



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

12 (74) 2024

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. РУЗИБОВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
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 (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

12 (74)

2024

ноябрь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.11.2024, Accepted: 03.12.2024, Published: 10.12.2024

UO'K 616.71-009.7:616.007.17]-092-036

DIFFERENSIALLASHMAGAN BIRIKTIRUVCHI TO'QIMANING DISPLAZIYASI NEGIZIDA RIVOJLANGAN DORSOPATIYALARNING KLINIKO-PATOGENETIK STRUKTURASI

Rahmatullayeva G.Q. <https://orcid.org/0000-0001-5932-7911>

Maksudova O.A. <https://orcid.org/0009-0003-2762-8973>

Toshkent tibbiyot akademiyasi, 100109 Toshkent, O'zbekiston Farobiy ko'chasi 2, Tel:
+998781507825 E-mail: info@tma.uz

✓ *Rezyume*

Tayanch-harakat tizimining Differensiallashtirilmagan biriktiruvchi to'qimaning displaziyasi muammosi bo'yicha adabiyotlarni o'rganish shuni ko'rsatdiki, ushbu mavzu bo'yicha bir nechta nashrlar patologiyaning klinik belgilarining o'zgaruvchanligini to'liq aks ettirmaydi. Bu bemorni dastlabki tekshirish vaqtida tashxis qo'yishni qiyinlashtiradi. Ushbu maqolada umurtqa pog'onasi dorsopatiyasi mavjud bo'lgan bemorlarda biriktiruvchi to'qima differensiallashtirilmagan displaziyasi belgilari, erta aniqlash va differensial tashxis natijalari keltirilgan. Ilmiy tekshirish va tadqiqot natijalari qo'llaniladigan davo choralari va reabilitatsiyaning samaradorligini baholashga imkon beradi.

Kalit so'zlar: dorsopatiya, umurtqa pog'onasi, differensiallashtirilmagan biriktiruvchi to'qima displaziyasi

CLINICO-PATHOGENETIC STRUCTURE OF DORSOPATHIES DEVELOPED ON THE BASIS OF DYSPLASIA OF NON-DIFFERENTIATED CONNECTIVE TISSUE

Rahmatullayeva G.Q. <https://orcid.org/0000-0001-5932-7911>

Maksudova O.A. <https://orcid.org/0009-0003-2762-8973>

Tashkent Medical Academy (TMA) Uzbekistan, 100109, Tashkent, Almazar district, st. Farobi 2,
phone: +99878 1507825, E-mail: info@tma.uz

✓ *Resume*

The study of the literature on the problem of undifferentiated connective tissue dysplasia of the musculoskeletal system showed that several publications on this topic do not fully reflect the variability of the clinical signs of the pathology. This makes it difficult to make a diagnosis during the initial examination of the patient. This article presents the symptoms, early detection and differential diagnosis of undifferentiated connective tissue dysplasia in patients with spinal dorsopathy. Scientific examination and research results allow to evaluate the effectiveness of the applied treatment measures and rehabilitation.

Key words: dorsopathy, spine, undifferentiated connective tissue dysplasia

Dolzarbligi

Dorsopatiya - tananing umurtqa pog'onasi, mushaklari va tayanch - harakat tuzilmalariga ta'sir qiluvchi patologik jarayonlar guruhining umumiy nomi. Bu boshqa nevrologik kasalliklar bilan birgalikda umurtqadagi og'riqlar bilan tavsiflangan klinik sindrom. Dorsopatiyaning rivojlanishi umurtqa pog'onasi yoki atrofdagi mushaklarda yuzaga keladigan yallig'lanish yoki degenerativ jarayonlar bilan bog'liq. Epidemiologik tadqiqotlarga ko'ra, dunyoning o'rta va qari yoshdagi aholisining 49% dan 70% gacha bo'lgan qismi bel og'rig'idan aziyat chekadi. Har yili umurtqaning degenerativ-distروفik xarakterdagi kasalliklari butun dunyo bo'ylab mehnatga layoqatli yoshdagi odamlarga ta'sir qiladi, bu esa ularning hayot sifatini sezilarli darajada pasaytiradi va katta iqtisodiy yo'qotishlarga olib keladi[1]. Taxminan, mintaqaning 577 million odamda surunkali og'rig'i bor, bu odatda umurtqa pog'onasi tuzilishidagi distروفik o'zgarishlar, shu jumladan dorsopatiya [2] natijasidir. Ushbu kuzatuv

