

ISSN 2010-7773

ILMIY-AMALIY
TIBBIYOT
JURNALI

№ 1 (94)
2019

ЎЗБЕКИСТОН
ВРАЧЛАР
АССОТСИАТСИЯСИ
БЮЛЛЕТЕНИ



НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
ЖУРНАЛ

БЮЛЛЕТЕНЬ
АССОЦИАЦИИ
ВРАЧЕЙ
УЗБЕКИСТАНА

ILMIY-AMALIY
TIBBIYOT JURNALI

**O'zbekiston
vrachlar
assotsiatsiyasi**

Bosh muharrir:
Iskandarov T.I., t.f.d., O'FA
akademigi

Tahrir hay'ati:

Abduraximov Z. A., t.f.n.
Akilov X.A., t.f.d., professor
Alimov A.V., t.f.d., professor
Asadov D.A., t.f.d., professor
Ahmedova D.I., t.f.d., professor
Kurbonov R.D., t.f.d., professor
Rustamova M.T., t.f.d., professor
Sidiqov Z.U., t.f.n.
Sobirov D.M., t.f.d., professor
Tursunov E.O., t.f.d., professor
Yarkulov A.B., t.f.n.
Shayxova X.E., t.f.d., professor

Nashr uchun mas'ul xodim:
Mavlyan-Xodjaev R.Sh, t.f.d.

Dizayn, kompyuterda teruvchi:
Abdusalomov A.A.
Jurnal O'zbekiston Matbuot va
axborot agentligidan 2016 yil
13 dekabrda ro'yhatdan o'tgan.
Guvohnoma №0034.
Tahririyat manzili: 100007,
Toshkent shahri,
Parkent ko'chasi, 51-uy.
Tel.; 268-08-17
E-mail: info@avuz.uz
Veb - sayt: www.avuz.uz

**B
Y
U
L
L
E
T
E
N
I**



(94)

TOSHKENT TIBBIYOT
AKADEMIYASI KUTUBXONASI
№ _____

**TOSHKENT
O'zbekiston Vrachlar
Assotsiatsiyasi 2019 yil**

UYGA BERISH
MUMKIN EMAS

ASOSIY O'QUV ZALI

МУНДАРИЖА

МУХАРРИР МИНБАРИ

ХУҚУҚ ВА ИҚТИСОДИЁТ

Ўзбекистон Республикаси даволаш-профилактика муассасалари раҳбарларига

ИЛМИЙ ТАДҚИҚОТЛАР АМАЛИЁТГА

Назиров Ф.Г., Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Музаффаров Ф.У., Цой А.О., Хаджибаев Ж.А., Нигматуллин Э.И. Гастро-пластика билан қизилўнғач экстирпацияси амалиётидан кейин ўлим ҳолатларининг сабабларини тахлили

Шарипов И.М., Каримов Ш.И., Курбанов Р.Д. Чап бош коронар артерияси шикастланган беморларда миокард реваскуляризация амалиётлари

Муллабаева Г.У., Курбанов Р.Д., Ирисов Дж.Б. Q – тишли миокард инфаркти ўтказган беморларнинг миокарднинг элек-трик номуқимлиги билан ўзаро алоқадорли асосида юракнинг структур-морфологик ўзига хос хусусиятлари

Шукуров Р.Т., Абдуллаев Т.А., Курбанов Р.Д. Сурункали юрак етишмовчилигида ўзини бошқариш ва ўзига ёрдам бериш усулларига ўқитишнинг касалликни клиник кечилишига ва прогнозига таъсири

Мухтаров Ш.Т., Хасанов М.М. Хомиладор аёлларда асоратланган суправезикал обструкци-янинг оптимал даво услубини прогнозлашда клиник, лаборатор ва инструментал усуллар натижаларининг аҳамияти

Уринбоева М., Базарова Ф. Хомиладорлик патологияси ҳолатларининг камайиши ва туғруқ асоратларини олдини олиш

Маджидова Е.Н., Усманова Д.Д. 2 тип қанд-ли диабетдаги диабетик энцефалопатияни даволашда диалипон турбо препаратининг клиник- иммунологик аспекти

