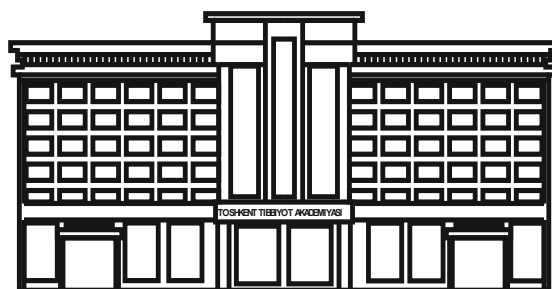


ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2023 №4

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
AXBOROTNOMASI



В Е С Т Н И К
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент

СОДЕРЖАНИЕ	CONTENT	
НОВЫЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ	NEW PEDAGOGICAL TECHNOLOGIES	
Zakirova M.M. ONLAYN MA'RUZA KURSINI ISHLAB CHIQISH MUAMMOLARI VA XUSUSIYATLARI	Zakirova M.M. PROBLEMS AND PECULIARITIES OF ONLINE LECTURE COURSE DESIGN	9
ОБЗОРЫ	REVIEWS	
Абдурахманов М.М., Умаров Б.Я., Абдурахманов З.М. ДИАГНОСТИКА ДИСФУНКЦИИ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ В УЛУЧШЕНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ СОННЫХ АРТЕРИЙ	Abdurakhmanov M.M., Umarov B.Ya., Abdurakhmanov Z.M. DIAGNOSIS OF DYSFUNCTION OF THE VASCULAR ENDOTHELIUM IN IMPROVING THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF ATHEROSCLEROTIC LESIONS OF THE CAROTID ARTERIES	14
Азимова Б.Ж., Хаширбаева Д.М. ТУХУМДОНЛАР ПОЛИКИСТОЗИ СИНДРОМИДА КУЗАТИЛАДИГАН ГОРМОНАЛ ЎЗГАРИШЛАР ВА УНИНГ ОҚИБАТЛАРИ	Azimova B.J., Khashirbayeva D.M. HORMONAL CHANGES IN POLYCYSTIC OVARIAN SYNDROME AND ITS COMPLICATIONS	17
Акбаров М.М., Исматуллаев З.У., Джуманиёзов Д.И. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЛИКЕМИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ, СНИЖЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА И РЕМИССИЯ ДИАБЕТА	Akbarov M.M., Ismatullaev Z.U., Dzhumaniyozov D.I. CLINICAL OUTCOMES OF METABOLIC SURGERY: EFFICACY OF GLYCEMIC CONTROL, WEIGHT LOSS AND REMISSION OF DIABETES	20
Ашуров З.Ш., Ядгарова Н.Ф., Шадманова Л.Ш., Таджибаев А.А., Лян Е.М. НАРУШЕНИЯ АВТОБИОГРАФИЧЕСКОЙ ПАМЯТИ ПРИ ДЕПРЕССИИ	Ashurov Z.Sh., Yadgarova N.F., Zokirov M.M., Tolipova N.Sh., Tadjibayev A.A., Lyan Y.M. AUTOBIOGRAPHICAL MEMORY DISORDERS IN DEPRESSION	25
