

Ўзбекистон Республикаси  
Соғлиқни сақлаш вазирининг  
2025 йил "23" июндаги  
180-сонли буйруғига  
илова

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ**

**ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ**

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ТЕРАПИЯ ВА ТИББИЙ  
РЕАБИЛИТАЦИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**“ОСТЕОАРТРОЗ”  
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА  
МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМА**

**Тошкент – 2025**

«TASDIQLAYMAN»  
Toshkent tibbiyot akademiyasi  
rektori t. d., professor  
Sh.A. Boyumaradov



03.10.2025 2025 yil

**«ОСТЕОАРТРОЗ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА  
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ**

ТОШКЕНТ – 2025

**Мундарижа:**

<b>1.</b>	<b>Остеоартроз касаллигини ташхислаш ва даволаш</b>	<b>5-бет</b>
<b>2.</b>	Остеоартроз касаллигида тиббий аралашувлар	<b>35-бет</b>
<b>3.</b>	Остеоартроз касаллиги тиббий профилактикаси ва реабилитацияси	<b>42-бет</b>

**“ОСТЕОАРТРОЗ” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА  
ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ  
МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМА**

**Тошкент – 2025**

## 1. Кириш қисми.

Остеоартроз касаллиги долзарблигини инобатга олиб далилларга асосланган маълумотлар ва тавсияларни тиббиёт ходимларига тақдим этиш, касалликни эрта ташхислаш, олдини олиш ва даволаш бўйича ягона ёндашув тизимини ташкил этиш ва тадбиқ этиш. Ушбу протоколни ишлаб чиқиш учун Америка ревматологлари (ACR), Европа антиревматик лигаси (EULAR), Россия ревматологлар уюшмаси (APP) клиник кўрсатмалари асос қилиб олинди.

### Халқаро касалликлар классификатори – ХКК(МКБ)-10 коди:

(M15- M19)	Остеоартроз:
M15	Бирламчи тарқалган остеоартроз
M15.1	Геберден тугунлари;
M15.2	Бушар тугунлари
M16	Коксартроз;
M17	Гонартроз;
M18	1-чи қафт - бармоқ бўғимининг артрози
M19	Бошқа остеоартрозлар
<b>Юклаб олиш (ХКК (МКБ)дан хавола)</b>	<a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=12105">https://mkb-10.com/index.php?pid=12105</a>

Остеоартрит (ХКТ11)
ФА00 Сон остеоартрити
ФА00.0 Бирламчи сон остеоартрити
ФА00.1 Сон травматик остеоартрити ҳақида маълумот
ФА00.2 Соннинг бошқа иккиламчи остеоартрити
ФА00.3 Аниқланмаган сон остеоартрити
ФА01 Тизза бўғими остеоартрити
ФА01.0 Бирламчи тизза остеоартрити
ФА01.1 Тизза бўғими травматик остеоартрити ҳақида маълумот
ФА01.2 Тиззанинг бошқа иккиламчи остеоартрити
ФА01.3 Аниқланмаган тизза остеоартрити
ФА02 Билак ва қўл остеоартрити
ФА02.0 Билак ва қўлнинг бирламчи остеоартрити
ФА02.1 Билак ва қўлнинг травматик остеоартрити ҳақида маълумот
ФА02.2 Билак ва қўлнинг бошқа иккиламчи остеоартрити
ФА02.3 Аниқланмаган билак ва қўл остеоартрити
ФА03 Бошқа кўрсатилган бўғим остеоартрити
ФА03.0 Бошқа кўрсатилган бўғимнинг бирламчи остеоартрити
ФА03.1 Бошқа кўрсатилган бўғимнинг травматик остеоартрити ҳақида маълумот
ФА03.2 Бошқа кўрсатилган бўғимнинг бошқа иккиламчи остеоартрити
ФА03.3 Бошқа кўрсатилган бўғимларнинг аниқланмаган остеоартрити
ФА04 Олигоостеоартрит
ФА05 Полиостеоартрит
ФА03 Аниқланмаган остеоартрит

**Баённомани ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси:** Баённома 2025 йил ишлаб чиқилган. Қайта кўриб чиқиш санаси 2028 йил;

**Миллий клиник баённома ишлаб чиқиш учун масъул муассаса:** РИТваТРИАТМ, Тошкент тиббиёт академияси.

**Клиник протокол ва стандартларни ишлаб чиқишда хисса қўшганлар:**

Жараённи ташкил этиш бўйича ревматология йўналиши бўйича ишчи гуруҳ аъзолари:

<b>Аляви Б.А.</b>	<b>– РИТваТРИАТМ директори, т.ф.д.</b>
<b>Мирахмедова Х.Т.</b>	–ТТА 1-сон ички касалликлар пропедевтикаси кафедраси мудир, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг ревматология бўйича маслаҳатчиси, т.ф.д.
<b>Дадабаева Н.А.</b>	– ТТА 1-сон ички касалликлар пропедевтикаси кафедраси доценти, т.ф.н.
<b>Алиахунова М.Ю.</b>	– РИТваТРИАТМ ревматология бўлими мудир, т.ф.д., профессор.
<b>Нажмиддинов Г.Р.</b>	– Фарғона вилояти бош ревматологи.
<b>Бомуродова Д.Б.</b>	– Бухоро вилояти бош ревматологи.
<b>Мухсимова Н.Р.</b>	– ТТА 1-сон ички касалликлар пропедевтикаси кафедраси ассистенти.
<b>Саидрасулова Г.Б.</b>	– ТТА 1-сон ички касалликлар пропедевтикаси кафедраси ассистенти.
<b>Абдуллаев У.С.</b>	– ТТА 1-сон ички касалликлар пропедевтикаси кафедраси ассистенти.
<b>Хамраев Х.Х.</b>	СамДТУ 1 ички касалликлар кафедраси мудир

**Муаллифлар рўйхати:**

<b>Аляви Б.А.</b>	<b>– РИТваТРИАТМ директори, т.ф.д.</b>
<b>Мирахмедова Х.Т.</b>	–ТТА 1-сон ички касалликлар пропедевтикаси кафедраси мудир, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг ревматология бўйича маслаҳатчиси, т.ф.д.
<b>Дадабаева Н.А.</b>	– ТТА 1-сон ички касалликлар пропедевтикаси кафедраси доценти, т.ф.н.
<b>Хамраев Х.Х.</b>	СамДТУ 1 ички касалликлар кафедраси мудир
<b>Рустамова М.Т.</b>	– ТТА 1-сон ички касалликлар пропедевтикаси кафедраси профессори, т.ф.д.
<b>Алиахунова М.Ю.</b>	– РИТваТРИАТМ ревматология бўлими мудир, т.ф.д., профессор.
<b>Шодикулова Г.З.</b>	– Самарқанд вилояти бош ревматологи, т.ф.д., профессор.
<b>Нажмиддинов Г.Р.</b>	– Фарғона вилояти бош ревматологи.
<b>Бомуродова Д.Б.</b>	– Бухоро вилояти бош ревматологи.
<b>Мухсимова Н.Р.</b>	– ТТА 1-сон ички касалликлар пропедевтикаси кафедраси ассистенти.
<b>Саидрасулова Г.Б.</b>	– ТТА 1-сон ички касалликлар пропедевтикаси кафедраси ассистенти.
<b>Абдуллаев У.С.</b>	– ТТА 1-сон ички касалликлар пропедевтикаси кафедраси ассистенти.

**Такризчилар:**

<b>Набиева Дилдора Абдумаликовна</b>	–Тошкент тиббиёт академияси 1-сон факультет ва госпитал терапия, касб касалликлари кафедраси муdiri, т.ф.д.
<b>Шукурова Сураё Мақсудовна</b>	– Тожикистон Фанлар академияси аъзоси, Малака ошириш институти терапия ва кардиоревматология кафедраси муdiri т.ф.д., профессор.

Клиник баённома ТТА илмий кенгашида кўриб чиқилди ва 2023-йил 27-декабрь №5 сонли баённомаси билан тасдиқланди.

#### **Техник экспертиза ва тахрирлаш:**

1. ТТА 1-сон ички касалликлар пропедевтикаси кафедраси ассистенти Н.Мухсимова;
2. ТТА 1-сон ички касалликлар пропедевтикаси кафедраси ассистенти Г.Саидрасулова.

#### **Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги хузуридаги Экспертлар гуруҳи мутахассисларининг эксперт баҳоси:**

1. Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази кардиоревматология бўлими муdiri, т.ф.н., ССВ болалар ревматологи маслаҳатчиси Сабирова Феруза Бадриддиновна.

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Солини салаш вазир ўринбосари Баситханова Э.И, Тиббий суурта бошармаси бошлии Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиш ва жорий этиш бўлими бошлии Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиилган.

Клиник протоколларнинг қабул қилиниши ва амалиётда қўлланилишини баҳолаш Тошкент шаҳри ва Тошкент вилояти соғлиқни сақлашнинг амалий бўғини вакиллари билан биргалиқда амалга оширилди.

#### **Амалиётчи шифокорлар:**

1. М.В.Мирхамидов – ТТА кўп тармоқли клиникаси ревматология бўлими муdiri.

2. З.Х.Махмудова – Тошкент шаҳри 1-ШКШ ревматология бўлими мудури.
3. Н.А.Абдувалиева – Тошкент вилояти Олмалиқ шаҳри КТМП ревматолог шифокори.

**Баённома протоколда фойдаланилган қисқартмалар:**

<b>АЛТ</b>	– аланинаминотрансфераза;
<b>АСТ</b>	– аспартатаминотрансфераза;
<b>АЦП</b>	– циклик цитрулин пептидга антителолар;
<b>БЯҚВ</b>	– базис яллиғланишга қарши воситалар;
<b>ВАШ</b>	– визуал аналог шкаласи;
<b>ГиК</b>	– гиалурон кислотаси;
<b>ГКС</b>	– глюкокортикоид препаратлар;
<b>ДМФ</b>	– дистал фалангалараро бўғимлар;
<b>ИМТ</b>	– индекс тана вазни;
<b>ПЗЛ</b>	– паст зичликдаги липопротеидлар;
<b>ЮЗЛ</b>	– юқори зичликдаги липопротеидлар;
<b>ЛФК</b>	– даволовчи жисмоний машқлар;
<b>МКБ (ХКК-10)</b>	– халқаро касалликлар классификациясининг 10-қайта кўриги;
<b>МРТ</b>	– магнит-резонанс томография;
<b>НЯҚВ</b>	– ностероид яллиғланишга қарши воситалар;
<b>ОА</b>	– Остеартроз;
<b>УХ</b>	– умумий холестерин;
<b>ПМФ</b>	– проксимал фалангалараро бўғимлар;
<b>ПЯФ</b>	– кафт-фалангалар бўғимлари;
<b>РА</b>	– ревматоид артрит;
<b>РО</b>	– ревматоид омил;
<b>ЭЧТ</b>	– эритроцитлар чўкиш тезлиги;
<b>СРО</b>	– С реактив оксил;
<b>ТГ</b>	- триглицеридлар;
<b>УТТ</b>	– ультратовуш текшируви;
<b>ЭГФДС</b>	– эзофагогастроуденоскопия;
<b>ЭКГ</b>	-электрокардиография;
<b>AUSCAN</b>	– ОА да қўл бўғимларини баҳолашда функционал индекс (Australian/Canadian Hand Osteoarthritis Index);
<b>ESCEO</b>	– Остеопороз ва остеоартритнинг клиник ва иқтисодий томонлари бўйича Европхамжамияти;
<b>EULAR</b>	– Европа антиревматик лигаси;
<b>ACR</b>	– Америка ревматологлари уюшмаси;
<b>APP</b>	– Россия ревматологлар уюшмаси;
<b>ACR</b>	– Американская коллегия ревматологов;
<b>KOOS</b>	– Тизза бўғими остеоартрозида баҳолаш индекси (The Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score);
<b>WOMAC</b>	– Тизза бўғими ва сон-чаноқ бўғимлари остеоартрозида функционал баҳолаш индекси (Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index).

**Мазкур ташхис/нозология бўйича протоколнинг фойдаланувчилари:**

- 1.Ревматологлар;
- 2.Терапевтлар;

3. Умумий амалиёт шифокорлари;
4. Травматологлар – ортопедлар;
5. ЖТШ шифокори, физиотерапевт
6. Тиббиёт олийгоҳлари магистрлари, клиник ординаторлари ва катта курс талабалари.

### Беморлар тоифаси:

Остеоартрозли беморлар

### Диагностика усуллари (диагностик аралашувлар) учун далиллар даражасини баҳолаш шкаласи (ДД)

ДД	Далилларнинг ишончлилик даражаси
1	Референс усул ёрдамида назорат остида ўтказилган тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли шарҳи
2	Референс усул назорати билан ўтказилган айрим тадқиқотлар ёки айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши бундан мустасно
3	Референс усул ёрдамида изчил назоратсиз ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган референс усул ёрдамида ўтказилган тадқиқотлар ёки рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан, коҳорт тадқиқотлари
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат тавсифи
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари ёки экспертлар хулосаси

### Профилактика, терапевтик ва реабилитация тадбирлари учун далиллар даражасини (ДД) баҳолаш учун шкала

ДД	Далилларнинг ишончлилик даражаси
1	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши
2	Айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши бундан мустасно
3	Рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки ҳолатлар серияси тавсифи, “ҳолат-назорат” тадқиқоти
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари (клиника олди тадқиқотлар) ёки экспертлар хулосаси

### Профилактика, диагностика, терапевтик ва реабилитация тадбирлари бўйича тавсиялар (РТТ) нинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи

РТТ	Тавсияларнинг ишончлилик даражаси
А	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилган)

<b>В</b>	Шартли тавсия (айрим кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, айрим тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва/ёки қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)
<b>С</b>	Кучсиз тавсия (сифатли далиллар келтирилмаган (кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгалламайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати паст ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)

## **2. Асосий қисм.**

### **2.1. Кириш:**

Остеоартрит муаммосининг долзарблиги, бу скелет-мушаклар тизимининг энг кенг тарқалган касалликларидан бири бўлиб, беморларнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада пасайтиради. Остеоартрит сурункали оғриқ ва ногиронликнинг асосий сабабидир, айниқса кекса одамларда. Кўпгина мамлакатларда кекса ёшдаги аҳоли билан остеоартрит муаммоси тобора муҳим аҳамият касб этмоқда. Шу нуқтаи назардан, остеоартритни ташхислаш, даволаш ва олдини олишнинг янги усуллари ишлаб чиқиш беморлар саломатлигини яхшилаш ва соғлиқни сақлаш тизимига тушаётган ижтимоий-иқтисодий юкни камайтиришда катта аҳамиятга эга.