Девятков А.В., Бабаджанов А.Х., Рузибоев С.А. Жигар циррози билан беморларда жигар энцефалопатиясининг оғирлик даражасини аниқлаш хусусиятлари

ОГЛАВЛЕНИЕ

6 КОЛОНКА РЕДАКТОРА

7 ПРАВО И ЭКОНОМИКА

Руководителям лечебно-профилактических учреждений Республики Узбекистан

13 НАУЧНЫЙ РАЗРАБОТКИ В ПРАКТИКУ

Назиров Ф.Г., Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Музаффаров Ф.У., Цой А.О., Хаджибаев Ж.А., Нигматуллин Э.И. Анализ причин летальности после экстирпации пищевода с одномоментной гастропластикой

18 Шарипов И.М., Каримов Ш.И., Курбанов Р.Д. Операции реваскуляризации миокарда у больных со стенозом поражения левой коронарной артерии

23 Муллабаева Г.У., Курбанов Р.Д., Ирисов Дж.Б. Структурно-морфологические особенности сердца у больных с q-волновым инфарктом миокарда во взаимосвязи с электрической нестабильностью миокарда

29 Шукуров Р.Т., Абдуллаев Т.А., Курбанов Р.Д. Влияние обучения методам самоконтроля и самопомощи на клиническое течение и прогноз больных при хронической сердечной недостаточности

38 Мухтаров Ш.Т., Хасанов М.М. Прогноз оптимального метода лечения беременных с осложненной суправезикальной обструкцией исходя из результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов исследований

43 Уринбоева М., Базарова Ф. Снижение частоты патологий беременности и профилактика родовых осложнений

47 Маджидова Е.Н., Усманова Д.Д. Клинико-иммунологическая характеристика терапии диабетической энцефалопатии препаратом диалипон турбо

51 Девятков А.В., Бабаджанов А.Х., Рузибоев С.А. Особенности оценки степени тяжести печеночной энцефалопатии у больных циррозом печени

- Мухитдинова Х.Н., Турсунов Д.К., Исмаилов А.О., Худобердыев Б.Х. Мактаб ёшидаги болаларда оғир бош мия жароҳати даражасини баҳолаш
- Арзикулов А.Ш., Инакова Б.Б., Нуритдинова Г.Т., Рабиева Б.Т. Муддатига етмай (чала) туғилган болаларни респиратор дистресс синдромига олиб келувчи омиллар
- Ахтамов А.А., Ахтамов А., Султонов Р.Р. Кичик ёшдаги болаларда соннинг туғма чиқишини консерватив усулда даволашда реабилитация муолажаларини қўлланилиши ва натижалари
- Маджидова Е.Н., Хусенова Н.Т., Эргашева Н.Н., Даниярова Ф.А., Жабборова С.Б. Микротўкли рефлексотерапия фонида аутистик спектрида бузилиши бўлган болаларда нутқли ва интеллектуал бузилишлар динамикаси
- Нуритдинова Г.Т., Инакова Б.Б., Солиева М.О., Махмудова Б.Ш. Муддатидан аввал туғилган болалар асаб-рухий ривожланишининг (АРР) кечикиши
- Нуритдинова Г.Т., Инакова Б.Б., Хакимов Ш.К., Махмудова Б.Ш. Муддатидан аввал туғилишига олиб келувчи она томонидаги сабаб ва омиллар
- Авезова Г. Сурхандарё вилояти шаҳар ва қишлоқларида туғма аномалияларнинг тарқалганлиги
- Сирождидинов У.К., Самсаков Ф.Т., Расулов А.Ф., Ортиков А.Б., Дадабоев Б.Д. Пилородуоденал ярадан қон кетиши бўлган беморларни ташхисот хусусиятлари ва даволаш тактикасининг характери
- Орзиев З.М., Юлдашева Д.Х., Жумаева А.А., Жумаева З.Ж. Гастроэзофагал рефлюкс касаллиги клиник ва эндоскопик манзарасини мужассамлаштирувчи белгиларни намоён бўлишини рефлюксат муҳити турига алоқадорлиги
- Турсунов М.К. Вақтидан илгари эякуляцияни даволаш муаммоси
- Тухтаров Б. Э., Бегматов Б.Х. Профессионал спортчиларнинг овқатланишида биологик актив қўшимча ноглюкинни қўллаш тажрибаси
- 57 Мухитдинова Х.Н., Турсунов Д.К., Исмаилов А.О., Худобердыев Б.Х. Оценка степени тяжести черепно-мозговой травмы у детей школьного возраста
- 66 Арзикулов А.Ш., Инакова Б.Б., Нуритдинова Г.Т., Рабиева Б.Т. Факторы, приводящие к респираторному дистресс-синдрому у недоношенных детей
- 68 Ахтамов А.А., Ахтамов А., Султонов Р.Р. Результаты физической реабилитации детей раннего возраста с врожденным вывихом бедра
- 72 Маджидова Е.Н., Хусенова Н.Т., Эргашева Н.Н., Даниярова Ф.А., Жабборова С.Б. Динамика речевых и интеллектуальных нарушений у детей с расстройствами аутистического спектра на фоне микротокковой рефлексотерапии
- 80 Нуритдинова Г.Т., Инакова Б.Б., Солиева М.О., Махмудова Б.Ш. Задержка нервно-психического развития (НПР) у недоношенных детей
- 84 Нуритдинова Г.Т., Инакова Б.Б., Хакимов Ш.К., Махмудова Б.Ш. Причинные и способствующие факторы недоношенности со стороны матерей
- 87 Авезова Г. Распространенность врожденных аномалий в Сурхандарьинской области
- 92 Сирождидинов У.К., Самсаков Ф.Т., Расулов А.Ф., Ортиков А.Б., Дадабоев Б.Д. Характер тактики лечения и особенности диагностики у больных при пилородуоденальной язвенной кровотечением
- 95 Орзиев З.М., Юлдашева Д.Х., Жумаева А.А., Жумаева З.Ж. Особенности клинко-эндоскопической картины гастроэзофагеальной рефлюксной болезни с учетом характера рефлюксата
- 102 Турсунов М.К. Вопросу о терапии преждевременной эякуляции
- 107 Тухтаров Б. Э., Бегматов Б.Х. О применении биологически активной добавки к пище – ноглюкина в питании профессиональных спортсменов

