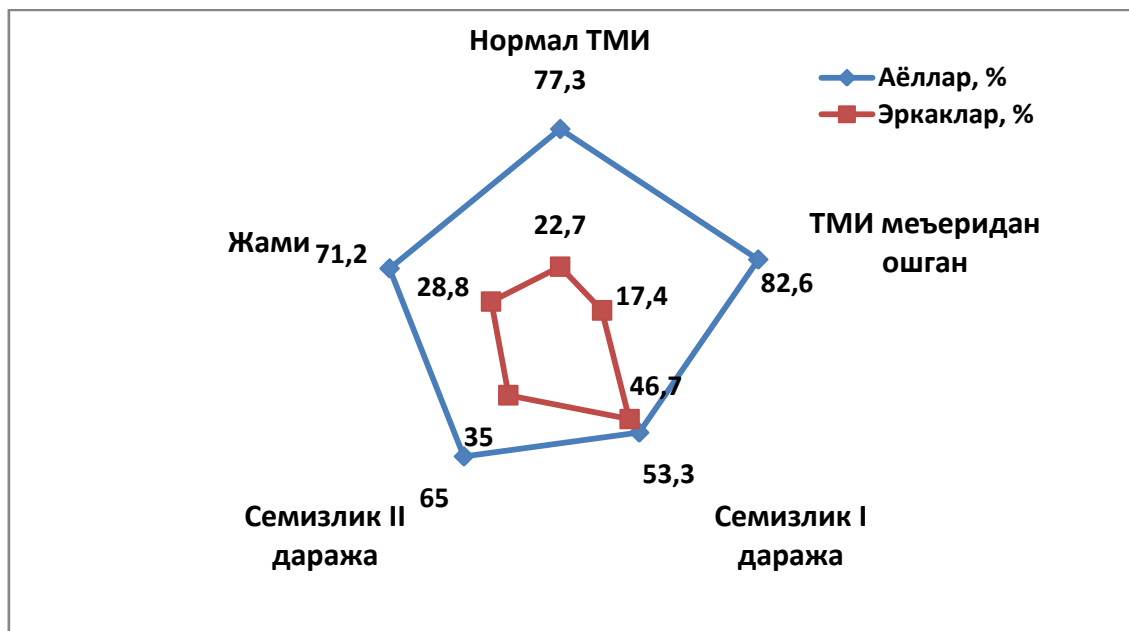
ОА касаллигида 18,8% беморларда зарарланган бугимлар функционал фаолияти сақланган булса, 81,2% беморда бузилганлиги: 33,9% беморда биринчи (профессионал кобилият сақланган), 32,5% беморда – иккинчи (профессионал кобилият чекланган), 15,0% беморда – учинчи (уз-узига хизмат килиш кобилияти чекланган) даражали бузилиши кайд этилди. ОА ва венларнинг варикоз касаллигининг биргаликда кечувида 8,1% беморда

бугимлар кобилияти сакланган булиб, бу курсаткич варикоз касаллиги аникланмаган беморлар курсаткичидан 3,4 марта кам булди (27,9%). Аммо, ОА ва варикоз касалликларининг биргаликда кечувида бугимлар фаолиятини турли даражада чекланиши 91,9% беморда учради ва веналарнинг варикоз кенгайиши аникланмаган беморлар курсаткичидан 1,3 марта куп булди. I, II ва III даражали бугим фаолиятини чекланиши ОА ва веналарнинг варикоз касаллигида 32,4; 29,7 ва 29,7% беморларда, варикоз касаллиги булмаган 34,9; 34,9 ва 2,3% беморларда аникланди. Ушбу курсаткич ОА касаллигини оёк веналари варикоз касаллиги билан биргаликда кечувида бугимлар фаолиятининг кучли бузилишидан ва беморларни уз-узига хизмат курсатиш кобилиятларини йуколишидан дарак беради.

Кузатувимизда танамассаси индекси (ТМИ) Кетле формуласи буйича аникланганда бу курсаткич 19 дан 39 оралигида булди (диаграмма 6).

Диаграмма 6

ТМИ курсаткичини беморлар жинсига богликлиги



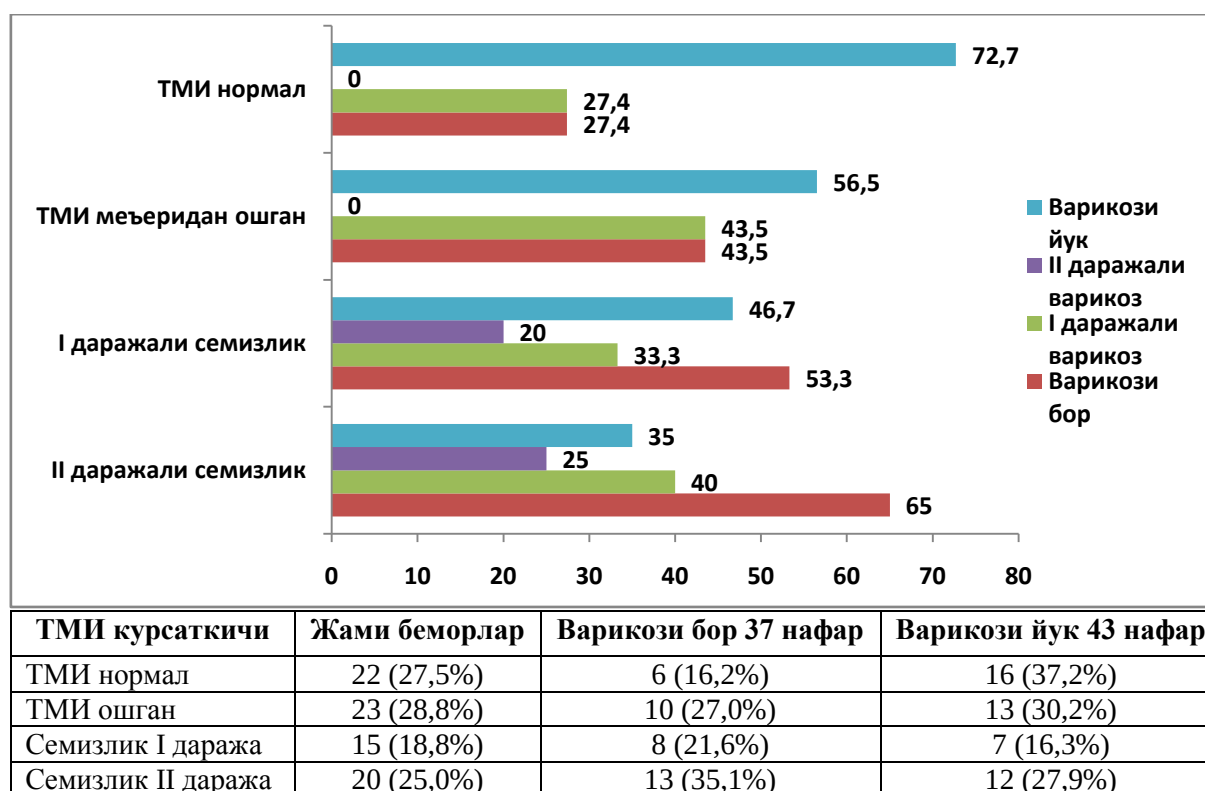
БДССТ курсатмасига кура ТМИ 22 (27,5%) беморларда нормал (18,5-24,9), 23 (28,8%) беморда – меъеридан ошган (25,0-29,9) булса, 15 (18,8%) беморда – I даражали семизлик (30-34,9%) ва 20 (25,0%) беморда – II даражали семизлик (35-40) аникланди.

Тана массаси индекси узгаришларини беморлар жинсига кура тахлил этганимизда, барча гурухлардаги беморлар орасида аёллар купчиликни ташкил этиши кузатилди. Нормал ТМИ гурухида (17 аёл, 77,3%; 5 эркак, 22,7%), ортикча ТМИ гурухида (19 аёл, 82,6%; 4 эркак, 17,4%), ТМИ I даражали семизликка тенг булган гурухда (8 аёл, 53,3%; 7 эркак, 46,7%), ТМИ II даражали семизликка тенг булган гурухда (13 аёл, 65,0%; 7 эркак, 35,0%) булиб, эркак ва аёллар нисбати – 1:3,4; 1:4,8; 1:1,1 и 1:1,9 курсаткичга тенг булди.

Оёк веналари варикози аникланган 16,2% беморларда ТМИ нормал, 27,0% беморларда ТМИ меъеридан ошган булса, 21,6% беморларда – семизликнинг биринчи даражаси, 35,1% беморда семизликнинг иккинчи даражаси аникланди (диаграмма 7).

Диаграмма 7

Варикоз касаллиги ва ТМИ узаро богликлик курсаткичлари



Оёк веналари варикози аникланмаган беморлар гурухида ТМИ нормал булганлиги, ТМИ ни меъеридан ошганганлиги, ИМТни семизликнинг биринчи ва ИМТни семизликни иккинчи даражасига тугри келиши 37,2; 30,2;

16,3 ва 27,9% беморларда аникланди. Ушбу омиллар семизлик даражасини ошуви беморларда оёк веналари варикоз касаллигининг купайишига ва огрилиқ даражасини ошувига сабаб булишини исботлайди.

3-бобнинг асосий хулосалари

1. ОА касаллигида 46,3% бемор оёқларда буралган варикоз кенгайган веналарнинг кўринишига, 33,7% - болдирнинг пастки учдан бир қисмида шиш ва ўтиб кетувчи шишларга, тез чарчаш, болдир мушакларида тошиб кетиш (қаппайиш) ҳиссига, кечалари тортишишига, 10,0% бемор - болдир ва товонда шишлар, тери ости веналарининг кескин кенгайишига, ўткир оғриқларга, тери қичишига, мушакларнинг тортишишига, 5,0% бемор трофик бузилишларга – оёқларда тукларни тўкилишига, терининг гиперпигментациясига, тери ости қаватининг индурацияси ва яралар ҳосил булишига шикоят қилади.

2. ОА касаллиги 46,3% беморда оёк веналарининг варикоз кенгайиши касаллиги билан комарбид ҳолатда кечади ва 36,3% беморда биринчи даражали веноз етишмовчилиги ва 10,0% беморда – иккинчи даражали веноз етишмовчилиги характерли булади.

3. Оёк веналарининг варикози аёлларда куп учрайди ва аёллар/эркаклар нисбати -1/2 га тенг булади ва варикоз касаллиги нисбатан катта ёшдаги беморларда ва касаллик давомийлиги 5 йилдан узок булганида купрок аникланади.

4. ОА касаллигида бугимлар ва веналарнинг зарарланишини биргаликда кечуви зарарланган бугимлар сонининг ортишига, реактив синовит белгиларини янада купайишига ва рентгенологик белгиларнинг огрилашувига олиб келади.

5. ОА ва варикоз касалликларининг биргаликда кечувида бугимлар фаолиятини турли даражада чекланиш курсаткичи веналарнинг варикоз кенгайиши аникланмаган беморлар курсаткичидан 1,3 марта куп булди ва бугимлар фаолиятининг кучли бузилишидан ва беморларни уз-узига хизмат курсатиш қобилиятларини йуқолишидан дарак беради.

6. Оёк веналари варикози биринчи (21,6%) ва иккинчи (35,1%) даражали семизлик фонида кечади ва семизлик даражасини ошуви оёк веналари варикоз касаллигининг купайишига ва огрилик даражасини ошувига сабаб булади.
7. Куп йиллар давомида веналарнинг варикоз касаллиги врачлар ва беморларнинг эътиборидан четда қолади, купчилик ҳолатда варикоз касаллигининг компенсация босқичи йиллар ва ўнлаб йиллар давом этади, варикоз белгилари остеоартроз, семизлик, реактив синовит фонида аникланмай қолади.
8. Купчилик беморларда ОА, веналарнинг варикоз касаллиги ҳақидаги маълумотларни етрали эмаслиги, бу соҳада беморлар учун эслатма ва буклетлар тайёрлаш, индивидуал ва оммавий суҳбатлар ташкил этиш, касалликларнинг бирламчи ва иккиламчи профилактика соҳасида амалий ишларни кучайтиришни талаб этади.

4-БОБ. ОЁК ВЕНАЛАРИ ВАРИКОЗИ ФОНИДА КЕЧУВЧИ ОСТЕОАРТРОЗ КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

Остеоартроз касаллигининг даволашнинг мақсади огрикни бартараф этиш, бугим тогайи емирилишининг олдини олиш ва таянч — ҳаракат тизими функциясини тиклашдан иборат бўлиб, даволаш дастури бугим тогайи дегенациясининг ривожланишини олдини олишни ("базис терапия"), бугимлардаги огрик ва реактив синовиит белгиларини камайтиришни, бугим ҳаракатини яхшилашни уз ичига олди.

