

**ЧАНОҚ-СОН БЎҒИМИ СИЛ АРТРИТИНИНГ ЗАМОНАВИЙ  
ТАШҲИСЛАШ УСУЛЛАРИ****Ф. Х. Рустамов**Республика ихтисослаштирилган фтизиатрия ва пулмонология илмий амалий маркази,  
Тошкент, Ўзбекистон**Таянч сўзлар:** Сил, сил коксити, сил артрит, замонавий ташҳислаш.**Ключевые слова:** Туберкулез, туберкулезный коксит, туберкулезный артрит, современная диагностика.**Key words:** Tuberculosis, tuberculous coxitis, tuberculous arthritis, modern diagnostics.

Чанок сон бўғими сил артрити беморларда яққол клиник-лаборатор ва рентгенотомографик ўзгаришлар билан кечади. Одатда чанок сон бўғимлари сили иккиламчи характерга эга бўлиб, бўғимларнинг тотал зарарланишига олиб келади. Клиника: Баъзан беморларда клиник кўринишлар тўлиқ намоён бўлиши учун 6 ой муддат талаб қилинади ва клиник кўринишлар тана ҳароратининг фебрил кўрсаткичларгача кўтарилиши, махсус жараён оқибатида зарарланган бўғимдаги контрактуранинг тезлик билан ўсиши ва тана вазнининг камайиши билан кечади. Ташҳис: Сил кокситининг ташҳисоти клиник, лаборатор, бактериологик, рентгенологик ва антропометрик хулосаларга асосланган. Қиёсий ташҳис: Сил кокситининг қиёсий ташҳисоти очик биопсия амалиёти ҳамда бўғим пункцияси йўли билан ген-молекуляр усуллар орқали ташҳисни асослашни талаб қилади. Хулоса: Чанок сон бўғими сили, хатто фаол жараёнида ҳам ген-молекуляр усуллар билан сил таёқчасини аниқлаш 50% дан ошмаслиги мумкин.

**МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО АРТРИТА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА  
В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ****Ф. Х. Рустамов**Республиканский специализированный научно-практический центр фтизиатрии и пульмонологии,  
Ташкент, Узбекистан

Туберкулезный коксит у больных сопровождается выраженными клинико-лабораторными и рентгенографическими изменениями. Поражение тазобедренного сустава туберкулезом часто носит вторичный характер и протекает с тотальным разрушением сустава. Клиника: Для полной клинической симптоматики у некоторых больных требуется до 6 месяцев, которая проявляется следующими симптомами: повышением температуры до фебрильных цифр, быстрым нарастанием контрактуры пораженного сустава специфическим процессом и потерей массы тела. Диагноз: Диагностика туберкулезного коксита основана на сопоставлении клинических, лабораторных, бактериологических, рентгенологических и антропометрических данных. Дифференциальная диагностика туберкулезного коксита зачастую требует пункции сустава и проведения открытой биопсии с верификацией диагноза генно-молекулярными методами. Вывод: Выявление микобактерий туберкулеза даже при активном специфическом процессе в тазобедренном суставе и использовании генно-молекулярных методов исследования не превышает 50%.

**MODERN DIAGNOSTIC METHODS IN HIP JOINT TUBERCULOSIS ARTHRITIS****F. H. Rustamov**

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

TB coxitis is accompanied by severe clinical-laboratory, x-ray and tomographical changes. Involvement of the hip into the tuberculous process often secondary and characterized by a total destruction of the joint. Clinic: The complete clinical picture manifests within 6 months in some cases and presents with febrile fever, rapidly increasing contractures of the affected joint by the specific process and loss of weight. Diagnosis: Diagnosis of tuberculous coxitis should be based on clinical, laboratory, bacteriological, radiological and anthropometric data. Differential diagnosis: Differential diagnosis of tuberculous coxitis often requires puncture of the joint and open biopsy with verification of the diagnosis by gene and molecular methods. Conclusion: MBT detection, even using gene and molecular methods in cases with active specific process in the joint do not exceed 50% of cases.

