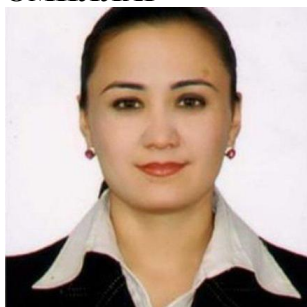


## ОСТЕОАРТРОЗ КАСАЛЛИГИНИ ЭРТА РИВОЖЛАНИШИДА АҲАМИЯТЛИ ХАВФ ОМИЛЛАР



Исламова Камола Акрамовна

Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

## ВАЖНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА В РАННЕМ РАЗВИТИИ ОСТЕОАРТРИТА

Исламова Камола Акрамовна

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

## IMPORTANT RISK FACTORS IN THE EARLY DEVELOPMENT OF OSTEOARTHRITIS

Islamova Kamola Akramovna

Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: [kamola.islamova@mail.ru](mailto:kamola.islamova@mail.ru)

**Резюме.** Мақолада кўп факторли таҳлил асосида эрта ёшда ривожланган остеоартроз касаллигининг ички ва ташқи хавф омиллари аниқланди. Текиширувлардан тизза бўғими остеоартроз касаллиги – гонартроз билан касалланган 80 нафар (57 нафар аёл, 71,2%; 23 нафар эркак, 28,8%) бемор ўтказилди. Касалликда ортиқча тана вазни ва семизлик энг кўп учровчи хавф омили бўлиб, 72,5% беморда аниқланди. Бошқа хавф омиллари - ирсий омиллар, оёқ веналарининг варикоз кенгайиши - 46,3%, хомилдорлик, жинсга боғлиқлик, гормонал ўзгаришлар ва кўп миқдордаги абортлар, катта ва кичик травмалари, яширин тарздаги кам ҳаракатчанлик, ўтказилган бўғим яллиғланишлари, оғир меҳнат билан шуғулланиши, қандли диабет ва ревматоид артрити касалликлари частотаси 5-58,7% бўлди. Касалликда беморларнинг функционал ҳолатини эрта аниқлаш ва баҳолаш учун оғриқни VASh шкаласида аниқлаш, WOMAC, Лекен алгофункционал индекси, эксперт мезонларини қиритишни талаб этилади. Касаллик диагностикасида 21,3% ҳолатда рентгенологик текиширувлар информативликка эга бўлмайди ва юқори информативликка эга УТТ ва МРТ усуллари ўтказишни тақазо этади.

**Калит сўзлар:** Остеоартроз, хавф омиллар, семизлик, ирсий омил, WOMAC индекси, Лекен индекси, эксперт белгилари.

**Abstract.** The article identifies internal and external risk factors for early-stage osteoarthritis based on a multi-factor analysis. The examinations were performed on 80 patients with osteoarthritis of the knee joint - gonarthrosis (57 women, 71.2%; 23 men, 28.8%). Overweight and obesity were the most common risk factors in the disease, identified in 72.5% of patients. Other risk factors - hereditary factors, varicose veins of the legs - 46.3%, pregnancy, sex dependence, hormonal changes and multiple abortions, major and minor traumas, latent sedentary mobility, arthritis, heavy labor, diabetes and the incidence of rheumatoid arthritis was 5–58.7%. Early detection and evaluation of the functional status of patients with the disease requires the inclusion of pain on the VASh scale, WOMAC, Leken algofunctional index, expert criteria. In the diagnosis of the disease in 21.3% of cases, X-ray examinations are not informative and require high-informativity UTT and MRI methods.

