**Проблема деформирующего остеоартроза, диагностика и лечение в условиях амбулатория**

**Исматуллаева М.Н., Расулов М.Р.**

Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии МЗ РУз, г.Ташкент

**Введение.** Ухудшение среды обитания, особенно в последние годы, негативно сказывается на состоянии здоровья человека. Растет число заболеваний опорно-двигательной системы, значительную долю среди которых занимают деструктивно-дистрофические процессы, при которых происходит разрушение и гибель тканей. Одним из наиболее распространенных и тяжелых деструктивно-дистрофических поражений опорно-двигателыюй системы является деформирующий артроз.

**Цель исследования.** Улучшение результатов лечения больных гонартрозом за счет применения нового лечебно-диагностического комплекса, основанного на этиопатогенетическом подходе к различным стадиям патологического процесса.

**Материал и методы.** В данной работе приводятся данные результатов диагностики, лечения деформирующего остеоартроза 270 больных, обследованных и проходивших лечение в отделении консультативной поликлиники НИИ травматологии МЗ РУз с 2011 по 2016 г. Мужчин было 120, женщин – 140. Для назначения соответствующего лечения и улучшения его эффективности нами проводились следующие методы исследования: рентгенологическое (обычные снимки, функциональные), ультрасонографические, при необходимости магнитно-резонансные и электромиографические. Для объективизации и унификации оценки состояния коленного сустава нами использовалась классификация В.Н.Драчевского (1984 г.). Основными её критериями являются клинико-рентгенологическая картина и функциональная активность пациентов, которая включает в себя 4 стадии. По этим критериям пациенты распределялись следующим образом: 1 стадия – 80 (30,8%), 2 стадия – 88 (33,8%), 3 стадия – 68 (26,2%), 4 стадия – 24 (9,2 %). При остеоартрозе часто можно наблюдать синовит коленного сустава. Для определения количества воспалительной жидкости мы проводили ультросонографические исследования коленного сустава и подразделяли на субклинический, умеренный и значительной формы.

Результаты лечения в зависимости от болевого синдрома и объема безболезненной амплитуды движения коленного сустава мы разделили на хорошие и удовлетворительные.

**Результаты.** Пациентам 1-2 стадии с субклиническим синовитом назначали: нестероидные противовоспалительные препараты, витамины, физиопроцедуры (УВЧ, электрофорез, парафин и ЛФК). Пациентам этой стадии с умеренным и значительным синовитом применяли фиксацию коленного сустава с мягкими повязками (эластическое бинтование, иммобилизационные шины) и вышеуказанные процедуры, антибиотики кроме, парафиновых аппликаций. Результаты лечения пациентов данных стадий были у всех хорошие, больные смогли вернуться на активный образ жизни в ранние сроки.

Пациентам 3 стадии с умеренным и значительным синовитом кроме, вышеуказанных, в лечение включали пункции коленного сустава с внутрисуставным введением кортикостероидов, при необходимости применяли хондропротекторы и препараты кальция для профилактики остеопороза. В основном получены хорошие результаты у пациентов данной стадии, но в некоторых случаях получены удовлетворительные в зависимости от продолжительности данного заболевания и возраста. Цель лечения пациентов данных стадий было направлено на купирование болевого синдрома, восстановление нормального метаболизма и структуры хряща с сохранением основной функции сустава.

У пациентов 4 стадии кроме синовита, были определены хондромаляция суставных поверхностей, грубые остеофитные разрастания, вальгусное или варусное искривление коленного сустава и остеопороз. У пациентов данной группы, сопутствующие другие заболевания являлись противопоказанием к проведению артропластических операций или эндопротезирования. Этим пациентам проводили длительное лечение, хондропротекторными и остеотропными препаратами, а также с промежуточным применением внутрисуставных инъекций с производными гиалуроновой кислоты. После проведения данного комплексного лечения у этих пациентов на определенное время удалось снять болевой синдром, а также облегчить и увеличить объем движений в коленном суставе. Полученные результаты мы считали удовлетворительными.

**Заключение.** Таким образом, при данной патологии подход к диагностике и лечение должно быть комплексным, дифференцированным в зависимости от особенностей течения заболевания, длительным и систематическим, основанным на знании патогенеза и клинико-симптоматических особенностей болезней. Выбор способа лечения больных гонартрозом зависит от стадии заболевания и морфофункционального состояния тканей сустава. Комплексное консервативное лечение является наиболее эффективным при I и II стадиях патологического процесса. При III стадии можно получить хорошие результаты при промежуточном применении внутрисуставных инъекций с производными гиалуроновой кислоты с ношением специальной шины брейса на определенное время. У пациентов с IV стадией после проведения длительного комплексного лечения наблюдалось уменьшение болевого синдрома.