

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TOSHKENT DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI**

Rahmatullayeva G.K., Maksudova O.A.,

DIFFERENTSIYALASHMAGAN BIRIKTIRUVCHI TO'QIMA
DISPLAZIYASI FONIDA RIVOJLANGAN DORSOPATIYANING
KLINIK-NEVROLOGIK XUSUSIYATLARI VA DIAGNOSTIK ALGORITMI

Uslubiy tavsiyanoma



O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TOSHKENT DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI

“TASDIQLAYMAN”
Toshkent davlat tibbiyot universiteti
Muvofiqlashtiruvchi ekspert
kengashi raisi t.f.d., professor
_____X.S.Axmedov
“ ____ ” _____ 2026 y.

Maksudova O.A., Raxmatullayeva G.K.

DIFFERENTSIYALASHMAGAN BIRIKTIRUVCHI TO‘QIMA
DISPLAZIYASI FONIDA RIVOJLANGAN DORSOPATIYANING
KLINIK-NEVROLOGIK XUSUSIYATLARI VA DIAGNOSTIK ALGORITMI
(Uslubiy tavsiyanoma)

Tuzuvchilar:

TDTU Nevrologiya va tibbiy psixologiya
kafedrası dotsenti, t.f.d.

G.K.Rahmatullayeva

TDTU Nevrologiya va tibbiy psixologiya
kafedrası mustaqil izlanuvchi

O.A.Maksudova

Taqrizchilar:

TDTU Nevrologiya va tibbiy psixologiya
kafedrası professor, t.f.d.

Xaydarova D.K

TXKMRM Xalq tabobati kursi
rahbari, t.f.d., professor

Ergasheva N.O.

Uslubiy tavsiyanoma TDTU Muammolar komissiyasining _____ 2026 yildagi
yig'ilishida ko'rib chiqildi va tasdiqlandi, _____-sonli bayonnoma.

Uslubiy tavsiyanoma Toshkent Davlat Tibbiyot Universiteti Ilmiy kengashining
_____2026 yildagi yig'ilishida ko'rib chiqildi va tasdiqlandi, _____-sonli
bayonnoma.

Toshkent Davlat Tibbiyot Universiteti akademiyasining Ilmiy
kengashi raisi tibbiyot fanlari doktori, professor

Boymurodov Sh.A.

Ilmiy kotib

Ismoilova G.A.

Ushbu Uslubiy tavsiyanoma amaliy nevrologiya va umumiy amaliyot
shifokorlari, magistrlar va ordinatorlar uchun mo'ljallangan. Tavsiyalar materiallari
belgilangan mutaxassisliklar bo'yicha shifokorlarni diplomdan keyingi ta'limda
tayyorlashda foydalanilishi mumkin.

QISQARTMALAR RO'YXATI

DBTD - Differensiyalashmagan biriktiruvchi to'qima displaziyasi

BGMS - bo'g'imlar gipermobillik sindromi

VASH — Vizual analog shkalasi (Visual Analog Scale (VAS))

MRT — Magnit-rezonans tomografiya

KT — Kompyuter tomografiya

BSh - Beighton shkalasi

NS — Nevrologik status

LFK — Davolovchi jismoniy tarbiya

EMG — Elektroneyromiografiya

MTS — Mushak-tonik sindrom

RS — Radikulyar sindrom

RFS — Reflektor-funksional sindrom

VDS — Vegetativ disfunktsiya sindromi

KIRISH

Hozirgi kunda biriktiruvchi to'qima differentsiyalashmagan displaziyasi muammosi eng dolzarb masaladir. **Differentsiyalashmagan biriktiruvchi to'qima displaziyalari (DBTD)** – bu genetik jihatdan belgilangan holatlar bo'lib, ular biriktiruvchi to'qimaning tolali tuzilmalari va asosiy moddasidagi nuqsonlar bilan tavsiflanadi. Ushbu nuqsonlar a'zolar va tizimlarning shakllanish jarayonini buzilishiga olib keladi, progressiv kechishga ega bo'ladi hamda assotsiatsiyalangan patologiyaning, shuningdek, dori vositalarining farmakokinetikasi va farmakodinamikasining o'ziga xos xususiyatlarini belgilaydi.[1,2,3,4]. Genetik nuqson gen ekspressiyasining vaqtinchalik qonuniyatlariga muvofiq istalgan yoshda namoyon bo'lishi mumkin. Differentsiyalanmagan biriktiruvchi to'qima displaziyalari (biriktiruvchi to'qima displaziyasining sindromsiz shakllari, biriktiruvchi to'qimaning nospetsifik buzilishlari) holatida genetik determinantlarning amalga oshishi, biriktiruvchi to'qimaning irsiy buzilishlaridan farqli o'laroq, ko'p jihatdan tashqi sharoitlar bilan belgilanadi. Biriktiruvchi to'qima displaziyalarining rivojlanishi negizida biriktiruvchi to'qimaning strukturaviy oqsillari sintezi/katabolizmi yoki ushbu jarayonlarda ishtirok etuvchi fermentlar uchun mas'ul bo'lgan gen mutatsiyalari yotadi [1,2,3]

Differentsiyalanmagan biriktiruvchi to'qima displaziyalarining (DBTD) tarqalishi – 1:5 nisbatda. Yoshlar orasida biriktiruvchi to'qima dismorfogenezing ayrim tashqi ko'rinishlari 85,4% hollarda uchraydi. [1,2,3,4]. DBTD ko'rinishlarining kritik davri o'smirlik yoshi hisoblanadi, chunki bu davrda biriktiruvchi to'qima hajmi organizmning o'sishi va rivojlanishiga mutanosib ravishda ortadi. Qoida tariqasida, 35 yoshdan oshgan DBTD bilan og'rikan bemorlarning mutlaq ko'pchiligida asosiy muammoni klinik sindromlarning asoratlari tashkil etadi, bu esa ushbu guruh bemorlarining nogironligiga va o'limiga sabab bo'ladi. [1,2,3,4, 7, 8].

Differentsiyalanmagan biriktiruvchi to'qima displaziyalarining (DBTD) klinik ko'rinishlari ko'p jihatdan organizmning u yoki bu tizimiga ta'sir etuvchi yetakchi klinik sindrom bilan bog'liq. Uzoq vaqt davomida DBTDda nerv tizimi intakt, ya'ni saqlangan

deb hisoblab kelingan. Biroq nevrologik xususiyatga ega bo'lgan qator shikoyatlar (bosh og'rig'i, bosh aylanishi, og'riq sindromlari, mushak zaifligi, tez charchash) tadqiqotchilar e'tiborini tortdi va so'nggi yillardagi bir qator ishlar DBTD ning nevrologik jihatlari mavjudligini ko'rsatdi [1, 9].

