

## MONOARTRİTLƏR: DİAQNOSTİKA VƏ REABİLİTASIYA

<sup>1</sup>Nuriyev A.Ə., <sup>2</sup>Vahid Q.B., <sup>2</sup>Zamanov N.T., <sup>3</sup>Əhmədova E.İ., <sup>3</sup>Quliyeva T.Ə.

<sup>1</sup>Azərbaycan Tibb Universiteti. I Daxili xəstəliklər kafedrası. Bakı, Azərbaycan

<sup>2</sup>Azərbaycan Tibb Universiteti. III Daxili xəstəliklər kafedrası. Bakı, Azərbaycan

<sup>3</sup>Azərbaycan Tibb Universiteti. Fizioterapiya və tibbi reabilitasiya kafedrası. Bakı, Azərbaycan

**Nəşr tarixi:** Dekabr 2019

**\*Əlaqə üçün məlumatlar:** Bakı, Seyidzadə küçəsi 31, mən.43; e-mail: nuriadil2017@gmail.com

Məqalədə monoartritlərdə diaqnostika, müalicə və reabilitasiya məsələləri müzakirə olunmuşdur. Tədqiqatda bir sıra hallarda poliartritlərin başlanğıcında tək oynaq zədələnməsinin təsadüf etməsi, monoartritlərlə yaş arasında uyğunluq məsələləri, infeksiyalarla bağlı oynaqların mono zədələnməsi kimi problemlər öz şərhini tapmışdır. Eləcə də icmalda müasir diaqnostika üsullarının monoartritlərin təyininə roluişiqlandırılmış, müalicə və reabilitasiya prinsiplərinə yer ayrılmışdır.

*Açar sözlər:* Monoartrit, revmatik xəstəliklər, diaqnostika, reabilitasiya, fizioterapiya

## MONOARTHRITIS: DIAGNOSIS AND TREATMENT

<sup>1</sup>Nuriyev A.A., <sup>2</sup>Vahid G.B., <sup>2</sup>Zamanov N.T., <sup>3</sup>Ahmadova E.I., <sup>3</sup>Guliyeva T.A.

<sup>1</sup>Azerbaijan Medical University. I Department of Internal Medicine. Baku, Azerbaijan

<sup>2</sup>Azerbaijan Medical University. III Department of Internal Medicine. Baku, Azerbaijan

<sup>3</sup>Azerbaijan Medical University. Department of Physiotherapy and Medical Rehabilitation, Baku, Azerbaijan

Publication date: December 2019

\*Contact information: Baku, H.Seyidzade street 31, app.43, Nasimi district; email: nuriadil2017@gmail.com

The article is devoted to the problem of monoarthritis. The issues of monoarthritis as the debut of polyarthritis, the relationship of monoarthritis with infectious factors and the age of patients are discussed. Particular attention is paid to modern methods for the early diagnosis of monoarthritis. At the same time, the high diagnostic value of a correctly collected history in patients with monoarthritis was emphasized. The issues of modern treatment and rehabilitation of patients with monoarthritis are also highlighted.

Təsadüfi deyildir ki, 2000-2010-cu illəri Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı (ÜST) revmatoloji dekada elan etmişdir. Tək oynaq zədələnməsi kimi başa düşülən monoartritlərin bu gün də diaqnostika və reabilitasiyasında çətinliklər mövcuddur. Oynaqların çoxsaylı zədələnməsi kimi qiymətləndirilən poliartritlərin bir qisminə başlanğıcda monoartrit tipli zədələnmə özünü göstərir [1, 2, 3]. Bu sərəya aşağıdakı patologiyaları – revmatoid artrit, yuvenil revmatoid artrit, virus artritləri, sarkoidoz artrit, Reyter sindromu, psoriatik ar-

trit, bağırsağ patologiyalarında təsadüf edən artritlər, Uippl xəstəliyi – aid etmək olar.

Monoartritlə özünü göstərən xəstəlikləri isə aşağıdakı kimi təsnif etmək olar. Septik monoartritlər (bakterial, mikobakterial, Laym xəstəliyi), mikrokristallik artritlər (podaqra, pirofosfat kalsiumun toplanması ilə gedən artritlər, hidrokxiapatit və kalsium oksalat artritləri, travmatik (sınıqlar, oynaqdaxili zədələnmələr, hemartrozlar), digər monoartritlər (osteoartritlər, koaqluopatiyalar, sümük-lərin aseptik nekrozu, sinovit, sinovioma) və s. [4, 5].