Хамракулова М.А., Садиқов А.У., 111 Убайдуллаева Н.Ф. Багира пестициди билан суринкали заҳарланганда қон ва жигарнинг биокимёвий кўрсаткичлари ҳолатига миллий таомларнинг таъсир хусусиятлари

Хамракулова М.А., Садиқов А.У., Убайдуллаева Н.Ф. Влияние национальных блюд на биохимические показатели крови и печени при хронической интоксикации пестицидом багира

Искандарова Г.Т., Раҳманова Ж.А., Зоирова Н.Т. Стоматология йўналиши бўйича даволаш-профилактика муассасаларида санитария гигиена талаблари

Искандарова Г.Т., Раҳманова Ж.А., Зоирова Н.Т. Санитарно-гигиенические требования к лечебно-профилактическим учреждениям стоматологического профиля

Маматқулов Б., Уразалиева И.Р., Раманова Д.Ю. Олий ўқув юртлари студентларида соғлом турмуш тарзини шакллантириш

Маматқулов Б., Уразалиева И.Р., Раманова Д.Ю. Формирование здорового образа жизни у студентов высших учебных заведений

Мирахмедова Х.Т., Дадабаева Н.А., Рамазонова Н.А. Остеоартритда йирик бўғимлар жароҳатланишининг ўзига хос кечиши

Мирахмедова Х.Т., Дадабаева Н.А., Рамазонова Н.А. Особенности течения остеоартрита крупных суставов

Хушназаров Х.Х. Қалқонсимон беги хавфли ўсмаларини аниқлаштирувчи ташхисотида кўп параметрли ультратовуш текширувнинг ўрни ва муҳимлигини аниқлаш

Хушназаров Х.Х. Роль и значение мультипараметрического ультразвукового исследования в уточняющей диагностике рака щитовидной железы

Хамракулова М.А., Эргашева Н.О., Садиқов А.У. Кимёвий ва физик омиллар таъсирида бош мия митохондриясининг тўқима нафаси ва оксидланиш-фосфорланиш ҳолати