Biriktiruvchi to'qima differentsiyalashmagan displaziyasining nevrologik belgilari orasida yuvenil osteoxondroz, umurtqalararo churralar, spondilolistez va vertebrobazilar yetishmovchilik shaklida vertebrogen sindromning turli ko'rinishlarini yetakchi o'rinni egallaydi. Nerv tizimining vertebrogen kasalliklari keng tarqalgan kasalliklar guruhidir. Vertebrogen og'riqlar o'tkir respiratorli infektsiyalardan keyin shifokorga murojaat qilishning ikkinchi eng keng tarqalgan sababidir. Kattalar aholi orasida og'riq sindromlarining epidemiologiyasini o'rganish natijalariga ko'ra, surunkali vertebrogen og'riqlarning tarqalishi 42,4% - 56,7% ni tashkil qiladi.[11]. Nogironlikka olib kelishi bo'yicha birinchi o'rinlardan birini egallaydi. Vertebrogen og'riqlarni o'rganish bo'yicha olib borilayotgan izlanishlarga qaramay, ularning tarqalishi nafaqat kamaymaydi, balki har yili o'sib bormoqda, bu ko'plab tadqiqotlar tomonidan tasdiqlangan. Vertebrogen og'riqlarning oldini olish muammosi hozirgi vaqtda muhim tibbiy-ijtimoiy vazifa bo'lib, mehnatga layoqatli aholi orasida ushbu patologiya paydo bo'lish chastotasi bilan izohlanadi. Bundan tashqari, so'nggi o'n yilliklarda nafaqat mehnatga layoqatli aholi, balki bolalar va o'smirlar orasida ham bel og'rig'i bilan og'riqqa bemorlar soni ko'paymoqda. Shu bilan birga, dorsopatiyalar va biriktiruvchi to'qima displaziyasi o'rtasidagi bog'liqlikni ko'rsatadigan izlanishlar paydo bo'ldi. Shu munosabat bilan, radikulopatiya bilan og'riqqa bemorlarda biriktiruvchi to'qima o'zgarishlarini aniqlash, xususan, uning erta davridagi o'zgarishlari bugungi kunda dolzarbdir.

DBTD da vegetativ nerv tizimi ham shikastlanadi va simpatikotonik namoyonlar ustunlik qiladi [5, 10, 12]. Shikoyatlar orasida birinchi o'rinda pektalgik sindrom turadi: u yoshlik davridan boshlab bemorlarni bezovta qiladigan, yurak sohasida uzoq davom etuvchi noyob, sanchuvchi og'riqlar bilan namoyon bo'ladi, ko'pincha emotsional zo'rliqlar bilan bog'liq bo'ladi va sedativ preparatlar qabul qilish yoki dam olish orqali kamayadi.

Tadqiqotlarning katta qismi bo'g'imlar gipermobillik sindromi (BGMS)dagi algik namoyonlarga bag'ishlangan [12,13]. BGMS li bemorlarda umurtqa sohasidagi

og'riqlarning uchrash chastotasi yuqoriroq (61,7%) ekani aniqlangan. Ayollarda og'riq asosan bel sohasida, erkaklarda esa ko'krak va ko'krak-bel sohalarida lokalizatsiyalanadi. Bemorlar og'riqni o'rtacha ifodalangan, noyob yoki tortuvchi xususiyatda deb ta'riflaydilar. BGMSli bemorlarda tayanch-harakat apparatining boshqa buzilishlari ham ishonchli ravishda ko'proq aniqlangan.

O'tkazilgan tadqiqotlarda belning quyi qismida og'riq bilan murojaat qilgan bemorlarda DBTD sindromi tez-tez tashxislanishi, vizual-analog shkala (VASH) bo'yicha og'riq intensivligi esa DBTD belgilari bo'lmagan bemorlarga nisbatan yuqoriroq ekani ko'rsatilgan [14]. Zamonaviy tibbiyotning dolzarb mavzularidan biri bo'lgan DBTD skelet-mushak tizimining o'tkir va surunkali og'riq sindromlari hamda serebrovaskulyar hodisalar bilan bog'liq nevrologik jihatlariga ham ega. DBTD ning ushbu jihatlarini chuqur o'rganish ushbu asoratlarning xavfini o'z vaqtida aniqlash, profilaktika choralarini ko'rish, polipragmaziya qochish va ehtimoliy asoratlarga yo'naltirilgan maqsadli terapiyani qo'llash imkonini beradi.

Tadqiqotning maqsadi: Differentsiyalashmagan biriktiruvchi to'qima displaziyasi fonida rivojlangan dorsopatiyaning klinik-nevrologik, differensial-dagnostik xususiyatlarini o'rganish

Tadqiqotning vazifalari.

1. DDBT ni tarqalaishini nevrolog ko'rigiga murojat qilib kelgan, vertebrogen simptomlardan shikoyat qilib kelgan bemorlar orasida fenotipik belgilar asosida, tashxisni aniqlash va tekshirish
2. DBTD klinik-nevrologik xususiyatlarini kasallikning rivojlanish xavf omillariga bog'liq holda tahlil qilish.
3. Tekshirilgan bemorlar orasida DBTD bilan bog'liq bo'lgan umurtqa pog'onasi patologiyasini tarqalishini aniqlash.
4. Ko'p tarmoqli yondashuv asosida DBTD bilan bog'liq bo'lgan dorsopatiyani multidisiplinar yondashuv asosida diagnostika qilish algoritmini ishlab chiqish.

Materiallar va usullar:

Ilmiy tadqiqot Toshkent shahar "Medion" xususiy klinikasida amalga oshirildi. Tadqiqotning **1-bosqichida** nevrolog qabuliga kelgan 260 nafar umurtqa pog'onasidagi og'riqlar bilan murojat qilib kelgan bemorlarda klinik- nevrologik tekshiruvlar o'tkazildi. Bemorlardan DBTD ning fenotipik belgilari mavjudligi asosida 18 yoshdan 68 yoshgacha bo'lgan 104 nafar bemor tadqiqotga kiritildi.

2-bosqichida tanlab olingan 104 nafar bemorda quidagi tadqiqot usullari o'tkazildi:

Klinik tadqiqot usullari

1. Shikoyatlar va anamnez yig'ish.

2. DBTD ning fenotipik ko'rinishlarini aniqlash, fizikal ko'rik o'tkazish.
3. Bemorlarda nevrostatusni tekshirish.
4. Bemorlarni VASH, Beighton shkalasi (BSh) asosida baholash

Instrumental tadqiqot usullari

Ko'rsatmalarga ko'ra bo'yin, ko'krak va bel umurtqa pog'onasining kompyuter tomografiyasi (KT) yoki magnit-rezonans tomografiyasi (MRT)

Bemorlarni tanlab olish mezonlari:

1. **Shikoyatlarning mavjudligi:** bo'yin, ko'krak va bel sohasida og'riqlarning mavjudligi
2. **DBTD ning fenotipik belgilari mavjudligi.**
3. **Yoshi:** 18 yoshdan 68 yoshgacha.
4. **Anamnezda** bo'yin umurtqa pog'onasi darajasida vertebro-medullyar konflikt (umurtqa va orqa miya to'qnashuvi) bilan kechgan jarohatlarning yo'qligi

Tadqiqot natijalari

Tadqiqot doirasida dorsopatiya bilan murojaat qilgan va biriktiruvchi to'qimaning differentsiallashtirmagan displaziyasi (DBTD) belgilari aniqlangan 104 nafar bemor tekshirildi. Tadqiqotga 18 yoshdan 68 yoshgacha bo'lgan bemorlar jalb etildi. Bemorlarning jinsiy tarkibi tahlili shuni ko'rsatdiki, tekshirilganlar orasida ayollar – 72 nafar (69,2%), erkaklar esa 32 nafar (30,8%)ni tashkil etdi (1-jadval). Bemorlarning o'rtacha yoshi $39,6 \pm 9,8$ yilni tashkil etdi. Ayol bemorlarning o'rtacha yoshi $38,9 \pm 9,6$ yil, erkak bemorlarda esa $41,2 \pm 10,1$ bo'ldi. Ayol va erkak bemorlar o'rtasida o'rtacha yosh ko'rsatkichlari bo'yicha sezilarli farq aniqlanmadi.

Tadqiqotda ayollar ustunligi aniqlandi (ayol : erkak = 2,25 : 1), bu DBTD ning ayollarda ko'proq uchrashi bilan mos keladi. Bemorlarning o'rtacha yoshi $39,6 \pm 9,8$ yil bo'lib, kasallik asosan mehnatga layoqatli va o'rta yosh davrida klinik ahamiyat kasb etishini ko'rsatadi.

