

9

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TIBBIY TA'LIMNI RIVOJLANTIRISH MARKAZI
TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI

**Mavzu: Tayanch-harakat tizimi yallig'lanish jarayonlarining nur tashxis
asoslari.**

O'quv uslubiy qo'llanma

(tibbiyot instituti 3-4 kurs talabalari uchun mo'ljallangan)

Toshkent 2021

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TIBBIY TA'LIMNI RIVOJLANTIRISH MARKAZI
TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI

“TASDIQLAYMAN”

O'z R SSV Fan va ta'lim
boshqarmasi boshlig'i
O'.S. Ismailov
2021 y "31" mart
№ 7 bayonnoma

“KELISHILDI”

O'z R SSVning Tibbiy
ta'limni rivojlantirish
markazi direktori
N.R. Yangieva
2021 y "23" mart
№ 3 bayonnoma

TAYANCH-HARAKAT TIZIMI YALLIG'LANISH
JARAYONLARIDAN SHIKASTLANISHNING
NUR TASHXISI ASOSLARI

Tibbiyot oliy ta'lim muassasalari III - IV kurs talabalari
uchun o'quv-uslubiy qo'llanma

110
31 mart 21

Toshkent-2021

Tuzuvchilar:

Xaydarova G.B. – TTA, tibbiy radiologiya kafedrası katta o'qituvchisi

Akramova N.A. – TDSI 3-son terapevtik yo'nalishlari kafedrası katta o'qituvchisi

Ismailova M.X. – TTA, tibbiy radiologiya kafedrası dotsenti

Ilxomov D.F. – TTA, tibbiy radiologiya kafedrası assistenti

Nig'matjonov A.S. – TTA, tibbiy radiologiya kafedrası assistenti

Taqrizchilar:

Fayziyev F.Sh. – TTA, Onkologiya kafedrası dotsenti, t.f.n.

Xodjibekova Y.M. – TDSI 3-son terapevtik yo'nalishlari kafedrası dotsenti

O'quv uslubiy qo'llanma TTA Ilmiy Kengashida tasdiqlandi,
bayonnoma №3 « 30 » sentabr 2020 y.

Ushbu o'quv uslubiy qo'llanma tibbiyot oliygohi bakalavr talabalari uchun mo'ljallangan.

TTA Kengash Kotibi

G.A. Ismailova

TOSHKENT TIBBIYOT
AKADEMIYASI KUTUBXONASI

№

3

Tayanch-harakat tizimi yallig'lanish jarayonlarining nur tashxis asoslari.

Axamiyatga ega bo'lgan tekshirish usullarining qay darajada shakllanganligi, texnologiya rivojiga ko'p jihatdan bog'liqdir.

Rentgenologik metodlar anatomik va fiziologik ma'lumotlarni yanada boyitdi. KT va MRT nafaqat suyak to'qimasini, bundan tashqari atrof to'qimalar haqida ma'lumotlar beradi (menisklar, tog'ay, boylamlar). Nur tashxis usullari skelet tizimi kasalliklarini keng miqyosda aniqlash bilan birgalikda avval noma'lum bo'lgan yangi kasalliklarni tavsiflab berdi. Tekshirishlarni muvaffaqiyatli chiqishi shifokorning malakasi, zakovati va dunyo qarashiga ko'p jihatdan bogliq. Nur tashxisi usullari ananaviy skelet kasalliklarini paydo bo'lishiga yangicha nazar bilan qarashga ya'ni uni shikastlanishidagi shu kungacha mavjud klassifikatsiyasiga yangi patologik o'zgarishlarni kiritib qo'yish imkonini beradi. Nur semyotikasining klinika bilan integratsiyasi tashxisni yanada mukammal bo'lishini ta'minlaydi. Shu sababli shifokor fikr yuritishida 4 ta bosqich: anatomik, semyotik, sindromal, nozologik va bular bir biri bilan o'zaro bog'liq bo'lib uni shakllantirish uchun avvalo me'yoriy ko'rsatkichlarni mukammal bilish lozim.

Anatomiyani tasniflash natijasida shu narsa aniq bo'ldi kirivojlanishda skelet tizimi murakkab yo'lni bosib o'tar ekan. Embrional davrning 2-oyidan boshlab skelet, biriktirivchi va tog'ay to'qimasidan xosil bo'ladi va uning shakllanishi 22-23 yoshgacha davom etadi. 25 yoshda to'liq yakunlanadi .40-45 yoshdan involyutiv o'zgarishlarga uchray boshlaydi.

Shunday qilib suyaklar rivojlanish bosqichlarida turli struktur o'zgarishlarga uchrar ekan. Bolalik davrda bu jarayonlar ossifikatsiya, qarilik davrda esa degenerative distrofik jarayonlar ko'rinishida kuzatiladi. Bular rentgenologik tekshiruvlarda o'z aksini topadi. Bola tug'ilganda suyaklar hali to'liq shakllanmagan bo'ladi. Suyak to'qimasidan faqat diafiz va qisman metafizi, tanasi va umurtqalarda yoyi, chanoq-oyoq panjasi suyaklari qisman shakllangan bo'ladi. Epifiz, naysimon suyaklarning metafizi bir qismi, apofiz, kaft suyaklarining uchlari oldingi qismi chanoq suyagi, umurtqa tanasi tog'ay to'qimasidan tuzilgan bo'ladi. Yuqoridagilardan

istisno tariqasida son suyagining distal epifizi va katta boldir suyagining proksimal epifizi shakllanganligi xomila to'liq rivojlanganligini bildiradi.

To'liq suyaklanish postnatal davrda o'sish zonolari xosil bo'lishi bilan davom etadi va o'lchamlari jadalravishdakattalashadi.

Suyaklar tuzilishiga ko'ra yassi, g'ovak, uzun, kalta turlarga bo'linadi. Uzun suyaklar bo'ylama o'lchami qanchalik katta bo'lsa ko'ndalang o'lchami xam shunchalik katta bo'ladi. Uzun naysimon suyaklarning epifiz va diafiz qismlari orasida ingichka metafiz qism joylashgan bo'ladi. Bolalarda epifiz va metafiz orasida epifizar tog'ay pardasi xam ko'rinib turadi (shaffof chiziq).

Metafizdagi suyak bo'rtmasida suyaklanish yadrosi mavjud bo'lib pay va boylamlar bilan birikadigan soha hisoblanadi (apofiz).

Yassi suyaklar 2'xil o'lchamga ega ximoya tayanch vazifasini bajaradi (chanoq bosh suyaklari, kurak suyagi).

G'ovak suyaklar asosan g'ovak moddadan iborat bo'ladi. G'ovak modda atrofini yupqa kompakt modda o'raydi (qovurg'a, to'sh, o'mrov). Kalla suyagi tarkibiga kiradi, noto'g'ri shaklga ega. Masalan: chakka suyagi va asosiy suyak.

Bolalarda harakat tayanch tizimining yoshga bog'liq xususiyatlarini anatomiyasi.

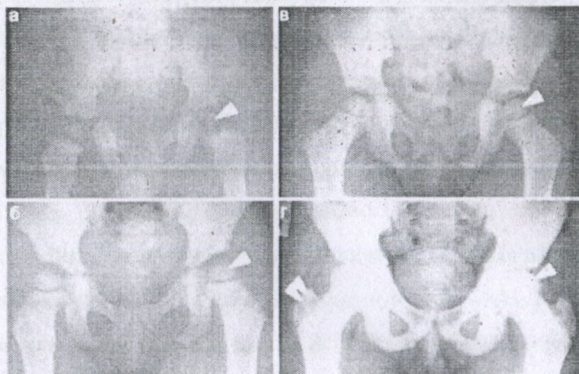
Birlamchi suyaklar ikkita fazadan (mezenximal va suyak) iborat. Odam kalla suyagi tubi, toz skeleti va o'mrov suyaklari rivojlanishida faqat ikkita mezenximal va suyak fazasidan iborat bo'ladi. Bola tug'ilganda bu suyaklarning oxirlari suyaklashmagan bo'lib ko'pincha choklar o'zaro kesishgan qismlardagina kuzatiladi. Shuning hisobiga chaqaloq kalla qopqog'ining shunday yumshoq joylari "liqildoq" va choklar saqlangan bo'ladi. Boshqa qolgan barcha suyaklar rivojlanishi uchta etapdan (mezenximal, tog'ay, suyak) iborat bo'lgani uchun ikkilamchi deyiladi. Bola tug'ilguncha diafiz suyak to'qimasi bilan qoplangan bo'ladi, epifizda esa suyaklanish yadrosi son suyagining distal epifizi va proksimal katta boldir suyagida shakllangan bo'ladi. Qolgan hamma bo'g'imlar bola tug'ilgandan ossifitsirlangan

fragment bo'lganligi sababli rentgenda to'liq aniqlanmaydi. Suyaklanish yadrolarining hosil bo'lish muddati turlicha bo'ladi.

Naysimon suyaklar uzunligi metafizar soha - ya'ni epifiz va diafiz chegaralari bilan o'lchanadi. Avvaliga suyaklanish yadrosi kichik razmerdan iborat bo'lib, bolaning ma'lum bir yoshigacha kattalashib epifiz diafizga qo'shilib tog'ay to'qimasi metafizar zonaga aylanadi.

Oyoqlarning naysimon suyaklarining uzunligi qo'lning uchdan ikki qismi yelka suyagi proksimal qismi va bilak suyagi distal qismiga to'g'ri kelsa oyoqlarda esa, uchdan ikki qismini son suyagi distal qismi va katta boldir suyagining proksimal qismini tashkil etadi.

Yuqoridagilarni hisobga olgan holda, bolalarda suyak izimini anatomic tuzilishidagi shikastlanishlar suyaklar o'sishiga ta'sir qilishi va turli keying asoratlarni keltirib chiqarishi mumkin bo'ladi.



12.1.1. Turli yoshdagi bolalar normal chanoq suyagi rentgenogrammalari:

Strelkalar bilan son suyagi boshida suyaklanish yadrosi ko'rsatilgan, qo'sh trelkabilan - apofiz;

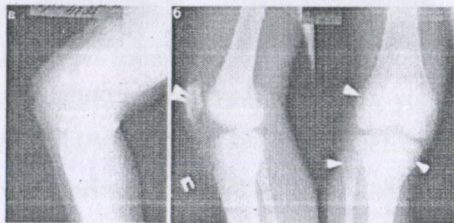
A - 10 oylikchaqaloq;

B - 3 yoshli bola;

B - 7 yoshli bola;

Γ - 10 yoshli bola.