Бебитов С.А., Маджидова Ё.Н., Мусаев Т.С. УМУРТҚА ПОҒОНАСИ ДЕГЕНЕРАТИВ КАСАЛЛИГИГА БИОЛОГИК ЁНДОШУВ ВА ДАВОЛАШДА ТРОМБОЦИТЛАР БИЛАН БОЙИТИЛГАН ПЛАЗМАНИНГ АҲАМИЯТИ	Bebitov S.A., Majidova Y.N., Musaev T.S. BIOLOGICAL APPROACH TO THE DISK DEGENERATIVE DISEASE AND THE IMPORTANCE OF PLATELET RICH PLASMA IN TREATMENT	30
Ганиева Ш.Ш., Жарылкасынова Г.Ж. ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ СИНТРОПИИ	Ganieva Sh.Sh., Jarilkasinova G.J. IMMUNO-INFLAMMATORY ASPECTS OF CARDIOVASCULAR SYNTROPY	36
Каримов Ш.И., Ирнazarов А.А., Юлбарисов А.А., Алиджанов Х.К., Джуманиязова Д.А., Абдурахмонов С.Ш., Миркомиллов Э.М., Носиржонов Б.Т. РОЛЬ И МЕСТО ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ОКСИМЕТРИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ МУЛЬТИФОКАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ	Karimov Sh.I., Irnazarov A.A., Yulbarisov A.A., Alidjanov X.K., Dzhumaniyazova D.A., Abduraxmoanov S.Sh., Mirkomilov E.M., Nosirjonov B.T. THE ROLE AND PLACE OF CEREBRAL OXIMETRY IN THE DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF MULTIFOCAL LESIONS OF THE BRACHIOCEPHALIC ARTERIES	39
Назаров Ж.С.Э. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОНКОГЕНЕЗА ПРИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ	Nazarov J.S.E. IMMUNOLOGICAL AND MICROBIOLOGICAL ASPECTS OF ONCOGENESIS IN PAPILOMAVIRUS INFECTION	46
Ризаев Ж.А., Ахмедов А.А., Марупова М.Х. ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ И ЕЕ СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ	Rizaev Zh.A., Akhmedov A.A., Marupova M.Kh. ORGANIZATION OF THE ACTIVITIES OF THE DENTAL CLINIC AND ITS STRUCTURAL DIVISIONS	51
Rustamova M.T., Xaytimbetov J.Sh, Xayrullaeva S.S. ALKOGOLSIZ YOG'LI JIGAR KASALLIGI RIVOJLANISHIDA XAVF GURUHLARINI ANIQLASH	Rustamova M.T., Khaitimbetov Zh.Sh., Khairullaeva S.S. IDENTIFICATION OF RISK GROUPS FOR THE DEVELOPMENT OF NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE	58