Хамракулова М.А., Эргашева Н.О., Садиқов А.У. Состояние тканевого дыхания и окислительного фосфорилирования митохондрий головного мозга при воздействии химических и физических факторов

Расулов Х.А., Примова Г.А., Хидирова Г.О. Экспериментал гипотиреозда каламушлар сон суяги элементларининг хусусиятлари

Расулов Х.А., Примова Г.А., Хидирова Г.О. Особенности элементов бедренной кости у крыс в экспериментальном гипотиреозе

Искандаров А.Б. Трикотаж ишлаб чиқаришда ишловчи аёлларнинг меҳнат шароитини марказий асаб тизими ва диққат функциясини кўрсаткичлар динамикасига таъсир қилиши

Искандаров А.Б. Влияние условий труда работников трикотажных производств на динамику показателей центральной нервной системы и функции внимания

ТИББИЙ ТАЪЛИМ

Мирджураев Э.М., Акилов Д.Х. Носпецифик бел оғриқларини ташхислаш ва даволашга замонавий ёндашув

МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Мирджураев Э.М., Акилов Д.Х. Современный подход к диагностике и лечению неспецифических болей в спине

ТИББИЁТ ЯНГИЛИКЛАР, ИЛМИЙ МУШОХАДАЛАР

Ризаев Ж.А., Юнусходжаева М.К. Пародонтитнинг агрессив шаклларини замонавий даволаш усулларининг таҳрири

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ, НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

Ризаев Ж.А., Юнусходжаева М.К. Обзор современных методов лечения агрессивных форм пародонтита

ЮБИЛЕЙЛАР

ЎР ФА ва РФ АМТН академиги профессор Искандаров Тўлқин Искандарович юбилейига

ЮБИЛЕИ

К юбилею Академика АН РУз и АМТН РФ профессора Искандарова Тулқин Искандаровича

Субхонқулов Ислому Субхонқулович 80 ёшда

80 лет Султонқулову Ислому Субхонқуловичу

ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ ЖУРНАЛИ

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТЕОАРТРИТА КРУПНЫХ СУСТАВОВ

Мирахмедова Х.Т., Дадабаева Н.А., Рамазонова Н.А.
(ТМА)

Целью исследования явилось изучение особенности течения ОА коленных и тазобедренных суставов. Обследовано 77 больных ОА, средний возраст составлял $67,9 \pm$ лет. Мужчин было 24,7%, женщин – 75,3%. Распространенность и прогрессирование ОА ассоциированы не только с возрастом, но и полом. В основном ОА отмечался в возрасте старше 45 лет, преобладал у женщин (80,5%). Частота ОА в семьях больных и у лиц с избыточной массой тела отмечался в 2 раза выше. Установлено также, что важнейший фактор риска развития ОА крупных суставов является ожирение. У 59,7% больных страдали ожирением II-III ст. Коксартроз у всех больных был 2-х сторонним, гонартроз у 58,5%. Повышение СОЭ наблюдалось у 55,8%, СРБ у 28,6%. Остеопороз и остеопения отмечена у 31,1% больных ОА.

Ключевые слова: остеоартрит, больные, суставы.

ОСТЕОАРТРИТДА ЙИРИК БЎҒИМЛАР ЖАРОҲАТЛАНИШИНИНГ ЎЗИГА ХОС КЕЧИШИ

Тадқиқот мақсади тизза ва чаноқ сон бўғимининг ўзига хос кечиш хусусиятларини ўрганиш. ОА билан 77та бемор текширувдан ўтказилди, ўрта ёши $67,9 \pm 0,99$ ёш. Эркаклар 24,7%, аёллар – 75,3% ташкил қилди. ОА тарқалиши ва авж олиши нафақат ёшга, балки жинсга ҳам боғлиқ бўлиб, асосан 45 ёшдан катталарда учради (80,5%). Тана вазни юқори бўлган ОА билан касалланган оилаларда бўғим жароҳати 2 марта кўпроқ кузатилди. ОАнинг йирик бўғимлар билан жароҳатланишида семизлик хавф омилидан бирилиги эканлиги аниқланди. 59,7% беморларда семизликни II-III дар. борлиги кузатилди. Коксартрозда ҳамма беморларда, гонартрозда эса 58,5% жароҳатланиш икки томонлама бўлди. ЭЧТ 55,8%, СРО 28,6% беморларда ошиши кузатилди. Остеопороз ва остеопения 31,1% аниқланди.