**Keywords:** Osteoarthritis, risk factors, obesity, genetic factor, WOMAC index, Leken index, expert marks.

Остеоартроз (ОА) - бўғимларнинг сурункали кучайиб борувчи дегенератив-дистрофик касаллиги бўлиб, бўғим тоғайининг деструкцияси, суяклар эпифизлари ва бўғимолди юмшоқ тўқималарининг зарарланиши билан кечади [4, 10,12, 13,15]. Бу касаллик билан 10-12% аҳоли касалланган, 50 ёшга етган аҳоли орасида унинг частотаси 3-5%. Касалликнинг тарқалиш даражаси аҳолининг ёши катталашган сари кўпайиб боради. [1,2].

ОА касаллигининг тиббий ва ижтимоий-иқтисодий аҳамияти касалликнинг кенг тарқалганлиги, сурункали кечуви, беморлар ҳаёт сифати ва соғлиғига салбий таъсири, даволаш ва реабилитация муолажаларининг кўплаб маблағ талаб этиши билан изоҳланади [14,16].

Кечки босқичларда ОА касаллиги фақат эндопротезлаш амалиёти ёки паллатив даво учун аҳамиятли бўлиб қолишини ҳисобга олганда, ҳозирги вақтда ОА касаллигининг 50 ёшгача

бўлган аҳолида ривожланишига олиб келувчи сабабларини билиш, касалликнинг эрта клиник белгиларини аниқлаш, кучайишини олдини олиш ва зарарланган бўғимлар фаолиятини тиклаш муҳим аҳамият касб этмоқда [7,8].

American College of Rheumatology (ACR, 2010) ОА касаллигининг эрта клиник белгилари сифатида буғимдаги оғриқни 2 марта такрорланган бўлишини, охириги 2 йилда оғриқ эпизодини 10 кундан кўп давом этганлигини, беморлар ёшининг 50 ёшдан кичик бўлишини, бўғимлардаги қотишни 30 минутдан ошмаслигини ва крепитацияни тавсия [6,14]. Luyten F.P ва ҳаммуаллифлари (2012) томонидан эрта ОА белгиларига рентгенологик текширувда остеофитлар (Kellgren-Lawrence мезонлари бўйича II босқич), магнит резонансли компьютер текширувида тоғай дегенерацияси (менисклар ёки субхондрал суяк зарарланишлари) белгилари бўлиши ҳам киритилган [20].

Келтириб чиқарувчи сабабларига кўра бирламчи ва иккиламчи ОА касаллиги фарқланади. Касалликнинг сабаблари аниқ бўлмаганда ОА бирламчи ёки идиопатик саналади [3,11,18]. Маълумотларга кўра, бирламчи ОА касаллиги эрта (50 ёшгача) ривожланади ва унинг келиб чиқишида бўғим тоғайига тушаётган механик зўриқиш ва тоғайнинг ушбу таъсирга қарши туриш қобилияти ўртасидаги фарқ ҳамда тоғайнинг механик таъсирга қарши туриш қобилиятини генетик ифодаланган пасайишининг аҳамияти катта [5,9]. Аммо ҳозиргача бирламчи ОА касаллигининг ривожланишида муҳим аҳамият касб этувчи бир қатор ташқи ва ички омиллар чуқур ўрганилмай қолмоқда.

**Ишнинг мақсади.** Кўп факторли таҳлил асосида эрта ёшда ривожланган остеоартроз касаллигининг ички ва ташқи хавф омилларини аниқлаш ҳамда касаллик сабаблари ва клиник белгиларини ўзаро боғлиқлик даражасини ўрганиш орқали хавф омилларнинг хавфлилик даражасини баҳолаш.

**Тадқиқот материали ва усуллари.** Самарқанд давлат тиббиёт институти 1-клиникаси ревматология бўлимида клиник текширувлардан тизза бўғими ОА касаллиги – гонартроз билан касалланган 28 ёшдан 55 ёшгача (ўртача  $48,5 \pm 2,8$  йил) бўлган 80 нафар (57 нафар аёл, 71,2%; 23 нафар эркак, 28,8%) бемор ўтказилди.