Хайитов И.Б., Эрназаров Х.И., Маликов Н.М., Зохиоров А.Р. ЭХИНОКОКК И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ В ХИРУРГИИ	Khaitov I.B., Ernazarov Kh.I., Malikov N.M., Zohirov A.R. ECHINOCOCCUS AND ITS IMPORTANCE IN SURGERY	62
Худаёров М.С., Абдурахмонов О.Б., Хатамов Ш.Н. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ	Khudayorov M.S., Abdurakhmonov O.B., Khatamov Sh.N. DIFFERENTIATED THYROID CANCER: CURRENT VIEWS ON DIAGNOSIS AND TREATMENT	66
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА		EXPERIMENTAL MEDICINE
Ботиров М.Т., Норматова Ш.А., Мамажонов М.М., Холматов И.Х. СО-СР АСОСИДАГИ ИМПЛАНТЛАРНИНГ БИОЛОГИК МОСЛАШУВЧАНЛИГИНИ ЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ	Botirov M.T., Normatova Sh.A., Mamazhonov M.M., Kholmatov I.Kh. THE RESULTS OF THE STUDY OF BIOCOMPATIBILITY OF IMPLANTS BASED ON CO-CR	72
Мансуров Ш.Ш., Садыков Р.А., Касымов А.Л. ВОЗДЕЙСТВИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ЛОКАЛЬНОГО ГЕМОСТАЗА И ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ НА ГИСТОСТРУКТУРУ ТКАНЕЙ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ	Mansurov Sh.Sh., Sadykov R.A., Kasymov A.L. IMPACT OF INTRAOPERATIVE LOCAL HEMOSTASIS AND LASER IRRADIATION ON THE HISTOSTRUCTURE OF TISSUES DURING EXPERIMENTAL SURGERY ON THE THYROID GLAND	77
Niyazov N.K., Akhmedova S.M., Nisanbaeva A.U. MANIFESTATIONS OF MORPHOLOGICAL CHANGES IN EXPERIMENTAL DIABETES MELLITUS	Niyozov N.K., Axmedova S.M., Nisanbaeva A.U. EKSPERIMENTAL QANDLI DIABETDA MORFOLOGIK O'ZGARISHLARNING NAMOYON BO'LISHI	84
Khaitbaev A.Kh., Nuraddinova M.V., Kurbanova N.N. THE ELEMENT ANALYSIS OF FERGANA, KHOREZM AND TASHKENT SPECIES OF EUPHORBIA MILIII	Xaitboev A.X., Nuraddinova M.V., Qurbonova N.N. EUPHORBIA MILIII NING FARG'ONA, XORAZM VA TOSHKENT TURLARINING ELEMENTAR TAHLILI	88
КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА		CLINICAL MEDICINE
Амонов Ш.Э., Ражабов А.Х., Файзуллаев Т.С. ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОГО РИНОСИНОСИТА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В	Amonov Sh.E., Razhabov A.Kh., Fayzullaev T.S. PREVENTION OF COMPLICATIONS OF CHRONIC RHINOSINUSITIS IN CHILDREN WITH CHRONIC HEPATITIS B	94
Закирова У.И., Максудова Л.Э. ФАРМАКОГЕНЕТИКА ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ	Zakirova U.I., Maksudova L.E. PHARMACOGENETICS IN RECURRENT BRONCHIAL OBSTRUCTION AND BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN	97
Isayev U.I., Ahmedov A.A. OLINGAN TISH BO'LAGIDAN FOYDALANIB ALVEOLYAR O'SIQ HAJMINI SAQLAB QOLISHNI TAKOMILLASHTIRISH	Isaev Yu.I., Akhmedov A.A. PRESERVATION OF THE VOLUME OF THE ALVEOLAR BARRIER USING AN EXTRACTED TOOTH FRAGMENT	103
Касимов У.К., Моминов А.Т., Маликов Н.М., Бобоев К.Х., Отажонов Ж.Х. ФАРГАЛС ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕКРОТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА	Kasimov U.K., Mominov A.T., Malikov N.M., Boboev K.Kh., Otajonov Zh.Kh. FARGALS IN THE TREATMENT OF NECROTIC INFECTIONS OF SOFT TISSUES AGAINST THE BACKGROUND OF DIABETES MELLITUS	108
Мазимова Д.Э., Хаялиев Р.Я. ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МАГНИТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ КОКСАРТРОЗА	Mazinova D.E., Khayaliev R.Ya. THE EXPEDIENCY OF USING MAGNETOTHERAPY IN THE COMPLEX TREATMENT OF COXARTHROSIS	114
Мирзаабдуллахожиева О.У., Зуфарова Ш.А. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН	Mirzaabdullakhozhieva O.U., Zufarova Sh.A. MANAGEMENT AND TREATMENT OF VIRAL HEPATITIS B IN PREGNANT WOMEN	118
Миррахимова М.Х., Саидхонова А.М. БОЛАЛАРДА АЛЛЕРГИК РИНИТИНГ БРОНХИАЛ АСТМА БИЛАН КОМОРИД КЕЧИШИННИНГ КЛИНИК-ИМУНОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ	Mirrahimova M.Kh., Saidkhonova A.M. CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL CHARACTERISTICS OF COMORBID PASSAGE OF ALLERGIC RHINITIS WITH BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN	122