Erkak bemorlarda o'rtacha yosh ayollarga nisbatan biroz yuqoriroq bo'lib, bu dorsopatiyaning kechroq klinik namoyon bo'lishi bilan izohlanishi mumkin. 18–68 yosh oralig'ida bemorlarning keng qamrab olinishi DBTD va dorsopatiyaning turli yosh bosqichlarida namoyon bo'lishini tasdiqlaydi.

Klinik tadqiqotning birinchi bosqichida bemorlarning shikoyatlari va hayotiy hamda kasallik anamnezi batafsil o'rganildi. Bemorlarning aksariyatida asosiy shikoyatlar surunkali yoki qaytalanuvchi og'riq sindromi bilan namoyon bo'ldi. Og'riqlar ko'pincha bo'yin (servikal), ko'krak va bel (lumbosakral) sohalarida joylashgan bo'lib, jismoniy

zo‘riqish, uzoq vaqt bir holatda qolish, ob-havo o‘zgarishi bilan kuchayishi qayd etildi. Og‘riq sindromi bilan birga mushaklarda tez charchash, qotish va noqulaylik hissi bemorlarning katta qismida kuzatildi. Nevrologik xarakterdagi shikoyatlar orasida bosh og‘rig‘i, bosh aylanishi, paresteziyalar (uvushish, sanchish hissi), qo‘l va oyoqlarda sovuqlik yoki kuchsizlik sezilishi tez-tez uchradi. Ayrim bemorlar vegetativ buzilishlarga xos shikoyatlar — yurak urishining tezlashishi, arterial bosimning o‘zgaruvchanligi, terlashning ortishi, umumiy holsizlik va uyqu buzilishlarini ham ta’kidlashdi. Anamnez ma’lumotlarini tahlil qilish jarayonida bemorlarning ko‘pchiligida bolalik davridan boshlab paydo bo‘lgan skelet-mushak tizimi bilan bog‘liq muammolar, tez-tez bo‘ladigan bel va bo‘yin og‘riqlari, jismoniy yuklamaga past tolerantlik aniqlandi. Ayrim bemorlar anamnezida tez-tez chiqib ketishlar, bo‘g‘imlarda og‘riq va beqarorlik hissi, shuningdek, yassi oyoqlik yoki umurtqa pog‘onasi qiyshayishlari mavjudligi qayd etildi. Oilaviy anamnezni o‘rganishda bir qator bemorlarda yaqin qarindoshlarda umurtqa pog‘onasi kasalliklari, bo‘g‘im patologiyalari yoki surunkali og‘riq sindromlari mavjudligi aniqlanib, bu holat biriktiruvchi to‘qima differensiallashmagan displaziyasiga xos irsiy moyillik ehtimolini ko‘rsatdi. Bemorlarni tekshirish natijasida 1-jadvalda keltirilgan shikoyatlar aniqlandi.

Jadval 1. Dorsopatiya bilan murojaat qilgan bemorlarda shikoyatlar va anamnez ma’lumotlarining taqsimlanishi (n = 104)

№	Klinik belgilar va anamnestic ko‘rsatkichlar	Bemorlar soni (n)	Ulushi (%)
1	Umurtqa pog‘onasida surunkali yoki qaytalanuvchi og‘riqlar (servikal, torakal, lumbosakral)	104	100
2	Jismoniy zo‘riqish va statik yuklama bilan og‘riqning kuchayishi	87	83,7
3	Mushaklarda tez charchash va qotishish hissi	79	76,0
4	Bosh og‘rig‘i	68	65,4
5	Bosh aylanishi	54	51,9

6	Paresteziyalar (uyushish, sanchish, “chumoli o’rmalash” hissi)	61	58,7
7	Qo’l va oyoqlarda kuchsizlik yoki sovuqlik hissi	46	44,2
8	Vegetativ buzilishlar (yurak urishining tezlashishi, terlash, AB o’zgarishi)	57	54,8
9	Umumiy holsizlik, tez toliqish	72	69,2
10	Uyqu buzilishlari	49	47,1
11	Bolalik davridan skelet-mushak tizimi bilan bog’liq shikoyatlar mavjudligi	63	60,6
12	Bo’g’imlarda og’riq yoki beqarorlik hissi	58	55,8
13	Yassi oyoqlik, umurtqa pog’onasi qiyshayishi haqida anamnez	52	50,0
14	Oilaviy anamnezda biriktiruvchi to’qima patologiyalariga xos holatlar	41	39,4

Shikoyatlar va anamnez tahlili dorsopatiya bilan murojaat qilgan bemorlarning aksariyatida biriktiruvchi to’qima differensiallashmagan displaziyasiga xos klinik va nevrologik belgilar mavjudligini ko’rsatdi. Ayniqsa, surunkali og’riq sindromi, vegetativ buzilishlar, mushak va bo’g’imlarga oid shikoyatlarning yuqori uchrash chastotasi ushbu holatning klinik ahamiyatini tasdiqlaydi va keyingi bosqichdagi obyektiv klinik-nevrologik tekshiruvlar uchun asos bo’lib xizmat qiladi.

Bemorlarda nevrologik statusni tekshirish natijalari

Dorsopatiya bilan murojaat qilgan 104 nafar bemorda nevrologik status standart klinik protokol asosida baholandi. Tekshiruv jarayonida markaziy va periferik nerv tizimi funksional holati, mushak tonusi va kuchi, reflektor faoliyat, sezgirlik turlari hamda vegetativ belgilar kompleks tarzda o'rganildi. Nevrologik statusni tekshirish natijalariga ko'ra, bemorlarning aksariyatida og'riq sindromining nevrogen komponenti aniqlanib, u asosan paravertebral sohalarda og'riqlilik va mushak-tonik sindrom bilan namoyon bo'ldi. Mushak tonusining notekisligi, ya'ni lokal gipertonus va ayrim mushak guruhlarida gipotonus elementlari keng tarqalgan bo'lib, bu holat umurtqa pog'onasining biomehanik beqarorligi bilan bog'liq ekani qayd etildi.

Mushak kuchini baholashda bemorlarning bir qismida yengil darajadagi parez elementlari, asosan distal bo'limlarda aniqlanib, og'ir harakat buzilishlari kuzatilmadi. Pay reflekslarini tekshirishda reflekslarning assimetriyasi, pasayishi yoki jonlanishi aniqlanib, bu holatlar ko'proq lumbal va aralash dorsopatiya bo'lgan bemorlarda uchradi.

Sezgirlikni baholashda og'riq, taktil va vibratsion sezgirlikning segmentar buzilishlari, paresteziya va gipesteziya elementlari qayd etildi. Ushbu belgilar radikulyar sindrom bilan birga namoyon bo'lib, patologik jarayonning segmentar xarakterini ko'rsatdi.

Bosh miya nervlarini tekshirishda og'ir patologik o'zgarishlar aniqlanmadi, biroq servikal dorsopatiya bo'lgan ayrim bemorlarda vertebrobazilyar yetishmovchilikka xos belgilar — bosh aylanishi, muvozanatning buzilishi va nistagm elementlari kuzatildi. Koordinatsion sinamalarni bajarishda bemorlarning bir qismida yengil ataksiya va muvofiqlashtirishning pasayishi qayd etildi.

