

ЧАНОҚ-СОН БЎҒИМИ СИЛИ КАСАЛЛИГИДА ЎЧОҚЛИ ДЕСТРУКТИВ НУҚСОНЛАРНИ ЗАМОНАВИЙ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Ф. Х. Рустамов

Республика ихтисослаштирилган фтизиатрия ва пульмонология илмий амалий тиббиёт
маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Таянч сўзлар: сил, сил коксити, сил артрит, сил кокситини замонавий даволаш.

Ключевые слова: туберкулез, туберкулезный коксит, туберкулезный артрит, современная лечения туберкулезного коксита.

Key words: tuberculosis, tuberculous coxitis, tuberculous arthritis, modern treatment of tuberculous coxitis.

Сил коксити бўлган беморларни даволаш муаммоси ҳозирги кунда тадқиқотчиларнинг катта қизиқишини уйғотади, бу нафақат скелетнинг ушбу қисмининг шикастланиши ва касалликларининг юқори частотаси билан, балки тананинг статик ва локомотор функцияларини таъминлашда ушбу восита сегментининг катта аҳамияти билан боғлиқ. Клиника: Беморларда бўғим фаоллигини сақлаб қолиш учун радикал ва радикал-тикловчи характеридаги турли хил жарроҳлик аралашувлар қабул қилинган. Ҳозирги вақтда чаноқ сон бўғимини тотал эндопротезлаш оғир, ногирон касалликларни даволашнинг кенг тарқалган радикал усули ҳисобланади. Ташҳис: Сил кокситининг ташҳисоти клиник, лаборатор, бактериологик, рентгенологик ва антропометрик ҳулосаларга асосланган. Қиёсий ташҳис: Сил кокситининг фаол шаклини аниқлашда очик биопсия амалиёти ҳамда бўғим пункцияси йўли билан ген-молекуляр усуллар орқали ташҳисни асослашни талаб қилади. Хулоса: Чаноқ-сон бўғимини жарроҳлик усули билан даволашда трансплантатларни туберкулоз статик эритмалар ёрдамида ишлов бериш ва силга қарши воситалардан фойдаланиш жарроҳлик амалиётидан кейинги даврда жараённинг қайталаниши ва иккиламчи асоратларнинг олдини олади.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОЧАГОВЫХ ДЕСТРУКТИВНЫХ ДЕФЕКТОВ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Ф. Х. Рустамов

Республиканский специализированный научно-практический центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент,
Узбекистан

Проблема лечения больных туберкулезным кокситом в настоящее время представляет большой интерес для исследователей, что обусловлено не только высокой частотой травм и заболеваний этой части скелета, но и большим значением этого двигательного сегмента в обеспечении статических и локомоторных функций организма. Клиника: Для восстановления функции суставов у пациентов применяются различные хирургические вмешательства радикального и радикально-восстановительного характера. В настоящее время тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава является распространенным радикальным методом лечения тяжелых заболеваний который приводят к инвалидизации. Диагноз: Диагностика туберкулезного коксита основана на сопоставлении клинических, лабораторных, бактериологических, рентгенологических и антропометрических данных. Дифференциальная диагностика: Диагностика активного туберкулезного коксита зачастую требует пункции сустава и проведения открытой биопсии с верификацией диагноза генно-молекулярными методами. Вывод: При хирургическом лечении тазобедренного сустава обработка трансплантатов туберкулозостатическими растворами и применение противотуберкулезных препаратов позволяет избежать рецидив процесса и вторичных осложнений в послеоперационном периоде.

MODERN METHODS OF TREATMENT OF FOCAL DESTRUCTIVE DEFECTS IN TUBERCULOSIS OF THE HIP JOINT

F. H. Rustamov

Republican specialized scientific and practical center of phthisiology and pulmonology, Tashkent, Uzbekistan

The problem of treating patients with tuberculous coxitis is currently represents a great interest to researchers, not only due to the high frequency of injuries and diseases of this part of the skeleton, but also to the great importance of this motor segment in ensuring static and locomotor functions of the body. Clinic: To restore joint function in patients, various surgical interventions of a radical and radical restorative nature are used. Currently, total hip replacement is a common radical method of treating severe diseases that leads to disability. Diagnosis: Diagnosis of tuberculous coxitis should be based on clinical, laboratory, bacteriological, radiological and anthropometric data. Differential diagnosis: Diagnosis of active tuberculous coxitis often requires joint puncture and open biopsy with verification of the diagnosis by genetic and molecular methods. Conclusion: In the surgical treatment of the hip joint, the treatment of transplants with tuberculostatic solutions and the use of anti-tuberculosis drugs allows to avoid recurrence of the process and secondary complications in the postoperative period.

