

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2023 №5

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI  
**AXBOROTNOMASI**



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

Тошкент



Выпуск набран и сверстан на компьютерном издательском комплексе

редакционно-издательского отдела  
Ташкентской медицинской академии

Начальник отдела: М. Н. Аслонов

Редактор русского текста: О.А. Козлова

Редактор узбекского текста: М.Г. Файзиева

Редактор английского текста: А.Х. Жураев

Компьютерная корректура: З.Т. Алюшева

Учредитель: Ташкентская медицинская академия

Издание зарегистрировано в Ташкентском Городском управлении печати и информации

Регистрационное свидетельство 02-00128

Журнал внесен в список, утвержденный приказом № 201/3 от 30 декабря 2013года

реестром ВАК в раздел медицинских наук

Рукописи, оформленные в соответствии с прилагаемыми правилами, просим направлять

по адресу: 100109, Ташкент, ул. Фароби, 2,

Главный учебный корпус ТМА,

4-й этаж, комната 444.

Контактный телефон: 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru

rio@tma.uz

Формат 60x84 1/8. Усл. печ. л. 9,75.

Гарнитура «Cambria».

Тираж 150.

Цена договорная.

Отпечатано на ризографе  
редакционно-издательского отдела ТМА.

100109, Ташкент, ул. Фароби, 2.

Вестник ТМА № 5, 2023

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ**

**Главный редактор**

проф. А.К. Шадманов

**Заместитель главного редактора**

проф. О.Р.Тешаев

**Ответственный секретарь**

проф. Ф.Х.Иноятова

**ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ**

акад. Аляви А.Л.

проф. Билалов Э.Н.

проф. Гадаев А.Г.

проф. Жае Вук Чои (Корея)

акад. Каримов Ш.И.

проф. Татьяна Силина (Украина)

акад. Курбанов Р.Д.

проф. Людмила Зуева (Россия)

проф. Метин Онерчи (Турция)

проф. Ми Юн (Корея)

акад. Назыров Ф.Г.

проф. Нажмутдинова Д.К.

проф. Саломова Ф.И.

проф. Саша Трескач (Германия)

проф. Шайхова Г.И.

**Члены редакционноого совета**

проф. Акилов Ф.О. (Ташкент)

проф. Аллаева М.Д. (Ташкент)

проф. Хамдамов Б.З. (Бухара)

проф. Ирискулов Б.У. (Ташкент)

проф. Каримов М.Ш. (Ташкент)

проф. Маматкулов Б.М. (Ташкент)

проф. Охунов А.О. (Ташкент)

проф. Парпиева Н.Н. (Ташкент)

проф. Рахимбаева Г.С. (Ташкент)

проф. Хамраев А.А. (Ташкент)

проф. Холматова Б.Т. (Ташкент)

проф. Шагазатова Б.Х. (Ташкент)