Касалликнинг ўртача давомийлиги  $6,7 \pm 0,3$  йилни ташкил этиб, касаллик давомийлиги 1 йилгача бўлган беморлар 9 (42,5%) кишидан, 1-5 йил бўлган беморлар 16 (20,0%) кишидан, 6-10 йил бўлган беморлар – 27 (33,8%) кишидан, 10 йилдан ортиқ бўлган беморлар 28 (35,0%) кишидан иборат бўлди.

Беморларнинг ОА касаллигининг бошланганидаги ёши  $44,0 \pm 0,6$  йилга тенг бўлди.

Текширувларда аксарият беморларда касаллик 50 ёшгача (50 нафар, 62,5%) бошланганлиги аниқланди. Касаллик 50-55 ёшда ривожланганлар 30 нафарни (37,5%) ташкил этди.

ОА ташхиси Америка ревматологлари комитети мезонлари асосида қўйилди [19].

Тизза бўғимининг моноартикуляр зарарланиши 49 (61,3%) нафар (21 беморда чап, 42,6%; 28 беморда ўнг, 57,1%) беморда, иккала тизза ёки битта тизза ва чаноқ сон бўғими олигоартикуляр зарарланиши 24 (30,0%) нафар беморда аниқланди. Полиартикуляр зарарланиш 7 (8,8%) беморда қайд этилиб, иккала тизза ва иккала чаноқ-сон бўғими зарарланиши 2 (2,5%) беморда, тизза ҳамда қўл ва бармоқлари бўғимлари полиартикуляр зарарланиши 5 (6,3%) беморда кузатилди.

Беморлар аҳоли ва бўғимларнинг функционал ҳолати ВАШ шкаласи, Лекен индекси ва эксперт мезонлари кўрсаткичлари асосида баҳоланди. Текширувларда касалликнинг эрта ривожланишида аҳамият касб этувчи - ортиқча тана вазни ва семизлик, ирсий мойиллик, оёқ веналарининг варикоз касаллигининг бўлиши, жинсга боғлиқ (хомиладорлик, гормонал ўзгаришлар, кўп сонли абортлар), яширин тарздаги кам ҳаракатчанлик, тизза бўғимининг катта ва кичик травмалари, ўтказилган бўғим яллиғланишлари, оғир меҳнат шароити, қандли диабет каби бир ички ва ташқи омилларга эътибор қаратилди.

Текширувларимиздаги 80 нафар беморнинг генеологик карталари ўрганилиб, таҳлил натижалари 141 нафар она-отаси (72 нафар она ва 69 нафар ота), 105 нафар бувилари (54 нафар она томонидан, 51 нафар – ота томонидан) ва 90 нафар боболари (42 нафар – оналарининг отаси, 48 нафар – оталарининг отаси) кўрсаткичларига кўра баҳоланди.

Олинган натижалар вариацион статистика усулида баҳоланди. Бунда ўртача арифметик миқдор, унинг ўртача квадрат ҳатоси моментлар усулида аниқланди. Олинган натижаларнинг ишончлилиқ мезони (t) ва ишончлилиқ даражаси (P) ҳам таҳлилдан ўтказилди. Статистик текширувларда «Статистика-2016» программаларидан фойдаланилди.

**Олинган натижалар.** Текширувларимизда ортиқча тана вазни ва семизлик 58 (72,5%) беморда кузатилди. Текширилган 23 (28,75%) беморда тана масса индекси (ТМИ) меъёридан ошган ( $25,0-29,9$ ) бўлса, 15 (18,75%) беморда – I даражали семизлик ( $30-34,9$ ) ва 20 (25,0%) беморда – II даражали семизлик ( $35-40$ ) аниқланди. Тана массаси индекси (ТМИ) кўра ортиқча тана вазни ва семизлик аниқланган барча гуруҳлардаги беморлар орасида аёллар кўпчилиқни ташкил этди.