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667_1)      <https://rheumatology.org/osteoarthritis-guideline>  
<https://www.esceo.org/publications/osteoarthritis>]

### **2.2. Умумий таърифи:**

Остеоартроз – 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, капсулар, периартикуляр мушакларнинг жароҳатланиши ётади. ОА макро- ва микрожароҳат натижасида ҳужайрали стресс, ҳужайрадан ташқари матрикснинг дегродацияси билан характерланувчи, аномал адаптив жавоб реакцияси, шу жумладан яллиғланишга қарши иммунитет механизмлари фаоллашуви сабабли юзага келади.

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667_1)      <https://rheumatology.org/osteoarthritis-guideline>  
<https://www.esceo.org/publications/osteoarthritis>]

Остеоартроз 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.

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667_1)      <https://rheumatology.org/osteoarthritis-guideline>  
<https://www.esceo.org/publications/osteoarthritis>]

## 2.3.Клиник таснифи:

### I.Патогенетик вариантлари:

1.Бирламчи (идиопатик) ОА

2.Иккиламчи ОА (бир қанча сабаблар туфайли юзага келади):

1) метаболик ва эндокрин касалликлар: акромегалия, гиперпаратиреоз, қандли диабет охроноз, гемахроматоз, Вильсон-Коновалова, Гоше касаллиги, кристалл-ассоцирланган касалликлар (подагра, пирофосфатли артропатия, гидроксипатит артропатия) ва б.

2) туғма, орттирилган, эндемик касалликлар: Педжет касаллиги, гемофилиялар, бўғимлар гипермобиличи синдроми, соннинг туғма чиқиши, эпифизар дисплазия ва мушак-скелет тизимининг бошқа дисплазиялари, бўғимлар механикасининг бузилиши, оёқлар узунлигининг тенг бўлмаслиги, варус/валгус деформациялари, сколиоз.

3) шикастланишдан кейинги: бўғим шикастланишлари, ёриқлар ёки остеонекроз, бўғимдаги жарроҳлик амалиёти (менискэктомия) ва б.

4) суяклар ва бўғимларнинг бошқа касалликлари (ревматоид артрит, инфекцион артрит, спондилит ва бошқалар).

### II.Клиник шакллар:

-полиартроз;

-олигоартроз;

-моноартроз;

-ОАнинг умуртқа поғонаси, спондилоартроз билан бирга келиши.

### III.Асосий жойлашуви:

-бўғимлараро фалангалар (Геберден, Бушар тугунчалари);

-тизза бўғимлари (гонартроз);

-чаноқ сон бўғими (коксартроз);

-бошқа бўғимлар.

### IV.Рентгенологик босқич (Келлгрэн ва Лоуренс, 1957):

0 – ўзгаришлар бўлмади;

I – шубҳали рентгенологик белгилар;

II – минимал ўзгаришлар (бўғим тирқишининг бир оз торайиши, яқка остеофитлар);

III – ўртача ўзгаришлар (бўғим тирқишининг ўртача торайиши, кўплаб остеофитлар);

IV – яққол ўзгаришлар (бўғим тирқиши деярли кўринмайди, дағал остеофитлар);

### V.Синовит:

-мавжуд;

-мавжуд эмас.

## VI. Функционал синф:

I синф - ўз-ўзига хизмат қилиш имкониятлари тўлиқ сақланган ҳолда касбий ва нокасбий фаолият билан шуғулланиш.

II синф - ўз-ўзига хизмат қилиш имкониятлари тўлиқ сақланган ҳолда нокасбий фаолият билан шуғулланиш, касбий фаолият билан шуғулланиш имкониятлари чекланган.

III синф - ўз-ўзига хизмат қилиш имкониятлари тўлиқ сақланган ҳолда касбий ва нокасбий фаолият билан шуғулланиш имкониятлари чекланган.

IV синф – ўз-ўзига хизмат қилиш, касбий ва нокасбий фаолият билан шуғулланиш имкониятлари чекланган.

*Ўз-ўзига хизмат қилиш: кийиниш, овқатланиш, ўзини парваршлаш ва ҳ.к. Нокасбий фаолият: дам олиш элементлари, бўш вақтдан фойдаланиш, жинси ва ёшини ҳисобга олган ҳолда спорт билан шуғулланиш ва б. Касбий фаолият: иш, ўқиш, жинси ва ёшини ҳисобга олган ҳолда уй ишлари билан шуғулланиш (уй хизматчилари учун).*

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667_1) <https://rheumatology.org/osteoarthritis-guideline>  
<https://www.esceo.org/publications/osteoarthritis>]

### 3. Усуллар, ёндашувлар ва таъхислаш жараёнлари.

#### 3.1. Таъхислаш мезонлари:

*ОА таъхиси Америка ревматология коллегияси ACR таснифлаш мезонларига (Альтман ва хамм. 1991) асосланади*

#### ОА таснифлаш мезони (ACR)

Клиник мезонлар	Клиник, лаборатор ва рентгенологик мезонлар
<b>Чанок -сон бўғими</b>	
1. Оғриқ <i>Ва</i>	1. Оғриқ <i>ва қуйидаги учта мезондан камида иккитаси</i>
2а. Ички ротация <15°	2а. ЭЧТ <20 мм/с
2б. ЭЧТ <15 мм/с (ёки чанок сон бўғими букилиши >115°) ёки	2б. Остеофитлар
3а. Ички ротация <15°	2в. Бўғим тирқишининг торайиши
3б. Эрталабки қарахтлик <60 мин	
3в. Ёш >50 лет	
3г. Ички ротацияда оғриқ	
Сезгирлик — 86%	Сезгирлик — 89%
Хослик — 75%	Хослик — 91%
<b>Тизза бўғимлари</b>	
Оғриқ ва	Оғриқ ва
2а. Крепитация	Остеофитлар ёки

2б. Эрталабки карахтлик <30 мин	За. Синовиал суюқлик, остеоартритга хос (ёки ёши $\geq 40$ ёш)
2в. Ёш >38 лет Ёки	
За. Крепитация	3б. Эрталабки карахтлик <30 мин
3б. Эрталабки карахтлик $\leq 30$ мин	3в. Крепитация
3в. Суяк ўсиши ёки	
4а. Крепитация аниқланмайди	
4б. Суяк ўсиши	
Сезгирлик — 89%	Сезгирлик — 94%
Хослик — 88%	Хослик — 88%
<b>Қўл панжа бўғимлари</b>	
1. Давом этувчи оғриқ ёки карахтлик	
2. Иккита ва ундан ортиқ бўғимларда суяк ўсиши, қуйдаги 10 та бахоланадиган бўғимларда (2- ва 3- дистал фалангалараро бўғим; 2- ва 3- ПФАБ; 1-кафт- фаланга бўғими иккала қўл панжасида)	
3. Иккитадан кам бўлган кафт-фаланга бўғимлар шиши	
4а. Суяк ўсиши, 2та ва ундан ортиқ дистал фалангалараро бўғимлар (2- ва 3-ДФАБлар иккала мезонда инобатга олиниши мумкин: 2 ва 4а) Ёки	
4б. Битта ёки ундан ортиқ бўғимлар деформацияси 10 та бахоланадиган бўғимларда	
Сезгирлик — 93%	
Хослик — 91%	

[https://www.rmj.ru/articles/revmatologiya/Pomoschy\\_klinicistu\\_algoritm\\_kompleksnogo\\_podhoda\\_v\\_terapii\\_osteoartroza/](https://www.rmj.ru/articles/revmatologiya/Pomoschy_klinicistu_algoritm_kompleksnogo_podhoda_v_terapii_osteoartroza/)

*Тасниф мезонларини ҳисобга олган ҳолда, тўғри таъхис қўйиши одатда қийинчиликларга олиб келмайди. Шунга қарамай, ҳар бир клиник ҳолатни ОА нинг иккиламчи келиб чиқиши эҳтимоли нуқтаи назаридан таҳлил қилиши тавсия этилади.*

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 (семизлик, ўзига хос спорт жароҳатлари, профессионал) омиллар.

ОАда бўғим синдромининг қуйидаги хусусиятларини ҳисобга олиш тавсия этилади:

- оғриқларни секин аста бошланиши;
- ҳаракатда оғриқлар кучайиши;
- олдинги ойда узоқ давом этган механик оғриқ;
- эрталабки пайдо бўлувчи старт характердаги оғриқ;
- 30 минутдан кам қисқа карахтлик;
- ҳаракат вақтида бўғимлар крепитацияси;
- бўғимда ҳаракат хажмининг чекланиши;

- экссудат ёки синовиал қобикнинг қалинлашиши туфайли бўғимнинг шиши, бўғим барқарорлиги бузилиши;
- тунги оғриқ (кечки босқичида);
- мушаклар атрофидаги атрофия.

### ОА клиник кўринишлари

<b>Жойлашуви</b>	<b>Шикоятлар ва анамнез</b>	<b>Физикал текширув</b>
<i>Тизза бўғими</i>	Ҳаракатда, юрганда оғриқлар кучайиши, дам олганда оғриқлар камайиши, ”старт” характердаги оғриқлар, қисқа қарахтлик, бўғим функционал ҳолатини чегараланиши, тунги оғриқ (яққол ОА)	Ҳаракат чегараланиши, крепитация, периартикуляр тўқималар шиши, варус ва вальгус деформация барқарорлик бузилиши, пателла соҳаси пайпасланганда оғриқли
<i>Чанок сон бўғими</i>	Оғриқнинг юрганда кучайиши (кўпинча қин соҳасида, думба соҳасига иррадиацияси, ёки тизза, болдир, сон олдинги юзасига тарқалиши). Оғриқнинг кечасига кучайиши, дам олгандан сўнг камайиши, қисқа давом этувчи эрталабки қарахтлик, чанок сон бўғимида ҳаракат чегараланиши	Ички ротацияда (<15°) ва букканда (>115°) ҳаракат чекланиши, ички ротацияда, пайпасланганда қин соҳаси феморал артериядан латерал қисмда оғриқ бўлиши, оёқ калталаниши.
<i>Қўл панжа бўғимлари</i>	Ҳаракат пайтида оғриқ, куннинг исталган вақтида бир ёки бир нечта бўғимларда енгил қарахтлик, интермиттирловчи кечиши, ДФАБ, 2,3 проксимал, 1 пястнофаланг бўғимларда учраши	Геберден ва Бушар тугунлари ёки деформацияли суяк ўсиши, ДФАБ, 2,3 проксимал, қўл 1 бармоқ асоси деформацияси билан ёки деформациясиз

[<https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667> 1 <https://rheumatology.org/osteoarthritis-guideline>  
<https://www.esceo.org/publications/osteoarthritis>]

#### Лаборатория текширувлари.

##### Асосий лаборатория текширувлари:

- умумий қон таҳлили;
- умумий пешоб таҳлили;

##### Қўшимча лаборатория текширувлари:

-қон биокимёвий тахлили (креатинин, глюкоза, умумий билирубин, трансаминаза, триглицеридлар, ЮЗЛ, ПЗЛ, қон зардобида сийдик кислотаси);

-РО, СР-О, АЦЦП;

-Синовиал суюқликни текшириш.

Лаборатор текширувлар бошқа бўғим яллиғланиш касалликларини (пирофосфат артропатия, РА, ПсА, подагра) тасдиқлаш ёки қиёсий ташхис мақсадида ўтказилади. ОАда УҚТда яллиғланишга хос ўзгаришлар кузатилмайди, РО, АЦЦП, қон зардобида сийдик кислотаси - одатда нормада. 4 D.

Синовиал суюқликни текшириш фақат синовит бўлган холларда қиёсий ташхис қилиш мақсадида (инфекцион артрит, пирофосфат артрит, подагра) ўтказилади. ОАда синовиал суюқлик яллиғланмаган табиати билан ажралиб туради (стерил, шаффоф ёки озгина хира, ёпишқоқ, лейкоцитлар концентрацияси 2000 ммдан кам), синовиал суюқликда кристаллар аниқланиши ОА учун хос эмас. I B.

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667_1) <https://rheumatology.org/osteoarthritis-guideline>  
<https://www.esceo.org/publications/osteoarthritis>]

### **Инструментал текширувлар.**

#### Асосий инструментал текширувлари:

-Жароҳатланган бўғимлар рентгенографияси;

-Синовитни ташхислаш учун бўғим УТТси;

#### Қўшимча инструментал текширувлари:

- Жароҳатланган бўғим МРТси қиёсий ташхис мақсадида.

### **Рентгенография**

Рентгенография текшируви ОАда энг ишончли диагностика усули бўлиб, бўғим тирқишининг торайиши, чекка остеофитлар, субхондрал склероз, субхондрал кисталарни аниқлайди. Рентгенография тизза бўғими ОАни ташхислаш учун "олтин стандарт" ҳисобланади.

Тизза бўғими рентгенографияси- турган холда олди ва ён проекцияларда, пателлофеморал бўғимни текшириш учун ён проекцияда тиззани буккан ҳолда ўтказилади. I B.

чаноқ сон бўғими рентгенографиясида тос суяклари тасвири иккала чаноқ-сон бўғимларини камраб олган ҳолда ўтказилади. 3C.

қўл панжаси бўғимлари - битта плёнкада тўғри проекцияда иккала қўл панжа умумий рентгенографияси ўтказилади. I B.