Vegetativ nerv tizimi holatini baholashda teri rangining o'zgaruvchanligi, gipergidroz, dermografizmning kuchayishi, yurak urishining labilligi aniqlanib, bu holatlar biriktiruvchi to'qima differensiallashmagan displaziyasiga xos vegetativ disfunktsiya belgilarini ko'rsatdi. 2-Jadvalda DBTD fonida dorsopatiyaga xos klinik-nevrologik belgilar aks ettirilgan.

Jadval 2

Dorsopatiya bilan murojaat qilgan bemorlarda nevrologik status ko'rsatkichlari (n = 104)

№	Nevrologik ko'rsatkichlar	Bemorlar soni (n)	Ulushi (%)
1	Paravertebral nuqtalarda og'riqlilik	96	92,3
2	Umurtqa pog'onasi harakatchanligining cheklanishi	82	78,8

3	Mushak tonusining notekisligi (gipo-/gipertonus)	76	73,1
4	Mushak kuchining pasayishi (yengil parez elementlari)	39	37,5
5	Sezgirlik buzilishlari (gipesteziya, paresteziya)	61	58,7
6	Reflekslarning assimetriyasi	47	45,2
7	Pay reflekslarining pasayishi	34	32,7
8	Radikulyar sindrom belgilari	42	40,4
9	Vertebrobazilyar yetishmovchilikka xos belgilar	53	51,0
10	Vestibulyar buzilishlar (nystagm, beqaror yurish)	28	26,9
11	Vegetativ-distonik belgilar (dermografizm, terlash)	57	54,8
12	Koordinatsion sinamalar buzilishi	31	29,8
13	Og'riq sindromining nevrogen xarakteri	88	84,6

Nevrologik statusni baholash natijalari dorsopatiya bilan murojaat qilgan bemorlarning ko'pchiligida DBTD ga xos funksional va strukturaviy nevrologik buzilishlar mavjudligini ko'rsatdi. Paravertebral og'riqlilik, mushak-tonik o'zgarishlar, sezgirlik va reflektor buzilishlarning yuqori uchrash chastotasi DBTD fonida umurtqa pog'onasi va periferik nerv tizimi zararlanishining klinik ahamiyatini tasdiqlaydi.

DBTD ning fenotipik ko'rinishlari aniqlash natijalari

Tadqiqot davomida DBTD ga xos fenotipik belgilar maxsus klinik ko'rik va antropometrik baholash asosida aniqlandi. Tekshiruv natijalariga ko'ra, bemorlarning aksariyatida tana tuzilishining astenik yoki displastik turi, bo'y uzunligining nisbatan balandligi va tana massasi indeksining past yoki chegaraviy qiymatlari kuzatildi. Skelet tizimiga oid fenotipik belgilar orasida umurtqa pog'onasi qiyshayishlari (skolioz, kifoz, lordozning kuchayishi), ko'krak qafasining deformatsiyalari, shuningdek, yassi oyoqlik keng tarqalgan bo'lib, bu holatlar umurtqa pog'onasiga tushadigan biomexanik yuklamaning notekis taqsimlanishiga olib kelishi aniqlandi.

Bo'g'im tizimini baholash jarayonida bemorlarning muayyan qismida bo'g'implarning ortiqcha harakatchanligi, beqarorlik va tez-tez og'riq paydo bo'lishi qayd etildi. Bu belgilar ko'pincha dorsopatiyaning erta boshlanishi va og'riq sindromining surunkali kechishi bilan bog'liq ekani aniqlandi.

Teri va yumshoq to'qimalar holatini tekshirishda teri elastikligining ortishi, yupqaligi, ba'zi bemorlarda striyalar va sekin bituvchi mayda jarohatlar aniqlanib, bu holatlar kollagen tuzilishining buzilishiga xos fenotipik belgilar sifatida baholandi.

Shuningdek, bemorlarning bir qismida yuz skeletiga xos dismorfik belgilar (tor yuz, yuqori tanglay, tishlar qatorining notekisligi) aniqlanib, bu holatlar DBTDning tizimli xarakterini ko'rsatdi. Fenotipik belgilar ko'pincha bir-biri bilan kombinatsiyalangan holda uchrab, bemorlarning klinik holati va nevrologik simptomatika og'irligiga bevosita ta'sir ko'rsatishi kuzatildi.

Quyida DBTD ning fenotipik ko'rinishlari bo'yicha natijalar 3-jadvalda keltirilgan.

Jadval 3

Dorsopatiya bilan murojaat qilgan bemorlarda DBTD ning fenotipik ko'rinishlari (n = 104)

No	Fenotipik belgilar	Bemorlar soni (n)	Ulushi (%)
1	Astenik yoki displastik tana tuzilishi	69	66,3
2	Tana massasi indeksining past yoki chegaraviy bo'lishi	62	59,6
3	Umurtqa pog'onasi qiyshayishlari (skolioz, kifoz, giperlordoz)	71	68,3
4	Ko'krak qafasi deformatsiyalari	38	36,5

5	Yassi oyoqlik	57	54,8
6	Bo'g'imlarning ortiqcha harakatchanligi (gipermobillik)	49	47,1
7	Bo'g'implarda beqarorlik va tez-tez og'riq	53	51,0
8	Qo'l-oyoqlarning nisbatan uzunligi (dolixostenomeliya)	41	39,4
9	Teri elastikligining ortishi, yupqa teri	46	44,2
10	Teri striyalari (travmasiz)	29	27,9
11	Yuz skeletiga xos dismorfik belgilar (tor yuz, yuqori tanglay)	34	32,7
12	Tishlar qatorining notekisligi	37	35,6
13	Bir nechta fenotipik belgilar kombinatsiyasi	78	75,0

Fenotipik baholash natijalari dorsopatiya bilan murojaat qilgan bemorlarning ko'pchiligida biriktiruvchi to'qima differensiallashmagan displaziyasiga xos skelet, bo'g'im, teri va tana tuzilishidagi o'zgarishlar mavjudligini ko'rsatdi. Belgilarning yuqori darajada kombinatsiyalangan holda uchrashi DBTD ning tizimli xarakterini va dorsopatiya rivojlanishidagi muhim rolini tasdiqlaydi.

Jadval 4

Beighton shkalasi bo'yicha umumiy ballar taqsimoti (n = 104)

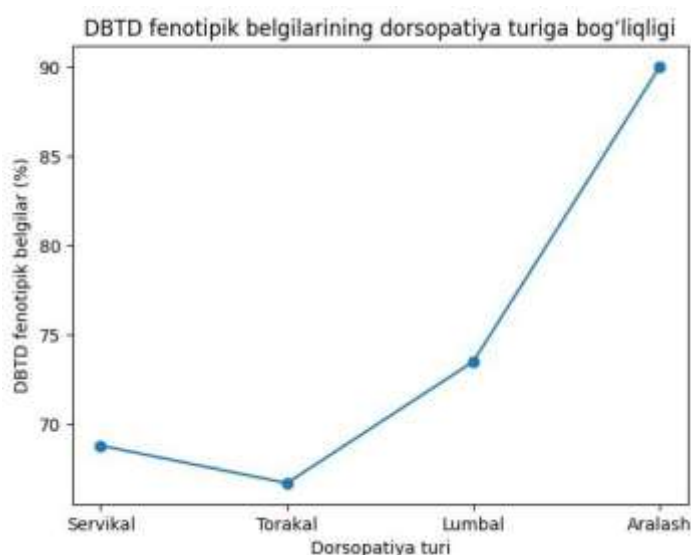
Beighton balli	Klinik baho	Bemorlar soni (n)	Ulushi (%)
0–2 ball	Gipermobillik aniqlanmadi	31	29,8
3–4 ball	Chegaraviy gipermobillik	28	26,9
≥5 ball	Bo‘g‘im gipermobilligi (DBTD uchun xos)	45	43,3

Beighton shkalasi asosida o‘tkazilgan baholash natijalari dorsopatiya bilan murojaat qilgan bemorlarning 43,3 % ida klinik ahamiyatga ega bo‘lgan bo‘g‘im gipermobilligi mavjudligini ko‘rsatdi. Chegaraviy gipermobillik holatlari bilan birgalikda tahlil qilinganda, bo‘g‘im apparatining funksional yetishmovchiligi biriktiruvchi to‘qima differentsiallashtirmagan displaziyasining muhim fenotipik belgisi ekanligi aniqlandi. Ushbu ko‘rsatkichlar dorsopatiya rivojlanishi va og‘riq sindromining surunkalashuvida sezilarli rol o‘ynaydi.