Chaqaloqlarda apofiz bo'lmaydi, ularda suyaklanish yadrolari nisbatan kechroq hosil bo'ladi. Shakllanayotgan suyak qismlari bir-biri bilan o'zaro odam hayotining 18-20 yillarida sinastoz birikishi yuz beradi. Bu vaqtgacha apofiz rentgennegativ, ya'ni rentgen tasvirida aniqlanmaydigan tog'ay to'qimasidan iborat bo'ladi. Sh sababli ular bergan tasvirlarni sinishlar bilan farqlashda qiyinchilik yuzaga keladi. Patologiyasiz tizza bo'g'imining yoshga bog'liq morfologik o'zgarishlarni rentgenologik aniqlash mumkin. Yangi tug'ilgan bola son va boldir suyaklari epifizida yumaloq shakldagi suyaklanish yadrolari bo'lsa, 8 yoshar bolalarda esa faqatgina o'sayotgan suyakning yupqa metafizar qismi aniqlanadi. (12.1.2)



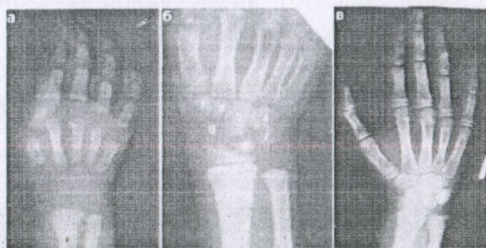
12.1.2-rasm

a-chaqaloq tizza bo'g'imi r-grammasi, strelkada suyaklanish yadrosi. Patella tasvirida bilinmaydi.

b-8 yoshli bolada suyak epifiz va metafiz qismlari orasida o'sish zonasi saqlangan (strelka), patella aniq bilinadi (qo'sh strelka).

Ko'pincha kaftusti suyaklarini rentgenologik tekshiruv orqali bola yoshini aniqlash sud-medekspertizasi va boshqa maqsadlarda qo'llaniladi. Shuni eslatib o'tish joizki, bunda bolaning jismoniy rivojlanish xususiyatlarini, endokrinologik buzilishlar bor-yo'qligini xisobga olish kerak, aks xolda xatoliklarga yo'l qo'yish mumkin.

Chaqaloqlarda bilak va falanga suyaklari epifizida o'sish zonalari bo'lmaydi. Bola hayotining 6-yilida os piriformis dan boshqa barcha suyaklarda o'sish yadrolari hosil bo'ladi. No'xatsimon suyak 10 yoshdan keyin shakllanadi. Xuddi shu paytda kaftusti suyaklari rentgenologik jixatdan xali ham to'la shakllanmagan: suyaklar oval yoki yumaloq "osish yadrolari" shaklida ko'rinadi. Tirsak suyagi distal epifizi ham ossifikatsiyalanmagan. 10 yoshdan keyin kaftusti suyaklari kattalarga xos rentgenologik belgilarga ega bo'la boshlaydi. Bir vaqtning o'zida tirsak suyagi distal epifizida suyak qismlar xosil bo'ladi. (12.1.3)



12.1.3. Qo'l panjasi R-grammasi.

1-os trapezium 2-os trapezoideu 3-os capitulum 4-os hamatum 5-os scaphedium 6-os lunatum 7-os triquetrum

a-4 oylik chaqaloq

6-6 yoshli bola

B-10 yoshli bola

Xar bir suyak yoshga bog'liq ravishda o'zgarishlarga uchraydi. Suyaklarning yoshga bog'liq rentgen anatomiyasini bilish rentgen tasvirlarni to'g'ri tahlil qilish imkonini beradi. Yoshga bog'liq o'zgarishlarni UTT da anexogen tog'ay to'qimasi bilan xam bilish mumkin.

Suyak kasalliklari nur-tashxis semiotikasi.

Skelet tizimidagi patologik o'zgarishlar quyidagi guruxlarga bo'linadi:

-suyak shakli va uzunligining o'zgarishi

-suyak konturining o'zgarishi

-suyak strukturasi o'zgarishi

-suyakusti pardasi-periost, bo'g'im va atrof to'qimaning o'zgarishi

I. Suyak shakli va uzunligining o'zgarishi.

Suyak qiyshayishi-(yoysimon,burchakli,S-simon)-deformatsiya bo'lib,suyak o'qining qiyshayishi(bir tomonlama suyak qalinlashishi bundan mustasno).Tug'ma anomaliyalarda,suyak pishiqlik xususiyati pasayganda, tashqi zarba ta'sirida yuzaga keladi.

Suyak uzunligining o'zgarishi:

- Uzunlashishi-suyak bo'ylama o'lchami kattalashishi.Suyak o'sish davrida tog'ay to'qimasi giperplaziyasi tufayli kelib chiqadi(gipofiz somatotrop gipersekretsiyasida)

- Kattalashish-suyak bo'ylama o'lchamining qisqarishi.Suyak o'sishining u yoki bu sababga ko'ra o'sishi sekinlashishi tufayli kelib chiqadi.

Suyak yupqalashishi-suyak hajmi kamayishi.Tug'ma va ortirilgan bo'ladi.Tug'ma suyak yupqalashishi gipoplaziya deyiladi.Ortirilgan suyak yupqalashishlari esa chin atrofiyalari hisoblanadi.U eksentrik va konsentrik bo'ladi.Eksentrik atrofiyada suyak kompakt qavati ham periost tomondan.ham suyak ko'migi tomondan emiriladi(osteoporoz).Konsentrik atrofiyada yemirilish faqat periost tarafdan davom etadi,suyak kanali enostoz tufayli kengayadi.Suyak hosil qilgan bo'g'im harakati cheklanishi,neyrotrofik va endokrin buzilishlarlar atrofiyaning sabablari hisoblanadi.

Suyak "shishi"-suyak hajmining kattalashishi.Suyak moddasining ortishi yoki patologik to'qima hisobiga yuzaga keladi.Suyak "shishi" o'sma,kista,yallig'lanish(spina ventoza) kasalliklarida kuzatiladi.

II. Suyak konturi o'zgarishi.

R-grammada suyak konturi 2 xususiyati xarakterlanadi: **shakli** (tekis va notekis), **aniqliligi** (aniq va noaniq). Normada suyak konturi aniq va tekis bo'ladi.Faqatgina boylamlar va yirik mushaklarning suyakka birikish joyida suyak konturi notekis(tishli,

to'liqsimon, g'adir-budir) bo'ladi. Bu sohalar aniq bilinib turadi (yelka suyagining deltasimon muskul birikadigan joyi, tuberositas tibia).

III. Suyak tuzilishining o'zgarishi.

Suyak tuzilishining o'zgarishi fiziologik va patologik turlarga bo'linadi.

Fiziologik –suyak yoki skeletning alohida bir qismiga tushadigan yuklama o'zgariganda rivojlanadi (ankiloz, amputatsiyadan keyin, paralich).

Patologik-kasalliklarda kuzatiladi (osteoparoz, giperparatiroidizm, raxit)

Patologik qayta tiklanish – patologik jarayon tufayli vujudga keluvchi suyak to'qimasining paydo bo'lishi va so'rilishi muvozanatining buzilishi oqibatida kelib chiquvchi suyak strukturasi o'zgarishidir. Bunday holatda, osteogenez ikki holdagi qayta tiklanishda ham prinsip jihatdan bir xil – yoki suyak ustunlari so'rilib ketadi (buziladi), yoki yangi suyak ustunlari paydo bo'ladi. Suyak strukturasi qayta tiklanishi turli jarayonlar bilan belgilanadi: travmalar, yallig'lanish, distrofiya, o'smalar, endokrin buzilishlar va h.k.

Patologik qayta tiklanish turlari quyidagilar:

- osteoporoz
- osteoskleroz
- destruksiya
- osteoliz
- osteonekroz va sekvestrlanish.

Bulardan tashqari suyak strukturasi patologik o'zgarishiga olib keluvchi sabablardan biri bu suyak sinishlarida uning butunligining buzilishidir.

Osteoporoz – patologik suyak qayta tiklanishi bo'lib, suyak hajmiy birligida suyak ustunlarining kamayishi bilan kechadi. Osteoporozda suyak hajmi o'zgarishsiz qoladi, agar unda atrofiya kuzatilmasa. Yo'qolgan suyak ustunlari vazifasini normal suyak to'qima elementlari (destruksiya bilan farqli o'laroq) – yog' to'qimasi, suyak iligi, qon bajaradi. Osteoporozning sababi funksional (fiziologik) faktorlar yoki patologik jarayon bo'lishi mumkin. Osteoporoz mavzusi hozirgi kunda juda ommaviy, maxsus adabiyotlardan istalgancha bu haqida ma'lumot olish mumkin, shu sababdan biz faqat

bu kasallikda suyak to'qimasida kechadigan rentgenologik o'zgarishlarga urg'u berib o'tamiz.

Osteoporozning rentgenologik tasviri kasallikning mohiyatiga mos bo'ladi. Suyak ustunlari soni kamayadi, g'ovak to'qima o'rniga ustunlararo bo'shliqning kengayishi hisobiga paydo bo'lgan katta haqlalar xosil bo'ladi; kortikal qavat yupqalashib, tolasimon tus oladi, lekin suyakning boshqa qismlari kattalashuvi oqibatida uning konturlari chizilganga o'xshab ko'rinadi. Shunga ko'ra aytishimiz mumkinki, osteoporozda kortikal qavat qanchalik yupqalashmasin uning butunlagi doimo saqlanadi.

Osteoporoz soyasining aksi xarakteri bo'yicha bir xilda tarqalgan(diffuz osteoporoz) va bir xilda tarqalmagan(dog'simon osteoporoz) turlarga bo'linishi mumkin. Dog'simon osteoporoz odatda o'tkir jarayonlarda uchraydi va keyinchalik diffuz osteoporozga aylanadi. Diffuz osteoporoz surunkali jarayonlarga xos. Bundan tashqari suyak ustunlarining kamayishi va ularning qalinlashuvi bilan kechuvchi gipertrofik osteoporoz ham uchraydi. Bu kasallik funktsiya bajarmayotgan suyak ustunlarining so'rilishi va qolganlarining gipertrofiyalanishi oqibatida vujudga keladi. Bunday qayta tiklanish ankirozlarda, singan suyaklarning noto'g'ri bitishida, skeletdagi turli operatsiyalardan keyin kuzatilishi mumkin.

Joylashuviga ko'ra osteoporoz bo'lishi mumkin:

- Lokal yoki mahalliy
- Regionar, ya'ni qaysidir anatomik sohani egallovchi(ko'p xollarda bo'g'imlarni)

- Tarqalgan butun qo'l yoki oyoqda

- Umumiy yoki tizimli, ya'ni butun skeletni qoplab olgan.

