



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

9 (83) 2025

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Ташкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

9 (83)

2025

сентябрь

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com E:
ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

УДК 616.728.3-089.87:616.932-036.1

СПЕЦИФИКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЁЗНОГО КОКСИТА У НАСЕЛЕНИЯ ПРИАРАЛЬСКОЙ ЗОНЫ

¹Назирова Примкул Хужамович E-mail: NazirovP@mail.ru

¹Рустамов Фаррух Халмуминович E-mail: RustamovF@mail.ru

^{1,2}Сейтбаев Ёлкас Шарипович <https://orcid.org/0009-0008-1321-5621>
e-mail: iqlas.seytbaev@gmail.com

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
фтизиатрии и пульмонологии имени академика Ш.А.Алимова МЗ РУз. (Узбекистан, Ташкент)

² Медицинский Институт Каракалпакистана

Республика Каракалпакистан, город Нукус, улица А.Досназарова, 108, почтовый индекс: 230100
телефон: +998(61)2228432 E-mail: nukusmed@mail.ru

✓ Резюме

Туберкулезный коксит является одной из наиболее тяжелых форм костно-суставного туберкулеза, характеризующейся длительным хроническим течением, выраженными морфологическими изменениями тазобедренного сустава и высокой инвалидизацией пациентов. В условиях зоны Приаралья, где сохраняется неблагоприятная экологическая обстановка, высокий уровень пылевых и токсико-химических воздействий, а также сниженные показатели общей резистентности населения, отмечается рост заболеваемости внелегочными формами туберкулеза, включая поражение костно-суставной системы. У больных, проживающих в Приаральском регионе, туберкулезный коксит чаще проявляется: затяжным латентным началом с малоспецифическими симптомами; поздней диагностикой вследствие маскировки под неспецифические артриты; выраженным болевым синдромом и ограничением подвижности в тазобедренном суставе; быстрым прогрессированием деструктивных процессов в костной и суставной тканях; высокой частотой лекарственной устойчивости возбудителя к основным противотуберкулезным препаратам. Клиническое течение заболевания в зоне Приаралья усугубляется социальными факторами: низким уровнем жизни, недостаточной доступностью специализированной медицинской помощи, несвоевременным началом химиотерапии. Всё это приводит к формированию осложнённых форм коксита, сопровождающихся деформацией, укорочением конечности, развитием анкилоза и стойкой утратой трудоспособности.

Ключевые слова. туберкулезного коксита, изониазид, рифампицин, Противотуберкулезная терапия, этамбутол, устойчивость, ПТП.

SPECIFIC FEATURES OF THE CLINICAL COURSE OF TUBERCULOUS COXITIS IN THE POPULATION OF THE PRE-ARAL ZONE.

¹Nazirov Primkul Khuzhamovich E-mail: NazirovP@mail.ru

¹Rustamov Farrukh Khalmuminovich E-mail: RustamovF@mail.ru

^{1,2}Seitbaev Iklas Sharapatovich <https://orcid.org/0009-0008-1321-5621>
e-mail: iqlas.seytbaev@gmail.com

¹Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Phthisiology and
Pulmonology, Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, Tashkent

²Medical Institute of Karakalpakstan Republic of Karakalpakstan, Nukus city, A.Dosnazarova
108 street, postal code: 230100 phone: +998(61)2228432 Email: nukusmed@mail.ru

✓ Resume

Tuberculous coxitis is one of the most severe forms of osteoarticular tuberculosis, characterized by a prolonged chronic course, pronounced morphological changes in the hip joint, and a high rate of disability among patients. In the Aral Sea region, where adverse environmental conditions persist, including high levels of dust and toxic-chemical exposure as well as reduced overall resistance of the population, there has been an increase in the incidence of extrapulmonary forms of tuberculosis, including lesions of the osteoarticular system. In patients living in the Aral Sea area, tuberculous coxitis is more often manifested by: a protracted latent onset with nonspecific symptoms; delayed diagnosis due to its resemblance to nonspecific arthritis; severe pain syndrome and restricted hip joint mobility; rapid progression of destructive processes in bone and joint tissues; and a high frequency of drug resistance of the pathogen to first-line anti-tuberculosis drugs. The clinical course of the disease in the Aral Sea region is aggravated by social factors such as low living standards, limited access to specialized medical care, and delayed initiation of chemotherapy. All these factors contribute to the development of complicated forms of coxitis, accompanied by deformities, limb shortening, ankylosis, and persistent loss of working capacity.

