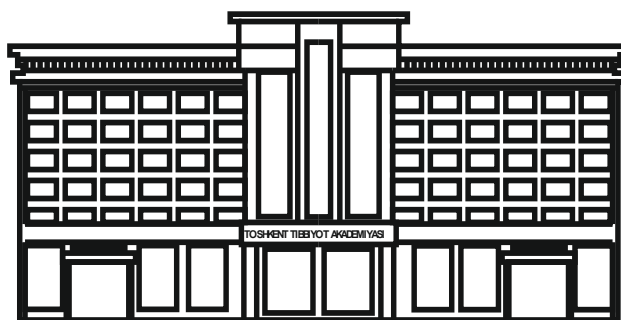


ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2022 №2

*2011 йилдан чиқа бошлаган*

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI  
**AХВОРОТНОМАСИ**



**В Е С Т Н И К**  
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент

<i>Жўраева Ҳ.И. МЕТАБОЛИК СИНДРОМДА ОСТЕОАРТРОЗНИНГ КЛИНИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ</i>	<i>Juraeva Kh.I. CLINICAL FEATURES OF OSTEOARTHRITIS IN PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME</i>	50
<i>Zakirxodjayev Sh.Ya., Narziyev N.M., Saidrasulova G.B. REVMATOIDLI ARTRITLI BEMORLARDA GERATIT В RIVOJLANISHI VA KECHISHIDA IL-6NING O'RNИ</i>	<i>Закирхаджаев Ш.Я. Нарзиев Н.М., Саидрасулова Г.Б. РОЛЬ ИЛ-6 В РАЗВИТИИ И ПРОГРЕССИРОВАНИИ ГЕПАТИТА В У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ</i>	53
<i>Karimjanov I.A., Dinmuxammadiyeva D.R., Madaminova M.Sh., Iskanova G.X., Egamberdiyev S.B. LESION OF THE URINARY TRACT IN JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS</i>	<i>Каримжанов И.А., Динмуксаммадиева Д.Р., Мадаминова М.Ш., Исканова Г.Х., Эгамбердиев С.Б. ЮВЕНИЛ ИДИОПАТИК АРТРИТДА СИЙДИК АЖРАТИШ ЙЎЛИНИНГ ЗАРАРЛАНИШИ</i>	56
<i>Каримов М.Ш., Шукурова Ф.Н. ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ АССОЦИИРОВАННОГО АРТРИТА ПРИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ</i>	<i>Karimov M.Sh., Shukurova F.N. ASSESSMENT OF CLINICAL FEATURES OF ASSOCIATED ARTHRITIS IN CHRONIC VIRAL HEPATITIS</i>	59
<i>Касимова М.Б., Ахмедова Н.А. АНКИЛОЗЛОВЧИ СПОНДИЛИТЛИ БЕМОРЛАРДА СКЕЛЕТДАН ТАШҚАРИ ЗАРАРЛАНИШЛАРНИ БАҲОЛАШ</i>	<i>Kasimova M.B., Akhmedova N.A. ASSESSMENT OF EXTRA-ARTICULAR MANIFESTATIONS IN PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS</i>	67
<i>Мавлонов Н.Х., Турсунова Д.Э. СОСТОЯНИЕ КОМОРБИДНОСТИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ</i>	<i>Mavlonov N.Kh., Tursunova D.E. STATE OF COMORBIDITY IN RHEUMATOID ARTHRITIS</i>	70
<i>Мансурова Н.Н., Матчанов С.Х., Абдураззакова Д.С., Алиева К.К., Далжанова З.М., Ергалиева М.М. КОМБИНИРЛАНГАН БАЗИС ДАВОНИНГ РЕВМАТОИД АРТРИТ КЛИНИК-ЛАБОРАТОР КЎРСАТКИЧЛАРИГА ТАЪСИРИ</i>	<i>Mansurova N.N., Matchanov S.X., Abdurazzakova D.S., Aliyeva K.K., Daljanova Z.M., Yergaliyeva M.M. EFFECT OF COMBINED BASIC TREATMENT ON CLINICAL-LABORATORY FEATURES OF RHEUMATOID ARTHRITIS</i>	72
