

УДК: 616.728.9-001.6-053.1-056

КИЧИК ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА СОННИНГ ТУҒМА ЧИҚИШИДА ГИПЕРМОБИЛ СИНДРОМИНИНГ КУЗАТИЛИШИ ВА ДАВОЛАШ ЖИҲАТЛАРИ



Ахтамов Аъзам, Ахтамов Азим Аъзамович
Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА С ГИПЕРМОБИЛЬНЫМ СИНДРОМОМ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

Ахтамов Аъзам, Ахтамов Азим Аъзамович
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ASPECTS OF TREATMENT OF CONGENITAL HIP DISLOCATION WITH HYPERMOBILE SYNDROME IN YOUNG CHILDREN

Akhtamov Azam, Akhtamov Azim Azamovich
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Мақолада соннинг туғма чиқиши билан даволанган 56 беморда даволаш жараёнида 16 беморда гипермобиллик аломатлари аниқланган. Гипермобиллик даражаси оммавий қабул қилинган (Бейтон бўйича, 1973) меъерий кўрсаткичлар 5 та тест асосида баҳоланган. Бўғимларда ортиқча патологик ҳаракат бемор ва соғлом болалар ўртасида фарқ қилиб кўпроқ касалланган бола билан онасида кузатилганлиги касалликнинг ирсий ҳарактерда эканлигидан далолат беради. Касалликни ўз вақтида метаболик дори-дармонлар билан даволаш гипермобиллик синдроми бартараф этиши ва яхши натижаларга эришиши имкониятини беради.

Калит сўзлар: болалар, бўғимлар, гипермобил синдром, Бейтон усули, даволаш.

Abstract. The paper presents an analysis of the study of excessive joint mobility in 56 children with congenital hip dislocation. Excessive joint mobility was detected in 16 patients and the degree of pathology was determined based on 5 tests (Bayton criteria, 1973). The difference in the frequency of excessive joint mobility between sick and healthy children and the combination of this feature with the mothers of sick children confirms that excessive joint mobility is a genetic factor of this disease. Timely metabolic therapy plays an important role in the treatment and prevention of hypermobility syndrome, which is the basis for a favorable course of the disease.

Keywords: children, joints, hypermobility syndrome, Beighton's method, treatment.

Болалар ўртасида чаноқ-сон бўғимининг туғма чиқиши бугунги кунда болалар ортопедиясининг долзарб муаммоларидан бирига айланмоқда.

Дисплазия ирсий ҳарактердаги патологик ҳолат бўлиб мезенхимани ривожланишининг бузилиши натижасида кўшувчи тўқималарнинг нотўғри шаклланиши ва хусусиятининг ўзгариши билан ҳарактерланади [5,6,7].

Кўшувчи тўқималар дисплазиясининг морфологик белгилари гипоплазия, аплазия, суяккланиш ўзагининг кечикиши, бўғим бойламларининг юқори эластиклиги билан намоён бўлиб организмнинг номутаносиб ривожланишига салбий таъсир кўрсатади.

Бўғим девори ва бойламларининг юқори эластиклиги бўғимда патологик ҳаракатчанликка сабаб бўлади. Бўғимларда патологик ҳаракатчанлик - гипермобиллик (ГМ) икки хил формада кузатилиб бири неонатал даврда йўқолади. Иккинчиси ривожланиб бола улғайганда ҳам кузатилади. Кўпгина муаллифларнинг маълумотларига кўра ГМ аҳоли ўртасида ўртача 15% кузатилиб кичик ёшдаги болалар ўртасида 17% - 21,8% гача кузатилади (Кадурин Т.И., 2011). Бўғимларнинг патологик ҳаракатчанлиги доминант касаллик сифатида намоён бўлсада унинг наслдан-наслга ўтиш белгилари асосли равишда ўрганилмаган (Лордкипанидзе Э.Ф., 1986).

Катта бўғимларда кузатиладиган гипермобил синдром тўғрисида биринчи бор 1967 йил Kirk, Ansell ва Wywatersлар таянч-ҳаракат аъзоларининг функционал ҳолатининг бузилишини характерлаш учун «гипермобил синдром» ибораларини таклиф қилишган (Павлова Н.В., 2011).