Servikal, torakal, lumbal va aralash dorsopatiya bo‘yicha

alohida tahlil natijalari

Dorsopatiya bilan murojaat qilgan bemorlarda patologik jarayonning umurtqa pog‘onasi bo‘yicha lokalizatsiyasi aniqlanib, servikal, torakal, lumbal va aralash shakllar kesimida klinik-nevrologik belgilar hamda DBTD bilan bog‘liqligi tahlili o‘tkazildi (5,6-jadvallar).



Jadval 5

Dorsopatiya turlariga ko'ra asosiy klinik-nevrologik belgilar

Klinik belgilar	Servikal (n=32)	Torakal (n=18)	Lumbal (n=34)	Aralash (n=20)
Lokal og'riq sindromi	32 (100%)	18 (100%)	34 (100%)	20 (100%)
Og'riqning surunkali kechishi	19 (59,4%)	8 (44,4%)	21 (61,8%)	16 (80,0%)
Radikulyar sindrom	15 (46,9%)	6 (33,3%)	24 (70,6%)	17 (85,0%)
Mushak-tonik sindrom	25 (78,1%)	11 (61,1%)	28 (82,4%)	19 (95,0%)
Sezgirlik buzilishlari	17 (53,1%)	6 (33,3%)	23 (67,6%)	16 (80,0%)
Reflektor buzilishlar	14 (43,8%)	5 (27,8%)	19 (55,9%)	15 (75,0%)

Vegetativ belgilar	21 (65,6%)	7 (38,9%)	16 (47,1%)	15 (75,0%)
Bosh aylanishi	20 (62,5%)	3 (16,7%)	2 (5,9%)	9 (45,0%)

Jadval 6

DBTD belgilarining dorsopatiya turlariga bogʻliqligi

DBTD koʻrsatkichlari	Servikal	Torakal	Lumbal	Aralash
Beighton ≥ 5 ball (boʻgʻim gipermobilligi)	16 (50,0%)	6 (33,3%)	14 (41,2%)	13 (65,0%)
Umurtqa pogʻonasi qiyshayishlari	21 (65,6%)	13 (72,2%)	22 (64,7%)	17 (85,0%)
Yassi oyoqlik	14 (43,8%)	8 (44,4%)	23 (67,6%)	16 (80,0%)
Astenik tana tuzilishi	20 (62,5%)	13 (72,2%)	21 (61,8%)	15 (75,0%)
Fenotipik belgilar kombinatsiyasi	22 (68,8%)	12 (66,7%)	25 (73,5%)	18 (90,0%)

Oʻtkazilgan tahlil shuni koʻrsatdiki, lumbal va aralash dorsopatiya shakllari klinik jihatdan eng ogʻir kechib, radikulyar sindrom, mushak-tonik va sezgirlik buzilishlari yuqori chastotada kuzatildi. Aralash dorsopatiya boʻlgan bemorlarda ogʻriq sindromining surunkaligi, nevrologik simptomlarning koʻp komponentliligi hamda DBTD ga xos fenotipik belgilar kombinatsiyasi eng yuqori darajada aniqlandi.

Servikal dorsopatiya ko‘proq vegetativ buzilishlar va bosh aylanishi bilan, torakal dorsopatiya esa asosan lokal og‘riq va mushak-tonik sindrom bilan namoyon bo‘ldi. Barcha dorsopatiya turlarida biriktiruvchi to‘qima differensiallashmagan displaziyasiga xos belgilar yuqori uchrash chastotasiga ega bo‘lib, bu holat DBTD ning umurtqa pog‘onasi patologiyalarida muhim patogenetik omil ekanligini tasdiqlaydi.

Instrumental tadqiqot usullari: bo‘yin, ko‘krak va bel

umurtqa pog‘onasi MRT tekshiruvi natijalari.

Dorsopatiya bilan murojaat qilgan bemorlarda bo‘yin (servikal), ko‘krak (torakal) va bel (lumbosakral) umurtqa pog‘onasi MRT tekshiruvi standart protokol bo‘yicha o‘tkazildi. Tekshiruv jarayonida umurtqa pog‘onasi disk, bo‘g‘im, umurtqa suyagi va yumshoq to‘qimalar holati, shuningdek, orqa miya va uning ildizlari baholandi.

Jadval 7

MRT natijalarining lokalizatsiyaga ko‘ra taqsimlanishi (n = 104)

Lokalizatsiya	Normada	Disk protruziyasi / herniyasi	Disk degenaratsiyasi	Umurtqa qiyshayishi / skolioz	Orqa miya kanali torayishi	Mushak-to‘qima o‘zgarishlari
Servikal (C1–C7, n=32)	12 (37,5%)	14 (43,8%)	18 (56,3%)	9 (28,1%)	6 (18,8%)	10 (31,3%)
Torakal (Th1–Th12, n=18)	9 (50,0%)	5 (27,8%)	7 (38,9%)	5 (27,8%)	2 (11,1%)	4 (22,2%)
Lumbal (L1–S1, n=34)	10 (29,4%)	20 (58,8%)	22 (64,7%)	12 (35,3%)	8 (23,5%)	12 (35,3%)

Aralash (≥ 2 bo'lim, n=20)	5 (25,0%)	12 (60,0%)	14 (70,0%)	9 (45,0%)	6 (30,0%)	8 (40,0%)
----------------------------------	-----------	------------	------------	-----------	-----------	-----------

Servikal bo'lim: MRT natijalarida ko'pincha disk degenaratsiyasi va protruziya/herniya aniqlanib, ba'zan umurtqa qiyshayishi va mushak-to'qima o'zgarishlari kuzatildi. Vertebrobasilyar yetishmovchilikka xos simptomlar bilan bog'liq.

Torakal bo'lim: asosan disk degenaratsiyasi va protruziya bilan cheklangan bo'lib, og'ir nevrologik buzilishlar kam uchradi.

Lumbal bo'lim: eng yuqori chastotada disk herniyalari, degenerativ o'zgarishlar va orqa miya kanali torayishi kuzatildi, bu holat radikulyar sindrom va mushak-reflektor buzilishlar bilan mos keldi.

Aralash lokalizatsiya: klinik jihatdan eng og'ir va murakkab bo'lib, disk herniyasi, degenaratsiya, mushak-to'qima o'zgarishlari va orqa miya kanali torayishi yuqori chastotada aniqlanadi.

MRT natijalari fizikal ko'rik va nevrologik status ma'lumotlari bilan uyg'unlashgan holda, biriktiruvchi to'qima differensiallashmagan displaziyasining umurtqa pog'onasi degenerativ va struktural o'zgarishlariga ta'sirini tasdiqladi. Bu ma'lumotlar bemorlarni individual davolash va reabilitatsiya strategiyasini belgilashda asosiy diagnostik baza bo'lib xizmat qiladi.

