

**ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ,
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ЭПИДЕМИОЛОГИЯ,
МИКРОБИОЛОГИЯ, ЮҚУМЛИ ВА ПАРАЗИТАР КАСАЛЛИКЛАР
ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ
ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/30.12.2019.Tib.30.01 РАҚАМЛИ
ИЛМИЙ КЕНГАШ АСОСИДАГИ БИР МАРТАЛИК ИЛМИЙ КЕНГАШ**

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ФТИЗИАТРИЯ ВА
ПУЛЬМОНОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

РУСТАМОВ ФАРРУХ ХАЛМУМИНОВИЧ

**СИЛ КОКСИТИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ЧАНОҚ-СОҢ
БЎҒИМИНИ ТОТАЛ ЭНДОПРОТЕЗЛАШНИНГ САМАРАДОРЛИГИ**

14.00.26 – Фтизиатрия

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2021

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Рустамов Фаррух Халмуминович

Сил коксити билан оғриган беморларда чаноқ-сон

бўғимини тотал эндопротезлашнинг

самарадорлиги..... 3

Рустамов Фаррух Халмуминович

Эффективность тотального эндопротезирования

тазобедренного сустава у больных с последствиями

туберкулёзного коксита..... 21

Rustamov Farrukh Halmuminovich

The effectiveness of total arthroplasty hip joint in patients

with consequences tuberculous coxitis 39

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ

List of published works 43

**ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ,
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ЭПИДЕМИОЛОГИЯ,
МИКРОБИОЛОГИЯ, ЮҚУМЛИ ВА ПАРАЗИТАР КАСАЛЛИКЛАР
ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ
ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/30.12.2019.Tib.30.01 РАҚАМЛИ
ИЛМИЙ КЕНГАШ АСОСИДАГИ БИР МАРТАЛИК ИЛМИЙ КЕНГАШ**

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ФТИЗИАТРИЯ ВА
ПУЛЬМОНОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

РУСТАМОВ ФАРРУХ ХАЛМУМИНОВИЧ

**СИЛ КОКСИТИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ЧАНОҚ-СОН
БЎҒИМИНИ ТОТАЛ ЭНДОПРОТЕЗЛАШНИНГ САМАРАДОРЛИГИ**

14.00.26 – Фтизиатрия

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2021

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида B2020.3.PhD/Tib1446 рақами билан рўйхатга олинган.

Диссертация Республика ихтисослаштирилган фтизиатрия ва пульмонология илмий-амалий тиббиёт марказида бажарилган.

Диссертация автореферати икки тилда (ўзбек, рус (инглиз резюме) илмий кенгашнинг веб-саҳифасида (www.tma.uz) ва «Ziyonet» ахборот таълим порталида (www.ziyonet.uz) жойлаштирилган.

Илмий раҳбар: **Назиров Примкул Хужамович**
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар: **Мухтаров Давронбек Зухурович**
тиббиёт фанлари доктори, доцент

Хананияев Умарали Баратович
тиббиёт фанлари доктори

Етакчи ташкилот: **Бухоро давлат тиббиёт институти**

Диссертация ҳимояси Тошкент тиббиёт академияси, Республика ихтисослаштирилган эпидемиология, микробиология, юқумли ва паразитар касалликлар илмий-амалий тиббиёт маркази ҳузуридаги DSc.04/30.12.2019.Tib.30.01 рақамли Илмий кенгаш асосидаги бир марталик илмий кенгашнинг 2021 йил «_____» _____ соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 100109, Тошкент ш., Фаробий кўчаси, 2-уй. Тел/факс: +99871-150-78-25, e-mail: tta2005@mail.ru)

Диссертация билан Тошкент тиббиёт академиясининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (_____ рақами билан рўйхатга олинган). Манзил: 100109, Тошкент ш., Фаробий кўчаси, 2 уй. Тел/факс: (+99871) 150-78-25.

Диссертация автореферати 2021 йил «_____» _____ тарқатилди.
(2021 йил «_____» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси).

Л. Н. Туйчиев

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш асосидаги бир марталик илмий кенгаш раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

Н. У. Таджиева

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш асосидаги бир марталик илмий кенгаш илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори, доцент

Б. М. Таджиев

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш асосидаги бир марталик илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари доктори, доцент

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертация аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Бутун дунёда турли ёшдаги аҳоли орасида сил касаллиги бугунги куннинг ижтимоий - тиббий муаммолардан бири хисобланиб, суяк - бўғимлар сили орасида, чанок-сон бўғими сили, умуртқа поғонаси силдан кейин иккинчи ўринда бўлиб, 20% ни ташкил этади. Шу билан бир вақтда касалликнинг ривожланишида узоқ латент даврининг мавжудлиги ўпкадан ташқари аъзолар сили (ЎТАС), хусусан суяк бўғим сили патогенези нуқтаи назаридан қараганда 5–10 йилдан сўнг беморлар сонининг янада ортишига сабаб бўлади. Таъкидлаш жоизки ҳозирги вақтда ЖССТ маълумотлари бўйича «... жаҳонда 36,7 миллиондан ортиқ ОИВ билан зарарланганлар қайд этилган, улар орасида силдан касалланиш бошқа одамларга нисбатан 20–37 марта юқоридир...»¹. Касалликни ташхислаш муаммоси шуниси билан қийинки, сил касаллигининг суяк бўғим шакллари, шу аъзоларнинг бошқа носпецифик яллиғланиш касалликлари билан клиник-рентгенологик ўхшашликлари мавжудлиги, ҳамда уларни самарали даволаш мазкур соҳа олимларининг олдида турган долзарб вазифа бўлиб қолмоқда.

Жаҳон тиббиётида суяк бўғимлар силнинг асоратланган шаклларини замонавий технологияларни қўллаш билан бирга даволашда самарали жарроҳлик усулларини татбиқ этиш бўйича қатор илмий-тадқиқотлар амалга оширилмоқда. Жумладан, сил кокситининг клиник кечишини ташхислаш ва жарроҳлик усули билан даволаш турларини аниқлаш, реконструктив-тиқловчи жарроҳлик амалиётлари самарадорлигини асослашдан иборат. Чанок-сон бўғимини тотал эндопротезлаш, силдан ногиронликка олиб келувчи оғир асоратларини даволашни такомиллаштириш, жарроҳлик амалиётларини қўллаш билан йирингли-септик холатларни олдини олиш, реконструктив-тиқловчи жарроҳлик амалиётларини анъанавий классик усулларини ва беморларни ҳаёт сифатини яхшилашга қаратилган тадбирларни такомиллаштириш муҳим аҳамият касб этади.

Бугунги кунда мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимида сил касаллигини эрта ташхислаш, даволаш ва олдини олишга йўналтирилган илмий-тадқиқотлар бажарилмоқда. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги 5590-сон «Соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида» ги Фармонида «... мамлакатда аҳоли ўртасида тиббий ёрдам кўрсатиш самарадорлигини, тиббий ёрдам кўрсатишни ҳаммабўлиги ва сифатини яхшилаш, жумладан стандарт тиббий тизимни яхшилаш, даволаш ва ташхислашни юқори технологик усулларини, патронаж хизматини жорий этиш, диспансеризация, соғлом турмуш тарзини ва касалликларни олдини олишни натижавий моделларини жорий этиш...»² каби вазифалар

1 Global tuberculosis report 2016. WHO/HTM/TB/2016.13. World Health Organization Geneva 2016. Доступно по: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en

2 Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора тадбирлар туғрисида» ги ПФ-5590-сон Фармони.

белгиланган. Бу йўналишда касалликларни эрта аниқлашда илмий тадқиқотларни кенгайтириш, замонавий тиббий ёрдам кўрсатиш даражасини ошириш, сифатли тиббий ёрдам кўрсатиш учун замонавий технологияларни такомиллаштириш ва эрта босқичларда чаноқ-сон бўғимини тотал эндопротезлашни ўтказиш, ногиронликни камайтириш алоҳида аҳамият касб этмоқда.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ–4947-сон «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида» ги, 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги Фармонлари, 2017 йил 20 июндаги ПҚ–3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017–2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги, 13 феврал 2019 йилдаги ПҚ–4191-сон «Ихтисослаштирилган фтизиатрия ва пульмонология ёрдами кўрсатиш тизимини такомиллаштириш чоратадбирлари тўғрисида»ги Қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устивор йўналишларига боғлиқлиги. Мазкур тадқиқот Ўзбекистон Республикаси фан ва технологиялари ривожланишининг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устивор йўналиши доирасида бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Сил коксити билан оғриган беморларини жарроҳлик усули билан даволаш бу касалликни мураккаб даволаш жараёнининг етакчи босқичи бўлиб ҳисобланади (Сердобинцев М.С., 2008., Garay S. M., 2014). Бизнинг мамлакатимизда суяк-бўғим сили билан курашдаги эришилган муваффақиятларга қарамаслан, сил коксити бўлган беморларни тиббий ва ижтимоий реабилитация қилиш муаммоси долзарблигича қолмоқда. Специфик ва носпецифик коксит оқибатлари бўлган беморларда консерватив ёки суяк-пластик жарроҳлик амалиётларини ҳар хил турларини анъанавий қўлланилиши 55,2% ҳолатларда патологик жараённинг қайтланиши юзага келгани сабабли етарли даражада самара бермайди. Эндопротез оғриқ синдромни камайтиришга, бўғимларда ҳаракатлар ҳажмини оширишга ва оёқларнинг таянч қобилиятини тикланишига имкон беради. Чаноқ-сон бўғимини тотал эндопротезлаш, остеоартрознинг оғир шакллари билан оғриган беморлар учун революцион жарроҳлик амалиёти бўлиб ҳисобланади, бу беморларнинг ҳаёт сифатини, уларнинг функционал имкониятини яхшилашга, оғриқларни камайтиришга олиб келади. Шунингдек ҳар икки чаноқ-сон бўғимларидаги жарроҳлик муолажалари, замонавий конструкциядаги эндопротезларни қўллаш сезаларли тарқалишига эга бўлмоқда, бу жарроҳлик амалиётлари ўртасидаги интервални, жарроҳлик амалиётлари ўтказилган оёқларга эрта юклама тушиш муддатларини сезиларли қисқартиради ва бундай беморларни реабилитациясига қўшимча эътиборни талаб этади. Жорий аср бошида фтизиоостеологияда чаноқ-сон

бўғимини тотал эндопротезлаш усуллари жадал қўлланилиши бошланди (Лавров В.Н., 2006; Шапов А.Ю., 2000; Сердобинцев М.С., 2000, 2008, Назиров П.Х. ва ҳаммуаллифлар, 2018).

Сўнги йилларда чаноқ-сон бўғими жараённи доимий жадаллашиш тавсифи 60-64% ҳолатларда меҳнат қобилиятини пасайишига (Лавров В.Н. ва ҳаммуаллифлар, 1995, Гарбуз А.Е., 1998., Махмудова З.П., 2015., Назиров П.Х. ва ҳаммуаллифлар, 2018) ва 11,5% - меҳнатга яроқли ёшда ногиронликка олиб келади. Жаҳонда чаноқ-сон бўғимини эндопротезлаш миқдори йилига 1,5 млн дан ортиқни ташкил этади ва бу рақам оғишмай ўсиб бормоқда: 2025 йилда бу 2,093 млн га, 2030 йилида - 4,419 млн га етади. Башоратларга кўра 2030 йилга келиб эндопротезист-жарроҳлар сони 26 минг кишига ортади ва агар 2010 йилда битта жарроҳга 52 нафар бемор тўғри келган бўлса, 2030 йилга келиб уларнинг сони 167 нафарни ташкил этади (Загородний Н.В. ва ҳаммуаллифлар, 2013, 2015, Ермаков А.М. ва ҳаммуаллифлар, 2018).

Шундай қилиб илмий адабиётларнинг таҳлидан кўришимиз мумкинки, сил коксити билан оғриган беморларда чаноқ-сон бўғимини эндопротезлаш натижалари самардорлигини ўрганиш катта қизиқишни ташкил этади. Ҳозиргача ижтимоий-иқтисодий аҳамияти: беморларни даволаш муддатлари ва ногиронликка чиқиши нуқтаи назаридан ва касалланишни эрта босқичларида чаноқ-сон бўғимини тотал эндопротезлаш самардорлиги ўрганилмаган. Бизлар адабиёт маълумотлари бўйича бу каби тадқиқот натижаларига эга эмасмиз. Мазкур диссертацион тадқиқот иши сил коксити билан оғриган беморларда чаноқ-сон бўғимини тотал эндопротезлаш самардорлигини ошириш борасида илмий тадқиқотлар амалга оширилиши айниқса аҳамиятли ва долзарбдир.

Тадқиқотнинг диссертация бажарилган илмий-тадқиқот муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертацион тадқиқот иши Республика ихтисослаштирилган фтизиатрия ва пульмонология илмий-амалий тиббиёт марказининг АТСС-19.1. «Ўпкадан ташқари аъзолар силни дифференциал ташхислаш ва даволашнинг янги усуллари ишлаб чиқиш» мавзуси доирасида (2017-2020 йй.) бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади сил коксити билан оғриган беморларда чаноқ-сон бўғимини тотал эндопротезлаш усуллари такомиллаштиришдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

сил коксити оқибатлари бўлган шахсларда чаноқ-сон бўғимидаги клиник ва анатомио-функционал бузилишларни баҳолаш;

сил коксити оқибатлари бўлган шахслада чаноқ-сон бўғимида тотал эндопротезлашни ўтказишга кўрсатмаларни баҳолаш;

сил коксити оқибатларида тотал эндопротезлаш жарроҳлик амалиётлари самардорлигини қиёсий таҳлилини қилиш;

чаноқ-сон бўғимида тотал эндопротезлаш ўтказилгандан сўнг беморларда ҳаёт сифатни яхшилаш бўйича реабилитацион чора-тадбирлар мажмуасини ишлаб чиқиш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида Республика ихтисослаштирилган фтизиатрия ва пульмонология илмий амалий тиббиёт марказида 2010-2020

йиллар давомида сил кокситининг асортли шакллари билан оғриган 62 нафар беморлар олинган. Улардан 29 (46,8%) нафарида касалликни эрта 2 ойдан 24 ойгача бўлган муддатларда ва 33 (53,2%) нафар касаллик давомийлиги 2 йилдан 15 йилгача бўлган беморлар олинган.

Тадқиқотнинг предмети сифатида чаноқ-сон бўғимини тотал эндопротезлаш самарадорлигини ва нофаол сил кокситида даволаш натижаларини яхшилаш учун жарроҳлик амалиётидан кейинги даврдаги реабилитацион чора тадбирлар ва уларнинг натижалари олинган.