Osteoporoz – qaytar jarayon, lekin ayrim nohush xolatlar ta'sirida u destruksiyaga aylanishi mumkin.

Osteoskleroz – suyakning patologik qayta tiklanishlaridan biri bo'lib, suyak hajm birligida suyak ustunlari sonining ko'payib ketishi bilan kechadi. Ayni vaqtda suyak ustunlari orasidagi bo'shliq butunlay yo'qoladi. Bunday holda, g'ovak suyak

bosqichma-bosqich kompakt suyakka aylanib boradi. Suyak ichidagi bunday torayish tomirlar kanalini siqib qo'yadi, bu esa o'z navbatida mahalliy ishemiyaga sabab bo'ladi, biroq osteonekrozdan farqli o'laroq, u butunlay qon aylanishini to'xtatib qo'ymaydi va sklerozlangan soha bosqichma-bosqich o'zgarmas suyakka aylanadi.

Osteoskleroz keltirib chiqaruvchi sabablariga ko'ra bo'lishi mumkin:

- fiziologik yoki funksional(suyaklarning o'sish nuqtasi, bo'g'im botiqlari)
- Turli holatlar va anomaliyalar(insula compacta, osteopoykiliya, mramor kasalligi, meloreostoz)
- Patologik(postravmatik, yallig'lanishli, o'smalarda, distrofiya, toksik)

Osteosklerozning rentgen tasviri uchun kichik xalqali, dag'al trabekulyar struktura g'ovak modda orasidagi bo'shliq to'rsimon shaklga kelib qoladi, po'stloq qavatining ichkaridan qalinlashuvi(enostoz), suyak ko'migi kanali torayishi, bazida butunlay berkilib ketishi(eburneatsiya). Soyasining aksi xarakteri bo'yicha osteoskleroz bo'lishi mumkin: diffuz yoki bir xilda tarqalgan va o'choqli.

Joylashishi bo'yicha bo'lishi mumkin:

- Chegaralangan
- Tarqalgan bir necha suyakni yoki skeletning malum bo'lagini qoplagan
- Umumiy yoki tizimli, ya'ni butun skeletni qoplagan(turli kasalliklarda masalan leykozda, mramor kasalligida).

Destruksiya — suyak to'qimasining parchalanishi va o'rniga patologik substansiyaning xosil bo'lishi. Patologik jarayonga ko'ra destruksiya bo'lishi mumkin yallig'lanishli, o'smali, distrofik va yot tanali modda bilan almashinishli bo'lishi mumkin.

Yallig'lanishli jarayonda parchalangan suyak to'qimasi o'rnini yiring, granulyatsiya yoki maxsus granulyoma egallaydi.

O'smali destruksiya parchalangan suyak to'qimasining o'rnini suyakda xosil bo'lgan yoki metastatik yaxshi sifatli yoki yomon sifatli o'sma hujayralari egallashi bilan xarakterlanadi.

Degenerativ-distrofik jarayonda qon ketgan va nekrozga uchragan sohadagi suyak to'qimasi fibrozli yoki to'liq bo'lmagan osteoid to'qima bilan almashinadi. Bu kistali o'zgarishlar turli variantdagi osteodistrofiya uchun xarakterlidir. Destruksiyada suyak to'qimasini yot tanali to'qima egallaganiga misol qilib ksantamatozda lipidlarning suyak to'qimasini siqib chiqarishini ko'rsatishimiz mumkin. Destruksiyada suyak to'qima o'rnida paydo bo'luvchi barcha patologik to'qimalar rentgen nurlarini uni qoplab turgan suyak to'qimasiga nisbatan ko'proq yutadi va shu sababdan destruksiya rentgenogrammasida suyak tasviri turli intensivlikka ega shaklda ko'rinadi. Faqat patologik to'qima o'zida Ca tuzlarini tutganda destruksiya soyalanish bilan kuzatilishi mumkin(osteogen sarkomaning osteoblastik tipi).

Destruksiya o'choqlarining morfologik ko'rinishi ularni diqqat bilan skialogik tahlil qilish kerakligini uqtiradi(joylashishi, soni, shakli, o'lchami, intensivligi, o'choqlar strukturasi, konturlar xarakteri, atrof to'qima holati).

Osteoliz – suyak to'qimasining o'rniga hech qanday to'qima qoldirmasdan butunlay so'rilib ketishi, to'g'rirog'i, fibroz chandiqli biriktiruvchi to'qima shakllanishi bilan. Osteoliz odatda skeletning periferik sohalorida(distal falangalar) va bo'g'im suyaklarining oxirida uchraydi. Osteoliz rentgenogrammada ko'p hollarda chetki defektlar shaklida ko'rinadi, lekin afsuski ayrim hollarda uni destruksiyadan farqlash qiyinroq. Osteoliz sabablari markaziy nerv sistemasida moddalar almashinuvi jarayonining chuqur buzilishlari(siringomiyeliya,tubes), periferik nervlar zararlanishi, periferik qon tomirlar kasalliklari(Reyno kasalligi, endoarteriit), sovuq urishi va kuyishlar, sklerodermiya, psoriasis, mohov, ayrim hollarda travmadan so'ng(Gorxem kasalligi) kabilar bo'lishi mumkin.

Osteolizda parchalangan suyak to'qimasi destruksiyadan farqli ravishda hech qachon qayta tiklanmaydi, unda esa ba'zi hollarda reparatsiya bo'lishi mumkin, hattoki ortiqcha suyak shaklida.

Osteonekroz – suyakning ma'lum sohasini nobud bo'lishi. Oraliqdagi zich modda saqlanganda gistologik nekroz osteotsitlarning lizisi bilan xarakterlanadi. Qon

aylanishining to'xtashi hisobiga nekrozlangan suyak qismidagi zich moddaning solishtirma og'irligi ortadi, aynan shu paytda giperemiya hisobiga suyak atrofidagi to'qimada rezorbsiya kuchayadi. Osteonekroz nekrozga olib keluvchi sabablarga ko'ra aseptik va septik nekrozga bo'linadi.

Aseptik osteonekroz to'g'ridan-to'g'ri travmalar(son suyagi bo'yinchasi sinishi, sinish bo'laklari)da, mikrotravmalar tufayli qon aylanishining buzilishlarida(osteoxondropatiyalar, deformatsiyalanuvchi artrozlarda), tromboz va emboliyalarda(kesson kasalligi), suyakichi qon ketishlarda(suyak nekrozisiz suyak ko'migi nekrozi) uchraydi.

Septik osteonekrozga infeksiyon faktorlar orqali chaqirilgan suyakdagi yallig'lanishli nekroz jarayonlari(osteomiyelit turli etiologiyali) kiradi.

Rentgenogrammada suyakning nekrozlangan qismi uni o'rab turgan sog' to'qimaga nisbatan zichroq ko'rinadi. Nekrozlangan maydon chegarasida suyak ustunlari uziladi va uni sog' suyak to'qimasidan ajratib turuvchi biriktiruvchi to'qima rivojlanishi natijasida yorug'lanish izlari paydo bo'lishi mumkin.

Osteosklerozdagi soyalanish kabi osteonekroz ham soyali sur'atga ega. Shunga qaramasdan, o'xshash rentgenologik sur'at turli morfologik tuzilishga asoslangan. Bu ikki protsessni farqlash ba'zida, ya'ni nekrozning 3ta rentgenologik belgisi bo'lmaganda faqat klinik ko'rinish va rentgenologik sur'atni dinamik kuzatuv asosida amalgam oshiriladi.

Suyakning nekrozlangan maydoni so'rilishi natijasida destruksiya bo'shlig'ini hosil qilishi mumkin; so'rilish va yangi suyak to'qimasini hosil qilishi – tiklanishi mumkin; ko'chib tushishi – sekvstrlanishi mumkin.

Agar so'rilgan suyak yiring yoki granulyatsiya (septik nekrozda) yoki biriktiruvchi to'qima yoki yog' to'qimasi (aseptik nekrozda) bilan almashinsa destruksiya o'chog'i hosil bo'ladi. Kollikvatsion nekrozda nekrotik massaning suyilib kaft hosil qilishi kuzatiladi.

Ba'zan suyak yuqori regeneratsiyalanish xususiyatga ega bo'lganda, nekrozlangan maydon so'rilib asta-sekin yangi suyak to'qimasi bilan almashinadi (ba'zida hatto ortiqcha) ya'ni tiklanish jarayoni sodir bo'ladi.

Infektsion protsess noxush kechishida suyakda nekrozlangan maydonning ko'chib tushishi ya'ni sekvestratsiyasi sodir bo'ladi, natijada destruksiyalangan maydonda o'zida yiring yoki granulyatsiya saqlovchi, erkin yotuvchi sekvestr hosil bo'ladi.

Rentgenogrammada suyak ichi sekvestri osteonekrozga xos barcha xarakterli belgilarga ega, unda ko'chib tushgan nekrozlangan suyakka xos zich qism atrofidagi yiring va granulyatsiya natijasida hosil bo'lgan yorug'lanish izlarini ko'rish mumkin. Ba'zi holatlarda suyak devorlaridan biri yemirilganda juda katta bo'lmagan sekvestrlar yiring bilan birgalikda oqma yo'li orqali butunlay yoki qisman chiqadi (penetrirlangan sekvestr).

Sekvestrlar joylashgan joyi va suyak to'qimasi xarakteriga ko'ra g'ovaksimon va kortikal bo'ladi.

G'ovaksimon sekvestrlar naysimon suyaklar (ko'pincha tuberkulyozda) va g'ovaksimon suyaklar metafiz va epifizida hosil bo'ladi. Sur'atlarda ularning intensivligi past, ular noaniq va notekis konturga ega va butunlay so'rilib ketishi mumkin. *Kortikal sekvestrlar* suyakning kompakt qavatidan hosil bo'ladi, rentgenogrammada ularning intensivligi yuqori va aniq konturga ega. Kortikal sekvestrlar razmeri va joylashishiga ko'ra total – butun diafizda va qisman bo'ladi. Kompakt qavat yuzaki qismidan tashkil topgan qismlar sekvestrlar – po'stloq; chuqur qavatdan tashkil topib, suyak ko'migi devorini hosil qiluvchi sekvestrlar – markaziy deb ataladi; Agar sekvestr silindrik suyak atrofidagi qismlardan hosil bo'lsa u kirib boruvchi sekvestr deb nomlanadi.

Suyak va bo'g'imlarning yallig'lanish kasalliklari.