ОА билан касалланган беморларга уртача жисмоний машқларни бажариш тавсия этилди. Беморларнинг шахсий имкониятларига қараб жисмоний дастур тузилди. Беморларга узок юриш, узок вақт тик туриш, огир юқларни кутариш, зинадан чиқиш ва тушиш чекланди. Юриш 5-10 минутлик дам олиш билан алмашилиб турилди. Беморларга култик таёк билан юриш тавсия этилди. Агар беморнинг касби узок вақт тик туриш, юриш ёки бугимларда буладиган бошқа салбий таъсирлар билан боглик булса касбни алмаштириш тавсия этилди.

Тана массасини меъёрида саклаш мақсадида кам калорияли № 8 парҳез столида курсатилган таомлар, умумий массаж ва овқатларни чеклаш кунлари тавсия этилди.

Касалликда ностероид яллиғланишга қарши препаратлар (НЯКП) базис воситалари билан бирга берилди. Препаратлар ва дозалари ҳар бир бемор нисбатан индивидуал буюрилади ва терапевтик самарадорлиги 10-14 кун давомида баҳоланди. Даволаш энг хавфсиз препаратлардан ва минимал дозаларда бошланди. НЯКП тавсия этилганда уларни ошқозон-ичак, бўйрак ва юрак кон-томир тизимларига ножуя таъсир қилиши аҳамиятга олинди. Гастропатиялар ривожланиш хавфини олдини олиш учун беморларда даволашни ЦОГ-2 ингибиторлар гуруҳидан бошланди: Огрикни қолдириш учун мелоксикам (15 мг/сут), этодин (400 мг/сут), нимесулид (200 мг/сут) қулланилди. Шунингдек, носелектив ингибиторлар: ортофен кунда 75 мг.,

наклофен 75 мг/сут, ибупрофен кунда 300 мг.дан 2 буюрилди. Кучли огрик вактида Кеторалак трометадин (медролгин) 1,0 (30 мг) мушак орасига юбориш учун 5-6 кун кулланилди.

ГКС ни бугим бушлигига юбориш муолажалари тизза бугимига утказилди. Ушбу максадда кеналок 40 1,0 мл, дипроспан 1,0 мл ёки гидрокортизон (75-150 мг) препаратларини кулланилди.

Хондропротекторлар билан даволаш бугим тукимаси метаболизмини яхшилаш ва унинг деструкциясини олидини олиш максадида кулланилди. Кабул килинган схемалар буйича Структум (хондроитин сульфат), Артепарон (протеогликан, гликозаминогликан), Алфлутоп (хондриатин сульфат ва гликозамин сульфат), Терафлекс (ибупрофен ва гликозамин сульфат), драстоп (хондриатин сульфат), протекта (глюкозамин сульфат, хондриатин сульфат минерал ва витаминлар билан) параениерал ва ичиш учун буюрилди.

Суяк тукимаси субхондриал кисмларида, синовиоцитларда ва венлалардаги **микроциркуляцияни яхшилаш** максадида антиагрегент таъсирдаги дори препаратлари кулланилади. Курантил (дипиридамоп) — таблеткалар холда (0.025 г), 2 таблеткадан 3 марта, 1-2 ой, трентал (агапурин 0.1 г) 3 марта кунига 1 ой давомида тавсия этилди (овкатдан кейин).

Остеопорозни даволашда суяк тукимаси резорбциясини олдини олувчи ва суяк тукимасининг кайта тикланишини (ремоделяция) стимулловчи препаратлар таклиф этилди. Резорбтив жараёнларни ингибиторлари сифатида кальций препаратлари, витамин D, эстрогенлар, кальцитонин, бисфосфонатлар, суяк хосил булишини стимулловчи препаратлар сифатида кальцитриол **таклиф** этилди. Овкат махсулотларидан сутдан тайёрланган таомлар, пишлоқ, йогурт, цитрусли соклар кальцийга бой булиб, остеопорозни олдини олишда ва даволашда **кулланилиди**.

Физиотерапевтик даво. Физиотерапевтик даво усуллари бугим тогайи метаболизмини яхшилаши, деструктив жараённи камайтириши, суяк, синовиал коплам, бугим олди тукимаси микроциркуляциясини яхшилаши

учун базис даво усулларига тенглаштирилган. Ушбу даво усулларидаан Ультратовушли терапия (8-10 муолажа), электрофорез (анальгин, салицилатлар, новокаин эритмалари билан, 8-10 муолажа) Лазер терапия (гелий-неонли лазера нурлари билан) кулланилди.

Беморларга огрик вақтида шина, култик таёк, ортопедик мосламалардан туғри фойдаланиш хақида маслахат берилди. Аммо, ёрдамчи мосламаларинг беморлар томонидан кулланилишига бир катор кийинчиликлар юзага келди ва бу кийинчиладлар ушбу мосламаларни ташки куруниши билан боглик салбий ҳолатлар туғайли беморларни улардан воз кечишлари билан боглик Беморлар ушбу мосламаларга купчиликни эътибор беришларини хохламадилар, ишда, оилада, жамиятда уларга нисбатан бошқача муносибатда булишларидан чучидилар. Бундай ҳолатда беморга ва унинг оила аъзоларига ушбу мосламаларни куллаш натижасида унинг умумий аҳоли ва ҳаракатлари яхшиланиши тушунтирилиди. Чанок-сон, тизза бугимлари зарарланганда таёк тутиб юриш тавсия этилди. Таёк карама-карши кулда тутиб юрилиши лозимлиги уқтирилди.

Бизнинг кузатувимизда веналарнинг варикоз касаллиги 37 беморда (48,8%) аникланди, беморлардан 29 нафарида (78,4%) юзаки тери ости веналарнинг варикоз кенгайиши ва веноз етшмовчилигининг биринчи даражаси характерли булса, 8 нафарида (21,6%) чуқур (ички) ва коммуникант веналар варикози ва иккинчи даражали веноз етишмовчилигининг иккинчи даражаси аникланди.

Даволаш натижаларини баҳолаш иккита киёсий гуруҳда олиб борилди. Биринчи асосий гуруҳга варикоз ва остеоартроз касаллиги булган 37 бемор, иккинчи гуруҳга варикоз касаллиги булмаган ОА касаллиги билан касалланган беморлар киритилди (жадвал 5).

Киёсий гурухлар характеристикаси

Курсаткичлар	Жами беморлар 80 (100,0%)	Варикоз касаллиги аникланган 37 (46,3%)	Варикоз касаллиги аникланмаган 43 (53,7%)
Аёллар	57 (71,2%)	25 (67,6%)	32 (74,4%)
Эркакалар	23 (28,8%)	12 (32,4%)	11 (25,6%)
Уртача ёши (йил)	58,5±5,8	61,6±3,4	54,2±3,2**
ОА уртача давомийлиги (йил)	6,7±0,3	7,6±0,4	5,6±0,3**
Касаллик бошланганда ёши (йил)	52,0±4,8	54,3±4,1	50,0±3,5**

Оёк веналарининг варикози аникланган 67,3% беморлар аёллардан, 32,4% беморлар эркакалардан иборат булиб, аёллар/эркаклар нисбати -1/2 га тенг булди. Варикоз аникланган беморларнинг уртача ёши 61,6±3,4 йил, касалликнинг уртача давомийлиги 7,6±0,4 йилга тенг булди ва варикоз касаллиги аникланмаган беморлар ёши (54,2±3,2 йил) ва касалликнинг уртача давомийлигидан (5,6±0,3) статистик ишончли катта булди ($P < 0,05$). Варикоз касаллиги бошланганда беморлар ёши (54,3±4,1 йил), варикоз аникланмаган беморлар ёшидан катта булди ($P \geq 0,05$).

Варикоз веналарни даволашда кулланилган воситалар 6-жадвалда курсатилган.

Жадвал 6.

Оёк веналари варикоз касаллигини даволаш муолажалари тавсифи

№	Муолажа тури	Беморлар сони
1	Пархез: аччик, нордон махсулотларни ва ош тузини чеклаш, сут ва сут махсулотлари, творог, сузма, кукатлар, мевалар, сабзавот, ошкўклар, шарбатлар, айникса, анжир, ўрик, карам, қизил лавлаги, шотут, қулупнай, ошқовок, тарвуз, бодринг, сабзи, топинамбур тавсия этилди.	37 (46,3%)
2	Кон оқимининг юза веналардаги ҳаракатини камайтириш учун қисувчи эластик пайпоқ ва колготкалардан фойдаланилди. Пайпоқ эрталаб вертикал ҳолатга ўтгунга қадар кийилди (бунда веналар ҳали қон билан тўлмаган бўлади).	14 (37,8%)
3	Венотоник восита: «Флебодиа 600» (диосмин):	22

	1 таблетка/суткада эрталаб нонуштадан олдин (2 ой давомида) тавсия этилди.	(53,4%)
4	Микроциркуляцияни яхшилаш мақсадида: Антиагрегент таъсирдаги дори препаратлари: Курантил (дипиридамоил) — таблеткалар холда (0.025 г), 2 таблеткадан 3 марта, 1-2 ой, трентал (агапурин 0.1 г) 3 марта кунига 1 ой давомида тавсия этилди (овкатдан кейин).	25 (67,5%)
5	Махаллий воситалар: Гепарин мази, триоксивазин, лиатон гель. 2 хафта давомида кунига уч-турт марта узгарган томирлар устига суртилди.	24 (64,8%)

ОА ва варикоз касаллиги аникланган беморларда биринчи марта оёк бугимлари фаолиятини баҳолаш учун 6 та эксперт мезонларининг уртача арифметик кийматини уз ичига олувчи интеграл курсаткич ишлатилди. Баҳолаш жараёни даволашдан олдин ва кейин врач ва бемор томонидан биргаликда олиб борилди. Баҳолаш натижалари 7-жадвалда келтирилган.

Жадвал 7

**Оёклар функционал ҳолатини эксперт мезоналари буйича баҳолаш
«Ҳаракат фаолияти»**

Эксперт мезони	Оёклар функционал фаолиятини баҳолаш, %				
	0—20	21—40	41—60	61—80	80—100
Харакат фаолияти	Оксокланиш			Патологик харакат	Харакат йук
	Кам	Сезиларли	Кучли		
Даводан олдин					
Жами	26 (32,5%)	23 (28,8%)	16 (20,0%)	12 (15,0%)	3 (3,8%)
Варикози бор беморлар (37 нафар)	5 (13,5%)	9 (24,3%)	11 (29,7%)	9 (24,3%)	3 (8,1%)
Варикози йук беморлар (43 нафар)	21 (48,8%)	14 (32,5%)	5 (11,6%)	3 (6,9%)	-
Даводан кейин					
Жами	35 (43,8%)	26 (32,5%)	13 (16,3%)	10 (12,5%)	3 (3,8)
Варикози бор беморлар (37 нафар)	8 (21,6%)	8 (21,6%)	10 (27,0%)	8 (21,6%)	3 (8,1%)
Варикози йук беморлар (43 нафар)	27 (62,7%)	11 (25,5%)	3 (6,9%)	2 (4,6%)	-

Эксперт мезонлари буйича даволашдан олдин жами 80 нафар бемордан 32,5% беморда кам оксокланиш, 28,8% беморда – сезиларли оксокланиш, 20,0% беморда – кучли оксокланиш, 15,0% беморда – патологик ҳаракат, 3,8% беморда – ҳаракатни йуқолиши аниқланган. Даволаш кейин эса даво муолажаларини самараси натижасида 43,3% беморда кам оксокланиш кузатишган. Кам оксокланган беморлар сонини ошуви кучли оксокланган ва патологик ҳаракат аниқланган беморлар сонини камайганлиги ҳисобидан бўлган. Аммо, 3,8% беморда ҳаракатни йуқолиши даволашдан кейин ҳам сақланиб қолган.

Варикоз касаллиги аниқланган ва аниқланмаган беморлар киёсий таъхиси кам оксокланадиган беморлар сонини варикоз касаллиги аниқланмаган беморлар орасида қўп эканлигини, ҳаракати чекланган ва умуман ҳаракат қила олмайдиган беморларни эса варикоз касаллиги аниқланган беморлар орасида қўпчилигича қолганлигини қўрсатди.