<i>Маруфханов Х.М., Сибиркина М.В., Азимова М.М., Эшмурзаева А.А., Гимадуддинова А.Р. РАЗВИТИЕ СИНДРОМА ПОВЫШЕННОЙ ЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ ПРОНИЦАЕМОСТИ У РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ</i>	<i>Marufhanov H.M., Sibirkina M.V., Azimova M.M., Eshmurzaeva A.A., Gimadutdinova A.R. DEVELOPMENT OF THE SYNDROME OF INCREASED EPITHELIAL PERMEABILITY IN RHEUMATOLOGICAL PATIENTS</i>	75
<i>Матчанов С.Х., Абдураззакова Д.С. РЕВМАТОИД АРТРИТ КАСАЛЛИГИДА БУЙРАК ЗАРАРЛАНИШИ</i>	<i>Matchanov S.X., Abdurazzakova D.S. KIDNEY DAMAGE IN RHEUMATOID ARTHRITIS</i>	81
<i>Mirakhmedova X.T., Saidrasulova G.B. ANKILOZLOVCHI SPONDILOARTRIT KASALLIGIDA PATOGENETIK GENLARNING ANAMIYATI</i>	<i>Mirakhmedova Kh.T., Saidrasulova G.B. THE ROLE OF PATHOGENETIC GENES IN ANKYLOSING SPONDYLOARTHRITIS</i>	85
<i>Мирахмедова Х.Т., Абдуллаев У.С., Рахматов А.Б. ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ</i>	<i>Mirahmedova H.T., Abdullaev U.S., Raxmatov A.B. MAIN CLINICAL AND LABORATORY ASPECTS OF THE COURSE OF CARDIOVASCULAR DISEASES IN PSORIATIC ARTHRITIS</i>	88
<i>Мирахмедова Х.Т., Солиева Н.А., Хамраев Х.Х., Мухсимова Н.Р. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫХ ФОРМ МЕТОТРЕКСАТА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ</i>	<i>Mirakhmedova H.T., Solieva N.A., Khamraev H.H., Mukhsimova N.R. EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF PARENTERAL FORMS OF METHOTREXATE IN PATIENTS WITH PSORIATIC ARTHRITIS</i>	91
<i>Мирахмедова Х.Т., Мухсимова Н.Р., Саидрасулова Г.Б. ПСОРИАТИК АРТРТРИТНИ ДАВОЛАШНИНГ ЗАМОНАВИЙ АСПЕКТЛАРИ</i>	<i>Mirakhmedova Kh.T., Mukhsimova N.R., Saidrasulova G.B. MODERN ASPECTS OF TREATMENT OF PSORIATIC ARTHRITIS</i>	95
<i>Мирахмедова Х.Т., Дадабаева Н.А., Рамазанова Н.А. МЕТАБОЛИК СИНДРОМ ФОНИДА ОСТЕОАРТРИТНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ</i>	<i>Mirakhmedova Kh.T., Dadabayeva N.A., Ramazanova N.A. CHARACTERISTICS OF THE COURSE OF ARTHRITIS UNDER THE BACKGROUND OF THE METABOLIC SYNDROME</i>	98