mintaqaning umurtqa sohasi surunkali og'rig'i nafaqat nogironlikning asosiy sabablari, balki hayot sifati parametrlari va sayyoramiz aholisining ish qobiliyatining sezilarli pasayishiga olib keladi. Shuni ta'kidlash kerakki, dorsopatiya bilan og'rigan bemorlar kasallik davomida hayot sifati darajasining pasayishini muqarrar ravishda qayd etadilar[3]. Dorsopatiyada og'riq intensivligi darajasining oshishi, bu bemorning nogironligiga, davo muolajalari ijobiy ta'sir prognozining yomonlashishi, shuningdek, past hayot sifati va sezilarli jismoniy cheklovlar bilan bevosita bog'liq [4]. Hatto hayot uchun xavfli kasalliklarga chalingan bemorlarga nisbatan ham, umurtqa pog'onasi dorsopatiyasi bilan bog'liq kuchli og'riq sindromi bo'lgan bemorlarda hayot sifati parametrlarining juda past ko'rsatkichlari mavjud.

Dorsopatiya bilan og'rigan bemorlarda etiologik (kompression-ishemik, brusellyoz, revmatizm, herpes) belgilari bo'yicha surunkali og'riq sindromining rivojlanishi xavf omillari quidagicha:

- Degenerativ o'zgarishlar. Umurtqa pog'onasining osteoxondroz, spondilyoz va boshqa kasalliklari.
- Mexanik shikastlanish va travmalar.
- Jismoniy zo'riqish va noto'g'ri qaddi-qomat. Uzoq vaqt o'trib ishlash, og'ir jismoniy mehnat, og'ir yukni noto'g'ri ko'tarish, mos kelmaydigan mashqlarni bajarish natijasida umurtqa suyagi mushak va boylamlarining zo'riqishi.
- Yallig'lanish jarayoni. Ankilozlovchi spondilit kabi kasalliklar natijasida umurtqa suyagi yallig'lanishi
- Umurtqalararo disk churrasi.
- Mushak disbalansi va holsizligi.
- Metabolik va endokrin buzilishlar. Masalan, osteoparoz umurtqa suyagi sinishi xavfini oshiradi.
- Ruhiy sotsial omil. Stress, depressiya va boshqa ruhiy omillar og'riqni kuchaytiradi va surunkali og'riq sindromi rivojlanishiga olib keladi.
- Irsiy moillik.

Dorsopatiya umurtqa pog'onasida og'riq, harakat chegaralanishi, radikulyar simptomlar (tarqaluvchi yoki simillovchi og'riqlar, uvishish), mushak spazmi, qomat o'zgarishi, tana holatining o'zgarganda og'riq kuchayishi belgilari bilan namoyon bo'ladi. Dorsopatiya sindromi bilan og'rigan bemorlarning bir necha yil davomida kuzatuvlari natijasi shuni ko'rsatdiki, dorsopatiyaning tipik klinik ko'rinishlari bilan bir qatorda organ morfologiyasi bilan bevosita bog'liq bo'lgan displastik o'zgarishlar ham mavjud. Qo'l va oyoqlar bo'g'imlarining gipermobilligi, umurtqa pog'onasidagi turli xil o'zgarishlar, masalan, skolioz va kifoz, ko'krak qafasining voronkasimon shaklidagi va urchuqsimon shaklidagi deformatsiyasi, og'iz bo'shlig'ining patologiyasi, tanglayning yuqori joylashishi, tish va ortiqcha tishlarning o'sishi, yassioyoqlik va hallux valgus, sandal bo'shlig'i, teri va teridagi qon tomir (venoz) tarmog'ining sezilarli darajada cho'zilishi va gematomalarning paydo bo'lishi, astigmatizm va miopiya ko'rinishidagi ko'z patologiyasi, yopishgan bo'laklari bo'lgan quloqlar, astenik tana tuzilishi va boshqalar. Bu belgilar bo'lishi differensiallashmagan biriktiruvchi to'qima displaziyasi (DBTD) bor ekanligini ko'rsatadi