**Долзарблиги:** Сил касаллиги дунёдаги энг долзарб юқумли касалликлардан бири ҳисобланади. [3]. Василов А. В. маълумотларига кўра (2000) зарарланиш частотаси бўйича сил коксити этакчи ўринлардан бирини эгаллаган ва 20% ни ташкил қилган [1]. Суяк ва бўғимларнинг сил касаллиги иккиламчи сил касаллиги бўлиб, кўпинча ўпкаларда ёки медалиастинал лимфа тугунларида бирламчи ўчоқлар мавжуд бўлади. Юқумли жараён гематоген йўл билан тарқалади. Суяклар ва бўғимларнинг шикастланиши сил микобактериясининг миқдори ва вирулентлигига, шунингдек беморнинг ҳужайравий иммунитетининг ҳолатига боғлиқдир [2].

Сил касаллиги биринчи навбатда суяк тўқимаси деструкцияси билан наъмоён бўладиган жараёндир. Туберкулёз грануломаси суяк тўқимасини емирилишига олиб келади, бу рентгенограммада маълум катталикдаги ҳажмларда фокус ёки ўчоқлар сифатида кўринади.

Асосан суякнинг кўмик моддасида жойлашган бу ўчоқ остеопороз зонаси билан ўралган, нотекис ва ноаниқ контурларга эга, баъзида майда секвестрларни ўз ичига олади [8]. Кўп ҳолларда рентгенограммада казеоз моддалари тасвирланмайди.

Патологик материалда туберкулёз микобактериясини аниқлаш энг ишончли диагностика белгиси ҳисобланади. Шу билан бирга, диагностик материалнинг олигобациллярлиги сабабли суяк бўғим силида патоген кўзғатувчининг аниқланишида маълум қийинчиликларга дуч келинади ва бундай ҳолат ўпка силига қараганда анча кам учрайди, бундай ҳолатлар ўз вақтида ташҳис қўйишнинг кечикишига олиб келади [4]. Натижада зарарланган бўғимдаги патологик жараёнларнинг ривожланиши, ногиронлик фоизининг ошиши ва ушбу тоифадаги беморларнинг ҳаёт сифатининг кескин пасайиши кузатилади. [2]. Бир қатор муаллифларнинг фикрига кўра, силга қарши махсус терапия жарроҳлик амалиётига қўшимча даво бўлиб хизмат қилади [5].

Суяк бўғимлар сили ва скелет-мушак тизимининг бошқа деструктив касалликларини даволашда эришилган ютуқларга қарамай, суяк-бўғим сили касаллиги билан оғриган беморларнинг ногиронлиги даражаси анча юқори бўлиб қолмоқда. Турли муаллифларнинг фикрига кўра, ногиронлик беморларнинг ўртача 50,6 %ни ташкил қилади. Улардан 62-68% сил касаллиги спондилити ва унинг оқибатлари билан оғриган ташкил этади. Беморларнинг самарасиз даволаниши ва ногиронликнинг ҳолатларининг асосий сабаблари касалхонагача бўлган даврда касалликнинг кеч ташҳиси, консерватив ҳамда ортопедик даволанишнинг асосиз узоқ муддатлари, жарроҳлик амалиётининг кам ва ўз вақтида бажарилмаганлиги, сил микобактериясининг доримоддаларига турғунлигининг ошиши билан тушинтирилади. Буларнинг барчаси яна бир бор суяк-бўғим сили касаллиги учун радикал-реконструктив жарроҳликнинг устуворлигини кўрсатади [2].

Одатда, деструктив артритларнинг барча типик рентгенологик белгилари чаноқ сон бўғими артритида яққол намоён бўлади. Комбинирланган рентгенотамогрофик текширувлар сил касаллиги ўчоқларининг топографияси ва чуқурлигини, суяк тўқимаси кортикал қатламнинг ҳолатини, остеопороз даражаси ва секвестрларни аниқлашда юқори аниқликга эга [4].

П. Х. Назиров ва ҳаммуаллифларнинг маълумотларига кўра, сўнгги ўн йилликларда республика клиникаларининг суяк бўғим сили жарроҳлиги бўлимларида сил артрити билан оғриган беморларнинг 75% ни кечки боскичларда хирургик даво учун қабул қилинган. Беморларни стационар даволаниш вақтида аниқланган бўғимлардаги кўпол ўзгаришлар туфайли чаноқ сон бўғимини сақлаб қолган ҳолда ва бўғим фаолиятини тикловчи жарроҳлик амалиётларини бажариш имконияти 3-4 баравар камайган [3].