Bemorlarda og'riqni baholash (VAS shkalasi)

Dorsopatiya bilan murojaat qilgan bemorlarda og'riq darajasi Visual Analog Scale (VAS) yordamida baholandi. Bemorlardan og'riq intensivligi 0 (og'riq yo'q) dan 10 (eng kuchli og'riq) gacha baholandi.

Lumbal va aralash dorsopatiya bo'lgan bemorlarda og'riq eng yuqori darajada baholandi (VAS 6,3 va 7,1), bu radikulyar sindrom va mushak-reflektor buzilishlar bilan uyg'unlashadi.

Servikal dorsopatiyada o'rtacha og'riq darajasi 5,8 bo'lib, asosan bosh aylanishi va vegetativ simptomlar bilan birga kuzatildi.

Torakal dorsopatiyada og'riq nisbatan past (4,7), bu hududdagi nevrologik buzilishlar kam uchrashiga mos keladi.

Bemorlarning 55,7%ida og'riq o'rta va kuchli (VAS ≥ 5) bo'lib, bu dorsopatiyaning klinik ahamiyatini va davolashni individualizatsiya qilish zaruratini ko'rsatadi.

To'plangan barcha ma'lumotlarni birlashtirib dorsopatiya turi, VAS og'riq darajasi va DBTD fenotipik belgilarini orasidagi o'zaro bog'liqlikni diagrammada ko'rsatilgan.

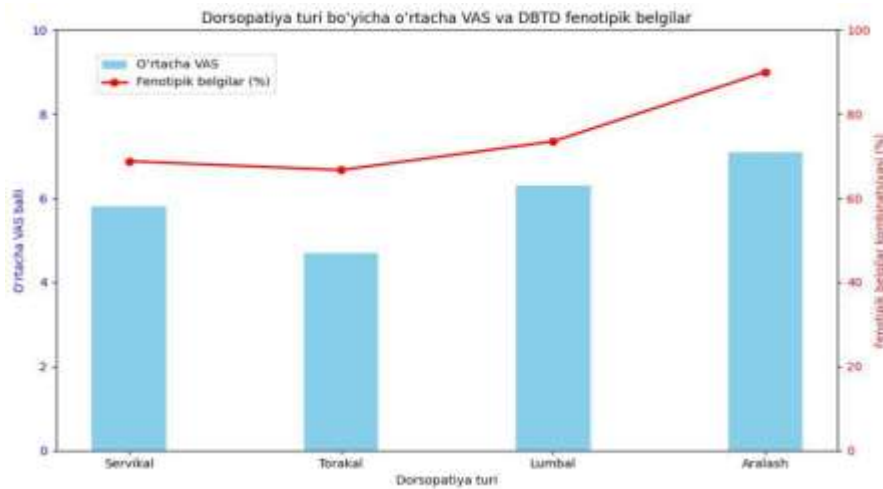


Diagramma orqali VAS og'riq va DBTD belgilarining dorsopatiya turiga qarab o'zaro bog'liqligi vizual tarzda aniq ko'rinadi:

Aralash dorsopatiya: eng yuqori og'riq (VAS $7,1 \pm 1,5$) va DBTD fenotipik belgilarining yuqori foizi (90%) kuzatildi. Bu holat murakkab klinik kechishni va individual davolashni talab qiladi.

Lumbal dorsopatiya: o'rtacha og'riq darajasi yuqori ($6,3 \pm 1,8$) va fenotipik belgilar ham yuqori chastotada uchradi, radikulyar sindrom va mushak-reflektor buzilishlar bilan uyg'unlashadi.

Servikal dorsopatiya: o'rtacha og'riq ($5,8 \pm 1,6$) va DBTD belgilarining 68,8% uchrashi, vegetativ buzilishlar va bosh aylanishi bilan bog'liq.

Torakal dorsopatiya: eng past og'riq ($4,7 \pm 1,4$) va fenotipik belgilar (66,7%) bilan tavsiflanadi. Nevrologik buzilishlar nisbatan kam uchraydi.

Statistik tahlil va o'zaro bog'liqlikni baholash natijalari

Tadqiqot natijalarini statistik qayta ishlash SPSS / Statistica dasturlari yordamida amalga oshirildi. Miqdoriy ko'rsatkichlar $M \pm SD$ ko'rinishida ifodalandi. Guruhlararo taqqoslashda Student t-testi va χ^2 -testi, o'zaro bog'liqlikni aniqlashda Spearman rang korrelyatsiya koeffitsienti (r) qo'llanildi. Statistik ahamiyat darajasi $p < 0,05$ deb qabul qilindi.

Dorsopatiya turlari bo'yicha VAS ko'rsatkichlari taqqoslanganda, og'riq intensivligi lokalizatsiyaga qarab ishonchli darajada farqlanishi aniqlandi ($p < 0,01$). Eng yuqori og'riq darajasi aralash va lumbal dorsopatiyada kuzatildi.

Beighton shkalasi bo'yicha ≥ 5 ball to'plagan bemorlarda:

radikulyar sindrom

mushak-tonik buzilishlar

sezgirlik va reflektor o'zgarishlar

ishonchli darajada ko'proq uchrashi aniqlandi ($p < 0,05$).

Shuningdek, Beighton ballari bilan VAS o'rtasida ijobiy korrelyatsiya kuzatildi:

$r = 0,58$

$p < 0,01$

MRT o'zgarishlari va DBTD belgilarining o'zaro bog'liqligi

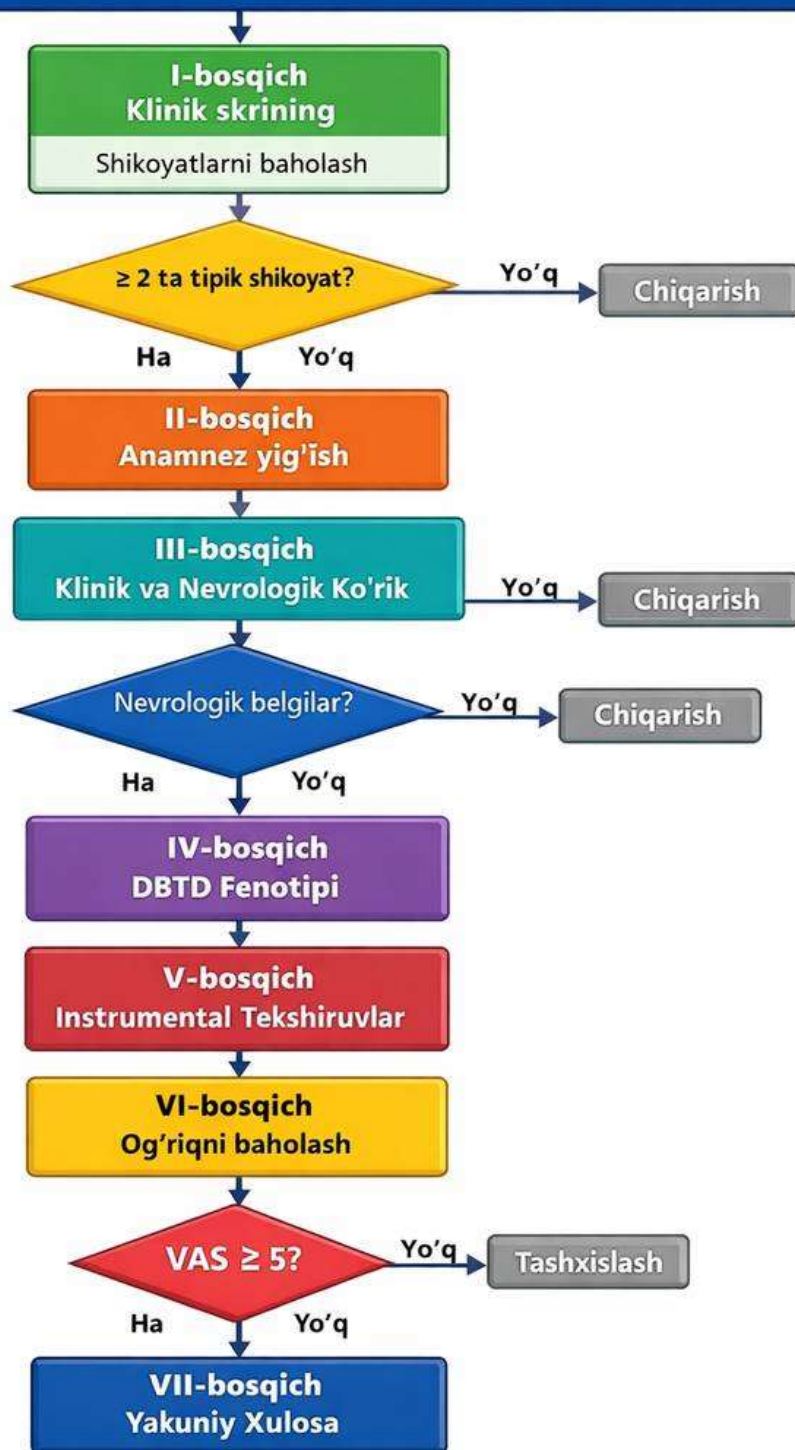
Disk degenaratsiyasi va protruziya/grijasi aniqlangan bemorlarda DBTD fenotipik belgilarining kombinatsiyasi sezilarli darajada yuqori bo'ldi ($\chi^2 = 9,84$; $p < 0,01$). Fenotipik belgilar soni bilan MRTdagi degenerativ o'zgarishlar darajasi o'rtasida o'rtacha ijobiy korrelyatsiya aniqlandi ($r = 0,54$; $p < 0,01$).