Sadikova N.G., Botirova N.A. AYOLLARDA HAYZ OLDI SINDROMIDA PSIXOVEGETATIV BUZILISHLAR	Sadikova N.G., Botirova N.A. PSYCHOVEGETATIVE DISORDERS IN PREMENSTRUAL SYNDROME IN WOMEN	137
Джурова Э.Р., Дауренбекова А.Ш., Матчанов С.Х., Сидиков О.И., Атаков С.С. СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ДИАГНОСТИКУ ОСТЕОАРТРОЗА СУСТАВОВ КИСТЕЙ	Djuraeva E.R., Daurenbekova A.Sh., Matchanov. S.X, Sidikov O.I., Atakov S.S. MODERN VIEWS ON DIAGNOSTICS OF HAND'S JOINTS OSTEOARTHRITIS	139
Исмаилова Ф.Р., Рустамова М.Т., Тагаева М.Х., Рахматуллаева Г.К. ОСОБЕННОСТИ ВСТРЕЧАЕМОСТИ КОМБИНАЦИЙ ГЕНОТИПОВ ГЕНОВ HELICOBACTER PYLORI И ГЕНА ЦИТОКИНА IL6 (C174G) У БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ЯЗВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДКА	Ismailova F.R., Rustamova M.T., Tagaeva M.H., Rakhmatullayeva G.K. FEATURES OF OCCURRENCE OF COMBINATIONS OF GENOTYPES OF HELICOBACTER PYLORI GENES AND THE IL6 CYTOKINE GENE (C 174G) IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY PEPTIC ULCER DISEASES OF THE STOMACH	142
Абдураззакова Д.С., Набиева Д.А., Матчанов С.Х. КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ РАННИМ ОСТЕОАРТРИТОМ	Abdurazzakova D.S., Nabieva D.A., Matchanov S.X. COMORBID CONDITIONS IN PATIENTS WITH EARLY OSTEOARTHRITIS	146
Nabieva D.A., Mahamatkhodzhaeva X.B., Yusupova G.SH. ANKILOZLOVCHI SPONDILOARTRIT ERTA TASHXISOTI	Nabieva D.A., Mahamatkhodzhaeva H.B., Yusupova G.SH. EARLY DIAGNOSIS OF ANKYLOSING SPONDYLITIS	149
Мирахмедова Х.Т., Мухсимова Н.Р., Саидрасулова Г.Б. ПСОРИАТИК АРТРИТ КЕЧИШИДА ЖИГАР НОАЛКОГОЛ ЁҒЛИ КАСАЛЛИГИДАГИ АДИПОЦИТОКИНЛАРНИНГ ЎЗАРО БОҒЛИҚЛИГИ	Mirakhmedova X.T., Mukhsimova N.R., Saidrasulova G.B. RELATIONSHIP OF ADIPOCYTOKINES WITH NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE IN PSORIATIC ARTHRITIS	154
Ризамухамедова М.З., Бердиева Д.У., Джурова Э.Р., Якубова Х.З. ЯРАЛИ КОЛИТДА ГАНГРЕНОЗ ПИОДЕРМИЯНИ ДАВОЛАШДА ИНФЛКСИМАБ САМАРАДОРЛИГИ	Rizamukhamedova M.Z., Berdieva D.U., Juraeva E.R., Yakubova H.Z. EFFECTIVENESS OF INFLIXIMAB IN THE TREATMENT OF PYODERMA GANGRENOUS IN ULCERATIVE COLITIS	159
Сагатова Д.Р. КЛИМАКТЕРИК ДАВРДАГИ ОСТЕОАРТРИТЛИ АЁЛЛАРНИ ДАВОЛАШДА БИОРЕГУЛЯТОР ДОРИ ВОСИТАЛАРНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҶОЛАШ	Sagatova D.R. ASSESSMENT OF THE EFFICIENCY OF BIOREGULATOR DRUGS IN THE TREATMENT OF OSTEOARTHRITIS IN THE CLIMACTERIC PERIOD	162
Mirahmedova X.T., Saidrasulova G.B., Mukhsimova N.R. ANKILOZLOVCHI SPONDILOARTRITNING RADIOLOGIK SIMPTOMLARI	Mirakhmedova Kh.T., Saidrasulova G.B., Mukhsimova N.R. RADIOLOGICAL SYMPTOMS OF ANKYLOSING SPONDYLITIS	170
Саидхонова А.М., Салаева М.С., Миррахимова М.Х., Парпибаева Д.А., Турсунова М.У., Эргашов Н.Ш. ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРОЗОМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	Saidkhonova A.M., Salayeva M.S., Mirrakhimova M.Kh., Parpibaeva D.A., Tursunova M.U., Ergashov N.S. THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS IN OUTPATIENT CONDITIONS	175
Сирлибоев И.А., Джурова Э.Р., Матчанов С.Х., Мансурова Н.Н. РАЗВИТИЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА ФОНЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ	Sirliboev I.A., Djuraeva E.R., Matchanov S.X., Mansurova N.N. DEVELOPMENT OF CAROTID ARTERY ATHEROSCLEROSIS IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS ON THE BACKGROUND OF PATHOGENETIC THERAPY	180

**ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРОЗОМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

Саидхонова А.М., Салаева М.С., Миррахимова М.Х., Парпибаева Д.А., Турсунова М.У., Эргашов Н.Ш.