Долзарблиги: Ҳозирги кунда сил коксити бўлган беморларни даволаш муаммоси тадқиқотчиларнинг катта қизиқишини уйғотади, бу нафақат скелетнинг ушбу қисмининг шикастланиши ва касалликларининг юқори частотаси билан, балки тананинг статик ва локомотор функцияларини таъминлашда ушбу восита сегментининг катта аҳамияти билан

боғлиқ [2].

Сил касаллигига қарши кимётерапиянинг паст самарадорлигининг асосий сабаблари сил микобактерияларининг дориларга турғунлигининг ривожланиши, ножўя реакциялар, суяк-тоғай тўқималарнинг казеоз массалари, грануляциялар, чандиқлар, секвестрлар, ўлик жойлари мавжудлиги, бу суякнинг тикланишига тўсқинлик қилади ва унинг тузилишини тиклашни имконсиз қилади [7].

Шу муносабат билан сил коксити патологияси бўлган беморларни даволаш замонавий ортопедиянинг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Ушбу беморлар артроз билан оғриганларнинг 25-30 фоизини ва ортопедик касалликларга чалинган беморларнинг тахминан 20 фоизини ташкил қилади. Сил кокситининг доимий прогрессив табиати меҳнат қобилиятини 60-64% га ва меҳнатга лаёқатли ёшлар ўртасида ногиронлик даражасини 11,5% га олиб келади [1]. Бўғим функцияларни сақлаб қолиш учун радикал ва радикал-тикловчи характеридаги турли хил жарроҳлик аралашувлар қабул қилинган. Ҳозирги вақтда чаноқ-сон бўғимини тотал эндопротезлаш оғир, ногирон касалликларни даволашнинг кенг тарқалган радикал усули ҳисобланади. Операциялар сонининг кўпайиши билан бирламчи умумий эндопротездан сўнг имплантнинг асептик ностабиллиги муаммоси биринчи ўринга чиқади [4, 6].

Тотал эндопротезлаш жарроҳлик амалиёти ҳозирги вақтда чаноқ-сон бўғимининг дегенератив-дистрофик ўзгаришларда бўғим фаолиятини тиклашнинг энг самарали усули ҳисобланади [2]. Бироқ, чаноқ-сон бўғими сили касаллигининг оқибатлари билан тотал эндопротезлаш жарроҳлик амалиёти имкониятлари ҳақида натижалар тўлиқ эмас. Имплант атрофидаги ўзига хос инфекциянинг қайталаниши нафақат эндопротезнинг чиқиб кетиши шунингдек сил касаллиги жараёнининг бошқа аъзоларда ривожланишига олиб келади. Қўймич косачасидаги деструктив ўзгаришлар, суяк тўқимаси таркибидаги ўзгаришлар яъни маҳаллий остепороз, ва суяк массасининг камайиши эндопротезнинг чаноқ компонентини ўрнатишда қўшимча қийинчиликларни келтириб чиқаради [3].

Мазкур иш сил коксити касаллигининг оқибатларида чаноқ-сон бўғимини тотал эндопротезлашда чаноқ компонентини ўрнатишнинг ўзига хос усуллари комбинациясига асосланган тактикани аниқлашга ва сил коксити касаллигида оқилона қўлланишга бағишланган.

Тадқиқот мақсади: Чаноқ-сон бўғими сили касаллигининг ўчоқли деструктив нуксонларида аутоотрансплантатлар қўлланилишининг самарадорлигини таҳлил қилиш.

Материаллар ва усуллар: 2018 – 2023 йиллар оралиғида РИФваПИАТМ клиникаси шароитида 65 нафар сил коксити ташҳиси билан даволанган, ва барча даволанган беморларда чаноқ-сон бўғимини тотал эндопротезлаш жарроҳлик амалиёти бажарилган ҳамда мазкур амалиёт натижалари таҳлил қилинган. Беморларнинг ёши 27 – 68 ёшлар оралиғида бўлиб ўртача 49,6 ёшни ташкил қилди. Мазкур беморлар анамнезидан сил коксити фаол даврида турар жой силга қарши курашиш диспансерларида стационар даво олган. Давланиш давомида беморларга диагностик ва даволаш мақсадида жарроҳлик амалиётлари яъни сон суяги бошчаси, қўймич косачаси ва сон суяги буйинчаси некрэктомияси (12/18,4%), бўғим артротомияси ва синовэктомияси (9/13,8%), катта кўст резекцияси (7/10,7%) бажарилган ва гипсли бойламлар (9/13,8%) қўйилган. Касаллик давомийлиги ўртача 2 йилдан 7 йилгача бўлган муддатни ташкил қилган.

