



ЭРТА РИВОЖЛАНГАН ОСТЕОАРТРОЗ КАСАЛЛИГИНИНГ ХАВФ ОМИЛЛАРИ

Фазлиддинов Жанобиддин Зайнобиддин ўғли

Самарканд Давлат Тиббиёт Институтини, Даволаш иши
факултети, II-босқич талабаси, doctorfazliddinov@gmail.com
<https://doi.org/10.5281/zenodo.6055001>

MAQOLA TARIXI

Qabul qilindi: 15-dekabr 2021
Ma'qullandi: 25-yanvar 2022
Chop etildi: 5-fevral 2022

KALIT SO'ZLAR

Остеоартроз, хавф
омиллар, семизлик, ирсий
омил, WOMAC индекси,
Лекен индекси, эксперт
белгилари.

ANNOTATSIYA

Мақолада кўп факторли таҳлил асосида эрта ёшда ривожланган остеоартроз касаллигининг ички ва ташқи хавф омиллари аниқланди. Тизза бўғими остеоартроз касаллиги – гонартроз билан касалланган 80 нафар (57 нафар аёл, 71,2%; 23 нафар эркек, 28,8%) бемор текширувдан ўтказилди. Касалликда ортиқча тана вазни ва семизлик энг кўп учровчи хавф омил бўлиб, 72,5% беморда аниқланди. Бошқа хавф омиллари - ирсий омиллар, оёқ веналарининг варикоз кенгайиши - 46,3%, хомилдорлик, жинсга боғлиқлик, гормонал ўзгаришлар ва кўп миқдордаги абортлар, катта ва кичик травмалари, яширин тарздаги кам ҳаракатчанлик, ўтказилган бўғим яллиғланишлари, оғир меҳнат билан шуғулланиш, қандли диабет ва ревматоид артрити касалликлар частотаси 5-58,7% бўлди. Касалликда беморларнинг функционал ҳолатини эрта аниқлаш ва баҳолаш учун оғриқни ВАШ шкаласида аниқлаш, WOMAC, Лекен алгофункционал индекси, эксперт мезонларини киритишни талаб этилади. Касаллик диагностикасида 21,3% ҳолатда рентгенологик текширувлар информативликка эга эмас ва юқори информативликка эга УТТ ва МРТ усуллари ўтказишни тақазо этади.

Кириш: Остеоартроз (ОА) - бўғимларнинг сурункали кучайиб боровчи дегенератив-дистрофик касаллиги бўлиб, бўғим тоғайининг деструкцияси, суяклар эпифизлари ва бўғимолди юмшоқ тўқималарининг зарарланиши билан кечади [4, 10,12, 13,15]. Бу касаллик билан 10-12% аҳоли касалланган, 50 ёшга йетган аҳоли орасида унинг частотаси 3-5%. Касалликнинг тарқалиш даражаси аҳолининг ёши катталашган сари кўпайиб боради. [1,2].

ОА касаллигининг тиббий ва ижтимоий-иқтисодий аҳамияти касалликнинг кенг тарқалганлиги, сурункали кечуви, беморлар ҳаёт сифати ва соғлиғига салбий таъсири, даволаш ва реабилитация муолажаларининг кўплаб маблағ талаб этиши билан изоҳланади [14,16].

Кечки босқичларда ОА касаллиги фақат эндопротезлаш амалиёти ёки паллатив даво учун аҳамиятли бўлиб қолишини ҳисобга олганда, ҳозирги вақтда ОА касаллигининг 50 ёшгача бўлган аҳолида ривожланишига олиб



келувчи сабабларини билиш, касалликнинг эрта клиник белгиларини аниқлаш, кучайишини олдини олиш ва зарарланган бўғимлар фаолиятини тиклаш муҳим аҳамият касб этмоқда [7,8].

Келтириб чиқарувчи сабабларига кўра бирламчи ва иккиламчи ОА касаллиги фарқланади. Касалликнинг сабаблари аниқ бўлмаганда ОА бирламчи ёки идиопатик саналади [3,11,18]. Аммо ҳозиргача бирламчи ОА касаллигининг ривожланишида муҳим аҳамият касб этувчи бир қатор ташқи ва ички омиллар чуқур ўрганилмай қолмоқда.