Monoartritli xəstələrdə anamnez topla-yarkən bir sıra sualların verilməsi klinisistlər tərəfindən birmənalı qarşılır. Bu suallar aşağıdakı ardıcılıqla sıralanır:

1. Ağrıların bir neçə saniyə və dəqiqə ərzində baş verməsi (oynaqdaxili sınıq və zədələnmə);

2. Ağrıların bir neçə saat və 1-2 gün ərzində inkişaf etməsi (infeksiyanın, mikrokristallik artrit, palindrom revmatizm və b. mövcudluğu);

3. Ağrıların tədricən, bir neçə gün və həftə ərzində inkişafı (gizli keçən infeksiyalar, mikobakterial və göbələk infeksiyaları, osteoartritlər);

4. Son dövrlərdə və ya keçmişdə oynadığın həddən artıq yüklənməsi və zədələnməsi;

5. Anamnezdə venadaxili narkotik inyeksiyası olubmu?

6. Əvvəllər özbaşına keçib getmiş oynaq ağrısı və şişkinlik olubmu? (mikrokristallik artritə şübhə).

7. Hansısa bir səbəblə bağlı xəstə qlükokortikoid alıbmı?

8. Xəstələrdə dəri səpgiləri, bəldə ağrı, diareya, uretradan ifrazat, konyunktivit, ağız boşluğunda eroziyaların mövcudluğu (Reyter sindromu, Behcet sindromu, psoriatik artrit, bağırsağ patologiyası ilə bağlı artritlər);

9. Anamnezdə qanaxmaya meyillilik olubmu? Antikoagulyantlar qəbul edibmi?

Ədəbiyyatda [2] monoartritlərlə yaş arasındakı əlaqə bu gün də diqqət mərkəzindədir. Belə ki, uşaq və yeniyetmə yaşları üçün əgər yuvenil revmatoid artrit xarakterikdirsə, bu yaş dövrü üçün mikrokristallik artritlər az xarakterikdir. Gənc yaş qrupları üçün seroneqativ spondiloartropatiyalar, revmatoid artrit və oynaqdaxili zədələnmələr daha çox uyğundur. Daha böyük yaş qruplarında osteoartritlərin, osteonekrozların, mikrokristallik artritlərin təsadüf etməsi xarakterikdir.

Naməlum mənşəli qızdırma sindromu da revmatik xəstəlikləri müşayiət edən bir sin-

dromdur ki, bu vaxt qızdırma ən çox infeksiyon artritlərdə rast gəlinir [5, 6, 7].

Bir qisim xəstələr, xüsusilə ahıl yaş qruplarında olan xəstələrdə - terapevtik və ya cərrahi patologiya adı ilə hospitalizasiya olunanlarda kəskin podaqra tutması, psevdopodaqra və infeksiya rast gəlinir.

Monoartritlərin diaqnostikasında sorğunun böyük roluna baxmayaraq, son söz sinovial mayenin tədqiqi, artrosentez, biopsiya, MRT, KT, Rentgen müayinələrlə təsdiqini tapmalıdır [8, 9, 10].

Artrosentez üçün əsas göstərişlər sırasına aşağıdakılar aid ola bilər [9]. İnfeksiyaya, mikrokristallik artritə, hemartroza və infeksiyon və qeyri-infeksiyon artritlərin differensiasiyasına şübhə olduqda bu üsul mühüm diaqnostik əhəmiyyət kəsb edir.

Monoartritlərin differensiasiyasının yüngülləşməsi məqsədi ilə aşağıdakı bir sıra müayinələrin aparılması vacibdir:

Zədələnmiş oynağın və əks tərəfdəki sağlam hesab olunan oynağın rentgenoqrafiyası; Qanın ümumi analizi.

Müəyyən hallarda infeksiyon artritə şübhə hallarında qanın, sidiyin əkilməsi; koagulogramma.

Revmatoid amil və aktinuklear antitelərin aşkarlanmasına yönələn seroloji müayinələr; Sidik turşusunun qanda konsentrasiyası. Xroniki monoartritə differensial diaqnostikasında aşağıdakı əlavə müayinələrə ehtiyac duyulur.

Astroskopiya: Sinovial qişaların biopsiyası (mikroskopik müayinə şişlərin, sinovial xondromatozun, sinoviomanın, sarkoidoz artritinin, vərəm və göbələk infeksiyalarının təyində çox mühümdür) [9].

Oynaqların maqnit-rezonans müayinəsi; (bu üsul aseptik nekroz, osteomyelit, oynaqdaxili və oynaqətrafi toxumalarının patologiyalarının aydınlaşdırılmasında xüsusi əhəmiyyətə malikdir).

Sümüklərin citsintiqrafiyası. Monoartritlərin diaqnostikası öz həllini tapandan sonra

müalicə və reabilitasiya məsələləri gündəmə gəlir [11,12,13,14].