Республикада (айниқса, қишлоқ ҳудудларида) суяк бўғим сили касаллигининг асоратланган ва оғир шакллари пайдо бўлиши бирламчи аниқланган беморларнинг 80% дан ортиғини ташкил қилиши жуда ташвишлидир. Касаллик даражасининг оғирлигида ва жиддий асоратларнинг кучайишида, чаноқ сон бўғимларининг параартикуляр абсцесслари, оқма яралар ва шунингдек узоқ муддатли йирингли жараёнлар муҳим ўрин ўйнайди. Йирик бўғимлар сили касалликларини узоқ боскичларида псевдоартрозлар, бўғимлар контрактуралари, касалланган кўл-оёқларнинг калталаниши, оёқ-кўлларнинг ҳаракати бузилиши каби асоратлар кўпроқ наъмоён бўлади [2].

Суяк бўғим сили касалликларини эрта ташҳислашда энг ишончли диагностик методлардан бири патологик материалда (пунктат, оқма яра ажралмаси ва жарроҳлик амалиётининг кейинги материал) сил микобактериясини аниқлашдир. Шу билан бирга, суяк бўғим сили касалликларида диагностик материалда сил микобактерияси миқдори камлиги (олигобациллярлиги) туфайли (ўпка силига нисбатан) ўз вақтида ташҳис қўйилишининг кечикишига олиб келади [5]. Натижада зарарланган бўғимлардаги ҳалокатли жараёнларнинг ривожланиши, ногиронлик даражасининг ошишига ва бу беморларнинг ҳаёт сифатининг кескин пасайишига сабаб бўлади [7]. Ва баъзи муаллифларнинг фикрига кўра, консерватив даво одатда хирургик давога қўшимча бўлиб хизмат қилади [6].

**Тадқиқот мақсади:** Чаноқ-сон бўғими сили касаллигини ташҳислашда ҳатоликлар ва қийинчиликларни таҳлил қилиш.

**Материаллар ва усуллар:** 2022 йил РИФ ва ПИАТМ клиникаси суяк бўғим сили жарроҳлиги бўлимида фаол сил коксити ташҳиси билан даволанган 50 нафар беморлар ка-

саллик тарихлари ўрганилиб чиқилди. Беморларнинг 18 (36%) нафарини аёллар, 32 (64%) нафарини эркаклар ташкил қилди. Беморларнинг ёши 20 ёшдан 65 ёшгача бўлиб, ўртача ёш  $45 \pm 2$  ёшни ташкил этди. Беморларнинг стандарт текширувлари зарарланган бўғимлар рентгенографияси, МРТ, МСКТ текширувлар, клиник-биокимёвий қон таҳлиллар, микробиологик таҳлиллар, ортопедик кўрсаткичларни ўз ичига олган. Оқма яралар кузатилган беморларда контраст (76% ли триомбраст) моддалар ёрдамида фистулография текширувлари ўтказилган. 5 (10%) нафар беморда оқма яра фистулография қилинганида контраст модда бўғим атрофига тарқалган ва бўғим атрофи абсцесларига шубҳа қилинган бўлса, 20 (40%) нафар беморда бўғим пункцияси бажарилган ҳамда патологик материал (синовиал суюқлик-9 (45%), йиринг-11(55%)) генетик тадқиқот усуллари яъни GenXpert/ Hain Test усулларида текширилган. Ўтказилган мазкур текширувлар натижасида сил микобактерияси аниқланган тақдирда MGIT-960 усулида силга қарши дориларнинг 1-ва 2-қаторларига сезгирлигини аниқланган.

Синовиал суюқлик таркиби, бўғим бўшлиқ патологик суюқлиги таркиби ва операция материал бактериологик текширувдан ўтказилди. Тадқиқотлар маълумотларига кўра, специфик ва носпецифик флоралар ўрганилган. Рационал антибиотик терапиясини тайинлаш учун аниқланган флоранинг антибиотикларга сезгирлиги ҳисобга олинди.

Барча беморларда сил касаллигининг умумий белгилари билан бир қаторда беморларнинг ортопедик ҳолати баҳоланди. 25 (50%) нафар беморга трепанацион биопсия амалиёти бажарилди ва олинган материал гистологик ва ген-молекуляр усуллар билан текширилди. Барча беморларга режали силга қарши даво схематик тарзда (шу жумладан 5-10 мг/кг изо-ниазид, 15-25 мг/кг тана вазнига рифампицин, 15-25 мг/кг этамбутол ва 15-20 мг/кг тана вазнига пиразинамид) буюрилди.