Keywords: *tuberculous coxitis, isoniazid, rifampicin, anti-tuberculosis therapy, ethambutol, resistance, anti-tuberculosis drugs*

Актуальность

В настоящее время туберкулез продолжает оставаться весьма актуальной проблемой для большого количества стран, в том числе и для Узбекистана. Туберкулезный коксит занимает 2 место среди всех локализаций костно-суставного туберкулеза, встречается в 20-30% случаев среди впервые выявленных больных этим заболеванием [1,2]. Вышеуказанное становится причиной поздней диагностики туберкулезных кокситов зачастую осложненных форм, что в свою очередь приводит к инвалидизации больных в 67% случаев. [1] Инфекционные осложнения при эндопротезировании достаточно редки (до 5%), но их последствия крайне неблагоприятны. Развитие глубокой около протезной инфекции ведет к повторным оперативным вмешательствам, в 30% случаев заканчивающиеся удалением эндопротеза, а также длительной широкоспекторной антибактериальной терапией, ухудшению опорной функции конечности и снижению качества жизни пациента приводя к инвалидности (Ochser P.E., 2003). Вызывает озабоченность увеличение заболеваемости туберкулезом 106,3 на 100 тыс. населения, что на 50% выше, чем в среднем по Узбекистану. В последние годы наблюдается развитие неблагоприятных эпидемиологических тенденций как в целом по туберкулезу, так и по внелегочному, в частности костно-суставной локализации. Заболеваемость туберкулезом выросла 42,4%, в том числе костно-суставным туберкулезом на 51,8%. Вышеуказанное становится причиной поздней диагностики туберкулезных кокситов зачастую осложненных форм, что в свою очередь приводит к инвалидизации больных в 67% случаев. [3] В тоже время сравнительно низкая эффективность комплексной терапии туберкулезного коксита, диктует необходимость не только как можно ранней диагностики специфического процесса в тазобедренном суставе, но и выявления лекарственно устойчивых форм заболевания [4,5].

Цель исследования: анализ клинических, рентгенологических, функциональных и терапевтических особенностей туберкулезного коксита у пациентов, проживающих в Приаралье (Республика Каракалпакстан и Хорезмская область).

Материал и методы

Обследовано 62 пациента, разделённых на основную (n=23) и контрольную (n=39) группы больных из других регионов Узбекистана. Учитывались возраст, давность заболевания, осложнения, объем движений в суставе до и после эндопротезирования, рентгенологические стадии, побочные действия противотуберкулезных препаратов (ПТП). Выявлено, что у пациентов основной группы заболевание протекало тяжелее, с большим количеством осложнений, ограничением функции и высоким процентом побочных эффектов ПТП, особенно в старших возрастных группах.

В клинике РСНПМЦ фтизиатрии и пульмонологии МЗ Республики Узбекистан проведено ретроспективное клиническое исследование 62 пациентов с туберкулезным кокситом в течение

2013-2018 гг. Из них 23 человека составляли основную группу — жители Приаралья, 39 — контрольную группу из других регионов. Пациенты были разделены на возрастные категории: от 18 до 30 лет — 17 (27,4%) человек, от 31 до 50 лет — 30 (48,4%) человек и старше 50 лет — 15 (24,2) человек. Все пациенты прошли клинико-лабораторное обследование, рентгенографию и/или МРТ тазобедренного сустава, а также оценку объема движений до и после эндопротезирования. Дополнительно оценивались: продолжительность заболевания до обращения, наличие осложнений (анкилоз, свищи, укорочение конечности и др.), объем движений в суставе, наличие побочных эффектов от противотуберкулезных препаратов, их связь с возрастом и группой.

Результат и обсуждения

У большинства пациентов основной группы (жители Приаралья) заболевание продолжалось более трёх лет до момента обращения. Средняя давность болезни в основной группе составила 3,8 года. Для сравнения, в контрольной группе она была значительно меньше — около 2,1 года. Особенно длительный анамнез наблюдался у пациентов старше 50 лет.