Suyak va bo'g'imlar tuberkulyozi.

Yaqqol belgilsiz boshlanadi va davomiyligi uzoq. Tuberkulyoz tana, oyoq, qo'llarning xoxlagan qismlarini zararlashi mumkin, bosh suyagi kamdan kam zararlanadi. Oyoq va qo'llarda protsess ko'pincha uzun suyaklar epifizida joylashadi (son, katta boldir, yelka, bilak suyaklari) oyoq kafti g'ovaksimon suyaklarida (kubsimon, oshiq, to'piq suyaklari) Tana qism suyaklari orasida esa

tuberkulyoz birinchi o'rinda umurtqa pog'onasi suyaklarida joylashadi (kamdan kam to'sh va qovurg'a suyaklarida). Bosh suyagida o'choqlar asosan pastki jag' suyaklarida lokalizatsiyalanadi. Patologoanatomik tuberkulyozning 2ta forma (faza)si farqlanadi: granulyatsiyalanuvchi va kazeoz.

Rentgenologik: granulyatsiyalanuvchi formada – o'choq kichik razmerda, reaktiv skleroz bilan asoslanuvchi aniq konturga ega. Kazeoz formaga – o'choq noaniq konturli va sekvestrlar bo'lishi xarakterli. Tuberkulyoz o'zgarishlari metafizda yoki epifizda bo'lishidan qat'iy nazar patologik protsess bo'g'imga tarqaladi va uning yuzasini yemiradi. Bo'g'im yorig'i boshida oqma bo'lishi tufayli kengayadi, keyinchalik torayadi. Borgan sari bo'g'im yuzalari yemirilib ketadi. Endostal va periostal reaksiyalarning bo'lmashligi xarakterli. Tuberkulyoz artriti surunkali bo'lishi va yaqqol bo'lmagan qisqa muddatli qo'zish bo'lishi bilan farqlanadi. Protsess fibroz yoki suyakli ankiloz hosil bo'lishi bilan yakunlanadi.

Tuberkulyoz spondiliti – uchrashi bo'yicha 1-o'rinda turadi. (30%) Ko'proq 5 yoshgacha bo'lgan davrda uchraydi. Ko'pincha ko'krak umurtqalari, keyingi o'rinlarda bel, bo'yin va dumg'aza umurtqalari zararlanadi. O'zgarish ikkita, uchta va undan ko'p umurtqalarda bo'lishi mumkin.

Umurtqa tanalari qon bilan ta'minlanishining o'ziga xosligi tufayli tuberkulyoz o'choqlari bolalar va kattalarda turli bo'limlarda joylashadi: 10 yoshgacha bo'lgan bolalarda protsess markaziy, kattalarda esa periferik bo'limlarda joylashadi. Umurtqa pog'onasida kazeoz massalar, tez parchalanishga uchraydi, natijada tuberkulyoz kavernalari hosil bo'ladi (kattalarda – subxondral, bolalarda – markaziy). Bolalarda protsess atrofdagi umurtqalarga oldingi uzunchoq boylam ostidan, umurtqalararo diskni zararlamasdan tarqaladi. Kattalarda umurtqalararo disk zararlanadi. Tuberkulyoz spondiliti odatda oqma absess bilan birga kuzatiladi, ayniqsa bu ko'krak bo'limida o'pka to'qimasi fonida aniq ko'rinadi, bel qismida – yonbosh-bel mushagi formasi o'zgarishiga qarab aniqlanadi, bo'yin qismida esa halqumning siljishi va umurtqa oldi to'qimalarda infiltratsiyaning borligi bilan aniqlanadi. Bo'g'imlar orasida

tuberkulyoz ko'p hollarda chanoq-son, kamdan-kam tizza, tirsak, oshiq-boldir, bilak-kaft bo'g'irlarini zararlaydi.

Birlamchi-suyak va birlamchi-sinovial formalar farqlanadi. Birlamchi-suyak formada protsess suyakdan boshlanadi. O'choq epifiz yoki metafizda joylashadi. Birlamchi-sinovial formada o'zgarishlar yumshoq to'qimada joylashadi va keyinchalik suyakka tarqaladi.

Tuberkulyoz koksiti – chanoq-son bo'g'imi sohasida tuberkulyoz o'choqlari yonbosh va o'tirg'ich suyaklari tanasida, son suyagi boshi va bo'yida joylashishi mumkin. Patologik protsess sekinlik bilan o'tadi, klinik simptomlar birin ketin paydo bo'ladi. Kamdan kam hollarda o'choq tarkibidagi yiring bo'g'imga o'tganda o'tkir boshlanishi mumkin va bu infeksiyon artritni eslatadi. Tuberkulyoz koksitini birlamchi-sinovial formasi kamdan kam uchraydi. O'choq o'tirg'ich do'mbog'ida bo'lganda chanoq-son bo'g'imi uzoq muddat intact saqlanadi. Bunday protsess son suyagi ichki yuzasi bo'ylab tarqaluvchi oqma absess bilan birga davom etadi.

Tuberkulyoz goniti – Tizza bo'g'imida destruksiya o'choqlari ko'pincha son suyagi distal epifizida, katta boldir suyagi proksimal qismida va kam hollarda tizza qopqog'ida joylashadi. Yemirilish o'chog'i atrofida reaktiv o'zgarishlar bo'lmaydi, faqat tinchlanish davrida yaqqol bo'lmagan skleroz kuzatiladi. Birlamchi-sinovial formada rentgenologik bir xil tarqalgan osteoporoz, atrofiya va yumshoq to'qima o'zgarishlari aniqlanadi. Patologik o'zgarishlar suyakka tarqalganda synovial parda birikuvchi joylarda chetki defektlar aniqlanadi.

Osteomiyelit

Suyak ko'migini zararlab, suyakning barcha elementlari va atrof yumshoq to'qimaga tarqaluvchi, infeksiyon yallig'lanish kasalligi. Xirurgik infeksiya kabi bu ham umumiy va mahalliy simptomlar bilan birga davom etadi. Etiologiyasiga ko'ra spetsifik (tuberkulyoz va bq.) va nospetsifik bo'ladi. Kasallik kechishiga ko'ra o'tkir (tipik) va birlamchi-surunkali (atipik) farqlanadi. O'tkir osteomiyelit gematogen va nogematogen – travma va operatsiyalardan keyingi, atrof

to'qimalardagi yallig'lanish jarayoni tarqalganda bo'ladi. O'tkir gematogen osteomielit kechishiga ko'ra o'tkir, o'tkirosti va surunkaliga bo'linadi. Osteomielitning birlamchi-surunkali formasi ichida sklerozlanuvchi Garre osteomieliti, kortikalit, Brodi suyak ichi absessi va albuminoz osteomieliti ajratiladi. Osteomielitik jarayon asosiy qo'zg'atuvchisi bu stafilokokk, boshqa mikroorganizmlar kamdan kam hollarda qo'zg'atishi mumkin.

Nospetsifik osteomielit – uch yo'l bilan hosil bo'ladi: gematogen, yumshoq to'qimalardan jarayon suyakka o'tganda va suyaklarning ochiq jarohatlarida. Gematogen osteomielit ko'proq uchraydi va rentgenodiagnostikada ko'plab qiyinchiliklar tug'diradi. Gematogen osteomielit klinik kechishiga ko'ra o'tkir va surunkaliga bo'linadi.

O'tkir osteomielit

Toksik shakli- Bunda kasallikning yashin tezligida rivojlanishi va umumiy simptomlar(yuqori harorat, qusish, tutqanoq) kuzatiladi. Mahalliy belgilar namoyon bo'lishga ulgurmaydi. Osteomyelitning bu shakli ko'pincha o'lim bilan tugaydi.

Septikopyemik shakli- osteomyelitning bu shaklida yiringli yallig'lanish bir yoki bir necha suyaklarni shikastlaydi va yiring boshqa organlarga osonlik bilan metastazlanadi.

Mahalliy yoki yengil forma –Jarayonning bitta suyakada lokalizatsiyalanishi va umumiy javob reaksiyalarisiz kechishi bilan xarakterlanadi. Mahalliy yoki yengil forma ko'proq uchraydi. Bunda periferik qonda quyidagi o'zgarishlar kuzatiladi. CO₂ tezlashadi, leykotsitlar soni 11-20 mingga yetadi, leykotsitar formula chapga siljiydi, kasallik o'tkir boshlanadi. Kasallikning 1-2 kunlarida darmonsizlanish suyak va bo'g'imlarada og'riq, 2-3 kunlarida haroratning 39-40 darajako'tarilishi shikastlangan sohalarda og'riq paydo bo'lishi mumkin. Ko'zdan kechirganda teridagi qavariq shishlar va giperimiyaga etibor qaratish lozim. Palpatsiyada og'riq mahalliy giperimiya yumshoq to'qimalar pastozini kuzatiladi. Gematogen osteomyelit ko'pincha bolalar va o'smirlarda bazida esa har qanday yoshda uchrashi mumkin. Erkaklarda osteomyelit ayollarga qaraganda 2-3 marta ko'proq uchraydi

Gematogen osteomyelit har qanday skeletda lokalizatsiyalanishi mumkin lekin ko'pincha (84%) uzun naysimon suyaklarda lokalizatsiyalanadi. Aksariyat hollarda son suyagi, kata boldir suyagi, yelka suyagi, kichik boldir suyagi kamroq kalta naysimon suyaklar shikastlanadi. Shikastlanish uzun naysimon suyaklarning metafiz qismidan boshlanadi.