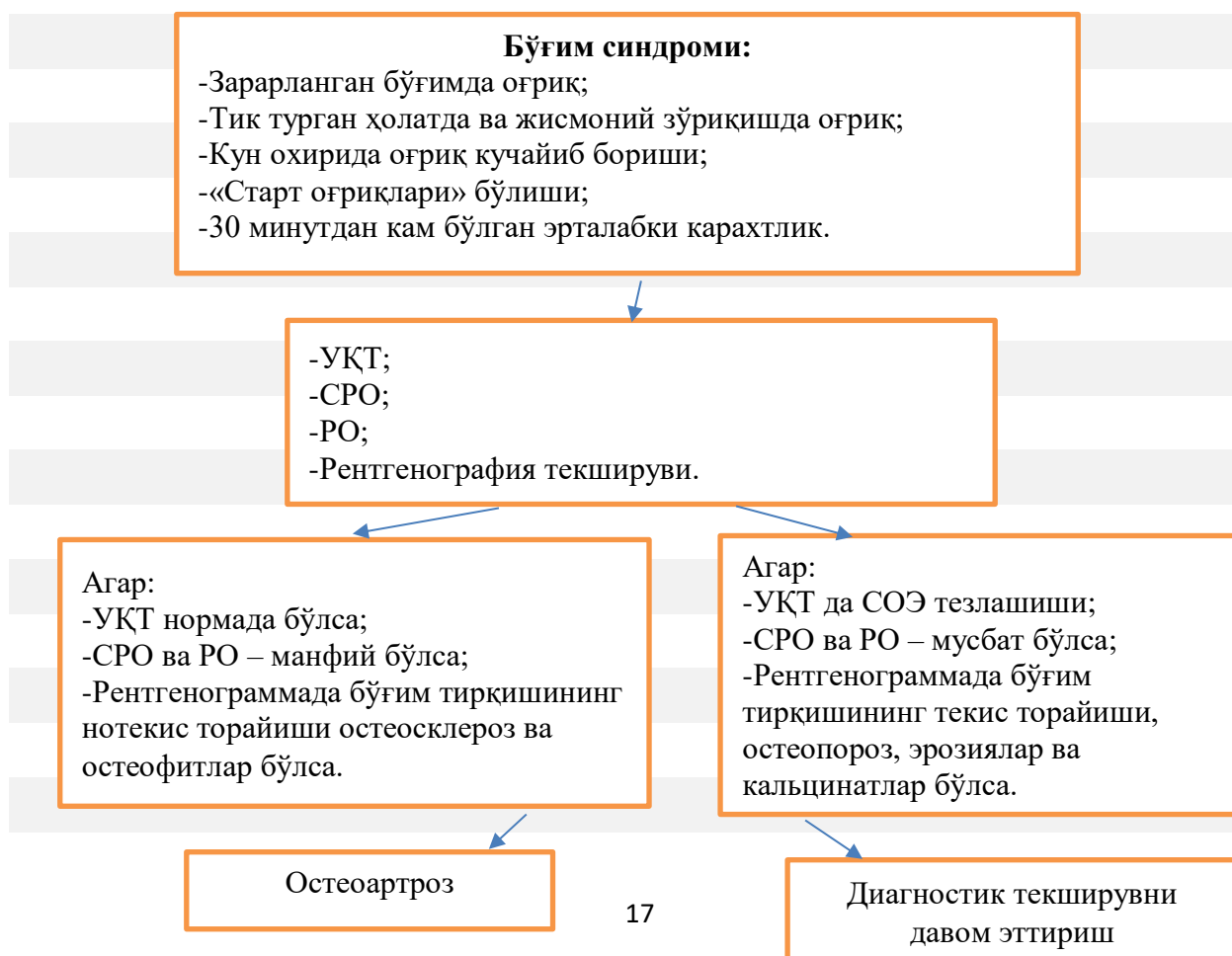
УТТ тизза ва чаноқ-сон бўғими ултратовуш текшириш усули синовитни аниқлаш, менисклар, тоғай, боғламалари, мушаклари шикастланиши (тизза бўғимлари учун), Бейкер кистасининг мавжудлигини /ёрилишига шубҳа бўлса, ГКС чаноқ сон бўғими ичига юбориш мақсадида ўтказилади.

МРТ ички ва периартикуляр бойламлар, субхондрал суякдаги ўзгаришлар, синовитни аниқлаш (остеонекрозга шубҳа бўлса) мақсадида ўтказилади.

### Мутахассисларнинг консультатив кўруви учун кўрсатмалар:

- Невропатолог – умуртқалараро бўғимлар шикастланганида;
- Онколог–умуртқа поғонаси ва чаноқ суякларининг онкологик касалликлари ва метастазларини истисно қилиш мақсадида;
- Остеофтизиатр – суяк-бўғим тизимининг сил генезли шикастланишини истисно қилиш мақсадида;
- Травматолог – бўғимларни жаррохлик даволаш масаласини хал қилиш мақсадида;
- Инфекционист– бўғимларнинг инфекция этиологияли шикастланишини истисно қилиш мақсадида.

### 3.2.Ташхислаш алгоритми:



[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667_1) <https://rheumatology.org/osteoarthritis-guideline>  
<https://www.esceo.org/publications/osteoarthritis>]

### 3.3. Қиёсий ташхис ва қўшимча текширувларни асослаш:

Ташхис	Қиёсий ташхис учун асос	Текширувлар	Ташхисни истисно қилиш мезонлари
Ревматоид артрит	РО, СРО АЦЦП, қўл ва оёқ кафти рентгенограммаси, МРТ, бўғимлар УТТси.	РО, СРО АЦЦП, рентгенография, МРТ, УТТ.	РА учун қўл ва оёқ кафти майда бўғимларининг шикастланиши, кафт-фалангалар ва қўл панжа ПФАБ артрити, 1 соатдан ортиқ эрталабки қарахлик хосдир.
Реактив артрит	УҚТ, УПТ, ИФА ва уретрадан ёки цервикал каналдан хламидия инфекциясига суртма олиш, синовиал суюқликни текшириш, копрокультура тос суяқлари рентгенограммаси.	УҚТ, УПТ, ИФА, уретрадан ёки цервикал каналдан хламидия инфекциясига суртма олиш, синовиал суюқликни текшириш, копрокультура, рентгенография.	Ёшларда учраши, ичак ва сийдик йўллари инфекцияси билан алоқа, ўткир бошланиши, тез ривожланиши ва кечиши, тўсатдан оғриқ ва бўғимлардаги яққол экссудатив белгилар, иситма. Конъюнктивит. Сакроилиит. Этиотроп терапиянинг самарадорлиги.
Подрага	УҚТ, УПТ, креатинин, сийдик кислота миқдори, товон рентгенограммаси, бўғимлар УТТси, синовиал суюқлик текшируви	УҚТ, УПТ, креатинин, сийдик кислота миқдори, рентгенография, УТТ, синовиал суюқлик текшируви	Бўғимларда ўткир, хуржсимон оғриқлар юқори маҳаллий фаоллик билан пайдо бўлади, жараён локализацияси оёқ кафти I бармоқ, кафт-фаланга бўғимида, Rда «пробойник» симптоми. Синовиал суюқликда ёки тофусда МУН кристалларининг бўлиши аниқланади.
Кальций пирофосфат кристалл чўкма касаллиги	Синовиал суюқлик текшируви, Рентгенограмма, бўғимлар УТТси.	Синовиал суюқлик текшируви, Рентгенография, УТТ.	65 ёшдан ошганлар, тизза, чаноқ-сон, биллак, биллак-кафт, кафт, елка ёки қўл панжа бўғимлари ўткир артрити. Кальций

			пирофосфат кристалларини аниқлаш хос. Рентгенда гиалин тоғай кальцинози
Псориастик артропатия	УҚТ, СРО, тос, оёқ ва қўл кафти суяклари рентгенограммаси, дерматолог маслаҳати	УҚТ, СРО, рентгенография.	Оёқларнинг ассиметрик жароҳатланиши. Кўрик вақтида, анамнезида, оилавий анамнезида Пс, тирноқ жароҳатланиши. Дактилит. Рентгенологик сакроилиит, қўл ва оёқ панжа бўғимлари рентгенида қирғоқ ўсимтаси типидан (остеофитдан ташқари) бўғимдан ташқари суяк пролиферацияси белгилари.

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667_1) <https://rheumatology.org/osteoarthritis-guideline> <https://www.esceo.org/publications/osteoarthritis>]

#### **4. Амбулатория даражасида даволаш тактикаси:**

##### **4.1. Номедикаментоз (дори-воситаларисиз) даволаш:**

-Стол №15.

Беморларни соғлом турмуш тарзи элементларига ўргатиш - беморга мослаштирилган ва касаллик ҳақида маълумот, турмуш тарзини ўзгартириш бўйича тавсиялар, вазн йўқотиш ва жисмоний машқлар зарурлигини ўз ичига олади. Эргономик техникани ўргатиш (меҳнат терапияси) ва ёрдамчи асбоблардан фойдаланиш. Ўз-ўзини бошқариш бўйича ўқув дастурлари доимий равишда таъминланиши керак. Машғулотлар давомида беморларга касаллик, дори воситаларининг таъсири ва уларнинг ноўя таъсирлари, жисмоний машқларнинг аҳамияти ҳақида тушунчалар берилади.

Даволаш усулларини танлаш бемор ва мутахассиснинг биргаликдаги қарорига асосланиши керак.

##### **Озиш :**

Ортиқча вазнли ёки семизлик билан оғриган, тизза ва/ёки сон-чаноқ бўғими ОА билан оғриган беморларга вазни бошқариш тавсия этилади.

Ортиқча вазнли беморларга (ТВИ 25 кг/м<sup>2</sup> дан ортиқ) тана вазнини 6 ой ичида камида 5% ёки йил давомида 10% га камайтириш тавсия этилади.

ОА билан оғриган беморларга қуйидагилар тавсия этилади: мунтазам равишда ўз-ўзини назорат қилиш, ойлик вазнини қайд этиш, ёғ ва тузни истеъмол қилишни чеклаш,

кунига камида беш порция мева ва сабзавотларни истеъмол қилиш ва кунига камида 30 дақиқа жисмоний фаоллик. Эришилган кўрсаткичлар бемор билан муҳокама қилинади.

**Жисмоний машқлар :**

1 А	Барча ОА ли беморларига мушаклар функцияси ва кучини яхшилаш ва оғриқни камайтириш учун машқ қилиш тавсия этилади.
-----	--

Машқларни тавсия қилади: аеробик, куч ёки қаршилик, мослашувчанлик ва чўзилиш учун, сувда яхшироқ. Юриш аероб машқлари сифатида ишлатилиши мумкин. Сон-чанок бўғимларнинг ОА бўлса, айниқса, куч машқлари талаб қилинади.

Тизза ОА учун тўрт бошли сон мушакларининг кучини мустаҳкамлаш ва ҳаракат оралиғини ошириш учун мунтазам машқлар, шунингдек, аеробик машқлар керак.

1 А	Қўл ОА учун қўлларда мушаклар кучини ошириш учун машқлар.
-----	---

Машқлар индивидуал бўлиши ва ҳар бир беморнинг эҳтиёжларига мослаштирилиши керак , шунда улар бемор ҳаёт тарзининг бир қисмига айланади.

Ўртача интенсивликдаги аеробик машғулотларнинг давомийлиги кунига камида 30 минут бўлиши керак ёки кўпроқ фойда олиш учун 60 дақиқагача. Вақт ўтиши билан машқлар интенсивлигини ва/ёки давомийлигини ошириш керак.

Жисмоний терапия машқлари учун қарши кўрсатмаларни ҳисобга олиш керак.

**Ортопедик тавсиялар :**

Оёқ учун қулай ва амортизацияловчи поябзалларни танлаш, бармоқларнинг қулай жойлашиши учун етарлича катта поябзал кийиш ва баланд пошналардан сақланиш.

**ОА билан оғриган беморлар учун тиззага махсус тибеофеморал тизза қўтарувчи мосламалар (подтяжки) тавсия этилади, улар бир ёки иккала тиззада оғриқларнинг сезиларли камайишига таъсир кўрсатади.**

Эластик тизза бойламини қўллаш - асосан эрта босқичларда ва тизза бўғимларининг механик бекарорлиги бўлмаганда қўлланилади.

Тизза бўғимларининг медиал қисмларининг шикастланиши ва бўғим ўқининг варус ўзгаришида - валгуслаштирувчи ортезлар қўлланилади.

Тизза бўғими механик ностабиллигида - ярим қаттиқ ёки қаттиқ фиксацияловчи ортезлар қўлланилади:

1 А	Қўлнинг ОА билан карпометакарпал бўғимдаги оғриқни йўқотиш учун ортезларни узоқ муддат кийиш кўрсатилган.
-----	---

1 А	Тизза ва/ёки сон-чанок бўғимлари ОА билан оғриган беморлар учун таёк ёки бошқа ёрдамчи воситалар (қўлтиқ таёқчалари, ғилдирак
-----	---

юритувчилар (ходунки), рамкалар ва бошқалар) билан юриш. Таёк зарарланган бўғимнинг қарама-қарши томонида бўлиши керак .

#### **Физиотерапевтик тавсиялар :**

Совуқ аппликациялар қўллаш (муз пакетлари, муз массажи). Гизза ва қафт бўғимлари ОА да оғрикни камайтириш учун термал процедуралар қўллаш. Дори воситалари билан физиотерапевтик муолажалар, балнеотерапия (сулфид, лой, радон ванналари ва бошқалар) ёрдамида даволаш.

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667_1) <https://rheumatology.org/osteoarthritis-guideline>  
<https://www.esceo.org/publications/osteoarthritis>]

#### **4.2.Медикаментоз (дори-воситалари билан) даволаш:**

ОАнинг давоси беморга индивидуал ёндашиб, беморнинг хошиш ва истакларига, ОАнинг жойлашуви, хавф омиллари (ёши, жинси, ёндош патологияси, семизлик ва нохуш механик омиллар), яллиғланиш белгиларининг борлиги, оғриқ даражаси, кундалик фаолиятларнинг чегараланганлиги ва хаёт сифатига мос холатда олиб борилиши лозим.