Ҳаракатланганда қўшимча таънч воситаларидан фойдаланиш таъхили даволашдан олдин 3,8% беморларни махсус мослама (қўлясқа), 11,3% беморларни – қўлтиқ таёқ, 18,8% беморларни 2 та таёқ, 30% беморларни қўл таёғидан фойдаланишга муҳтожлигини қўрсатди (жадвал 8).

Жадвал 8

**Оёқлар функционал ҳолатини эксперт мезоналари буйича баҳолаш
«Қўшимча таънч воситаларидан фойдаланиш»**

Қўшимча таънчга эҳтиёж	Эҳтиёж йўқ	Қўл таёғи	Иккита таёқ	Қўлтиқ таёқ	Махсус мослама
Даводан олдин					
Жами	29 (36,3%)	24 (30,0%)	15 (18,8%)	9 (11,3%)	3 (3,8%)
Варикози бор беморлар (37 нафар)	7 (18,9%)	11 (29,7%)	8 (21,6%)	8 (21,6%)	3 (8,1%)
Варикози йўқ беморлар (43 нафар)	22 (51,1%)	13 (30,2%)	7 (16,2%)	1 (2,3%)	-
Даводан кейин					
Жами	39 (48,8%)	20 (25,0%)	10 (12,5%)	8 (10,0%)	3 (3,8%)
Варикози бор беморлар (37 нафар)	11 (29,7%)	9 (24,3%)	7 (18,9%)	7 (18,9%)	3 (8,1%)

Варикози йук беморлар (43 нафар)	28 (65,1%)	11 (25,5%)	3 (6,9%)	1 (2,3%)	
---	-------------------	-------------------	-----------------	-----------------	--

ОА касаллигида факатгина 36,3% бемор юрганида кушимча таяниш воситаларига эҳтиёж сезмади.

Даволашдан кейин кушимча таянч воситаларига эҳтиёж сезмайдиган беморлар 12,5% купайди ва умумий беморларнинг 48,8% ни ташкил килди. Шунингдек кул таёгига эҳтиёж сезган беморлар 5% га, иккала таёкга эҳтиёж сезганлар 6,3% га, култик таёкка эҳтиёж сезганлар 1,3% га камайди. Лекин махсус мослама ёрдамида ҳаракатланаётган 3,8% беморнинг даволашдан кейин ҳам ҳаракати ижобий узгармади.

Гуруҳлар аро таҳлил этилганда варикози йук беморлар орасида даволашдан кейин 65,1% бемор ҳаракатланганда кушимча воситаларга эҳтиёж сезмаган бўлса, оёк веналари варикоз касаллиги аниқланган беморлар орасидан факатгина 29,7% бемор кушимча таянч воситаларидан фойдаланмади. Шунингдек, кушимча равишда махсус мослама ёрдамида (коляска) ҳаракатланадиган беморлар ҳам варикоз касаллиги аниқланган беморлар гуруҳига тугри келди. Демак, ОА касаллигида оёк веналари варикоз кенгайиши касаллигини кушилиши даволаш муолажаларини самарадорлигини пасайишига сабаб бўлади. Бунинг оқибатида аксарият беморлар ҳаракат вақтида кушимча таянч воситалари – кул таёги, култик таёк, махсус мослама (коляска) ишлатишга доимий муҳтож бўладилар.

Беморларни умумий ахволи купчилик ҳолатларда уларнинг ҳар кунги фаолият активлиги билан боғлиқ бўлади. Беморларнинг аксарият қисми аёллардан иборат бўлганлиги учун улар томонидан умумий ахволини яхшиланиш мезони сифатида уй юмушларини бажариш қобилияти асосий уринни эгаллайди.

Даволашдан олдин 21,3% беморларда ҳар кунги фаолиятни чегараланмаганлиги, 30% беморда – кам чегараланганлиги, 23,8% беморда - сезиларли чегараланганлиги, 21,3% беморда – куп ва яққол чегараланганлиги

аникланган булса, 3,8% беморда хар кунги фаолиятни бажара олмаслик холати кайд этилди (жадвал 9).

Жадвал 9

**Оёклар функционал холатини эксперт мезоналари буйича бахолаш
«Кундалик фаолият»**

Кундалик фаолияти	Чегараланиш				Бажара олмайди
	Йук	Кам	Сезиларли	Куп	
Даводан олдин					
Жами	17 (21,3%)	24 (30,0%)	19 (23,8%)	17 (21,3%)	3 (3,8%)
Варикози бор беморлар (37 нафар)	7 (18,9%)	8 (21,6%)	9 (24,3%)	10 (27,0%)	3 (8,1%)
Варикози йук беморлар (43 нафар)	10 (23,2%)	16 (37,2%)	10 (23,2%)	7 (16,2%)	-
Даводан кейин					
Жами	27 (33,8%)	21 (26,3%)	15 (18,8%)	14 (17,5%)	3 (3,8%)
Варикози бор беморлар (37 нафар)	11 (29,7%)	7 (18,9%)	7 (19,7%)	9 (24,3%)	3 (8,1%)
Варикози йук беморлар (43 нафар)	16 (37,2%)	14 (32,5%)	8 (18,0%)	5 (11,6%)	-

Даволашдан кейин беморларнииг хар кунги фаолияти (уй юмушларини бажариши, овкат тайёрлаши ва бошка кундалик ишларини бажариши) бироз ижобий томонга узгарди. Даволаш натижасида 33,8% беморда хар кунги фаолиятни чекланмаганлиги кайд этилди ва бу курсатгич даволашдан олдинги курсатгичдан 12,5% куп булди. Ушбу курсатгични ошуви хар кунги фаолияти кам чекланган, чекланган ва яккол чекланган беморлар сонининг камайиши хисобидан булди. Лекин, олдинги эксперт белгилари ёмон натижа берган 3,8% бемор даволашдан кейин хам хар кунги фаолиятни олиб бора олмаслиги аникланди.

Беморларни умумий ахволини аниклашда уларнинг уз узига хизмат курсата олиш кобилияти асосий урин тутади (жадвал 10).

**Оёклар функционал ҳолатини эксперт мезоналари буйича баҳолаш
«Уз-узиға хизмат қилиш»**

Уз-узига хизмат килиши	Чегараланиш				Бажара олмайди
	Йук	Кам	Сезиларли	Куп	
Даводан олдин					
Жами	14 (17,5%)	28 (35,0%)	19 (23,8%)	16 (20,0%)	3 (3,8%)
Варикози бор беморлар (37 нафар)	4 (10,8%)	10 (27,0%)	12 (32,4%)	8 (21,6%)	3 (8,1%)
Варикози йук беморлар (43 нафар)	10 (23,2%)	18 (41,8%)	7 (16,2%)	8 (18,0%)	-
Даводан кейин					
Жами	24 (30,0%)	24 (30,0%)	16 (20,0%)	13 (16,3%)	3 (3,8%)
Варикози бор беморлар (37 нафар)	8 (21,6%)	8 (21,6%)	11 (29,7%)	7 (18,9%)	3 (8,1%)
Варикози йук беморлар (43 нафар)	16 (37,2%)	16 (37,2%)	5 (11,6%)	6 (13,9%)	-

ОА касаллиги билан касалланган беморларнинг уз-узиға хизмат курсатиш қобилияти тахлили даволашдан олдин 17,5% беморда уз-узиға хизмат қила олишини курсатди. 35% бемор ушбу қобилиятни кам тиклаганлиги 23,8% бемор сезиларли чекланганлигини ва 20% бемор яққол чекланганлигини қайд этишди. 3,8% беморда олдинги мезонлар қаби уз-узиға хизмат қилиш қобилияти йуқолганлиги аниқланди.

Даволашдан кейин уз-узиға хизмат курсата олиш қобилияти чегараланмаган беморлар сони 12,5% га қупайди ва умумий беморларни 30% ни ташкил қилди. Даволашдан кейин аксарият беморлар ювинишда, овқатланишда, шахсий гигиена ишларини олиб боришда қатта чегараланишларни сезмадилар. Лекин, 3,8% беморда олдинги мезонлар қаби уз-узиға хизмат қилишда ижобий узғариш сезилмади. Назорат гурухлари такқосланганда ижобий натижалар оёк веналари варикоз касаллиги аниқланмаган беморлар гуруҳида қупрок қузатилди.

Беморларнинг жамоаттранспортида фойдаланишқаолиятини даволашдан олдин ва даволашдан кейинги тахлили 11-жадвалда қелтирилган.

**Оёклар функционал ҳолатини эксперт мезоналари буйича баҳолаш
«Жамоат транспортдан фойдаланиш»**

Жамоат транспортдан фойдаланиши	Чегараланиш				Бажара олмайди
	Йук	Кам	Сезиларли	Куп	
Даводан олдин					
Жами	11(13,8%)	32(40,0%)	18(22,5%)	16(20,0%)	3 (3,8%)
Варикози бор беморлар (37 нафар)	2(5,4%)	12(32,4%)	10(27%)	10(27,0%)	3 (8,1%)
Варикози йук беморлар (43 нафар)	9(20,9%)	20(46,5%)	8(18,0%)	6(13,9%)	-
Даводан кейин					
Жами	25(31,3%)	32(40,0%)	11(13,8%)	9(11,3%)	3 (3,8%)
Варикози бор беморлар (37 нафар)	8(21,6%)	13(35,1%)	7(18,9%)	6(16,2%)	3 (8,1%)
Варикози йук беморлар (43 нафар)	17(39,5%)	19(44,1%)	4(9,3%)	3 (6,9%)	-

7 - жадвал маълумотларига кура даволашдан олдин ва кейин жамоат транспортдан фойдаланиш қобилияти йуқолмаган беморлар – 13,8% ва 31,3% ни ташкил этди. Ушбу курсаткич даволашдан кейин беморларни жамоат транспортлари – автобус ва маршрут таксиларидан фойдаланиш фаолиятларини яхшиланганлигини курсатади (17,5%).

Варикоз касаллиги булган ОА билан касалланган беморлар гуруҳида, варикоз касаллиги аниқланмаган беморлар гуруҳига нисбатан жамоат транспортдан фойдаланишда қийинчилик сезувчи беморлар сони беморларни стационардан жавоб бериш вақтида ҳам қўпчилигича сакланиб қолди.

Беморлар касбий фаолиятини бажаришини баҳолаш даволашдан олдин 21,3% беморни профессионал қобилиятларини сакланганлигини курсатди (жадвал12).

**Оёклар функционал ҳолатини эксперт мезоналари буйича баҳолаш
«Касбий фаолиятини баҳолаш»**

Касбий фаолиятини баҳолаши	Чегараланиш				Бажара олмайди
	Йук	Кам	Сезиларли	Куп	
Даводан олдин					
Жами	17 (21,3%)	30 (37,5%)	17 (21,3%)	13 (16,3%)	3 (3,8%)
Варикози бор беморлар (37 нафар)	7 (18,9%)	11 (29,7%)	9 (24,3%)	7 (18,9%)	3 (8,1%)
Варикози йук беморлар (43 нафар)	10 (23,2%)	19 (44,1%)	8 (18,0%)	6 (13,9%)	-
Даводан кейин					
Жами	25 (31,3%)	38 (47,5%)	8 (10,0%)	6 (7,5%)	3 (3,8%)
Варикози бор беморлар (37 нафар)	10 (27,0%)	14 (37,8%)	5 (13,5%)	5 (13,5%)	3 (8,1%)
Варикози йук беморлар (43 нафар)	15 (34,8%)	24 (55,8%)	3 (6,9%)	1 (2,3%)	-

Даволашдан кейин 31,3% бемор иш жараёнига қайта олишларини белгиладилар (ижобий натижа 10%). Даволашдан кейин профессионал (касбий) фаолияти кам чегараланган, чегараланган ва яққол чегараланган беморлар сони камайганлиги қайд этилди.

Даволашдан олдин ҳам, даволашдан кейин ҳам олдинги 5 та эксперт мезонлари натижалари каби 3,8% бемор профессионал қобилиятларини умуман тикланмаганлигини таъкидладилар.

