

САМИЕВ АСЛИДДИН САЙИТОВИЧ

БЕЛ СОҲАСИ СПОНДИЛОГЕН
РАДИКУЛОПАТИЯЛАРИДА
РЕАБИЛИТАЦИОН ТАДБИРЛАР



1
2
3
4

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ

3

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИБИЁТ ИНСТИТУТИ

САМИЕВ АСЛИДДИН САЙИТОВИЧ

БЕЛ СОҶАСИ СПОНДИЛОГЕН
РАДИКУЛОПАТИЯЛАРИДА РЕАБИЛИТАЦИОН
ТАДБИРЛАР

Sam DTI
axborot-resurs markazi

“NAVRO'Z”
САМАРҚАНД - 2020

КБК: 54.57(Ўзб)
УЎК:: 412.(54+14)24

Муаллиф: СамДТИ Дипломдан кейинги таълим факультети неврология ва нейрохирургия курси ассисинти, тиббиёт фанлари номзоди Самиев А.С.

Такризчилар:

ТВМОИ Нейрореабилитация ва шарқ табобати кафедраси мудир, т.ф.д., профессор Мирджўраев Э.М.

СамДТИ неврология ва нейрохирургия кафедраси мудир, т.ф.д., профессор Джурабекова А.Т.

Ушбу монографияда бел соҳаси спондилоген радикулопатияларининг долзарблиги, келиб чиқиши, патогенизи ва клиник неврологик кечишининг замонавий талқини авторнинг илмий тажрибасига таянган ҳолда ёритилган. Ушбу хасталик билан оғриган беморларни даволашда босқичли даволаш усулларининг, яъни кучли оғриқларда стационар, сўнгра реабилитацион ва амбулатор-поликлиника босқичларида медикаментоз ва номедикаментоз усуллари охириги замонавий маълумотларга асосланган ҳолда қўллаб, юқори клиник самарадорликга эришган. Ушбу самарадорлик натижаларини клинко-инструментал усулларида исботлаб берган.

Мазкур монография барча амалиёт врачлари, тиббиёт институти талабалари, клиник ординаторлар ва магистрлар учун амалий қўлланма сифатида фойдаланишда муҳимдир.

Монография Самарқанд Давлат тиббиёт институти илмий кенгашида тасдиқланди.

ISBN: 978-9943-6592-0-9

© Самиев А.С.

© СамДТИ босмаҳонаси

МУНДАРИЖА

Кириш.....	5
1.1. Бел соҳаси спондилоген радикулопатиялари клиник кўринишлари ва тарқалишининг замонавий ҳолати	7
1.2. Бел соҳаси радикулопатияси билан оғриган беморларнинг тиббий реабилитацияси	18
Текширув усуллари	25
Клиник текшириш усуллари	
Параклиник ва инструментал (рентгенография, ЭНМГ, КТ, МРТ) текшириш усуллари	31
Спондилогенли бел соҳаси радикулопатияларининг клиник неврологик кўринишлари	35
Клиник маълумотлар таърифи	35
Текширилган гуруҳ беморлардаги спондилогенли радикуло-патия неврологик кўринишларини клиник нейровизуализацион кўринишлари феномени тахлили	42
Реабилитация босқичлари ва усуллари	47
Медикаментоз, физиотерапевтик ва рефлексотерапевтик реабилитация усуллари	47
Спондилогенли радикулопатия билан оғриган беморларда реабилитация алгоритми	59
Хулоса	80
Амалий таклифлар	81
Адабиётлар рўйхати	82

ШАРТЛИ ҚИСҚАРТМАЛАР РҲЙХАТИ

БПҚО	- белнинг пастки қисмидаги оғриқлар
ВАШ	- визуал-аналогли шкала
ҲБ	- ҳаракат бирлиги
КТ	- компьютер томографияси
УД	- умуртқалараро диск
МРТ	- магнитли-резонанс томографияси
МФОС	- миофасциал оғриқли синдром
НЯҚВ	- ностроидли яллиғланишга қарши воситалар
УО	-умуртқалар остеохондрози
БДР	-бел-думғаза радикулопатияси
ТЭҲБ	- таъсир этувчи ҳаракат бирлиги
ПФ	- потенциал фибрилляцияси
ИЎТафф	- сезги толаларидаги импульслар ўтказиш тезлиги
ИЎТэфф	- ҳаракат толаларидаги импульслар ўтказиш тезлиги
ҚТТ	- кўзғалувчанликни тарқалиш тезлиги
ЦОГ	- циклооксигеназа
ЭНМГ	- электронейромиография