**Жадвал 1.** Эрта ривожланган ОА касаллигини келиб чиқишида хавф омилларининг ўрни

Хавф омиллари	Жами	Аёллар	Эркаклар
Ортиқча тана вазни ва семизлик	58 (72,5%)	40 (50%)	18 (22,5%)
Ирсий омиллар	47 (58,7%)	33 (41,3%)	14 (17,5%)
Веналарнинг варикоз касаллиги	37 (46,3%)	32(40%)	5 (6,3%)
Жинсга боғлиқ омиллар	25 (31,3%)	-	-
Катта ва кичик травмалар	24 (30%)	16(20%)	8(10%)
Яширин кам ҳаракатчанлик	18 (22,5%)	15(18,8%)	3(3,7%)
Оғир меҳнат билан шуғулланиш	8 (10%)	3(3,8%)	5(6,2%)
Ўтказилган бўғим яллиғланишлари (реактив артрит)	16 (20%)	12(15%)	4(5%)
Ревматоид артрити	4(5%)	3(3,8%)	1(1,2%)
Қандли диабет	5(6,2%)	3(3,8%)	2 (2,4%)



**Расм 1.** ОА хавф омиллари ва коморбид ҳолатлари ўртасидаги боғлиқлик даражаси

Жумладан, эркаклар ва аёллар нисбати ортиқча тана массаси аниқланган беморлар (19 аёл, 82,6%; 4 эркак, 17,4%) гуруҳида - 1:4,8 нисбатда, I даражали семизлик аниқланган (8 аёл, 53,3%; 7 эркак, 46,7%) гуруҳида - 1:1,1 нисбатда, II даражали семизлик аниқланган (13 аёл, 65,0%; 7 эркак, 35,0%) гуруҳида - 1:1,9 кўрсаткичга тенг бўлди (жадвал 1).

ОА касаллигида 58,7% (47 нафар) беморнинг шажарасида ревматик касалликлар бўлиши аниқланди. Беморларнинг ирсиятини онаси (26,4%), онасининг онаси (22,2%) ва отасининг онаси (21,2%) томонидан кўпроқ оғирлашуви характерли бўлди ва пробанднинг яқин қариндошларида ОА (28,7%), ЮСРК (23,6%), РА (21,7%) ва РеА (10,2%) каби ревматик касалликлар энг кўп аниқланди. Юракнинг сурункали ревматик касаллиги ва юрак нуқсонлари (14,0%), РА (6,4%) ва тизимли қизил югурик (4,4%) касаллигининг асоратлари қариндошларнинг ўлимига ҳам сабаб бўлиши қайд этилди.

ЭХМ дастурига кўра [17] беморлар шажарасида ревматик касалликларга бўлган ирсий омилнинг хавфлилик даражаси 31,9% ҳолатда енгил (1-2 нафар бемор мавжудлиги), 44,7% ҳолатда ўртача (3-4 нафар бемор мавжудлиги) ва 23,4% ҳолатда оғир (бемор ва вафот этганлар мавжудлиги) даражада ифодаланиши қайд этилди.

Мақсадли текширувларда ОА касаллиги билан касалланган 37 нафар (46,3%) беморда оёқ веналарининг варикоз кенгайиши аниқланди. Оёқ веналари доплерографик текширувида 29 (36,3%) нафар беморда биринчи даражали веноз етишмовчилиги, 8 (10,0%) нафар беморда эса иккинчи даражали веноз етишмовчилиги характерли бўлди.

Жинсга боғлиқ омиллар ОА билан касалланганлар умумий беморлар орасида 31,3% ни, бемор аёллар орасида эса 43,9% ни ташкил этди. 25% (20 нафар) аёлда касалликнинг менопауза даврида ривожланганлиги, 18,8% (15 нафар) аёлнинг кўп марта (3 ва ундан ортиқ)

хомиладор бўлганлиги, 13,8% (11 нафар) аёлнинг бачадон ва тухумдонлари ампутация қилинганлиги, 12,5% (10 нафар) аёлнинг 2 ва ундан ортиқ марта аборт қилдирганлигини аниқланди.