Uzoq vaqt davomida DBTD da asab tizimida o'zgarishlar bo'lmaydi deb hisoblangan, ammo shunga qaramay bir qator nevrologik shikoyatlar (bosh og'rig'i, bosh aylanishi, og'riq sindromi, mushaklarning kuchsizligi, charchoqning kuchayishi) tadqiqotchilar e'tiborini tortdi va bir qator so'nggi ishlar DBTD ning nevrologik jihatlarini mavjudligini ko'rsatdi.

Bo'g'imlarning gipermobilligi DBTDning eng xarakterli morfologik belgisi bo'lib, u biriktiruvchi to'qima patologiyasining boshqa ko'rinishlari bilan birga bemorlarning 10-61,7 % da uchraydi [5].

A.G. Belenkiy [6], M.R. Simpson [7] har qanday shakldagi gipermobillikni tayanch-harakat tizimi funksiyasini buzuvchi patologik holat deb hisoblaydi.

Bo'g'imlarning gipermobilligi bolaning yoshiga qarab tashxis qilinadi. Shunday qilib, 6 yoshda u 5%, 12 yoshda esa - 1%, ko'pincha qizlarda kuzatiladi. Bo'g'imlar gipermobillik sindromining yuqori

chastotada uchrashini hisobga olgan holda, bu DBTD shakllanishining dastlabki belgisi sifatida tasniflangan [8].

Bo'g'imlarning displastik gipermobilligining eng og'ir ko'rinishlaridan biri bu sefalgiq sindrom va bo'yin umurtqasining beqarorligi umurtqali arteriyalarning shikastlanishi bilan.

Bolalardagi sefalgiq sindrom ko'pincha vegetativ distoniya bilan izohlanadi, bu polisistemik va polimorfizm bilan tavsiflanadi [9].

N.H. Baxteeva va boshqalar. [10] bolalarda bosh og'rig'ining sababi umurtqa pog'onasidagi patologik o'zgarishlar bo'lib, bu gemodinamik buzilishlarga olib keladi, deb hisoblashadi. Ikkinchidan, ta'sirlangan segmentga va orqa miya deformatsiyasining turiga bog'liq.

Servikogen bosh og'rig'i bir tomonlama, paroksizmal xarakterga ega (davomiyligi 4-8 soatgacha), lokalizatsiyasi bo'yin va ensa sohasida bo'lib, frontal, orbital sohaga, chakkaga, quloqqa tarqalishi bilan tavsiflanadi, harakatda og'riq kuchayadi yoki bir pozada uzoq vaqt qolish natijasida yuzaga keladi [11].

Servikal bosh og'rig'i bo'yin umurtqalari patologik o'zgarishlari bilan yuzaga keladi, masalan, osteoxondroz, servikal umurtqa beqarorligi, unkovertbral artroz, rivojlanish anomaliyalari, ya'ni umurtqali arteriyalarning siqilishiga yoki sezuvchi nerv ildizlari, simpatik nervlarning ta'sirlanishini keltirib chiqaradigan bo'yin va oksipital mintaqqa mushaklarida refleks tarangligi og'riq substrati bo'lishi mumkin.

DBTD aniqlangan bemorlarda og'riq lokalizatsiyasi ayollarda bel sohasida, erkaklarda ko'krak va bel sohasida ko'proq uchrashi aniqlangan. Bemorlar og'riq darajasini kuchli deb tavsiflaydi. DBTD da VASH shkalasi bo'yicha og'riq intensivligi ko'rsatkichlari DBTD belgilari bo'lmagan bemorlarga qaraganda yuqoriligi aniqlangan [12,13].