#### **1 қадам: базис даво**

Асосий дори-воситаларнинг рўйхати (100% фойдаланиш эҳтимоли билан):

**1-жадвал**

<b>Фармакотерапевтик гуруҳ</b>	<b>Дори-воситасининг Халқаро патентланган номи</b>	<b>Қўллаш тартиби</b>	<b>Далил лар даражаси</b>
тоғай ва суяк тўқимаси метаболизми корректори	Хондроитин сульфат	500мг капсула- ичишга-кунига 2 марта;  100мг/мл Ампула- м/о- кун ора.	1 А-В
тоғай ва суяк тўқимаси метаболизми корректори	Глюкозамин сульфат	750-1500мг таблетка ва 1500 мг эритма тайёрлаш учун кукун- ичишга- кунига 1-2 марта;  400 мг/2 мл ампула, А+Б эритма (эритувчи 1,0мл+препаратнинг эритмаси 2,0мл) битта шприцда.- м/о- хафтасига 3 марта.	1 А-В
тоғай ва суяк тўқимаси метаболизми корректори	Комбинирланган воситалар (хондроитин ва глюкозамин)	500/ 400мг, 200/250мг капсула 500/500 мг таблетка, капсула- ичишга- кунига 1-3 марта.	1 А-В
интерлейкин-1	Диациреин	50 мг капсула- ичишга-	1 В

ингибитори		кунига 1-2 марта.	
хушбўй гарпагофит мартиния ва оқ тол пўстлоғи	Суставин	Таблетка- ичишга- кунига 2 марта.	1 В
			<a href="https://www.esceo.org/publications/osteoarthritis">https://www.esceo.org/publications/osteoarthritis</a>

**Секин таъсир кўрсатувчи симптоматик дори воситалари** (symptomatic slow acting drugs for osteoarthritis — SYSADOAs).

Глюкозамин, хондроитин сульфат ёки уларнинг комбинациясини сакловчи препаратлар ўртача анальгетик таъсирга ва юқори хавфсизликга эга дори воситалари.

**Хондроитин сульфат** (хақиқий рецептли) турли бўғимларнинг остеоартрозида қўлланилади.

Хондроитин сульфат кафт бўғимлари ОАида оғрикни камайтириш ва бўғим функциясини яхшилаш мақсадида тавсия қилинади.

**Глюкозамин сульфат** (кристаллик рецептли) тизза ва чаноқ-сон бўғими остеоартрозида қўлланилади.

**Комбинирланган препаратлар** 500 мг глюкозамин ва 400-500 мг хондроитин сульфат саклайди. Ушбу препаратлар 8-12 хафтадан кейин самара беради ва узок вақт қўлланилади.

Диациреин (50 мг капсула) тизза ва чаноқ-сон бўғими ОАида бўғимлардаги оғрикни камайтириш учун қўлланилади. Препаратнинг таъсири 2-4 хафтадан кейин бошланади. Диарея чақириши хавфининг юқорилиги ва жигарга таъсири туфайли диациреинни 65 ёшгача тавсия қилиш мақсадга мувофиқдир. Даво бошлаганда диациреин суткалик дозасининг ярмидан (суткасига 50 мг, кейин препарат дозаси суткасига 50 мг дан 2 мартагача кўтарилди, узок вақтга буюрилади, диарея пайдо бўлганда қабул қилиш тўхтатилади) бошлаш тавсия қилинади.

**Авокадо ва соянинг совунсиз бирикмаси** – суткасига 300 мг дан 1 махал узок вақтга қўлланилади.

Сулавин - хушбўй гарпагофит мартиния ва оқ тол пўстлоғи экстракти суткасига 2 таблеткадан 2 махал овқатдан кейин 1-3 ойга қўлланилади.

**Махаллий НЯҚВ** тизза ва кафт бўғимлари ОАида қўлланилади. 1 А.

Махаллий НЯҚВ қўллаш ножўй таъсири камлиги сабабли тизимли қўллашдан кўра ахамиятлироқ ва танлов препарати хисобланади. 1 А.

Ацетаминофен (парацетамол) минимал самарали дозада қисқа вақтга ва талаб бўлганда беморларга шартли равишда тавсия этилади (НЯҚВга қарши кўрсатмалар ёки ўзлаштира олмасликда), лекин суткалик доза 3,0 г/суткадан ошмаслиги лозим. Сурункали алкоголизмда ва жигар шикастланишларида қўлланилмайди.

## 2 қадам: беморларда кенгайтирилган фармакотерапия

Асосий дори-воситаларнинг рўйхати (100% фойдаланиш эҳтимоли билан):

2-жадвал

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори-воситасининг Халқаро патентланган номи	Қўллаш тартиби	Далилла р даражаси
анилид гуруҳидаги нонаркотик аналгетик	Парацетамол	500мг таблетка- ичишга- 2-3 марта/қунига	1 А
фенил-сирка кислота унумлари	Диклофенак	25мг, 50 мг таблетка- ичишга- кунига 2-3 марта	1 А
		100 мг таблетка, капсула- ичишга- кунига 1 марта	1 А
		3мл 25мг/мл ампула- м/о- кунига 1-2 марта	1 А
		1мл 75мг/мл ампула- м/о- кунига 1-2 марта	1 А
фенил-сирка кислота унумлари	Ацеклофенак	100 мг таблетка- ичишга- кунига 2 марта	1 А
индол-сирка кислота унумлари	Индометацин	25мг таблетка- ичишга кунига 2-3 марта	1 А
арил-сирка кислота унумлари	Кеторолак	10мг таблетка- ичишга- кунига 1-4 марта	1 А
		30мг/мл ампула- в/и, м/о- кунига 1-3 марта	1 А
пропион кислота унумлари	Ибупрофен	200 мг таблетка- ичишга- кунига 3-4 марта	1 А
		400 мг таблетка- ичишга- кунига 2-3 марта	1 А

		800 мг таблетка- ичишга-кунига 1 марта	1 А
пропион кислота унумлари	Напроксен	250мг, 500мг таблетка- ичишга-кунига 2 марта	1 А
		275мг, 550мг таблетка- ичишга-кунига 1-2 марта	1 А
пропион кислота унумлари	Кетопрофен	50 мг капсула- ичишга- кунига 3-4 марта	1 А
		100мг таблетка- ичишга- кунига 1-2 марта	1 А
		150 мг таблетка ва капсула- ичишга- кунига 1 марта	1 А
		2 мл 50мг/мл ампула- м/о, в/и-кунига 1-2 марта	1 А
пропион кислота унумлари	Декскетопрофен	12,5 мг, 25мг таблетка 25 мг ичишга эритма тайёрлаш учун гранулали пакетча-ичишга- кунига 1-3 марта	1 А
		2 мл 25мг/мл ампула-м/о ёки в/и-кунига 1-2 марта	1 А
оксикам	Теноксикам	20мг таблетка-ичишга-кунига 1 марта	1 А
		20 мг лиофилланган кукун ва эритувчи флакон-м/о, в/и-кунига 1 марта	1 А
оксикам	Лорноксикам	4мг таблетка-ичишга-кунига 2-3	1 А
		8мг таблетка-ичишга-кунига 1-2 марта	1 А
		8 мг флакон в/и ва м/о киритиш учун эритма тайёрлашга лиофилизат- в/и, м/о- кунига 1-2 марта	1 А
оксикамы	Пироксикам	10мг, 20мг капсула, таблетка-ичишга- кунига 1 марта	1 А
		20мг/мл ампула- кунига 1 марта	1 А

оксикам	Мелоксикам	7,5–15мг таблетка- ичишга- кунига 2 марта	1 А
		15мг/1,5мл ампула- м/о- кунига 1 марта	1 А
сульфонанилид унумлари	Нимесулид	100мг таблетка, 100 мг/2 г суспензия тайёрлаб ичиш учун гранула- ичишга- кунига 2 марта	1 А
индол-сирка кислота унумлари	Этодолак	400мг, 600 мг таблетка- ичишга- кунига 2 марта	1 А
юқори селектив НЯҚВ	Эторикоксиб	60мг, 90мг, 120мг таблетка- ичишга- кунига 1 марта	1 А
			<a href="https://www.esceo.org/publications/osteoarthritis">https://www.esceo.org/publications/osteoarthritis</a>

**Ностероид яллиғланишга қарши воситалар** (перорал, парентерал).

Бўғимларда яллиғланиш белгилари, кучли оғриқ кузатилганда, даво терапияси НЯҚВлардан бошланиши керак.

Перорал НЯҚВ ОАда оғрикни йўқотиш учун энг кичик самарали дозада, қисқа давомийликда тавсия қилинади. 1А.

Беморларни тегишлича саралаш, ОИТ, ЮҚТ, буйракларда кузатилиши мумкин бўлган ножўя холатларни мунтазам мониторингини ўтказиш ва дори воситалари билан ўзаро таъсирини кузатиш зарур.

Остеоартрит синовит билан кечса метотрексат еки лефлуномид киска вақтга буюрилади.

#### **4.3. Жарроҳлик аралашуви:**

Фақат стационар шароитда ўтказилади.

#### **4.4. Кейинги даволаш:**

*Беморларни соғлом турмуш тарзига риоя қилишга ўргатиш тавсия этилади:*

- Бўғимларга жисмоний юкламани камайтириши;
- ҳар кунлик даволовчи жисмоний машқлар бажариши;
- махсус ортопедик мосламалардан фойдаланиши;

*-қулай оёқ кийими танлаш;*

*-тана вазнини нормаллаштириш.*

Амбулатор кузатув ва даволаш: ОШ, ревматолог, физиотерапевт ва ортопед-травматолог мутахассислари томонидан олиб борилади. Кузатув давомийлиги индивидуал тартибда, юқорида кўрсатилган мутахассислар томонидан олиб борилади.

#### **4.5. Баённома/протоколда келтирилган ташхислаш ва даволаш усулларининг хавфсизлиги ҳамда даволаш самарадорлиги индикаторлари:**

*-оғриқ синдромининг камайиши ёки бутунлай йўқолиши (яллиғланиш белгилари);*

*-янги шикастланган бўғимларнинг йўқлиги;*

*-ҳаёт сифатининг яхшиланиши.*

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667_1) <https://rheumatology.org/osteoarthritis-guideline>

<https://www.esceo.org/publications/osteoarthritis>]

#### **5. Тиббий ёрдам кўрсатиш туридан келиб чиқиб шифохонага ётқизиш учун кўрсатмалари:**

##### **5.1. режали ёрдам кўрсатиш шифохонасига ётқизиш учун кўрсатмалар:**

*-юқори интенсивликдаги оғриқ синдроми ёки даво фонида оғриқнинг кучайишида;*

*-турғун/рецидивланувчи синовит;*

*-беморнинг ҳаракат фаолиятига таъсир қилувчи якқол ифодаланган функционал бузилишлар.*

##### **5.2. шошилич ёрдам кўрсатиш шифохонасига ётқизиш учун кўрсатмалар:**

*мавжуд эмас.*

#### **6. Стационар даражасида даволаш тактикаси:**

##### **6.1. беморни кузатиш картаси, беморни маршрутизацияси:**

### ОШ

- -Зарарланган бўғимда оғрик;
- -Тик турган ҳолатда ва жисмоний зўриқишда оғрик;
- -Кун охирида оғрик кучайиб бориши;
- -«Старт оғриқлари» бўлиши;
- -30 минутдан кам бўлган эрталабки қарахтлиқ.

### ОШ

- -УҚТ;
- -УСТ;
- -СРО;
- -РО;
- -Рентгенография текшируви;
- -Ревматолог кўриги.

### ОШ+Ревматолог

- Агар:
- -УҚТ нормада бўлса;
- -СРО ва РО – манфий бўлса;
- -Рентгенограммада бўғим тирқишининг нотекис торайиши остеоосклероз ва остеофитлар бўлса.

### ОШ+Ревматолог

- Ташхис: ОА;
- Номедикаментоз амбулатор даволаш;
- Медикаментоз амбулатор даволаш.

### Ревматолог+Терапевт

- Қасаллик оғир кечганда, бўғимда кучли оғрик ва яллиғланиш кузатилганда стационар даволаш.

### Терапевт+Ревматолог+Травматолог+Физиотерапевт

- Стационарда: ревматолог, ортопед-травматолог, физиотерапевт тавсиялари билан номедикаментоз ва медикаментоз даволаниш.

### Травматолог+Ревматолог+Физиотерапевт+ОШ

- Агар: бўғимларда асоратлар келиб чиққан бўлса: стационар шароитда жарроҳлик эндопротезлаш опрециясини бажариш;
- Стационар шароитда, кейин амбулатор шароитда операциядан кейин реабилитация;
- Амбулатор шароитда профилактика;
- Амбулатор шароитда диспансеризация.

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667_1) <https://rheumatology.org/osteoarthritis-guideline>  
<https://www.esceo.org/publications/osteoarthritis>]

### 6.2. номедикаментоз (дори-воситаларисиз) даволаш:

-Режим: II;

-Стол №15.

*Физиотерапевтик тавсиялар :*

Совуқ аппликациялар қўллаш (муз пакетлари, муз массажи). Тизза ва кафт бўғимлари ОА да оғриқни камайтириш учун термал процедуралар қўллаш. Дори воситалари билан физиотерапевтик муолажалар, балнеотерапия (сульфид, лой, радон ванналари ва бошқалар) ёрдамида даволаш.

### 6.3. медикаментоз (дори-воситалари билан) даволаш:

ОАнинг давоси беморга индивидуал ёндашиб, беморнинг хохиш ва истакларига, ОАнинг жойлашуви, хавф омиллари (ёши, жинси, ёндош патологияси, семизлик ва нохуш механик омиллар), яллиғланиш белгиларининг борлиги, оғриқ даражаси, кундалик фаолиятларнинг чегараланганлиги ва хаёт сифатига мос холатда олиб борилиши лозим.