Кейинги тадқиқотлар мазкур синдромни кўшувчи тўқималарнинг дисплазияси натижасида ривожланиши аниқланган. Бўғимлар гипермобиллигининг ирсий моҳияти жуда аниқ бўлмасда лекин «гипермобил синдром» касалликларнинг нозологик формасида таъкидланади.

Бугунги кунда гипермобиллик аломати фақат соннинг туғма касалликларида эмас, балки туғма маймоқлик, рахит, яссиоёқлик, сколиоз, метафизар хондродисплазияларда ҳам кўплаб кузатилмоқдаки, мазкур касалликни эрта аниқлаш ва даволашда алоҳида эътибор бериш зарур бўлади.

Материал ва текшириш усуллари.

РОТИАТМ Самарқанд филиали поликлиникасида 2018-2019 йиллар давомида соннинг туғма чиқиши билан даволанган 56 нафар бемор кузатилиб 16 беморда қўл ва оёқ бўғимларида патологик ҳаракатчанлик яъни гипермобиллик аниқланиб 4-5 йил муддат ўтгандан сўнг даволашнинг узок натижалари ўрганилиб таҳлил қилинди.

Кузатилган 4 – 5 ёшдаги 56 беморнинг 48 (85,7%) нафари киз болалар ва 8 (14,3%) нафари ўғил болалар бўлиб (ўртача медиана 4,6 ёш) уларнинг 16 (28,5%) нафарида бўғимларнинг паталогик ҳаракатчанлиги (ГМ) аниқланган.

Гипермобиллик синдроми аниқланган 16 беморнинг 13 (83,3%) нафарида онасининг соннинг туғма чиқиши билан даволанганлиги ва гипермобилликнинг енгил ва ўрта даражаси аниқланган. Яъни беморларда тизза, тирсак,

бармоқларнинг бўғимларида ҳамда умуртқа поғонасида патологик ҳаракатлар аниқланган. Мазкур ҳолат онасида ҳомиладорлик даврида физиологик гормонал ўзгаришлар ҳомиланинг чаноқ-сон бўғимини шаклланиши ва ривожланишига таъсир этган бўлиши мумкин.

Беморларда гипермобиллик синдроми (ГМС) нинг клиник белгилари Бейтон томонидан таклиф этилган 5 та меъёрий тестлар ёрдамида баҳоланди (1973).

1. Тиззани букмасдан эгилиб қўл кафтини полга етказа оладими? – ҳар бир оёқ учун 1 балл;

2. Тизза бўғимини 10^0 дан кўп орқага эга оладими? – ҳар бир оёқ учун 1 балл;

3. Катта бармоғини иккинчи қўл ёрдамида билакка тегиза оладими? – ҳар бир қўл учун 1 балл;

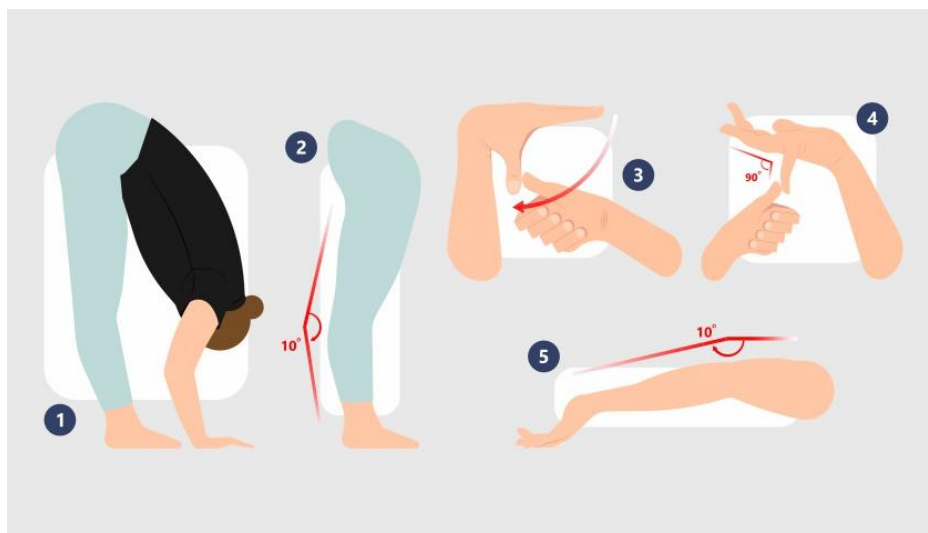
4. Кичик бармоқни 90^0 дан кўп орқага эга оладими? – ҳар бир қўл учун 1 балл;

5. Тирсакни 10^0 дан кўп орқага эга оладими? – ҳар бир қўл учун 1 балл.