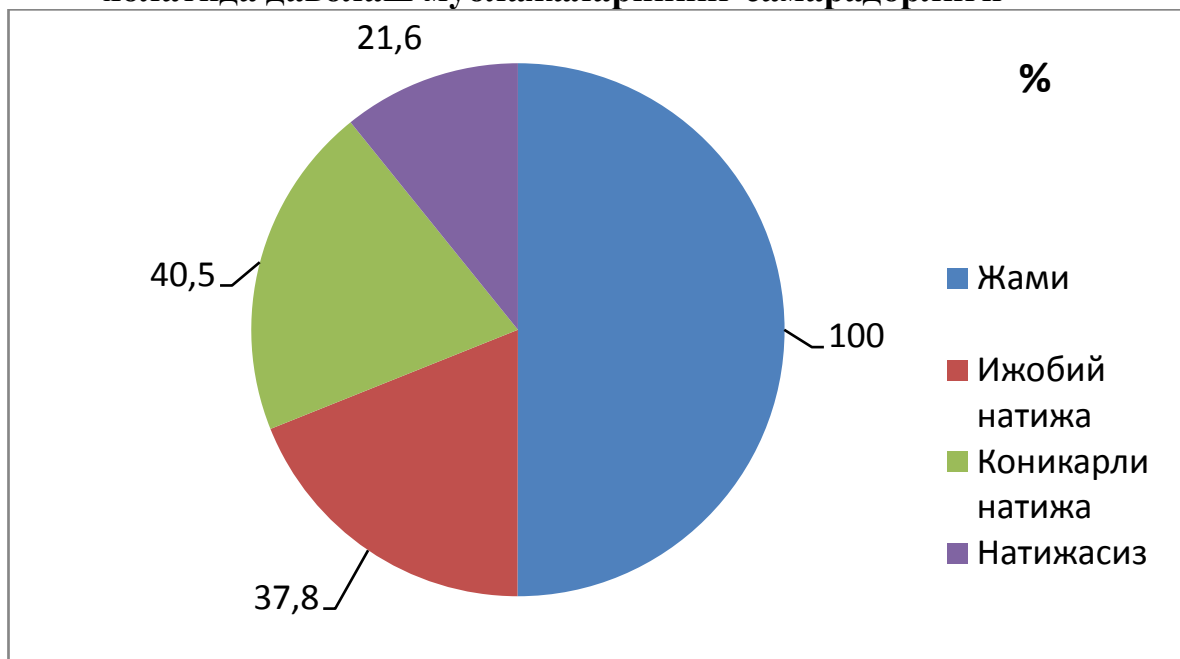
Даволаш муолажаларини самарадорлиги беморларни стационар даволанганларидан кейин ВАШ буйича баҳоланди.

Биринчи гуруҳдаги 37 нафар бемордан 14 (37,8%) нафари умумий ахволини ижобий томонга узгарганини таъкидлаб, даво натижаларини «яхши» натижа сифатида баҳолади. 15 (40,5%) нафар бемор даволаш муолажалари наф берганлигини, лекин беморларда огрик, ҳаракат билан боглик муаммолар сакланиб қолганлигини таъкидладилар. 8 (21,6%) нафар беморда эса даволаш муолажалари наф бермаганлиги қайд этилди. Ушбу гуруҳдаги ижобий натижалар варикоз касаллигини юзаки шаклида ва биринчи даражали веноз етишмовчилиги аниқланган беморлар учун хос

булди. Салбий натижалар эса, коммуникант ва чукур веналар зарарланганида, иккинчи даражавеноз етишмовчилиги ва семизликнинг иккинчи даражасида кузатилди (диаграмма 8).

Диаграмма 8.

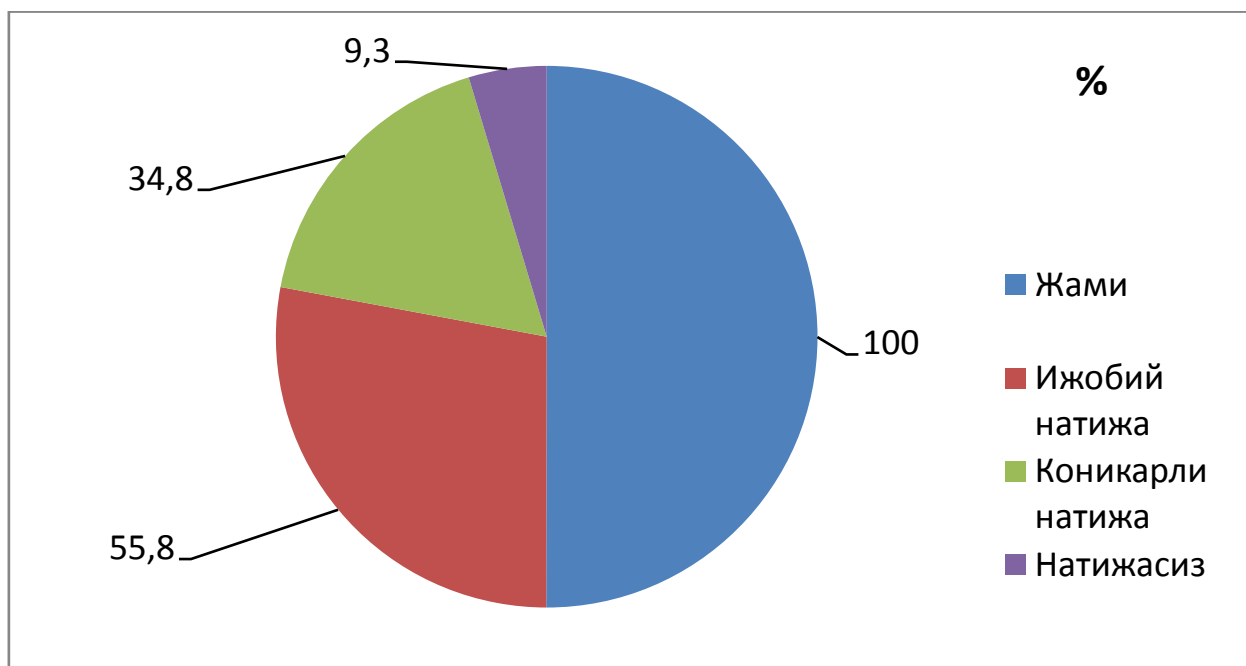
Оёк веналари варикози ва остеоартроз касаллигини комарбид холатида даволаш муолажаларининг самарадорлиги



Иккинчи гуруҳдаги 43 нафар беморнинг даволаш натижалари 2-диаграммада келтирилган. ВАШ шкаласи буйича ушбу гуруҳдаги беморларнинг 24 (55,8%) нафарида даво муолажалари «яхши», 15 (34,8%) нафарида – коникарли, 4 (9,3%) нафарида коникарсиз бахоланди.

Диаграмма 9.

Остеоартроз касаллигини даволаш муолажаларининг самарадорлиги



Демак, ОА касаллигини оёк веналари варикоз кенгайиши билан биргаликда кечуви асосий касалликнинг огирлашувига сабаб булади. Варикоз касаллигини кушилиши бугимлардаги огрик, шиш, ҳаракатни чекланиши, бугимларни котиши каби ОА белгиларини кучаювига олиб келади. Варикоз ва ОА касалликларини комарбит ҳолатида уч ва ундан ортик бугимларни зарарланиши (полиостеоартроз), реактив синовит кушилиши, рентгенологик куплаб остеофитларни ривожланиши, бугим ёригини жадал торайиши купрок кузатилади.

Веноз кон айланиш фаолиятини бузилиши ва бугим фаолиятини пасайиши натижасида оёқлар функционал қобилияти пасаяди. Беморларда оксокланиш, қушимча таянч воситаларидан фойдаланиш ҳолати, уз узига хизмат қилиш ва профессионал қобилиятларини кескин чекланиши, узгаларга қарамлик ҳолатини ривожланиши ва жамоат транспортдан фойдаланишни чекланиши кузатилади. Киска вақт давомида утказилган стационар даво муолажалари (НЯКП, гормонал маҳаллий даво,

хондропротекторлар, физиотерапия муолажалари, веналар функционал кобилятини яхшиловчи воситалар) варикози бор беморларда самарали булмайди. Бу ҳолат беморларни диспансер назоратига олишни, диспансер кузатувларини ташкил этишни, веналарни варикоз кенгайишига нисбатан кушимча даво (склеротерапия, пунктуал терапия, флебэктомия) усулларини куллашни такозо этади.

Варикоз кенгайган веналар касаллигини даволашнинг турли усуллари мавжуд бўлиб, даволаш усулини танлаш касаллик босқичи ва шаклини танлашдан иборат. Остеоартроз касаллиги ва варикоз касаллиги комарбидлигида венада қон димланиши, варикоз кенгайиши хасталикларининг олдини олиш, оёқларда оғриқ вадискомфорт ҳиссини камайтириш учун қуйидаги чора-тадбирларни кўриш лозим:

1. Қон оқимининг юза веналардаги ҳаракатини камайтириш учун уларни қисиш керак. Бунинг учун эластик пайпоқ ва колготкалардан фойдаланилиш лозим. Пайпоқ эрталаб вертикал ҳолатга ўтгунга қадар кийилади, бунда веналар ҳали қон билан тўлмаган бўлади. Ёзда эса енгилроқ эластик воситалар қўлланилиши керак;
2. Нотўғри овқатланиш, меҳнат қилиш, дам олиш, зарарли одатларга ружу кўйиш (спиртли ичимликлар ичиш, тамаки, нос чекиш ва ҳоказо), семириб кетиш ва бошқалар веналарнинг варикоз кенгайишига олиб келади. Бемор кўпроқ витаминларга, минерал моддаларга ва микроэлементларга бой озиқ-овқат маҳсулотлари: сут, қатик, творог, ҳўл мева, сабзавот, ошкўклар, шарбатлар, айниқса, анжир, ўрик, карам, қизил лавлаги, шотут, қулупнай, ошқовоқ, тарвуз, бодринг, сабзи, топинамбур истеъмол қилиб юриши фойдали ҳисобланади;
5. Узоқ вақт вертикал ҳолатда бўлинса ёки стулларда узоқ вақт ўтириш ҳам оёқларда ва бошқа аъзоларда қон димланишини ҳосил қилади. Ишда куп юрадиган беморларга 20-30 дақиқа ўтириш тавсия этилади ва бунда оёқлар тос суягидан юқори бўлиши керак;

6. Узоқ вақт бир жойда туриб ишлайдиган кишилар оёқларини бироз очиб, товон ва учини галма-галдан оёқ кафтини худди тикув машинасини ҳаракатлантиргандек каби ҳаракатлантириши керак. Ишдан кейин яқинроқ масофага секин юриб бориш оёққа анча дам беради, бадантарбия ҳам яхши наф келтиради. Оёқни тез-тез илиқ сувда совунлаб ювиб туриш керак. Утириб ишлайдиганларга вақти-вақти билан оёқларни горизонтал узатиб туриш, ҳар куни бир-икки соат пиёда юриш ва маълум муддат оёқ учида туришга одатланиш тавсия этилади;
7. Сувда ялангоёқ юриш ҳам қон юришини яхшилайдиган ва томирларда қон тўхтаб қолишини камайтиради. Сувда сузиш дарднинг олдини олишда энг муҳим восита ҳисобланиб, сузганда оёқ томирлари, бутун организм чиникади, бунинг устига, сув ҳаракати томирларнинг табиий равишда ҳаракатланишига ёрдам беради;
8. Хомиладорлик вақтида флеболог назоратида бўлиш, махсус компрессион трикотаждар кийиб юриш варикоз касаллигининг олдини олади, енгил гимнастика машқларини бажариб туриш ва шифокор билан маслаҳатлашган ҳолда даво физкультураси муолажаларини олиш анча ёрдам беради;

НАТИЖАЛАР ТАҲЛИЛИ

Тизза бўғимини деформацияловчи артрози (гонартроз) – бўғим шаклини ўзгаришига олиб келувчи, оғир дегенератив-дистрофик сурункали касаллик бўлиб, барча ортопедик касалликларнинг учдан бирини ташкил этади ва асосан аёлларда (71,9%) учрайди.

Аҳоли таркибида ёши ўтган кишиларнинг нисбатан тана вазнининг ошиши билан, тизза бўғими деформацияловчи артрозини ёши ўтган ва кекса кишиларда даволаш ортопедиянинг долзарб вазифаларидан бири бўлиб келмоқда. Бу кишиларнинг меҳнатга қобилиятини сақлаб қолиш, катта ҳаётий тажрибалари ва билимларини ҳаётга татбиқ этиб давом эттириш нафақат тиббий, балки иқтисодий ва ижтимоий аҳамиятга ҳам эгадир. 10-

12%аҳоли остеоартроз касаллиги билан касалланган. Ёш кўшилиши билан касаллик учраши кўпайиб, 70 ёшдан сўнг 97% кишиларда учрайди. Тизза бўғимининг деформацияловчи артрози эса барча остеоартроз курсаткичлари ичида - 24,0-69,7%.