**AMBULATOR SHAROITDA OSTEOARTROZLI BEMORLARNI HAYOT SIFATINI YAXSHILASH**

Saidxonova A.M., Salaeva M.S., Mirraximova M.X., Parpibaeva D.A., Tursunova M.U., Ergashov N.Sh.

**THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH OSTEOARTHRISIS IN OUTPATIENT CONDITIONS**

Saidkhonova A.M., Salayeva M.S., Mirrakhimova M.Kh., Parpibaeva D.A., Tursunova M.U., Ergashov N.S.

Ташкентская медицинская академия

**Цель исследования.** В статье рассматриваются вопросы повышения качества жизни больных остеоартрозом (ОА) в амбулаторных условиях, и характеристика наиболее эффективных методов лечебной физической культуры у больных.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось в 2017-2022 годах в семейной поликлинике № 9 города Ташкента с участием 60 больных 43-76 лет ( $56,52 \pm 2,4$ ), страдающих ОАом с длительностью заболевания от 1 до 25 лет ( $11,3 \pm 1,1$ ). В соответствии с рентгенологической стадией болезни, больные были разделены следующим образом: I и II стадии - 65% и 35%; III и IV стадии - 35%. Все больные были распределены на 2 группы: 1-группа (основная группа) состояла из 30 пациента, которые получали лечебная физическая культура, хондропротектор (1000 мг в сутки) *peros* в течение 3-х месяцев в комплексе с нестероидными противовоспалительными средствами (НПВС). 2-группу (контрольная группа) составили 30 больных, которые получали хондропротектор, НПВС.

**Выводы.** Таким образом, применение лечебная физическая культура в комплексе с общепринятой схемой лечения ОА в течение 3 месяцев, по сравнению с контрольной группой, достоверно уменьшает суставной синдром, боль, увеличивает функциональную способность, улучшилась физическая активность, общее состояние здоровья.

**Ключевые слова:** повышение качества жизни, остеоартроз, лечебная физическая культура, опросник SF-36.

**Tadqiqotning maqsadi.** Maqolada ambulatoriya sharoitida osteoartroz (OA) bilan og'riqan bemorlarning hayot sifatini yaxshilash masalalari va bemorlarda davolash jismoniy mashqlarning eng samarali usullarining xususiyatlari muhokama qilinadi.

**Materiallar va usullari.** Tadqiqot 2017-2022 yillarda Toshkent shahar 9-sonli oilaviy poliklinikada kasallikning kechishi 1 yildan 25 yilgacha ( $11,3 \pm 1,1$ ) bo'lgan osteoartroz kasalligi bilan og'riqan 60 nafar 43-76 yoshli ( $56,52 \pm 2,4$ ) bemorlar ishtirokida o'tkazildi. Kasallikning rentgenologik bosqichiga ko'ra bemorlar quyidagicha bo'lingan: I va II bosqichlar - 65% va 35%; III va IV bosqichlar - 35%. Barcha bemorlar 2 guruhga ajratilgan: 1-guruh (asosiy guruh) nosteroid yallig'lanishga qarshi vositalar (NYAQV) bilan birgalikda 3 oy davomida ichishga xondroprotektor (kuniga 1000 mg) va davolash jismoniy mashqlari olgan 30 ta bemordan iborat edi. 2-guruh (nazorat guruhi) xondroprotektor, NYAQV larni olgan 30 ta bemordan tashkil topdi.

**Xulosalar.** Shunday qilib, davolash jismoniy mashqlarini umumiy qabul qilingan OAni davolash sxemasi bilan birgalikda 3 oy davomida nazorat guruhiga nisbatan birgalikda qo'llash bo'g'im sindromi, og'riqni ishonchli darajada kamaytiradi, funksional qobiliyatni oshiradi, jismoniy faollik, salomatlikning umumiy holatini yaxshilaydi.