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МАГНИТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ КОКСАРТРОЗА

Мазинова Д.Э., Хаялиев Р.Я.

KOKSARTROZNI KOMPLEKS DAVOLASHDA MAGNIT TERAPIYADAN FOYDALANISHNING MAQSADGA MUVOFIQLIGI

Mazinova D.E., Xayaliev R.Ya.

THE EXPEDIENCY OF USING MAGNETOTHERAPY IN THE COMPLEX TREATMENT OF COXARTHROSIS

Mazinova D.E., Khayaliev R.Ya.

Ташкентская медицинская академия

Maqsad: koksartrozni kompleks davolashda “sayohat qiluvchi” magnit maydon bilan past chastotali impulsli magnit terapiyani kiritishning maqsadga muvofiqligini baholash. **Material va usullar:** tadqiqotda Kellgren va Lowrense tasnifi bo'yicha I-III rentgen bosqichlarining birlamchi va post-travmatik koksartrozi bo'lgan 60 nafar bemor ishtirok etdi. Asosiy guruhga kuniga 15 mg dozada meloksikam, terapevtik mashqlar va “ALMAG-02” apparatidan magnetoterapiya olgan 40,16±20,35 yoshdagi 30 nafar bemor - 18 (60%) erkak va 12 (40%) ayol kirdi. Taqqoslash guruhi 30 bemordan tashkil topgan - 17 (56,7%) ayollar va 13 (43,3%) erkaklar 45,23±10,44 yoshda, ular har kuni 150 mg / kun dozada midokalm, terapevtik mashqlar qabul qildilar. Ular fizioterapiya muolajalarini olmaganlar. **Natijalar:** kompleks davolashning bardoshliligi bemorlar tomonidan a'lo va yaxshi deb baholandi, hech qanday yomonlashuv qayd etilmadi. Magnitoterapiya olgan bemorlar guruhida o'rganilayotgan parametrlarning ijobiy dinamikasi yanada aniqroq bo'ldi. Og'riq qoldiruvchi ta'sir 30 kun davom etdi ikkala guruhdagi bemorlarda terapiya to'xtatilgandan keyin 30 kun davom etdi, ammo asosiy guruhda aniqroq bo'ldi. **Xulosa:** dorilarni qo'llash bilan kompleks terapiya, jismoniy mashqlar terapiyasi va koksartroz uchun past chastotali impulsli magnit terapiya remissiyani saqlab qolish uchun uyda foydalanish usulini tavsiya qilish imkonini beradi.

Kalit so'zlar: koksartroz, magnetoterapiya, terapevtik mashqlar.

Objective: To assess the feasibility of including low-frequency pulsed magnetic therapy with a “traveling” magnetic field in the complex treatment of coxarthrosis. **Material and methods:** The study involved 60 patients with primary and post-traumatic coxarthrosis of I-III X-ray stages according to the Kellgren and Lowrense classification. The main group included 30 patients - 18 (60%) men and 12 (40%) women aged 40.16±20.35 years who received meloxicam at a dose of 15 mg/day, therapeutic exercises and magnetotherapy from the device “ALMAG-02”. The comparison group consisted of 30 patients - 17 (56.7%) women and 13 (43.3%) men aged 45.23±10.44 years who took mydocalm daily at a dose of 150 mg/day, therapeutic exercises. They did not receive physiotherapy procedures. **Results:** The tolerability of complex treatment was assessed by patients as excellent and good, no deterioration was noted. The positive dynamics of the studied parameters in the group of patients receiving magnetotherapy was more pronounced. The analgesic effect persisted for 30 days after discontinuation of therapy in patients of both groups, but was more pronounced in the main group. **Conclusions:** Complex therapy with the use of drugs, exercise therapy and low-frequency pulsed magnetic therapy for coxarthrosis in comorbid patients allows us to recommend a technique for home use in order to maintain remission.

Key words: coxarthrosis, magnetotherapy, therapeutic exercises.