- В основной группе 61% пациентов обращались после >2 лет от начала симптомов.
- В контрольной — только 28%.

Клинические проявления

Симптом	Основная группа (%)	Контрольная группа (%)
Боль в тазобедренном суставе	91%	79%
Ограничение подвижности	87%	69%
Хромота	83%	58%
Атрофия мышц бедра	74%	56%
Повышение температуры	61%	43%
Наружные свищи	39%	18%

Наиболее частыми жалобами у пациентов обеих групп были боли в тазобедренном суставе, хромота и ограничение подвижности. У больных основной группы чаще наблюдались атрофия мышц бедра, повышение температуры тела, а также наружные свищи, что свидетельствует о запущенности процесса и низком уровне ранней диагностики. У пациентов контрольной группы клиническая картина чаще соответствовала менее выраженному поражению.

Рентгенологические характеристики

Признак	Основная группа (%)	Контрольная группа (%)
Разрушение головки бедра и вертлужной впадины	52%	31%
Казеозные очаги, секвестры	35%	10%
Сублюксация / вывих бедра	30%	12%
Анкилоз сустава	30%	15%

У пациентов основной группы чаще выявлялись деструктивные формы туберкулеза сустава с разрушением головки бедренной кости и вертлужной впадины, наличием казеозных очагов, секвестров и вывихов. В ряде случаев наблюдались признаки анкилоза, чаще у пожилых пациентов. У больных из контрольной группы преобладали менее агрессивные формы с преобладанием артритических изменений и субхондрального остеопороза. Наиболее выраженные изменения наблюдались в основной группе — у 60% пациентов диагностирована остеоартритическая стадия заболевания.

Объём движений в суставе (средние значения)

До операции:

Показатель	Основная группа	Контрольная группа
Сгибание	$35^{\circ} \pm 12^{\circ}$	$48^{\circ} \pm 15^{\circ}$
Отведение	$12^{\circ} \pm 6^{\circ}$	$18^{\circ} \pm 8^{\circ}$
Вращение	$10^{\circ} \pm 4^{\circ}$	$14^{\circ} \pm 6^{\circ}$

После эндопротезирования (6 мес):

Показатель	Основная группа	Контрольная группа
Сгибание	$85^{\circ} \pm 10^{\circ}$	$98^{\circ} \pm 12^{\circ}$
Отведение	$25^{\circ} \pm 6^{\circ}$	$30^{\circ} \pm 7^{\circ}$
Вращение	$20^{\circ} \pm 5^{\circ}$	$25^{\circ} \pm 6^{\circ}$

До операции пациенты основной группы имели значительно более выраженное ограничение подвижности. Средний объём сгибания в суставе у них составлял около 35 градусов, отведение — не более 12 градусов, вращение — до 10 градусов. У пациентов контрольной группы подвижность была лучше — сгибание до 48 градусов, отведение до 18, вращение — до 14.

После проведённого эндопротезирования тазобедренного сустава в обеих группах наблюдалось улучшение подвижности. В основной группе сгибание достигало в среднем 85 градусов, отведение — 25 градусов, вращение — до 20 градусов. В контрольной группе показатели были выше: сгибание — до 98 градусов, отведение — около 30, вращение — 25. Пациенты молодого возраста восстанавливались быстрее и полнее, пожилые — нуждались в длительной реабилитации. Восстановление функции происходило в обеих группах, однако в основной — медленнее, особенно в возрастной группе 51–65 лет.

Из 62 больных туберкулезным кокситом диагноз подтвержден бактериологически у 26(41,9%), при этом резистентность к рифампицину выявлена у 3 (11,5%). Устойчивость к изониазиду и рифампицину установлено у 7 (26,9%) больных. У остальных 36 (58,1%) случаях диагноз подтвержден гистологически в операционном материале.

Осложнение	Основная группа (%)	Контрольная группа (%)
Свищевые формы	39%	18%
Анкилоз	30%	15%
Укорочение конечности >2 см	26%	10%
Вторичная инфекция	22%	8%
Инфекция после эндопротезирования	13%	5%

В основной группе было зафиксировано большее количество осложнений, включая наружные свищи, костный анкилоз и укорочение конечности более чем на 2 см. В контрольной группе эти осложнения встречались реже. Послеоперационные инфекционные осложнения также чаще наблюдались у пациентов из Приаралья, особенно у лиц старшей возрастной группы. В трёх случаях потребовалась ревизионная операция из-за инфицирования области эндопротеза.