МУНДАРИЖА

Кириш.....	5
1.1. Бел соҳаси спондилоген радикулопатиялари клиник кўринишлари ва тарқалишининг замонавий ҳолати	7
1.2. Бел соҳаси радикулопатияси билан оғриган беморларнинг тиббий реабилитацияси	18
Текширув усуллари	25
Клиник текшириш усуллари	
Параклиник ва инструментал (рентгенография, ЭНМГ, КТ, МРТ) текшириш усуллари	31
Спондилогенли бел соҳаси радикулопатияларининг клиник неврологик кўринишлари	35
Клиник маълумотлар таърифи	35
Текширилган гуруҳ беморлардаги спондилогенли радикуло-патия неврологик кўринишларини клиник нейровизуализацион кўринишлари феномени тахлили	42
Реабилитация босқичлари ва усуллари	47
Медикаментоз, физиотерапевтик ва рефлексотерапевтик реабилитация усуллари	47
Спондилогенли радикулопатия билан оғриган беморларда реабилитация алгоритми	59
Хулоса	80
Амалий таклифлар	81
Адабиётлар рўйхати	82

бўлса ҳам дорсалгия кузатилади. Бу соғлиқни сақлашнинг полик-линика тармоғига тиббий ёрдам учун мурожаатлар сони бўйича иккинчи ўринни эгалловчи сабабдир [4, 14, 17, 34, 52, 55, 72, 78, 91, 115, 162, 168].

Россия ва бошқа мамлакатлар статистик таҳлиллари натижасига кўра умуртқа поғонаси бел-думғаза соҳаси патологияси кенг тарқалган бўлиб, умумий касалланишнинг 30%ини, нерв системаси касалликларининг 20-30% ини ва периферик нерв системаси касалликларининг 80%дан ортиғини ташкил этади [2, 5, 26, 27, 44, 49, 77, 145]. Бел умуртқалари остеохондрозининг неврологик намоён бўлиши муаммосига бағишланган тадқиқотлар кўп. Лекин ушбу муаммонинг кўп жабҳалари неврологияда охиригача ечилмасдан ва долзарблигича колмоқда.

Вақтинчалик ва айрим ҳолларда доимий меҳнатга лаёқатсизлик кўрсаткичларининг юқорилиги янги даволаш тадбирларини излаш лозимлиги ҳамда касаллик патогенези ва клиникасида кўпгина ечилмаган масалалар мавжудлигини кўрсатади [12, 53, 36, 82, 133]. Вақтинча меҳнатга лаёқатсизлик кўрсаткичлари таҳлил қилинганда ҳар 100 ишчининг 5-23 тасида меҳнатга лаёқатсизлик сабаби бел умуртқалари остеохондрози бўлган ва унинг давомийлиги ўртача 32-101 кунни ташкил этган [27,32].

Шулар билан биргаликда, умуртқа поғонасининг дегенератив-дистрофик касалликлари ва спондилоген жароҳатлар кенг тарқалганлиги давонинг стационар босқичида ҳамда амбулатор-реабилитацион босқичларида янги мақсадли даволаш усуллари устида изланишлар ўтказиш долзарблигини исботлайди.

Шуни таъкидлаш лозимки, вертебрологияда реабилитация йуналиши ривожланишнинг дастлабки босқичида бўлиб, илмий асосланган тиббий технологияларни яратиш, даволаш самарадорлигини ошириш учун тиббий-ижтимоий йўриқномаларни ишлаб чиқиш ва уларни амалиётга тадбиқ этилишини талаб қилади.

Бел соҳаси спондилоген радикулопатиялари клиник кўринишлари ва тарқалишларининг замонавий ҳолати

Умуртқа поғонасининг дегенератив-дистрофик касалликларида асосий неврологик синдромлардан бири бу оғриқ ҳисобланади. ЖССТ маълумотларига кўра шифокорга мурожаатларнинг 40%ни оғриқ синдроми ташкил қилади [55, 58, 68, 71, 84, 108, 122, 170].

Бел соҳасидаги оғриқ неврологиянинг долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади. Ҳар йили мамлакатнинг катта ёшдаги аҳолисидан 15-25 фоизи белдаги оғриқ туфайли ёрдам сўраб тиббий муассасаларга мурожаат қиладилар. Бел соҳасидаги оғриқ 30 ёшдан 45 ёшгача бўлган аҳоли ўртасида меҳнатга лаёқатсизликнинг асосий сабаблардан бири ҳисобланади [25, 39, 53, 74, 114].

Оғриқ синдромлари орасида белдаги оғриқ энг кўп учайди. Бел соҳасидаги ўткир оғриқларнинг турли кўринишлари аҳоли ўртасида 80-100% ҳолатларда учрайди. Катта ёшли аҳолининг 20%ида бел соҳасида 3 кундан ортиқ давом этувчи даврий рецидивланувчи оғриқлар кузатилади [17, 46, 48, 114, 128, 146, 167].

Ҳозирги вақтда “урбанизация” жараёнининг ўсиши ва ривожланиши билан боғлиқ ҳолда периферик асаб тизими касалликларининг сони кўпайиб бормоқда. Бу аксарият ҳолатда орқа мия ва унинг илдизчалари зарарланиши билан кечувчи умуртқа поғонаси патологияси билан боғлиқ [9, 18, 30, 36, 56, 60, 143, 153, 169].

Белдаги оғриқлар билан барча беморларнинг атига 40%и шифокор-ларга ёрдам сўраб мурожаат қиладилар. Шунга қарамасдан неврологлар ама-лиётида спондилоген оғриқ синдроми энг кўп учрайди.