Тадқиқотнинг усуллари. Диссертацияда клиник-рентгенологик, биокимёвий, антропометрик, шикастланган чаноқ-сон бўғимини функционал параметрлари каби тадқиқот ва аналитик усуллар ва олинган натижаларни статистик қайта ишлаш усуллари қўлланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

титан-керамикали эндопротезларни қўллаган холда асоратланган сил кокситини жарроҳлик усулида даволаш, классик усулда суяк аутоотрансплантатлардан фойдаланилган жарроҳлик амалиётидан кейинги сақланиб қолган анатомо-функционал бузулишларнинг тўлиқ тикланишига имкон бериши исботланган;

сил кокситини комплекс даволашда радикал жарроҳлик амалиётларининг – тотал эндопротезлашнинг зарурлиги, бўғимдаги клиник-функционал ва рентгенологик текширувлар натижаларга кўра исботланган;

илк бор сил коксити билан оғриган беморларда, зарарланган бўғимлардаги анатомо-функционал бузилишлар сабабли юзага келувчи Shoemaker чизиқларининг бир бирига нольмутаносиблиги, касалликнинг кечки босқичларида яққол юзага чиқиши исботланган;

сил коксити билан оғриган беморларда касалликнинг эрта босқичларида чаноқ-сон бўғимини ZIMMER, DePuy ҳамда IRENE протезлари билан тотал эндопротезлаш, бўғим букилишини $88,3 \pm 8,6^\circ$ гача, бўғим ёзилиш қўламини $176,2 \pm 6,2$ гача яхшиланишига имкон бериши исботланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

узоқ йиллар давомида касал бўлган беморларда чаноқ-сон бўғимини тотал эндопротезлашнинг юқори технологияли жарроҳлик амалиётлари ҳам, етарли даражадаги ижобий самарани бермайди ва беморлар тўлиқ соғлом ҳаёт тарзига қайта олмаслиги исботланган;

сил кокситида чаноқ-сон бўғимини тотал эндопротезлаш бўғимларнинг таянч қобилиятини тўлиқ тиклашга, умуртқа поғонасида кифосколиотик деформациялар камайишига ёки бартараф этишга ва беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга сабаб бўлиши исботланган;

сил кокситида чаноқ-сон бўғимини тотал эндопротезлаш самарадорлигини баҳолашда беморлар учун тавсия этилган реабилитацион чора тадбирларни ошириш натижасида ногиронлик кескин камаяди, бу эса юқори даражадаги иқтисодий ва тиббий самарадорликка олиб келиши аниқланган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги. Олинган натижаларнинг ишончлилиги объектив, клиник-лаборатор, рентгенологик, ортопедик ва

статистик тадқиқот усуллари асосида тасдиқланади. Статистик усулларни қўлланилиши олинган натижаларнинг ишончилигини таъминлайди, шу билан бирга, тадқиқот давомида олинган натижаларнинг маҳаллий ва хорижий илмий изланишлар билан солиштирилганлиги билан асосланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти ишнинг илмий моҳияти, хуллоса ва таклифларни чаноқ-сон бўғими сили асоратларини этиотроп ва жарроҳлик йўли билан даволаш мажмуаси тактикасини такомиллаштиришдан иборат ва ушбу беморларни кузатишнинг узоқ босқичларида чаноқ-сон бўғими сили патогенезини тушунишда ишлаб чиқилган чаноқ-сон бўғимини тотал эндопротезлаш, реабилитация чора тадбирларига силга қарши даволаш асосий ўрин тутиши билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти сил коксити оқибатлари бўлган беморларни даволашда чаноқ-сон бўғимини эндопротезлаш жарроҳлик амалиётини қўллаш натижасида бўғимлар фаолиятининг тикланиши, беморларни эрта фаоллашиши, умуртқа поғонаси ва скелетнинг бошқа сигментлари томонидан патологик ортопедик ўзгаришларни келиб чиқишини олдини олишга ва ишлаб чиқилган реабилитацион чора тадбирлар беморлар ногиронлигини камайтиришга ва уларнинг ҳаёт сифатни сезиларли даражада яхшилаш имконини бериши билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Сил коксити билан оғриган беморларда чаноқ сон бўғимини тотал эндопротезлашнинг самарадорлигини баҳолаш бўйича олинган илмий натижалар асосида:

сил касаллигидан кейинги коксартроз билан хасталанган беморларда чаноқ сон бўғимини тотал эндопротезлашда юқумли асоратларни олдини олиш бўйича олинган илмий натижалар асосида «Сил касаллигидан кейинги коксартроз билан хасталанган беморларда чаноқ сон бўғимини тотал эндопротезлашда юқумли асоратларни олдини олиш усуллари» номли услубий тавсияномаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2019 йил 23 декабрдаги 8н-з/599-сон маълумотномаси). Мазкур услубий тавсиянома антибактериал дори воситаларини жарроҳлик амалиёти ичида қўллаш орқали сил коксити оқибатлари бўлган беморларда чаноқ-сон бўғимини эндопротезлашда жарроҳлик йўли билан даволаш самарадорлигини яхшилаш имконини берган;

сил коксити билан оғриган беморларда чаноқ сон бўғимини тотал эндопротезлашнинг самарадорлиги аниқлаш ва даволаш тартибини такомиллаштириш асосида олинган илмий натижалар соғлиқни сақлаш амалиётига, жумладан, Фтизиатрия ва пульмонология ихтисослаштирилган илмий амалий тиббий маркази, Жиззах ва Сирдарё вилоятларини сил касалликлари диспансерларининг клиник амалиётига тадбиқ қилинган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 15 июлдаги 08-09/8326-сон маълумотномаси). Олинган илмий натижаларнинг амалиётга жорий қилиниши натижада чаноқ-сон бўғимини тотал эндопротезлашни қўллаш билан беморларни даволашни жорий қилиш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 2 та халқаро ва 5 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 17 та илмий иш чоп этилган бўлиб, шулардан, Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг докторлик диссертациялари асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 7 та мақола, жумладан, 6 таси республика ва 1 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, бешта боб, хулоса, фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми адабиётлар рўйхатини ҳисобга олмаганда 111 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида ўтказилган тадқиқотларнинг долзарблиги ва аҳамияти, ушбу ишга талаб асослаб берилган, тадқиқот мақсади, вазифалари, тадқиқот объекти ва предмети тавсифланган, мазкур тадқиқотларнинг республика фан ва технологияларининг устувор йўналишларига мос келиши кўрсатиб берилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва унинг амалий натижалари ўз ифодасини топган, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти очиб берилган, тадқиқот натижаларининг амалиётга жорий қилиниши, чоп этилган ишлар ва диссертациянинг таркибий тузилиши бўйича маълумотлар мавжуд.

Диссертациянинг «**Чанок-сон бўғими сили билан оғриган беморларни даволаш ва уларни ногиронликдан асрашни замонавий усуллари**» деб номланган биринчи бобида синчковлик билан сил коксит билан хасталанган беморларни жарроҳлик усули билан даволаш муаммоси бўйича илмий маълумотларни таҳлил қилиш, умумлаштириш ўтказилган. Мазкур муаммога бағишланган маҳаллий ва хорижий илмий материаллар, келгусида ўз ечимини талаб этаётган долзарб масалалар ва сил кокситини ташхислаш ҳамда даволашни замонавий ҳолати ўрганилган. Илмий адабиётларни ўтказилган таҳлили натижасида илмий тадқиқотнинг мақсад ва вазифалари баён этилган.

Диссертациянинг «**Беморларнинг клиник материаллар тавсифи ва тадқиқот усуллари**» деб номланган иккинчи бобида клиник материалнинг умумий тавсифи ва қўлланилган тадқиқот усуллари берилган. Ишнинг асосига 62 нафар беморларни текшириш маълумотлари қўйилган. Улардан 29 нафарида касаллик муддати 2 ойдан 24 ойгача бўлган эрта муддатларда ва 33 нафарида эса касалликни бошланишига 2 йилдан 15 йилгача бўлган беморларда чанок-сон бўғимида тотал эндопротезлаш бажарилганларни ташкил этди. Тадқиқот учун танлаб олинган барча беморлар 2010-2020 йиллар давомида ЎзР ССВ РИФ ва ПИАТМ клиникасида даволанганларни ташкил этади.

Беморларнинг ёши 18 ёшдан 63 ёшгача ўзгариб турди (ўртача $42,8 \pm 12,5$ ёшни ташкил этди). №1 жадвалдан кўриниб турибдики, эркаклар ва аёллар

ўртасидаги фарқ унча катта эмас. Беморлар ўртасида гендер таркиб бўйича эркек жинсидагилар 33 (53,2%), аёл жинсидагилар 29 (46,8%) бўлди. 18–39 ёшдаги эркеклар 45,4%, 40–59 ёшдагилар - 42,2%, 60 ёшда катталар - 12,1% ни ташкил этди. Аёллар орасида 24,1% 18–39 ёшда ва 75,9% эса 40–59 ёшда бўлди. Тадқиқот учун танлаб олинган бемор аёллар орасида ҳеч бир бемор 60 ёшдан катта бўлмади.

Тадбиқ этилган беморларнинг орасида 13 (21%) киши турли соҳаларда фаолият олиб борганлар. Улардан 1 (7,7%) бемор мактабда ўқитувчи, 1 (7,7%) бемор касалхонада тиббиёт ҳамшираси бўлиб фаолият олиб борган, 2 (15,4%) беморлар шахсий фирмада қурувчи бўлиб ишлаган, 1 (7,7%) бемор ҳайдовчи бўлиб ишлаган ва қолган 8 (61,5%) беморлар шахсий тадбиркорлик билан шуғулланганлар. 24 (38,7%) беморлар ҳужжат бўйича ҳеч қерда ишламаган, уйда хўжалик ишларини олиб борганлар. Беморлар орасида нафақахўрлар 7 (11,3%) ва ногиронлар 17 (27,4%) нафарни ташкил этган. 1 (1,6%) бемор олий ўқув юрти талабаси бўлган.

Чаноқ-сон бўғими сили касалланиш давомийлиги турлича бўлган. Беморлар орасида 57 (91,9%) ҳолатда улар номутахассис йўналишидаги шифокорларда даволанганлар. Беморларнинг аксарият қисми яъни 46 (80,7%) нафари ўз яшаш жойи бўйича ортопед ёки травматологга мурожаат қилганлар. Уларнинг орасидан баъзилари узоқ йиллар давомида (10-15 йил) режа асосида даволанган, факт узоқ йиллик самарасиз даволашдан сўнг фтизиоортопед маслаҳати тавсия этилган. Лаборатория ва рентгенологик текширишлардан сўнг 7 (12,2%) беморлар невропатологга юбориган ва у ерда бир неча курс даволанишни олганлар. Бизнинг клиникамизга ташриф буюришдан олдин 4 (6,5%) беморлар чаноқ-сон бўғимини ревматоидли полиартрити сабабли ревматологга даволаниш олганлар.

Таҳлил қилинган беморлар орасида 9 (14,5%) беморлар икки томонлама чаноқ-сон бўғими сили, 30 (48,4%) беморларда ўнг томонлама шикастланиш ва 23 (37%) беморларда эса чап чаноқ-сон бўғиминини шикастланиши қайд этилган. Ўтказилган маълумотлар ёш ва жинс тавсифида аҳамиятли фарқларни мавжуд эмаслигидан гувоҳлик беради. Беморларда шикастланиш томони бўйича (икки томонлама, ўнг ёки чап томон) жинс ёки ёш билан боғлиқ бўлган қандайдир алоқаларнинг мавжудлиги аниқланмади. Бунда патологик ўчоқ ёки деструкция майдони чаноқ-сон бўғимининг ўзини турли қисмларида жойлашади. 12 (19,3%) нафар беморларда қўймич косаси шикастланганлиги, 12 (19,3%) беморларда сон суяги бошчасининг бузилиши аниқланган бўлса, сон суяги бўғини шикастланиши камроқ яъни 6 (9,7%) нафар беморларда кузатилди ва чаноқ-сон бўғимини аралаш шикастланиши 28 (51,6%) беморларда қайд этилди.

Танлаб олинган беморлар орасида 45 (72,6%) нафарида ногиронлик кузатилмади, 17 нафарида эса ногиронликни турли даражаси аниқланди. Бунда – I гуруҳ ногиронлик аниқланган бўлса, 15 (88,2%) нафарида – II гуруҳ ва 1 (5,9%) нафар беморда III гуруҳ бўйича ногиронлик аниқланди.

Илмий тадқиқотнинг қўйилган мақсадига эришиш учун барча беморлар 2

гуруҳга бўлинди.

Биринчи гуруҳни - жарроҳлик амалиёти чаноқ-сон бўғими сили ташхиси қўйилгандан сўнг касалликни эрта босқичи, яъни 2 ойдан 24 ойгача бўлган муддатда бажарилган ва консерватив даволаш буюрилган 29 нафар беморлар ташкил этди. Биринчи гуруҳда бўлган беморларнинг ўртача ёши $41,4 \pm 12,1$ йилни ташкил этди. Энг катта ёш 63 ёшни, энг кичик 18 ёшни ташкил этди.

Иккинчи гуруҳни 33 нафар беморлар ташкил этиб, уларда жарроҳлик амалиёти янада кеч - ўртача 2 йилдан 15 йилгача бўлган муддатда (нофаол жараён) ўтказилди. Бу гуруҳда тадқиқотда иштирок этган беморларнинг ёши $44 \pm 12,9$ ёшни ташкил этди. Энг катта ёш 62 ёшни, энг кичик 20 ёшни ташкил этди.

Коксит мавжуд бўлган беморларни клиник текширишда асосий ўринни оёқлар узунлигини, шикастланган бўғим хажмини, унинг функционал ҳолатини ўлчаш эгаллайди. Клиник ва рентгенологик жиҳатдан бел умуртқаларининг ҳолати: сколиозни, умуртқалараро ёриқни торайиши, остеохондроз даражаси ва илдизчалар синдромининг мавжудлиги, шунингдек тос суякларининг ҳолати ўрганилди. Бизнинг кузатишларимиз шуни кўрсатдики, сил кокситида, айниқса унинг нофаол жараёнларида умуртқа поғонаси ва чаноқ суяклари томонидан дегенератив-дистрофик тавсифдаги асоратларни кузатиш мумкин. 50 (80,6%) нафар жарроҳлик амалиёти ўтказилган беморларда турли йўлдош касалликларнинг мавжудлиги аниқланди. Ўпкаларни рентгенологик текшириш натижалари бўйича 31 (50%) нафар беморларда сурункали бронхит аниқланди. Ўпкаларнинг цирротик сили 1 (1,61%) нафар беморда, ўпкаларнинг метатуберкулезли ўзгаришлари эса – 7 (11,3%) нафар беморларда қайд этилди. 23 (37%) нафар беморларда ўпкалар томонидан патологик ўзгаришлар аниқланмади. Енгил ва ўртача камқонлик билан оғриган беморлар сони 25 (40,32%) ни ташкил этди. Учрашидаги камайишлар сони бўйича кейинги ўринларни юрак қон томир тизим касалликлари (48%), эндокрин тизим касалликлари (4%) эгаллайди.