Гипермобиллик белгиларининг мавжудлиги қабул қилинган меъёрий баллар асосида баҳоланади: 1 балл бир томондан битта бўғимда патологик ортиқча ёзилишни билдиради. Максимал балл кўрсаткичлар катталиги икки томонлама кузатилишига кўра 9 баллни ташкил этади (биринчи пункт учун -1 балл, қолган 4 та пункт учун – 8 балл).

Бўғимларда патологик ҳаракатчанлик, яъни гипермобиллик 4 балл ва ундан юқори (9 баллгача) бўлганда касаллик мавжуд деб баҳоланди.

Касаллик аниқланган беморларнинг 3 нафарида иккала тизза бўғимларида гипермобиллик аломатлари (4 балл) аниқланган. Беморларнинг 6 нафарида 1–5 бармоқлар асосий фаланга бўғимларида ортиқча ҳаракатчанлик (4 балл) мавжудлиги аниқланган.



Расм 1. Бейтон шкаласи бўйича гипермобил синдромининг белгилари

Беморларнинг 7 нафарида тизза, тирсак ва бармоқларда юқори патологик ҳаракатчанлик (6 балл) аниқланган. Мазкур беморларнинг барчасида икки томонлама яссиоёқлик кузатилган.



Расм 2. Гипермобил синдроми кузатилган бемор. Қўл кафтига таянганда тирсак бўғим қарама-қарши томонга эгилади

Даволаш усуллари. Бўғимларда юқори патологик ҳаракатчанлик кузатилган бемор болаларга ота-оналар ва даволовчи шифокор томонидан жуда эътиборли ёндошув зарур бўлади. Бемор болаларга массаж ва шифобахш жисмоний машқлар тавсия этилади. Бемор болалар қоматини тўғри тутиб туриш кўникмасига эга бўлишлари учун елка ва орқа гуруҳ мушакларга чиниқтирувчи массаж, сон мушакларига бўшаштирувчи массаж тавсия этилиб натижалари даволовчи шифокор томонидан назорат қилиниб баҳоланиб борилади. Болаларни кундалик жисмоний ҳаракатида гавдасига ортиқча босим тушмаслиги уқтирилиб эҳтиёт бўлишлари назорат қилинади. Тизза бўғимида рекурвация кузатилган болаларда мушаклар мувозанатини яхшилаб бўғим стабиллигини тиклаш учун шифобахш изометрик жисмоний машқлар комплекси тавсия этилади. Соннинг тўрт бошли мушагини чиниқтириш тизза бўғимининг ёзувчи механизмини яхшилаш имкониятини яратади. Соннинг орқа гуруҳ мушакларини чиниқтириш болдирнинг олдинга силжишини ва бўғимда рекурвацияни бартараф этишга ижобий таъсир кўрсатади. Бўғимда оғрик аломати кузатилганда ҳаракат ҳажмини сунъий равишда чеклаш мақсадида эластик ортезлар тавсия этилади. Барча беморларга ошиқ-болдир ва ошиқ-товон бўғимларини тўғри ҳолатда тутиб туриш ва ортиқча ҳаракатни олдини олиш мақсадида профилактик ортопедик пойафзаллар тавсия этилади.