Калит сўзлар: остеоартрит, беморлар, бўғимлар.

FEATURES OF OSTEOARTHRITIS OF LARGE JOINTS

The purpose of the study was to study the peculiarities of OA of the knee and hip joints. 77 patients with OA were examined, the mean age was 67.9 ± 0.99 years. Men were 24.7%, women - 75.3%. The prevalence and progression of OA are associated not only with age, but also with sex. Basically, OA was observed at the age of 45 years, prevailed in women (80.5%). The frequency of OA in families of patients and in overweight people was noted 2 times higher. It has also been established that the most important risk factor for the development of large joints OA is obesity. In 59.7% of patients were obese II-III century. Coxarthrosis in all patients was 2-way, gonarthrosis in 58.5%. ESR increase was observed in 55.8%, CRP in 28.6%. Osteoporosis and osteopenia was observed in 31.1% of patients with OA.

Keywords: osteoarthritis, patients, joints.

Остеоартрит (ОА) – хроническое прогрессирующее дегенеративно-дистрофическое заболевание суставов, характеризующееся дегенерацией суставного хряща, пролиферативной реакцией хрящевой и костной ткани с изменениями субхондральной кости и наличием краевых остеофитов, а также явно или скрыто протекающим реактивным синовитом [5]. Он занимает главенствующее положение среди заболеваний суставов, на него приходится до 70 % в структуре всех ревматических болезней. Истин-

ную распространенность трудно оценить, поскольку клиническая симптоматика далеко не всегда коррелирует с данными рентгенографии суставов, магнитно резонансной томографии, ультразвуковых методов, а также с макро и микроскопическими показателями, полученными при артроскопии или биопсии синовиальной оболочки [1]. Хорошо известно, что многие рентгенпозитивные больные не имеют клинических симптомов ОА и, напротив, при выраженной клинической картине этого заболевания может наблюдаться рентгенонегативность. ОА значительно ухудшает качество жизни больных, так как поражаются нагрузочные суставы (коленные и тазобедренные), что способствует потери трудоспособности и инвалидности представляя серьезную социально-экономическую проблему, уступая в этом отношении только ишемической болезни сердца [3]. По данным литературы в последние годы отмечен не только рост ОА, но и ее омолаживание. ОА тазобедренных суставов обычно развивается после сорока лет чаще у женщин, но стал поражать и лиц от 25 до 45 лет, причем регистрируется увеличение уже в этом возрасте прогрессирующих стадий [4]. Коксартроз в 60 % случаев приводит к снижению работоспособности и в 11,5 % – к инвалидности. Вышеизложенное свидетельствует о высокой медицинской и социально-экономической значимости проблемы.

Цель исследования: Изучить особенности течения ОА коленных и тазобедренных суставов.

Материал и методы исследования. Обследовано 77 больных ОА, находившихся на лечении в 1 клинике ТМА в отделении ревматологии. Возраст обследованных больных колебался от 39 до 81 лет, в среднем составлял $67,9 \pm 0,99$ лет. Из 77 больных, мужчин было 24,7%, женщин – 75,3%. Диагноз ОА ставился согласно критериям ACR и был подтвержден рентгенологически у всех больных. Больным проведены клинические (уточняли клинические проявления суставного синдрома, характер течения заболевания), лабораторные (ОАК, ОАМ, СРБ, АСЛО, РФ) и инструментальные исследования (рентгенография, МРТ, рентгенденситометрия).

Суставной синдром оценивали по числу болезненных и припухших суставов; интенсивности боли в суставах пациентом в покое и движении по ВАШ, мм и функциональную способность по индексу Лекена. Проводилась оценка антропометрических параметров: рост, масса тела, ИМТ по формуле Кеттле ($\text{кг}/\text{м}^2$), окружности талии и бедер. Рентгенологическую стадию ОА определяли при помощи критериев J.H. Kellgren и J.S. Lawrence.