Rentgen diagnostikasi - Destruktiv jarayonlarni kam ifodalaydi. O'tkir gematogen osteomyelitning dastlabki belgilari 8-15 kundan keyin namoyon bo'ladi. Rentgen tekshiruvu yumshoq to'qimalardagi o'zgarishlarni (ular intensivligini pasayishi, mushaklararo qatlamlar deformatsiyasi ular tolalarini differensirovkasini) batafsilroq ifodalaydi. Teri osti yog' to'qimasidagi o'zgarishlar ko'proq xarakterli. Normada teri osti yog' to'qimasining rentgenologik ko'rinishi bir jinsli gomogen tuzilishidagi bo'shliq. Gematogen osteomyelitda shish natijasida o'zaro va mushak massa orasida chegara aniqlik yo'qoladi. Rentgenologik o'zgarishlar metafizda kuzatilib suyak trabekularining o'pirilishi ko'rinishida namoyon bo'ladi. Po'stloq qavati noaniq bo'lib qoladi, ba'zi joylarda yo'qoladi. Kasallik bo'shlangandan 8-10 kun o'tgach popukli yoki qat-qat tipidagi periostal reaksiya yuzaga kelishi mumkin. Suyak to'qimasining destruksiyasi erta bosqichlarda namoyon bo'lmaydi lekin bu gematogen osteomyelitda aniq symptom hisoblanadi. Suyak to'qimasining destruksiya o'chog'i qalin po'stloq va metafiz qavatlarida lokalizatsiyalanadi. Ular bir talay bo'lib kichik noto'g'ri aylana yoki cho'zilgan shaklda va noaniq konturli bo'ladi. Destruksiyaning o'zaro qo'shilib ketgan o'choqlari nuqtali yorug'langan kartinani yuzaga keltiradi. Suyak tiniqroq bo'ladi. Kortikal qavat noaniq ingichkalashgan ko'rinishda bo'ladi. Gematogen osteomyelitda jarayon diafizga ham tarqalishi mumkin. Uzun naysimon suyakning ko'zga ko'rinarli qismiga tarqalishi mumkin. O'z vaqtida boshlangan davo muolajalari qator hollarda shikastlovchi o'choqlarini qamal qilib ularni so'rilishini taminlaydi. Ko'p hollarda kasallik surunkali tus oladi. Osteomyelitning o'tkir formasining surunkaliga o'tishi proliferativ jarayonning kuchayishida yuzaga keladi. Kortikal qavat zichlashadi suyak qalinlashadi yallig'lanishli giperostoz rivojlanadi. Destruksiya o'choqlari sklerotik o'choqlarni qamrab oladi suyak qo'pol tus oladi. Surunkali osteomyelit qancha uzoq davom etsa rentgenogrammada osteoskleroz

shunchalik ko'p ko'rinadi. 70-80 % hollarda gematogen osteomyelitda o'choqlar fonida sekvestr aniqlanadi. Sekvestr-suyak to'qimasining zichlashgan ko'chgan qismi bo'lib, sekvestr bo'shlig'ida joylashib sekvestr kapsulasi bilan o'ralgan. Yiring va granulyatsion to'qima o'sib sekvestrni sog'lom to'qimadan ajratadi demarkatsion xalqa yuzaga keladi. Rentgenogrammada sekvestr atrofidagi suyak to'qimaga nisbatan zichroq soya beradi, demarkatsion xalqa yo'l- yo'l ko'rinishda bo'lib suyak to'qimasi ko'rinishidan mahrum bo'lib sekvesterni o'rab oladi. Total(butun diafizni qamrab oladi) hamda bo'lak sekvestr farqlanadi. Qisman (bo'lakli) sekvestr 3 xil ko'rinishda po'stloq, markaziy, kirib boruvchi. Po'stloq sekvestr tashqi plastinkasimon kompakt moddadan yuzaga kelib uzaygan segment shakliga ega uning tashqi konturi aniq va tekis. Markaziy sekvestr kam uchraydi. Ichki plastik kompakt moddadan yuzaga keladi. Uning tashqi konturi aniq ichki konturi tekis va aniq. Kirib boruvchi sekvestr naysimon suyaklarning aylana qismini qamrab oladi lentasimon shaklda bo'lib o'tkir uchli uzunligi 5-8 smga teng. O'tkir va surunkali gematogen osteomyelit patologik sinishga asoratlanishi mumkin. Patologik sinishlar kam uchrab faqat uzun naysimon suyaklarda kuzatiladi. Gematogen osteomyelit tug'ma sifilis natijasida suyak to'qimasining zararlanishi. Yuing sarkomasi bilan defferensial diagnoz qilinadi. Tug'ma sifilis 4- yoshdan boshlab 16-18 yoshdacha paydo bo'ladi. Suyakdagi o'zgarishlar bilan bir qatorda terida parenxematoz keratit va tishlarda o'zgarishlar kuzatiladi. Suyaklarning sifilitik zararlanishida harorat ko'tarilishi mahalliy yallig'lanishli jarayonlar (shish geperimiya), suyaklarning sistemali o'zgarishlari xarakterli. Rentgen tekshiruvlarida jarayon diafizda lokalizatsiyalanib ko'plab masofaga cho'ziladi. Suyak giperostoz hisobiga ko'ndalangiga kengaygan. Ossifitsirlangan periostning tashqi konturi aniq, bazida noaniq tolasimon. Kortikal qavat suyak ko'migi va metafiz qismida massiv skleroz uchraydi. Suyak ko'migi kortikal qavat diafiz qismida yagona yoki ko'plab dumaloq shaklidagi aniq shakldagi destruksiya o'choqlari va reaktiv skleroz uchraydi. Sekvestratsiya xos emas. Spetsifik sifilitik jarayonlarni aniqlash uchun serologic reaksiyalardan foydalaniladi. Biroq zaxmning suyak -bo'g'im shaklida ko'pincha Vasserman reaksiyasi 60-65 % hollarda manfiy bo'ladi. Orqa miya suyuqligini tekshirish ko'p hollarda musbat reaksiya beradi.

Yuing sarkomasi- retikuloendotelial to'qimadan o'sgan o'sma. Ko'proq bolalar va o'smirlarda uchrashi bilan o'ziga xos. Klinik ko'rinishi (og'riq,teri geperimiyasi va shishi skeletning shikastlanish, hajmining ortishi) soxta yallig'lanish jarayoni ham kuzatilishi mumkin. Bazida tana haroratining ortishi. Biroq gematogen osteomyelit bilan taqqoslaganda kilinik simptomlar sekinlik bilan yuzaga keladi. Periferik qon analizida Co2ning tezlashuvi ,o'rtacha leykositoz aniqlanishi mumkin. Yuing sarkomasida jarayon ko'pincha metafiz qismida uzun naysimon suyaklarning diafizida uchraydi. Yuing sarkomasida destruksiya o'chog'i ko'pincha polimorf,cho'zilgan noaniq konturli. Suyak ko'migi kanalida joylashib unda shishni chaqiradi. Suyak to'qimasida joylashgan kichik destruksiya o'choqlari hisobiga kortikal qavatining bo'ylama turli tutamli bo'lishi xarakterli bo'lib bu ko'rinish osteomyelit uchun xos emas. Suyak to'qimasidagi destruksiya o'choqlari sklerotik o'choqlar bilan qo'shilib ketadi. Suyakusti qavatlarning reaksiyasi Yuing sarkomasida osteomyelitdagiga o'xshash bo'lishi kuzatiladi. Yuing sarkomasida suyak to'qimasida surunkali osteomyelitga xos yirik g'ovak strukturalar bo'lmaydi. Surunkali osteomyelitning belgisi bu -hech qachon Yuing sarkomasida bo'lmaydigan sekvestr hisoblanadi. Yana takidlash joizki, yuing sarkomasda jarayon ko'pincha solitar (surunkali osteomyelitda bir nechta suyak shikastlanadi.). Yuing sarkomasining eng qiyin diagnostikasi bu uning metafizar lokalizatsiyasi hisoblanadi. Bunda tashxis faqat biopsiyaga asoslanib qo'yiladi.

Birlamchi surunkali gematogen osteomielit.

Kasallik boshidanoq surunkali formada kechadi.Bemor umumiy holati qoniqarli.Kasallik paytida yumshoq to'qimalarda shish va terida katta bo'lmagan giperemiya kuzatilishi mumkin.Ayrim hollarda yuqori bo'lmagan ECHT oshishi kuzatiladi.

Birlamchi -surunkali osteomielit o'smirlar va bolalarda ko'p uchraydi,lekin hamma yoshdagi odamlarda uchrashi mumkin.Ko'pincha uzun naysimon suyaklar jarohatlanadi.Suyakni metafiz qismiga lokalizatsiyalanadi.Rentgen tekshiruv paytida koproq uzun naysimon suyakning metafiz qismida ko'nturlari aniq va tekis,bir yoki bir

nechta destruktiv chegaralari aniq tekis sklerozlangan o'choqlar paydo bo'ladi. Destruktiv o'choqlarni sub- yoki intrakortikal lokalizatsiya paytida sustroq periostal jarayonni ko'rish mumkin.

Differensiyal tashxis; eozinofil granulioma va fibroz displaziya.

Eozinofil granulioma kuchsiz ifodalangan og'riqli ammo jarayon uzun naysimon suyaklarga lokalizatsiyalangan paytda teri giperemiyasi va yumshoq to'qimalar shishi kuzatilmaydi. Rentgenologik tekshiruv paytida uzun naysimon suyaklarnig har qanday qismiga ko'proq sub va intra kortikal zonasiga lokalizatsiyalanadigan ko'pincha bitta destruktiv o'choqlar aniqlanadi. Destruktiv o'choq notekis aylana va bo'ylamasiga cho'zilgan uzun suyak formasiga ega. Asosan ko'nturlari to'g'ri va notekis. Bazan destruktiv o'choqlar fo'nida suyak bitishmalari kuzatiladi.

Fibroz displaziya ko'proq bolalik va o'smirlarda uchraydi. Kasal unchalik katta bo'lmagan deformatsiya va og'riqlarga shikoyat qilishi mumkin. Fibroz displaziya payti jarayon ko'p qirrali harakterga ega bo'lishi mumkin. Periferik qonda o'zgarishlar kuzatilmaydi. Rentgenologik tekshiruvda kuchsiz ifodalangan deformatsiyalar va suyakning ko'ndalangiga kengayishi kuzatiladi. Ko'roq suyak to'qimasining metadiyafiz yoki diafiz qismining sub yoki intrakortikal zonasida choziq fo'rmali notekis ko'nturli bir qancha destruktiv o'choqlarni ko'rishimiz mumkin. Notekis suyak osteosklerozlanish va <hira oyna> simptomini ko'rishimiz mumkin. Kortikal qavatining ichki yuzasi noteksligi aniqlanadi. Periostal jarayon mavjud.

Bu guruhga birlamchi surunkali yallig'lanish jarayonlari Brodi suyak absessi, sklerozlanuvchi Garre osteomiyeliti, Ol'e albuminoz osteomiyeliti kiradi.

BRODI absessi.

Ko'pincha 20- 30 yoshli erkaklarda uchraydi. Klinikasida o'rta och'riq, tunda va fizik yuklamada kuchayuvchi og'riq bilan namoyon bo'ladi. Umumiy ahvoli qoniqarli. Uzun naysimon suyakning bog'imdan pastki metafiz qismi zararlanadi. Ayniqsa ko'pincha katta boldir suyagining proksimal metafiz qismi zararlanadi. Rentgenologik usul diaqnoz qo'yishda hal qiluvchi ahamiyatga ega

Rentgenologik ko'rinishi

Tipik qismda metafizda yagona o'choq holida suyak to'qimasining 2-3 sm li, dumaloq yoki nisbiy aniq to'g'ri konturli yorug' bo'shliq, skleroz zonasi bilan birga aniqlanadi.