Bo'g'imlarning gipermobilligi butun biriktiruvchi to'qima matritsasidagi morfofunktsional o'zgarishlarning og'irligini aks ettiradi va shuning uchun DBTD tashxisida asosiy ob'ektiv klinik sinov hisoblanadi. Gipermobillik sindromi ko'plab o'tkir va surunkali kasalliklarning qo'zg'atuvchi omili sifatida ko'rib chiqilishi kerak: kifoskolioz, osteoartrit, spondilolistez, suyak ortopedik deformatsiyalari [14].

O'smir bolalarda bu patologiya faol hayot tarzini yo'qotishning asosiy sababidir.

Differentsiatsiyalashmagan biriktiruvchi to'qima displaziyasi ko'pincha asteniya bilan ifodalanadi, bu o'smirlik davrida aniq namoyon bo'lib, bemorga butun umri davomida turli darajada hamroh bo'ladi.

So'nggi yillarda adabiyotlarda differentsiallashtirilmagan biriktiruvchi to'qima displaziyasi (DBTD) muammolari faol muhokama qilinmoqda. Zamonaviy tushunchalar nuqtai nazaridan, DBTD embrional va postnatal davrda organlar va tizimlarning morfofunktsional buzilishlari ko'rinishida progrediyent kechishi bilan xarakterlanadigan biriktiruvchi to'qima rivojlanishining buzilishi sifatida qaraladi [15,16].

So'nggi o'n yilliklar davomida olib borilgan tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, DBTD aholi orasida ancha keng tarqalgan - uning aholi orasida chastotasi 26-80% ni tashkil qiladi. Biriktiruvchi to'qima displaziyasi turli xil tug'ma va orttirilgan kasalliklar fonida, shuningdek, alohida holatda ham uchraydi. Ichki organlardagi biriktiruvchi to'qimasining displastik o'zgarishlari, xususan, yurak-qon tomir tizimi, nafas olish tizimi, mushak-skelet va ko'rish analizatorining shikastlanishi bilan namoyon bo'ladi. Bu ko'rinishlarning barchasi jiddiy asoratlar va hatto to'satdan o'limni rivojlanish xavfi yuqoriligi bilan alohida e'tiborga loyiq.

DBTD bilan kasallangan bemorlarda o'tkazilgan tadqiqotlarning 46,6-72% hollarida magniy yetishmovchiligi aniqlangan, shuning uchun tadqiqotchilar DBTD rivojlanishida gipomagniyemiyaning patogenetik ahamiyatini tan olishadi. Magniy ionlari biriktiruvchi to'qima tuzilishining asosiy moddasi bo'lib, magniy yetishmovchiligi holatida fibroblastlar kollagen ishlab chiqarish qobiliyatini yo'qotadi. Magniy yetishmovchiligi strukturaviy biriktiruvchi to'qima molekulalarining biosintezining sekinlashishiga olib keladi, bu kollagen zanjirlarining noto'g'ri shakllanishi bilan tavsiflanadi. Shu munosabat bilan kollagen tolalarining xaotik joylashuvi shaklida biriktiruvchi to'qimalarning shakllanishi buziladi [17,18].

Anormal kollagen sintezi, kollagenning haddan tashqari degradatsiyasi, kollagen tolalari tuzilishining buzilishi, shunga o'xshash anomaliyalar, autoimmun reaksiyalar natijasida to'qimalarning nobud bo'lishi ham DBTD rivojlanishiga olib kelishi mumkin [19,20]. Yuqorida aytib o'tilgan barcha jarayonlar davomida to'laqonli kollagen hosil bo'lishi uchun ko'p sonli oqsillar, genlar, fermentlar va ularning kofermentlar ishtirok etadi.