Остеоартроз (артроз, остеоартрит – ОА) – группа заболеваний различной этиологии со сходными биологическими, морфологическими, клиническими проявлениями и исходом. В его основе лежит поражение всех компонентов сустава. В первую очередь возникают структурные изменения в хряще, затем в субхондральном участке кости, синовиальной оболочке, связках, капсуле, окружающих мышцах, которые развиваются постепенно, по мере дегенерации хряща. Несмотря на то, что ОА относится к дегенеративно-дистрофическим заболеваниям, определенную роль в его патогенезе играет асептическое воспаление, поэтому в современной литературе заболевание нередко именуется остеоартритом. Наибольшую медицинскую и социальную значимость имеет ОА крупных суставов нижних конечностей (коленных – гонартроз и тазобедренных – коксартроз) в связи с его высокой распространен-

ностью, серьезными функциональными нарушениями и высоким процентом инвалидизации [3].

Коксартроз – наиболее тяжелая форма остеоартроза. Он составляет около 40% всех случаев ОА, по частоте заболеваемости стабильно занимая 2-е место после гонартроза. Коксартроз – причина прогрессирующего и выраженного нарушения функции конечности, которое приводит к инвалидизации больного. Доля инвалидов по причине коксартрозов различного генеза составляет 20-30% всех нетрудоспособных лиц вследствие заболеваний суставов. По данным международной статистики, число больных коксартрозом среди населения нашей планеты колеблется, составляя 10-12% от всех пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата [6].

Тазобедренный сустав представляет собой крупное сочленение шарнирного типа. Его отличительными анатомическими особенностями являются

кровоснабжение преимущественно через круглую связку бедра и большой массив окружающих мышц, принимающих участие в стабилизации сустава. Патологические процессы в окружающих мышцах приводят к их гипотрофии с формированием сгибательно-приводящей контрактуры и стойкого болевого синдрома [1,2].

Поскольку при коксартрозе поражаются практически все ткани сустава и околоуставные структуры, лечение должно быть комплексным. Оно включает разгрузку сустава, нормализацию функции мышц, коррекцию метаболизма и кровообращения, снятие воспалительного процесса при синовите, купирование болевого синдрома, борьбу с контрактурами и улучшение функции пораженного сустава. В качестве терапии применяются коррекция режима, ортезирование, лечебная физкультура, механотерапия, мануальная и медикаментозная терапия, физиолечение [1,4].

Несмотря на многообразие используемых в лечении коксартроза препаратов, методов и средств достижения целевых показателей (уменьшение или исчезновение болевого синдрома, уменьшение деформации сустава и приводящей контрактуры со снижением гипертонуса мышц, улучшение опороспособности конечности, нарастание силы мышц на 25%), терапия этого заболевания остается трудной задачей [5].

Лица с выраженными симптомами и структурными повреждениями являются кандидатами на полную замену сустава. Использование и результаты замены суставов зависят от расовых и этнических различий. Лечение ОА включают физические упражнения, при необходимости снижение массы тела и обучение, при отсутствии противопоказаний дополненные местными или пероральными нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП). Внутрисуставные инъекции стероидов обеспечивают кратковременное облегчение боли, а дулоксетин продемонстрировал эффективность. Следует избегать опиатов. Клинические испытания показали многообещающие результаты для соединений, которые останавливают структурное прогрессирование (например, ингибиторы катепсина К, ингибиторы Wnt, анаболические факторы роста) или уменьшают боль при ОА [7,8].

Все вышеуказанное определяет значимость поиска вариантов наиболее эффективного лечения коксартроза.

Цель исследования

Оценка целесообразности включения низкочастотной импульсной магнитотерапии «бегущим» магнитным полем в комплексное лечение коксартроза.