Яширин тарздаги кам ҳаракатчанлик 22,5% (18 нафар) беморда кузатилди ва касбига кўра таҳлил этилганда уларнинг 8 (10,0%) нафари турли фирма ва офис ходимлари, 6 (7,5%) нафари ўқитувчилар ва 4 (5,0%) нафари уй бекаларидан иборат бўлди.

Иккиламчи ОА сабабларидан тизза бўғимининг катта ва кичик травмалари 30%, бўғимларнинг ўтказилган яллиғланишлари (реактив артрит) 20%, оғир меҳнат билан шуғулланиш 10%, қандли диабет касаллиги 6,2%, ревматоид артрит 5% беморларда аниқланди.

Касалликнинг бошқа коморбид ҳолатлар билан кечувида хавф омилларнинг аҳамияти ўрганилганда аёл жинси ва наслий мойиллик ОА касаллиги учун юқори хавф омили сифатида баҳоланди (расм 1).

Касалликнинг рентгенологик мезонларга кўра (Kellgren, Lawrence, 1957), I даражали ОА (рентгенологик белгиларнинг аниқ ифодаланмаганлиги) - 13 (16,3%), II даражали ОА (минимал ўзгаришлар - бўғим ёриғи торайганлиги, бирламчи остеофитлар) - 45 (56,3%), III даражали ОА (ўртача ўзгаришлар - бўғим ёриғининг кам торайганлиги, остеофитларнинг кўпайиши) – 21 (26,3%) беморда аниқланди. 65 нафар (81,2%) беморда тизза бўғимлари фаолиятини сақланганлиги, 15 нафар (18,8%) беморда эса бузилганлиги кузатилди. Функционал текширувлар асосида 9 (11,3%) беморда – бўғим фаолиятини биринчи даражали (профессионал қобилият сақланган) ва 6 (7,5%) беморда – иккинчи даражали (профессионал қобилият йўқолган) бузилиши аниқланди. Кузатувимизда IV даражали ОА ва бўғим фаолиятини учинчи даражали бузилиши аниқланган беморлар бўлмади.

**Натижалар таҳлили.** Эрта ривожланувчи ОА касаллиги эркакларга нисбатан аёлларда 2,5 марта кўп ривожланади ва унинг келтириб чиқарувчи хавф омиллари 3 гуруҳга бўлинади. Биринчи гуруҳни нисбатан кўп учровчи (46,3-72,5%) тана масасисини ошуви, семизлик, ирсиятга боғлиқ омиллар ва оёқ веналарининг варикоз касалликлари ташкил этади. Тана масса индекси кўрсаткичи 30-35 бўлган аёлларда, тана массасига меъёрида бўлган (ТМИ 25) аёлларга нисбатан ОА касаллигининг ривожланиш хавфи 2,5 марта кўп бўлади. Ирсий омиллар кўрсаткичи хавф омиллари орасида иккинчи ўринни эгаллайди. ОА касаллиги беморларнинг аёл қариндошлари онаси, онасининг онаси ва отасининг онаси томонидан кўпроқ оғирлашади

ва пробанднинг яқин қариндошларида ОА касаллиги ҳар учта бемордан биттасида (28,7%) аниқланади.

Иккинчи хавф гуруҳини (31,3%) жинсга боғлиқ омиллар, менопауза даври, тез-тез учровчи хомиладорлик, бачадон ва тухумдонлар ампутацияси, икки ва ундан ортиқ марта хомиладорликни тўхталишлари (аборт) каби омиллар эгаллайди. Аксарият ҳолатда бир бемор аёлда 2-3 та ушбу омиллар хос бўлади.