Дори-дармонлар билан даволаш қўшувчи тўқималарнинг заифлигини ва коллагенлар метаболизмининг бузилишини коррекция қилиш учун муҳим аҳамиятга эга бўлиб магний препаратлари тавсия этилади. Магний ионлари фибробластлар томонидан коллагенлар синтезини

фаоллаштиришига ижобий таъсир кўрсатади. Магний элементининг етишмаслиги коллаген толаларининг заиф ва хаотик (нотўғри) жойлашувига сабаб бўлади. Шунинг учун гипермобиллик кузатилган беморларга таркибида магний тузлари ва орот кислотаси мавжуд Магнерот препарати тавсия этилади. Препарат магнийнинг ичакларда сўрилишини фаоллаштириб мустақил равишда метаболик самарадорликка эришиш имкониятини яратади. Магнерот кунига 2 таблеткадан бир ҳафта давомида берилиб сўнг бир таблеткадан уч маҳал кейинги беш ҳафта давомида тавсия этилади.

Магне В6 (таркиби: магний лактат дигидрат ва пиридоксин гидрохлорид).

Препарат бир таблеткадан тўрт марта овқатланиш пайтида бир ой давомида берилади. Таркибидаги пиридоксин (витамин В6) ошқозон – ичак йўлларида магнийнинг сўрилишини яхшилаб хужайраларга кириб боришини яхшилади. Препарат олти ёшдан катта болаларга тавсия этилади. Кальций препаратлари қабул қилганда магний препаратлари қабул қилиш ман этилади.

Коллаген тўқималарининг ҳосил бўлишини стимуловчи препаратлардан аскорбин кислота, В гуруҳ (В1, В2, В3, В6) витаминлар, микроэлементлардан Cu^{2+} , Zn^{2+} , Mg^{2+} , Mn^{2+} тавсия этилади. Мазкур препаратлар оксидланиш-тикланиш жараёнларини ҳам стимуллади. Са2+ витамин Д фосфор-кальций минералларининг мувозанатли алмашинувини таъминлаб туради. Кальций Д3 витамин етишмовчилиги остеоген хужайраларининг янгилашиб тикланишини секинлашиб қолишига сабаб бўлади. Лекин кальций магний препаратларининг антогонисти ҳисобланади. Шунинг учун кальций препаратлари меъеридан ортиқча қабул қилинганда суякланиш жараёнини мувофиқлаштирувчи кальций-магний мувозанати (болаларда 2:1 нисбатда) бузилиши мумкин.

Даволаш натижалари. Соннинг туғма чиқиши аниқланган барча беморларда ортопедик шиналар қўлланилиб функционал даволаш усуллари қўлланилган. Даволашдан кейин 4–5 йил муддат ўтгандан сўнг клиник ва рентгенологик текширилиб чанок–сон бўғими баҳоланганда 13⁰ (19,6%) нафар беморда аъло, 32 (57%) нафар беморда яхши, 11 (19,6%) нафар беморда қоникарли натижалар қайд этилди. Барча беморларда гипермобиллик аломатлари даволашдан кейинги реабилитация даврида, асосан гипсли боғлам ечилгандан сўнг аниқланган ва даволаш муолажалари қўлланилган.

Беморларда чанок-сон бўғимининг рентгенологик ҳолати яхши бўлсада лекин ота-оналарнинг кўрик пайтида болани тез-тез йиқилиши, тизза бўғимида «қирсиллаш»,

кўллари тирсакдан ва тиззасини орқага эгиши каби шикоятлари бизни гипермобиллик аломатларини аниқлаш ва даволашга жалб қилди.

Касаллик аниқланган биринчи кундан бемор болаларга магний препаратлари, витаминлар, турли мазлар, массаж ва шифобахш жисмоний машқлар поликлиника шароитида шифокор ва услубчи-инструкторлар назоратида қабул қилиниши тавсия этилди. Охириги ортопедик текширув натижаларига кўра умуртка поғонаси, тизза ва тирсак бўғимларида патологик ҳаракат бартараф этилган бўлиб лекин бош бармоқ ва кичик бармоқларда патологик ҳаракат, ҳамда тизза ва тирсакда «қирсиллаш» аломатлари баъзи беморларда сақланиб қолганлиги аниқланди. Умуман даволашдан олдин 9 беморда гипермобилликнинг энгил даражаси (4 балл) аниқланган бўлса даволашдан кейин уларнинг барчасида патологик ҳаракат тўлиқ тикланган бўлиб фақат тизза бўғимларида «қирсиллаш» аломатининг сақланиб қолганлиги кузатилди холос. Касалликнинг ўрта даражаси (6 балл) кузатилган 7 нафар беморнинг барчасида касалликнинг бармоқларда патологик ҳаракатнинг энгил даражасини сақланиб қолганлиги кузатилди.