#### 1 қадам: базис даво

Асосий дори-воситаларнинг рўйхати (100% фойдаланиш эҳтимоли билан):

1-жадвал

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори-воситасининг Халқаро патентланган номи	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
тоғай ва суяк тўқимаси метаболизми корректори	Хондроитин сульфат	500мг капсула- ичишга-кунига 2 марта;  100мг/мл Ампула- м/о- кун ора.	1 А-В
тоғай ва суяк тўқимаси метаболизми корректори	Глюкозамин сульфат	750-1500мг таблетка ва 1500 мг эритма тайёрлаш учун кукун- ичишга- кунига 1-2 марта;  400 мг/2 мл ампула, А+Б эритма (эритувчи 1,0мл+препаратнинг эритмаси 2,0мл) битта шприцда.- м/о- хафтасига 3 марта.	1 А-В
тоғай ва суяк тўқимаси метаболизми корректори	Комбинирланган воситалар (хондроитин ва глюкозамин)	500/ 400мг, 200/250мг капсула 500/500 мг таблетка, капсула- ичишга-кунига 1-3 марта.	1 А-В
интерлейкин-1	Диацереин	50 мг капсула- ичишга-	1 В

ингибитори		кунига 1-2 марта.	
хушбўй гарпагофит мартиния ва оқ тол пўстлоғи	Суставин	Таблетка- ичишга- кунига 2 марта.	1 В
			<a href="https://www.esceo.org/publications/osteoarthritis">https://www.esceo.org/publications/osteoarthritis</a>

**Секин таъсир кўрсатувчи симптоматик дори воситалари** (symptomatic slow acting drugs for osteoarthritis — SYSADOAs).

Глюкозамин, хондроитин сульфат ёки уларнинг комбинациясини сақловчи препаратлар ўртача анальгетик таъсирга ва юқори хавфсизликга эга дори воситалари. 1А-В.

**Хондроитин сульфат** (хақиқий рецептли) турли бўғимларнинг остеоартрозида қўлланилади.

*Хондроитин сульфат кафт бўғимлари ОАида оғриқни камайтириши ва бўғим функциясини яхшилаш мақсадида тавсия қилинади. 1А.*

**Глюкозамин сульфат** (кристаллик рецептли ГС) тизза ва чаноқ-сон бўғими остеоартрозида қўлланилади. 1А.

**Комбинирланган препаратлар** 500 мг глюкозамин ва 400-500 мг хондроитин сульфат сақлайди. Ушбу препаратлар 8-12 хафтадан кейин самара беради ва узок вақт қўлланилади.

Диациреин (50 мг капсула) тизза ва чаноқ-сон бўғими ОАида бўғимлардаги оғриқни камайтириш учун қўлланилади. Препаратнинг таъсири 2-4 хафтадан кейин бошланади. Диарея чақириши хавфининг юқорилиги ва жигарга таъсири туфайли диациреинни 65 ёшгача тавсия қилиш мақсадга мувофиқдир. Даво бошлаганда диациреин суткалик дозасининг ярмидан (суткасига 50 мг, кейин препарат дозаси суткасига 50 мг дан 2 мартагача кўтарилади, узок вақтга буюрилади, диарея пайдо бўлганда қабул қилиш тўхтатилади) бошлаш тавсия қилинади.

**Авокадо ва соянинг совунсиз бирикмаси** – суткасига 300 мг дан 1 махал узок вақтга қўлланилади.

**Суставин** - хушбўй гарпагофит мартиния ва оқ тол пўстлоғи экстракти суткасига 2 таблеткадан 2 махал овқатдан кейин 1-3 ойга қўлланилади.

**Махаллий НЯҚВ** тизза ва кафт бўғимлари ОАида қўлланилади. 1 А.

Махаллий НЯҚВ қўллаш ножўя таъсири камлиги сабабли тизимли қўллашдан кўра ахамиятлироқ ва танлов препарати хисобланади. 1А.

Ацетаминофен (парацетамол) минимал самарали дозада қисқа вақтга ва талаб бўлганда беморларга шартли равишда тавсия этилади (НЯҚВга қарши кўрсатмалар ёки ўзлаштира олмасликда), лекин суткалик доза 3,0 г/суткадан ошмаслиги лозим. Сурункали алкоголизмда ва жигар шикастланишларида қўлланилмайди.

## 2 қадам: беморларда кенгайтирилган фармакотерапия

Асосий дори-воситаларнинг рўйхати (100% фойдаланиш эҳтимоли билан):

2-жадвал

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори-воситасининг Халқаро патентланган номи	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
анилид гуруҳидаги нонаркотик аналгетик	Парацетамол	500мг таблетка- ичишга- 2-3 марта/қунига	1 А
фенил-сирка кислота унумлари	Диклофенак	25мг, 50 мг таблетка- ичишга- қунига 2-3 марта	1 А
		100 мг таблетка, капсула- ичишга- қунига 1 марта	1 А
		3мл 25мг/мл ампула- м/о- қунига 1-2 марта	1 А
		1мл 75мг/мл ампула- м/о- қунига 1-2 марта	1 А
фенил-сирка кислота унумлари	Ацеклофенак	100 мг таблетка- ичишга- қунига 2 марта	1 А
индол-сирка кислота унумлари	Индометацин	25мг таблетка- ичишга қунига 2-3 марта	1 А
арил-сирка кислота унумлари	Кеторолак	10мг таблетка- ичишга- қунига 1-4 марта	1 А
		30мг/мл ампула- в/и, м/о- қунига 1-3 марта	1 А
пропион кислота унумлари	Ибупрофен	200 мг таблетка- ичишга- қунига 3-4 марта	1 А
		400 мг таблетка- ичишга- қунига 2-3 марта	1 А

		800 мг таблетка- ичишга-кунига 1 марта	1 А
пропион кислота унумлари	Напроксен	250мг, 500мг таблетка- ичишга- кунига 2 марта	1 А
		275мг, 550мг таблетка- ичишга- кунига 1-2 марта	1 А
пропион кислота унумлари	Кетопрофен	50 мг капсула- ичишга- кунига 3- 4 марта	1 А
		100мг таблетка- ичишга- кунига 1-2 марта	1 А
		150 мг таблетка ва капсула- ичишга- кунига 1 марта	1 А
		2 мл 50мг/мл ампула- м/о, в/и- кунига 1-2 марта	1 А
пропион кислота унумлари	Декскетопрофе н	12,5 мг, 25мг таблетка 25 мг ичишга эритма тайёрлаш учун гранулали пакетча-ичишга- кунига 1-3 марта	1 А
		2 мл 25мг/мл ампула-м/о ёки в/и- кунига 1-2 марта	1 А
Оксикам	Теноксикам	20мг таблетка-ичишга-кунига 1 марта	1 А
		20 мг лиофилланган кукун ва эритувчи флакон-м/о, в/и-кунига 1 марта	1 А
Оксикам	Лорноксикам	4мг таблетка-ичишга-кунига 2-3	1 А
		8мг таблетка-ичишга-кунига 1-2 марта	1 А
		8 мг флакон в/и ва м/о киритиш учун эритма тайёрлашга лиофилизат- в/и, м/о- кунига 1-2 марта	1 А
Оксикамы	Пироксикам	10мг, 20мг капсула, таблетка- ичишга- кунига 1 марта	1 А
		20мг/мл ампула- кунига 1 марта	1 А

Оксикам	Мелоксикам	7,5–15мг таблетка- ичишга- кунига 2 марта	1 А
		15мг/1,5мл ампула- м/о- кунига 1 марта	1 А
сульфонанилид унумлари	Нимесулид	100мг таблетка, 100 мг/2 г суспензия тайёрлаб ичиш учун гранула- ичишга- кунига 2 марта	1 А
индол-сирка кислота унумлари	Этодолак	400мг, 600 мг таблетка- ичишга- кунига 2 марта	1 А
юқори селектив НЯҚВ	Эторикоксиб	60мг, 90мг, 120мг таблетка- ичишга- кунига 1 марта	1 А
			<a href="https://www.esceo.org/publications/osteoarthritis">https://www.esceo.org/publications/osteoarthritis</a>

### Ностериод яллиғланишга қарши воситалар (перорал, парентерал).

Бўғимларда яллиғланиш белгилари, кучли оғриқ кузатилганда, даво терапияси НЯҚВлардан бошланиши керак.

Перорал НЯҚВ ОАда оғрикни йўқотиш учун энг кичик самарали дозада, қисқа давомийликда тавсия қилинади. 1А.

Беморларни тегишлича саралаш, ОИТ, ЮҚТ, буйракларда кузатилиши мумкин бўлган ноўя ҳолатларни мунтазам мониторингини ўтказиш ва дори воситалари билан ўзаро таъсирини кузатиш зарур.

### 3 қадам: ОА фармакотерапиясининг охириги боскичи

Асосий дори-воситаларнинг рўйхати (100% фойдаланиш эҳтимоли билан):

#### 3-жадвал

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори-воситасининг Ҳалқаро патентланган номи	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
опиоид анальгетик восита	Трамадол	50- 100 мг таблетка- ичишга- кунига 1-2 марта	1 В
Антидепрессант	Дулоксетин	20 мг капсула- 20мг- кунига 1 марта	1 В
			<a href="https://www.esceo.org/publications/osteoarthritis">https://www.esceo.org/publications/osteoarthritis</a>

**Трамадол** жаррохлик амалиётидан олдин ёки жаррохлик амалиётининг имкони бўлмаганда, охирги фармакологик ёрдам сифатида кучли оғрик вақтида оғрикни бартараф этиш мақсадида қисқа муддатга қўлланилади.

**Дулоксетин** кучсиз опиоид бўлиб, беморларга оғрикнинг марказий шаклида танлов препарати бўлиши мумкин.

Алоҳида қўлланилганида ёки НЯҚВ билан биргаликда қўлланилганида самарадорликка эга; бироқ ўзлаштириш билан боғлиқ муаммолар мавжуд.

Қўл панжа бўғимлари ОАида ГИБП ва БЯҚВ қўлланилмайди. 1А.

#### **6.4. Жаррохлик аралашуви:**

##### **4 қадам: охирги босқич жаррохлик аралашуви**

Бўғимларни эндопротезлаш амалиёти кучли оғрик, консерватив даво самарасизлиги, бўғим функцияси бузилганда (деформациялар, бўғимнинг нотурғунлиги, контрактура ва мушак атрофиялари) тизза ва чаноқ-сон бўғими ОАи беморларига тавсия қилинади. 1А

Самарадорлик давомийлиги тахминан 10 йил ва кўпроқ, инфекция асоратлар ва қайта жаррохлик амалиётларининг учраш частотаси 0,2-2,0% га тенг. Бўғимлар эндопротезлаш амалиётининг энг яхши натижалари 45-75 ёшли, тана массаси 70 кгдан кам бўлган беморларда кузатилади.

Трапезэктомия амалиёти I карпометакарпал бўғим, фалангалараро бўғим ОАида, артродез/артропластика ва консерватив терапия самара бермаганда тавсия этилади. 5 D

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667_1) <https://rheumatology.org/osteoarthritis-guideline> <https://www.esceo.org/publications/osteoarthritis>]

**Жаррохлик амалиётига кўрсатма:** консерватив даво самарасизлигида, III-IV рентгенологик босқичда оғрик интенсивлиги кучли бўлганда

##### **Жаррохлик амалиётига қарши кўрсатма:**

- ўткир миокард инфаркти (3 ойдан кам);
- бош мия қон айланишининг ўткир бузилишида (3 ойдан кам);
- юррак ва буйрак етишмовчилигининг терминал босқичида.

#### **6.5. Кейинги даволаш:**

*Беморларни ўргатиш тавсия этилади:*

- Бўғимларга жисмоний юкломани камайтириш;*
- ҳар кунлик даволовчи жисмоний машқлар бажариш;*
- махсус ортопедик мосламалардан фойдаланиш;*
- қулай оёқ кийими танлаш;*

*-тана вазнини нормаллаштириш.*

Амбулатор кузатув ва даволаш: ОШ, ревматолог, физиотерапевт ва ортопед-травматолог мутахассислари томонидан олиб борилади. Кузатув давомийлиги индивидуал тартибда, юкорида кўрсатилган мутахассислар томонидан олиб борилади.

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667_1) <https://rheumatology.org/osteoarthritis-guideline>  
<https://www.esceo.org/publications/osteoarthritis>]

**6.6. Баённома/протоколда келтирилган ташхислаш ва даволаш усулларининг хавфсизлиги ҳамда даволаш самарадорлиги индикаторлари:**

- оғриқ синдромининг камайиши ёки бутунлай йўқолиши (яллиғланиш белгилари);
- янги шикастланган бўғимларнинг йўқлиги;
- хаёт сифатининг яхшиланиши.

**“ОСТЕОАРТРОЗ” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ  
АРАЛАШУВЛАР МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМАСИ**

**Тошкент 2025**

## **2. Асосий қисм.**

### **2.1. Кириш:**

Остеоартрит муаммосининг долзарблиги, бу скелет-мушаклар тизимининг энг кенг тарқалган касалликларидан бири бўлиб, беморларнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада пасайтиради. Остеоартрит сурункали оғриқ ва ногиронликнинг асосий сабабидир, айниқса кекса одамларда. Кўпгина мамлакатларда кекса ёшдаги аҳоли билан остеоартрит муаммоси тобора муҳим аҳамият касб этмоқда. Шу нуқтаи назардан, остеоартритни ташхислаш, даволаш ва олдини олишнинг янги усуллари ишлаб чиқиш беморлар саломатлигини яхшилаш ва соғлиқни сақлаш тизимига тушаётган ижтимоий-иқтисодий юкни камайтиришда катта аҳамиятга эга.

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667_1)      <https://rheumatology.org/osteoarthritis-guideline>  
<https://www.esceo.org/publications/osteoarthritis>]

### **2.2. Умумий таърифи:**

Остеоартроз – 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 дегродацияси билан характерланувчи, аномал адаптив жавоб реакцияси, шу жумладан яллиғланишга қарши иммунитет механизмлари фаоллашуви сабабли юзага келади.

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667_1)      <https://rheumatology.org/osteoarthritis-guideline>  
<https://www.esceo.org/publications/osteoarthritis>]

Остеоартроз 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.