На сегодняшний день существует большая группа хронических заболеваний опорно-двигательного аппарата разной этиологии, но с одним патогенетическим механизмом воспалительно-дегенеративными изменениями всего тканевого комплекса суставов (хрящевой ткани, субхондральной кости, синовиальной оболочки, связок, капсулы, периартикулярных тканей) и сходными клиническими проявлениями, приводящими к глубокому нарушению структуры суставов с потерей хрящевой ткани и частичной или даже полной утратой их функции [3,1, 2].

Остеоартроз (ОА), имеет большое социально-экономическое значение из-за высокой распространенности, частого развития инвалидности больных, особенно старших возрастных групп, а

также связанного с этим снижения качества жизни пациентов [4].

ОА занимает второе место, уступив первую позицию остеопорозу, в рейтинге заболеваний костей и суставов, имеющих важнейшее медико-социальное значение [5,6,7]. Распространенность и заболеваемость ОА постоянно растут. Так, в 2012 году распространенность ОА составила в США 13,2 млн, Европе - 14,5 млн, Японии - 6,6 млн, то в 2016 г. среди населения в возрасте 65-70 лет показатель распространенности ОА коленных суставов превышает 1000 на 100 тыс. населения [8]. В соответствии с мировой статистикой, ОА занимает 2-е место по количеству дней и 3-е по количеству случаев временной нетрудоспособности среди лиц трудоспособного возраста.

В настоящее время в связи со значительным старением населения особенно актуальна проблема профилактики и лечения ОА, так как с возрастом происходит разбалансировка процессов репарации и деградации суставного хряща, которые в норме уравновешены [9,10].

**Цель исследования.** Изучение повышения качества жизни больных остеоартрозом (ОА) в амбулаторных условиях, и выбор эффективных методов лечебной физической культуры у больных.

#### Материалы и методы.

Контроль-случай. Исследование проводилось в 2017-2022 годах в семейной поликлинике № 9 города Ташкента с участием 60 больных 43-76 лет ( $56,52 \pm 2,4$ ), страдающих ОАом с длительностью заболевания от 1 до 25 лет ( $11,3 \pm 1,1$ ). В соответствии с рентгенологической стадией болезни, больные были разделены следующим образом: I и II стадии - 65% и 35%; III и IV стадии - 35%. Все больные были распределены на 2 группы: 1-группа (основная группа) состояла из 30 пациента, которые получали лечебная физическая культура, хондропротектор (1000 мг в сутки) peros в течение 3-х месяцев в комплексе с НПВС. 2-группу (контрольная группа) составили 30 больных, которые получали хондропротектор, НПВС. Пациенты обеих групп не имели существенных различий по возрасту, длительности заболевания и рентгенологической стадии заболевания. Эффективность лечения определялась ежемесячно по схеме: клиническое обследование - функциональный индекс WOMAC; лабораторное исследование крови - СОЭ, С-реактивный белок, трансаминазы, билирубин; рентгенологическое исследование пораженных суставов и определение показателей качества жизни опросника SF-36.

#### Результаты и обсуждения.

При анализе полученных результатов по изучению влияния лечебная физическая культура на заболевание было установлено, что клиническая эффективность наступает в среднем на 4 неделе и достигает максимума на 12 неделе. Так, в группе исследования количество больных, получающих