Statistik tahlil natijalari shuni ko'rsatdiki:

DBTD belgilarining ko'payishi og'riq sindromining kuchayishi va nevrologik buzilishlarning og'irlashuvi bilan bog'liq ($r = 0,54-0,62$; $p < 0,01$);

Beighton shkalasi bo'yicha bo'g'im gipermobilligi dorsopatiyaning klinik kechishini og'irlashtiruvchi mustaqil omil hisoblanadi.

DBTD fonida dorsopatiya bilan murojaat qilgan bemorlarni diagnostik tekshirish algoritmi



Iqtisodiy samaradorlikni baholash

Biriktiruvchi to'qima differensiallashmagan displaziyasi (DBTD) fondida kechuvchi dorsopatiya bilan murojaat qilgan bemorlarni erta aniqlash va kompleks diagnostik algoritm asosida baholashning iqtisodiy samaradorligi tahlil qilindi. Natijalar shuni ko'rsatdiki, taklif etilgan bosqichma-bosqich diagnostik yondashuv (klinik skrining, fenotipik baholash, Beighton shkalasi, nevrologik ko'rik va maqsadli instrumental tekshiruvlar) orqali bemorlarda dorsopatiyaning og'ir va asoratli shakllarini erta bosqichda aniqlash imkoniyati yaratiladi. Bu esa ortiqcha va takroriy instrumental tekshiruvlar, samarasiz davolash usullari hamda kasallikning surunkali kechishi bilan bog'liq iqtisodiy yo'qotishlarni kamaytirishga xizmat qiladi.

An'anaviy yondashuvda dorsopatiya bilan murojaat qilgan bemorlarda ko'p holatlarda DBTD inobatga olinmasdan simptomatik davolash o'tkaziladi, bu esa og'riq sindromining saqlanib qolishi, qayta-qayta shifokorga murojaat qilish, qo'shimcha dori vositalarini qabul qilish va instrumental tekshiruvlarni qayta o'tkazishga olib keladi. Natijada sog'liqni saqlash tizimi uchun ham, bemor uchun ham iqtisodiy harajatlarni ortib boradi.

Taklif etilgan diagnostik algoritm qo'llanilganda, bemorlarni individual klinik-patogenetik xususiyatlarini hisobga olgan holda maqsadli davolash va reabilitatsiya choralari belgilash imkonini yaratiladi. Bu og'riq sindromining kamayishi, klinik holatning barqarorlashuvi va mehnat qobiliyatining tezroq tiklanishiga olib keladi. Shu bilan birga, mehnatga vaqtincha layoqatsizlik kunlarining qisqarishi ishlab chiqarish yo'qotishlarini kamaytiradi.

Iqtisodiy samaradorlik nuqtayi nazaridan, klinik ko'rik, fenotipik baholash va Beighton shkalasi kabi arzon va oson qo'llaniladigan diagnostik usullarni dastlabki bosqichda joriy etish orqali qimmatbaho instrumental tekshiruvlar (MRT) faqat klinik jihatdan asoslangan holatlarda o'tkaziladi. Bu umumiy diagnostik xarajatlarni optimallashtirishga xizmat qiladi.

Shu tariqa, DBTD fonida dorsopatiyani aniqlash va baholash uchun ishlab chiqilgan kompleks diagnostik algoritm tibbiy samaradorlik bilan bir qatorda iqtisodiy jihatdan ham maqbul hisoblanadi. Ushbu yondashuv sog'liqni saqlash tizimi resurslaridan oqilona foydalanish, bemorlarni davolash bilan bog'liq to'g'ridan to'g'ri va bilvosita xarajatlarni kamaytirish hamda bemorlarning hayot sifatini oshirish imkonini beradi.

DBTD fonida dorsopatiya bilan murojaat qilgan bemorlarni davolashning iqtisodiy samaradorligi (1 bemor misolida):

a) An'anaviy davolash

Shifokorga murojat (Klinik tekshiruv harajati)- 150.000 so'm

MRT tekshiruvlari-350.000 so'm

Dori-darmon xarajatlari-300.000 so'm

Qayta shifokorga murojaat-150.000 so'm

Umumiy xarajat 950.000 so'm

b)Algoritm asosida davolash

Shifokorga murojat (Klinik tekshiruv harajati)- 150.000 so'm

MRT tekshiruvlari-175.000 so'm

Dori-darmon xarajatlari-150.000 so'm

Qayta shifokorga murojaat-75.000 so'm

Umumiy xarajat 550.000 so'm

Tejamkorlik / farq-400.000 so'm

Izoh:

- An'anaviy davolashda DBTD fonida dorsopatiya ko'pincha faqat simptomatik davolashga yo'naltiriladi, qimmat MRT va takroriy tashriflar talab qilinadi.
- Algoritm asosida davolash esa:
- Fenotipik baholash va Beighton skali yordamida maqsadli bemorlar aniqlanadi,
- MRT faqat indikatsiya bo'yicha o'tkaziladi,
- Davolash individualizatsiyalashgan bo'lib, dori-darmon xarajatlari optimallashtiriladi.
- Natijada bir bemor bo'yicha taxminan 400.000 so'm tejamkorlik hosil bo'ladi.

Ushbu modelga ko'ra, taklif etilgan diagnostik algoritm iqtisodiy jihatdan samarali bo'lib, so'nggi yillarda bemorlarni optimal ravishda davolash va sog'liqni saqlash tizimi xarajatlarini kamaytirish imkonini beradi. Ko'p bemorlar uchun bu tejamkorlik sezilarli bo'ladi va resurslardan oqilona foydalanishga olib keladi.