**ОСТЕОАРТРОЗНИ НОМЕДИКАМЕНТОЗ ДАВОСИ УЧУН ЯНГИЛАНГАН КЎРСАТМАЛАР**

Мирахмедова Х.Т., Рустамова М.Т., Рамазонова Н.А., Исакова Э.И.

**ОБНОВЛЕННЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ОСТЕОАРТРИТА**

Мирахмедова Х.Т., Рустамова М.Т., Рамазонова Н.А., Исакова Э.И.

**UPDATED RECOMMENDATIONS FOR THE NON-MEDICAL TREATMENT OF OSTEOARTHRITIS**

Mirakhmedova Kh.T., Rustamova M.T., Ramazonova N.A., Isakova E.I.

*Ташкентская медицинская академия, многопрофильная клиника ТМА*

*Лечение ОА должно быть индивидуализировано в соответствии с пожеланиями и ожиданиями больного, локализацией ОА, факторами риска (возраст, пол, сопутствующая патология, ожирение и неблагоприятные механические факторы), наличием воспаления, выраженностью структурных нарушений, интенсивностью боли, ограничением повседневной деятельности и качеством жизни. Совместное медикаментозное лечение остеоартроза улучшает эффективность проводимой терапии.*

*Treatment of OA should be individualized in accordance with the indications and expectations of the patient, localization of OA, risk factors (age, gender, comorbidities, obesity and undesirable structural factors, perversity, ridge), presence. Joint drug treatment of osteoarthritis increases the effectiveness of the therapy.*

**О**стеоартроз (ОА) – биологик, морфологик клиник кўринишлари ва натижалари ўхшаш бўлган турли хил этиологияли гетероген касаллик бўлиб, унинг асосида бўғимнинг барча таркибий қисмлари биринчи навбатда тоғай, субхондрал суяк, синовиал мембрана бойламлар, капсулалар, периартикуляр мушакларнинг жароҳатланиши ётади. ОА макро- ва микрожароҳат натижасида хужайрали стресс, хужайрадан ташқари матрикснинг дегрэдацияси билан характерланувчи, аномал адаптив жавоб реакцияси, шу жумладан яллиғланишга қарши иммунитет механизмлари фаоллашуви сабабли юзага келади [1]. ОА бўғим касалликларининг энг кенг тарқалган шакли бўлиб, дунё бўйлаб тахминан 302 миллион киши, аҳолининг 10 фоизидан кўпроғи касалланган. ОА асосан ёшга боғлиқ касаллик ҳисобланиб, популяциянинг қариши ва семиришнинг кўпайиши туфайли ортиб бормоқда. ОА этиологияси ва патогенезида кўп омиллар иштирок этиб, кўп қиррали касалликдир. Булар тизимли (жинси, ирқи, гормонал ҳолати, оилавий тарихи, суяк минерал зичлиги), генетик, маҳаллий (шикастланишлар, мушаклар ҳолсизлиги, бўғим ўқининг бузилиши, мушак-скелет тизимининг ривожланишидаги аномалиялар, хусусан, гипермобилик, бўғим дисплазияси) ва ташқи (семириш, ўзига хос спорт жароҳатлари, профессионал) омиллар. ОАда номедикаментоз ёндашув Америка ревматологлар коллегияси (ACR, 2019), Остеопороз ва артрознинг клиник ва иқтисодий аспекти бўйича Европа жамияти (ESCEO, 2019), клиник кўрсатмаларига асосланган [1,2].

ОАнинг давоси беморга индивидуал ёндошиб, беморнинг хоҳиш ва истакларига, ОАнинг жойлашуви, хавф омиллари (ёши, жинси, ёндош патологияси, семизлик ва нохуш механик омиллар), яллиғланиш белгиларининг борлиги, оғриқ даражаси, кундалик фаолиятларнинг чегараланганлиги ва ҳаёт сифатига мос ҳолатда олиб борилиши лозим. Беморларни ўргатиш беморнинг хусусиятларига мос равишда тузилган бўлиб, унда касаллик ҳақи-

да маълумот, турмуш тарзини ўзгартириш ҳақида тавсиялар, вазн йўқотиш ва жисмоний машқлар зарурлиги тўғрисида маслаҳатлар мавжуд. Ўргатувчи эргономик усуллар (мехнат терапия) ва ёрдамчи кўникма воситаларидан иборат. Ўргатувчи дастурда ўзининг самарадорлиги ва ўз-ўзини назорат қилиш доимий равишда ташкил этилиши лозим. Ушбу дастурда сохалараро гуруҳли ёндошувдан фойдаланилади. Машғулотларда беморларга касаллиги, дори-ларнинг таъсири ва уларнинг ножўя оқибатлари ҳамда жисмоний тарбиянинг аҳамияти ҳақида тушунтирилади. Даво усули бемор ва мутахассис ўртасидаги ўзаро қарорга асосланиб танланиши керак [1,6].