Эффективность и переносимость низкочастотной магнитотерапии «бегущим» магнитным полем, генерируемым аппаратом «АЛМАГ-02» (Россия) оценивали при проведении комплексного лечения первичного и посттравматического коксартроза. Критерии включения в исследование: возраст пациентов от 18 до 65 лет; наличие первичного и (или) посттравматического ОА коленных суставов I-III рентгенологической стадии по Kellgren и Lowrence; боль при движениях или в покое по визуальной ана-

логовой шкале (ВАШ) от 50 до 100 мм; суммарный индекс Лекена (The Lequesne Algofunctional Index) 4 балла; отсутствие противопоказаний к внутримышечному введению препаратов; отсутствие клинически значимых нарушений функции печени и почек; отсутствие анамнестических указаний на непереносимость применяемых в исследовании препаратов; подписанное информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения: IV рентгенологическая стадия ОА тазобедренных суставов; язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки в стадии обострения; наличие у пациента, помимо первичного ОА, воспалительной артропатии или системного заболевания соединительной ткани; применение антикоагулянтов прямого и непрямого действия.

Критериями эффективности терапии являлись снижение выраженности болевого синдрома по ВАШ и уменьшение значений индекса Лекена на 20,0%. Вначале оценивали исходные данные: боли в покое и при движениях, а также общего самочувствия по ВАШ; пациенты заполняли также вопросник оценки функциональной способности (суммарный индекс Лекена); кроме того, проводили физикальный осмотр пациента, оценивали результаты рентгенологического исследования тазобедренных суставов, МСКТ (если проводилось) и лабораторного обследования до начала терапии (биохимические показатели крови: АЛТ, АСТ, уровень креатинина, мочевины, глюкозы крови); проверяли соответствие критериев включения в исследование; назначали лечение. На 2-м этапе (визит 2 через 15 дней от момента визита 1) оценивали боль по ВАШ; нежелательные побочные реакции на фоне терапии; результаты контрольного лабораторного обследования. На 3-м этапе (визит 3 через 30 дней с момента визита 2) оценивали интенсивность боли в покое и при движениях по ВАШ, а также эффективность проведенной терапии по мнению пациента и врача; функциональную способность (суммарный индекс Лекена); проводился также физикальный осмотр пациента врачом.

Материал и методы

В исследовании приняли участие 60 пациентов с первичным и посттравматическим коксартрозом I-III рентгенологической стадии по классификации Kellgren и Lowrence, рандомизированные на 2 группы. В основную группу вошли 30 пациентов – 18 (60%) мужчин и 12 (40%) женщин в возрасте $40,16 \pm 20,35$ года, получавших мелоксикам в дозе 15 мг/сут, лечебную гимнастику (динамические упражнения с нагрузкой, статические упражнения для мышц-разгибателей и абдукторов бедра – большая ягодичная мышца, двуглавая мышца бедра, средняя и малая ягодичная мышцы, мышца, напрягающая широкую фасцию бедра) до появления чувства легкого утомления в мышцах (Маргазин В.А., 2017) и магнитотерапию от аппарата «АЛМАГ-02» в течение 20 минут в дозировке 48 мТл ежедневно, на курс 10 процедур, а также низкочастотную лазеротерапию на аппарате ЕМЕ lasermed 2200 (Италия), Количество процедур 8-10 ежедневно в течение 10 мин, частота 10 тыс.

Гц. Ультразвуковая терапия выполнялась на аппарате EME ultrasonic 1300-1500 (Италия). Количество процедур у одного пациента – 8-10 ежедневно. Частота импульсов 1 Мг, эффективная мощность 2 В/см² в течение 10 минут, используя препараты гидрокортизоновую мазь и хондроксид крем.

Группу сравнения составили 30 пациентов – 17 (56,7%) женщин и 13 (43,3%) мужчин в возрасте 45,23±10,44 года, ежедневно принимавшие миодокалм дозе 150 мг/сут, лечебную гимнастику (динамические упражнения с нагрузкой, статические упражнения для мышц-разгибателей и абдукторов бедра – большая яго-

дичная мышца, двуглавая мышца бедра, средняя и малая ягодичная мышцы, мышца, напрягающая широкую фасцию бедра) до появления чувства легкого утомления в мышцах. Пациенты группы сравнения процедуры физиотерапевтического лечения на фоне медикаментозного не получали. Курс лечения – 15 дней.