Касаллик дисплазия, травма, ревматоид зарарланиш ва метаболик ўзгаришларнинг асорати ҳисобланиб, бўғим дегенератив-дистрофик касаллиги билан оғриган 54,5 фоиз беморларда учрайди ва 6,5 фоиз ҳолларда ногиронликка олиб келади. Кўп вақтлар бу касаллик ўрта ёшдаги ва ёши ўтган кишиларда учрайди деб қаралса, ҳозирги вақтда мамлакатимиз ҳамда хорижий муаллифлар томонидан ОА – бирламчи тоғай касаллиги бўлиб, исталган ёшда учраши мумкинлигини кўрсатилмоқда.

ОА ва веналарнинг варикоз касалликларининг биргаликда кечувида бугим синовиал пардаси хужайраларнинг фаолиятини пасайиши, фибробластларнинг ва томир эндотелиал хужайраларининг усиш фактори камайиши аниқланган. Бу эса кон томирлар ангиогенезини пасайишига, реваскулизацияни сусаювига, лимфоцитлар бета трансформациясини ошувига сабаб бўлиб, кон томирлар зарарланишини янада оширади. Шунингдек, ОА касаллигида адгезив молекулалар-фибрин, фибропектин, витропектин ошуви ва тромбоцитлар агрегациясини кучаюви веналардаги патологик жараёни хам кучайтиради.

Ҳозиргача аҳолида куп учровчи тизза бугимларининг ОА ва оёк веналари варикоз касалликларининг биргаликда кечувининг клиник хусусиятларини, диагностик мезонларини урганишига қаратилган текширувлар камлигича колмоқда. Бу иккала касалликнинг коморбид ҳолатида хондопротекторлар- глюкозамин сульфат, хондротин сульфат, глюкоурон кислота унумлари сакловчи, венатоник дори препаратларининг клиник самарасини урганишида қарама –қаршиликлар мавжуд.

Самарканд давлат медицина институти 1-клиникаси 1-терапия бўлимида о тизза бугими остеоартроз касаллиги – гонартроз билан касалланган 80

нафар (57 нафар аёл, 71,2%; 23 нафар эркак, 28,8%) бемор текширувлардан утказилди (уртача ёши $58,5 \pm 0,8$ йил).

ОА ташхиси Америка ревматологлари комитети мезонлари асосида куйилди. Беморларни ёшига кура ОА касаллиги 51-60 ёшдаги кишилар орасида энг куп учради, касалликни уртача давомийлиги $6,7 \pm 0,3$ йилни, беморларнинг касаллик бошланганидаги ёши $52,0 \pm 0,6$ йилни ташкил этди. Жинсга кура тахлил этганимизда, аёлларнинг уртача ёши $57,5 \pm 0,5$ йилни (48-74 ёш), эркакларнинг уртача ёши $51,0 \pm 0,6$ йилни (48-75 ёш) ташкил этди. Касаллик купрок аёлларда аникланди (аёллар/эркаклар - 2,5:1). Аёлларда купрок 50 ёшгача, эркакларда 50 ёшдан кейин ривожланди.

Тизза бугими моноартикуляр зарарланиши 48,8%, иккала тизза ёки битта тизза ва чанок сон бугими зарарланиши – олигоартрикуляр зарарланиш 30,0%, иккала чанок-сон бугими зарарланиши - 7,5% беморда кайд этилди. 15,0% беморда кул бармоклари зарарланиши кузатилди. Генерализацион ОА (полиартрикуляр шакли) тизза, чаон-сон, кул панжа бугимлари зарарланиши билан 21,2% аникланди. Полиостеоартроз билан касалланган беморлар уртача ёши – $67,1 \pm 2,1$ йилни, олигоостеоартроз билан касалланганларни ёши – $57,0 \pm 1,9$ йилни, моноостеоартроз билан касалланганларни ёши – $55,6 \pm 2,0$ йилни ташкил этди ($P_1 < 0,05$). Эркаклар орасида касалликнинг генерализацион шакли 17,4%, аёллар орасида 22,8% ни ташкил этади.

Реактив синовиит 37,5% пациентда аникланди. Реактив синовиит аникланган беморлар орасида аёллар эркакларга нисбатан 1,5 марта купчиликни ташкил этди. Келлгрэн ва Лоуренс томонидан тавсия этилган остеоартрознинг рентгенологик даражасини аниқлашда ишлатиладиган мезонларга кура, I даражали ОА - рентгенологик белгиларнинг аниқ эмаслиги - 16,3%, II даражали ОА - минимал ўзгаришлар мавжудлиги (бўғим ёриғи торайганлиги, бирламчи остеофитлар) - 43,8%, III даражали ОА - 26,3%, IV даражали ОА - 13,8% беморда аникланди.

Махсус текшириш усулларига беморларнинг оёк веналари зарарланишига хос шикоятларини ва веналар зарарланишлари симптоматикани аниқлаш, варикоз касаллик ва остеоартрозга хос анамнезни аниқлаш киритилди. Ҳар бир беморни сураб-суриштирилганда ОА қарши дори воситалар қабул қилиш муддати, вена зарарланишига хос илк симптомларнинг пайдо бўлиш даври ва давомийлиги, қандай даво усуллари қулланганлиги, веналар зарарланишига хос шикоятларнинг асосий касаллик билан боғлиқлиги кабилар аниқланди.

Беморлар текшируви умумий клиник, лаборатор ва инструментал текширувларни ўз ичига олади. Ташхис қўйиш ва касаллик оғирлик даражаси қуйидаги симптомлар орқали амалга оширилди: оёқларда буралган варикоз кенгайган веналар кўриниши, веналарнинг варикоз кенгайишидан ташқари тўпиқлар соҳасида, болдирнинг пастки учдан бир қисмида шиш ва ўтиб кетувчи шишлар, тез чарчаш, болдир мушакларида тошиб кетиш (қаппайиш) ҳисси, кечалари тортишиш кузатилиши, оёқларда қон айланиши бузилишининг кучли ифодаланган белгилари пайдо бўлганда болдир ва товонда шишлар, тери ости веналарининг кескин кенгайиши, ўткир оғриқлар, тери қичиши, мушакларнинг тортишиши, трофик бузилишлар – туклар тўкилиши, терининг гиперпигментацияси, тери ости қаватининг индурацияси, яралар.

Қуйидаги функционал синамалар утказилди:

♦ Тренделенбург-Троянов синамаси – катта ва кичик тери ости веналари функционал ҳолатини аниқлаш. Сонининг юқори қисмига жгут қўйилган беморни горизонтал ҳолатдан вертикал ҳолатга ўтказиб жгутни ечиш ўзгарган клапанлар бўшлиғида ретроград қон оқимини аниқлаш имконини беради

♦ Марш синамаси (Пертес синамаси) чуқур веналар ўтказувчанлигини тасдиқлаш учун зарур. Бемор тик турган ҳолатда болдирининг юқори қисмига жгут қўйилади, жгут тери ости веналарини қисиб туриши керак, беморга шундай ҳолатда 3-5 минут юриш таклиф қилинади, агар юриш

вақтида тери ости веналари торайиб қолса, бу коммуникант, шунингдек, чуқур веналарнинг ҳам ўтказувчанлигидан далолат беради. Тери ости веналарининг тораймаслиги ёки яна ҳам кенгайиб кетиши бунинг аксини билдиради

Инструментал текширувлардан доплерография (доплер аускультацияси) ва ультратовушли ангиосканерлаш (рангли дуплекс сканерлаш, триплекс сканерлаш) утказилди. Допплерография усули веналар ўтказувчанлиги ва уларнинг клапан аппарати ҳолатини баҳолаш имконини беради. Ультратовушли ангиосканерлаш ёрдамида (рангли дуплекс сканерлаш, триплекс сканерлаш) қон томирининг икки ўлчамли тасвирини олиш ва қон оқими йўналиши ҳамда тезлигини аниқлаш мумкин. Вена обструкцияси ўчоқлари, клапан рефлюкси, перфорант веналарни аниқлашда қўлланилади.

Мақсадли текширувларда беморлар томонидан энг куп шикоятлар - оёқларда буралган варикоз кенгайган веналарнинг кўриниши булиб, бу белги 46,3% беморда аникланди. Варикоз касаллигининг субкомпенсация босқичига хос – веналарнинг варикоз кенгайишидан ташқари тўпиқлар соҳасида, болдирнинг пастки учдан бир қисмида шиш ва ўтиб кетувчи шишлар, тез чарчаш, болдир мушакларида тошиб кетиш (қаппайиш) ҳисси, кечалари тортишишига 33,7% бемор шикоят килди. Декомпенсация босқичига хос (оёқларда қон айланиши бузилишининг кучли ифодаланган белгилари пайдо бўлганда) шикоятлар: болдир ва товонда шишлар, тери ости веналарининг кескин кенгайиши, ўткир оғриқлар, тери қичиши, мушакларнинг тортишиши 10,0% беморда аникланди. Трофик бузилишлардан – оёқларда тукларни тўкилиши, терининг гиперпигментацияси, тери ости қаватининг индурацияси ва яралар 5,0% бемор учун хос булди.

Беморларнинг касаллик ва ҳаёт анамнези оркали ОА билан биргаликда оёқ веналари варикоз касаллигини энг кенг тарқалган сабаби - ирсий мойиллик (29,7%) эканлиги аникланди. Иккинчи сабаб хомиладорлик билан

боглик омиллар (24,3%) булиб, ушбу гуруҳдаги беморлар варикоз веналар хомиладорлик ва тугрук вақтида ҳосил бўлганлигини курсатдилар. Кейинги уринларда нокулай кийим (шим) ва пойафзал кийиш (18,9%), нокулай меҳнат шароити (13,5%), зарарли одатлар билан боғлиқ сабаблар (8,1%) ва жисмоний зуриқишлар (5,4%) каби сабаблар қайд этилди.

Кузатувмизда ОА касаллиги 46,3% беморда оёқ венларининг варикоз кенгайиши касаллиги билан комарбид ҳолатда кечди. Клиник ва оёқ веналари доплерографик текширувида 36,3% беморда биринчи даражали веноз етишмовчилиги, 10,0% беморда– иккинчи даражали веноз етишмовчилиги характерли бўлди. Оёқ веналарининг варикози аникланган 67,3% беморлар аёллардан, 32,4% беморлар эркаклардан иборат булиб, аёллар/эркаклар нисбати -1/2 га тенг бўлди. Варикоз аникланган беморларнинг уртача ёши $61,6 \pm 3,4$ йил, касалликнинг уртача давомийлиги $7,6 \pm 0,4$ йилга тенг бўлди ва варикоз касаллиги аникланмаган беморлар ёши ($54,2 \pm 3,2$ йил) ва касалликнинг уртача давомийлигидан ($5,6 \pm 0,3$) статистик ишончли катта бўлди ($P < 0,05$).

ОА касаллигида бугимлар ва веналарнинг зарарланишини биргаликда кечуви зарарланган бугимлар сонининг ортишига, реактив синовиит белгиларини янада купайишига варентгенологик белгиларнинг оғрилашувига олиб келади. Бугимларнинг полиартрикуляр зарарланишлари варикоз касаллиги аникланган беморларда (32,4%) варикоз аникланмаган беморлар сонидан 2,8 марта куп бўлди (11,6%). Веналар варикози аникланган 59,5% беморда синовиит белгилари аникланган бўлса, варикоз касаллиги аникланмаган 18,6% беморда реактив синовиит кузатилди. ОА ва варикоз касаллиги бўлган беморларда ОА касаллигининг рентгенологик боскичлари – 5,4; 35,1; 29,7 ва 29,7% беморларда кузатилди. Оёқ веналари варикоз касаллиги аникланмаган беморларда ОА касаллигининг оғир рентгенлогик IV боскичи кузатилмади.

ОА ва варикоз касалликларининг биргаликда кечувида бугимлар фаолиятини турли даражада чекланиши 91,9% беморда учради ва веналарнинг варикоз кенгайиши аникланмаган беморлар курсаткичидан 1,3 марта куп булди.

Семизлик даражасини ошуви беморларда оёк веналари варикоз касаллигининг купайишига ва огрилик даражасини ошувига сабаб булди. Оёк веналари варикози аникланган 16,2% беморларда ТМИ нормал, 27,0% беморларда ТМИ меъеридан ошган булса, 21,6% беморларда – семизликнинг биринчи даражаси, 35,1% беморда семизликнинг иккинчи даражаси аникланди.