Ортиқча тана вазни ёки семизликдан азият чекувчи тизза ва/ёки чаноқ-сон бўғими остеоартрози бор беморларга тана вазнини нормаллаштириш тавсия қилинади. Ортиқча тана вазнига (ТМИ 25 кг/м<sup>2</sup>дан кўп) эга беморларга 6 ой ичида 5% ёки 1 йил давомида 10%дан кам бўлмаган вазндан халос бўлиш тавсия қилинади. ОАли беморларга тавсия қилинади: доимий ўз устидан назорат, ойлик тана массасини ёзиб бориш, истеъмол қилинадиган туз ва ёғ миқдорини чеклаш, суткада беш мартадан кам бўлмаган мева ва сабзавотларни истеъмол қилиш, кунига 30 дақиқадан кам бўлмаган жисмоний фаоллик [3]. Эришилган натижалар беморлар билан муҳокама қилинади. Барча ОА беморларига даволаниш режасининг асосий марказий қисми сифатида, мушаклар кучи ва уларнинг функциясини ошириш, ҳамда оғриқни камайтириш мақсадида машқлар тавсия қилинади.

Қуйидаги машқлар тавсия қилинади: аэроб, кучли ёки қаршиликли, эгилувчанлик ва чўзилиш каби машқлар сувда бажарилганлиги яхшироқдир. Аэроб машқлар сифатида юришдан фойдаланса бўлади. Чаноқ-сон бўғими ОАида кучли машқлардан фойдаланиш талаб этилади. Тизза бўғими ОАида соннинг тўрт бошли мушагининг кучини мустаҳкамлаш ва ҳаракатлар ҳажмини ошириш учун мунтазам

жисмоний машқлар, ҳамда аэроб юклама билан шуғулланиш керак. Бармоқлар ОАида бармоқ мушакларининг кучини оширувчи машқлар оғрикни камайтириш мақсадида тавсия қилинади Бармоқлар ОАида бармоқ мушакларининг кучини оширувчи машқлар оғрикни камайтириш мақсадида тавсия қилинади [5,9]. Машқлар беморларга қўшимча машғулоти сифатида эмас, балки ҳаёт тарзининг бир қисмига айланиши учун, ҳар бир беморнинг хоҳиши

ва истакларига қараб индивидуаллаштирилиши ва мослаштирилиши керак. Аэробик машғулоти ўртача интенсивликда суткасига 30 дақиқадан кам бўлмаган ёки кўпроқ фойда олиши учун 60 дақиқадан давом этиши лозим. Вақт ўтиши билан машқлар интенсивлиги ва/ёки давомийлиги ошириб борилиши керак. Даволовчи жисмоний тарбия машғулоти ларига қарши кўрсатмаларни ҳисобга олиш зарур [4,8]. (табл.1).

**1-жадвал**

*Тизза, тос-сон чанок бўғими ва қафт бўғимлари остеоартрозини жисмоний, психосоциал ва психофизик даволашга ёндошган 2019 йилги American College of Rheumatology қўмитасининг тавсиялари.*

Интервенция (аралашув)	Бўғимлар		
	Қафт	Тизза	Тоз-сон чанок
Машқлар	Қатъий тавсия этилади	Қатъий тавсия этилади	Қатъий тавсия этилади
Мувоzanатлаштирилган машқлар	Тавсия этилмайди	Шартли равишда тавсия этилади	Шартли равишда тавсия этилади
Тана вазнини йуқотилиши	Тавсия этилмайди	Қатъий тавсия этилади	Қатъий тавсия этилади
Ўз-ўзини бошқариш ва ўз-ўзини фаоллаштириш машқлари	Қатъий тавсия этилади	Қатъий тавсия этилади	Қатъий тавсия этилади
Тай Чи	Тавсия этилмайди	Қатъий тавсия этилади	Қатъий тавсия этилади
Йога	Тавсия этилмайди	Шартли равишда тавсия этилади	Тавсия этилмайди
Когнитив хулкатвор терапияси	Шартли равишда тавсия этилади	Шартли равишда тавсия этилади	Шартли равишда тавсия этилади
Хасса (Асо)	Тавсия этилмайди	Қатъий тавсия этилади	Қатъий тавсия этилади
Тибиофеморал тизза боғламлари	Тавсия этилмайди	Қатъий тавсия этилади	Тавсия этилмайди
Пателлофеморал брекети	Тавсия этилмайди	Шартли равишда тавсия этилади	Тавсия этилмайди
Кинезиотейпирлаш	Шартли равишда тавсия этилади биринчи биллак-қафт бўғимига	Шартли равишда тавсия этилади	Тавсия этилмайди
Қўллар артродезалари	Қатъий тавсия этилади биринчи биллак-қафт бугинига	Тавсия этилмайди	Тавсия этилмайди
Модифицирланган поябзаллар	Тавсия этилмайди	Шартли равишда тавсия этилади	Тавсия этилмайди
Ён ва медиал ханжарсимон стелькалар	Тавсия этилмайди	Шартли равишда тавсия этилади	Шартли равишда тавсия этилади
Акупунктура (Иглотерапия)	Шартли равишда тавсия этилади	Шартли равишда тавсия этилади	Шартли равишда тавсия этилади
Иссиқли аралашувлар	Шартли равишда тавсия этилади	Шартли равишда тавсия этилади	Шартли равишда тавсия этилади
Парафин	Шартли равишда тавсия этилади	Тавсия этилмайди	Тавсия этилмайди
Радиочастотали абляциялар	Тавсия этилмайди	Шартли равишда тавсия этилади	Тавсия этилмайди
Массажли терапиялар	Тавсия этилмайди	Шартли равишда тавсия этилади	Шартли равишда тавсия этилади