По основным демографическим и клиническим характеристикам группы пациентов были сопоставимы (табл. 1). В обеих группах преобладали пациенты со I и II рентгенологической стадией ОА коленных суставов. У 98% обследованных индекс массы тела составлял 25 и более.

Таблица 1

Клиническая характеристика пациентов

Показатель	Основная группа, n=30	Группа сравнения, n=30
Возраст, лет	40,16±20,35	45,23±10,44
Рентгенологическая стадия ОА по классификации Kellgren и Lowrenseaбс. (%)		
- I	5 (16,7)	8 (26,7)
- II	21 (70)	17 (56,7)
- III	4 (13,3)	5 (16,7)
Длительность заболевания, лет	1,75±3,25	2,35±3,40
Боль по ВАШ в покое до начала терапии, мм	57,05±9,54	53,66±9,71
Боль по ВАШ при ходьбе до начала терапии, мм	75,30±9,41	72,24±9,12

На фоне проводимой терапии у пациентов обеих групп достигнуто статистически значимое снижение уровня альгофункциональных показателей – интенсивности боли по ВАШ и индекса Лекена (табл. 2).

При оценке суммарного индекса Лекена на 2-м визите у пациентов обеих групп выявлено значительное улучшение функциональных показателей: уменьшилась продолжительность утренней скованности, увеличилась максимальная дистанция при ходьбе без боли и функциональная активность, ис-

чезли ночные боли. В основной группе отмечалась более выраженная положительная динамика. Через 30 дней после окончания терапии в обеих группах значительного нарастания интенсивности боли по ВАШ при ходьбе не отмечалось.

Интенсивность боли в покое по ВАШ в обеих группах к концу курса терапии (визит 2) уменьшилась минимальных значений. Через 30 дней после окончания курса терапии (визит 3) нарастания интенсивности боли по ВАШ в покое в обеих группах не наблюдалось).

Таблица 2

Исследуемые показатели у больных основной (числитель) и группы сравнения (знаменатель) на фоне терапии

Показатель	Исходные данные	2-й визит	3-й визит
Боль по ВАШ при ходьбе, мм	<u>75,30±9,41</u> 72,24±9,12	<u>35,600±5,243</u> 48,910±5,215	<u>34,270±5,056</u> 52,660±6,121
p	-	0,0001	0,0001
Боль по ВАШ в покое, мм	<u>56,12±9,52</u> 53,78±9,57	<u>23,90±4,89</u> 35,42±4,96	<u>27,2±5,4</u> 39,56±4,64
p	-	0,004	0,05
Индекс Лекена, баллы	<u>12,35±2,94</u> 11,95±2,12	<u>4,940±0,811</u> 7,840±0,671	<u>5,120±0,797</u> 7,620±0,591
p	-	0,008	0,001

При динамическом наблюдении через 30 дней после отмены терапии (визит 3) у пациентов основной группы нарастания индекса Лекена не отмечалось. У пациентов группы сравнения выявлено статистически значимое повышение индекса Лекена.

Обращает на себя внимание тот факт, что у больных основной группы положительная динамика показателей была более выраженной (боль по ВАШ в покое и при ходьбе, индекс Лекена), причем спустя 30 дней после окончания курса лечения увеличения индекса

Лекена, в отличие от контрольной группы, не произошло.

Выводы

1. Переносимость комплексного лечения оценивалась больными как отличная и хорошая, при этом ухудшения состояния не отмечалось, что позволяет применять использованные методики комплексной терапии коксартроза у пациентов с высокой коморбидностью. Положительная динамика изученных показателей в группе больных, получавших магнитотерапию, была более выраженной по сравнению с получавшими только лекарственные препараты и лечебную гимнастику. Обезболивающий эффект сохранялся в течение 30 дней после отмены терапии у пациентов обеих групп, но был более выраженным в основной группе.