Biriktiruvchi to'qima displaziyasida biokimyoviy jarayonlarning o'zgarishi turli xil bo'lib, biriktiruvchi to'qima metabolizmidagi ishtirok etadigan birikmalarga ta'sir qiladi: parchalanish (okspirolin, dezokspirolin, gidroksilizinpiridinolin, pirilinks-D) va kollagen sintezi (osteokalsin, umumiy aminoterminal propeptid prokollagenning I turi), shuningdek, biriktiruvchi to'qimalarning hujayralararo moddasi (glikozoaminoglikanlar) [21]. DBTD bilan og'rigan bemorlarda bir qator biokimyoviy jarayonlarning borishi xususiyatlari aniqlangan: oksidlovchi stress rivojlanishi bilan yog'lar peroksidlanishining buzilishi, sial kislotalar, glikozaminoglikanlar, oksiprolin almashinuvidagi o'zgarishlar, va tomir-endotelial o'sish omili A turi va uning retseptorlaridagi o'zgarishlar [22]. DBTD ning fenotipik ko'rinishlari organlar va tizimlarning ishtirokiga qarab alohida guruhlar bo'linadi. DBTD ning klinik ko'rinishlari o'ziga xos emas va differensial tashxis qo'yishni talab qiladi [22,23,24]. Mutaxassislar fikriga ko'ra, MASSga o'xshash fenotipni aniqlash mumkin (biriktiruvchi to'qima displaziyasining eng keng tarqalgan fenotipik belgilarining birinchi harflariga ko'ra - mitral qopqoq, aorta, skelet, teri) [24].

DBTD ning tashqi va ichki belgilari tasnifi ishlab chiqilgan [23,24]. Tashqi belgilar suyak-bo'g'im va teriga bo'linadi. Ichki belgilari esa asab tizimidagi displastik o'zgarishlar, ko'rish analizatori, yurak-qon tomir tizimi, nafas olish tizimi, yuqori siydik yo'llari, oshqozon-ichak trakti, gematopoetik va immun tizimlardir.

Yurak-qon tomir tizimining biriktiruvchi to'qima displaziyasining belgilariga yoshlikdagi qopqoq prolapslari, aorta ildizining kengayishi, bo'lmachalararo to'siq anevrizmasi, arterial tomirlarning anevrizmasi, oyoq venalarining varikoz kengayishi, vulvit va kichik chanoq kiradi [21,25,26].

Ilmiy tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, reproduktiv yoshdagi, DBTD bilan og'rigan bemorlarda sog'lom ayollarga nisbatan lyuteinlashtiruvchi va follikullarni stimulyatsiya qiluvchi gormonlarning normal kontsentratsiyasi bilan estradiolning past darajada bo'lishida suyak metabolizmining buzilishi [27] o'z ahamiyatiga ega. DBTD bo'lgan bemorlarda giperprolaktinemiya bilan birgalikda buyrak usti bezlarining androgen-glyukokortikoid funksiyasining faollashishi anovulyatsiya sikllariga olib keladi. DBTD sindromi bo'lgan ayollarda to'qimalarda kollagen miqdorining tizimli pasayishi gemostazning tomir-trombotsitlar komponentining kamayishi va qon ivish omillarining miqdoriy pasayishi bilan bog'liq [21]. Hayz siklining xususiyatlarini o'rganishda bachadon tomirlarida gemostazning buzilishi bilan bog'liq giperpolimenoreya qayd etilgan.

DBTD bo'lgan o'smir qizlarda jismoniy va jinsiy rivojlanishda og'ishlar mavjud bo'lib, ular reproduktiv funksiyaga ta'sir qiladi.

DBTD bo'lgan bemorlarda hujayrali va gumoral immunitetdagi o'zgarishlar qayd etilgan, bu, ehtimol, biriktiruvchi to'qima tuzilmalarida antigenlarni tanib olishning buzilishi va immunitet tizimining surunkali stimulyatsiyasi bilan bog'liq, bu bemorlarni davolashga individual yondashuvni talab qiladi [28]. DBTD da immunitet tanqisligi holatini bilvosita tasdig'i yuqori nafas yo'llarining tez-tez uchraydigan yallig'lanish jarayonlari, bodomsimon bezlarning yallig'lanishi, bronxit va pnevmoniya, bronxial astma va dermatitdir [29].

DBTD bo'lgan bemorlarda gipertenziv holatlar (vegetativ-qon tomir distoniyasi, gipertenziya) rivojlanishi bilan qon tomirlar devorlarining strukturaviy asosini tashkil etuvchi III turdagi kollagenga autoantitelalarning mavjudligi qayd etilgan [30].