Учинчи гуруҳдаги хавф омилларининг учраш частотаси 5-30% бўлиб, уларга яширин тарздаги кам ҳаракатчанлик ҳолатларини, бўғимларнинг катта ва кичик травмаларини, ўтказилган реактив артритларни, оғир меҳнат шароити, ҳамда қандли диабет ва ревматоид артрити касалликларини киритиш мумкин. Бу омиллар иккиламчи ОА ривожланишида муҳим ўрин эгаллайди.

Касалликда кенг тарқалган диагностик усуллардан рентгенологик текширувлар 21,3% ҳолатда информативликка эга бўлмайди. Энг эрта ривожланадиган ўзгаришларнинг (тоғай тўқимасининг субхондриал қисмининг ва бўғим капсуласи синовиал қопламнинг қалинлашуви, менисклар ва бойламлардаги патологик жараёнлар) аниқлаш имконини берувчи бўғимлар УТТ ва МРТ усулларини киритиш лозим бўлади.

Касалликда 18,8% ҳолатда бўғимлар фаолияти бузилиши кузатилиб, 7,5% беморнинг профессионал қобилияти йўқолади. Касалликда беморларнинг функционал ҳолатини эрта аниқлаш ва баҳолаш учун оғриқни ВАШ шкаласида аниқлаш, WOMAC, Лекен алгофункционал индекси, эксперт мезонларини киритишни талаб этилади.

**Хулоса:** ОА касаллигини эрта аниқлаш учун хавф омилларини аниқлашга имкон берувчи ТМИ индекси кўрсаткичларини, ирсий шажарасини таҳлил этиш, веналарни махсус текшириш усулларини киритиш лозим. Бўғимлар функционал ҳолатини аниқлаш учун махсус синамаларни киритиш, инструментал текширув усулларидан бўғимлар рентгенографияси билан биргаликда, УТТ, МРТ, доплерография усулларини қўллаш касалликнинг клиник хусусиятларини янада аниқроқ ифодалаш имконини беради. Ушбу тадқиқотлар натижаларини келгуси ишларимизда келтираимиз.

#### **Адабиётлар:**

1. Алексеева Л.И., Таскина Е.А., Кашеварова Н.Г. Остеоартрит: эпидемиология, классификация, факторы риска и прогрессирования, клиника, диагностика, лечение. Современная ревматология. 2019;13(2):9–21.