Гипермобиллик аломатларини даволашда ўртача 78% яхши натижаларга ва 22% қониқарли натижаларга эришилган. Қониқарсиз натижалар кузатилмади.

Хулосалар. Кўшувчи тўқималар дисплазияси белгилари билан гипермобиллик кузатилган бемор болаларни комплекс текширувлардан ўтказиш нафақат таянч-ҳаракат аъзоларининг касалликларини, балки ички аъзолардаги функционал ўзгаришларни ҳам эрта аниқлаш, профилактик чора-тадбирларни, зарур бўлса даволаш муолажаларини эрта қўллаш имкониятини яратади.

Ўз вақтида дори – дармонлар (магний препаратлари, витаминлар) билан даволаш кўшувчи тўқималар дисплазияси, жумладан гипермобилликнинг потенциал асоратларини даволаш, олдини олиш ва касалликни бартараф этилишига ижобий муҳит яратади.

Массаж ва шифобахш жисмоний машқлар бўғимда ва атроф тўқималарда қон айланишини, озикланишини, тонусини ва кучини яхшилаб патологик ҳаракатларни бартараф этишга ижобий таъсир кўрсатади.

Адабиётлар:

1. Ахтамов А., Ахтамов А.А. Методика функционального лечения врожденного вывиха бедра у детей грудного возраста. Ежегодная научно-практическая конференция по актуальным вопросам травматологии и ортопедии детского возраста «Турнеровские чтения», 2019 года,

Санкт-Петербург, 36-39 с.

2. Ахтамов А., Ахтамов А.А., Жураев А.М. Ранняя диагностика дисплазии и врожденного вывиха бедра у новорожденных и детей грудного возраста // Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. Научно-практический медицинский журнал. 2017. № 4. 109–115 стр.

3. Беленький А.Г. Гипермобильность суставов и гипермобильный синдром: распространённость и клиника инструментальная характеристика // Автореферат. Дисс. докт. мед. наук. – Москва. – 2004. – с 50.

4. Павлова В.Н., Павлов Г.Г., Шостак Н.А., Слуцкий Л.И. Сустав. Морфология. Клиника. Диагностика. Лечение. Москва. 2011, 549 с.

5. Мазуров В.И., Барановский А.Ю., Лиля А.М., Зоткин Е.М. Основы лечение и профилактика болезней суставов. Санкт-Петербург, 2006, 313 с.

6. Мицкевич В.А. Ортопедия первых шагов. Москва, 2013, 135 -147с.

7. Синяченко О.В. Диагностика и лечение болезней суставов. Донецк-Санкт-Петербург, 2012, 559 с.

8. Лордкипанидзе Э.Ф. О наследовании избыточной подвижности суставов при врожденном вывихе бедра // Ортопедия Травматология № 9, 1976, 32-36 с.

9. Коршунов Н.И., Гауэрт В.Р. Синдром гипермобильности: Клиническая характеристика и особенности ревматоидного артрита развившихся на его фоне // Терапевт. Архив, 1997, № 1, 23 – 27 с.

10. Grahame R., Bird H. British cjsultant rheumatjlogist perceptions abonth the hypermobilit syndrome: a national survey // Rhcumatology, 2001; 40: 559 – 63.

АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА С ГИПЕРМОБИЛЬНЫМ СИНДРОМОМ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

Ахтамов А., Ахтамов А.А.

Резюме. В работе приведен анализ исследования избыточной подвижности суставов у 56 детей с врождённым вывихом бедра. Избыточная подвижность суставов выявлена у 16 больных и степень патологии определяли на основании 5 тестов (критерии Бейтона, 1973). Различие в частоте избыточной подвижности суставов между больными и здоровыми детьми и сочетание этого признака с матерей больных детей подтверждает, что избыточная подвижность суставов является генетическим фактором этого заболевания. Своевременная метаболическая терапия играет немаловажную роль в лечении и профилактике гипермобильного синдрома, что является основой благоприятного течения заболевания.

Ключевые слова: дети, суставы, гипермобильный синдром, метод Бейтона, лечение.