Osteoartritlərin, xüsusilə də diz oynaqlarının osteoartritində son illər xondroprotektorların fizioterapevtik vasitələrlə kombinə olunmuş şəkildə istifadəsi yüksək effektivliyə malikdir [15, 16, 17].

Bu məqsədlə oynaqları və qığırdağı dəstəkləyərək, onların hərəkətliyini və çevikliyini artıran təbii xondroprotektorlardan və qeyri-steroid iltihab əleyhinə (QSƏƏ) preparatlardan istifadə öndədir [18, 19, 20]. Bu sıraya Nobel Əlaç Sanayii və ticarət A.Ş. istehsalçılığı ilə istehsal olunan Qlükozamin Xondroitin MSM preparatından müvəffəqiyyətlə istifadə olunur [21]. Eləcə də, beynəlxalq adı Etodolac adı ilə indol törəməsi kimi qeyri-steroid iltihabəleyhinə (QSƏƏ) preparat kimi Etodin fortdan (400 mq etodolak) istifadəyə son illər geniş yer ayrılmışdır. Həm xondroprotektor, həm də QSƏƏ kimi tətbiq olunan preparatlar Türkiyənin Nobel Əlaç Sanayii və ticarət A.Ş.-yə məxsusdur.

Revmatik xəstəliklərdə reabilitasiyanın əsas hədəfi xəstənin şəxsi, ailə və ictimai həyatda müvəffəqiyyətlə funksiya göstərməsidir. Bu zaman xəstələrin funksional qabiliyyəti aşağıdakı istiqamətlərdə nəzərə alınır: Fiziki funksiyanın qiymətləndirilməsi, psixik funksiyanın qiymətləndirilməsi, eləcə də sosial funksiyanın qiymətləndirilməsi [13, 14].

Revmatik xəstəliklərdə aşağıdakı səhiyyə işçilərinin rolu mühümdür ki, bu sıraya fizioterapevt, profpatoloq, psixoterapevtlər, reabilitasiya üzrə tibb bacılarını aid edirlər. Fizioterapevtlərin ixtiyarında xəstələri müalicə etmək, isti, soyuq, diatermiya, elektrostimulyasiya, müalicə bədən tərbiyəsi, yerləş, yüklə məşqlər kimi müxtəlif terapevtik və ağrısızlaşma üsullarını tətbiq etmək [11].

Monoartrit tipində zədələnmiş oynaq patologiyaları, xüsusən də diz oynaqlarının osteoartriti sonda, funksional sərbəstliyi azaltmaqla, bədən kütləsini artırmaqla ürək-damar sisteminin işini ağırlaşdırır [12].

Osteoartritlərdə müalicə bədən tərbiyəsinin əsas vəzifəsi oynaqda hərəkəti saxlamaq, yaxud artırmaq, yerləş qabiliyyətini normallaşdırmaq, əzələ gücünü və dözümlülüyü artırmaq, aerob gücü yüksəltmək, bədən kütləsini azaltmaq, sosial aktivliyi bərpa etməkdir [22].

Bu zaman izometrik, izotonik, aerob və su prosedurları diqqət mərkəzində olmalıdır [23, 24].

Beləliklə, klinik təcrübədə tək oynaqın zədələnməsi təsadüf etdikdə tələsikliyə yol verilmədən diaqnostik axtarış proqramını axıradək yerinə yetirmək, diaqnoz tam təsdiqini tapandan sonra fizioterapevtlər və reabilitoloqlarla birgə tədbirlər planı işləmək revmatoloji xidmətin əsas vəzifəsi kimi bu gün də aktuallığını saxlayır.

**Maliyyə mənbəyi:** Yoxdur

**Maraqların toqquşması:** Yoxdur.

#### **Ədəbiyyat siyahısı.**

1. Baker D. G., Schumacher H. R. Acute monoarthritis. N. Engl. J. Med., 329: 1013-1020, 2012.
2. Bomalaski J. S. Acute rheumatologic disorders in the elderly // Emerg. Med. Clin. North Am. 2000; 8: 341-359.
3. Fries J. F., Mitchell D. M. Joint pain or arthritis // JAMA. 2016 ; 235:199-202.
4. Mankin H. J. Nontraumatic necrosis of bone (osteonecrosis) // N. Engl. J. Med., 2012; 326:1473-1479.
5. Goldenberg D. L., Reed J. I. Bacterial arthritis // N. Engl. J. Med., 1985: 312: 764-771.
6. Panush R. S., Kisch A. Gonococcal arthritis // In: Hurst W. (ed.). Medicine, 3rd ed. Boston, I Butterworths, 1992; 215-217.
7. Pinals R. S. Polyarthritis and fever // N. Engl. J. Med. 2018; 330:769-774.
8. Katz W. A. Diagnosis of monoarticular and polyarticular rheumatic disorders // In: Katz W. A I (ed.). Diagnosis and Management of Rheumatic Diseases. Philadelphia, J. B. Lippincott I Co., 1977; 751-761.
9. O'Rourke K. S., Ike R. W. Diagnostic arthroscopy in the arthritis patient // Rheum. Dis. Clin. INorth Am., 1994; 20:321-342.