Тадқиқот натижалар: РИФваПИАТМ клиникаси суяк бўғим сили бўлимида махсус ва симптоматик терапиялар фонидида 37(56,9%) нафар беморга сил кокситининг нофаол даврида чаноқ-сон бўғимини тотал эндопротезлаш жарроҳлик амалиёти бажарилган.

Зарарланган чаноқ-сон бўғимини тотал эндопротезлашдан олдин барча беморлар фтизиатр, уролог, гинеколог ва ЛОР мутахассиси томонидан яширин ёки носпецифик инфекцияларни инкор қилиш ва ёндош касалликларни аниқлаш учун тўлиқ клиник текширувдан ўтказилди.

Оёқлар чуқур веналарида симптомларсиз кечувчи тромбозларни истисно қилиш мақсадида томирларининг Допплер ультратовуш текшируви ўтказилди. Баъзи ҳолларда шартли патоген микрофлоранинг мавжудлигини аниқлаш мақсадида томоқ ва балғамдан суртмалар олиб текширилди. Ўпка, буйрак, жинсий аъзолар сил касаллиги 24 (36,9%)

беморда аниқланди. Носпецифик касалликлар – сурункали бронхит, гипертония, ошқозон яраси, ўпка – нафас этишмовчилиги, оёқлар веналарининг варикоз кенгайиши – 32 (49,2%) беморларда қайд этилган. Жарроҳлик амалиёти вақтида ва ундан кейинги даврда кузатилиши мумкин бўлган асоратларни бартараф этишга қаратилган бир қатор чора - тадбирлар амалга оширилди.

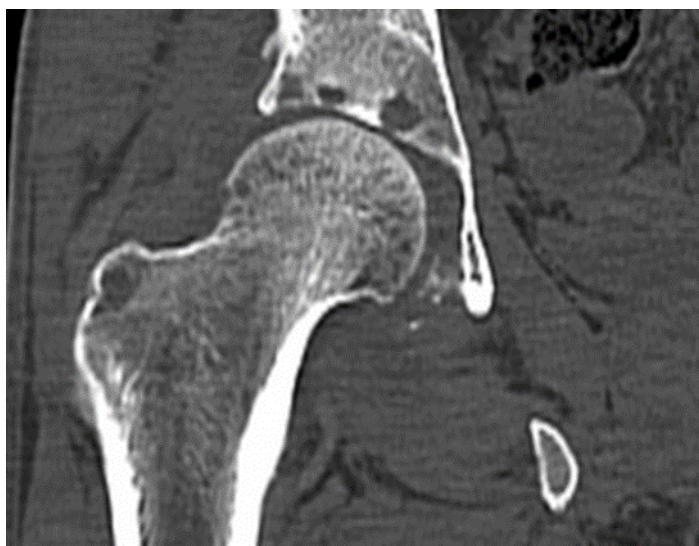
Жарроҳлик амалиётидан олдинги тайёргарлик жараёнида гемограмма кўрсаткичларига катта аҳамият берилди, хусусан, ЭЧТ нинг кўпайиши яширин яллиғланиш жараёнининг ўзига хос бўлмаган кўрсаткичи сифатида қабул қилинди. Чунки ўпка, буйрак ва бошқа органлардаги силдан кейинги қолдиқ ўчоқлар жарроҳлик амалиётидан кейинги даврда қайталанишига ва сил касаллигининг қайтадан кучайишига олиб келиши мумкин. Жарроҳлик амалиётидан олдинги тайёргарлик жараёнида барча беморларга ўртача 30 кун давомида қисқа муддатли силга қарши терапия ўтказилган.

Беморларнинг бир қисмида глобуляр этишмовчилик туфайли гипоксемия ва гиповолемиа билан субкомпенсацияланган ацидоз қайд этилган. Ўзгаришлар беморларда сурункали интоксикациялар, узоқ муддатли ўпка этишмовчилигида ва чаноқ-сон бўғими сили билан оғриган беморларда кузатилди. Шундай қилиб операциядан олдинги даврда беморларга гиповолемиа, сув-туз электролитлар балансини, микроциркуляцияни нормаллаштириш мақсадида метаболик фаол моддалар ёрдамида трансфузион терапияси ўтказилди.