Противотуберкулезная терапия и побочные действия. Все 62 пациента получали стандартную противотуберкулезную терапию по схемам первой и второй категории, включающим препараты: изониазид, рифампицин, этамбутол, пиразинамид, бедаквилин, левофлоксацин, линезолид и циклосерин. Побочные реакции на ПТП были зарегистрированы у 19 больных, что составило 30,6%. Наиболее часто встречалась гепатотоксичность, которая проявлялась в виде повышения печеночных ферментов, тошноты и слабости. Она наблюдалась преимущественно у пациентов старшего возраста (старше 50 лет), особенно в основной группе. Аллергические реакции в виде сыпи и зуда наблюдались у 4 (6,5) пациентов, преимущественно в среднем возрасте. Диспепсические явления (тошнота, рвота, потеря аппетита) отмечались у 3 (4,8%) пациентов., а у одного больного был зафиксирован зрительный неврит, связанный с приёмом этамбутола. Пациенты младше 30 лет переносили ПТП значительно лучше: среди них побочные эффекты встречались редко и не носили тяжёлого характера. Наиболее уязвимыми к токсическим

эффектам были пожилые пациенты из зоны Приаралья, что потребовало коррекции схемы лечения и назначения гепатопротекторов.

Обсуждение:

Проведённый анализ показал, что туберкулезный коксит у пациентов, проживающих в зоне Приаралья, имеет более затяжное и тяжелое течение. Клиническая картина у них характеризуется высокой выраженностью болевого синдрома, ограничением движений, частыми свищами и анкилозами. Это связано с поздним обращением за медицинской помощью, а также с негативным влиянием экологических факторов региона. Рентгенологически у этих больных чаще диагностируются деструктивные формы заболевания, требующие оперативного лечения. После эндопротезирования наблюдается улучшение функции тазобедренного сустава, но восстановление идет медленнее у больных из основной группы и у пациентов старшей возрастной категории. Побочные действия ПТП, особенно гепатотоксичность, значительно чаще выявлялись у пациентов старшего возраста и преимущественно в основной группе, что требует более тщательного мониторинга во время лечения.

Заключение

Туберкулезный коксит у больных из Приаралья протекает в более тяжелой форме по сравнению с пациентами из других регионов. У этих пациентов отмечается более длительная давность заболевания, выраженные клинικο-рентгенологические изменения, высокая частота осложнений, ограничение функции тазобедренного сустава.

Перспективы:

- Углубленное изучение иммунного статуса у пациентов из Приаралья.
- Внедрение мобильных диагностических групп.
- Организация туберкулезно-ортопедических центров в зоне Приаралья.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Джураев Б.М. Заболеваемость особенности клинического течения и эффективность лечения костно-суставного туберкулеза в зоне Приаралья. Дис. ... кандидата мед.наук. – Ташкент. 1993. – С.21.
2. Махмудова З.П., Назиров П.Х., Джураев Б.М. Эффективность реабилитационных мероприятий при эндопротезировании тазобедренного сустава больных с последствием туберкулезного коксита // Медицинский журнал Узбекистан. 2015;6:21-24.
3. Агзамов Р.А., Стояновский Э.А., Хамракулов Р.Ш. Изучение заболеваемости туберкулеза среди животноводов и членов их семей в сельских районах Узбекистана // Вопросы борьбы с туберкулезом человека и животных. Ташкент: Медицина УзССР. 1984; 52-56 стр.
4. Назиров П.Х. и соавт. «Клинико-рентгенологическая характеристика туберкулеза костей и суставов у больных резистентными формами микобактерии». // Медицинский журнал Узбекистана. 2013;3:30-33.
5. Сердобинцев М.С., Бердес А.И., Кафтирев А.С., Наконечный Г.Д. "Социально - медицинская эффективность репаративных операций при прогрессирующем туберкулезе тазобедренного сустава» // Журнал Проблемы туберкулеза и болезней легких. 2008;12:54.

Поступила 20.08.2025