DBTD bo'lgan ayollarda neyrosirkulyator distoniyani gipertenziyaga aylanish xavfi mavjud [31]. Biriktiruvchi to'qima displaziyasi miya anevrizmalarining shakllanishi uchun asosdir [32].

Biliar tizimning patologiyasi bilan DBTD ning birgalikda kelishi yuqori chastotasi aniqlandi. O't yo'llarining disfunktsiyasining sababi odatda o't pufagining anomaliyalari bo'lib, ular safro chiqishining buzilishi, patologik reflyuks, xolesistit, xolangitning rivojlanishi va o't toshlarining shakllanishi bilan birga keladi [33]. O't yo'llari disfunktsiyasining rivojlanishi ichak harakatining buzilishiga va ichakning evakuatsiyasiga olib keladi. DBTD ning olti yoki undan ortiq diagnostik ahamiyatga ega belgilari mavjud bo'lganda, bemorlarda duodenogastroezofagial reflyuks rivojlanish xavfi 11,9 baravar ortadi [34] va ileosekal reflyuks rivojlanadi [35].

Miopiya DBTD bo'lgan bemorlarda keng tarqalgan. DBTD da miopiya patogenezi ko'zni harakatlantiruvchi mushaklarning strukturaviy va funksional xususiyatlarining buzilishiga asoslanadi [30]. L.A. Demidova va boshqalar. (2015) ning so'zlariga ko'ra DBTD bo'lgan bemorlarda miopiya chastotasi 54,2% ni tashkil qiladi.

DBTD bo'lgan ayollarda siydik pufagi devoridagi tarkibiy o'zgarishlar va gormonal muvozanat buzilishi tufayli yallig'lanish jarayonining uzoq davom etishi kuzatiladi [34]. DBTD bo'lgan ayollarda kuzatiladigan estrogen yetishmovchiligi holatida nerv oxirlarining demiyelinizatsiyasi sodir bo'ladi, siydik pufagi miotsitlari xususiyatlarining o'zgarishi va siydik pufagi shilliq qavatida glikozaminoglikanlarning ishlab chiqarilishi kamayadi.

DBTD bo'lgan bemorlarda jarrohlik aralashuvlaridan so'ng to'qimalarning tiklanishi nuqsonli chandiqlar shakllanishi bilan sodir bo'ladi [35].

DBTD bilan og'rigan bemorlarda ruhiy o'zgarishlar qayd etilgan [36], depressiya bilan namoyon bo'ladi [37], chunki ularda stress indutsirlovchi garmonlar (tireotrop garmon, prolaktin, kortizol) darajasining qonda oshishi bilan tavsiflanadi, bu tananing adaptatsion-kompensator mexanizmlaridagi keskinligini ko'rsatadi [34]. DBTD da hissiy buzilishlar kuzatiladi: nevroitik reaksiyalar, qo'rquv va fobik kasalliklar, depressiya, ipoxondriya, nevrasteniya.

Xulosa

Yuqoridagi ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, DBTD fonida dorsopatiya diagnostikasi va prognozini optimallashtirish, asoratlarning oldini olish yetakchi vazifalardan biri bo'lib qolmoqda va hal etilmagan, munozarali masalalar ushbu tadqiqotning ilmiy va amaliy zarurligini tasdiqlaydi. Xulosa o'rnida shuni aytushimiz mumkinki, dorsopatiya klinikasi DBTD mavjud bemorlarda mazkur belgilar bo'lmagan bemorlarga nisbatan og'irroq kechishi aniqlandi. Shuningdek, DBTD bilan og'rigan bemorlarda dorsopatiyaning og'irligi ko'p hollarda biriktiruvchi to'qima displaziyasining paydo bo'lish chastotasi va tashqi va ichki fenotipik birikmalarining soni bilan bog'liq. Bugungi kunda bu borada to'plangan tajriba, olib borilgan ilmiy-amaliy tadqiqotlarni hisobga olish ushbu dolzarb masalani o'rganish imkonini beradi.