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667_1)      <https://rheumatology.org/osteoarthritis-guideline>  
<https://www.esceo.org/publications/osteoarthritis>]

### **2.3. Клиник таснифи:**

#### **I. Патогенетик вариантлари:**

1. Бирламчи (идиопатик) ОА

2. Иккиламчи ОА (бир қанча сабаблар туфайли юзага келади):

1) метаболик ва эндокрин касалликлар: акромегалия, гиперпаратиреоз, қандли диабет охроноз, гемахроматоз, Вильсон-Коновалова, Гоше касаллиги, кристалл-ассоцирланган касалликлар (подагра, пирофосфатли артропатия, гидроксипатит артропатия) ва б.

2) туғма, орттирилган, эндемик касалликлар: Педжет касаллиги, гемофилиялар, бўғимлар гипермобилиги синдроми, соннинг туғма чиқиши, эпифизар дисплазия ва мушак-скелет тизимининг бошқа дисплазиялари, бўғимлар механикасининг бузилиши, оёқлар узунлигининг тенг бўлмаслиги, варус/валгус деформациялари, сколиоз.

3) шикастланишдан кейинги: бўғим шикастланишлари, ёриқлар ёки остеонекроз, бўғимдаги жарроҳлик амалиёти (менискэктомия) ва б.

4) суяклар ва бўғимларнинг бошқа касалликлари (ревматоид артрит, инфекцион артрит, спондилит ва бошқалар).

### **II.Клиник шакллар:**

-полиартроз;

-олигоартроз;

-моноартроз;

-ОАнинг умуртқа поғонаси, спондилоартроз билан бирга келиши.

### **III.Асосий жойлашуви:**

-бўғимлараро фалангалар (Геберден, Бушар тугунчалари);

-тизза бўғимлари (гонартроз);

-чанок сон бўғими (коксартроз);

-бошқа бўғимлар.

### **IV.Рентгенологик босқич (Келлгрэн ва Лоуренс, 1957):**

0 – ўзгаришлар бўлмади;

I – шубҳали рентгенологик белгилар;

II – минимал ўзгаришлар (бўғим тирқишининг бир оз торайиши, яқка остеофитлар);

III – ўртача ўзгаришлар (бўғим тирқишининг ўртача торайиши, кўплаб остеофитлар);

IV – яққол ўзгаришлар (бўғим тирқиши деярли кўринмайди, дағал остеофитлар);

### **V.Синовит:**

-мавжуд;

-мавжуд эмас.

### **VI.Функционал синф:**

I синф - ўз-ўзига хизмат қилиш имкониятлари тўлиқ сақланган ҳолда касбий ва нокасбий фаолият билан шуғулланиш.

II синф - ўз-ўзига хизмат қилиш имкониятлари тўлиқ сақланган ҳолда нокасбий фаолият билан шуғулланиш, касбий фаолият билан шуғулланиш имкониятлари чекланган.

III синф - ўз-ўзига хизмат қилиш имкониятлари тўлиқ сақланган ҳолда касбий ва нокасбий фаолият билан шуғулланиш имкониятлари чекланган.

IV синф – ўз-ўзига хизмат қилиш, касбий ва нокасбий фаолият билан шуғулланиш имкониятлари чекланган.

*Ўз-ўзига хизмат қилиш: кийиниш, овқатланиш, ўзини парвардилаш ва ҳ.к. Нокасбий фаолият: дам олиш элементлари, бўш вақтдан фойдаланиш, жинси ва ёшини ҳисобга олган ҳолда спорт билан шуғулланиш ва б. Касбий фаолият: иш, ўқиш, жинси ва ёшини ҳисобга олган ҳолда уй ишлари билан шуғулланиш (уй хизматчилари учун).*

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667_1) <https://rheumatology.org/osteoarthritis-guideline>  
<https://www.esceo.org/publications/osteoarthritis>]

### ***3. Диагностика ва даволаш усуллари, ёндашувлари ва муолажалари.***

#### **3.1. муолажа ёки аралашувнинг мақсади:**

Беморнинг ташаббуси билан, оғриқни камайтириш ва бўғим функцияни яхшилаш мақсадида натрий гиалуронат асосида синовиал суюқлик протезини бўғим ичига инъекция қилиш тавсия этилади. Тавсиянинг кучлилиги: А (далиллар даражаси: 2А).

Натрий гиалуронат эритмаларидан интраартикуляр фойдаланиш ҳар хил бўғим зарарланишларда ижобий клиник таъсирга олиб келиши мумкин, уларнинг таъсирининг ўртача давомийлиги 4-6 ой ёки ундан кўп бўлади. Клиник таъсир тугагандан сўнг, инъекцияни такрорлаш мумкин. Тавсиянинг кучлилиги: А (далиллар даражаси: 2).

Тегишли қатъий кўрсатмалар асосида глюкокортикоидларни бўғим ичига юбориш тавсия этилади. Глюкокортикоидларни бўғим ичига юбориш кучли яллиғланишга қарши таъсирга эга, аммо иккиламчи остеонекроз ривожланишининг юқори хавфи ва бўғимлар деградациясининг кучайишига олиб келиши мумкин. Шунинг учун уларни НЯҚВ ларнинг этарли дозалари билан синовитни бартараф этишнинг иложи бўлмаган ҳолатларда қўллаш мумкин. 3 ойда бир мартадан кўп бўғим ичи ГКС инъекцияси амалиётини бажариш тавсия этилмайди. Гонартроз учун глюкокортикоидлардан даволаш курси сифатида фойдаланиш тавсия этилмайди. Тавсиянинг кучлилиги: С (далиллар даражаси:

#### **3.2. муолажа ёки аралашувга қарши кўрсатмалар:**

Ушбу процедура давомида ноҳўя таъсирларнинг ривожланиши учун хавф омиллари қуйидагилардир: тизза бўғимларида фаол инфекциянинг мавжудлиги; ёғ

тўқималари олинадиган жойда яллиғланиш жараёни; беморнинг гематопоестик тизимининг касалликлари; хомиладорлик ва эмизиш даври.

### 3.3. муолажа ёки аралашувга кўрсатмалар:

- бўғимларнинг артрози;
- бўғимдаги оғриқ синдроми;
- бўғимлар ва бойламлардаги операциядан кейин тикланиш;
- бўғимлар ва бойламлар зарарланиши билан кечадиган касалликлар.

### 3.4. муолажа ёки аралашувни бажарадиган мутахассисга талаблар:

Бўғим ичи инъекцияси ортопед-травматолог ёки ревматолог томонидан амалга оширилади.

### 3.5. асосий ва қўшимча диагностика тадбирлари рўйхати:

Бўғим ичи инъекциясини ўтказиш шифокор томонидан махсус кўникмаларни талаб қилади. Шу қаторда мутахассис таянч-ҳаракат тизимининг клиник анатомияси ва физиологиясини яхши билиши, асептика ва антисептика қоидаларига қатъий риоя қилиши талаб қилинади. Замонавий талабларга мувофиқ, барча манипуляциялар кичик операция хонасида ёки махсус даволаш хонасида амалга оширилиши керак ва кўпинча игна ҳолатини инструментал навигация қилиш учун ультратовуш ёки рентгенография усуллари талаб қилинади.

### 3.6. муолажа ёки аралашувни ўтказишга қўйиладиган талаблар:

#### Бўғим ичи амалиётлари

Дори воситалари (халқаро нопатент номи)	Фармокол огик гурухи	Чиқарилиш шакли	Қўллаш усули	Бир мартали к дозаси	Қабул қилиш сони
Бетаметазон дипропионат/натрия фосфат	глюкокортикостероид-депо шакли	7мг/мл-1,0мл инъекция учун суспензия	бўғим ичига	1,0 мл гача	схема бўйича
Триамцинолон ацетонид	глюкокортикостероид - депо шакли	40 мг/мл-1,0мл инъекция учун суспензия	бўғим ичига	1,0 мл гача	схема бўйича
гиалурон кислота асосли ёпишқок-эластик имплантат	гиалурон кислота	Тўлдирилган шприц 60 мг/3 мл 90 мг/3 мл	бўғим ичига	2-3 мл	схема бўйича
Гиалурон кислотаси юқори ва паст молекуляр гибрид комбинирланган	гиалурон кислота	тўлдирилган шприцда 64 мг/2 мл,	бўғим ичига	2 мл	схема бўйича

комплекси					
-----------	--	--	--	--	--

**Инъекция учун глюкокортикоидлар-депо шакли** тизза ва чаноқ-сон бўғими ОА синовит билан кечганда ёки кучли оғриқни камайтириш учун қўлланилади. Битта бўғимга 1 йилда 2-3 инъекциядан ортиқ қўлланилмайди.

Глюкокортикоидларни чаноқ-сон бўғимига инъекция қилиш ултратовуш назорати остида амалга оширилади. 1А.

Қўл панжа бўғимлари ОАида ГК тавсия этилмайди, бироқ фалангаларо бўғимлар синовитида қўллаш мумкин.

**Гиалурон кислотаси** НЯҚВларга қарши кўрсатмалар бўлганда ёки ножўя таъсирларнинг ривожланиш хавфи юқори бўлган беморларда, айниқса кекса ёшдагиларда тизза бўғими ОАида бўғим оғриғини камайтириш ва бўғим функциясини яхшилаш мақсадида қўлланилади.

Гиалуронат унумлари ўткир яллиғланиш жараёнлари (синовит) бартараф этилганидан кейингина қўлланилади. Гиалуронат унумлари ва глюкокортикоид препаратларининг самарадорлиги 4 хафтадан сўнг кузатилади, гиалуронат самарадорлиги эса инъекциядан кейин 5-13 хафтада ортади.

Гиалуронат кислота билан даволанишни беморлар яхши кўтаради, жуда кам ҳолатларда псевдоподагра хуружига ўхшаш оғриқлар кузатилиши, синовит хуружи ва маҳаллий ножўя реакциялар пайдо бўлиши мумкин.

1 А	Гиалурон кислотасини сон-чаноқ бўғимига инъекцияси ултратовуш назорати асосида олиб борилади.
-----	---

Самарали таъсир давомийлиги натрий гиалуронатнинг модификацияси, концентрацияси ва авлодига қараб кучли ўзгаради: чизикли моногиалурон кислоталар учун 3 ойдан ортиқ, юқори молекуляр ва қуйи молекуляр гиалурон кислоталарнинг гибрид комплекслари учун 12 ойдан ортиқ 1А.

[<https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667> 1 <https://rheumatology.org/osteoarthritis-guideline>  
<https://www.esceo.org/publications/osteoarthritis>]

### **3.7. беморни тайёрлашга қўйиладиган талаблар:**

Беморларни муолажага тайёрлаш учун махсус талаблар йўқ.

Бўғим ичи инъекциясини биринчи босқичи: - антисептиклар билан ишлов бериш. Кейинчалик, шифокор терига, тери ости қатламига ва периартикуляр тўқималарга локал анестезия қилади. Кейин пункция қилади. Яқин атрофдаги анатомик белгилар игнанинг тўғри йўналишни танлашга ёрдам беради. Бўғимга кириш “бўшлиққа тушиш” ҳисси пайдо бўлгандан кейин тўхтатилади. Жараён рпентгеноскопия назорати остида амалга

оширилиши мумкин. Бу шифокорга хатоларга йўл қўймасликка ва беморга қўшимча ноқулайлик туғдирмасликка имконини беради.

Препарат киритилгандан сўнг, бўғимга яна антисептик билан ишлов берилади ва бандаж қилинади. Терапевтик таъсирга эришиш учун битта дори инъекцияси етарли эмас. Шунинг учун дори-дармонлар 3 кундан 2 ҳафтагача бўлган муддатда 2-3 дан 10 гача инъекцияни ўз ичига олади. Инъеция тизза, елка ва сон-чаноқ бўғимларига қилиниши мумкин.

**3.8. муолажа ёки аралашувнинг самарадорлиги кўрсаткичлари:** Бўғимда оғриқ синдромининг ва яллиғланишнинг камайиши.

**“ОСТЕОАРТРОЗ” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА  
ТИББИЙ ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ  
МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМАСИ**

**Тошкент 2025**

## **2. Асосий қисм.**

### **2.1. Кириш:**

Остеоартрит муаммосининг долзарблиги, бу скелет-мушаклар тизимининг энг кенг тарқалган касалликларидан бири бўлиб, беморларнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада пасайтиради. Остеоартрит сурункали оғриқ ва ногиронликнинг асосий сабабидир, айниқса кекса одамларда. Кўпгина мамлакатларда кекса ёшдаги аҳоли билан остеоартрит муаммоси тобора муҳим аҳамият касб этмоқда. Шу нуқтаи назардан, остеоартритни ташхислаш, даволаш ва олдини олишнинг янги усуллари ишлаб чиқиш беморлар саломатлигини яхшилаш ва соғлиқни сақлаш тизимига тушаётган ижтимоий-иқтисодий юкни камайтиришда катта аҳамиятга эга.

### **2.2. Профилактика ёки реабилитация таърифи:**

Профилактика - бу ҳодисанинг олдини олишга ва/ёки хавф омилларини бартараф этишга қаратилган комплекс чора-тадбирлар мажмуи. Профилактик соғлиқни сақлаш (профилактик тиббиёт ёки профилактика) касалликларни даволашдан фарқли ўлароқ, касалликларнинг ривожланишининг олдини олишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуини назарда тутади. Саломатлик турли жисмоний ва рухий ҳолатларни қамраб олганидек, касаллик ва ногиронликка атроф-муҳит омиллари, генетик мойиллик, патогенлар ва турмуш тарзи таъсир қилади. Касалликнинг олдини олиш бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика чоралари сифатида таснифланиши мумкин бўлган фаолиятга асосланади.

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667_1)      <https://rheumatology.org/osteoarthritis-guideline>  
<https://www.esceo.org/publications/osteoarthritis>]

Реабилитация деганда инсоннинг функционалигини тиклаш ва касалланган шахсларнинг яшаш шароитларини ҳисобга олган ҳолда ногиронлик даражасини камайтиришга қаратилган «чора-тадбирлар мажмуи тушунилади».