Ишнинг мақсади. Кўп факторли таҳлил асосида эрта ёшда ривожланган остеоартроз касаллигининг ички ва ташқи хавф омилларини аниқлаш ҳамда касаллик сабаблари ва клиник белгиларини ўзаро боғлиқлик даражасини ўрганиш орқали хавф омилларнинг хавфлилик даражасини баҳолаш.

Тадқиқот материали ва усуллари. Самарқанд давлат тиббиёт институти 1-клиникаси ревматология бўлимида клиник текширувлардан тизза бўғими ОА касаллиги – гонартроз билан касалланган 28 ёшдан 55 ёшгача (ўртача $48,5 \pm 2,8$ йил) бўлган 80 нафар (57 нафар аёл, 71,2%; 23 нафар эркак, 28,8%) бемор ўтказилди.

Касалликнинг ўртача давомийлиги $6,7 \pm 0,3$ йилни ташкил этиб, касаллик давомийлиги 1 йилгача бўлган беморлар 9 (42,5%) кишидан, 1-5 йил бўлган беморлар 16 (20,0%) кишидан, 6-10 йил бўлган беморлар – 27 (33,8%) кишидан, 10 йилдан ортиқ бўлган беморлар 28 (35,0%) кишидан иборат бўлди.

Беморларнинг ОА касаллигининг бошланганидаги ёши $44,0 \pm 0,6$ йилга тенг бўлди. Текширувларда аксарият беморларда касаллик 50 ёшгача (50 нафар, 62,5%) бошланганлиги аниқланди. Касаллик 50-55 ёшда ривожланганлар 30 нафарни (37,5%) ташкил этди.

Беморлар аҳволи ва бўғимларнинг функционал ҳолати ВАШ шкаласи, Лекен индекси ва эксперт мезонлари кўрсаткичлари асосида баҳоланди. Текширувларда касалликнинг эрта ривожланишида аҳамият касб этувчи - ортиқча тана вазни ва семизлик, ирсий мойиллик, оёқ веналарининг варикоз касаллигининг бўлиши, жинсга боғлиқ (ҳомиладорлик, гормонал ўзгаришлар, кўп сонли абортлар), яширин тарздаги кам ҳаракатчанлик, тизза бўғимининг катта ва кичик травмалари, ўтказилган бўғим яллиғланишлари, оғир меҳнат шароити, қандли диабет каби бир ички ва ташқи омилларга эътибор қаратилди.

Текширувларимиздаги 80 нафар беморнинг генеологик карталари ўрганилиб, таҳлил натижалари 141 нафар она-отаси (72 нафар она ва 69 нафар ота), 105 нафар бувилари (54 нафар она томонидан, 51 нафар – ота томонидан) ва 90 нафар боболари (42 нафар – оналарининг отаси, 48 нафар – оталарининг отаси) кўрсаткичларига кўра баҳоланди.

Олинган натижалар вариацион статистика усулида баҳоланди. Бунда ўртача арифметик миқдор, унинг ўртача квадрат ҳатоси моментлар усулида аниқланди. Олинган натижаларнинг ишончлилиқ мезони (t) ва ишончлилиқ даражаси (P) ҳам таҳлилдан ўтказилди. Статистик текширувларда «Статистика-2016» программаларидан фойдаланилди.

Олинган натижалар. Текширувларимизда ортиқча тана вазни ва семизлик 58 (72,5%) беморда кузатилди. Текширилган 23 (28,75%) беморда тана масса индекси (ТМИ) меъёридан ошган (25,0-29,9) бўлса, 15 (18,75%) беморда – I даражали семизлик (30-34,9) ва 20 (25,0%) беморда – II даражали семизлик (35-40) аниқланди. Тана массаси индекси (ТМИ) кўра ортиқча тана вазни ва семизлик аниқланган барча гуруҳлардаги беморлар орасида аёллар кўпчилиқни ташкил этди. Жумладан, эркаклар ва аёллар нисбати ортиқча тана массаси

аниқланган беморлар (19 аёл, 82,6%; 4 эркак, 17,4%) гуруҳида - 1:4,8 нисбатда, I даражали семизлик аниқланган (8 аёл, 53,3%; 7 эркак, 46,7%) гуруҳида - 1:1,1

нисбатда, II даражали семизлик аниқланган (13 аёл, 65,0%; 7 эркак, 35,0%) гуруҳида - 1:1,9 кўрсаткичга тенг бўлди (жадв. 1).