Остеоартроз касаллигининг даволашнинг максади огрикни бартараф этиш, бугим тогайи емирилишининг олдини олиш ва таянч — харакат тизими функциясини тиклашдан иборат булиб, даволаш дастури бугим тогайи дегенациясининг ривожланишини олдини олишни ("базис терапия"), бугимлардаги огрик ва реактив синовиит белгиларини камайтиришни, бугим харакатини яхшилашни уз ичига олди. Тана массасини меъёрида саклаш максадида кам калорияли № 8 пархез столида курсатилган таомлар, умумий массаж ва овкатларни чеклаш кунлари тавсия этилди.

Касалликда ностероид яллигланишга карши препаратлар (НЯКП) базис воситалари билан бирга берилди. Препаратлар ва дозалари хар бир бемор нисбатан индивидуал буюрилади ва терапевтик самарадорлиги 10-14 кун давомида бахоланди. Даволаш энг хавфсиз препаратлардан ва минимал дозаларда бошланди. НЯКП тавсия этилганда уларни ошкозон-ичак, буйрак ва юрак кон-томир тизимларига ножуя таъсир килиши ахамиятга олинди. Гастропатиялар ривожланиш хавфи бор булган беморларда даволашни ЦОГ-2 ингибиторлар гурухидан бошланди: Огрикни колдириш учун мелоксикам (15 мг/сут), этодин (400 мг/сут), нимесулид (200 мг/сут) кулланилди. Шунингдек, носелектив ингибиторлар: ортофен кунда 75 мг., наклофен 75 мг/сут, ибупрофен кунда 300 мг.дан 2 буюрилди.

Хондропротекторлардан қабул қилинган схемалар бўйича Структум (хондриатин сульфат), Артепарон (протеогликан, гликозаминогликан), Алфлутоп (хондриатин сульфат ва гликозамин сульфат), Терафлекс (ибупрофен ва гликозамин сульфат) мушак орасига юборишга ва ичиш учун буюрилди. **Суяк туқимаси** субхондриал қисмларида, синовиоцитларда ва веналардаги **микроциркуляцияни яхшилаш** мақсадида антиагрегент таъсирдаги дори курантил (дипиридамоил) — таблеткалар ҳолда (0.025 г), 2 таблеткадан 3 марта, 1-2 ой, трентал (агапурин 0.1 г) 3 марта кунига 1 ой давомида тавсия этилди (овкатдан кейин). **Остеопорозни даволашда** резорбтив жараёнларни ингибиторлари сифатида кальций препаратлари, витамин D, эстрогенлар, кальцитонин, бисфосфонатлар **таклиф** этилди. Овкат маҳсулотларидан сутдан тайёрланган таомлар, пишлоқ, йогурт, цитрусли соклар кальцийга бой бўлиб, остеопорозни олдини олишда ва даволашда **қулланилди**. **Курсатмага кура** физиотерапевтик даво усулларида Ультратовушли терапия (8-10 муолажа), электрофорез (анальгин, салицилатлар, новокаин эритмалари билан, 8-10 муолажа) Лазер терапия (гелий-неонли лазера нурлари билан) қулланилди.

Беморларга оғрик вақтида шина, култик таёқ, ортопедик мосламалардан тугри фойдаланиш ҳақида маслаҳат берилди.

Даволаш натижаларини баҳолаш иккита қиёсий гуруҳда олиб борилди. Биринчи асосий гуруҳга варикоз ва остеоартроз касаллиги бўлган 37 бемор, иккинчи гуруҳга варикоз касаллиги бўлмаган ОА касаллиги билан касалланган 43 бемор киритилди. Варикоз касаллигини даволашда пархез: аччик, нордон маҳсулотларни ва ош тузини чеклаш, сут ва сут маҳсулотлари, творог, сузма, кукатлар, мевалар, сабзавот, ошқўқлар, шарбатлар, айниқса, анжир, ўрик, қарам, қизил лавлаги, шотут, қулупнай, ошқовоқ, тарвуз, бодринг, сабзи, топинамбур тавсия этилди. Қон оқимининг юза веналардаги ҳаракатини камайтириш учун қисувчи эластик пайпоқ ва колготкалардан фойдаланилди. Даволашда венотоник восита «Флебодиа 600» (диосмин) 1 таблетка/суткада эрталаб нонуштадан олдин (2 ой давомида) тавсия этилди.

Маҳаллий восита сифатида гепарин мази. 2 ҳафта давомида кунига уч-турт марта узгарган томирлар устига суртилди.

ОА ва варикоз касаллиги аниқланган беморларда оёқлар функционал фаолиятини баҳолаш учун 6 мезондан иборат интеграл курсаткич ишлатилди. Баҳолаш жараёни даволашдан олдин ва кейин врач ва бемор томонидан биргаликда олиб борилди.

Эксперт мезонлари бўйича даволашдан олдин 32,5% беморда кам оксокланиш, 28,8% беморда – сезиларли оксокланиш, 20,0% беморда – кучли оксокланиш, 15,0% беморда – патологик ҳаракат, 3,8% беморда – ҳаракатни йуқолиши аниқланган. Даволаш кейин эса даво муолажаларини самараси натижасида 43,3% беморда кам оксокланиш кузатилган. Кам оксокланган беморлар сонини ошуви кучли оксокланган ва патологик ҳаракат аниқланган беморлар сонини камайганлиги ҳисобидан бўлган. Аммо, 3,8% беморда ҳаракатни йуқолиши даволашдан кейин ҳам сақланиб қолган.

Варикоз касаллиги аниқланган ва аниқланмаган беморлар киёсий ташхиси кам оксокланадиган беморлар сонини варикоз касаллиги аниқланмаган беморлар орасида қуп эканлигини, ҳаракати чекланган ва умуман ҳаракат қила олмайдиган беморларни эса варикоз касаллиги аниқланган беморлар орасида қупчилигича қолганлигини курсатди.

Ҳаракатланганда қушимча таянч воситаларидан фойдаланиш таҳлили даволашдан олдин 3,8% беморларни махсус мослама (қоляска), 11,3% беморларни – қултик таёқ, 18,8% беморларни 2 та таёқ, 30% беморларни қул таёғидан фойдаланишга муҳтожлигини курсатди. Даволашдан кейин қушимча таянч воситаларига эҳтиёж сезмайдиган беморлар 12,5% қупайди ва умумий беморларнинг 48,8% ни ташкил қилди. Гуруҳлар аро таҳлил этилганда варикози йук беморлар орасида даволашдан кейин 65,1% бемор ҳаракатланганда қушимча воситаларга эҳтиёж сезмаган бўлса, оёқ веналари варикоз касаллиги аниқланган беморлар орасидан факатгина 29,7% бемор қушимча таянч воситаларидан фойдаланмади. Шунингдек, қушимча

равишда махсус мослама ёрдамида (коляска) ҳаракатланадиган беморлар ҳам варикоз касаллиги аниқланган беморлар гуруҳига тугри келди.

Демак, ОА касаллигида оёк веналари варикоз кенгайиши касаллигини кушилиши даволаш муолажаларини самарадорлигини пасайишига сабаб бўлади. Бунинг оқибатида аксарият беморлар ҳаракат вақтида кушимча таянч воситалари – кул таёғи, култик таёк, махсус мослама (коляска) ишлатишга доимий мухтож бўладилар.

Даволашдан олдин 21,3% беморларда ҳар кунги фаолиятни чегараланмаганлиги, 30% беморда – кам чегараланганлиги, 23,8% беморда - сезиларли чегараланганлиги, 21,3% беморда – куп ва яққол чегараланганлиги аниқланган бўлса, 3,8% беморда ҳар кунги фаолиятни бажара олмаслик ҳолати қайд этилди.

Даволашдан кейин беморларнинг ҳар кунги фаолияти (уй юмушларини бажариши, овқат тайёрлаши ва бошқа кундалиқ ишларини бажариши) бироз ижобий томонга узгарди. Даволаш натижасида 33,8% беморда ҳар кунги фаолиятни чекланмаганлиги қайд этилди ва бу курсаткич даволашдан олдинги курсаткичдан 12,5% куп бўлди. Лекин, 3,8% бемор даволашдан кейин ҳам ҳар кунги фаолиятни олиб бора олмаслиги аниқланди.

ОА касаллиги билан касалланган беморларнинг уз-узига хизмат курсатиш қобилияти тахлили даволашдан олдин 17,5% беморни уз-узига хизмат қила олишини курсатди. Даволашдан кейин уз-узига хизмат курсата олиш қобилияти чегараланмаган беморлар сони 12,5% га қупайди ва умумий беморларни 30% ни ташкил қилди. Даволашдан кейин аксарият беморлар ювинишда, овқатланишда, шахсий гигиена ишларини олиб боришда катта чегараланишларни сезмадилар. Лекин, 3,8% беморда олдинги мезонлар қаби уз-узига хизмат қилишда ижобий узгариш сезилмади. Назорат гуруҳлари такқосланганда ижобий натижалар оёк веналари варикоз касаллиги аниқланмаган беморлар гуруҳида купрок қузатилди.

Даволашдан олдин ва кейин жамоат транспортдан фойдаланиш қобилияти йуқолмаган беморлар – 13,8% ва 31,3% ни ташкил этди. Ушбу

курсатгич даволашдан кейин беморларни жамоат транспортлари – автобус ва маршрут таксиларидан фойдаланиш фаолиятларини яхшиланганлигини курсатади (17,5%). Варикоз касаллиги булган ОА билан касалланган беморлар гуруҳида, варикоз касаллиги аниқланмаган беморлар гуруҳига нисбатан жамоат транспортдан фойдаланишда кийинчилик сезувчи беморлар сони беморларни стационардан жавоб бериш вақтида ҳам купчилигича сакланиб қолди.

Беморлар касбий фаолиятини бажаришини баҳолаш даволашдан олдин 21,3% беморни профессионал қобилиятларини сакланганлигини курсатди. Даволашдан кейин 31,3% бемор иш жараёнига қайта олишларини белгиладилар (ижобий натижа 10%). Даволашдан кейин ҳам 3,8% бемор профессионал қобилиятларини умуман тикланмаганлигини таъкидладилар.

Даволаш муолажаларини самарадорлиги беморларни стационар даволанганларидан кейин ВАШ бўйича баҳоланди. Биринчи гуруҳда 37,8% беморни умумий ахволини ижобий томонга узгарганлиги («яхши» натижа), 40,5% беморга даволаш муолажалари наф берганлиги, лекин беморларда оғриқ, ҳаракат билан боғлиқ муаммолар сакланиб қолганлиги (қоникарли натижа), 21,6% беморда эса даволаш муолажалари наф бермаганлиги қайд этилди. Ушбу гуруҳдаги ижобий натижалар варикоз касаллигини юзаки шаклида ва биринчи даражали веноз етишмовчилиги аниқланган беморлар учун хос бўлди. Салбий натижалар эса, коммуникант ва чуқур веналар зарарланганида, иккинчи даража веноз етишмовчилиги ва семизликнинг иккинчи даражасида кузатилди.

ВАШ шкаласи бўйича иккинчи гуруҳдаги 55,8% беморда даво муолажалари «яхши», 34,8% беморда – қоникарли, 9,3% беморда – қоникарсиз баҳоланди.

Хулоса: ОА касаллигини оёқ веналари варикоз кенгайиши билан биргаликда кечуви бугим синдромининг оғирлашувига сабаб бўлади. Варикоз касаллигини қушилиши бугимлардаги оғриқ, шиш, ҳаракатни чекланиши, бугимларни қотиши каби ОА белгиларини қучаювига олиб

келади. Полиостеоартроз, реактив синовит кушилиши, рентгенологик куплаб остеофитларни ривожланиши ва бугим ёригини жадал торайиши купрок кузатилади. Веноз кон айланиш фаолиятини бузилиши ва бугим фаолиятини пасайиши натижасида оёқлар функционал кобиляти пасаяди. Беморларда оксокланиш, кушимча таянч воситаларидан фойдаланиш ҳолати, уз узига хизмат қилиш ва профессионал кобилятларини кескин чекланиши, узгаларга қарамлик ҳолатини ривожланиши ва жамоат транспортдан фойдаланишни чекланиши кузатилади. Киска вақт давомида утказилган стационар даво муолажалари (НЯКП, гормонал маҳаллий даво, хондропротекторлар, физиотерапия муолажалари, веналар функционал кобилятини яхшиловчи воситалар) варикози бор беморларда самарали бўлмайди. Бу ҳолат беморларни диспансер назоратига олишни, диспансер кузатувларини ташкил этишни, веналарни варикоз кенгайишига нисбатан кушимча даво (склеротерапия, пунктуал терапия, флебэктомия) усулларини қўллашни тақозо этади.