Барча беморларда чаноқ-сон бўғимининг ортопедик ҳолати ўрганилди. Барча беморлар кўшимча қўллаб-қувватлаш воситалари ёрдамида (қўлтиктаёк ва ҳасса) ҳаракат қилишди. Оёқларнинг функционал калталиги 29 (44,6%) беморда, анатомик калталиги 14 беморда (21,5%) аниқланди. Ҳар хил даражадаги букувчи ва яқинаштирувчи контрактулар ўрганилган беморларнинг барчасида аниқланди. Сон суяги бошчаси, бўйинчаси ва қуймич косачасидаги ўчоқли деструктив ўзгаришлар, шунингдек суяк тўқимасидаги таркибий ўзгаришлар стандарт рентгенологик тадқиқотлар баъзи ҳолларда кўшма компьютер томография текшируви асосида аниқланди.

Қуймич косасидаги деструктив ўчоқлар қайси деворларида учраланлигига қараб унинг нуқсонлари сифатида қаралди. Тури ва жойлашуви бўйича қуймич косасининг барча нуқсонлари қуйидагича тақсимланган: юқори деворнинг бўшлиқли нуқсони 11 (16,9%) беморда, медиал деворнинг бўшлиқ нуқсони 12 (18,4%) беморда, орқа деворнинг бўшлиқ нуқсони 8 (12,3%) беморда, периферик сегментар нуқсон 6 (9,2%), марказий сегментал нуқсон 12 (18,4%), қуймич косаси пастки қисмидаги сегментар нуқсон 3 (4,6%), комбинацияланган нуқсон 4 (6,1%) нафар беморда аниқланди (1 расм).

Чаноқ-сон бўғимини эндопротезлаш жарроҳлик амалиёти вақтида деструктив ўчоқларнинг жойлашган локализатсиясига ва қуймич косасини моделлаштиришнинг тахминий ҳажмига қараб аниқланди. Барча беморлар эндопротезлашда ишлаб чиқилган 1-



1 расм. Ўнг чаноқ-сон бўғими сили, артритик босқич, фаол даври. Қуймич косаси деструктив ўчоқлар

усул бўйича қуймич косасини суякпластик моделлаштириш амалга оширилди, бу қуймич косаси компонентининг суяк қопламани оптимал даражада оширишга қаратилган метод ҳисобланади. Периферик сегментар нуқсонлар учун резекция қилинган сон суяги бошчаси ёки ёнбош суяги қирғоқларидан олинган аутотрансплантатлар ишлатилган. Бунинг афзалликлари аутотрансплантаталар биологик мос келиши билан бирга тез тикланишга ёрдам беради.

Медиал девор нуқсонлари учун аутотрансплантат танлаш нуқсон ҳажмига қараб аниқланади. Кичик ҳажмли марказий сегментар нуқсонларда

сон суягининг бошчаси ёки бўйинчасида аутотрансплантат тайёрланади. (2 расм).

Аутотрансплантатни ўрнатишга тайёрлашда ҳал қилувчи омил уни эритмада қайта ишлаш ҳисобланади ва таркибида туберкулоустатиклар (рифампитсин, изонизид) мавжуд эритмалар фойдаланилади. Суяк нуксонини тўлдиргандан сўнг қуймич косаси мустаҳкамловчи асетабуляр тузилмалар билан мустаҳкамлангандан сўнг косача компоненти суяк цементи ёрдамида ўрнатилди. Тотал эндопротезлашнинг бошқа босқичларида стандарт методикаларга мувофиқ амалга оширилди. Операциядан кейинги даврда 4-6 ой давомида силга қарши махсус терапиялар билан даволаниш давом эттирилади.

Катта ҳажмли аутотрансплантатлардан фойдаланиш узоқ муддатли физик юктамаларни чеклаш ва пассив ҳаракат режимда бўлишни талаб қилади. Шунинг учун операциядан кейинги беморларни реабилитация қилиш уч даврдан иборат эди.

1. Эрта давр: операциядан кейинги 2 ой давомида касалхона шароитида силга қарши терапия фонидида пассив режимда ўтказилади.

2. Ўртача-пассив-фаол давр: 2 ойдан 4 ойгача бўлган муддатни ташкил қилади ва бунда рентгенологик текширувларда трансплантатларнинг соғлом суяк тўқимаси билан бирлашиб кетиш белгилари пайдо бўлади. Ушбу реабилитация даври машқлар санатория шароитида, поликлиникалар ва диспансерларда физиотерапиялар хоналарида ўтказилади.

Фтизиатр томонидан беморни кузатиш силга қарши терапияни контроль қилиш, бу сил касаллигининг такрорланишининг олдини олади. Ушбу даврда беморлар қўлтиқ таёк ёки ҳассалар каби воситалар ёрдамида фойдаланадилар ва жарроҳлик амалиёти бажарилган оёқларга қўшимча юктамалар беришни бошлайдилар.