Сил коксити ташхисини тасдиқлаш жарроҳлик амалиёти материали суяк тўқимаси ва бўғим ичи суюқлиги таркибини патоморфологик ўрганиш маълумотлари бўйича ўтказилди.

Синовиал суюқлик, бўғим бўшлиғидаги суюқлик, жарроҳлик амалиёти материаллари бактериологик текширилди. Номахсус флора ва Gen Xpert / Rif ва HAIN test каби ген молекуляр усули билан бевосита микроскопия маълумотлари бўйича сил микобактерияларининг мавжудлиги ўрганилди.

28 (45,1%) нафар беморларда жараённинг махсус табиати жарроҳлик амалиёти материалини гистологик ўрганиш натижалари билан исботланди, 1 (1,6%) нафар жарроҳлик амалиёти ўтказилган беморда сил бактериологик текширишлар (Xpert/Rif и HAIN test каби ген молекуляр усуллар) билан тасдиқланди. Қолган 33 (53,2%) беморларда гистологик усул билан носпецифик жараён аниқланди, бу узоқ ва бир неча марта силга қарши дори воситалари билан даволаш натижаси бўлиб ҳисобланади, бунинг оқибатида эса патоморфоз ўзгаради (Перельман М.И., 2004). Улардаги махсус жараён илгари тасдиқлангандир. Жарроҳлик амалиёти ўтказилган беморлардан 6

нафари (9,7%) да сил спондалитнинг нофаол шакли аниқланган, 1 (1,61%) нафарда эса елка бўғими силининг нофаол шакли аниқланди.

Асосий шикастланишнинг жойлашган ўрни бўйича қуйидаги маълумотлар олинди. Чаноқ-сон бўғими сили касалликлари сабабли 62 жарроҳлик амалиёти бажарилди ва жарроҳлик амалиёти чапга нисбатан (27 нафар бемор-43,5%), ўнг томонда (35 нафар бемор -56,5%) кўпроқ ўтказилди.

Жарроҳлик амалиёти вақтида жарроҳлик столида бемор шикастланган томонга қарама қарши томонга ётқизилди. Чаноқ-сон бўғимини протезлаш учун ёнбошдан киришни икки усули қўлланилди: Хардинг бўйича кириш ва модификацияланган ёнбошдан. Р. Бауэр (R. Bauer) томонидан таклиф этилган ва К. Хардинг (K. Hardinge) томонидан такомиллаштирилган бевосита ёнбошга кириш ўз ичига катта кўст устида 12–16 см узунликдаги терини кесиш, ярани бутун узунлиги бўйича сон фасциясини кенг очиш, катта кўст устида 3 см юқорида ўрта думба мушакларини мушак толаларини ажратиш, ўрта думба мушакларини ва катта кўст олд юзасидан тўрт бошли сон мушаклари латерал қисмини ажратишни бажаришни ўз ичига олади. Сўнгра сон суяги бошчасини чиқариб олиш амалга оширилади ва кейинги жарроҳлик муолажалари бажарилади.

Диссертациянинг «**Сил коксити оқибатлари бўлган беморларда ортопедик статуснинг клиник-рентгенологик ва функционал ҳолати**» деб номланган учинчи боби ортопедик статусини клиник-рентгенологик ва функционал ҳолатини баҳолашга бағишланган.

Биринчи гуруҳнинг 19 (65,5%) нафар беморлари шикастланган чаноқ-сон бўғими соҳасидаги оғриқлар ва оёқларни қисқариши ҳисобига оқсаш юзага келишидан шикоят қиладилар. Бизнинг клиникамизга келиб тушиш вақтида биринчи гуруҳнинг 17 (58,6%) нафар беморлари қўлтиқтаёқ ёки ҳасса ёрдамида мустақил ҳаракатланганлар. Бир нафар бемор икки томонлама шикастланиши ва кучли оғриқ сабабли ҳаракат қила олмаган. 2-гуруҳдаги (назорат гуруҳи) аксарият беморлар мустақил ҳаракатланган, бу 21 (63,6%) ҳолатни ташкил этган. 10 (30,3%) нафар беморлар қўлтиқтаёқ ёрдамида ҳаракатланганлар ва 2 нафар бемор мажбурий ётоқ ҳолатида бўлган. Асосий гуруҳнинг 6 (20,7%) нафар беморида ҳаракатланиш вақтида кучли оғриқлар кузатилди. 4 (13,8%) нафар беморларда оғриқлар симилловчи тавсифда бўлган ва 19 (65,5%) нафар беморда эса чаноқ-сон бўғимидаги оғриқ жадаллиги ўткир тавсифда бўлади ҳамда доимий равишда оқсоқланиш билан бирга кечди. Улар орасида 11 (37,9%) нафар бемор қўлтиқтаёқ ёки ҳасса ёрдамида ҳаракатланади. Ҳаракатланган назорат гуруҳидаги 8 (24,4%) нафар беморларда кучли оғриқлар ва 10 (30,3%) нафарда эса симилловчи оғриқлар кузатилди. 6 (18,2%) нафарда эса оғриқларнинг ўткир тавсифи қайд этилди. 9 (27,3%) нафар беморларда эса оғриқлар совуқ ёки булутли об-ҳаво билан боғлиқ бўлиши аниқланди. Шу нарса ўрнатилдики, ушбу беморларда оғриқлар ҳаракатланганда ҳам, кучли оқсаш ҳолатларида ҳам ҳис этилмади. Иккинчи гуруҳдаги 9 (27,2%) нафар беморларда фиброзли ва суяк анкилози сабабли оғриқлар кузатилмади (1-жадвалга қаранг).

**Оғриқлар характеристикаси ва касалликнинг
клиник симптомлари**

Белгилар	Беморлар гуруҳи	
	1-гуруҳ n=29	2-гуруҳ n=33
Харкатланиш		
Мустақил	17(58,6±9,1%)	21(63,6±8,3%)
Кўлтиктаёқ ёки хасса ёрдамида	11(37,9±9%)	10(30,3±8,0%)
Мажбурий ётоқ ҳолатида	1(3,4±3,3%)	2(6,06±4,1%)
Бўғим соҳасидаги оғриқлар		
Симилловчи	4(13,8±6,4%)	10(30,3±8,0%)
Ўткир ости	6(20,7±7,5%)	8(24,2±7,4%)
Ўткир	19(65,5±8,8%)	6(18,2±6,7%)
Оғриқсиз	0(0%)	9(27,3±7,7%)
Интоксикация		
Ҳолсизлик	21(72,4±8,2%)	9(27,2±7,7%)
Иштаҳни пасайиши	19(65,5±8,8%)	4(12,1±5,7%)
Бўшашиш	21(72,4±8,2%)	9(27,2±7,7%)
Тана ҳароратини кўтарилиши	18(65,5±9%)	5(15,1±6,2%)

Изоҳ: n – беморлар сони, кавс ичида % кўрсатилган.

Анамнез йиғиш вақтида аниқландики, асосий гуруҳнинг 18 (65,5%) нафар беморларида касалликнинг клиник белгилари сифатида тана ҳарорати (38 градусгача) кўтарилиши аниқланди. Интоксикация белгилари (кўнгил айнаши, иштаҳани пасайиши, ҳолсизлик) 21 (72,4%) нафар беморларда аниқланди. Бунда иккинчи гуруҳ беморлари орасида тана ҳароратини кўтарилиши фақат 5 (15,1%) нафар беморларда, юқорида келтириб ўтилган заҳарланиш белгилари эса 9 (27,2%) нафар беморларда аниқланди. Жадаллиги бўйича интоксикация белгилари, асосий гуруҳ вакиллари билан солиштириш бўйича 2-гуруҳ беморларида камроқ намоён бўлди.

Эҳтиётловчи (оғриқли) оқсаш – бизнинг ҳолатимизда оқсашнинг мазкур тури биринчи гуруҳдаги 14 (73,7%) беморларда учради ва оғрийдиган оёққа қисқа муддатли ва тўлиқ бўлмаган таяниш билан тавсифланди.

Йиқилувчи оқсаш – оёқларни қопланмайдиган қисқаришида (соғлом оёқларга таяниш даврига тенг бўлган шикастланиш таянч даври) 5 (26,3%) нафар беморларда кузатилди.

Сакровчи оқсаш (шикастланган оёқларни узунлигида) биринчи гуруҳ беморлари орасида кузатилмади.

Иккинчи гуруҳ беморлари орасида мутлақо бошқа натижалар кузатилди. Вақт ўтиши билан узоқ йиллар давомида оғриқ белгилари сақланиб қолди ва оқсаш ҳолати ёмонлашди. Иккинчи гуруҳдан 28 (84,8%) беморлар оқсашга шикоят қилдилар. Эҳтиётловчи оқсаш 2 (7,1%) нафар беморларда кузатилди. Йиқилувчи оқсаш 20 (71,4%) беморларда учради ва сакровчи оқсаш эса шикастланган оёқларни узайиши ҳисобига 6 (21,4%) беморларда учради. Шикастланган чаноқ-сон бўғим контрактуралари 52 (85,5%) нафар беморларда турли даражада жумладан, биринчи гуруҳда 23 (79,3%), иккинчи гуруҳда - 29 (90,6%) нафар беморларда қайд этилди. Биринчи гуруҳда контрактуранинг

енгил даражаси 5 (21,7%) нафар, ўртача даражаси - 8 (34,8%), яққол намоён бўлган даражаси эса 10 (43,4%) нафар беморларда қайд этилди. Иккинчи гуруҳда контрактуранинг енгил даражаси 7 (24,1%) нафар, ўртача даражаси - 8 (27,6%), яққол намоён бўлган даражаси 14 (48,3%) нафар беморларда қайд этилди.

47 (75,8%) нафар беморларда оёқларни қисқариши аниқланди, жумладан бу биринчи гуруҳда 19 (65,5%) нафарни, иккинчи гуруҳда 28 (84,8%) нафар беморларни ташкил этди. Бунда биринчи гуруҳдаги беморлар орасида ўртача қисқариш $3,73 \pm 1,44$ смни, иккинчи гуруҳда эса $4,33 \pm 1,89$ см, ни ташкил этди $p > 0,05$.

Чанок сон бўғим ичи силида бириктирувчи фиброз тўқима ўсади, бу эса фиброз анкилозга олиб келади, у бўғимларнинг тўлиқ ҳаракатсизлигига сабаб бўлади. 1-гуруҳ беморларида шикастланган бўғимдаги ҳаракат амплитудаси эгилганда ўртача $126,6 \pm 14,2^\circ$ ни ташкил этди, соғлом томонда эса бу кўрсаткич $85,6 \pm 16,9^\circ$ га тенг бўлди. Мазкур беморларнинг 5 (21,7%) нафарида сезиларсиз (енгил) контрактура кузатилди ва бу беморлар ҳаракатланиш вақтида ҳеч қандай қийинчилик ёки қаршиликларни ҳис этмадилар. Ўртача контрактура эса 8 (34,8%) нафар беморларда кузатилди. Яққол намоён бўлган контрактура 10 (43,4%) нафар беморларда қайд этилди. Асосий гуруҳдаги беморлар орасида 3 (10,3%) нафарида бўғимлар анкилози кузатилди, ушбу беморларда икки ҳолатда (6,7%) фиброзли анкилоз, бир нафарида (3,4%) мушакли анкилоз аниқланди.

Иккинчи гуруҳи беморлари орасида шикастланган бўғимлардаги ҳаракат амплитудаси букилганда ўртача $130 \pm 14,3^\circ$ ни соғлом томонларда эса $83,5 \pm 14,0^\circ$ ни ташкил этди. Енгил контрактура 7 (24,1%) нафар беморларда кузатилди. Ўртача контрактура 8 (27,6%) беморларда кузатилди. Яққол намоён бўлган контрактура 14 (48,3%) нафар беморда қайд этилади. Улардан фиброзли анкилоз 10 (71,4%) нафар беморда, суякли анкилоз (бўғим артродезлаш ЖАКХ) 4 (28,6%) нафар беморларда кузатилди (2-жадвалга қаранг).

2-жадвал

Зарарланган чанок сон бўғими фаолиятининг бузилишлари

Белгилар	Беморлар гуруҳи	
	1-гуруҳ n=19	2-гуруҳ n=28
Оқсаш		
Эҳтиётловчи оқсаш (оғриқли)	14 (73,7±10,1%)	2 (7,1±4,8%)
Йиқилувчи оқсаш	5 (26,3±10,1%)	20 (71,4±8,5%)
Сакровчи оқсаш	0 (0%)	6 (21,4±7,7%)
Контрактура даражалари	n=23	n=29
Енгил контрактура	5 (21,7±8,6%)	7 (24,1±7,9%)
Ўрта контрактура	8 (34,8±9,9%)	8 (27,6±8,3%)
Яққол контрактура	10 (43,4±10,3%)	14 (48,3±9,2%)
Анкилоз турлари	n=3	n=14
Фиброзли анкилоз	3 (30±7,6%)	10 (71,4±13,6%)
Суякли анкилоз	-	4 (28,6±12%)

Изоҳ: n – беморлар сони, қавс ичида % кўрсатилган.

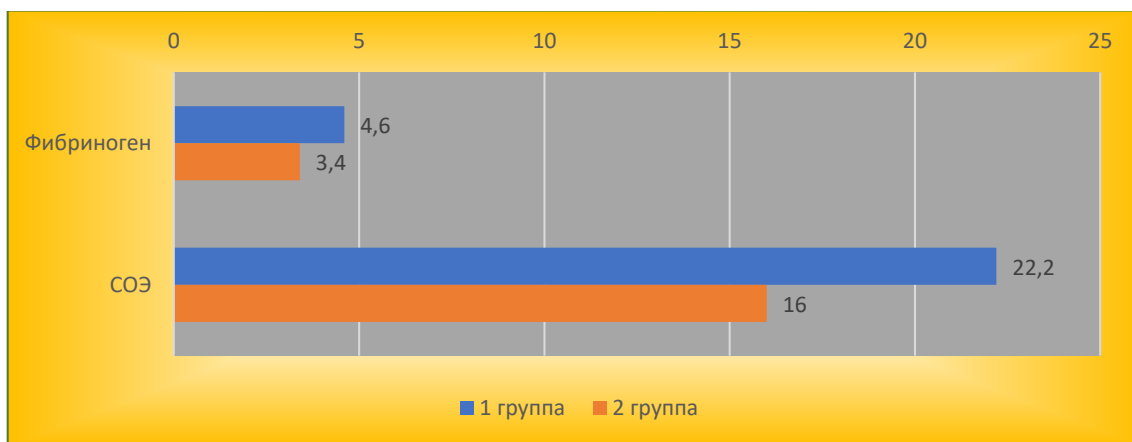
Ҳар икки гуруҳ беморларидаги умумий қон таҳлил натижалари қиёсланганда унча катта бўлмаган фарқ кузатилди. Биринчи гуруҳ беморларида гемоглобин ўртача $120,5 \pm 8,7$ ни ташкил этди, иккинчи гуруҳ беморларида эса бу кўрсаткич $117,6 \pm 15$ гача пасайди. Бундан ташқари, яллиғланиш мавжудлигини кўрсатувчи хужайралардан бири бўлиб лейкоцитлар ҳисобланади, улардан кўринадики, ҳар икки гуруҳдаги унинг ўртача белгиси меъёрдан ошмади, аммо биринчи гуруҳ беморларида бу кўрсаткич бир неча марта юқори бўлиб, ўртача $6,32 \pm 1,66$, иккинчи гуруҳ беморларида эса $5,7 \pm 1,2$ ни ташкил этди.