НПВС, к концу 3-месяца снизилось до 10% ( $p < 0,05$ ), как в группе контроля этот показатель составил 70% ( $p < 0,05$ ). Оценка лабораторной активности ОА включала себя качественное определение С-реактивного белка (СРБ), фибриноген, величины СОЭ. У 25 больных был ремиссия заболевания, а у 25 остальных больных установлена I степень активности заболевания (показатели СОЭ- $20,19 \pm 1,28$  мм/час, фибриноген- $4,07 \pm 0,17$  г/л, ( $p = 0,05$ ), СРБ+/-). Также нами был изучен функциональный индекс WOMAC. Так, при анализе боли по ВАШ до лечения средний индекс WOMAC составил 4,45, после лечения -0,80, снижение индекса составило 81,9% ( $p < 0,05$ ); ограничения движений до лечения средний индекс был равен 4,7, после лечения - 1,0, снижение индекса составило 78,7% ( $p < 0,05$ ). Средний индекс жизнедеятельности до лечения составлял - 4,69, после лечения - 1,27; снижение индекса - 72,6% ( $p < 0,05$ ). Снижение среднего функционального индекса WOMAC по всем критериям к окончанию лечения произошло на 75,3% ( $p < 0,05$ ). Из применяемых методик оценки функционального состояния больных ОА суставов наиболее тщательно изучена инвалидность индекса WOMAC, показавшего удовлетворительную достоверность к различным терапевтическим эффектам. Индекс WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities) «Osteoarthritis Index—WOMAC» был разработан для оценки специфических симптомов ОА (боли, тугоподвижности) и ограничения функции суставов нижних конечностей. В РКИ больных ОА, получавших ибупрофен или плацебо, WOMAC продемонстрировал большую способность обнаруживать различия в эффекте лечения относительно боли и физического функционирования на ряду с индексом Lekenі.

При статической обработке результатов общеклинических исследований в группе больных ОА суставов до и после лечения, наблюдается снижение показателей клинических симптомов (боль, утренняя скованность, функциональная недостаточность суставов). Данные результаты приведены в таблице 1 в сравнительном аспекта.

Таблица 1

Динамика клинических показателей больных ОА суставов

Показатели	До лечения		После лечения	
	Основная группа	Контрольная группа	Основная группа	Контрольная группа
Уровень боли в покое по ВАШ (мм)	$35,1 \pm 0,2$	$35,5 \pm 0,4$	$16,5 \pm 0,4$	$19,5 \pm 0,3$
Уровень боли при ходьбе по ВАШ (мм)	$79,3 \pm 1,5$	$80 \pm 1,3$	$29,5 \pm 1,4$	$31,3 \pm 1,9$
Индекс Лекена в (баллах)	$8,8 \pm 0,5$	$8,5 \pm 0,7$	$2,1 \pm 0,4$	$2,5 \pm 0,5$
Утренняя скованность по WOMAC (в минуту)	$20,5 \pm 2,2$	$20,1 \pm 2,8$	$13,3 \pm 3,1$	$16,1 \pm 2,8$

**Примечания.** Достоверности отличий от исходных значений: \* $p < 0,06$ , \*\* $p < 0,01$ .

Время ходьбы по прямой 30 метров (сек) в основной группе до лечения  $25,93 \pm 7,13$ , после лече-

ния  $14,9 \pm 7,4$ , в контрольной группе до лечения  $23,2 \pm 9,2$ , после лечения  $16,4 \pm 9,4$  (таб 2).

Таблица 2

### Время ходьбы по прямой 30 метров, сек

Группы	До лечения	После лечения
Основная группа (n=30)	$25,93 \pm 7,13$	$14,9 \pm 7,4$ (-9%)
Контрольная группа (n=20)	$23,2 \pm 9,2$	$16,4 \pm 9,4$ (-7%)

**Примечание:** данные представлены  $M \pm SD$ ,  $p < 0,05$

Время подъема и спуска по лестнице на 10 ступеней (сек.) В основной группе до лечения  $16,73 \pm 4,3$ , после лечения  $11,23 \pm 7,4$ , в контрольной

группе до лечения  $15,7 \pm 5,2$ , после лечения  $12,1 \pm 4,3$  (таб 3).