Suyak osteomasi eozinofilli granulyoma suyak silidan farqlash qilish zarur.

Suyak osteomasi- ko'pinch yoshlarda va o'smirlarda kuzatiladi. Eraklarda ikki marta kop uchraydi. Bemorlar 1 -1.5 yil davomida asta sekin kuchayuvchi og'riqqa shikoyat qiladi, og'riq tunda kuchayadi, uyquni buzuvchi bo'ladi. Aspirin qabul qilgandan keyin kamayadi. O'sma ko'picha uzun naysimon suyaklarning metadiafizar qismida ayniqsa katta boldir va son suyaklarida bazan boshqa suyaklarda joylashadi.

Suyak silida asta sekin kuchayuvchi yaqqol namoyon bo'luvchi sil intoksikatsiyabelgilari xos.

Navbatlanib keluvchi oqsoqlik, o'rtacha ifodalangan og'riq, mushaklar atrofiyasi, rentgenologik tasvirda *Alesandrov* simtomi- destruksiya ochog'i notekis, aniq bo'lmagan konturliozida mayda sevestrlar saqlashi, suyak to'qimasi bilan osteoporoz holida korinishi mumkin.

Eozonofil granulomadan Brodi absessidan differensial diagnostikasini amalga oshirish uchun patologik o'choqni jaoylashgan joyiga qaraladi. Brodi absessida destruktiv o'choq suyakning kompakt moddasida, eozinofilli granulomada esa suyakning hamma qismida joylashadi. Bundan tashqari Brodi absessida destruktiv o'choq atrofida unga nisbatan konturi aniqroq reaktiv skleroz halqa bo'ladi.

Skleroz hosil qiluvchi Garre osteomiyeliti.

Kasallik ko'proq 20-30 yoshdagi erkaklarda uchraydi. Kilinikada har xil kuchayib boruvchi og'riq xos. Shikastlangan joy nevralfiyadagi kabi og'riydi, shish paydo bo'lib, yumshoq to'qima zichlashadi, ozgina harorat ko'tariladi.

Rentgenogrammada suyak shakli o'zgargan, duksimon qalinlashgan va zichlagan konturi to'g'ri, ko'mik kanali bekilib ketgan xolatda ko'rinadi, sevestir ko'rinmaydi.

Garre osteomieliti osteogen osteoplastik sarkoma bilan kechki tug'ma zaxmda orttirilgan uchlamchi zaxmdagi suyak jarohatlanishi bilan farq qilinadi.

Osteogen osteoplastik sarkoma differensial diagnostika qilish paytida bu kasallik yoshlar va o'smirlarda uchrashuni hisobga olish kerak. Osteogen osteoplastik sarcoma uchun kilinik ko'rinish va og'riqning juda tez tarqalishi xarakterlidir. Bundan tashqari bolalarda o'sma jarayoning metafizar lokalizatsiyasi, kattalarda esa epimetafizar lokalizatsiyalanishi hosdir. O'smalarning suyak kanaliga tarqalishi va aniq chegaralarga ega bo'lmasligi va kortial qavatning yemirilishi va yumshoq to'qimalarda bulutsimon soyalar ko'rinishi mumkin. Suyakusti pardasining ignasimon yoki aralash tipdagi qavatlanish kuzatiladi.

Suyak to'qimasining *sifilitik shikastlanishini* rentgenologik differensial diagnostikasini o'tkazish uchun anamnez ma'lumotlar va boshqa to'qimalarning zaxmdan zararlanishini hisobga olish zarur. Skelet tizimining zaxmdan shikastlanishi *poliossal*-bir necha suyakni qamrab olganligi xarakterli belgisidir. Deformatsiyalanish Garre osteomielitiga o'xshab to'g'ri urchuqsimon tipda emas, balki yirik va mayda tishli, to'liqsimon konturli bo'ladi. Sifilitik zararlanish va Garre osteomielitining umumiy belgisi bu suyak to'qimasining giperostozi va sklerozlanishidir. Suyak zaxmining sklerotik fonida "gummalar" aniq tasvirli, yumaloq, aylana shaklda bulutsimon destruksiya o'choqlari holda ko'rinadi. Suyak sifilisini yakuniy tasdiqlovchi tashxislash usuli bu serologik tekshiruv usuli bo'lmish *Wasserman* reaksiyasi xisoblanadi.

Bolalik yoshidagi osteomiyelit

Bolalik yoshidagi osteomiyelitning klinik-rentgenologik ko'rinishi o'ziga xos xususiyatlarga ega va qiyosiy tashxisda yuzaga keladigan savollar mutaxassislarning alohida e'tiborini talab qiladi.

Bolalarda gematogen osteomiyelit deyarli tez-tez uchraydi va umumiy bemorlar soniga nisbatan 10-11,5% ni tashkil qiladi. Suyak to'qimasi yetilmaganlik darajasiga va o'tkir gematogen osteomiyelitning klinik kechishi xususiyatlariga muvofiq ravishda 3 ta yoshga bog'liq guruhlar ajratiladi. 1 guruh – yangi tug'ilgan bolalar, 2 guruh – 2 yoshgacha bo'lgan bolalar, 3 guruh – 2 yoshdan kattalar. Qiz bolalar o'g'il bolalarga nisbatan 2 barobar kamroq kasallanadilar. Yoqtirgan lokalizatsiyasi – uzun naysimon

suyaklarning metafizlari. Epifizar osteomiyelit ancha kam uchraydi. 14,8% hollarda kuzatiladi.

Yangi tug'ilgan bolalardagi gematogen osteomiyelit hayotning birinchi haftalaridagi sepsisning alohida shakli hisoblanadi, chunki bu vaqtda suyaklar septik kasalliklarda ishtirok etadi. Yangi tug'ilgan bolalarda katta yoshli bolalardan farqli ravishda jarayon epifiz tomonga uni shikastlab va juda kam hollarda (yangi tug'ilgan bolalar areaktivligida) – diafiz tomonga panostit va total sekvestr rivojlantirib tarqaladi. Metafizar osteomiyelitlar ham kuzatiladi – ular o'sish zonasiga yaqin joylashadi. Periostal reaksiya kuchli ifodalangan. Haqiqiy sekvestratsiya kam kuzatiladi, hatto yirik sekvestrlar ham so'rilib ketishi mumkin. Shu tariqa yangi tug'ilgan bolalardagi gematogen osteomiyelit uchun avj olgan klinik kechish va katta anatomo-rentgenologik o'zgarishlar xarakterli. Lekin keng ko'lamdagi destruktiv jarayonga qaramasdan normal suyak strukturasi batamom tiklanishi mumkin. O'sish tog'ayi yemirilishi hollarida suyaklarning mustahkam kaltalanishi va deformatsiyasi kuzatiladi.

II guruh, 2 yoshgacha bo'lgan bolalarda septikopiyemik shakllarning ko'p miqdori kuzatiladi. Epifizar osteomiyelit taxminan 70% hollarda kuzatiladi. Suyakning total shikastlanishi deyarli uchramaydi. Bu yoshda aniq ajralib turuvchi periostal reaksiya kasallikning 3-5 kunlarida yuzaga keladi. Lekin qo'pol periostal yamoqlarni o'z vaqtida davolash boshlansa kuzatilmassligi ham mumkin va jarayon ko'pincha suyak strukturasi bilan butunlay tiklanishi bilan yakunlanadi. Ushbu guruh bemorlaridagi osteomiyelitning o'ziga xos xususiyati ko'pincha artritlar bilan asoratlanadigan epifizar osteomiyelitning ustunlik qilishi hisoblanadi. Suyaklanish yadrolarining yallig'lanuvchi shikastlanishi oqibatida ayrim hollarda suyakning qiyyshayishi yuzaga keladi va suyak o'sishi buziladi.

2 yoshdan katta bo'lgan bolalarda gematogen osteomiyelitning 3 ta shakli uchraydi. Nisbatan ko'p uchraydigan shakli – mahalliy-o'choqli, u taxminan 60% hollarda kuzatiladi. Ikkinchi shakli – septikopiyemik. Bunda ko'p hollarda (22%) stafilokokkli pnevmoniya aniqlanadi. Va nihoyat, uchinchi shakli (2,5% hollarda) – toksik. Ko'p hollarda osteomiyelitning metafizar shakli uchraydi. Jarayon asosan

diafizga tarqaladi, ammo epifizga ham o'tishi mumkin. Kichik yoshdagi bolalarga nisbatan jarayon sekinroq kechadi.

ARTRITLAR

Artritlar – bog'imlar yallig'lanish kasalliklari guruhi hisoblanadi. Ikkita asosiy artritlar guruhi ajratiladi:

1. mustaqil nozologik shakllar
2. boshqa kalsalliklarga bog'liq bo'lgan artritlar

Bo'g'imlarda yallig'lanish jarayonlari rivojlanish sabablari – umumiy va mahalliy infeksiya, allergiya va autoallergiya, travma. Haddan tashqari sovqotish va o'g'ir yuk ko'tarish artritlar rivojlanishi uchun imkoniyat tug'diradi. Yallig'lanish jarayoniga bo'g'imning ko'plab to'qimalari jalb qilinadi, biroq uning boshlanishi ko'p hollarda eksudativ sinovit bilan bog'liq. O'tkir davrda makroskopik tekshiruvda bu jarayon shish va sinovial parda giperemiyasi, vorsinlar gipertrofiyasi va proliferatsiyasi bilan ifodalangan. Jarayonga paraartikulyar yumshoq to'qimalar ham jalb qilinadi. Bo'g'im tog'ayi mikroskopik o'zgaragan. Rivojlanishning o'tkir osti fazasida birinchi o'ringa biriktiruvchi to'qima elementlari proliferatsiyasi chiqadi. Biriktiruvchi to'qimaning yetilishi bilan jarayon surunkali fazaga o'tadi. Kapsulalar, boylamlar va paraartikulyar tuzilmalarning chandiqli o'zgarishi va bujmayishi yuz beradi, bu o'z navbatida bo'g'imda harakat cheklanishiga olib keladi. Bo'g'im tog'ayi mikroskopiyasida uning tolalarga ajralishi, tog'ay qoplami defektlari va suyak uzuratsiyasi bilan ifodalangan nekrozlar aniqlanadi. Tog'ay defektlari bo'g'im yuzasi (pannus) ga o'sib chiquvchi granulyatsion to'qima bilan to'ldiriladi. Sinovial pardadagi yallig'lanish jarayoni suyak to'qimasiga yetib boradi va unga o'tadi. Bo'g'im kapsulasi birikish joylarida chekka uzurlar paydo bo'ladi.