Фибринолиз ва қон ивиш тизимини биокимёвий маркерларини ўрганиш биринчи гуруҳда фибриноген даражасини ошганлигини кўрсатди, унинг ўртача белгиси $4,6 \pm 1,9$ ни ташкил этди. Иккинчи гуруҳ беморлари орасида бу кўрсаткич меъёрий белгиларни $3,4 \pm 1,2$ кўрсатди. Қонда фибриногенни ортиши ҳамма беморларда ҳам аниқланмади, бу биринчи гуруҳ беморларида 10 (34,5%) ҳолатни, иккинчи гуруҳ беморларида - 5 (15,1%) беморларни ташкил этди.

Агарда қонда фибриноген даражасини ортиши организмда махсус яллиғланиш мавжудлигини исботласа, уни кўп қарра ортиқча бўлиши, жараённи фаоллигини белгилайди, у ЭЧТ индексига нисбатан ўзгаради (1-диаграммага қаранг).

1-диаграмма

Иккила гуруҳ беморларида фибриноген ва ЭЧТ индексининг бир бирига нисбати



Биринчи гуруҳ беморларини рентгенологик текширишдан ўтказиш натижалари бўйича патологик ўчоқлар 7 (24,1%) ҳолатда қуймич косасида аниқланди 6(20,7%) нафар беморларда қайд этилишича сон суягининг бошчаси патологик ўчоқлар билан шикастланган. Сон суяги бўйинини шикастланиши бошқа соҳалардаги патологик ўчоқларга нисбатан сезиларли даражада кам учради ва 4 (13,8%) нафар беморларда кузатилди.

Бизнинг тадқиқотларимиз учун танлаб олинган биринчи гуруҳ беморлари орасида чаноқ-сон бўғими суягини аралаш шикастланиши 12 (41,1%) нафар беморларда кузатилди.

Иккинчи гуруҳ беморлари орасидан 5 (15,2%) нафарида қуймич косасида патологик ўчоқлар ва нуқсонлар кузатилди. 6 (18,2%) нафар беморда сон суяги бошчасини бузилиши аниқланди. 2 (6%) нафар беморда сон суяги

бўйнини шикастланиши, 20 (60,6%) нафар беморда эса аралаш шикастланишлар қайд этилди (3-жадвалга қаранг).

3-жадвал

Патологик ўчоқларнинг жойлашган ўрни ва частотаси

Деструкциянинг жойлаш ўрни	Гуруҳ	
	1 гуруҳ 9 (46,8%)	2-гуруҳ 33 (53,2%)
Қуймич косасида	7 (24,1%)	5 (15,1%)
Сон суягининг бошчасида	6 (20,7%)	6 (18,2%)
Сон суягининг бўйнида	4 (13,8%)	2 (6,1%)
Чаноқ-сон бўғими барча соҳасида	12 (41,4%)	20 (60,1%)

Сон суяги бўғимини МРТ ёки МСКТ текширувидан ўтган беморларда касалликни фаоллашишини кўрсатувчи ўзгаришлар аниқланди. Параартикуляр абсцесс 4 (13,8%) нафар беморларда, синовит 9 (31%) нафар беморларда ва бўғим атрофидаги юмшоқ тўқималарни инфильтрацияси 10 (34,5%) нафар беморларда аниқланди.

Чаноқ-сон бўғимида контрактура даражаси, бўғимларни ҳаракатланиши, сон суяги бошчасини жойлашган ўрни ва чаноқ-сон бўғимини ҳолатини аниқлаш учун махсус линиялар мавжуд. Соннинг юмшоқ тўқималарини гипотрофияси 35 (56,4%) нафар беморида, биринчи гуруҳнинг 11 (37,9%) нафар беморида кузатилди ва ўртача $2,1 \pm 1,1$ смни ташкил этди, иккинчи гуруҳда 24 (72,7%) нафар беморда кузатилиб, $1,8 \pm 0,7$ см ни ташкил этди.

Shoemaker чизиғи – бу сон суяги бошчасини чиқиш жойида кузатилади ва биринчи гуруҳ беморлари орасида 10,3% ни ташкил этди. 2 гуруҳ беморлари орасида эса бу кўрсаткич бир неча марта юқори – 42,3% ни ташкил этди.

Бошчанинг эктрузия индекси кўрсаткичлари бўйича айланиш чуқурчаси суяклари ва сон суягининг параксимал бўлимнинг нисбати ўрганилди (4- жадвалга қаранг).

4-жадвал

Сонни ташқи сурилиш даражасига боғлиқ ҳолда беморларни тақсимланиши

Гуруҳ	Сондаги латерализациянинг даражаси, (абс./%)		
	Йўқ (ССБЭИ<20%)	Ярим чиқиш (ССБЭИ=21-50%)	Чиқиш (ССБЭИ>51%)
1	26/89,6%	3/10,3%	0
2	19/57,5%	9/27,2%	5/15,1%
жами	45/72,6%	12/19,3%	5/8,1%

Диссертациянинг «Чаноқ-сон бўғимини тотал эндопротезлаш амалиётини ўтказишда жарроҳлик тактикаси» деб номланган тўртинчи бобида чаноқ-сон бўғими сили билан хасталанган беморларни жарроҳлик амалиётидан олдинги тайёргарлик ишларига бағишланган.

Чаноқ-сон бўғими сили билан оғриган беморларни лаборатория ва клиник текширишлардан ўтказиш натижалари асосида даволашни патогенетик тактикасида захарланишга қарши даволаш, гепатотроп даволаш, юрак қон

томир касалликларини олдини олиш ва даволаш, йўлдош касалликларни даволаш, руҳий ҳолат бузилишларини олдини олиш ва даволаш ўтказилди.

Жарроҳлик амалиётидан кейинги эрта асоратлар ҳар икки гуруҳдаги 10 (16,1%) нафар жарроҳлик амалиёти ўтказилган беморларда қайд этилади. Жарроҳлик амалиётидан олдинги махсус ва консерватив даволаш давомийлигига боғлиқ ҳолда асоратлари бўлагн беморлар қуйидаги тартибда тақсимланди: биринчи гуруҳда 6 (20,7%) нафар беморда, иккинчи гуруҳда - 4 (12,1%) нафар беморда аниқланди (5-жадвалга қаранг).

5-жадвал

Касаллик кечиши ва жарроҳлик амалиёти самарадорлигининг динамикада ўзгариши

	1 – гуруҳ N=29		2 – гуруҳ N=33		P
	Жарроҳлик амалиётигача	Жарроҳлик амалиётидан кейин (3-4 нед.)	Жарроҳлик амалиётигача	Жарроҳлик амалиётидан кейин (3-4 нед.)	
Бўғимлардаги оғриқлар	N=29		N=24		
Симилловчи	4(13,8±6,4%)	3(10,3±5,6%)	10(30,3±8%)	9 (27,3±7,7%)	
Ўткир ости	6(20,7±7,5%)	0	8(24,2±7,4%)	5(15,1±6,2%)	
Ўткир	19(65,5±8,8%)	0	6(18,2±6,7%)	0	
Оғриқсиз	0	26(89,6±5,6)	9(27,3±7,7%)	19(57,5±8,6%)	
Бўғимлар контрактураси	N=23		N=29		
йўк	6 (20,7±7,5%)	24(82,7±7%)	4 (12,1±5,6%)	21(63,6±8,3%)	
1 даража	5 (17,2±7,0%)	2(6,9±4,7%)	7 (21,2±7,1%)	6 (18,1±6,7%)	
2 даража	8 (27,5±8,3%)	3(10,3±5,6%)	8 (24,2±7,4%)	4 (12,1±5,6%)	
3 даража	10 (34,5±8,8%)	0	14(42,4±8,6%)	2 (6,0±4,1%)	
Ҳаракатланиш амплитудаси	N=29		N=33		
букиш	127,9±14,7	88,3 ± 8,6	132,7±11	93,1 ± 9,1	P≥0,05
ёзиш	169,8±12,9	176,2±6,2	175,7±9,0	178,7±4,1	P≥0,05
яқинлаштириш	10,7±9,2	32,5±3,6	8,6±9,1	34,5±4,0	P≤0,05
узоқлаштириш	10,7±9,7	34,3±6,2	9,0±9,1	37,4±6,0	P≤0,05
ташқи ротация	10,5±9,3	36,7±5,7	6,7±8,6	38,3±6,1	P≥0,05
ички ротация	10,3±9,8	36,0±6,0	6,5±8,8	39,1±6,4	P≥0,05

«Сил кокситида тотал эндопротезлаш самарадорлигини баҳолаш» деб номланган бешинчи бобида мазкур усул кўриб чиқилган.

Кузатишларнинг узоқ муддатда даволаш самарадорлиги 62 нафар беморда баҳоланди, улар чанок-сон бўғимини тотал эндопротезлашдан сўнг 6-12 ой ўтгандан кейин ўтказилган клиник-лаборатор, рентгенотомография, биомеханик тадқиқотлар натижалари бўйича икки гуруҳга тақсимланди.

Олинган мезонлар бўйича асосий гуруҳдаги беморлар орасида 10 (34,5%) нафарида даволаниш кузатилди. Жараённи пасайиши 14 (48,2%) нафар беморларда кузатилди. Жарроҳлик амалиётидан олдин ва кейин ижобий ўзгаришлар 1 (3,4%) нафар беморда кузатилмади. 5 (17,2%) нафар беморларда жарроҳлик амалиётидан бир йил ўтиб ижобий динамика қайд этилмади. Бўғимларнинг таянч қобиляти ва ҳаракатланиши тўлиқ тикланади,

ҳаракатланганда домий оғриқлар сақланиб қолди. Улардан 1 (3,44%) нафар беморда жарроҳлик амалиётидан кейинги дастлабки суткада ўтказилган рентгенологик тадқиқотда эндопротез бошчасини чиқиб кетиши аниқланди, у жарроҳлик амалиёти ўтказилган бўғимда оғриқ белгилари билан бирга ҳаракат амплитудасини кескин чегараланиши билан бирга кузатилади.

6-12 ойдан сўнг асосий гуруҳ беморлари орасида 3 (10,3%) куймич косача компонентининг нотурғунлиги кузатилди, 1 (3,44%) нафар беморда эса эндопротез оёқчалари ҳолатининг нотурғунлиги аниқланди. 7 (24,1%) нафар беморларда шикоятлар асосан кучли оғриқ ва қарама қарши бўғимдаги ҳаракатнинг чегараланиши ҳамда эндопротез соҳасидаги енгил оғриқларга олиб келади.

Назорат гуруҳи беморлари орасида 17 (51,5%) нафарида даволаниш кузатилди. Жараённинг секинлашиши 5 (15,1%) нафар беморларда кузатилди. Жарроҳлик амалиётидан кейин 2 (6,06%) нафар беморларда ахволини ёмонлашиши, бўғим соҳасида махсус жараёни регресси учради.

Назорат гуруҳи беморлари орасида 2 (6,06%) нафарида эндопротез ҳолати қониқарсиз бўлди. Улардан 1 (3,03%) нафарида жароҳат олганидан сўнг жарроҳлик амалиёти ўтказилган бўғимда ҳаракатни кескин чегаралиши ва оғриқлар аниқланди. Бир нафар беморда чап чаноқ-сон бўғимида эндопротез ўтказилгандан сўнг 11 ой ўтиб, эндопротез бошчасини чиқиши аниқланди. Куймич косаси тозалангандан сўнг куймич косасини ўрнатишнинг имкони бўлмаганлиги сабабли тиббий цемент билан тўлдирилди.

Асосий гуруҳ беморлари орасида стационар даволашнинг муддатлари 28 кундан 62 кунгача бўлган муддатни ташкил этди, даволашнинг ўртача давомийлиги эса $48,3 \pm 14,8$ кунни ташкил этди. Мазкур кўрсаткич назорат гуруҳи беморлари орасида сезиларли даражада кам бўлди ва мос ҳолда 29 кундан 97 кунгачани ҳамда $65,7 \pm 19,1$ кунни ташкил этди.

Жарроҳлик амалиётига танаб олиган беморлар орасидан 45 (72,6%) нафар беморларда ногиронлик кузатилмади, ногиронликка эга бўлган 17 нафар беморлардан бир нафари (1/5,9%) I гуруҳ ногиронлигига, 15 (88,2%) нафар беморлар II гуруҳ ва 1 (5,9%) нафари III гуруҳ ногиронлигига эга бўлди.

Чаноқ-сон бўғимида жарроҳлик аралашувини ўтказишни бошқа усулларига нисбатан солиштирилганда тотал эндопротезлашнинг клиник-функционал самарадорлиги сезиларли даражада юқоридир. Бироқ, сил кокситида чаноқ-сон бўғимини тотал эндопротезлаш ўтказишнинг ўзига хосликлари мавжуд, жараёни фаоллигини ҳисобга олиб беморларни жарроҳлик амалиётига мос ҳолда тайёрлаш талаб этилади ва жарроҳлик амалиётидан кейинги қайталанишларга қарши ва реабилитацион чора тадбирлар муҳимдир.