2. Полученные результаты свидетельствуют о более высокой эффективности сочетания лекарственной терапии, лечебной физкультуры и низкочастотной импульсной магнитотерапии в комплексной терапии коксартроза, что позволяет рекомендовать включение ее в лечебные программы. Подтвержденная безопасность применения комплексной терапии с применением лекарственных препаратов, лечебной физкультуры и низкочастотной импульсной магнитотерапии коксартроза у коморбидных пациентов позволяет рекомендовать методику для домашнего применения с целью поддержания ремиссии.

Литература

1. Боголюбов В.М. Медицинская реабилитация. – Кн. II. – Изд. 3-е. – М.: Издательство БИНОМ, 2011. – 424 с.
2. Гросс Д. Физикальное исследование костно-мышечной системы. Иллюстрированное руководство/ Пер. с англ. – М.: Издательство Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011. – 472 с.
3. Лесняк О.М. Остеоартрит. Диагностика и ведение больных остеоартритом коленных и тазобедренных суставов: Клинические рекомендации. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 176 с.
4. Маргазин В.А., Ачкасов Е.Е., Коромыслов А.В. Лечебная физическая культура при заболеваниях суставов. – СПб: СпецЛит, 2017. – 223 с.
5. Пономаренко Г.Н. Физиотерапия: Нац. руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 864 с.
6. Попова Л.А., Сазонова Н.В., Волокитина Е.А. Коксартроз в структуре заболеваний опорно-двигательной системы: современный взгляд на этиологию, патогенез

и методы лечения // Гений ортопедии. – 2006. – №4. – С. 91-98.

7. Katz J.N., Arant K.R., Loeser R.F. Diagnosis and Treatment of Hip and Knee Osteoarthritis: A Review // J.A.M.A. – 2021. – Vol. 325, №6. – P. 568-578.

8. van Doormaal M.C.M., Meerhoff G.A., Vliet Vlieland T.P.M., Peter W.F. A clinical practice guideline for physical therapy in patients with hip or knee osteoarthritis // Musculoskeletal Care. – 2020. – Vol. 18, №4. – P. 575-595.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МАГНИТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ КОКСАРТРОЗА

Мазинова Д.Э., Хаялиев Р.Я.

Цель: оценка целесообразности включения низкочастотной импульсной магнитотерапии «бегающим» магнитным полем в комплексное лечение коксартроза. **Материал и методы:** в исследовании приняли участие 60 пациентов с первичным и посттравматическим коксартрозом I-III рентгенологической стадии по классификации Kellgren и Lowrense. В основную группу вошли 30 пациентов – 18 (60%) мужчин и 12 (40%) женщин в возрасте $40,16 \pm 20,35$ года, получавших мелоксикам в дозе 15 мг/сут, лечебную гимнастику и магнитотерапию от аппарата «АЛ-МАГ-02». Группу сравнения составили 30 пациентов – 17 (56,7%) женщин и 13 (43,3%) мужчин в возрасте $45,23 \pm 10,44$ года, ежедневно принимавшие мидокалм в дозе 150 мг/сут, лечебную гимнастику. Процедуры физиотерапевтического лечения они не получали.

Результаты: переносимость комплексного лечения оценивалась больными как отличная и хорошая, ухудшения состояния не отмечалось. Положительная динамика изученных показателей в группе больных, получавших магнитотерапию, была более выраженной. Обезболивающий эффект сохранялся в течение 30 дней после отмены терапии у пациентов обеих групп, но был более выраженным в основной группе. **Выводы:** комплексная терапия с применением лекарственных препаратов, лечебной физкультуры и низкочастотной импульсной магнитотерапии коксартроза у коморбидных пациентов позволяет рекомендовать методику для домашнего применения с целью поддержания ремиссии.

Ключевые слова: коксартроз, магнитотерапия, лечебная гимнастика.