XULOSALAR

O'tkazilgan tadqiqot natijalari dorsopatiya bilan murojaat qilgan bemorlarda DBTD klinik va nevrologik jihatdan muhim ahamiyatga ega ekanligini ko'rsatdi. Tadqiqotga jalb etilgan 104 nafar bemorda DBTDning fenotipik va klinik belgilari dorsopatiyaning kechishi, og'riq sindromining ifodalanish darajasi hamda nevrologik buzilishlar bilan uzviy bog'liqligi aniqlandi.

DBTD belgilariga ega bemorlarda dorsopatiya ko‘pincha surunkali, qaytalanuvchi va aralash shakllarda kechishi, og‘riq sindromining yuqori darajada namoyon bo‘lishi hamda mushak-tonik, reflektor va radikulyar sindromlarning birgalikda uchrashi bilan tavsiflandi. Ayniqsa bo‘g‘im gipermobilligi, umurtqa pog‘onasi qiyshayishlari va yassi oyoqlik kabi fenotipik belgilar nevrologik statusdagi o‘zgarishlar bilan yuqori korrelyatsiyaga ega ekanligi aniqlandi.

Ayol bemorlar orasida DBTD va dorsopatiya kombinatsiyasining yuqori uchrashi, kasallikning mehnatga layoqatli yoshda ko‘proq aniqlanishi ushbu patologiyaning ijtimoiy va klinik ahamiyatini yanada oshiradi. Olingan natijalar dorsopatiyali bemorlarni tekshirishda DBTDni majburiy hisobga olish zarurligini tasdiqlaydi.

Mazkur uslubiy qo‘llanma doirasida dorsopatiya bilan murojaat qilgan bemorlarda DBTD ning klinik va nevrologik ahamiyati kompleks tarzda o‘rganildi. O‘tkazilgan tadqiqot natijalari DBTD dorsopatiyaning rivojlanishi, kechishi va klinik namoyon bo‘lishida muhim patogenetik omil ekanligini tasdiqladi. Olingan natijalar dorsopatiya bilan murojaat qilgan bemorlarni tekshirishda DBTDni aniqlashga qaratilgan tizimli yondashuv zarurligini asoslab beradi. Klinik, nevrologik, fizikal va instrumental tekshiruv usullarining kompleks qo‘llanilishi o‘z vaqtida tashxis qo‘yish, individual davolash rejasini tuzish va kasallikning asoratlarini oldini olish imkonini beradi. Ushbu uslubiy qo‘llanma amaliy nevrologiya va umumiy amaliyot shifokorlari uchun DBTD bilan kechuvchi dorsopatiyani aniqlash va boshqarishda muhim amaliy ahamiyatga ega.

AMALIY TAVSIYALAR

- 1.Dorsopatiya bilan murojaat qilgan barcha bemorlarda DBTDni aniqlash maqsadida kompleks klinik baholash o‘tkazilishi tavsiya etiladi.
- 2.Fizikal ko‘rik jarayonida bo‘g‘im gipermobilligini aniqlash uchun Beighton shkalasi qo‘llanishi lozim.
- 3.Umurtqa pog‘onasi qiyshayishlari, yassi oyoqlik, astenik tana tuzilishi kabi fenotipik belgilar aniqlanganda, bemorda dorsopatiyaning murakkab va uzoq davom etuvchi kechishi ehtimoli hisobga olinishi kerak.
- 4.Nevrologik tekshiruvda mushak-tonik, reflektor va radikulyar sindromlarning mavjudligi DBTD belgilariga nisbatan tahlil qilinishi lozim.
- 5.Og‘riq darajasini baholashda VAS shkalasi muntazam qo‘llanib, davolash samaradorligi dinamik kuzatilishi tavsiya etiladi.

6.DBTD aniqlangan dorsopatiyalı bemorlar uchun individual, uzoq muddatli va kompleks davolash yondashuvi (dori-darmonlar, reabilitatsiya, LFK, ortopedik tavsiyalar) ishlab chiqilishi lozim.

7.Bunday bemorlar dispanser kuzatuviga olinishi va qaytalanuvchi holatlarning oldini olishga qaratilgan profilaktik chora-tadbirlar tavsiya etiladi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. Yakovlev V.M., Nechaeva G.I., Martynov A.I., Viktorova I.A. Displaziya soedinitel'noi tkani v praktike vrachei pervichnogo zvena zdravookhraneniya: Rukovodstvo dlya vrachei. M.: KST Interforum. 2016; 520
2. Klinicheskie rekomendatsii rossiiskogo nauchnogo meditsinskogo obshchestva terapevtov po diagnostike, lecheniyu i reabilitatsii patsientov s displaziymi soedinitel'noi tkani (pervyi peresmotr). Meditsinskii vestnik Severnogo Kavkaza. 2018; 1,2(13): 137-210
3. Nechaeva G.I., Martynov A.I. Displaziya soedinitel'noi tkani: serdechno-sosudistye izmeneniya, sovremennye podkhody k diagnostike i lecheniyu. Moskva: OOO «Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo». 2017; 400
4. Nedifferentsirovannye displazii soedinitel'noi tkani (proekt klinicheskikh rekomendatsii). Terapiya. 2019; 7:9-42
5. Kadurina T.I., Gorbunova V.N. Displaziya soedinitel'noi tkani: ruk.dlya vrachei. SPb.: El'bi, 2009; 704
6. Nasledstvennye narusheniya soedinitel'noi tkani v kardiologii. Diagnostika i lechenie. Rossiiskie rekomendatsii (1-i peresmotr). Rossiiskii kardiologicheskii zhurnal. 2013; 1: 32
7. Viktorova I.A., Nechaeva G.I., Kiseleva D.S., Kalinina I.Yu. Displaziya soedinitel'noi tkani: osobennosti ambulatornogo vedeniya patsientov v razlichnykh vozrastnykh periodakh. Lechaschii vrach. 2014; 9:76-81
8. Druk I.V., Nechaeva G.I., Oseeva O.V. i dr. Personifitsirovannaya otsenka riska razvitiya neblagopriyatnykh serdechno-sosudistyykh oslozhnenii u patsientov molodogo vozrasta s displaziei soedinitel'noi tkani. Kardiologiya. 2015; 3:75–84
9. Yakovlev V.M., Nechaeva G.I. Kardio-respiratornye sindromy pri displazii soedinitel'noi tkani. Omsk. 1994; 217
10. Rossiiskoe nauchnoe meditsinskoe obshchestvo terapevtov (RNMOT). Displazii soedinitel'noi tkani. Klinicheskie rekomendatsii Rossiiskogo nauchno-meditsinskogo obshchestva terapevtov. Terapiya. 2018;6(24):10-58

11. Smetanin M.Yu., Chernysheva T.E., Pimenov L.T., Kononova N.Yu. Vegetativnaya disfunktsiya kak proyavlenie displazii soedinitel'noi tkani u zhenshchin. Meditsinskii vestnik Severnogo Kavkaza. 2018;13(4):594-596
12. Goode A.P., Cleveland R.J., Schwartz T.A., et al. Relationship of joint hypermobility with low back pain and lumbar spine osteoarthritis. BMC Musculoskelet Disord. 2019;20(1):158.
13. Maksimov Yu.N., Khaibullina D.Kh., Mansurov D.M. Differentsial'nyi diagnoz i lechenie boli v shee. Meditsinskii sovet. 2022;16(2):52-62
14. Khaibullina D.Kh. Osobennosti boleвого sindroma v nizhnei chasti spiny u patsientov s nedifferentsirovannoi displaziei soedinitel'noi tkani. Rossiiskii zhurnal boli. 2015;1(46):70-71