2. Беневоленская Л.И., Бржезовский М.М. Эпидемиология ревматических болезней. М., 2012. 237 с.
3. Кабалык М.А. Текстуальные характеристики субхондральной кости при остеоартрозе. Казанский медицинский журнал. 2016; Т. 97. № 4. Стр. 518-523.
4. Каратеев А.Е. Проблема скелетно-мышечной боли: что интересно практикующему доктору? Данные опроса 846 российских врачей. Современная ревматология. 2019; 13(2). Стр. 126–129.
5. Кашеварова Н.Г., Алексеева Л.И. Факторы риска прогрессирования остеоартроза коленных суставов. Научно-практическая ревматология. 2014;52(5). Стр.553–561.
6. Корнилов Н.Н., Денисов А.А. Парадигма раннего гонартроза: обзор современных возможностей диагностики и лечения. Терапевтический архив. 2017; №12. В.2. Стр. 238-243.
7. Лисицына Е.М., Лисицын М.П., Заремук А.М. Современный подход к патогенезу, диагностике и лечению остеоартроза коленного сустава. Эндоскопическая хирургия. 2016; № 6. Стр 57-67.
8. Макарова М.В., Вальков М.Ю., Валькова А.С., Агапитов А.В., Черных И.А., Парфенова А.Р., Гржибовский А.М. Предикторы перехода рентгенологической нулевой стадии остеоартрита коленных суставов в первую стадию (на основании балльной комплексной системы оценки коленного сустава WORMS). Травматология и ортопедия России. 2017; Том 23. №1. Стр. 33-44.
9. Мирахмедова Х.Т., Дадабаева Н.А., Рамазонова Н.А. Особенности течения остеоартрита крупных суставов. Илмий-амалий тиббиёт журналы. 2019; №1. Стр 127-130.
10. Мустафин Р.Н., Хуснутдинова Э.К. Молекулярные механизмы развития остеоартроза. Лечебное дело. 2015; № 3. Стр 86-92.
11. Насонов Е.Л. (ред.) Ревматология: национальное руководство/Е.Л. Насонов, В.А. Насонова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 720 с.
12. Ногаева М.Г. Остеоартроз у взрослого населения Республики Казахстан. Терапевтический архив. 2015; №5. Стр. 65-68.
13. Ризаев Ж. А., Адилова Ш. Т., Пулатов О. А. Обоснование комплексной программы лечебно-профилактической стоматологической помощи населению республики Узбекистан //Аспирант и соискатель. – 2009. – №. 4. – С. 73-74.
14. Ризаев Ж. А. и др. Оценка функциональных изменений, формирующихся в зубочелюстной системе боксеров //Вісник проблем біології і медицини. – 2019. – №. 4 (1). – С. 270-274.
15. Ризаев Ж. А., Гадаев А. Г., Абдуллаев Д. Ш. Параллели патогенеза заболеваний пародонта и хронической сердечной недостаточности //Dental Forum. – Общество с ограниченной ответственностью" Форум стоматологии", 2017. – №. 4. – С. 70-71.
16. Ризаев Ж. А., Кубаев А. С., Абдукадиров А. А. Состояние риномаксиллярного комплекса и его анатомо-функциональных изменений у взрослых больных с верхней микрогнатией // Журнал теоретической и клинической медицины. – 2020. – №. 3. – С. 162-165.
17. Тоиров Д.Р. и др., Программа для определения степени риска развития ревматических заболеваний по наследственным связям. DGU 06989. 8.10.2019
18. Тоиров Э.С., Исламова К.А., Уралов Р.Ш. Эрта ривожланган остеоартроз касаллигини комплекс даволаш самарадорлиги. Доктор ахборотномаси. - 2019.- №3, С. 98-102.
19. Altman, R. et al. Development of criteria for the classification and reporting of osteoarthritis. Classification of osteoarthritis of the knee. // Arthritis and Rheumatism. — 1986. — Vol. 29. — № 8. — P. 1039–1049.
20. Luyten F.P, Denti M, Filardo G, Kon E, Engebretsen L. Definition and classification of early osteoarthritis of the knee. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2012. 20(3). 401-406. <https://doi.org/10.1007/s00167-011-1743-2>.

#### **ВАЖНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА В РАННЕМ РАЗВИТИИ ОСТЕОАРТРИТА**

Исламова К.А.

**Резюме.** В статье определяются внутренние и внешние факторы риска развития остеоартроза на ранней стадии на основе многофакторного анализа. Обследования проводились у 80 пациентов с остеоартрозом коленного сустава - гонартрозом (57 женщин, 71,2%; 23 мужчины, 28,8%). Избыточный вес и ожирение были наиболее распространенными факторами риска заболевания, выявленными у 72,5% пациентов. Другие факторы риска - наследственные факторы, варикозное расширение вен ног - 46,3%, беременность, половая зависимость, гормональные изменения и множественные аборт, крупные и незначительные травмы, скрытая малоподвижная подвижность, артрит, тяжелые роды, диабет и заболеваемость ревматоидным артритом составляла 5-58,7%. Раннее выявление и оценка функционального состояния пациентов с этим заболеванием требует включения боли по шкале ВАШ, WOMAC, альго-функционального индекса Лекена, экспертных критериев. При диагностике заболевания в 21,3% случаев рентгенологические исследования не информативны и требуют высокоинформативных методов УТГ и МРТ.

**Ключевые слова:** остеоартроз, факторы риска, ожирение, генетический фактор, индекс WOMAC, индекс Лекена, экспертные оценки.