Таблица 3

### Время подъема и спуска по лестнице на 10 ступеней (сек.)

Группы	До лечения	После лечения
Основная группа (n=30)	$16,73 \pm 4,3$	$11,23 \pm 4,3$ (-5%)
Контрольная группа (n=20)	$15,7 \pm 5,2$	$12,1 \pm 4,3$ (-3%)

**Примечание:** данные представлены  $M \pm SD$ ,  $p < 0,05$ .

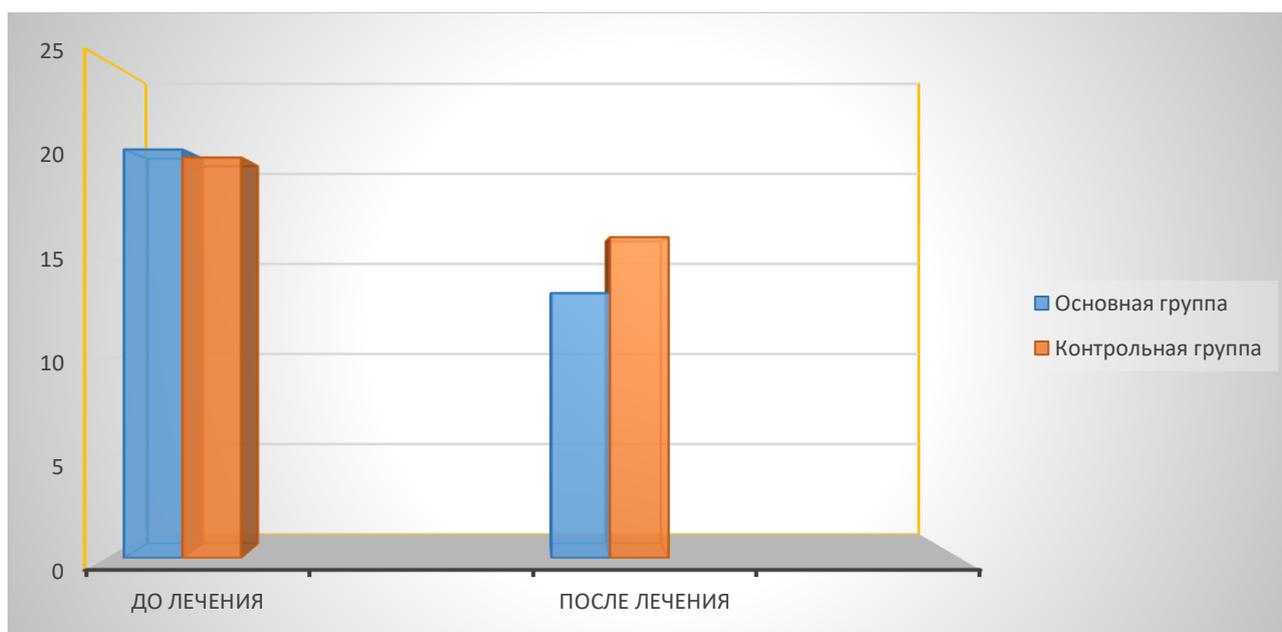
Положительная динамика функционального индекса по Lekeni отмечена (в основной группе  $17,1 \pm 1,2$  баллов до лечения,  $4,2 \pm 0,8$  баллов после курса лечения, в контрольной группе  $16,5 \pm 0,7$  баллов до лечения,  $5,5 \pm 0,5$  баллов после курса лечения). Улучшения динамики функционального индекса по Lekeni в основной группе -75%, в контрольной группе 68%.

Динамика продолжительности утренней скованности по индексу WOMAC (в основной группе

с  $20,5 \pm 2,2$  мин до начала лечения до  $13,3 \pm 3,1$  мин после курса лечения, в контрольной группе с  $20,1 \pm 2,8$  мин до начала лечения до  $16,1 \pm 2,8$  мин после курса лечения). Улучшения утренней скованности в основной группе 64%, в контрольной группе 40%. Таким образом, включение в лечение базисная терапия диета и ЛФК приводит к уменьшению утренней скованности по индексу WOMAC (рис 1).