Ҳозирги кунда 1 нафар беморнинг стационар шароитда даволаниб жарроҳлик муолажасини ўтказиш, ўртача ҳисобда 1 кунга (клиник ва лаборатор текширувлар, давлат томонидан ажратилган дори воситалари, жарроҳлик вақтида ва ундан кейинги даврда ишлатиладиган асептик ва антисептик воситаларни ҳисобга олган ҳолда) 250 000 сўмни ташкил килади. Бизнинг илмий тадқиқотларимизнинг кўрсатишича чаноқ сон бўғими сили билан оғриган беморларни эрта даврда зарарланган чаноқ сон бўғимини тотал

эндопротезлаш жаррохлик амалиёти стационар давонинг ўртача 17 кунга қисаришига олиб келади. Демак, бир беморнинг сарф харажатлари ўртача 4 250 000 сўмга камади. Хозирги кунда Республикамизнинг ҳар бир вилоятининг фтизитрия ва пульмонология илмий амалий тиббиёт маркази филиалларида мазкур жаррохлик амалиётлари ўтказилаётганини ва бу каби жаррохлик амалиётлари сони Республика миқёсида йилига ўртача 325 нафар беморга жаррохлик амалиёти бажарилади. Бу кўрсаткич йилига 325 нафар бемор учун ўртача 1,4 млрд сумни ташкил қилади.

Шундай қилиб, ҳар икки гуруҳдаги беморларни даволаш самарадрлигини қийслашда эрта ва кечки асоратлар кўпроқ 2 йилгача давомийликдаги сил артритларида кузатилди. Бактерияларга қарши ва жаррохлик усули билан даволаш мажмуасини ўтказилишига қарамасдан сил жарёнини даволашни ижобий натижалари иккинчи гуруҳга нисбатан солиштирилганда, биринчи гуруҳ беморларида нисбатан юқори бўлди.

ХУЛОСАЛАР

«Сил коксити оқибатлари бўлган беморларда чаноқ-сон бўғимини тотал эндопротезлаш самарадорлиги» мавзусидаги тиббиёт фанлари фалсафа доктори (PhD) диссертацияси бўйича ўтказилган тадқиқотлар асосида қуйидги хулосалар берилди:

1. Сил коксити, суяк емирилиш жараёни бўлиб, касалликнинг кечки босқичларда, яъни 5-10 йилдан сўнг 54,5% ҳолатларда умуртқа пағонаси, чаноқ суяклари ва бошқа бўғимларда чуқур клиник, анатомо-функционал ўзгаришларга олиб келади.

2. Асоратланган сил кокситларида, силга қарши махсус ва патогенетик комплекс терапиялар фонида чаноқ-сон бўғимини тотал эндопротезлаш, умуртқа пағонаси ҳамда чаноқ суякларида ортопедик ўзгаришлар ривожланишининг олдини олади.

3. Фаол сил жараёни, чаноқ сон бўғимини тотал эндопротезлаш учун қарши кўрсатма бўлиб ҳисобланмайди. Ўз вақтида жаррохлик амалиёти бажарилган беморларида протезлаган бўғимларнинг ҳаракатланишини ўртача амплитудаси 88,3 градусни ташкил этиши исботланди. Касаллик давомийлиги 2 йилдан 15 йилгача бўлган беморлари орасида бу кўрсаткич бир неча мартда паст бўлди ва ўртача 93,1 градусни ташкил этди.

4. Сил коксити асоратлари мавжуд бўлган беморларда, касалликнинг эрта босқичларида (2 йилгача), чаноқ сон бўғимини тотал эндопротезлаш, стационар даволаниш давомийлигини 17 кунгача, ногиронлик кўрсаткичини 32,6% гача камайтиради.

5. Ишлаб чиқилган реабилитацион чора тадбирларимизни жаррохлик амалиётидан кейинги эрта босқичларда амалга оширилиши оёқлар фаолиятининг тўлиқ тикланишига, бўғим атрофи мушаклари хажми ва тонусининг ошишига, ортопедик ўзгаришларнинг қайталанмаслигига олиб келади, бу эса ўз навбатида беморларни эрта даврда фаоллашишига ҳамда жаррохлик амалиётидан кейинги эрта ва кечки асоратларинг олдини олишга хизмат қилади.

**РАЗОВЫЙ НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.12.2019.Tib.30.01
ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ ТАШКЕНТСКОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ РЕСПУБЛИКАНСКОГО
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО
МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА ЭПИДЕМИОЛОГИИ,
МИКРОБИОЛОГИИ, ИНФЕКЦИОННЫХ И ПАРАЗИТАРНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ФТИЗИАТРИИ И
ПУЛЬМОНОЛОГИИ**

РУСТАМОВ ФАРРУХ ХОЛМУМИНОВИЧ

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ
ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ
ТУБЕРКУЛЕЗНОГО КОКСИТА.**

14.00.26 – Фтизиатрия

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD)
ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

ТАШКЕНТ – 2021

Тема диссертации (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за № В2020.3.PhD/Tib1446.

Диссертация выполнена в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре фтизиатрии и пульмонологии.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекском, русском, английском (резюме)) размещен на веб-странице по адресу (www.tma.uz) и на Информационно-образовательном портале «ZiyoNet».

Научный руководитель:	Назиров Примкул Хужамович доктор медицинских наук, профессор
Официальные оппоненты:	Мухтаров Давронбек Зухурович доктор медицинских наук, доцент Ханапияев Умарали Баратович доктор медицинских наук
Ведущая организация:	Бухарский государственный медицинский институт

Защита диссертации состоится «__» _____ 2021 г. в __ часов на заседании Научного совета DSc.04/30.12.2019.Tib.30.01 при Ташкентской медицинской академии. Адрес: 100109. г. Ташкент, Алмазарский район, ул. Фароби, 2. Тел/факс: (+998 71) 150–78–25; e-mail: tta2005@mail.ru.

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Ташкентской медицинской академии (зарегистрирована за № ____). Адрес: 100109, г. Ташкент, Алмазарский район, ул. Фароби 2. Тел/факс: (+99871) 150–78–25.

Автореферат диссертации разослан «__» _____ 2021 г.
(реестр протокола рассылки № ____ от «__» _____ 2021 г.)

Л.Н. Туйчиев

Председатель Разового Научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

Н.У. Таджиева

Ученый секретарь Разового Научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, доцент

Б.М. Таджиев

Председателя Разового научного семинара при Научном совете по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, доцент

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии(PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. Во всем мире, туберкулез является медико-социальной проблемой среди населения разного возраста, а туберкулезные кокситы занимая второе место после туберкулеза позвоночника в структуре туберкулеза костей и суставов составляют 20%. В то же время наличие длительного латентного периода в развитии заболевания приводит к дальнейшему увеличению количества больных через 5-10 лет с точки зрения патогенеза внелегочного туберкулеза и в особенности костно-суставного туберкулеза. Следует отметить, что в настоящее время, по данным ВОЗ, «... в мире более 36,7 миллиона человек, живущих с ВИЧ, среди которых заболеваемость туберкулезом в 20-37 раз выше, чем у других людей ...»¹. Проблема диагностики заболевания заключается в клиническом и рентгенологическом сходстве костно-суставных форм туберкулеза с другими неспецифическими воспалительными заболеваниями этих органов, поэтому их эффективное лечение остается актуальной задачей для специалистов этой области.

В мировой медицине проводится ряд исследований по применению эффективных хирургических методов лечения осложненных форм туберкулеза костей и суставов с использованием современных технологий. В частности, в диагностике клинического течения, определении видов хирургического лечения и в обосновании эффективности реконструктивных хирургических вмешательств при туберкулезных кокситах. Важное значение имеют тотальное эндопротезирование тазового сустава, улучшение лечения тяжелых осложнений туберкулеза, приводящих к инвалидности, профилактика гнойно-септических осложнений применением хирургических вмешательств, совершенствование традиционных классических методов реконструктивной хирургии и мер по улучшению качества жизни пациентов.

На сегодняшний день в системе здравоохранения нашей страны проводятся исследования, направленные на раннюю диагностику, лечение и профилактику туберкулеза. В Указе Президента Республики Узбекистан от 7 декабря 2018 года № 5590 «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения ... » поставлены такие задачи как «...повышение эффективности, качества и популярности медицинской помощи в нашей стране, а также формирование системы медицинской стандартизации, внедрение высокотехнологичных методов диагностики и лечения, поддержка здорового образа жизни и профилактика заболеваний через создание эффективных моделей патронажных служб и диспансеризации...»². В связи с этим особое значение приобретают расширение научных исследований в области раннего выявления заболеваний, повышение уровня современной медицинской помощи, совершенствование

¹ Global tuberculosis report 2016. WHO/HTM/TB/2016.13. World Health Organization Geneva 2016. Доступно по: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en

² Указ Президента Республики Узбекистан № УП-5590 «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» от 7 декабря 2018 года

современных технологий для качественного оказания медицинской помощи, проведение тотального эндопротезирования тазобедренного сустава на ранних стадиях и снижение инвалидности.

Данное диссертационное исследование в определенной степени соответствует задачам, предусмотренных в Указах Президента Республики Узбекистан № УП–4947 «О Стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан» от 7 февраля 2017 года, № УП–5590 «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» от 7 декабря 2018 года, в Постановлениях Президента Республики Узбекистан № ПП–3071 «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017–2021 годы» от 20 июня 2017 года, № ПП–4191 «О мерах по совершенствованию системы оказания специализированной фтизиатрической и пульмонологической помощи» от 13 февраля 2019 года, а также в других нормативно-правовых документах принятых в данном направлении.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики. Диссертационная работа выполнена в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий Республики Узбекистан: VI. «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. Хирургическое лечение больных туберкулезным кокситом является ведущим этапом комплексной коррекции этого заболевания (Сердобинцев М.С., 2008., Garay S. M., 2014). Несмотря на достигнутые в нашей стране успехи в борьбе с костно-суставным туберкулезом, проблема медицинской и социальной реабилитации больных с последствиями туберкулезного коксита остается актуальной. Традиционное использование у пациентов с последствиями специфического и неспецифического коксита консервативного лечения или различных видов костно-пластических операций недостаточно эффективно из-за возникновения рецидивов патологического процесса в 55,2% случаев. Эндопротез позволяет уменьшить болевой синдром, увеличить объем движений в суставе и восстановить опороспособность конечности. Эндопротезирование тазобедренного сустава является революционной операцией для больных с тяжелыми формами остеоартроза, которая ведет к улучшению качества жизни больных, их функциональных возможностей, уменьшению боли. Также значительное распространение приобретают оперативные вмешательства на обоих тазобедренных суставах, применение эндопротезов современных конструкций, что значительно сокращает интервалы между операциями, сроки ранней нагрузки на оперированную конечность и требует дополнительного внимания к реабилитации таких больных. В начале нынешнего века во фтизиоостеологии начали активно применяться методы тотального эндопротезирования тазобедренного сустава (Лавров В.Н., 2006; Щапов А.Ю., 2000; Сердобинцев М.С., 2000, 2008; Назиров П.Х. с соавт., 2018).

Постоянно прогрессирующий характер процесса в тазобедренном суставе в 60-64% случаев ведет к снижению трудоспособности (Лавров В.Н. с соавт.,

1995; Гарбуз А.Е., 1998; Махмудова З.П., с соав., 2015) и в 11,5% – к инвалидности в трудоспособном возрасте. Количество эндопротезирования тазобедренного сустава в мире составляет более 1,5 млн в год, и эта цифра неуклонно растёт: ожидается, что к 2025 году она достигнет 2,093 млн, а к 2030 году – 4,419 млн. По прогнозам, число хирургов-эндопротезистов к 2030 году вырастет до 26 тыс. человек, и если в 2010 году на 1 хирурга приходилось 52 пациента, то к 2030 их будет 167 (Загородний Н.В. с соав., 2013, 2015; Ермаков А.М. с соав., 2018).

Таким образом, представляется интересным изучить эффективность результатов эндопротезирования тазобедренного сустава у больных с туберкулёзным кокситом на основе принципов, характеризующих социальную адаптацию оперированных пациентов. До сих пор не изучена эффективность тотального эндопротезирования тазобедренного сустава в ранних периодах заболеваний и с точки зрения социально-экономической значимости: сроков лечения и выхода на инвалидность заболевших. Результатами подобных исследований по данным литературы мы не располагаем. Этим важным проблемам и посвящена настоящая работа.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в соответствии с основными направлениями научных исследований Республиканского специализированного научно-практического центра фтизиатрии и пульмонологии по теме: ГНТП – 10 «Разработка новых технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации заболеваний человека» (2017–2020).

Цель исследования: совершенствование методов тотального эндопротезирования тазобедренного сустава у больных туберкулёзным кокситом.

Задачи исследования:

определить клинические и анатомо-функциональные нарушения тазобедренного сустава у лиц с последствиями перенесенного туберкулёзного коксита;

обосновать показания к проведению тотального эндопротезирования тазобедренного сустава у лиц с последствиями туберкулёзного коксита;

провести сравнительный анализ эффективности операции тотального эндопротезирования с учетом давности при последствиях туберкулёзного коксита;

разработать комплекс реабилитационных мероприятий по улучшению качества жизни у лиц после проведенного тотального эндопротезирования тазобедренного сустава.

Объектом исследования явились 62 больных с осложненными формами туберкулёзного коксита, из которых у 29 (46,8%) пациентов операция была выполнена в ранние сроки – от 2 до 24 месяцев, и 33 (53,2%) больных с давностью от 2 до 15 лет – получавших лечение РСНПМЦФиП в период 2010–2020 гг.

Предмет исследования составляют научное обоснование эффективности тотального эндопротезирования тазобедренного сустава и реабилитационных мероприятий послеоперационного периода для улучшения результатов лечения при неактивном туберкулезном коксите.

Методы исследования: В диссертации применены такие исследовательские и аналитические методы как клинико-рентгенологические, биохимические, антропометрические, функциональные параметры пораженного тазобедренного сустава и статистические методы обработки полученных результатов.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

после хирургического лечения осложненных туберкулезных кокситов с применением титан-керамических эндопротезов доказано полное восстановление анатомо-функциональных нарушений, сохраняющихся после операций с использованием костных аутотрансплантатов по классической методике;

доказана необходимость радикальных хирургических вмешательств - тотального эндопротезирования, подтвержденная результатами клинико-функциональных и рентгенологических исследований суставов в комплексном лечении туберкулезного коксита;

впервые доказана очевидность проявляющейся диспропорции линий Shoemaker друг другу на поздних стадиях заболевания из-за анатомо-функциональных нарушений в пораженных суставах у больных туберкулезным кокситом;

доказано улучшение сгибания до $88,3 \pm 8,6$ градусов, разгибания до $176,2 \pm 6,2$ градусов у больных туберкулезным кокситом после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава протезами ZIMMER, DePuy и IRENE на ранних стадиях заболевания.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

доказано, что даже высокотехнологическая операция тотального эндопротезирования тазобедренного сустава у пациентов, болеющих на протяжении долгих лет, не дает достаточно положительного эффекта, и пациенты не могут вернуться полностью к здоровому образу жизни;

доказано, что тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава при туберкулезном коксите способствовало полному восстановлению опороспособности сустава, уменьшению или ликвидации кифосколиотических деформаций в позвоночнике и улучшило качество жизни больных;

рекомендованные реабилитационные меры для больных повысили эффективность операции тотального эндопротезирования тазобедренного сустава в лечении специфического коксита, резко уменьшили инвалидность, что приносит высокую экономическую и медицинскую эффективность.