ХУЛОСАЛАР

1. ОА касаллиги 46,3% ҳолатда оёқ венларининг варикоз кенгайиши касаллиги билан қўшарқид ҳолатда кечади ва доплер текширувида 36,3% беморда биринчи даражали, 10,0% беморда— иккинчи даражали веноз етишмовчилиги характерли бўлади. Оёқ веналарининг варикози аёлларда қўшарқид, аёллар/эрқарлар нисбати -1/2 га тенг бўлади.

2. Остеоартроз касаллиги билан қўшарқид ҳолатда кечаётган оёқ веналари варикоз касаллигинингэнг қўш тарқалган белгиларига оёқларда буралган варикоз кенгайган веналарнинг қўриниши (46,3%), веноз декомпенсация симптомлари - тўпиқ ва болдир соҳасидаги шиш, болдир мушакларида қўшарқид ҳисси, кечки тортишиш (33,7%), ўткир оғриқлар, тери қичиши, мушаклартортишиши (10,0%), трофик бузилишлар— оёқларда тўқларни тўқилиши, терининг гиперпигментацияси, тери ости қаватининг индурацияси ва яралар (5,0%) қиради.

3.Ирсий мойиллик (29,7%),хомиладорлик билан боглик омиллар (24,3%), нокулай кийим (шим) ва пойафзал кийиш (18,9%), огир меҳнат шароити (13,5%), зарарли одатлар (8,1%) ва жисмоний зуриқишлар (5,4%)оёк веналари варикоз касаллигини кенг таркалган сабаблари булиб ҳисобланади.

4. Семизлик даражасини ошуви оёк веналари варикоз касаллигининг купайишига ва огрилиқ даражасини ошувига сабаб булди. Оёк веналари варикози аниқланган 27,0% беморларда ТМИ меъеридан ошади ва 21,6% – биринчи, 35,1% - иккинчи даражали семизлик аниқланади.

5.Варикоз кенгайган веналар ва ОА касаллигини биргаликда кеуви зарарланган бугимлар сонининг ортишига, реактив синовиит белгиларини янада купайишига варентгенологик белгиларнинг огрилашувига олиб келади ва бугимлар фаолиятини турли даражада чекланиши (91,9%) варикоз веналари аниқланмаган беморлар курсаткичидан 1,3 марта куп булади.

6. Эксперт мезонлари буйича варикоз касаллиги аниқланган беморлар ҳаракатланганда таянч воситалари - махсус мослама (коляска), култик таёк, кул таёгидан фойдаланишга муҳтож буладилар, уларнинг ҳар кунги фаолияти (уй юмушларини бажариши, овкат тайёрлаш ва бошқа кундалиқ ишларини бажариши) кийинлашади, ювинишда, овкатланишда, шахсий гигиена ишларини олиб боришда чегараланиш юзага келади, жамоат транспортлари – автобус ва маршрут таксиларидан фойдаланишлари чекланади вапрофessional кобилиятлари кайтмас даражада йуколади.

7.ВАШ буйича баҳоланганда варикоз кенгайган веналар ва ОА касаллигини комарбид ҳолатида стационар даво 37,8% ҳолатда «яхши» натижа, 40,5% ҳолатда – “кониқарли” натижа беради, 21,6% беморда эса даволаш муолажалари наф бермайди. Назорат гуруҳида яхши, кониқарли ва кониқарсиз натижалар 55,8; 34,8 ва 9,3% беморда кузатилади. Салбий натижалар коммуникант ва чуқур веналар зарарланганида, иккинчи даража веноз етишмовчилиги ва семизликнинг иккинчи даражасида кузатилади.

Амалий таклифлар

1.ОА касаллигида веналарни махсус текшириш усуллари киришти, оёк веналари зарарланишига хос шикоятларни тахлил этиш, веналар зарарланиш симптоматикасини аниқлаш, Тренделенбург-Троянов, Марш синамаларини утказиш, инструментал текширувлардан доплерография (доплер аускультацияси) утказиш варикоз кегайган веналарнинг эрта таххислашга имкон беради.

2.Россия Федерацияси ФА “Ревматология институти” Давлат муассаси томонидан таклиф этилган эксперт мезонларини ОА ва оёк веналари варикоз касаллигининг комарбид ҳолатида куллаш беморларни кушимча таянч воситаларига булган эҳтиёжини эрта аниқлашга, уларни кундалик фаолиятларини, уз-узига хизмат кила олиш, жамоат транспортлари – автобус ва маршрут таксиларидан фойдаланиш ва профессионал қобилиятларини баҳолаш имкониятини беради.

3. Варикоз касаллигини даволашда овқат рационига сут ва сут маҳсулотлари, творог, сузма, кукатлар, мевалар, сабзавот, ошқўқлар, шарбатлар, айникса, анжир, ўрик, карам, қизил лавлаги, шотут, қулупнай, ошқовок, тарвуз, бодринг, сабзи, топинамбур тавсия этиш лозим.

4. Кон оқимининг юза веналардаги ҳаракатини камайтириш учун қисувчи эластик пайпоқ ва колготкалардан фойдаланилиш, даволашда тоимирлар ва тукима реологиясини яхшиловчи воситалар - трентал, курантил, венотоник восита - «Флебодиа 600» (диосмин) 1 таблетка/суткада эрталаб нонуштадан олдин (2 ой давомида) тавсия этиш, маҳаллий восита сифатида гепарин, лиатон, триоксивазин мазларини(2 ҳафта давомида) кунига уч-турт марта узгарган томирлар устига суртиш лозим.

5. ОА ва варикоз веналари комарбид ҳолатида консерватив даводан кейин ҳам оёқлар функционал қобилиятини чекланиш ҳолатларини сакланиб қолишини ҳисобга олган ҳолда иккинчи даражали веноз етишмовчилиги аниқланган беморларга томир жарроҳи куриги ва хирургик даво тавсия этиш лозим.

АДАБИЁТЛАР РУЙХАТИ

1. Алехин Д.И. Рецидив варикозной болезни-причины возникновения, профилактика и лечение /Д.И. Алехин, Ал.Ан. Фокин, Л.А. Клищ и др.// материалы 9 Всероссийского съезда сердечно-сосудистых хирургов. М. 2003. -С. 120.
2. Аскерханов Г.Р. Катетерная баллонная склеротерапия варикозной болезни вен нижних конечностей /Г.Р. Аскерханов, М.А. Казакмурзаев // Труды Международного хирургического конгресса "Новые технологии в хирургии. — Ростов-на-Дону. 2005. — С.261.
3. Бабажанов А.С. ва б. Оёк веналари варикоз кенгайиши. Укув услубий тавсиянома. Тошкент 2015. 39 бет
4. Балабанова, Р. М. Динамика распространенности ревматических заболеваний, входящих в XIII класс МКБ-10, в популяции взрослого населения Российской Федерации за 2000–2010 гг. / Р. М. Балабанова, Ш. Ф. Эрдес // Научно-практическая ревматология. — 2012. — № 3. — С. 10–12.
5. Бахтин И. Сравнительная оценка методов лечения декомпенсированных форм хронической венозной недостаточности нижних конечностей: авто-реф. дис. . к-та мед. наук /И.Л. Бахтин. — Ярославль, 2007. — 23с.
6. Богачев В.Ю. Азиатский конгресс международного слюзафлебологов (UIP, Киото 18-20 июня, 2007г.) /В.Ю. Богачев, И.А. Золотухин// Флебологическая. 2007. - Т. 1, №1. - С. 65-69.
7. Богачев В.Ю. Современные методы лечения венозных язв и медицина, основанная на доказательствах /В.Ю. Богачев// Хирургия Consilium Medicum. 2006. — №2. С.46—50.
8. Богачев В.Ю. Хронические заболевания вен нижних конечностей: современный взгляд на патогенез, лечение и профилактику /В.Ю. Богачев, И.А. Золотухин, А.Н.Кузнецов// Флебологическая — 2008. Том2, №1. - С.43-50.
9. Боль как один из факторов риска прогрессирования остеоартроза коленных суставов / Н.Г. Кашеварова и др. // Научно-практическая ревматология. — 2013.- №4.-С.387-390
10. Букина И.Е. Характеристика структур коленного сустава на ранних стадиях гонартроза. Автореф. дисс. канд. мед.наук.// М. 2004. - 18 С.
11. Валька Е.Н. Амбулаторное лечение варикозного расширения вен нижних конечностей /Е.Н. Валька, И.Н. Сонькин, А.В. Сальников// Хирургия. — 2003. - №2. С.38 - 41.

12. Верткин А.Л., Наумов А.В., Иванов В.С. Дилемма выбора нестероидных противовоспалительных препаратов в терапевтической практике // Клиницист, № 2, 2008 – С. 46-50.
13. Вёрткин А.Л., Наумов А.В., Плескановская Н.В., Максименко Е.В., Шамуилова М.М., Эйвазов Р.К., Моргунов Л.Ю., Новахова Ж.Д., Ронзин А.В.. Остеопороз: парадигма современной клинической практики// Терапевт, № 1-2, 2009. С. 60-66
14. Верткин А.Л., Наумов А.В., Шамуилова М.М., Иванов В.С., Плескановская Н.В., Сулгаипов А.А. Дегенеративно-дистрофические заболевания костно-суставной системы в современной клинике. Решены ли проблемы? //Клиническая геронтология: научно-практический журнал – М., 2008 – Том 14, №2. – С. 53 – 59
15. Верткин А.Л., Наумов А.В., Шамуилова М.М., Максименко Е.В., Журавлёва О.С. Остеоартроз в общемедицинской практике // Терапевт, № 9, 2008 – С. 10-30.
16. Верткин А.Л., Наумов А.В., Шамуилова М.М., Семенов П.А., Шарина Н.П.. Оценка безопасности применения лорноксикама и диклофенака натрия в общемедицинской практике// Клиническая геронтология: научно-практический журнал, М.-2009.- № 2.- С. 21-26.
17. Гадаев А. Умумийамлиетврачлариучунмаърузалартуплами. Тошкент «Мухаррирнашриети» 2010.
18. Галушко, Е. А. Медико-социальная значимость ревматических заболеваний: автореф. дис. ... д-ра мед.наук. - М., 2011.- 47 с)
19. Гужин В.Э. Лазерная коагуляция перфорантных вен /В.Э. Гужин, А.О. Гу-жина, О.В. Карнецкая// Флебологическая. Специальный выпуск. Тезисы VII научно-практической конференции Ассоциации флебологов России. -Москва.- 2008.-С. 32.
20. Денисов Л.Н., Насонова.В.А. Ожирение и остеоартроз. // Научно-практическая ревматология. 2010. № 3.С. 48-51
21. Зайцева Е. М., Алексеева Л. И. Причины боли при остеоартрозе и факторы прогрессирования заболевания (обзор литературы) // Научно-практическая ревматология. 2011. № 1. С. 50–57
22. Зайцева, Е. М. Оценка минеральной плотности костной ткани субхондральных отделов бедренной и большеберцовой костей при гонартрозе. / Е. М. Зайцева, А. В. Смирнов, Л. И. Алексеева // Научно-практическая ревматология. — 2005. — № 1. — С. 27–30.
23. Каралкин А.В. Оценка эффективности компрессионного трикотажа «VENOTERS THERAPY» в лечении хронической венозной недостаточности /А.В. Каралкин, С.Г.