Klinik kechishiga ko'ra artritlar o'tkir, o'tkir osti va surunkali bo'ladi. Klinik simptomatika: bo'g'imlardagi og'riq, bo'g'im shishi va qizarishi, funksiyaning buzilishi va deformatsiya.

Artrit tashxisi quyidagi kompleks tekshiruvlar yordamida qo'yiladi:

- 1) anamnez;

- 2) klinik ma'lumotlar;
- 3) yallig'lanish jarayonining laborator ko'rsatkichlari;
- 4) rentgenologik ma'lumotlar;
- 5) sinovial suyuqlikni tekshiruv.

Artritning rentgenologik belgilari quyidagilar:

1. Bo'g'im atrofidagi yumshoq to'qimalardagi o'zgarishlar. Ular artritlardagi rentgenologik o'zgarishlar hisoblanadi va kasallik boshlanishining birinchi haftasida yuzaga keladi. Yumshoq to'qimalar hajm jihatdan kattalashgan, normal strukturasi yo'qotadi, gomogenlashadi.

2. Osteoporoz. Bu suyak to'qimasi tomonidan birinchi rentgenologik belgi hisoblanadi. Osteoporozni ikki tomonlama qiyosiy rentgenografiyada aniqlash oson. U o'tkir va avj olgan jarayon kechishida nuqta ko'rinishida, surunkalida esa – diffuz bo'lishi mumkin.

3. Bo'g'im tirqishining kengayishi, asosan lokal. Ushbu belgi ba'zi hollarda bo'g'im oxirlarining dag'al shikastlarida yuzaga keladi.

4. Bo'g'im tirqishining torayishi. U bo'g'im tog'ayi shikastlanishi va suyakning bo'g'im yuzalari yaqinlashishi natijasida yuzaga keladi. Torayish bir tekis yoki notekis bo'lishi mumkin.

5. Suyak chekkalarida defektlar paydo bo'lishi – eroziya. Ular suyak to'qimasining yallig'lanish jarayoni natijasida yemirilishi oqibatida bo'g'im kapsulasi birikish joylarida aniqlanadi. Destruksiya o'choqlari shuningdek barcha bo'g'im oxirida ham aniqlanadi. Ushbu litik tipdagi o'choqlar har xil o'lchamda va noaniq konturlarga ega. Ayrim hollarda (masalan, sil bilan shikastlanishda) g'ovak sevestrlar rivojlanishi mumkin.

6. Bo'g'im oxirlari dag'al shikastlanishi, kapsulaning chandiqli tirishishi bo'lishi. Ushbu o'zgarishlar bo'g'imlarda o'zgarishlarga olib keladi.

7. Suyak atrofiyasi. Kasallikning uzoq vaqt davom etishida osteoporoz bilan birgalikda suyak atrofiyasi sodir bo'ladi. Kortikal qavat ingichkalashadi, suyak ko'migi kanali – kengayadi. Patologik jarayon qanchalik uzoq davom etsa, shuncha katta darajada osteoporoz va atrofiya rivojlanadi.

8. Ankiloz yuzaga kelishi. Bo'g'imlardagi yallig'lanish jarayonlari ko'p hollarda ankiloz bilan yakunlanadi, bunda ankilozlangan oxirning holati har xil bo'lishi mumkin. Nisbatan ko'p uchraydigan holati o'rta fiziologikka yaqinroq, ya'ni funksional uchun foydaliroq. Funksional uchun foydali bo'lmagan holat (nuqsonli) keyinchalik operativ davolashni talab qilishi mumkin.

Jarayon yakunidan va uzoq davomiy remissiyadan so'ng deformatsiyalovchi artroz yuzaga kelishi mumkin.

Revmatoid poliartrit

Revmatoid poliartrit – sekin rivojlanuvchi uzoq davom etuvchi progresslanuvchi surunkali kasallik hisoblanadi. Bu kasallikka asosan bo'g'im sohasida birlashtiruvchi to'qimaning tizimli shikastlanishi xarakterli hisoblanadi. Klinik tomondan ushbu kasallik progresslanib bo'g'imlar deformatsiyasi va ularning funksiyasi buzilishi bilan kechuvchi ko'p sonli artrit hisoblanadi. Asosan 20-50 yoshdagi ayollar kasallanadilar. Ma'lum bo'lgan kasallik kelib chiqish nazariyalaridan haqiqatga yaqinroq'i autoimmun jarayon hisoblanadi, uning turtki mexanizmi bo'lib o'choqli streptokokkli infeksiya hisoblanadi. Kasallikning keyingi rivojlanishida asosiy rol individual umumiy va immunologik reaktivlikka tegishli, bular asab va endokrin tizimi holati bilan bog'liq, va shuningdek nasliy ahamiyatga ega bo'lishi ham mumkin. Jarayon asosan qo'l va oyoqlarning kichik bo'g'imlarida joylashadi.

Revmatoid artritning erta rentgenologik belgisi bo'g'im atrofi osteoporoz hisoblanadi, u bo'g'im patologiyasi rivojlanishining birinchi haftalarida paydo bo'ladi. Bu belgi bilan birga yoki undan oldinroq subxondral chegara plastinkaning atrofiyasi va epifiz suyak to'qimasining strukturasi buzilishi kuzatiladi. Osteoporoz rivojlanganda shikastlangan bo'g'im epifizi normaga qaraganda ancha shaffof ko'rinadi. Revmatoid artritning erta bosqichlarida rentgenogrammada perikulyar to'qimalarning zichlashishi va qalinlashishi ko'rinadi, bu ekssudativ-proliferativ jarayonlar bilan bog'liq. Bo'g'im konturlari va strukturasi noaniq bo'lib qiladi. Keyinchalik bo'g'im tog'ayi shikastlanishi oqibatida bo'g'im tiriqishi torayadi va keyinchalik umuman yo'qolib ketishi mumkin.

Subxondral suyakning bo'g'im yuzasini granulyatsion biriktiruvchi to'qimali parchalanishi va eroziya hosil bo'lishi revmatoid artitning o'ziga xos xususiyati hisoblanadi. Birinchi navbatda qirg'oq yuza naqshlar hosil bo'lishni boshlaydi, chunki pannus suyakni bo'g'im yuzasi qirg'og'idan boshlab parchalashni boshlaydi. Revmatoid artritdagi naqshlar aniq bo'lmagan qirg'oqqa ega.

Uzuratsiya va osteoporoz tufayli bo'g'im yuzalari notekis, noaniq bo'lib ko'rinadi, bu esa rentgenologik xarakterli suratni yuzaga keltiradi. Bo'g'im uzuratsiyasi asosan kaftusti-falangalarning bo'g'im boshchalarida boshlanadi. Keyinchalik bu eroziyalar proksimal falangalararo bo'g'implarda yuzaga keladi.

Epifizda turli o'lchamdagi mikrokistalar aniqlanadi. Ba'zan (tez progresslanuvchi yoki uzoq muddat davom etuvchi revmatoid artrlarda) rentgenogrammalarda bo'g'im yuzalarinig total parchalanishlari ro'y beradi (osteolitik forma). Bo'g'implarning ko'plab parchalanishlarida ankiloz yuzaga keladi. Eng birinchi bo'lib kaftning mayda bo'g'implari ankilozlanadi va yagona suyak blokiga aylanadi. Shu bilan bir qatorda ulnar deviatsiya jarayoni boradi. Tos-son bo'g'imidagi torayish uning yuqori-ichki bo'limida boshlanadi, bir paytning o'zida son suyagi boshchasining qisman parchalanishli eroziyasi ro'y beradi.

Yiringli artritning o'ziga xos xususiyatlari.

Yiringli artritning diagnostikasi birinchi navbatda klinikaga qarab qo'yiladi. Rentgenogrammada paraartikulyar yumshoq to'qimalarning intensivligi oshgan, bo'g'imda do'nglik, differentsial yumshoq to'qimalarning yo'qligi ko'riladi. O'tkir kechuvchi osteoporozda ba'zan dog'lar ko'riladi, destruksiya o'choqlari katta hajmli bo'lib, chiqishga olib kelishi mumkin. Rentgenologik tekshiruvlar nafaqat diagnostika uchun, balki davolash taktikasini tanlash uchun ham zarur.

Podagrall artrit

Podagrall artrit bo'g'implarning surunkali aseptic yallig'lanish kasalligi bo'lib, kimyoviy toksik faktorlar tufayli kelib chiqadi. Kasallik asosi- siydik kislotasi

tuzlarining bo'g'imning turli elementlarida yig'ilishidir- ko'pincha synovial qobiqda. Bunda plazmada har doim ham siydik kislotasi tuzlari miqdorining oshishi kuzatilavermaydi. Siydik kislotasi tuzlari huddi yumshoq to'qimalar kabi rentgennegativdir, suyak to'qimasining parchalanishlari bo'lmagan hoatlarda esa rentgenogrammalarda o'zgarishlar ko'rinmaydi. Ko'pincha birdaniga bir necha bo'g'imlar shikastlanadi. Podagralligida tugun suyak to'qimasini bo'g'im oxirida yumaloq yoki oval konturlari notekis defect hosil qilib parchalanishiga olib keladi. U asosan yumshoq, va, kamroq suyak to'qimasida joylashadi. G'ovak suyak to'qimasi va subxondral plastinka parchalanadi. Total zararlanishlarda chiqish yoki deformatsiyaga olib keluvchi parchalanishlar sodir bo'lishi mumkin. O'tkir kechuvchi osteoporozda ba'zan dog'lar ko'riladi, destruksiya o'choqlari katta hajmli bo'lib, chiqishga olib kelishi mumkin. Rentgenologik tekshiruvlar nafaqat diagnostika uchun, balki davolash taktikasini tanlash uchun ham zarur.

Bexterev kasalligi.

Bexterev kasalligi (ankilozlanuvchi spondiloartrit) – bu bo'g'imlarning yallig'lanishli kasalligidir. Bexterev kasalligi umurtqa, yonbosh-chanoq bo'g'imlarining progresslanuvchi ankilozlanishi bilan davom etadi. 50-70% hollarda ankilozga moyil bo'lgan tos-son bo'g'imi zararlanishlari uchrab turadi. Odatda ko'proq erkaklar 20-40 yoshlarda kasallanishadi.