ADABIYOTLAR RO'YXATI:

1. Dean E., Soderlund A. What is the role of lifestyle behaviour change associated with noncommunicable disease risk in managing musculoskeletal health conditions with special reference to chronic pain? //BMC Musculoskeletal Disorders. 2015;16:87.
2. Global Burden of Disease 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet. 2018 Nov 10;392(10159):1789-1858.
3. Pedisic Z, Pranic S, Jurakic D. Relationship of back and neck pain with quality of life in the Croatian general population. J Manipulative Physiol Ther. 2013 Jun;36(5):267-75.
4. Hnatešen D, Pavić R, Radoš I, Dimitrijević I, Budrovac D, Čebihin M, Gusar I. Quality of Life and Mental Distress in Patients with Chronic Low Back Pain: A Cross-Sectional Study. //Int J Environ Res Public Health. 2022 Aug 26;19(17):10657
5. Andersson H.I., Ejlertsson G., Leden I., Rosenberg C. Chronic pain in a geographically defined general population: studies of differences in age, gender, social class, and pain localization //Clin. J. Pain. 1993;9(3):174-182.
6. Беленький А.Г. Гипермобильный синдром — системное невоспалительное заболевание соединительной ткани //Новости медицины и фармации. 2007;3:3-4.
7. Simpson M.R. Benign joint hypermobility syndrome: evolution, diagnosis and management //J. Am. Osteopath. Assoc. 2006;106(9):531-539.
8. Aringer M., Steiner G., Smolen J.S. Does mixed connective tissue disease exist? Yes //Rheum. Dis. Clin. North Am. 2005;31(3):411-420.
9. Кадурина Т.И. Дисплазия соединительной ткани у детей (клиника, диагностика, лечение): Автореф. дис... д-ра мед. наук: спец. 45.00.09 «педиатрия» / Санкт Петербург. мед. акад. последипл. образования. СПб., 2003; 35 с.
10. Бахтеева Н.Х., Ионова Т.А., Григорьева А.В. Результаты обследования детей с цервикальным болевым синдромом //Травматология и ортопедия России. 2010;1:34-39.
11. Бондаренко Е.С., Соломатина О.Г., Ширеторова Д.Е. Вегетососудистая дистония. /М.: Медицина, 1989; 37 с.
12. Хайбуллина Д.Х. Особенности болевого синдрома в нижней части спины у пациентов с недифференцированной дисплазией соединительной ткани. //Российский журнал боли. 2015;1(46):70-71.
13. Губеев Б.Э., Максимов Ю.Н., Хайбуллина А.Р. и др. Грыжа межпозвонкового диска на фоне дисплазии соединительной ткани. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019;119(5-2):261.
14. Шармазанова О.П., Мительов Д.А. Клініко-патологічні зміни шийного відділу хребта при системній ДСТ у підлітків //Український радіологічний журнал. 2004;12:7-10.
15. Alyaviy A.L., Shodiqulova G.Z. Yurak klapan apparatlarining progressiv displastik buzilishlarida biriktiruvchi to'qima displaziyasining asosiy ko'rsatkichlari o'zgarishining xususiyatlari //O'zbekiston terapevtik axborotnomasi. - Toshkent 2015;2:16-20.