- Гаврилов, А.И. Кириенко// Ангиология и сосудистая хирургия. 2006. - Т. 12, №2. - С.65-70.
24. Кириенко А.И. Амбулаторная ангиология /А.И. Кириенко, В.М. Кошкин, В.Ю. Богачев. М.: Литтерра, 2007. - 328с.
25. Кириенко А.И. Полусинтетический диосмин (ФЛЕБОДИА 600) в лечении хронической венозной недостаточности нижних конечностей /А.И. Кириенко, В.Ю. Богачев, И.А. Золотухин и др.// Ангиология и сосудистая хирургия. 2006. - Т. 12, №2. - С.73-75.
26. Кириенко А.И. Рецидив варикозной болезни /А.И. Кириенко// Симпозиум ХВН: от ранних проявлений до трофических язв. VI Конференция Ассоциации флебологов России. Москва. - 2006. - С.7-8.
27. Клиническая ревматология. Руководство. В.А. Насонова, М.Г. Астапенко. Москва «Медицина» 1998 г.
28. Коваленко В.Н., Борткевич О.П. Остеоартроз. Практическое руководство. К.: Морион. - 2003. - 448 С.
29. Колесник, Т. В. Вариабельность минеральной плотности костной ткани и полиморфизм гонартроза / Т. В. Колесник [и др.] // Научно-практическая ревматология. — 2006. — № 6. — С. 8–11.
30. Коморбидность при остеоартрозе: рациональные подходы к лечению больного / Алексеева Л.И. , Верткин А.Л., Мендель О.И. // Русский медицинский журнал. 2009. Т. 17. №21. С. 1472-1476
31. Константинова Т.Д. Практикум по лечению варикозной болезни /Т.Д. Константинова, П.К. Воскресенский, О.В. Горина и др. М.: Профиль, 2006.-188с.
32. Лесняк О.М., Пухтинская П.С. Остеоартрит. // Школа Здоровья. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2008. 104 с
33. Лиля А.М. Фармакотерапия остеоартроза. // Ремедиум Приволжье. — Спецвыпуск. Ревматология. — 2005. — С.56-59.
34. Лосев Р.З. Оценка состояния микроциркуляции у пожилых больных с трофическими венозными язвами /Р.З. Лосев, Ю.А. Буров, Е.Г. Микульская и др.// Ангиология и сосудистая хирургия. 2005. - Т. 11, № 1. - С.65-72.
35. Луцкова, Л. Н. Оценка роли воспаления в прогрессировании структурных изменений сустава у больных гонартрозом: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л. Н. Луцкова. — Ярославль, 2004. — 23 с.
36. Матвеев Р.П., Брагина С.В Остеоартроз коленного сустава: проблемы и значимость. Экология человека. 2012. № 9. С.53-62

37. Медицинская реабилитация. П/ред. В.М.Боголюбова. Т.1, изд.2. // М. 2007. - С.293-Насонова В.А.
38. Насонова В.А. Остеоартроз — проблема полиморбидности. // Consiliummedicum. 2009. № 2. С. 5-8.
39. Насонова В.А., Насонов Е.Л. В кн.: Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний. Руководство для практических врачей. // М.: Литгерра. 2003. - С. 143.
40. Олюнин, Ю. А. Хроническая ревматическая боль. Особенности развития и принципы лечения // Русский медицинский журнал. — 2013. — № 6. — С. 304–309.
41. Основы клинической флебологии /под ред. Ю.Л. Шевченко, Ю.М. Стойко, М.И. Лыткина М.: ОАО «Издательство Медицина», 2005. - С.211-213.
42. Остеартроз амбулаторной практике / Галушко.Е.А., Эрдес.Ш.Ф., Алексеева Л.И. // Современная ревматология. 2012. № 4. С.66-70
43. Остеоартроз в общемедицинской практике / Верткин А.Л., Максименко Е.В., Шамуилова М.М. // Терапевт: научно-практический ежемесячный журнал. 2008. № 9 . С. 10-30
44. Остеоартроз в общемедицинской практике. Методические рекомендации. Правительство Москвы. Департамент Здравоохранения. Москва, 2007 год.
45. Остеоартроз: финансовые затраты на одного больного. / Петрунько И.Л., Меньшикова Л.В., Голубева П.С, Цыренжапова Т.М. // Сибирский медицинский журнал. 2010. № 6. С.163-165
46. Покровский А.В. Диагностика и лечение варикозной болезни /А.В. Покровский, И.М. Игнатьев, Е.Г. Градусов, Р.А. Бредихин// М., 2005. 79с.
47. Покровский А.В. Использование метода эндовазальной лазерной коагуляции в лечении варикозной болезни /А.В. Покровский, С.В. Сапелкин, Е.А. Летуновский// Российский медицинский журнал. 2007. - №1. - С.41-43.
48. Покровский А.В. Классификация СЕАР и её значимость для отечественной флебологии /А.В. Покровский, С.В. Сапелкин// Ангиология и сосудистая хирургия. 2006. - Т. 12, №1. - С.65-74.
49. Покровский А.В. Эндовазальная лазерная коагуляция в лечении варикозной болезни /А.В. Покровский, С.В. Сапелкин, Е.А. Летуновский, Е.А. Бурцева// Флеболомфология. VI Конференция Ассоциации флебологов России. Москва. - 2006. - С. 146-147.
50. Проблема остеоартроза в XXI веке. // В.А. Насонова и др., Сиб. Мед. Журн. 2001. - №3-4. - С.5-9.

51. Протопопова Н.В. Особенности течения беременности и оптимизация ведения родов при варикозной болезни / Протопопова Н.В., ШаравЦэрэнсамбуу, Коноваленко А.П. // Материалы Всероссийского конгресса «Человек и здоровье». Иркутск, 9-10 сентября 2004 год. - Иркутск. - 2004. - С. 199-200.
52. Протопопова Н.В. Хроническая венозная недостаточность и беременность / Протопопова Н.В., Суховская В.В., ШаравЦэрэнсамбуу // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН, - 2003, - №1.- С. 93-99.
53. Протопопова Н.В. Особенности течения беременности при варикозной болезни / Протопопова Н.В., Суховская В.В., Коноваленко А.П., ШаравЦэрэнсамбуу // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН, - 2003, - №6. - С. 92-95.
54. Ревматология. Национальное руководство. Под редакцией академика РАМН Е.Л.Насонова, В.А.Насоновой. Москва. «ГЕОТАР-Медиа» 2008
55. Ревматология: национальное руководство / под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. // М.: ГЕОТАР-Медиа. 2010.-720 с.
56. Румянцев А.Г. Профилактика тромбоза глубоких вен и тромбоэмболии легочной артерии /А.Г. Румянцев, Е.Д. Пашанов// Пособие для врачей. -М., 2006. 32с.
57. Савельев В.С. Микронизированный диосмин (Детралекс) при лечении трофических язв венозной этиологии Европейский опыт /В.С. Савельев, А.В. Покровский, С.В. Сапелкин и др.// Ангиология и сосудистая хирургия. - 2006. - Т. 12, №3. - С.53-60.
58. Светлова М.С. Применение препарата алфлутоп и глюкозамина гидрохлорида в лечении больных остеоартритом,- Автореф. дисс. канд. мед.наук.// Ярославль. 2004. - 18 С.
59. Тоиров Э.С. ва б. Остеоартроз: клиникаси, диагностикаси ва даволашусуллари. Услубий кулланма. Тошкент 2008. 21 бет
60. Факторы прогрессирования остеоартроза коленных суставов (5-летнее проспективное наблюдение) / Н.Г. Кашеварова и др. // Остеопороз и остеопатии. – 2013.-№2.-С.9-11
61. Факторы риска прогрессирования остеоартроза коленных суставов. Обзор литературы. / Н.Г. Кашеварова, Л.И. Алексеева // Научно-практическая ревматология. – 2014.-№5.-С.553-561;
62. Цветкова Е.С., Иониченок Н.Г., Карусинов П.С. и соавт. Клинико-инструментальная оценка влияния фармакотерапии на течение остеоартроза коленных суставов. // Научно-практическая ревматология. 2007. - №1. - С.69-74.
63. Чичасова Н.В. Лечение остеоартроза. // РМЖ. 2005. - т.13. - №8. -С.539-543.

64. Шамуилова М.М., Аллилуев А.А., Соснин П.С., Сугаипов А.А. Рациональная фармакотерапия остеоартроза // Ремедиум. Журнал о рынке лекарств и медицинской технике, 2007.-N 11.-С.28-30.
65. Шамуилова М.М., Вёрткин А.Л., Л.И.Алексеева, Наумов А.В., Мендель О.И., Лучихина Л.В.. Остеоартроз и сердечно-сосудистые заболевания. Общие факторы риска и клинико-патогенетические взаимосвязи. Оптимизация терапии // Профилактическая медицина, № 3, 2010 – С. 35-41.
66. Шамуилова М.М., Вёрткин А.Л., Л.И.Алексеева, Наумов А.В., Мендель О.И., Лучихина. Остеоартроз и сердечно-сосудистые заболевания у лиц пожилого возраста, клинические и патогенетические взаимосвязи // Успехи геронтологии. «Эскулап», Санкт-Петербург, 2010, том 23, № 2 – С. 304-313.
67. Шамуилова М.М., Вёрткин А.Л., Наумов А.В., Коцелапова Э.Ю., Семенов В.С.. Эффективность кеторолака для купирования острой боли при травме // Врач скорой помощи, № 11, 2009 – С. 21-25.
68. Шамуилова М.М., Вёрткин А.Л., Наумов А.В., Коцелапова Э.Ю. Остеоартроз в современной клинической практике: анализ факторов и рекомендации // Терапевт, 2009, № 10 – С. 5-33.
69. Шамуилова М.М., Вёрткин А.Л., Наумов А.В., Коцелапова Э.Ю. Остеоартроз в современной клинической практике: анализ факторов и рекомендации // Терапевт, 2009, № 11 – С.4-15.
70. Шамуилова М.М., Вёрткин А.Л., Наумов А.В., Семенов В.С., Коцелапова Э.Ю.. Эффективность кеторолака для купирования острой боли при травме // Терапевт, № 9, 2009 – С. 28-32.
71. Шамуилова М.М., Вёрткин А.Л., Наумов А.В., Семенов В.С., Мендель О.И., Шарина Н.П., Коцелапова Э.Ю. Стратификация риска и стратегические решения фармакотерапии остеоартроза в терапевтической практике // Терапевт, № 12, 2009 – С 8-18.
72. Шамуилова М.М., Вёрткин А.Л., Наумов А.В., Семенов В.С., Мендель О.И., Шарина Н.П.. Оценка безопасности применения лорноксикама и диклофенака натрия в общей медицинской практике// Клиническая геронтология.-2009.- № 2.- С. 21-26.
73. Шамуилова М.М., Наумов А.В., Мендель О.И., Семенов П.А., Комиссаров С.М. Боль: практика лечения нестероидными противовоспалительными средствами // Клиническая геронтология, 2010.-N 3.-С.9-14.

74. Шамуилова М.М., Наумов А.В., Семенов П.А., Коцелапова Э.Ю., Горулева Е.И., Галкин И.В., Максименко Е.В., Лебедев О.И., Шарина Н.П., Плескановская Н.В., Журавлева О.С. Скрининг и профилактика остеопороза // Терапевт, № 12, 2009. С. 45-50.
75. Швальб П.Г. Некоторые вопросы патогенеза трофических язв венозного происхождения /П.Г. Швальб, С.В. Грязнов, А.П. Швальб// Ангиология и сосудистая хирургия. 2005. - Т.11, № 1. - С.61-64.
76. Шулутко А.М. Варикозная болезнь, современные принципы лечения /А.М. Шулутко, А.Ю. Крылов. М.: Миклош. 2003 - 127с.
77. Щеглов Э. А. Хроническая венозная недостаточность и гонартроз. распространенность и жизни при сочетанной патологии // ЗВ. 2012. №3. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/hronicheskaya-venoznaya-nedostatochnost-i-gonartroz-rasprostranyonnost-i-kachestvo-zhizni-pri-sochetannoy-patologii> (дата обращения: 12.12.2015).
78. Эпидемиологическое исследование суставных жалоб и остеоартроза среди городского и сельского населения Урала / Лесняк О.М, Крохина Н.Н. Алферова О.Е. // Научно-практическая ревматология. 2008. № 6. С. 27-32;
79. Эулдеринк Ф. Деструкция сустава при дегенеративных и воспалительных суставных заболеваниях. // Ревматология- 1989-№2. С.68-72.
80. Ramon A. Arroyo, M.D. Секреты ревматологии. Электронный учебник. Москва. «ГЕОТАР-Медиа» 2005
81. Belo, J. N. et al. Prognostic factors of progression of osteoarthritis of the knee: a systematic review of observational studies // Arthritis and Rheumatism. - 2007. - Vol. 57. -№ 1.- P.13–26
82. Blagojevic M., et al. Risk factors for onset of osteoarthritis of the knee in older adults: a systematic review and meta-analysis // Osteoarthritis and Cartilage.- 2010.- Vol.18.-№1.- P.24–33
83. Grazio, S. Balen D. Obesity: risk factor and predictor of osteoarthritis // Lijecnickivjesnik. — 2009. — Vol. 131. — № 1–2. — P. 22–26