1-рисунок

### Изменение выраженности утренней скованности по WOMAC (мм) в зависимости от проводимой терапии



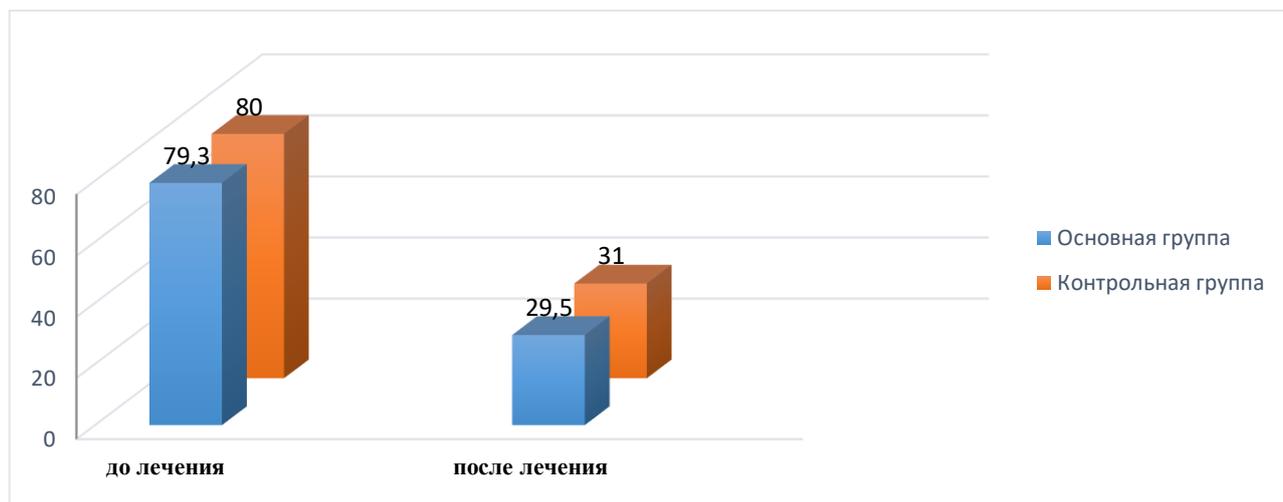
**Примечание:** достоверности отличий от исходных значений: \* $p < 0,06$ , \*\* $p < 0,01$

Наряду с вышеуказанными показателями значительно снизилась выраженность болевого синдрома по ВАШ в покое (в основной группе уменьшение суммы баллов с  $79,3 \pm 1,5$  до начала лечения до  $29,5 \pm 1,4$  после курса лечения, в контрольной группе уменьшение суммы баллов с  $80 \pm 1,3$  до начала лечения до  $31,3 \pm 1,9$  после курса лечения после курса лечения).

Выраженность болевого синдрома по ВАШ при ходьбе (в основной группе с  $73,5 \pm 4,5$  до начала лечения до  $25 \pm 1,9$  после курса лечения, контрольная группа с  $80 \pm 2,3$  до начала лечения до  $15 \pm 0,5$  после курса лечения). Таким образом, показатели по ВАШ улучшились у первой группы на 81 %, а у второй группы на 66% (рис 2).

2-рисунок

Динамика болевого синдрома в ходьбе по ВАШ системе



**Примечание:** достоверности отличий от исходных значений: \* $p < 0,06$ , \*\* $p < 0,01$ .

Положительная динамика функциональной недостаточности по индексу WOMAC отмечена (в основной группе  $63,5 \pm 1,8$  баллов до лечения,  $35,5 \pm 4,5$  баллов после курса лечения, в контрольной группе  $62,5 \pm 1,4$  баллов до лечения,  $45,5 \pm 0,8$  баллов после курса лечения). Улучшения динамики функционального индекса по WOMAC в основной группе 44%, в контрольной группе 27%.