Достоверность результатов исследования. Достоверность полученных результатов подтверждается на основании объективных, клинико-лабораторных, рентгенологических, ортопедических и статистических методов исследования. Использование статистических методов обеспечило

достоверность полученных результатов, а также на сопоставлении результатов исследования с отечественными и зарубежными научными изысканиями.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Научная значимость результатов исследования заключается в использовании научного содержания, выводов и предложений при совершенствовании тактики комплексного этиотропного и хирургического лечения осложненного туберкулеза тазобедренного сустава, дополняют научные знания в понимании патогенеза туберкулеза тазобедренного сустава в отдаленном этапе наблюдения пациентов.

Практическая ценность работы заключается в оптимизации патогенетических подходов и хирургических вмешательств в лечении осложненных форм туберкулезного коксита. Разработанные в диссертации рекомендации к проведению тотального эндопротезирования тазобедренного сустава, реабилитационных мероприятий, востребованы противотуберкулезными лечебными учреждениями.

Внедрение результатов исследования. На основе полученных научных результатов по проведению эндопротезирования тазобедренного сустава с использованием современных технологий:

утверждена методическая рекомендация «Способ профилактики инфекционных осложнений при эндопротезировании тазобедренного сустава у больных посттуберкулёзным коксартрозом» (Справка № 8н-з/599 Министерства здравоохранения от 23 декабря 2019 года). Данная методическая рекомендация интраоперационного применения антибактериальных препаратов по предлагаемой схеме дала возможность улучшения эффективности эндопротезирования тазобедренного сустава у больных с последствиями туберкулёзного коксита.

Результаты исследования по определению способа профилактики инфекционных осложнений при эндопротезировании тазобедренного сустава внедрены в практику здравоохранения, в том числе, в деятельность Сырдарьинской областной противотуберкулезной больницы и Джизакской областной противотуберкулезной больницы (Справка № 08-09/8326 Министерства здравоохранения от 15 июля 2021 г.). Внедрение в клиническую практику результатов исследования способствовало уменьшению послеоперационных инфекционных осложнений после эндопротезирования тазобедренного сустава, уменьшению инвалидности и улучшению качества жизни у больных с туберкулезном кокситом.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 2 международных и 5 республиканских научно-практических конференциях.

Опубликованность результатов исследования. По теме диссертации опубликовано более 17 научных работ. Из них 7 научных статей, в том числе 6 в республиканских и 1 в зарубежных изданиях, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертаций доктора философии.

Структура и объем диссертации. Докторская диссертация, изложенная на 111 страницах компьютерного набора, состоит из введения, пяти глав, выводов и списка использованной литературы.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обосновывается актуальность и востребованность проведенного исследования, цель и задачи исследования, характеризуется объект и предмет, показано соответствие исследования приоритетным направлениям науки и технологий республики, излагается научная новизна и практические результаты исследования, раскрываются научная и практическая значимость полученных результатов, внедрение в практику результатов исследования, сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе диссертации **«Современные методы лечения больных туберкулезом тазобедренного сустава и освобождение их от инвалидности»** проведен тщательный анализ, обобщение и систематизация научной информации по проблеме хирургического лечения больных туберкулезным кокситом. Изучена отечественная и зарубежная литература, посвященная данной проблеме, актуальным вопросам требующие дальнейшего решения и современное состояние диагностики и лечения туберкулезного коксита. В результате проведенного анализа литературы установлены цель и задачи научного исследования.

Во второй главе диссертации **«Характеристика клинического материала и методы исследования больных»** описаны общая характеристика клинического материала и примененных методов исследования. В основу работы положены данные обследования 62 больных. Из них 29 пациентов, у которых выполнено тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава в ранние сроки от 2 до 24 месяцев и 33 больных с давности от 2 до 15 лет. Все больные, отобранные для исследования, получали лечение в клинике РСНПМЦФиП МЗ РУз в период 2010–2020 гг.

Возраст больных варьировал от 18 до 63 года (средний составил $42,8 \pm 12,5$ года). При гендерном различии и количестве мужчин и женщин разница была не большая: 33(53,2%) были мужского пола, 29(46,8%) женского пола. Мужчин в возрасте 18–39 лет было 45,4%, 40–59 лет – 42,2%, старше 60 лет – 12,1%. Среди женщин 24,1% пациенток были в возрасте 18–39 лет и 75,9% женщины в возрасте 40–59 лет. Среди женщин, выбранных к исследованию, не было ни одной старше 60 лет.

Среди обследованной когорты пациентов 13(21%) человек работали в разных сферах деятельности. Из них 1(7,7%) больная работала в школе учителем, 1(7,7%) больная работала медицинской сестрой в больнице общего профиля, 2(15,4%) больных работали в частной фирме строителями, 1(7,7%) больной работал шофёром и остальные 8(61,5%) больные занимались частным бизнесом. 24 (38,7%) пациентов документально нигде не работали, вели

домашнее хозяйство. Среди больных пенсионеры по возрасту составили 7(11,3%) случаев и инвалиды 17(27,4%). 1(1,6%) пациент – студент вуза.

Давность туберкулезного поражения тазобедренного сустава была различной. Среди пациентов в 57(91,9%) случаях больные лечились у непрофильного специалиста. 46(80,7%) больных обратилась к травматологу или ортопеду по месту жительства. Некоторые среди из них лечились годами (10-15 лет) в плановом порядке, и после многолетнего неэффективного лечения была рекомендована консультация фтизиоортопеда. 7(12,2%) больных после лабораторных и рентгенологических обследований направлены были к невропатологу, у которого было получено несколько курсов лечения. До поступления в нашу клинику 4(6,5%) пациентов лечились у ревматолога по поводу ревматоидного полиартрита тазобедренного сустава.

Среди анализированных больных у 9(14,5%) больных имелся двухсторонний туберкулез тазобедренных суставов, 30(48,4%) больных с правосторонним поражением и у 23(37%) больных поражен левый тазобедренный сустав. Приведенные данные свидетельствуют об отсутствии значимых различий в возрастных и половых характеристиках. По стороне поражения (двухсторонняя, левая или правая) какой-либо связи с полом и возрастом больных не обнаружено. При этом патологический очаг или участок деструкции располагался в различных зонах самого тазобедренного сустава. У 12(19,3%) больных определено повреждение вертлужной впадины, головка бедренной кости разрушена у 12(19,3%) больных, специфический патологический очаг у пациентов с поражением шейки бедренной кости встречался реже 6(9,7%) и сочетанное повреждение тазобедренного сустава отмечено у 32(51,6%) больных.

Среди выбранных у 45(72,6%) больных не было инвалидности, 17 имели инвалидность разной степени. При этом – 1(5,9%) больной наблюдался по I группе инвалидности, 15(88,2%) – по II группе и 1(5,9%) пациент по III группе.

Для достижения поставленной цели научного исследования все больные распределены на 2 группы.

Основная группа – 29 пациентов, у которых операция выполнена в ранние сроки от 2 до 24 месяцев после установления диагноза туберкулез тазобедренного сустава и назначения консервативного лечения. Средний возраст пациентов, находившихся в 1 группе, составил $41,4 \pm 12,1$ года. Максимальный возраст 63 года, минимальный 18 лет.

Контрольная группа составлена из 33 больных, которым операция проведена в поздних стадиях (неактивный процесс) заболевания, в среднем – от 2 до 15 лет. В этой группе возраст обследованных больных составил $44 \pm 12,9$ года. Максимальный возраст 62 года, минимальный 20 лет.

В клиническом обследовании больных кокситом особое место занимало измерение длины конечности, объема пораженного сустава, определение его функционального состояния. Клинически и рентгенологически изучалось состояние поясничных позвонков: наличие сколиоза, сужение межпозвонковой щели, степени остеохондроза и корешковых синдромов, а также состояние тазовых костей. Наши наблюдения показывают, что при туберкулезном коксите,

особенно при неактивных процессах, со стороны позвоночника и костей таза можно наблюдать осложнения дегенеративно-дистрофического характера. У 50 (80,6%) оперированных имелись различные сопутствующие заболевания. По результатам рентгенологических обследований легких выявлен хронический бронхит у 31 (50%) пациента. Цирротический туберкулез легких выявлен у 1 (1,61%) пациента, а метатуберкулезные изменения в легких – у 7 (11,3%) пациентов. У 23 (37%) пациентов патологических изменений со стороны легких не обнаружено. Количество пациентов с легкой и умеренной анемией было 25 (40,32%). Далее по мере убывания частоты встречаемости следовали заболевания сердечно-сосудистой системы (48%), заболевания эндокринной системы (4%).

Верификация туберкулезного коксита проводилась по данным патоморфологического изучения содержимого внутрисуставной жидкости и костной ткани операционного материала.

Бактериологическому исследованию подвергались: синовиальная жидкость, содержимое полости сустава, операционный материал. Изучалась неспецифическая флора и наличие микобактерии туберкулеза по данным прямой микроскопии и генно-молекулярными методами, такими как Gen Xpert/Rif и HAIN-test.

Специфическая природа процесса у 28 (45,1%) пациентов доказана результатами гистологического изучения операционного материала, у 1 (1,6%) оперированного туберкулез подтвержден бактериологическими исследованиями (генно-молекулярными методами, такими как Xpert/Rif и HAIN-test). У остальных 33 (53,2%) больных гистологически определен неспецифический процесс, что является результатом длительного и неоднократного лечения противотуберкулезными препаратами, вследствие чего меняется патоморфоз (Перельман М.И., 2004). Специфический процесс у них был подтвержден ранее. Из оперированных больных неактивная форма туберкулезного спондилита определена – у 6 (9,7 %), у 1 (1,61%) одного больного определен неактивный туберкулез плечевого сустава.

По локализации основного поражения получены следующие данные. Выполнены 62 операции по поводу заболеваний ТБС и чаще оперированы правые суставы у 35 (56,5%) больных, чем левые у 27 (43,5%) больных.

Во время хирургического вмешательства положение пациента на операционном столе на противоположной стороне пораженного сустава. Для протезирования тазобедренного сустава использовались два вида боковых доступов: доступ по Хардингу и модифицированный боковой доступ. Прямой боковой доступ, предложенный Р. Бауэром (R. Bauer) и усовершенствованный К. Хардингом (K. Hardinge), включает выполнение кожного разреза длиной 12–16 см над большим вертелом, рассечение широкой фасции бедра на всём протяжении раны, разделение мышечных волокон средней ягодичной мышцы на протяжении 3 см выше вершины большого вертела, отделение средней ягодичной мышцы и латеральной порции четырёхглавой мышцы бедра субпериостально от передней поверхности большого вертела. Затем производят вывихивание головки бедренной кости и выполняют дальнейшие хирургические манипуляции.

Третья глава посвящена изучению «Клинико-рентгенологические и функциональные состояние ортопедического статуса у больных с последствием туберкулезного коксита».

В первой группе 19(65,5%) пациентов жаловались на хромоту за счет болей в области пораженного тазобедренного сустава и за счет укорочение конечности. На момент поступления в нашу клинику 17(58,6%) пациентов из 1-й группы двигались самостоятельно. 11(37,9%) пациенты ходили с помощью костыля или трости. Один пациент не мог двигаться самостоятельно из-за двустороннего поражения и за счет острой боли. Среди 2-й группы (контрольная группа) большинство пациентов ходили самостоятельно, что составило 21(63,6%) случай. 10(30,3%) больных передвигались с помощью костыля и 2 больных были на постельном режиме.

У 6(20,7%) пациентов в основной группе боли были сильные во время движения. У 4(13,8%) пациентов боли были ноющего характера и у 19(65,5%) пациентов интенсивность болей тазобедренного сустава носила острый характер и сопровождалась постоянной хромотой. Среди них 11(37,9%) больных двигались с помощью костылей или тростью.

В контрольной группе у 8(24,4%) пациентов боли были сильные и у 10(30,3%) пациентов ноющие боли наблюдалась во время движения. У 6(18,2%) больных характер болей был острым. У 9(27,3%) пациентов выявлено, что боли связаны с холодной или облачной погодой. Было установлено, что у этих пациентов боль не ощущалась даже во время движения и в состоянии тяжелой хромоты. В 9(27,2%) случаях у пациентов второй группы боль не наблюдалась из-за фиброзного и костного анкилоза (смотрите таблицу 1).

Таблица 1

Характеристика болевого синдрома и клинические симптомы заболевания

Признаки	Группа больных	
	1-группа n=29	2-группа n=33
Движение		
Самостоятельно	17(58,6±9,1%)	21(63,6±8,3%)
С помощью костыля или трости	11(37,9±9%)	10(30,3±8,0%)
В постельном режиме	1(3,4±3,3%)	2(6,06±4,1%)
Боль в области сустава		
Ноющие	4(13,8±6,4%)	10(30,3±8,0%)
Подострое	6(20,7±7,5%)	8(24,2±7,4%)
Острое	19(65,5±8,8%)	6(18,2±6,7%)
Безболезненный	0(0%)	9(27,3±7,7%)
Интоксикация		
Слабость	21(72,4±8,2%)	9(27,2±7,7%)
Снижение аппетита	19(65,5±8,8%)	4(12,1±5,7%)
Недомогание	21(72,4±8,2%)	9(27,2±7,7%)
Повышение температуры тела	18(65,5±9%)	5(15,1±6,2%)

Примечание: n – число больных, в скобках указан в %.

При сборе анамнеза выявлено, что у 18(65,5%) больных основной группы в качестве первых клинических симптомов называют повышение температуры тела (до 38 градусов). Симптомы интоксикации (тошнота, снижение аппетита, недомогание) были выявлены у 21(72,4%) больных. При этом, среди пациентов 2-й группы повышение температуры тела встречалось только у 5(15,1%) больных, вышеуказанные интоксикационные симптомы определены у 9(27,2%). По интенсивности, симптомы интоксикации проявлялись менее выражено у пациентов 2-й группы, по сравнению с представителями основной группы

Щадящая (болевая) хромота – в нашем случае данный вид хромоты встречался у 14 (73,7%) человек из 1 группы и характеризовался кратковременной и неполной опорой на больную конечность.

Падающая хромота – при некомпенсированном укорочении конечности (период опоры на пораженную равен периоду опоры на здоровую ногу) у 5(26,3%) больных.

Подпрыгивающая хромота (при удлинении пораженной конечности) среди больных первой группы не встречалась.