Машқли ва машқсиз мануал терапиялар	Тавсия этилмади	Шартли равишда тавсия этилади	Шартли равишда тавсия этилади
Электрофорез	Шартли равишда тавсия этилади биринчи биллак-кафт бўғимига	Тавсия этилмади	Тавсия этилмади
Импульс тебранишли терапияси	Тавсия этилмади	Шартли равишда тавсия этилади	Тавсия этилмади
Нерв толаларини тери ости электрон стимуляцияси	Тавсия этилмади	Қатъий тавсия этилади	Қатъий тавсия этилади

Тизза бўғимининг медиал қисми шикастланганида ва бўғим ўқининг варусли ўзгаришларида-вальгусли ортезлар қўлланилади. Тизза бўғимининг механик нотурғунлигида- ярим қаттиқ ёки қаттиқ фиксацияли ортезлардан фойдаланилади. Қўл панжасининг карпометакарпал (запястно-пястном) бўғимлари ОАида оғриқни енгиллаштириш учун узоқ муддатга ортезлар қўллаш тавсия қилинади [9,11]. Тизза ва/ ёки чаноқ-сон бўғими ОА билан касалланган беморларга хасса-таёқ ёки бошқа ёрдамчи воситалар (таёқча, ғилдиракли юривчилар, махсус рамалар ва б) билан юриш. Хасса-таёқ жарохатланган бўғимга қарши томонда бўлиши керак. Тизза ва/ ёки чаноқ-сон бўғими ОА билан касалланган беморларга хасса-таёқ ёки бошқа ёрдамчи воситалар (таёқча, ғилдиракли юривчилар, махсус рамалар ва б. билан юриш.

Нормал тана массасини сақлаш (ТМИ 25 кг/м<sup>2</sup> дан ошмаслигини таъминлаш). Тана массасини 2 бирликка камайтириш тизза бўғими ОА ривожланиш хавфини 50% га камайишига олиб келади. Тизза бўғимининг тез-тез букилиши билан боғлиқ ҳаракатларни ва оғир кўтаришни чеклаш тизза бўғими ОАини, зинапоядан кўтарилишни чеклаш эса чаноқ-сон бўғими ОАини ривожланиши хавфини камайтиради. Соннинг тўрт бошли мушагининг тренировкаси тизза бўғими ОА клиник ва рентгенологик намоён бўлиши хавфини камайтиради, ушбу мушак кучининг камлиги, бўғимга тушаётган юкламининг тенг тақсимлаш қобилиятини ва унинг турғунлигини камайтиради. Тизза бўғимининг ёшлиқдаги шикастланиши, инсон ҳаётининг кейинги даврида тизза бўғими ОАси ривожланиши хавфини оширади, шунинг учун жарохатларнинг олдини олиш; шу жумладан спорт соҳасидаги шикастланишларни: спортчилар учун босқичли машғулот режимини ишлаб чиқиш, юклама вақтида бўғимни химоя қилувчи махсус қурilmаларни қўллаш. Қўл ва оёқ жарохатларини олганларга тана массасини камайтириш ва соннинг тўрт бошли мушагининг машқи тавсия қилинади [10, 12].