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667_1)      <https://rheumatology.org/osteoarthritis-guideline> <https://www.esceo.org/publications/osteoarthritis>]

### **2.3. Профилактика ёки реабилитациянинг турлари:**

Саломатлик ҳолатига ёки патология оғирлигига қараб, профилактиканинг уч тури кўриб чиқилади:

-бирламчи;

-иккиламчи;

-учламчи.

Бирламчи профилактика эмлашни, оқилона кун тартиби ва дам олишни, мунтазам рационал овқатланишни ва жисмоний фаолликни ўз ичига олади.

Иккиламчи профилактика маълум шароитларда касалликнинг қайталанишига олиб келадиган хавф омилларини олдини олишни ўз ичига олади.

Учинчи даражали профилактика тўлиқ ҳаёт кечирish имкониятини йўқотган беморларни реабилитация қилиш бўйича чора-тадбирлар мажмуи сифатида қаралади.

Реабилитация босқичлари:

1-босқич. Даволаш ва реабилитация. Бу касаллик ёки шикастланишнинг ўткир даврида амалга оширилади.

2-босқич. Эрта стационар тиббий реабилитация. Касалликнинг ўткир ва эрта тикланиш даврида ёки эрта тиббий реабилитациянинг стационар бўлимларида ўтказилади.

3-босқич. Амбулатор. У реабилитация муассасаларида, соғлиқни сақлаш ташкилотларининг ихтисослаштирилган бўлимларида ва амбулаторияларда амалга оширилади.

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667_1) <https://rheumatology.org/osteoarthritis-guideline>  
<https://www.esceo.org/publications/osteoarthritis>]

#### **2.4. оммавий профилактика ва индивидуал профилактика тадбирларини ўтказиш тамойиллари:**

Бирламчи, иккиламчи ва учинчи даражали профилактикадан ташқари, касалликларнинг индивидуал ва ижтимоий профилактикаси ҳам мавжуд:

Индивидуал профилактика - касалликнинг олдини олиш, саломатликни сақлаш ва мустаҳкамлаш бўйича чора-тадбирларни ўз ичига олади, улар инсоннинг ўзи томонидан амалга оширилади ва амалда соғлом турмуш тарзи стандартларига, шахсий гигиенага, рационал овқатланишга ва оқилона меҳнат ва дам олиш режимига, фаол жисмоний тарбияга риоя қилиш билан боғлиқ.

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667_1) <https://rheumatology.org/osteoarthritis-guideline> <https://www.esceo.org/publications/osteoarthritis>]

Жамоат профилактикаси - бу фуқароларнинг жисмоний ва маънавий кучларини ҳар томонлама ривожлантиришни таъминлаш, омилларни бартараф этиш мақсадида давлат муассасалари ва жамоат ташкилотлари томонидан тизимли равишда амалга ошириладиган ижтимоий, маърифий, санитария-гигиена, эпидемияга қарши ва даволаш тадбирлари, аҳоли саломатлигига зарарли таъсир кўрсатади.

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667_1) <https://rheumatology.org/osteoarthritis-guideline> <https://www.esceo.org/publications/osteoarthritis>]

### ***3.1. Профилактика усуллари ва процедуралари:***

1) профилактика мақсади: Бу модификацияловчи хавф омилларини (ортиқча вазн, мушакларнинг кучсизлиги) бартараф этиш ва бўғимларнинг шикастланишларини ёки доимий микротравматизациясини бартараф этишдир.

2) Бирламчи профилактика – ОА хавф омилларига таъсир – соғлом турмуш тарзи, жисмоний тарбия, тўғри овқатланиш ва потенциал шикастланишларни ёки бўғимларнинг доимий микротравматизациясини бартараф этиш (ОП да ОШ томонидан амалга оширилади).

3) скрининг мавжуд эмас.

4) Иккиламчи профилактика - ОА билан оғриган беморларни ўқитиш, вазн камайтириш, жисмоний машқлар, ортопедик тавсиялар (ОП, МКТП да ОШ ва ревматолог томонидан амалга оширилади).

5) Учинчи даражали профилактика – ОА билан оғриган беморларнинг асоратларини реабилитация қилиш (ОП да ОШ, МКТП да ревматолог, стационар шароитларда ва реабилитация марказларида амалга оширилади);

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667_1) <https://rheumatology.org/osteoarthritis-guideline>  
<https://www.esceo.org/publications/osteoarthritis>]

### ***3.2. Реабилитация усуллари ва муолажалари:***

- Бўғимни сақлайдиган жарроҳлик аралашувлардан сўнг ҳам, тизза бўғимини алмаштиришдан кейин ҳам беморларни реабилитация қилишдан мақсад - тўлиқ функционал, ижтимоий ва касбий тикланишдир. Реабилитация ижтимоий мослашишга қаратилган реабилитацияни ва касбга йўналтириш, касб-хунар таълими ва касбий мослашувдан иборат реабилитацияни ўз ичига олади.

- Беморларни реабилитация қилиш қуйидаги тамойилларга асосланади: турли хил фармакологик воситалардан ва номедикаментоз усуллардан фойдаланиш, узлуксизлик, кетма-кетлик, мураккабликдан мультимодал фойдаланиш туфайли беморда анальгезиянинг етарли даражасига эришиш, реабилитацияни эрта бошлаш, шунингдек, даволаш тадбирларини ўтказишда индивидуал ёндашувга асосланади.

- шикастланган бўғим функцияларини тўлиқ ёки қисман тиклаш ва (ёки) йўқолган функцияларни қоплаш: зарарланган бўғимларнинг функцияларини қисман тиклаш.

- ўткир ривожланган патологик жараёни яқунлаш жараёнида тананинг функцияларини сақлаб қолиш: бўғимларнинг функцияларини номедикаментоз ва дори-дармонлар билан даволаш.

- шикастланган бўғим асоратланишини олдини олиш, эрта ташхислаш ва даволаш: ўз вақтида эрта ташхис қўйиш, номедикаментоз ва дори-дармонлар билан даволаш.

- ривожланиши мумкин бўлган ногиронликни олдини олиш ва камайтириш: ўз вақтида эрта ташхис қўйиш, номедикаментоз ва дори-дармонлар билан даволаш.

- ҳаёт сифатини яхшилаш: беморларни реабилитация қилишнинг замонавий усуллари.

- беморнинг иш фаолиятини сақлаб қолиш: беморларни реабилитация қилишнинг замонавий усуллари.

- беморнинг жамиятга ижтимоий интеграциялашуви: беморларни реабилитация қилишнинг замонавий усуллари.

#### ***4. 3-хил турдаги профилактика ёки реабилитацияни ўтказишга кўрсатмалар:***

-метаболик ва эндокрин касалликлар: акромегалия, гиперпаратиреоз, қандли диабет охроноз, гемахроматоз, Вильсон-Коновалова, Гоше касаллиги, кристалл-ассоцирланган касалликлар (подагра, пирофосфатли артропатия, гидроксиапатит артропатия) ва б.

-туғма, орттирилган, эндемик касалликлар: Педжет касаллиги, гемофилиялар, бўғимлар гипермобиблиги синдроми, соннинг туғма чиқиши, эпифизар дисплазия ва мушак-скелет тизимининг бошқа дисплазиялари, бўғимлар механикасининг бузилиши, оёқлар узунлигининг тенг бўлмаслиги, варус/валгус деформациялари, сколиоз.

-шикастланишдан кейинги: бўғим шикастланишлари, ёриқлар ёки остеонекроз, бўғимдаги жарроҳлик амалиёти (менискэктомия) ва б.

-суяклар ва бўғимларнинг бошқа касалликлари (ревматоид артрит, инфекцион артрит, спондилит ва бошқалар).

-полиартроз;

-ОАнинг умуртқа поғонаси, спондилоартроз билан бирга келиши.

-бўғимлараро фалангалар (Геберден, Бушар тугунчалари);

-тизза бўғимлари (гонартроз);

-чанок сон бўғими (коксартроз);

-бошқа бўғимлар.

III – ўртача ўзгаришлар (бўғим тирқишининг ўртача торайиши, кўплаб остеофитлар);

IV – яққол ўзгаришлар (бўғим тирқиши деярли кўринмайди, дағал остеофитлар);

III синф - ўз-ўзига хизмат қилиш имкониятлари тўлиқ сақланган ҳолда касбий ва нокасбий фаолият билан шуғулланиш имкониятлари чекланган.

IV синф – ўз-ўзига хизмат қилиш, касбий ва нокасбий фаолият билан шуғулланиш имкониятлари чекланган.

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667_1) <https://rheumatology.org/osteoarthritis-guideline>  
<https://www.esceo.org/publications/osteoarthritis>]

### ***5. Профилактика турларини ўтказишни аниқлаш мезонлари:***

Тана вазнини нормада сақлаш (ТВИ ни 25 кг/м<sup>2</sup> дан ортиқ бўлмаган кўрсаткичларга етказиш). Оғирликни 2 бирликка камайтириш тизза бўғимларининг ОА ривожланиш хавфини 50% га камайтиради.

Тизза бўғимларининг тез-тез эгилиши билан боғлиқ оғирликлар ва ҳаракатларни чеклаш тизза бўғимларининг ОА ривожланиш хавфини камайтиради ва зинапояга кўтарилиш сон-чаноқ бўғимларининг ОА ривожланиш хавфини камайтиради.

Тўрт бошли сон мушакларини машқ қилиш тизза бўғимларининг ОА нинг рентгенологик ва клиник кўринишлари хавфини камайтиради, чунки тўрт бошли сон мушаклари заиф бўлса, унинг бўғимдаги юкни тақсимлаш ва унинг барқарорлигини сақлаш қобилияти пасаяди.

### ***6. Реабилитация босқичлари ва ҳажмлари:***

Реабилитация чораларини операциядан сўнг дарҳол касалхонада бошлаш ва уни касалхонага ётқизиш давомида олиб бориш тавсия этилади (реабилитациянинг биринчи босқичи). Касалхонадан чиқарилгандан сўнг, агар керак бўлса, реабилитация бўлимларида (агар иложи бўлса) реабилитация даволашни давом эттириш (реабилитациянинг иккинчи босқичи) ва кундузги шифохонанинг тиббий реабилитация бўлимларида, санаторий, амбулатор тиббий муассасаларда ёки уйда (реабилитациянинг учинчи босқичи) реабилитацияни тугатиш. Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 5).

Операциядан кейинги реабилитация даволашнинг бутун курси 2 даврдан (эрта ва кеч операциядан кейинги даврлар) иборат бўлиб, улар 5 та режимга бўлинади: 1) 1-2 кундан 5-7 кунгача юмшоқ (операциядан кейинги ўткир реактив яллиғланиш), 2) 5-7 кундан 15 кунгача тоник (операциядан кейинги ярани даволаш), 3) 15 кундан 6-8 ҳафтагача эрта тикланиш (операциядан кейин суяк тузилмаларининг резорбцияси жараёнларининг устунлиги), 4) 6-8 ҳафтадан 10 ҳафтагача кеч тикланиш (суяк тўқималарининг регенерацияси жараёнларининг устунлиги), 5) 10-12 ҳафтадан 12 ойгача мослашиш (суяк тўқимасини қайта тикланиши). Операциядан кейинги даврда эрта фаоллаштириш учун беморларни, айниқса кекса ва кекса ёшдаги беморларни тиббий

реабилитация қилишни операциядан олдинги даврда бошлаш тавсия этилади. Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 5).

Операциядан олдинги давр: ЭМС иккала сон ва оёқ мушакларининг; иккала пастки экстремиталарнинг массажи; машқлар терапияси (изометрик машқлар). Операциядан кейинги эрта давр: кўкрак ва диафрагма нафас олиш учун машқлар; ФТЛ (ўта юқори частотали электр майдони (УХФ ЭП) ёки ярага ультрабинафша нурланишига таъсир қилиш, соғлом оёқдаги ЭМС №5, тикувларни олиб ташлаганингиздан сўнг - операциядан 2-3 ҳафта ўтгач массаж қилиш); 1-2 кундан бошлаб машқлар терапияси (изометрик ҳаракатлар, юқори экстремиталарнинг бўғимлари ва соғлом оёқдаги ҳаракатлар), 1 кундан бошлаб жисмоний машқлар терапияси беморга қўллари ва ётоқ рамакаси ёрдамида тўшакда ўтириш ўргатилади; операциядан бир неча соат ўтгач, қўлтиқ таёқчаларига қўшимча ёрдам билан операция қилинган оёқ-қўлда юксиз туриш ва юришга рухсат берилади. Дренажларни олиб ташлагандан сўнг, қўлтиқ таёқчаларида қўшимча таянч ва операция қилинган оёқ-қўлда дозаланган юк билан юриш тавсия этилади. Операциядан кейинги кеч давр (3 ҳафтадан бошлаб): Оёққа қисман юк (қўлтиқ таёқчалари ёрдамида зинапоёда юриш), таёқдан 3-4 ҳафта фойдаланишга рухсат берилади; машқлар терапияси; ФТЛ (оғриқ қолдирувчи воситаларнинг электрофорези).

Беморларга ўртача 1,5-3 ой ўтгач, сон ёки болдир суякларнинг тузатувчи периартикуляр остеотомияларидан кейин ва эндопротетик операциядан 1-3 ой ўтгач, бўғимнинг шикастланиш даражасига қараб, жарроҳлик аралашувининг усуллари ва хусусиятларига қараб тўлиқ юкланишга рухсат бериш тавсия этилади. Реабилитация даволашнинг ушбу давридаги терапевтик чора-тадбирларнинг асоси машқлар терапияси (шу жумладан бассейнда), симуляторлар бўйича машғулотлар ва бальнеотерапевтик муолажалар бўлиб, улар ихтисослаштирилган марказларда ёки санаторий-курорт муассасаларида ўтказилиши тавсия этилади. Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 5).

Беморларнинг маълум бир тоифаси учун қарши кўрсатмалар бўлмаса, операциядан кейинги даврда реабилитациянинг бир қисми сифатида физиотерапевтик даволанишдан фойдаланиш тавсия этилади. Тавсияларининг ишончлилиқ даражаси Б (далилларнинг ишончлилиқ даражаси – 2).