Результаты и обсуждение:

Среди значимых факторов риска развития ОА выделили возраст, наследственную предрасположенность (особенно в случае генерализованного ОА с узелками Гебердена и Бушара), избыточную массу тела (страдали, как правило, нагружаемые суставы-коленные и тазобедренные), конституциональные факторы (пол, раса, минеральная плотность костной ткани), аномалии развития костно-мышечной системы (слабость мышц, нарушение оси сустава, дисплазию соединительной ткани, гипермобильность суставов), профессиональные факторы (микротравматизация, вибрация и др.), дисгормональные нарушения [2,6].

Возраст - основное условие для развития первичного ОА, которое рассматривали как возраст - ассоциированное заболевание.

Таблица 1

Распределение ОА в зависимости от пола и возраста больных

возраст	гонартроз n=53(68,8%)		коксартроз n=24(31,2%)		всего n=77		
	жен n=44 (83%)	муж n=9 (17%)	жен n=18 (75%)	муж n=6 (25%)	жен n=62 (80,5%)	муж n=15 (19,5%)	итого n=77

Молодой 30-44лет	2	1	3	4,8	3	3,9				
Средний 45-59лет	15	3	4	3	19	30,6	6	40	25	32,5
Пожилой 60-70лет	22	4	9	3	31	50	7	46,6	38	49,3
Старый >75лет	5	2	4	9	14,5	2	13,4	11	14,3	

Распространенность и прогрессирование ОА ассоциированы не только с возрастом, но и полом (таб.1). В основном ОА у наших больных отмечался в возрасте старше 45 лет. Гонартроз и коксартроз преобладал у женщин составляя 80,5%. В целом женщины болеют ОА в 4 раза чаще мужчин, что позволяет предполагать значение дефицита эстрогенов в патогенезе болезни. У женщин по сравнению с мужчинами чаще наблюдался сочетание ОА коленных суставов с другими суставами.

Полученные нами результаты совпадают с литературными данными и свидетельствуют о специфичности данной патологии для лиц женского пола и у людей старших возрастных групп (среднего и пожилого возраста).

Длительность ОА варьировала от 1 года до 25 лет, до 2-х лет у 27,2% и более 2-х лет у 72,7% больных.

Частота ОА в семьях больных и у лиц с избыточной массой тела отмечался в 2 раза выше. Установлено также, что важнейший фактор риска развития ОА крупных суставов является ожирение. Еще в исследовании D. Felson [8] показано, что у мужчин и женщин с индексом массы тела 30-35 кг/м² в 4 раза возрастает частота развития ОА коленных суставов по сравнению с людьми нормальным индексом массы тела. Позднее отмечено, что течение ОА утяжеляет не только повышение статической нагрузки на сустав, но и дисбаланс гормонов белой жировой ткани, т.к. жировая ткань выступает источником провоспалительных цитокинов, а рецидивирующее течение синовита, сопровождающего ОА, в свою очередь, способствует прогрессированию дегенеративно-дистрофических процессов в хрящевой ткани суставов [2,9]. У 46 больных наблюдалась избыточная масса тела, и они страдали ожирением II-III ст.

Коксартроз у всех больных был 2-х сторонним, гонартроз у 58,5%. У остальных 41,5% гоноартрозом наблюдалось одностороннее поражение. Сочетание гонартроза с поражением локтевого сустава наблюдалось у 11,6%, плечевого у 15,5%, с поражением кистей у 18,1%, стоп (первого плюснефалангового сустава) у 23,3% больных. Сочетание поражения коленного сустава и тазобедренных суставов наблюдалось у 27,2% больных.

ОА коленных суставов проявлялся выраженными болями приводящими к нарушению их функций. Жалобы на боли в коленном суставе механического и стартового характера были выявлены у 90,5% пациентов, из которых у 62,2% отмечалась утренняя скованность в суставе, длившаяся не более 20 мин, а у 52,8% ограничение подвижности. ОА коленных суставов, сопровождался синовитом у 72% больных. У них отмечалось увеличение коленного сустава в объеме из-за наличия экссудата. Синовит проксимальных и дистальных суставах кисти при наличии узелков Гебердена и Бушара отмечен у 10,4% больных. Крепитация и грубый хруст в коленных суставах отмечались у 90,5% больных, у 32% отклонение коленного сустава (genu valgum).