3. Узоқ – тикланиш даври: 4 ойдан 6 ойгача бўлган вақтни ўз ичига олади. Бу даврда рентгенологик ташширувларда трансплантатнинг соғлом суяк тўқимаси билан яққол бирлашиб кетганлиги кузатилади. Бу даврда кўпроқ фаол реабилитация тадбирлари ўтказилади, бунда беморнинг ижтимоий соҳада фаол бўлишига имкон берадиган оёқ функциясини тиклашга қаратилган. Беморларга силга қарши терапиялар давом эттирилади ва силга қарши терапиянинг вақти ва ҳажми ҳар бир ҳолатга кўра индивидуал равишда белгиланади.

Кейинчалик, барча беморга йилига икки марта (бахор ва куз ойларида) жараён қайталанишига қарши даво буюрилади. Биз мавжуд натижаларни яхши, қониқарли ва қониқарсиз турларга бўлиб ўргандик. Натижаларни баҳолаш клиник триаданинг хусусиятларига асосланади: булар оғриқ синдроми, оёқ турғунлик ҳолати ва бўғим ҳаракатчанлиги.

Даволаш натижалари жарроҳлик амалиётидан кейинги 12 ойдан 3 йилгача муддатдан сўнг баҳоланди. Яхши натижалар 39(60%) нафар беморда кузатилди. Қониқарли натижалар 21(32,3%) нафар беморда ва қониқарсиз натижа 6(9,2%) беморда аниқланди.

Хулоса: Сил коксити билан оғриган беморларда чанок-сон бўғимини тотал эндопротезлашда суяк пластинкалари ёрдамида ўчоқли нуксонларни бартараф қилиш бўғимнинг йўқолган фаолиятини тикланишининг тезлашишига ва эндопртезнинг мустаҳкамлигига ҳамда жарроҳлик амалиётидан кейинги яқин ва узоқ вақтлардаги яхши натижаларга эришишга имкон беради.

Чанок-сон бўғимини жарроҳлик усули билан даволашда трансплантатларни туберкулоустатик эритмалар ёрдамида ишлов бериш ва силга қарши воситалардан фойдаланиш жарроҳлик амалиётидан кейинги даврда жараённинг қайталаниши ва иккиламчи асоратларнинг олдини олади.



2 расм. Чап чанок-сон бўғими сил коксити. Асорати: бўғим контрактураси.

Чаноқ-сон бўғимини тотал эндопротезлаш жарроҳлик амалиёти вақтида аутосуяк трансплантатларини силга қарши дари воситалари билан биргаликда фойдаланиш айниқса куймиш косачасида декструктив ўчоклар бўлган ҳолатларда фойдаланиш афзалдир.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Лавров В. Н., Кадыров Т. А. Тактика эндопротезирования тазобедренного сустава при последствиях туберкулезного коксита с дефектами вертлужной впадины //Туберкулез и социально-значимые заболевания. – 2015. – №. 3. – С. 73-74.
2. Назиров П.Х. и соавт. Результаты эндопротезирования тазобедренного сустава при туберкулезном коксите у лиц из экологически неблагоприятных регионов» / Рустамов Ф.Х. // «Тошкент тиббиёт академияси Ахборотномаси. 2020 йил, № 1. – с. 146–150.
3. Назиров П.Х. и соавт. Клинико-рентгенологическая характеристика туберкулеза костей и суставов у больных резистентными формами микобактерий». // Ўзбекистон тиббиёт журнали. 2013 й. №3, с.30-33.
4. Сердобинцев М. С. и др. Хирургическое лечение прогрессирующего туберкулезного коксита с включением операции тотального эндопротезирования сустава //Туберкулез и социально-значимые заболевания. – 2014. – №. 3. – С. 32-35.
5. Li L, Chou K, Deng J, Shen F, Two-stage total hip arthroplasty for patients with advanced active tuberculosis of the hip.// J Orthop Surg Res. 2016 Mar 30;11:38
6. Raja BS, Ansari S, Yadav R, Regmi A, Kurmi AC, Kalia RB. Total Hip Replacement in Active and Inactive Tuberculosis Hip: A Systematic Review. //Indian J Orthop. 2023 Jan 11;57(3):351-370.
7. Zhu RT, Shen LP, Chen LL, Jin G, Jiang HT. One-stage total hip arthroplasty for advanced hip tuberculosis combined with developmental dysplasia of the hip: A case report. //World J Clin Cases. 2021 Oct 6;9(28):8587-8594.