1-жадвал. Эрта ривожланган ОА касаллигини келиб чиқишида хавф омилларининг ўрни

Хавф омиллари	Жами	Аёллар	Эркаклар
Ортиқча тана вазни ва семизлик	58 (72,5%)	40 (50%)	18 (22,5%)
Ирсий омиллар	47 (58,7%)	33 (41,3%)	14 (17,5%)
Веналарнинг варикоз касаллиги	37 (46,3%)	32(40%)	5 (6,3%)
Жинсга боғлиқ омиллар	25 (31,3%)	-	-
Катта ва кичик травмалар	24 (30%)	16(20%)	8(10%)
Яширин кам ҳаракатчанлик	18 (22,5%)	15(18,8%)	3(3,7%)
Оғир меҳнат билан шуғулланиш	8 (10%)	3(3,8%)	5(6,2%)
Ўтказилган бўғим яллиғланишлари (реактив артрит)	16 (20%)	12(15%)	4(5%)
Ревматоид артрити	4(5%)	3(3,8%)	1(1,2%)
Қандли диабет	5(6,2%)	3(3,8%)	2 (2,4%)

ОА касаллигида 58,7% (47 нафар) беморнинг шажарасида ревматик касалликлар бўлиши аниқланди. Беморларнинг ирсиятини онаси (26,4%), онасининг онаси (22,2%) ва отасининг Юракнинг сурункали ревматик касаллиги ва юрак нуқсонлари (14,0%), РА (6,4%) ва тизимли қизил югурик (4,4%) касаллигининг асоратлари қариндошларнинг ўлимига ҳам сабаб бўлиши қайд этилди.

ЭХМ дастурига кўра [17] беморлар шажарасида ревматик касалликларга бўлган ирсий омилнинг хавфлилик даражаси 31,9% ҳолатда енгил (1-2 нафар бемор мавжудлиги), 44,7% ҳолатда ўртача (3-4 нафар бемор мавжудлиги) ва 23,4% ҳолатда оғир (бемор ва вафот этганлар мавжудлиги) даражада ифодаланиши қайд этилди.

Мақсадли текширувларда ОА касаллиги билан касалланган 37 нафар (46,3%) беморда оёқ веналарининг

онаси (21,2%) томонидан кўпроқ оғирлашуви характерли бўлди ва пробанднинг яқин қариндошларида ОА (28,7%), ЮСРК (23,6%), РА (21,7%) ва РеА (10,2%) каби ревматик касалликлар энг кўп аниқланди.

варикоз кенгайиши аниқланди. Оёқ веналари доплерографик текширувида 29 (36,3%) нафар беморда биринчи даражали веноз етишмовчилиги, 8 (10,0%) нафар беморда эса иккинчи даражали веноз етишмовчилиги характерли бўлди.

Жинсга боғлиқ омиллар ОА билан касалланганлар умумий беморлар орасида 31,3% ни, бемор аёллар орасида эса 43,9% ни ташкил этди. 25% (20 нафар) аёлда касалликнинг менопауза даврида ривожланганлиги, 18,8% (15 нафар) аёлнинг кўп марта (3 ва ундан ортиқ) ҳомиладор бўлганлиги, 13,8% (11 нафар) аёлнинг бачадон ва тухумдонлари ампутация қилинганлиги, 12,5% (10 нафар) аёлнинг 2 ва ундан



ортиқ марта аборт қилдирганлигини аниқланди.

Яширин тарздаги кам ҳаракатчанлик 22,5% (18 нафар) беморда кузатилди ва касбига кўра таҳлил этилганда уларнинг 8 (10,0%) нафари турли фирма ва офис ходимлари, 6 (7,5%) нафари ўқитувчилар ва 4 (5,0%) нафари уй бекаларидан иборат бўлди.

Иккиламчи ОА сабабларидан тизза бўғимининг катта ва кичик травмалари 30%, бўғимларнинг ўтказилган яллиғланишлари (реактив артрит) 20%, оғир меҳнат билан шуғулланиш 10%, қандли диабет касаллиги 6,2%, ревматоид артрити 5% беморларда аниқланди.