Среди пациентов второй группы наблюдались совершенно разные результаты. Со временем, что болевые симптомы сохранялись в течение многих лет и состояние хромоты ухудшилось. Из второй группы 28 (84,8%) пациентов жаловались на хромоту. Щадящая хромота наблюдалась у 2 (7,1%) пациента. Падающая хромота встречалась у 20(71,4%) больных, и подпрыгивающая хромота встречалась у 6 (21,4%) больных за счет удлинении пораженной конечности. Контрактуры пораженных тазобедренных суставов различной степени отмечены у 52 (85,5%) пациентов, в том числе в первой группе у 23(79,3%), во второй – у 29 (90,6%) больных. В первой группе легкой степени контрактура выявлена у 5 (21,7%) больных, умеренной – у 8(34,8%), выраженная контрактура отмечена у 10 (43,4%) пациента. В второй группе легкой степени контрактура выявлена у 7 (24,1%) больных, умеренной – у 8 (27,6%), выраженная контрактура отмечена у 14 (48,3%) пациентов.

Укорочение нижней конечности выявлено у 47(75,8%) пациентов, в том числе в первой группе у 19(65,5%), во второй – у 28(84,8%) больных. При этом в первой группе пациентов среднее укорочение составило $3,73 \pm 1,44$ см, а во второй – $4,33 \pm 1,89$ см, $p > 0,05$.

При туберкулезе внутри тазобедренного сустава разрастается соединительная фиброзная ткань, что приводит к фиброзную анкилозу, который приводит к полной неподвижности сустава. Амплитуда движений в пораженном суставе пациентов 1-й группы в среднем составил $126,6 \pm 14,2^\circ$ при сгибании, на здоровой стороне составил $85,6 \pm 16,9^\circ$. Незначительная (легкая) контрактура наблюдалась у 5 (21,7%) из этих пациентов, и эти пациенты не испытывали никаких трудностей или препятствий во время движения. А умеренная контрактура наблюдалась у 8 (34,8%) пациентов. Выявленная контрактура отмечена у 10 (43,4%) пациента. Среди пациентов основной группы у 3 (10,3%) больных наблюдался анкилозы сустава, из этих больных фиброзный анкилоз был выявлен в двух случаях (6,7%), мышечный

анкилоз – у 1 (3,4%) пациента.

Среди пациентов контрольной группы амплитуда движений в пораженном суставе в среднем составил $130 \pm 14,3^\circ$ при сгибании, на здоровой стороне составил $83,5 \pm 14,0^\circ$. Незначительная контрактура наблюдалась у 7 (24,1%) пациентов. Умеренная контрактура наблюдалась у 8 (27,6%) пациентов. Выраженная контрактура отмечена у 14 (48,3%) пациента. Из этих больных фиброзный анкилоз встречался у 10 (71,4%) больных, костный анкилоз (СПО, артродезирование ТБС) наблюдался у 4 (28,6%) больных (смотрите таблицу 2).

Таблица 2

Нарушения функции пораженного тазобедренного сустава

Признак	Группа больных	
	1-группа	2-группа
Хромота	n=19	n=28
Щадящая хромота (болевая)	14 (73,7 \pm 10,1%)	2 (7,1 \pm 4,8%)
Падающая хромота	5 (26,3 \pm 10,1%)	20 (71,4 \pm 8,5%)
Подпрыгивающая хромота	0 (0%)	6 (21,4 \pm 7,7%)
Степени контрактуры ТБС	n=23	n=29
Легкая контрактура	5 (21,7 \pm 8,6%)	7 (24,1 \pm 7,9%)
Умеренная контрактура	8 (34,8 \pm 9,9%)	8 (27,6 \pm 8,3%)
Выраженная контрактура	10 (43,4 \pm 10,3%)	14 (48,3 \pm 9,2%)
Виды анкилозов ТБС	n=3	n=14
Фиброзная анкилоз	3 (30 \pm 7,6%)	10 (71,4 \pm 13,6%)
Костная анкилоз	-	4(28,6 \pm 12%)

Примечание: n – число больных, в скобках указан в %.

При сравнении результатов общие анализы крови у пациентов обеих групп наблюдалась небольшая разница. В первой группе пациентов средний гемоглобин составил $120,5 \pm 8,7$ во второй группе пациентов этот показатель снизился до $117,6 \pm 15$. Кроме того, одной из клеток, которая указывает на наличие воспаления, являются лейкоциты, из которых видно, что среднее значение в обеих группах не превышало нормы, но этот показатель несколько выше у пациентов в первой группе, в среднем $6,32 \pm 1,66$, во второй группе показал $5,7 \pm 1,2$ результатов у пациентов.

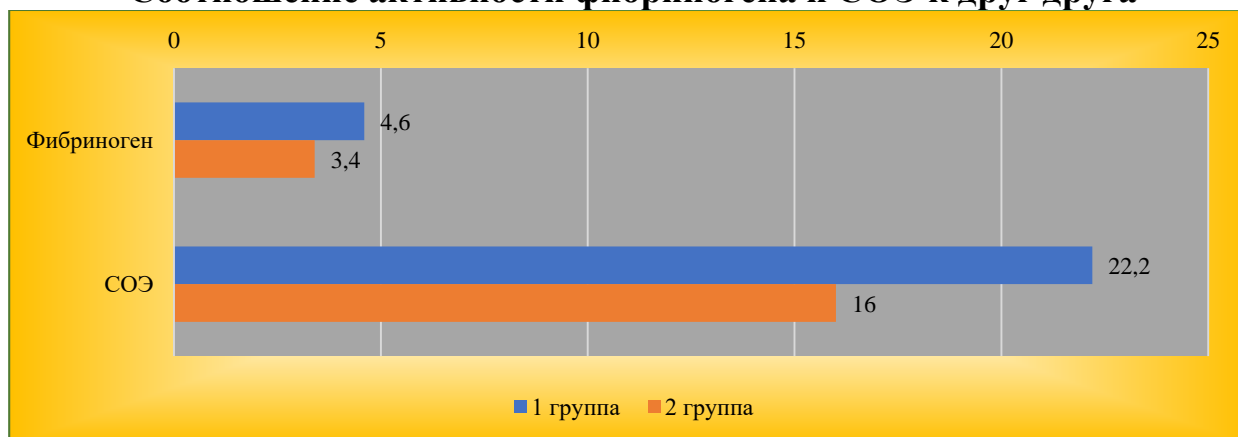
Изучение биохимических маркеров система свертывания крови и фибринолиза показала повышенный уровень фибриногена в первой группе, среднее значение которого составило $4,6 \pm 1,9$. Среди пациентов 2-й группы этот показатель показал нормативное значение $3,4 \pm 1,2$. Повышенный фибриноген крови выявлялся не у всех больных, так в 1 – ой группе 10 (34,5%) случаях, 2-й группе у 5 (15,1%) больных.

Если увеличение уровня фибриногена в крови доказывает, что в организме имеется специфический воспаления, его многократный избыток

определяет активность процесса, которая изменяется относительно индекса СОЭ (смотрите диаграмму 1).

Диаграмма 1

Соотношение активности фибриногена и СОЭ к друг друга



По результатам рентгенологического исследования пациентов первой группы патологические очаги были выявлены в вертлужном впадине у 7 (24,1%) случаях. У 6 (20,7%) пациентов было замечено, что головка бедренной кости была повреждена патологическими очагами. Повреждение шейки бедренной кости встречался значительно реже, чем патологические очаги в других областях и наблюдается у 4 (13,8%) пациентов. Среди пациентов первой группы, полученных для нашего исследования, смешанное поражение костей тазобедренного сустава наблюдалось у 12(41,1%) пациентов. Среди пациентов второй группы у 5 (15,2%) пациентов наблюдались патологический очаги и дефекты в вертлужной впадине. У 6 (18,2%) пациентов было выявлено разрушение головки бедренной кости. У 2 (6%) пациентов было повреждение шейки бедренной кости, а у 20 (60,6%) пациентов – смешанное поражение (смотрите таблицу 3).

Таблица 3

Расположение и частота патологических очагов

Локализация деструкции	Группы	
	1 группа 29 (46,8%)	2 группа 33 (53,2%)
В вертлужной впадине	7 (24,1%)	5 (15,1%)
В головке бедренной кости	6 (20,7%)	6 (18,2%)
В шейке бедренной кости	4 (13,8%)	2 (6,1%)
Смешанный процесс	12 (41,4%)	20 (60,1%)

У пациентов, которые прошли МРТ или МСКТ обследования тазобедренных суставов, были выявлены изменения, указывающие на активность заболевания. Параартикулярный абсцесс был обнаружен у 4

(13,8%) пациентов, синовит у 9 (31%) пациентов и инфильтрация мягких тканей вокруг сустава у 10 (34,5%) пациентов.

В тазобедренном суставе имеются специальные линии для определения степени контрактур, движений суставов, расположения головки бедренной кости и состояния тазобедренного сустава. Гипотрофия мягких тканей бедра отмечена у 35 (56,4%) пациента, в первой группе у 11 (37,9%) и в среднем составила $2,1 \pm 1,1$ см, во второй – у 24 (72,7%) человек и составила $1,8 \pm 0,7$ см.

Линия Shoemaker – эта линия наблюдалась на выходе головки бедренной кости и составила 10,3% среди пациентов 1-й группы. В 2-й группе пациентов этот показатель был немного выше – 42,3%.

Изучены соотношения проксимального отдела бедренной кости и костей вертлужной впадины по показателю индекс эктрузии головки (смотрите таблицу 4).

Таблица 4

Распределение пациентов в зависимости от степени наружного смещения бедра

Группы	Степень латерализации бедра, (абс./%)		
	нет (ИЭГ<20%)	подвывих (ИЭГ=21-50%)	вывих (ИЭГ>51%)
1	26/89,6%	3/10,3%	0
2	19/57,5%	9/27,2%	5/15,1%
Всего	45/72,6%	12/19,3%	5/8,1%

Четвертая глава «Хирургическая тактика проведения тотального эндопротезирования тазобедренного сустава» посвящена предоперационной подготовке больных туберкулезом тазобедренного сустава.

На основании результатов лабораторных и клинических обследований больных туберкулезом тазобедренного сустава, патогенетическую тактику лечения составляла дезинтоксикационная терапия, гепатотропная терапия, профилактика, а также лечение сердечно-сосудистых заболеваний, лечение сопутствующих заболеваний, профилактика и лечение психологических нарушений.

Ранние послеоперационные осложнения отмечены у 10(16,1%) оперированных обеих групп. В зависимости от длительности предоперационной специфической и консервативной терапии пациенты, имевшие осложнения, разделились следующим образом: в первой группе установлены у 6 (20,7%), во второй группе – у 4 (12,1%) пациентов (смотрите таблицу 5).

Таблица 5

Изменения течения болезни и динамики эффективности хирургических вмешательств

	1 – группа N=29		2 – группа N=33		
	До операции	После операции (3-4 нед.)	До операции	После операции (3-4 нед.)	
Боль в суставе	N=29		N=24		
Ноющие	4(13,8±6,4%)	3(10,3±5,6%)	10(30,3±8%)	9 (27,3±7,7%)	
Подострые	6(20,7±7,5%)	0	8(24,2±7,4%)	5(15,1±6,2%)	
Острые	19(65,5±8,8%)	0	6(18,2±6,7%)	0	
Без болезненный	0	26(89,6±5,6)	9(27,3±7,7%)	19(57,5±8,6%)	
Контрактура сустава	N=23		N=29		
нет	6 (20,7±7,5%)	24(82,7±7%)	4 (12,1±5,6%)	21(63,6±8,3%)	
1 ст.	5 (17,2±7,0%)	2(6,9±4,7%)	7 (21,2±7,1%)	6 (18,1±6,7%)	
2 ст.	8 (27,5±8,3%)	3(10,3±5,6%)	8 (24,2±7,4%)	4 (12,1±5,6%)	
3 ст.	10 (34,5±8,8%)	0	14(42,4±8,6%)	2 (6,0±4,1%)	
Амплитуда движений	N=29		N=33		P
сгибание	127,9±14,7	88,3 ± 8,6	132,7±11	93,1 ± 9,1	P≥0,05
разгибание	169,8±12,9	176,2±6,2	175,7±9,0	178,7±4,1	P≥0,05
приведение	10,7±9,2	32,5±3,6	8,6±9,1	34,5±4,0	P≤0,05
отведение	10,7±9,7	34,3±6,2	9,0±9,1	37,4±6,0	P≤0,05
нар. ротация	10,5±9,3	36,7±5,7	6,7±8,6	38,3±6,1	P≥0,05
внут. ротация	10,3±9,8	36,0±6,0	6,5±8,8	39,1±6,4	P≥0,05

В пятой главе рассмотрен метод «**Оценка эффективности тотального эндопротезирования при туберкулезном коксите**».

Эффективность лечения в отдаленном сроке наблюдения оценивали у 62 больных, которые были разделены на две группы, по результатам клинко-лабораторных, рентгенотомографических, биомеханических исследований через 6–12 месяца после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава.

По полученным критериям, среди основной группы пациентов, излечение наблюдалось у 10 (34,5%) пациентов. Затихание процесса наблюдалось у 14 (48,2%) пациентов. Положительных изменений не наблюдалось у 1(3,4%) пациента до и после операции. У 5 (17,2%) больных через год после операции не наблюдалось положительной динамики. Опороспособность и движений в суставе полностью не восстановились, сохранялись постоянные боли при движении. Из них у 1 (3,44%) пациента в первые сутки после операции выявлено, после рентгенологических исследований, вывих головки эндопротеза которые сопряжено резко ограниченной амплитуда движений в оперированном суставе с болевыми симптомами.

Через 6–12 месяцев, среди основной группы, у 3 (10,3%) больных наблюдалось не состоятельность вертлужный впадины, в 1 (3,44%) случае

определено не состоятельность ножки эндопротеза. У 7 (24,1%) пациентов жалобы были в основном на сильная боли и ограниченная подвижность в противоположном суставе, и с легкие боли в области эндопротеза.

Среди больных контрольной группы излечение наблюдалось у 17 (51,5%) пациентов. Затихание процесса наблюдалось у 5 (15,1%) пациентов. Ухудшение состояние, регресс специфического процесса в области сустава, после хирургического лечение встречалось у 2 (6,06) пациента.

Среди пациентов второй группы у 2 (6,06%) больных состоятельность эндопротеза оказалось неудовлетворительным. Из них у 1 (3,03%) пациента установлены боли и резкое ограничение движений в оперированном суставе после травмы. У одного больного через 11 месяцев после эндопротезирование левого тазобедренного сустава, диагностирован вывих головки эндопротеза. После обработки вертлужной впадины, дефекты были заполнены медицинским цементом, из-за невозможности установки вертлужного компонента.

Среди основной группы пациентов сроки стационарного лечения составляли от 28 до 62 дней, а средняя продолжительность лечения составила $48,3 \pm 14,8$ дней. Этот показатель среди больных контрольной группы был значительно меньше и составил соответственно от 29 до 97 дней и $65,7 \pm 19,1$ дней.