До сих пор не выделен какой-то один фактор ответственный за развитие ОА тазобедренного сустава. Вероятнее всего развитие коксартроза необходимо расценивать как следствие влияния на него «ассоциаций» различных биологических и механических факторов, таких как метаболические расстройства, генетическая или

наследственная предрасположенность, возраст, аномалии развития сосудов, наличие избыточного веса и неблагоприятные условия окружающей среды и труда, а так же сопутствующие заболевания. Так же к факторам способствующим развитию заболевания следует относить и патологически измененный процесс репарации структур сустава в ответ, на какой либо повреждающий агент [2,7]. У половины больных коксартрозом заболевание было связано с дисплазией тазобедренных суставов. У больных с поражением тазобедренных суставов отмечались боль в суставах, боль паху и ягодице, сочетающаяся с ограничением внутренней ротации и сгибания. Укорочение конечностей выявлено у 45,8% больных с поражением суставов. Болевой синдром всегда был связан с физической нагрузкой и, как правило, возникал в течение нескольких секунд или минут после начала движений в суставе.

Выраженность боли в суставе по ВАШ в покое составляла $4,9 \pm 0,21$ см, а при ходьбе – $7,7 \pm 0,4$ см. Суммарный балл болевого синдрома и функциональной недостаточности по шкале WOMAC составили $356,4 \pm 46,4$ и $948,8 \pm 39,7$ соответственно. У больных ОА в основном отмечалась II степень ФНС – у 70,1%, I и III степень у 15,6% и 13,0% соответственно обследованных.

Изменение лабораторных показателей проявлялось увеличением СОЭ и СРБ. Повышение СОЭ наблюдалось у 55,8%, СРБ у 28,6%. Остеопорозы остеопения отмечена у 31,1% больных ОА. На основании рентгенологического исследования у 19% больных установлена I рентгенологическая стадия, у большинства II-67% и у 14%-III.

При ОА нижних конечностей чаще страдают коленные суставы. Среди больных особенно при гонартрозе преобладали женщины, чаще в возрасте старше 60 лет. Длительность заболевания в основном была больше 2-х лет, особенно у больных гонартрозом. Коксартроз у всех больных был 2-х сторонним, а гонартроз протекал как полиартроз в сочетании с поражением тазобедренных суставов, суставов верхних конечностей и особенно стоп. У половины больных коксартрозом заболевание было связано с дисплазией тазобедренных суставов. Болевой синдром у всех сопровождался синовитом, который чаще отмечался у больных гонартрозом. Нарушение кальциевого обмена выражалось остеопенией и остеопорозом. У большинства больных была II рентгенологическая стадия ОА.

Литература

1. Галушко Е.А. Медико-социальная значимость ревматических заболеваний: дисс. ... канд. мед. наук. - М., 2011. - 204 с.
2. Кашеварова Н.Г., Алексеева Л.И. Факторы риска прогрессирования остеоартроза коленных суставов. Научно-практическая ревматология. 2014;52(5):553-561.
3. Насонов Е.Л. Новый взгляд на этиопатогенез остеоартроза// Consilium medicum. -2007.- экстр. выпуск. - С. 3-7.
4. Поликлиническая терапия: учеб. пособие / М.В. Зюзенков [и др.]; под общ. ред. М.В. Зюзенкова. – Минск: Выш. шк., 2012. – 608 с.
5. Ревматология: Клинические рекомендации / под ред. Акад. РАМН Е.Л. Насонова. – 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 752 с.
6. Удовика М.И. Диациреин как препарат выбора в терапии остеоартроза коленных суставов с вторичным рецидивирующим синовитом. Научно-практическая ревматология. 2015;53(6):614-618.
7. Bruyere O., Cooper C. et al. An algorithm recommendation for the management of knee osteoarthritis in Europe and internationally. – A report from a task force of the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO)/Seminars in Arthritis and Rheumatism.-2014.-P.2-11.
8. Felson D.T., Zhang Y., Hannan M.T., Naimark A. et al. Risk factors for incident radiographic knee osteoarthritis in the elderly: the Framingham study// Arthritis & Rheumatism. - 1997.