Касалликнинг рентгенологик мезонларга кўра (Kellgren, Lawrence, 1957), I даражали ОА (рентгенологик белгиларнинг аниқ ифодаланмаганлиги) - 13 (16,3%), II даражали ОА (минимал ўзгаришлар - бўғим ёриғи торайганлиги, бирламчи остеофитлар) - 45 (56,3%), III даражали ОА (ўртача ўзгаришлар - бўғим ёриғининг кам торайганлиги, остеофитларнинг кўпайиши) - 21 (26,3%) беморда аниқланди. 65 нафар (81,2%) беморда тизза бўғимлари фаолиятини сақланганлиги, 15 нафар (18,8%) беморда эса бузилганлиги кузатилди. Функционал текширувлар асосида 9 (11,3%) беморда - бўғим фаолиятини биринчи даражали (профессional қобилият сақланган) ва 6 (7,5%) беморда - иккинчи даражали (профессional қобилият йўқолган) бузилиши аниқланди. Кузатувимизда IV даражали ОА ва бўғим фаолиятини учинчи даражали бузилиши аниқланган беморлар бўлмади.

Натижалар таҳлили. Эрта ривожланувчи ОА касаллиги эркакларга нисбатан аёлларда 2,5 марта кўп ривожланади ва унинг келтириб чиқарувчи хавф омиллари 3 гуруҳга бўлинади. Биринчи гуруҳни нисбатан кўп учровчи (46,3-72,5%) тана масасисини ошуви, семизлик, ирсиятга боғлиқ омиллар ва оёқ веналарининг

варикоз касалликлари ташкил этади. Тана масса индекси кўрсаткичи 30-35 бўлган аёлларда, тана массасига меъёрида бўлган (ТМИ 25) аёлларга нисбатан ОА касаллигининг ривожланиш хавфи 2,5 марта кўп бўлади. Ирсий омиллар кўрсаткичи хавф омиллари орасида иккинчи ўринни эгаллайди. ОА касаллиги беморларнинг аёл қариндошлари онаси, онасининг онаси ва отасининг онаси томонидан кўпроқ оғирлашади ва пробанднинг яқин қариндошларида ОА касаллиги хар учта бемордан биттасида (28,7%) аниқланади.

Иккинчи хавф гуруҳини (31,3%) жинсга боғлиқ омиллар, менопауза даври, тез-тез учровчи ҳомиладорлик, бачадон ва тухумдонлар ампутацияси, икки ва ундан ортиқ марта ҳомиладорликни тўхталишлари (аборт) каби омиллар эгаллайди. Аксарият ҳолатда бир бемор аёлда 2-3 та ушбу омиллар хос бўлади.

Учинчи гуруҳдаги хавф омилларининг учраш частотаси 5-30% бўлиб, уларга яширин тарздаги кам ҳаракатчанлик ҳолатларини, бўғимларнинг катта ва кичик травмаларини, ўтказилган реактив артритларни, оғир меҳнат шароити, ҳамда қандли диабет ва ревматоид артрити касалликларини киритиш мумкин. Бу омиллар иккиламчи ОА ривожланишида муҳим ўрин эгаллайди.

Касалликда кенг тарқалган диагностик усуллардан рентгенологик текширувлар 21,3% ҳолатда информативликка эга бўлмайди. Энг эрта ривожланадиган ўзгаришларнинг (тоғай тўқимасининг субхондриал қисмининг ва бўғим капсуласи синовиал қопламнинг қалинлашуви, менисклар ва бойламлардаги патологик жараёнлар) аниқлаш имконини берувчи бўғимлар УТТ ва МРТ усулларини киритиш лозим бўлади.

Касалликда 18,8% ҳолатда бўғимлар фаолияти бузилиши кузатилиб, 7,5% беморнинг профессионал қобилияти йўқолади.



Касалликда беморларнинг функционал ҳолатини эрта аниқлаш ва баҳолаш учун оғриқни ВАШ шкаласида аниқлаш, WOMAC, Лекен алгофункционал индекси, эксперт мезонларини киритишни талаб этилади.

Хулоса: ОА касаллигини эрта аниқлаш учун хавф омилларини аниқлашга имкон берувчи ТМИ индекси кўрсаткичларини, ирсий шажарасини таҳлил этиш, веналарни махсус текшириш усулларини киритиш лозим.