Kasallik kechishi sekin, bir necha oydan bir necha yilgacha davom etuvchi remissiya bilan davom etadi. Kasallik umurtqa bo'ylab yuqoriga ko'tariladi. Tos-son bo'g'imi zararlanganda bemor qimirlay olmaydi. Ankilozlanuvchi spondiloartritga gumon qilinayotgan bemorlarni rentgen tekshiruvini uchun yonbosh-chanoq va umurtqa chigalini rentgenogrammasi qilinadi. Eng erta va zarur belgi bu ikki tomonlama sakroileit. Boshida faqat bitta bo'g'im o'zgargan bo'lishi mumkin, bir necha oydan keyin jarayonga ikkinchisi qo'shiladi. Sakroileitning birinchi belgisi suyak qirralarining noaniqligi, bo'g'im yuzasi sezilarli kattalashganidir. Keyinchalik qirralarda eroziya, bo'g'im yuzalari konturlari "yemirilgan", noaniq, bo'g'im yuzasi

toraygan bo'ladi. Parallel periartekulyar skleroz, keyinroq ankiroz va bo'g'im obliteratsiyasi yuzaga keladi.

Suyak ko'priklarining hosil bo'lishi (sindesmofit) umurtqalararo disklarning ossifikatsiyasi tufayli ro'y beradi. Avval ular ko'krak va bel sohasidagi umurtqalarning yon yuzalarida hosil bo'ladi. Tarqalgan sindesmofitlarda esa umurtqaning hamma bo'limlarida "bambuk tayog'i" simptomi yuzaga keladi.

Ko'p hollarda kasallikka xos klinik kartina kasallik boshlangandan ikki yil o'tgach paydo bo'ladi, biroq, 3-4-oylarda ham sakroileitning erta belgilarini aniqlash mumkin: subxondral skleroz, bo'g'im yuzasi notekisligi, bo'g'im yorig'ining sezilarsiz kengayishi, keyinchalik esa uning torayishi. Jarayon boshida o'zgarishlar bitta bo'g'imda bo'lsa, keyinchalik ikkinchisi qo'shiladi.

Boshqa muhim belgilariga umurtqalararo disklarning noaniqligi, keyinchalik esa bo'g'im yorig'ini torayishi kiradi. Natijada ankiroz rivojlanib, bo'g'im yorig'i ko'rinmaydi. Bunda qirg'oq osteofitlari yo'q, bo'g'im yorig'i kattalashmaydi va neartrozlar rivojlanmaydi. Bu belgi ikki taraflama simmetrik sakroileit bilan birga AS diagnozini qo'yishga asos bu qo'l va oyoq panjasi kamdan-kam zararlanadi. Rentgenologik eroziyalar aniqlanib, o'zgarishlar sezilarsiz, va hatto assimetrik bo'ladi.

Ko'krak-qovurg'a va ko'krak-o'mrov chigallarida eroziya va skleroz aniqlanishi mumkin.

Shunday qilib, ankirozlanuvchi spondiloartritda quyidagi rentgenologik bosqichlarni farqlash mumkin:

1. An'anaviy rentgenogrammada rentgenologik belgilar ko'rinmaydi (bunda o'zgarishlar faqatgina suyak kompyuter tomografiya va stintsgrafiyaasida aniqlanadi)

2. Sakroileit belgilari ko'rinadi, ya'ni bo'g'imlarning subxondral qatlamining noaniqligi ko'rinadi, bo'g'im yuzasining boshida sezilarsiz kengayishi, keyinchalik esa torayishi; umurtqa bo'g'imlarida eroziya va osteofit belgilari ko'rinadi.

3. Xochsimon chigalning ankirozi va "bambuk tayog'i" simptomi; umurtqalararo bo'g'imda bo'g'im yorig'i ko'rinmaydi; osteoporoz belgilari.

4. Umurtqa naysimon suyak ko'rinishida, disk va barcha boylamlar suyaklashadi, suyaklar atrofiyasi boshlanadi.

Vaziyatli masalalar:

1-masala

42 yoshli bemor, uy bekasi, 3 oy oldin O'RVl dan keyin 2- va 3- kaft suyaklarida, 2-,3-,4-proksimal falangalararo bo'g'imda, kaft bilak bo'g'imida og'riq va shishga shikoyat qiladi. Bo'g'im sindromi umumiy holsizlik, yuqori harorat 37,3' gacha bo'lishi bilan kechmoqda. Kaft bo'g'implari rentgenogrammasida bo'g'imoldi osteoporoz, proksimal falangalararo bo'g'im yorig'ini torayishi aniqlandi.

Savol: 1. Sizning xulosangiz.

2. differensial diagnoz o'tkazing.

2-Masala

Bemor V....34 yosh,2-guruh nogironi. 5 yil avval sovuq qotishdan kasal bo'lib qolgan,qo'l va oyoq panjalarining mayda bo'g'imlarida shishlar va og'riqlar paydo bo'lgan,bilakda va tirsakda ham bor. Bog'implarda ertalabki harakat cheklanishi bor. Tana harorati 37.8-38 gacha ko'tarilgan. 25 mg/sutka dozasi bilan prednizoln berilgan,keyinchalik ushlab turuvchi dozaga o'tkazildi 10mg/sutka. Arterial gipertenziya yuzaga kelgani uchun prednizalon dozasi 5mg ga tushirilgandi.bundan bemorning ahvoli yomonlashdi. Og'riqlar kun davomida kuzatildi.Qo'l panjasi rentgenogrammasi: bo'g'im oldi osteoporoz, Proksimal falangalar aro bo'g'imda 2-3-4-barmoqlarda tog'ay va suyakda yemirilish,ulnar deviatsiya,ko'plab uzurlar.

Savollar:1.Sizni hulosangiz

2.Qiyosiy tashxis o'tkazing.

3- masala

Bemor A...,34 yosh,harbiy. Kelgandagi shikoyatlari bel-dumg'aza soxasida va chanoq-son bo'g'imidagi og'riqlarga,tizza bo'g'imida,ish kuni oxirida va tunda

kuchayib boradi. Anamnezida 9 yildan beri kasalligi aniqlandi. Dizurik holatlardan 1 oy o'tgandan keyin mahlliy og'riq, harorat oshishi chap tizzada kuzatildi. Oxirgi 1-1,5 yil ichida kasallik huruji vaqtida umurtqaning dumg'aza bel soxasida og'riq kuzatildi, tana harorati 38 gacha oshdi. ECHT 49mm/soatga oshdi. Oxirgi ikki yil ichida kasallik huruju fonida ko'z yoshlanishi, mayda zarralar uchishi va achishishi kuzatilgan. Bog'imlar rentgenida: O'ng panjada epifizda mo'tadil osteoporoz belgilari, to'qimada kistasimon soyalanishlar. Oyoq panjasi bo'g'imlarida bo'g'im yorig'ining torayishi, eroziya va periostit. Savollar:

1. Sizning xulosangiz
2. Qiyosiy tashxis o'tkazing

4-masala

Bemor 39yoshda avtoslesar. Kelgandagi shikoyatlari umurtqaning bel-dumg'aza soxasidagi doimiy og'riqqa. Aks urganda, jismoniy yuklamada, harkatda zo'raygan. Ertalab 40 daqiqagacha harakat cheklanishi kuzatilgan. 10 yildan beri kasal deb hisoblaydi. Tizza bo'g'imlari retsivlanib shishib borardi. Oxirgi ikki yil ichida tonggi harakat cheklanishlari bilan kuzatildi. Nevropotologda davolangan, ECHT 50mm/soat. Bel-dumg'aza rentgenogrammasi ikkita proeksiyada: umurtqalar 'kvadratizatsiyasi' simptomi, umurtqalar oldingi tarafi sindesmofitoz, oldingi uzun boylam osifikatsiyasi, bo'g'imlar oralig'i sezilarli torayishi. Savollar

1. Sizni hulsangiz
2. Qiyosiy tashxis o'tqazing.

5-masala

Ayol 35 yoshda. Orqa tarafda simillovchi og'riqqa, holsizlikka, subfebril haroratga shikoyat qiladi. Shikoyatlar uch yildan beri bezovta qiladi. Ichak tuberkulezi hususida 5 yildan beri dispanserda ro'yhatda turadi. Obyektiv: Pastki ko'krak umurtqalarida 'tugmachasimon' o'sish o'tkir o'siqda, palpatsiyada og'riqlilik. To'g'ri proeksiyadagi rentgenogrammada Th9-12 da paravertebral soyalanish, Th10-11 da

bo'g'im oralig'i toraygan. Yon proeksiyada Th10-11 oldingi ponasimon deformatsiya, tomogrammada subxondral litik destruksiya qayd etildi. Qon va o'pka patologiyasiz.

Savollar: 1. Sizni xulosangiz

2. Qiyosiy tashxis o'tqazing.

6-masala

Erkak kishi 46 yoshda. O'ng boldir soxasida og'riq va shish. Anamnez. Angina o'tqazgandan keyin ikki hafta o'tib harorati yana 39 ga ko'tarilgan. O'ng tizzada og'riq keyin o'ng boldirda shish yuzagan kelgan. Uch hafta mustaqil davolangan. Qisqa mddatga yaxshilanish kuzatilgan. Obyektiv. Ong boldir shishli, terisi yaltiroq qizargan, palpatsiyada og'riqli. O'ng chov limfa tugunlari shishgan.

O'ng boldir rentgenogrammasida katta boldir suyagi diafizining o'rtasidan bir qismida oldingi silindr bo'ylab yumaloq periostit. Ko'mik kanali biroz kengaygan, yumshoq to'qimalar hajmi o'sgan, mushaklar konturi bilinmaydi.

Savollar:

1-Sizning xulosangiz

2- Qiyosiy tashxis o'tqazing

7-masala

O'g'il bola uch yoshda. Boshning chap tepa qismidagi g'urraga shikoyat bilan, ajralmali oqma ham mavjud. Anamnezdan. Onasi ikki oy oldin bolasini cho'miltirayotganda sezib qolgan. Xirurgga murojaat qilganda lat yeyish tashxisi qo'yildi. Bola davolanmadi. Ikki oydan so'ng oqma xosil bo'ldi. Bemor onasi o'pka tuberkulezi bo'yicha besh yildan beri nazoratda turadi. Obyektivno. Shish o'rtasida oqma bilan. Ikki proeksiyada kalla suyagi rentgenida-chap tepa suyagida litik destruksiya noto'g'ri shakldagi 3-5 sm, konturlari notekis, o'rtasida eriyotgan shakar'dek sekvestri bor. Savollar:

1-Sizning xulosangiz

2- Qiyosiy tashxis o'tqazing.