10. *Shmerling R. H.* Synovial fluid analysis: A critical reappraisal // *Rheum. Dis. Clin. North Am.*, 2014; 20: 1503-512.
11. *DeLisa J. A.* (ed.). *Rehabilitation Medicine: Principles and Practice*, 2nd ed. Philadelphia, J. B. Lippincott, 1993; 234.
12. *Hicks J. E., Gerber L. H.* Rehabilitation of patients with arthritis and connective tissue disease // *Rehabilitation medicine : Principles and Practice*, 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia, 2013; 176.
13. *Melvin J. L.* *Rheumatic Disease: Occupational Therapy and Rehabilitation*, 3d ed. Philadelphia, F. A. Davis, 2012; 205.
14. *Kaul M. P., Herring S.A.* Superficial heat and cold. How to maximize benefits. *Phys. Sports-med.*, 22 (12): 65-74, 1994.
15. *Feinburg J., Brandt K.* Use of resting splints by patients with rheumatoid arthritis // *J. Occup-Ther.*, 2018; 35:173-178,
16. *Hicks J. E.* Exercise in patients with inflammatory arthritis and connective tissue disease. *Rheum. Dis. Clin. North Am.*, 1990; 16: 845-870.
17. *Hicks J. E.* Exercise and rheumatoid arthritis // *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, 1994; 5:701-728.
18. *Swezey R. L.* Rehabilitation medicine and arthritis. In: *McCarty D. J., Koopman W. J.* (eds). *Arthritis and Allied Conditions*, 42th ed. Philadelphia, Lea &Febiger, 1993; 887-917.
19. *Brooks P. M., Day R.O.* Nonsteroidalantiinflammatory drugs – Differences and similarities // *N.Engl. J. Med.*, 1991; 324: 1716-1725
20. *Simon L.S, Goodman T.* NSAID- induced gastrointestinal toxicity // *Bull. Rheum. Dis.*, 1995; 44: 1-5.
21. *Tolman K.G.* Hepatotoxicity of antirheumatic drugs // *J. Rheumatol.*, 1995; 17: 6-11
22. *Norden D. K., Leventhal L. J., Schumacher H. R.* Prescribing exercise for osteoarthritis of the knee // *J. Musculoskel. Med.*, 2014;11 (9):14-12
23. *Oosterveld F. G. J., Rasker J. J.* Treating arthritis with locally applied heat or cold // *Semin. Arthritis Rheum.*, 2014; 24: 82-90.
24. *Semle E. L.,Loeser R. F., Wise C. M.* Therapeutic exercise for rheumatoid arthritis and osteoarthritis // *Semin. Arthritis Rheumy* 2000; 2;32 -40.

## **О НЕОБХОДИМОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ НАЗВАНИЯ ПРОСТАТЫ В РУССКОЯЗЫЧНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТАХ**

Усович А.К., Петько И.А.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», Витебск,  
Республика Беларусь*

**Дата публикации:** Декабрь 2019

**\*Контактная информация:** 210009, г. Витебск, пр. Фрунзе, 27; e-mail: usovicha@mail.ru

Использование разнообразных трактовок и терминов, наличие разночтений в описании простаты остается предметом дискуссий в виду особенностей строения и функции органа. Данные, представленные в учебной и научной литературе, требуют пересмотра и уточнения. В настоящем обзоре приведен анализ современной литературы, выявлены возможные причины, приведшие к возникновению путаницы в использовании различной терминологии и предложены пути решения проблемы. Первый путь более простой и приемлемый – так как МКБ-11 и ее русскоязычный перевод еще не утверждены, следует в разделе 16 МКБ-11 в названиях болезней под кодами GA90 – GA91 термин «предстательной железы», заменить на понятный для всех и законченный в анатомической терминологии латинизм «простаты». Второй путь – это внести существенные изменения в официальные списки русских эквивалентов международных анатомической, гистологической и эмбриологической терминологий и оставить без изменений русскоязычную редакцию МКБ.

*Ключевые слова:* простата, терминология, МКБ