**Тадқиқот натижалар.** Беморларда касаллик ривожланиш давомийлиги 35 (70%) нафарида 1 йилдан 2 йилгача қайд этилган, натижада бўғимларда оғриқлар интенсивлиги секин ривожланиши, ҳароратнинг субфебрил даражагача кўтарилиши ва бўғимлардаги ҳаракат чекловининг аста-секин кўшилиши кузатилган. Бундан ташқари, ушбу беморларнинг 30(60%) нафари умумий даволаш тармоқларида травматолог-ортопед назоратида коксартроз ташҳиси билан даволанган.

Чаноқ-сон бўғими ташҳиси қўйилгунга қадар беморларнинг шикоятларининг давомийлиги 1 ойдан 2 йилгача, ўртача 6-7 ойгача бўлган. 15 (30%) нафар беморда 1-2 ой ичида касаллик клиник кўринишлари тўлиқ ривожланиши яъни тана ҳароратининг кўтарилиши, бўғимлар контрактураларининг қисқа вақт ичида ривожланиши, тана вазнининг камайиши билан наъмоён бўлган.

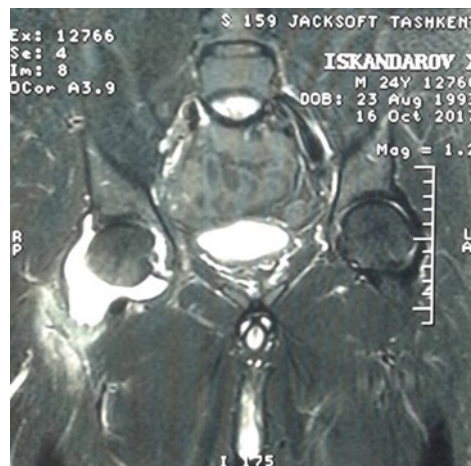
Сил коксити билан оғриган беморларнинг умумий клиник тадқиқотлар натижалари 8 (16%) нафар беморда жигар фаолиятидаги бўзилишларни (АсАТ, АлАТ, умумий билирубин) кўрсатди. Умумий қон таҳлилида гемоглобин миқдорининг пасайиши 15 (30%) нафар беморда, 9 (18%) беморда ЭЧТ (эритроцитлар чўкиш тезлиги) тезлашиши, серомукоидлар, С-реактив оксил, фибриногеннинг кўпайиши –32 (64%) нафар беморларда қайд этилган.

8 (16%) нафар беморда иккала чаноқ-сон бўғимларида деструктив ўчоқлар аниқланди. МСКТ текширувида суяк тўқимасидаги деструктив ўчоқлар сони, зичлиги ва ҳажми жиҳатидан ҳар хил секвестрларнинг мавжудлиги, шунингдек бўғим бўшлиғи юмшоқ тўқималари билан алоқаси юмалоқ фокуслар билан тасвирланган. МРТ текширувида бўғим синовити ва бўғим капсуласининг қалинлашиши, турли даражадаги экссудат Т2 режимда ёрқин сигнал кўринишида, Т1 режимда эса паст сигнал кўринишида намоён бўлди. Мазкур ўзгаришлар МСКТ тасвирларида юмшоқ тўқималар зичлигидан камоқ зичликка эга бўлиб ноаниқ шаклда кўринишида бўлган (1 ва 2-расмлар).

Чаноқ-сон бўғимлари сил касалликларида рентген ва МСКТ текшируви шуни кўрсатдики, катталарда сон суяги бошчасининг ўзида бирламчи ўчоқлар мавжуд эмас. Сон суяги бўйинчасидаги бирламчи ўчоқлар нисбатан кам учрайди (4%). Аксарият (21/42%) катта ёшли беморларда, бирламчи деструктив ўчоқлар қуймич косачаси суяқларидан тарқалади. Улар бирламчи зарарланиш зонаси ҳисобланиб, сон суяги бошчасидаги патологик ўзгаришлар иккиламчи зарарланиш тарзида ривожланади. 27 (54%) нафар беморда яллиғланишнинг ривожланиши қуймич косачаси суяқларининг чуқур деструктив ўзгаришлар ва турли ўлчамдаги секвестрларнинг шаклланишига олиб келди, уларнинг тузилиши касалликнинг 10-



1 расм.