Бўғимлар функционал ҳолатини аниқлаш учун махсус синамаларни киритиш, инструментал текширув усулларидан бўғимлар рентгенографияси билан биргаликда, УТТ, МРТ, доплерография усулларини қўллаш касалликнинг клиник хусусиятларини янада аниқроқ ифодалаш имконини беради. Ушбу тадқиқотлар натижаларини келгуси ишларимизда келтирамиз.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Алексеева Л.И., Таскина Е.А., Кашеварова Н.Г. Остеоартрит: эпидемиология, классификация, факторы риска и прогрессирования, клиника, диагностика, лечение. Современная ревматология. 2019;13(2):9–21.
2. Беневоленская Л.И., Бржезовский М.М. Эпидемиология ревматических болезней. М., 2012. 237 с.
3. Исломова К.А., Тоиров Э.С. Эффективность внутрисуставного введения хондопротекторов при раннем остеоартрозе. Вестник науки и образования. 2020; № 9 (78). Часть 3. Стр. 92-97.
4. Каратеев А.Е. Проблема скелетно-мышечной боли: что интересно практикующему доктору? Данные опроса 846 российских врачей. Современная ревматология. 2019; 13(2). Стр. 126–129.
5. Кашеварова Н.Г., Алексеева Л.И. Факторы риска прогрессирования остеоартроза коленных суставов. Научно-практическая ревматология. 2014;52(5). Стр.553–561.
6. Корнилов Н.Н., Денисов А.А. Парадигма раннего гонартроза: обзор современных возможностей диагностики и лечения. Терапевтический архив. 2017; №12. В.2. Стр. 238-243.
7. Лисицына Е.М., Лисицын М.П., Заремук А.М. Современный подход к патогенезу, диагностике и лечению остеоартроза коленного сустава. Эндоскопическая хирургия. 2016; № 6. Стр 57-67.
8. Макарова М.В., Вальков М.Ю, Валькова А.С., Агапитов А.В., Черных И.А., Парфенова А.Р., Гржибовский А.М. Предикторы перехода рентгенологической нулевой стадии остеоартрита коленных суставов в первую стадию (на основании балльной комплексной системы оценки коленного сустава WORMS). Травматология и ортопедия России. 2017; Том 23. №1. Стр. 33-44.
9. Мирахмедова Х.Т., Дадабаева Н.А., Рамазонова Н.А. Особенности течения остеоартрита крупных суставов. Илмий-амалий тиббиёт журнали. 2019; №1. Стр 127-130.
10. Мустафин Р.Н., Хуснутдинова Э.К. Молекулярные механизмы развития остеоартроза. Лечебное дело. 2015; № 3. Стр 86-92.
11. Кашеварова Н.Г., Алексеева Л.И. Факторы риска прогрессирования остеоартроза коленных суставов. Научно-практическая ревматология. 2014;52(5). Стр.553–561.



12. Коршунов Н.И., Речкина Е.В., Филатова Ю.С., Яльцева Н.В. Остеоартрит и депрессия. Научно – практическая ревматология. 2018; (56) №1. Стр. 93-98. Ногаева М.Г. Остеоартроз у взрослого населения Республики Казахстан. Терапевтический архив. 2015; №5. Стр. 65-68.
13. Портянникова О.О., Цвингер С.М., Говорин А.В., Романова Е.Н. Анализ распространенности и факторов риска развития остеоартрита в популяции. Современная ревматология. 2019;13(2). Стр. 105–111.
14. Резолюция VI Экспертного совета по остеоартриту (19 января 2019 г.) Современная ревматология. 2019; №2. Стр. 130-131.
15. Рустамова У.М., Умарова Г.Ш. Результаты исследований больных с остеоартрозом и остеопорозом. Ўзбекистон тиббиёт журнали. 2015; № 6. Стр 54-55.
16. Стребкова Е.А., Алексеева Л.И. Остеоартроз и ожирение. Научно-практическая ревматология 2015; 53(5): Стр. 542-552.
17. Тоиров Э.С., Исламова К.А., Уралов Р.Ш. Эрта ривожланган остеоартроз касаллигини комплекс даволаш самарадорлиги. Доктор ахборотномаси. Самарканд. 2019. № 3; 98-102 бет.
18. 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.
19. Islamova K.A., Toirov E.S. Funcsional evaluation of the effectiveness of intraarticular chondro hyaluronic injection in early knee osteoarthritis. Journal of Critical Reviews. 2020. Vol 7, Issue 7. ISSN-2394-5125. 410-413. <https://dx.doi.org/10.31838/jcr.07.07.72>.
20. Pal C.P, Singh P., Chaturvedi S., et al. Epidemiology of kneeosteoarthritis in India and related factors. Ind J Orthop.2016;50(5):518-22. doi: 10.4103/0019-5413.189608.