До операции среди выбранных у 45 (72,6%) больных не было инвалидности, из 17 больных, которые имели инвалидность, один (5,9%) больной имел I группу инвалидности, 15 (88,2%) больных имели II группу и одна (5,9%) больная была инвалидом III группы.

По сравнению с другими оперативными вмешательствами тазобедренного сустава, клиничко-функциональная эффективность тотального эндопротезирования тазобедренного сустава значительно высокая. Однако проведение тотального эндопротезирования тазобедренного сустава при туберкулезе имеет свои особенности, с учетом наличия активности процесса, и требует адекватной подготовки больных до операции, при необходимости противорецидивные и реабилитационные мероприятия после операции.

В настоящее время средняя стоимость стационарного и хирургического лечения в расчете на одного пациента составляет 250 000 сумов в день (включая клинические и лабораторные исследования, лекарственные препараты, выделенные государством, асептические и антисептические препараты, применяемые во время и после операции). Согласно по результатам нашего исследования показывает, что операция тотального эндопротезирования пораженного тазобедренного сустава на ранней стадии у больных туберкулезным кокситом, приводит к сокращению пребывания в стационаре в среднем на 17 дней. Это означает, что стоимость лечения пациента сокращается в среднем на 4 250 000 сумов. В настоящее время данные операции проводятся в филиалах Научно-практического медицинского центра фтизиатрии и пульмонологии, а среднее количество таких вмешательств составляет 325 случаев в год. Экономическая выгода от раннего проведения эндопротезирования тазобедренного сустава составляет

порядка 1,4 млрд сумов в год. Таким образом, при сравнении эффективности лечения пациентов в обеих группах, ранние и поздние осложнения чаще наблюдаются при активном туберкулезном артрите. Несмотря на проведенное комплексное антибактериальное и хирургическое лечение, благоприятных исходов лечения туберкулезного процесса сравнительно выше среди больных первой группы, чем во второй.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании проведенных исследований по диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам на тему «Эффективность тотального эндопротезирования тазобедренного сустава у больных с последствиями туберкулезного коксита» сделаны следующие выводы:

1. Туберкулезный коксит, как костно-деструктивный процесс приводит к глубоким клиническим, анатомо-функциональным изменениям со стороны позвоночного столба, костей таза и других суставов, особенно на поздних этапах наблюдения, через 5-10 лет в 54,5% случаев.

2. При осложнённом туберкулезном коксите на фоне комплексной противотуберкулёзной, патогенетической терапии тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава приводит к полному восстановлению анатомо-функциональных нарушений пораженного сустава и предупреждает развитие ортопедических нарушений со стороны позвоночного столба и костей таза.

3. Активный туберкулезный процесс не является противопоказанием к раннему тотальному эндопротезированию тазобедренного сустава. Доказано, что у своевременно прооперированных больных средняя амплитуда движения протезированных суставов составила 88,3 градусов. Среди пациентов с давностью заболевания от 2 до 15 лет этот показатель был значительно ниже, и составлял в среднем 93,1 градусов.

4. Проведение тотального эндопротезирования тазобедренного сустава у больных с осложненным туберкулезным кокситом на раннем этапе наблюдения (до 2 лет), приводит к значительному сокращению стационарного этапа лечения на 17 койко-дней и снижению инвалидности на 32,6%.

5. Разработанный нами комплекс реабилитационных мероприятий в послеоперационном периоде наблюдения больных туберкулезным кокситом способствует полному восстановлению функции конечности, объема и тонуса мышечной ткани в области сустава, предупреждает ортопедические нарушения и способствует своевременной активации пациента, снижая вероятность развития ранних и поздних послеоперационных осложнений.

**ONE - TIME SCIENTIFIC COUNCIL ON AWARDING OF SCIENTIFIC
DEGREES DSc04/30.12.2019.Tib.30.01 AT THE
TASHKENT MEDICAL ACADEMY'S REPUBLICAN SPECIALIZED
SCIENTIFIC AND PRACTICAL MEDICAL CENTER OF
EPIDEMIOLOGY, MICROBIOLOGY, INFECTIOUS AND PARASITIC
DISEASES**

**REPUBLICAN SPECIALISED SCIENTIFICAL AND PRACTICAL
MEDICAL CENTER OF PHTHISIOLOGY AND PULMONOLOGY**

RUSTAMOV FARRUX XALMUMINOVICH

**THE EFFECTIVENESS OF TOTAL ARTHROPLASTY HIP JOINT IN
PATIENTS WITH CONSEQUENCES TUBERCULOUS COXITI**

14.00.26 – Phthisiology

**DISSERTATION ABSTRACT
OF THE DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD) ON MEDICAL SCIENCES**

TASHKENT – 2021

The theme of doctor of philosophy dissertation (PhD) was registered at the Supreme Attestation Commission at the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan under number №B2020.3.PhD/Tib1446.

The dissertation has been prepared at the Republican specialised scientific and practical medical center of phthiology and pulmonology.

The abstract of the dissertation is posted in two (Uzbek, Russian and English (resume)) languages on the website of Scientific Council (www.tma.uz) and Informational and educational portal of «ZiyoNet» (www.ziyo.net).

Scientific leader:	Nazirov Primkul Xujamovich Doctor of Medical Science, professor
Official opponents:	Muxtarov Davronbek Zuxurovich Doctor of Medical Sciences, docent Xanapiyaev Umarali Baratovich Doctor of Medical Sciences
Lead organization:	Bukhara State Medical Institute

The defense will take place on «_____» _____ 2021 at _____ at the meeting of one time Scientific Council awarding the Scientific degree DSc.04/30.12.2019.Tib.30.03 at the Tashkent Medical Academy (Address: 100109, Tashkent city, Farobi str., 2. Phone/fax: (+99871) 150-78-25, e-mail: tta2005@mail.ru). Tashkent Medical Academy, Conference hall of the 1-st educational building.

The dissertation can be reviewed at the Information Resource Center of the Tashkent Medical Academy (is registered under No._____). (Address: 100109, Tashkent city, Farobi str., 2. 2nd educational building "B" corpus, 1st floor, 7th room Phone/fax: (+99871) 150-78-14).

Abstract of dissertation sent out on «_____» _____ 2021 y.
(mailing report No.: _____ on «_____» _____ 2021 y.)

L. N. Turchiev

Chairman of the one-time Scientific council on awarding the scientific degrees, Doctor of Medical Sciences, professor

N. U. Tadjieva

Scientific secretary of the one-time Scientific council on awarding the scientific degrees, Doctor of Medical Sciences, docent

B. M. Tadjiev

Chairman of the one-time Scientific seminar on awarding the scientific degrees, Doctor of Medical Sciences, docent

INTRODUCTION (abstract of PhD thesis)

The aim of the research work is improvement of methods of total hip arthroplasty in patients with tuberculous coxitis.

The object of the scientific research became 62 patients with complicated forms of tuberculous coxitis, treated in the “Republican specialised scientific and practical medical center of phthisiology and pulmonology” in period from 2010 to 2020 year.

The scientific novelty of the research was as follows:

after surgical treatment of complicated tuberculous coxitis with the use of titanium-ceramic endoprostheses, complete restoration of anatomical and functional disorders that persist after operations with the use of bone autografts according to the classical technique has been proved;

the need for radical surgical interventions - total endoprosthetics, was proved, confirmed by the results of clinical-functional and X-ray studies of the joints in the complex treatment of tuberculous coxitis;

for the first time the evidence of the manifested disproportion of Shoemaker lines to each other at the late stages of the disease due to anatomical and functional disorders in the affected joints in patients with tuberculous coxitis was proved;

the improvement of flexion to 88.3 ± 8.6 degrees, extension to 176.2 ± 6.2 degrees in patients with tuberculous coxitis after total hip arthroplasty with ZIMMER, DePuy and IRENE prostheses in the early stages of the disease was proved.

The reliability of the results of the study.

The reliability of the obtained results is confirmed on the basis of objective, clinical and laboratory, radiological, orthopedic and statistical methods of research. The use of statistical methods ensured the reliability of the results obtained. The comparability of the data obtained with foreign and domestic studies, the approval of the conclusions and the results obtained by the relevant organizations.

Implementation of the research results:

Based on the scientific results obtained for hip replacement using modern technologies.

The methodological recommendation "Method of prevention of infectious complications in hip replacement in patients with post-tuberculous coxarthrosis" (Reference No. 8n-r/599 of the Ministry of Health of December 23, 2019) was approved. This methodological recommendation with the use of interoperable use of antibacterial drugs according to the proposed scheme, made it possible to improve the effectiveness of surgical treatment for hip replacement in patients with a consequence of tuberculous coxitis.

The results of the study to determine the method of prevention and improvement of infectious complications in hip replacement have been implemented in health care practice, including in the activities of the Syrdarya Regional Tuberculosis Hospital and the Jizzakh Regional Tuberculosis Hospital (Reference No. 08-09/8326 of the Ministry of Health dated July 15, 2021). The introduction of the results of the study into clinical practice helped to reduce postoperative infectious

complications after hip replacement, reduce disability and improve the quality of life in patients with tuberculous coxitis.

Structure and volume of the dissertation. The work consists of the introduction, five chapters, conclusion, list of used literature; the volume of the thesis is 111 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I қисм (I часть; I part)

1. Назиров П.Х., Рустамов Ф.Х. Клинико-рентгенологические проявления туберкулезного коксита // «Инфекция, иммунитет и фармакология», 2016, № 6. – С. 296–300. (14.00.00, № 15).

2. Рустамов Ф.Х., Назиров П.Х. Диагностика туберкулезного коксита в современных условиях // Вестник Ташкентской медицинской академии, 2017, № 2. – С. 98–100. (14.00.00, № 13).

3. Назиров П.Х., Рустамов Ф.Х. Профилактика инфекционных осложнений при эндопротезировании тазобедренного сустава у больных туберкулезным кокситом // Медицинский журнал Узбекистана. 2017, № 5. – С. 27–29. (14.00.00, № 8).

4. Рустамов Ф.Х., Назиров П.Х. Особенности интраоперационного введения антибактериальных препаратов при эндопротезировании тазобедренного сустава у больных туберкулезным кокситом // Вестник Ташкентской медицинской академии, 2019, № 1. – С. 105–108. (14.00.00, № 13).

5. Рустамов Ф.Х., Назиров П.Х. Результаты эндопротезирования тазобедренного сустава при туберкулезном коксите у лиц из экологически неблагоприятных регионов // Вестник Ташкентской медицинской академии, 2020, № 1. – С. 146–150. (14.00.00, № 13).

6. Рустамов Ф.Х., Назиров П.Х. Клинико-рентгенологические особенности тазобедренного сустава у больных туберкулезным кокситом // Вестник Ташкентской медицинской академии, 2020, № 2. – С. 155–159. (14.00.00, № 13).

7. Farrukh Rustamov, Primkul Nazirov. Results of hip replacement with tuberculosis coxitis in elderly patients a case study of Uzbekistan // Journal of research in health science Vol. 9-10 issue. 4 2020, pp. 22–31. IMPACT FACTOR: 5.24. <https://journalofresearch.org/journal-of-research-in-health-science-volume-9-10-issue-4-2020/>

II қисм (II часть; II part)

8. Назиров П.Х., Рустамов Ф.Х. Распространенность туберкулезного поражения тазобедренного сустава // Материалы VIII съезда фтизиатров и пульмонологов Узбекистана. г.Ташкент, 4–6-мая 2015 г. С. 181.

9. Назиров П.Х., Рустамов Ф.Х., Бабаев А.С. Ошибки и сложности в диагностике при туберкулезе тазобедренного сустава // Материалы VIII съезда фтизиатров и пульмонологов Узбекистана. г.Ташкент, 4–6-мая 2015 г. С. 189–190.

10. Назиров П.Х., Джураев Б.М., Рустамов Ф.Х. Результаты эндопротезирования тазобедренного сустава при туберкулезном коксите // Материалы VIII съезда фтизиатров и пульмонологов Узбекистана. г.Ташкент, 4–6-мая 2015 г. С. 194–195.

11. Рустамов Ф.Х., Назиров П.Х., Бабаев А.С. Результаты эндопротезирования у больных туберкулезом тазобедренного сустава // Материалы II съезда инфекционистов Узбекистана. г.Ташкент, 4–6-ноябрь 2015 г. С. 137.

12. Назиров П.Х., Рустамов Ф.Х., Туйчиев Н.Н. Клинико-лабораторные проявления туберкулезного коксита // Материалы научно-практической конференции «Актуальные проблемы травматологии и ортопедии» г. Бухара, 3–4 июня 2016 г. С. 94.

13. Назиров П.Х., Рустамов Ф.Х., Усманов И.Х. Отдаленные результаты эндопротезирования тазобедренного сустава при туберкулезном коксите // Материалы научно-практической конференции «Актуальные проблемы травматологии и ортопедии» г. Бухара, 3–4 июня 2016 г. С. 95.

14. Рустамов Ф.Х., Назиров П.Х., Туйчиев Н.Н., Бабаев А.С. Значение интраоперационного введения антибиотиков при эндопротезировании тазобедренного сустава у больных туберкулезным кокситом // V Конгресс национальной ассоциации фтизиатров «Современные направления развития фтизиатрии: научные разработки, междисциплинарная интеграция, итоги и перспективы» г. Санкт-Петербург, 17–19 ноября 2016 г. С. 163–165.

15. Назиров П.Х., Туйчиев Н.Н., Рустамов Ф.Х., Анисимова Т.П., Бабоев А.С., Газиев З.А. Ошибки и сложности диагностики при туберкулезе тазобедренного сустава // г.Казань, РФ «Молодой учёный» 2018, № 10.1, С. 29 - 31.

16. Парпиева Н.Н., Назиров П.Х., Рустамов Ф.Х. Методическая рекомендация // Способ профилактики инфекционных осложнений при эндопротезировании тазобедренного сустава у больных посттуберкулёзным коксартрозом, 2019.

17. Рустамов Ф.Х. Предоперационная подготовка к эндопротезированию тазобедренного сустава у больных с туберкулезным кокситом // Международной научно-практической конференции «Интеграция в мир и связь наук» Республика Азербайджан, 3 декабря 2020 г. С. 122.

Автореферат « _____ » журналі
таҳририятида таҳрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз тилларидаги матнлар
ўзаро мувофиқлаштирилди.

Бичими: 84x60 ¹/₁₆. «Times New Roman» гарнитураси.
Рақамли босма усулда босилди.
Шартли босма табағи: 2,75. Адади 100. Буюртма № 28/21.

Гувоҳнома № 851684.
«Тірограф» МЧЖ босмаҳонасида чоп этилган.
Босмаҳона манзили: 100011, Тошкент ш., Беруний кўчаси, 83-уй.