16. Galaktionova M.Yu. Yurakning ritmi va o'tkazuvchanligi buzilgan bolalarda biriktiruvchi to'qima displaziyasining markerlari //Kuzbassda ona va bola. 2011;3(46):56-59.
17. Tvorogova T.M., Vorobyova A.S. bolalar va o'spirinlarda diselementoz holatidan farqlanmagan biriktiruvchi to'qima displazi // "RMJ"ning muntazam nashrlari. 2012;24:12-15.
18. Malfait F., Hakimet A.G. Qo'shma gipermobillik sindromlarining genetik asosi //Revmatologiya. 2016;45:502-507.
19. Bugaeva I.V., Vasilyeva O.V. Biriktiruvchi to'qima displaziyasi - zamonaviy tibbiyotning dolzarb muammosi (adabiyot sharhi) //Ultratovushli perinatal diagnostika. 2012;27(28):266-281.
20. Dedova V.O., Dotsenko N.Ya., Boev S.S. va boshqalar. Biriktiruvchi to'qima displaziyasining tarqalishi (adabiyot sharhi) //Sibirda tibbiyot va ta'lim. 2011;2:123-129.
21. Кадурина Т.И., Аббакумова Л.Н. Дисплазия соединительной ткани: путь к диагнозу. //Вестник Ивановской медицинской академии. 2014;19(3):5-11.
22. Арсентьев В.Г. Дисплазии соединительной ткани как конституциональная основа полиорганных нарушений у детей: /Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб.; 2018; 32 с.
23. Земцовский Э.В., Тимофеев Е.В., Малев Э.Г. Наследственные нарушения (дисплазии) соединительной ткани. //Педиатр. 2017;8(4): 6-18.
24. Громова О.А., Калачёва А.Г., Торшин И.Ю., Грустливая У.Е., Прозорова Н.В., Егорова Е.Ю. и др. О диагностике дефицита магния. Часть 1. Архив внутренней медицины. 2014;2:5-11.
25. Гусева Е.С. Дисплазия соединительной ткани у беременных: особенности клинического течения и прогнозирование экстрасистолии высоких градаций: /Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Чита; 2014; 24 с.
26. Нечаева Г.И., Дрокина О.В., Мартынов А.И., Логинова Е.Н., Друк И.В., Лялюкова Е.А. и др. Основы курации пациентов с дисплазией соединительной ткани в первичном звене здравоохранения. //Терапия. 2015;1:29-36.
27. Сметанин М.Ю., Пименов Л.Т., Чернышова Т.Е. Гормональный профиль и показатели минерального обмена у женщин с дисплазией соединительной ткани. //Практическая медицина. 2018;1(112):140-143.
28. Ильина И.Ю., Маликова В.О., Доброхотова Ю.Э. Особенности иммунного статуса у женщин с дисплазией соединительной ткани. //Вестник РГМУ. 2011;5:27-29.
29. Semianchuk V., Haridzhuk L., Bobrykovych O. Indicators of phagocytic component and secretory iga in children with bronchial asthma secondary to undifferentiated connective tissue dysplasia. //Georgian Med. News. 2016; Issue: 61-67.
30. Демидова Л.А., Панова Т.Н., Демидов А.А. Гипертоническая болезнь как исход нейроциркуляторной дистонии у пациентов с дисплазией соединительной ткани. Научное обозрение. //Медицинские науки. 2015;1:151. <http://science-medicine.ru/ru/article/view?id=760> (дата обращения — 08.02.2018).
31. Шупина М.И., Нечаева Г.И., Логинова Е.Н., Дорохов Г.Ю. Распространенность артериальной гипертензии и факторов сердечно-сосудистого риска у лиц молодого возраста с дисплазией соединительной ткани. //Лечащий врач. 2016;2:14-17.
32. Смяловский В.Э., Друк И.В., Смяловский Д.В. Особенности течения интракраниальных артериальных аневризм и артериовенозных мальформаций у пациентов с дисплазией соединительной ткани. //Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014;114(8):304-305.
33. Орешко Л.С., Ситкин С.И., Селиверстов П.В., Орешко А.Ю., Соловьева Е.А., Журавлева М.С. и др. Особенности функциональных нарушений гастродуоденобилиарной системы у больных целиакией. //Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2015;11(123):50-56.
34. Джулай Г.С., Секарева Е.В., Джулай Т.Е. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и соединительнотканые дисплазии в аспекте преморбидности и коморбидности. //Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2014;2(102):16-20.
35. Дакуто А.Н. Особенности течения цео-илеального рефлюкса у детей на фоне дисплазии соединительной ткани, современные методы реабилитации: /Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Сургут; 2014; 23с.
36. Кривокрысенко И.В., Воротников А.А., Коновалов Е.А. Клинико-морфологические параллели артроскопической диагностики, лечения и реабилитации больных с повреждениями коленного сустава на фоне синдрома дисплазии соединительной ткани. //Успехи современного естествознания. 2013;2:15-16.
37. Санеева Г.А., Ягода А.В. Состояние минеральной плотности костной ткани при синдроме гipермобильности суставов. //Архив внутренней медицины. 2014;5(19):62-65.

Qabul qilingan sana 20.11.2024