2 расм.

12 ойлигида аниқ склерозга хос ҳолда наъмоён бўлди. Бундай секвестрларни сил коксити учун хос ўзгаришлар сифатида қараш мумкин. Беморларнинг 21 (42%) нафарида сил коксити касаллиги трохантерит асорати сифатида ривожланган.

5 (10%) нафар беморда сон суяги бошчасининг учдан бир қисмидан кўпроғининг зараланлиги аниқланди ва шу билан мазкур беморларда оёқнинг 2 дан 5 см гача қисқариши қайд этилди. (3-расм)



3-расм. Ўнг чаноқ-сон бўғими сили, артритик босқич.

23 (46%) та ҳоллатда бўғимларни ташкил этувчи суякларнинг остеопорози содир аниқланди, бу рентгенограммаларда суяк усти пардаси ўзгармаган ҳолда суяк тўқималарининг шаффофлиги ошиши билан намоён бўлди.

Сил коксити касаллиги ўпкада фаол сил жараёни инфильтратив ўчоқлари шаклида комбинацияси билан 5 (10%) нафар беморда аниқланган, улардан 2 нафарида балғамда сил микобактериаси аниқланган.

Туберкулёз коксит билан оғриган 50 беморнинг 16 тасида (32%) бактериоскопик ташҳис тасдиқланган, 4 нафарида (8%) GenXpert текшируви натижасида микобактерия ажратиши аниқланган.

Шундай қилиб, сил коксити касаллиги яққол ўзгарган клиник-лаборатория ва рентгеномографик ўзгаришлар билан наъмоён бўлади, аммо ташҳисни асослаш мураккаблигича қолади. Чаноқ-сон бўғимининг сил касаллигида специфик жараёнлар бўғимдаги тотал ўзгаришлар ҳолатида наъмоён бўлади.

**Хулосалар:**

1. Чаноқ-сон бўғимининг сили иккиламчи зарарланган сил жараёни ҳисобланади.
2. Чаноқ-сон бўғими сили касаллигининг диагностикаси клиник-лаборатория, бактериологик ва рентгенологик маълумотларни таққослашга асосланган.
3. Ташҳисни аниқлаштириш учун биопсия ва бўғим пункцияси амалиётлари талаб қилинади.



**Фойдаланилган адабиётлар:**

1. Васильев А.В. «Ўпкадан ташқари туберкулез: шифокорлар учун қўлланма»: // Фолиант. 2000. С.568.
2. Махмудова З.П., Назиров П.Х., Джураев Б.М. Эффективность реабилитационных мероприятий при эндопротезировании тазобедренного сустава больных с последствием туберкулезного коксита // Ўзбекистон тиббиёт журнали. – 2015. - №6. – С. 21-24.
3. Назиров П.Х. ва ҳаммуаллифлар. «Клинико-рентгенологическая характеристика туберкулёза костей и суставов у больных резистентными формами микобактерий». // Медицинский журнал Узбекистана. 2013 г. №3, с.30-33.
4. Сердобинцев М.С., Бердес А.И., с соавт. "Социально-медицинская эффективность репаративных операций при прогрессирующем туберкулезе тазобедренного сустава» // Журнал Проблемы туберкулеза и болезней легких. 2018 г. №12. С. 54.
5. Agashe, V. Osteoarticular tuberculosis - diagnostic solutions in a disease endemic region / V. Agashe, S. Shenai et al. // J. Infect. Dev. Crites. – 2009. - V. 3(7). - P. 511-516.
6. Göb A. «Surgical treatment of coxitis tuberculosa (author's transl)» // Z Orthop Ihre Grenzgeb. 1980;118(1):55-60.
7. Klein H1, Seeger J, Schleicher I. «Tuberculous coxitis: diagnostic problems and varieties of treatment: a case report». // Open Orthop J. 2019; 6: 445-8.
8. Kessler P. «Treatment of tuberculous coxitis with special reference to modern surgical therapy» // Z. Erkr. Atmungsorgane.1985;165(3):259-66.