По опросникам качества жизни SF-36 динамику у основной группы пациентов улучшились показатели, характеризующие физическое здоровье. Так, физическая активность (PF) улучшилась на 32,4 % ( $p < 0,05$ ), ролевое физическое функционирование (RP) — на 33,8 % ( $p < 0,05$ ), телесная боль (BP) — на 39,7 % ( $p < 0,05$ ), общее состояние здоровья (GH) — на 16,8 % ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Таким образом, применение лечебная физическая культура в комплексе с общепринятой схемой лечения ОА в течение 3 месяцев, по сравнению с контрольной группой, достоверно уменьшает суставной синдром, боль, увеличивает функциональную способность, улучшилась физическая активность, общее состояние здоровья.

#### Литература.

1. Арнот Б. Защити свои суставы / пер. с англ. И. В. Гродель. – М.: ООО Попурри, 2015. – 320 с. (Серия «Здоровье в любом возрасте»)
2. Бородулин С.Н., Братчикова В.А., Карягин В.В., Ачимов А.П. Применение интегрального показателя для оценки нарушения статодинамической

функции у больных с деформирующим остеоартрозом коленного сустава // Медико-социальная экспертиза и реабилитация, 2019. -N 1. -С.52-55.

3. Коваленко В.Н., Борткевич ОП. Остеоартроз. Практическое руководство. —Киев: Морион, 2018. —448 с.

4. Насонова ВА, Фоломеева ОМ. Медико-социальное значение XIII класса болезней для населения России // Научно-практическая ревматология. —2021.— №1.-С.7-11.

5. Поворознюк В.В. Остеоартроз: современные принципы лечения // Здоровье Украины. -2020.-№3 (9).— С.16-21.

6. Саидхонова А. М. Повышение качества жизни с деформирующим остеоартрозом путем оптимизации профилактических мер в условиях первичного звена здравоохранения //ББК 51я43. – 2016. – С. 183.

7. Саидхонова А. М. Роль антиоксидантов в комплексном лечении деформирующего остеоартроза //Фармакология разных стран. – 2017. – С. 37-39.

8. Яременко О.Б., Решотько ДА. и др. Новые возможности симптоматической противовоспалительной терапии ревматоидного артрита // "Здоров'я Украгни", Ревматология. Власне дослідження.— 2018. —№ 3.—С.38-45

9. Felson D.T. Osteoarthritis of the knee // N. Engl. J. Med.-2016.-Vol.354.—P.841-848.

10. Saidkhonova A. M., Mirraximova M. K., Kasimova M. B. Use of montelukast in the treatment of allergic rhi-

nititis in children //Journal of biomedicine and practice. – 2020. – Т. 6. – №. 5. – С. 205-210.

#### **THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS IN OUTPATIENT CONDITIONS**

Saidkhonova A.M., Salayeva M.S., Mirrakhimova M.Kh., Parpibaeva D.A., Tursunova M.U., Ergashov N.S.

**The purpose of the study.** The article devoted to the questions of the improving quality of life in outpatient clinic and characteristic of the most effective methods of therapeutic physical training in patients with osteoarthritis (OA).

**Materials and methods.** The study was conducted in 2017-2022 in the family polyclinic No. 9 of Tashkent city with the participation of 60 patients 43-76 years old ( $56.52 \pm 2.4$ ) suffering from osteoarthritis with a disease duration from 1 to 25 years ( $11.3 \pm 1.1$ ). According to the

radiological stage of the disease, the patients were divided as follows: I and II stages - 65% and 35%; III and IV stages - 35%. All patients were divided into 2 groups: group 1 (main group) consisted of 30 patients who received therapeutic physical culture, chondroprotector (1000 mg per day) peros for 3 months in combination with nosteroid antiinflammatory drugs (NSAIDs). Group 2 (control group) consisted of 30 patients who received a chondroprotector, NSAIDs.

**Conclusions.** Thus, the use of therapeutic physical culture in combination with the generally accepted OA treatment regimen for 3 months, compared with the control group, significantly reduces joint syndrome, pain, increases functional ability, improved physical activity, general health.

**Key words:** improving quality of life, osteoarthritis, healing fitness, questionnaire SF-36.