Эрта даврда физиотерапиянинг вазифалари операция қилинган оёқ-қўлнинг анальгезик, яллиғланишга қарши, репаратив ва регенератив таъсирларни ошириш учун қўлланилади. Шу мақсадда, клиник зарурат туғилганда, беморнинг коморбидлик омилларини ҳисобга олган ҳолда, замонавий физиотерапия усуллари кенг арсеналидан фойдаланиш мумкин.

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667_1) <https://rheumatology.org/osteoarthritis-guideline>  
<https://www.esceo.org/publications/osteoarthritis>]

## *7. Тиббий профилактика ёки реабилитация даражасини кўрсатган ҳолда ташхислаш тадбирлари:*

Лаборатор диагностика:

-умумий қон таҳлили,

-умумий пешоб таҳлили,

-қон биокимёвий таҳлили (креатинин, глюкоза, умумий билирубин, трансаминаза, триглицеридлар, ЮЗЛ, ПЗЛ)

Лаборатор текширувлар бошқа бўғим яллиғланиш касалликларини (пирофосфат артропатия, РА, ПсА, подагра) тасдиқлаш ёки қиёсий ташхис мақсадида ўтказилади. ОАда УҚТда яллиғланишга хос ўзгаришлар кузатилмайди, РО, АЦЦП, қон зардобиди сийдик кислотаси - одатда нормада. 4 D.

Синовиал суюқликни текшириш фақат синовит бўлган ҳолларда қиёсий ташхис қилиш мақсадида (инфекцион артрит, пирофосфат артрит, подагра) ўтказилади. ОАда синовиал суюқлик яллиғланмаган табиати билан ажралиб туради (стерил, шаффоф ёки озгина хира, ёпишқоқ, лейкоцитлар концентрацияси 2000 ммдан кам), синовиал суюқликда кристаллар аниқланиши ОА учун хос эмас. I B.

Инструментал ташхис

Жароҳатланган бўғимлар рентгенографияси;

Синовитни ташхислаш учун бўғим УТТси;

Тизза бўғими МРТси қиёсий ташхис мақсадида.

Рентгенография

Рентгенография текшируви ОАда энг ишончли диагностика усули бўлиб, бўғим тирқишининг торайиши, чекка остеофитлар, субхондрал склероз, субхондрал кисталарни аниқлайди. Рентгенография тизза бўғими ОАни ташхислаш учун "олтин стандарт" ҳисобланади.

Тизза бўғими рентгенографияси- турган ҳолда олди ва ён проекцияларда, пателлофеморал бўғимни текшириш учун ён проекцияда тиззани буккан ҳолда ўтказилади. I B.

чаноқ сон бўғими рентгенографиясида тос суюқлари тасвири иккала чаноқ-сон бўғимларини қамраб олган ҳолда ўтказилади. 3C.

қўл панжаси бўғимлари - битта плёнкада тўғри проекцияда иккала қўл панжа умумий рентгенографияси ўтказилади. I B.

УТТ тизза ва чаноқ-сон бўғими ултратовуш текшириш усули синовитни аниқлаш, менисклар, тоғай, боғламалари, мушаклари шикастланиши (тизза бўғимлари учун), Бейкер кистасининг мавжудлигини /ёрилишига шубҳа бўлса, ГКС чаноқ сон бўғими ичига юбориш мақсадида ўтказилади.

МРТ ички ва периартикуляр бойламлар, субхондрал суякдаги ўзгаришларни, синовитни аниқлаш (остеонекрозга шубҳа бўлса) мақсадида ўтказилади.

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667_1) <https://rheumatology.org/osteoarthritis-guideline>  
<https://www.esceo.org/publications/osteoarthritis>]

## *8. Даражаси кўрсатилган холда тиббий профилактика ёки реабилитациянинг тактикаси:*

### **Профилактика**

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 ҳаракатлар ва оғир кўтаришни чеклаш тизза бўғими ОАини, зинадан кўтарилишни чеклаш эса чаноқ-сон бўғими ОАини ривожланиш хавфини камайтиради.

Соннинг тўрт бошли мушагининг тренировкеси тизза бўғими ОАининг клиник ва рентгенологик намоён бўлиши хавфини камайтиради, ушбу мушак кучининг камлиги, бўғимга тушаётган юкламанинг тенг тақсимлаш қобилиятини ва унинг турғунлигини камайтиради.

Тизза бўғимининг ёшлиқдаги шикастланиши, инсон ҳаётининг кейинги даврида тизза бўғими ОАси ривожланиши хавфини оширади, шунинг учун жароҳатларнинг олдини олиш; шу жумладан спорт соҳасидаги шикастланишларни: спортчилар учун босқичли машғулот режимини ишлаб чиқиш, юклама вақтида бўғимни химоя қилувчи махсус қурилмаларни қўллаш. Қўл ва оёқ жароҳатларини олганларга тана массасини камайтириш ва соннинг тўрт бошли мушагининг машқи тавсия қилинади.

**Диспансер назорати** қуйидагиларга йўналтирилган:

- касаллик хуружининг профилактикаси;
- давони доимий коррекциялаш;
- дорилар асоратининг профилактикаси.

Бирламчи тиббиёт шифокори олиб борилиши тавсия этилади. Ташриф буюрилганда қуйидагиларга: шикастланган бўғимлар сонининг ўзгаришига, оғриқ интенсивлигига (ВАШ, см), бўғимлардаги ҳаракатлар хажмига, дориларнинг ножўя таъсирлари пайдо

бўлганлигига эътибор қаратиш лозим. Зарур бўлганда дориларнинг қабул қилиш режимини ўзгартириш, уларни бекор қилиш ёки ўзгартириш керак. Бемор тавсияларга, пархезга ва юклама тартибига риоя қиладими йўқми аниқлаштириш лозим. Бўғимларнинг бузилган биомеханикасини коррекциялаш учун- ортезлардан фойдаланилади.

*Қўл панжа бўғими ОАли беморларга узоқ кузатув тавсия қилинади уларни индивидуал хусусиятларини инобатга олган ҳолда. 5 D.*

Беморларни ўргатиш:

Беморларни ўргатиш - беморга мослаштирилган ва касаллик ҳақида маълумот, турмуш тарзини ўзгартириш бўйича тавсиялар, вазн йўқотиш ва жисмоний машқлар зарурлигини ўз ичига олади. Эргономик техникани ўргатиш (меҳнат терапияси) ва ёрдамчи асбоблардан фойдаланиш. Ўз-ўзини бошқариш бўйича ўқув дастурлари доимий равишда таъминланиши керак. Ушбу дастурлар фанлараро жамоавий ёндашувдан фойдаланилади. Машғулотлар давомида беморларга касаллик, дори воситаларининг таъсири ва уларнинг ножўя таъсирлари, жисмоний машқларнинг аҳамияти ҳақида тушунчалар берилади.

Даволаш усуллари танлаш бемор ва мутахассиснинг биргаликдаги қарорига асосланиши керак.

*Озиш :*

Ортиқча вазнли ёки семизлик билан оғриган, тизза ва/ёки сон-чаноқ бўғими ОА билан оғриган беморларга вазнни бошқариш тавсия этилади.

Ортиқча вазнли беморларга (ТВИ 25 кг/м<sup>2</sup> дан ортиқ) тана вазнини 6 ой ичида камида 5% ёки йил давомида 10% га камайтириш тавсия этилади.

ОА билан оғриган беморларга қуйидагилар тавсия этилади: мунтазам равишда ўз-ўзини назорат қилиш, ойлик вазнини қайд этиш, ёғ ва тузни истеъмол қилишни чеклаш, кунига камида беш порция мева ва сабзавотларни истеъмол қилиш ва кунига камида 30 дақиқа жисмоний фаоллик. Эришилган кўрсаткичлар бемор билан муҳокама қилинади.

*Жисмоний машқлар :*

1 А	Барча ОА ли беморларига мушаклар функцияси ва кучини яхшилаш ва оғриқни камайтириш учун машқ қилиш тавсия этилади.
-----	--

Машқларни тавсия қилади: аэробик, куч ёки қаршилик, мослашувчанлик ва чўзилиш учун, сувда яхшироқ. Юриш аэроб машқлари сифатида ишлатилиши мумкин. Сон-чаноқ бўғимларнинг ОА бўлса, айниқса, куч машқлари талаб қилинади.

Тизза ОА учун тўрт бошли сон мушакларининг кучини мустаҳкамлаш ва ҳаракат оралиғини ошириш учун мунтазам машқлар, шунингдек, аэробик машқлар керак.

1 А	Қўл ОА учун қўлларда мушаклар кучини ошириш учун машқлар.
-----	---

Машқлар индивидуал бўлиши ва ҳар бир беморнинг эҳтиёжларига мослаштирилиши керак , шунда улар бемор ҳаёт тарзининг бир қисмига айланади.

Ўртача интенсивликдаги аеробик машғулотларнинг давомийлиги кунига камида 30 минут бўлиши керак ёки кўпроқ фойда олиш учун 60 дақиқагача. Вақт ўтиши билан машқлар интенсивлигини ва/ёки давомийлигини ошириш керак.

Жисмоний терапия машқлари учун қарши кўрсатмаларни ҳисобга олиш керак.

*Ортопедик тавсиялар :*

Оёқ учун қулай ва амортизацияловчи поябзалларни танлаш, бармоқларнинг қулай жойлашиши учун етарлича катта поябзал кийиш ва баланд пошналардан сақланиш.

*ОА билан оғриган беморлар учун тиззага махсус тиббиофеморал тизза кўтарувчи мосламалар (подтяжки) тавсия этилади, улар бир ёки иккала тиззада оғриқларнинг сезиларли камайишига таъсир кўрсатади.*

Эластик тизза бойламини қўллаш - асосан эрта босқичларда ва тизза бўғимларининг механик беқарорлиги бўлмаганда қўлланилади.

Тизза бўғимларининг медиал қисмларининг шикастланиши ва бўғим ўқининг варус ўзгаришида - валгуслаштирувчи ортезлар қўлланилади.

Тизза бўғими механик ностабиллигида - ярим қаттиқ ёки қаттиқ фиксацияловчи ортезлар қўлланилади:

1 А	Қўлнинг ОА билан карпометакарпал бўғимдаги оғриқни йўқотиш учун ортезларни узок муддат кийиш кўрсатилган.
-----	---

1 А	Тизза ва/ёки сон-чаноқ бўғимлари ОА билан оғриган беморлар учун таёк ёки бошқа ёрдамчи воситалар (қўлтиқ таёкчалари, ғилдирак юритувчилар (ходунки), рамкалар ва бошқалар) билан юриш. Таёк зарарланган бўғимнинг қарама-қарши томонида бўлиши керак .
-----	--

*Физиотерапевтик тавсиялар :*

Совуқ аппликациялар қўллаш (муз пакетлари, муз массажи). Тизза ва кафт бўғимлари ОА да оғриқни камайтириш учун термал процедуралар қўллаш. Дори воситалари билан физиотерапевтик муолажалар, балнеотерапия (сулфид, лой, радон ванналари ва бошқалар) ёрдамида даволаш.

[[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667_1) <https://rheumatology.org/osteoarthritis-guideline>  
<https://www.esceo.org/publications/osteoarthritis>]

## *9. Профилактика ёки реабилитация тадбирларининг самарадорлик кўрсаткичлари:*

- Зарарланган бўғимдаги оғрикни камайтириш;
- Зарарланган бўғимнинг функционал фаолиятини қисман ёки тўлиқ тиклаш.

Адекват анальгезия даражаси учун:

- турли фармакологик воситалардан мультимодал фойдаланиш;
- номедикаментоз терапия ва реабилитация усулларида фойдаланиш;
- Давомийлик, изчиллик, мураккаблик, шунингдек, профилактика ва реабилитация тадбирларини ўтказишда индивидуал ёндашув.

### **Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:**

1.Лила А.М, Алексеева Л.И, Тельшев К.А. Современные подходы к фенотипированию остеоартрита. Современная ревматология. 2019;13(2):4–8).

<https://mrj.ima-press.net/mrj/article/view/904>

2.2019 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).

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31908149/>

3.Алексеева ЛИ, Таскина ЕА, Кашеварова НГ. Остеоартрит: эпидемиология, классификация, факторы риска и прогрессирования, клиника, диагностика, лечение. Современная ревматология. 2019;13(2):9–21.

<https://mrj.ima-press.net/mrj/article/view/905>

4.Головач И.Ю., Егудина Е.Д., Тер-Вартанян С.Х. Тактика ведения пациентов с остеоартритом коленного сустава в соответствии с рекомендациями современных медицинских обществ: акцент на ESCEO — 2019 Том 20, № 4, 2019.

<https://cyberleninka.ru/article/n/taktika-vedeniya-patsientov-s-osteoartritom-kolennogo-sustava-v-sootvetstvii-s-rekomendatsiyami-sovremennyh-meditsinskih-obschestv>

5.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.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31908163/>

6.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.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30402266/>

7. Margreet Kloppenburg, Féline PB Kroon, Francisco J Blanco, et al. 2018 update of the EULAR recommendations for the management of hand osteoarthritis Kloppenburg M, et al. Ann Rheum Dis 2019;78:16–24. doi:10.1136/annrheumdis-2018-213826.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30154087/>

8. Marcel Tschopp<sup>1</sup>, Christian W A Pfirrmann, Sandro F Fucentese, Florian Brunner, Sabrina Catanzaro<sup>2</sup>, Nathalie Kühne<sup>2</sup>, Iwan Zwysig<sup>2</sup>, Reto Sutter, Tobias Götschi, Matteo Tanadini<sup>3</sup>, Andrea B Roskopf. A Randomized Trial of Intra-articular Injection Therapy for Knee Osteoarthritis. 2023 May 1;58(5):355-362. Epub 2022 Dec 27.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36728848/>

9. Гонартроз бүйича РФ клиник тавсиялари. 2021.

[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667_1)

10. Esceo (European Society on the Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis) 2023. <https://www.esceo.org/publications/osteoarthritis>