Шундай қилиб беморларни номедикаментоз даволаш остеоартритда патогенетик ахамиятга эга бўлиб, у беморнинг хусусиятларига мос равишда турмуш тарзини ўзгартириш ҳақида тавсиялар, вазн йўқотиш ва жисмоний машқлар зарурлиги тўғрисида маслаҳатларни ўз ичига олади. Медикаментоз даво билан биргаликда олиб бориш даволаш самардорлигини оширади.

## Адабиётлар

1. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Management of Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Knee Arthritis Care & Research Vol. 72, No. 2, February 2020, pp 149–162 DOI 10.1002/acr.24131 © 2020, American College of Rheumatology)
2. Cisternas MG, Murphy L, Sacks JJ, Solomon DH, Pasta DJ, Helmick CG. Alternative methods for defining osteoarthritis and the impact on estimating prevalence in a US population-based survey. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2016; 68:574–80.
3. GBD 2015 DALYs and HALE Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE), 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016; 388: P1603–58.1-5
4. Qin J, Barbour KE, Murphy LB, Nelson AE, Schwartz TA, Helmick CG, et al. Lifetime risk of symptomatic hand osteoarthritis: the Johnston County Osteoarthritis Project. *Arthritis Rheumatol* 2017; 69:1204–12.),
5. (Pereira D, Peleteiro B, Araujo J, et al. The effect of osteoarthritis definition on prevalence and incidence estimates: a systematic review. *Osteoarthritis Cartilage* 2011; 19:1270–85.
6. Sharon L.Kolasinski, Tuhina Neogi, Marc C.Hochberg, Carol Oatis et al. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Management of Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Knee Arthritis & Rheumatology Vol. 72, No. 2, February 2020, pp 220–233 DOI 10.1002/art.41142 © 2020
7. Kroon FPB, Carmona L, . Efficacy and safety of non-pharmacological, pharmacological and surgical treatment for hand osteoarthritis: a systematic literature review informing the 2018 update of the EULAR recommendations for the management of hand osteoarthritis, 2018. submitted for publication.
8. Jü ni P, Hari R, Rutjes AW, et al. Intraarticular corticosteroid for knee osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Oct 22;(10): CD005328. doi: 10.1002/14651858.CD005328.pub3.
9. He WW, Kuang MJ, Zhao J, et al. Efficacy and safety of intraarticular hyaluronic acid and corticosteroid for knee osteoarthritis: A meta-analysis. *Int J Surg.* 2017 Mar; 39:95-103. doi: 10.1016/j.ijsu.2017.01.087.
10. De Girolamo L, Kon E, Filardo G, et al. Regenerative approaches for the treatment of early OA. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2016 Jun;24(6):1826-35. doi: 10.1007/s00167-016-4125-y. Epub 2016 Apr 27.
11. Filardo G, Kon E, Longo UG, et al. Non-surgical treatments for the management of early osteoarthritis. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2016 Jun;24(6):1775-85. doi: 10.1007/s00167-016-4089-y. Epub 2016 Apr 27
12. Uchio Y, Enomoto H, Alev L, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled Phase III trial of duloxetine in Japanese patients with knee pain due to osteoarthritis. *J Pain Res.* 2018 Apr 18;11: 809-821. doi: 10.2147/JPR.S164128. eCollection 2018.

---

**ОСТЕОАРТРОЗНИ НОМЕДИКАМЕНТОЗ ДАВОСИ  
УЧУН ЯНГИЛАНГАН КЎРСАТМАЛАР**

Мирахмедова Х.Т., Рустамова М.Т.,  
Рамазонова Н.А., Исакова Э.И.

*ОАнинг давоси беморга индивидуал ёндошиб, беморнинг хоҳиш ва истакларига, ОАнинг жойлашуви, хавф омиллари (ёши, жинси, ёндош патологияси,*

*семизлик ва ноҳуш механик омиллар), яллиғланиш белгиларининг борлиги, оғриқ даражаси, кундалик фаолиятларнинг чегараланганлиги ва ҳаёт сифати-га мос ҳолатда олиб борилиши лозим. Медикаментоз даво билан биргаликда олиб бориш даволаш самарадорлигини оширади.*