Тадқиқотчиларнинг маълумотларига кўра (Ғофуров Б.Ғ., 2006) умумий популяциянинг 84% аҳолисида ҳаётида бир маротаба бўлса ҳам белдаги оғриқ ҳолати кузатилади, 28,4-56,7% ҳолатда оғриқлар узокроқ давом этади. Ҳозирги вақтда умуртқа поғонасининг ёшга хос – спондилёз ва дегенератив-дистрофик ўзгариши – остеохондроз турлари фарқланади [50, 84, 145, 150, 160, 167].

Катталар неврологик касалликлари структурасида периферик нерв системаси касалликлари иккинчи ўринда туради. Тарқалишига кўра периферик нерв тизими касалликлари ичида эса бел-думғаза соҳаси радикулопатиялари биринчи ўринни эгаллайди ва 70%ини ташкил этади [18, 26, 31, 44, 55, 87, 106, 144].

Бел умуртқаси остеохондрози неврологик синдромлари амбулатор неврологик амалиётда вақтинчалик меҳнатга лаёқатсизликнинг ҳамда госпитализациянинг асосий сабаби ҳисобланади. Бошқача айтганда бел соҳасидаги оғриқлар нафақат тиббий, балки ижтимоий-иқтисодий соҳанинг долзарб муаммосидир.

Умурткалараро дискнинг патологик ўзгаришлари 90% ҳолатда умуртқа поғонаси бел-думғаза соҳаси радикулопатияларига сабаб бўлмоқда. Бу гуруҳдаги дискоген радикулопатиялар неврологик касалликлар структурасида кенг тарқалганлиги, жараён кечишининг оғирлиги ва биоижтимоий асоратлари туфайли алоҳида аҳамият касб этади. Асаб касалликларидан ногиронликнинг ошиши, умумий иш вақтининг йўқотилиши ва меҳнатга лаёқатсизлик ҳолатларининг 70%дан 86%гачасини бел-думғаза соҳаси дискоген радикулопатиялари ташкил қилади [8, 14, 25, 46, 61, 89, 93, 161, 169].

Шуни ҳам таъкидлаш керакки, бел соҳасида оғриқ билан ҳар учинчи беморда ўткир оғриқлар сурункали шаклга ўтади ва 12 ҳафтадан ортиқ муддат давомида сақланади [15, 49, 62, 87]. Бел-думғаза соҳасидаги сурункали оғриқ синдромлари (low баск паин) доимо ўзига катта эътиборни талаб қилиб келган.

АҚШ ва Ғарбий Европа мамлакатларида ўтказилган эпидемиологик тадқиқотлар натижасига кўра умуртқа поғонасининг пастки соҳасидаги оғриқлар 40-80%гача тарқалганлиги, йиллик касалланиш эса 5%ни ташкил этиши аниқланган [14, 87, 116, 130, 145, 163]. 20 ёшдан 64 ёшгача барча аҳолининг эркакларида 24% ҳолатда, аёлларида 32% ҳолатда бел соҳасидаги оғриқлардан азият чекади [7, 16, 52, 56]. Шу беморларнинг меҳнатга лаёқатли 10-20%ида бел соҳасидаги ўткир оғриқлар сурункали турига ўтади (Вейн А.М., 2001). Айнан шу гуруҳ беморларига соғлиқни сақлаш тизимида бел соҳасидаги оғриқларни даволаш учун ажратиладиган маблағнинг 80%и сарфланади. Шунга қарамай касаллик оқибати ёмон ва соғайиш



Сдавление грыжей спинномозгового нерва

даражаси паст бўлиб қолмоқда.

О.С. Левиннинг (2006) маълумотларига кўра Россия аҳолисининг 48% да остеохондроз ривожланишига ирсий мойиллик аниқланган ва периферик нерв системаси касалликлари орасида унинг клиник намоён бўлиши 71-80% ни ташкил этади (патологик

жараённинг асосий сабаби умуртқалараро дискдаги дистрофик-дегенератив ўзгаришлар).

Я.Ю. Попелянский (2003) эса остеохондрозни бириктирувчи тўқима туғма ёки орттирилган функционал нуқсон натижасида ривожланиб, унинг систем сурункали кечишининг бир кўриниши деб ҳисоблайди.

Ҳозирги кунда бел-думғаза радикулопатияларини келтириб чиқарувчи омиллар (БДР) вертеброген (кўпинча умуртқа поғонаси остеохондрози) ва новертеброген гуруҳларга бўлинади. Одатда бел соҳасидаги оғриқлар умуртқа поғонасидаги дегенератив-дистрофик ўзгаришларини клиник акс эттириб, рефлектор, илдизли оғриқ, илдизли-қон томир синдромлари ривожланишига олиб келади [42, 51, 54, 100].

Умуртқалараро дискларнинг дегенератив-дистрофик ўзгаришлар 37,4% ҳолатда илдизли синдромлар билан намоён бўлади [23, 27, 122].

Умуртқа канали ва унинг ҳосилалари мураккаблиги, орқа мия илдизларига вегетатив-қон томир, реактив яллиғланиш жараёнлари, димланиш ва бошқа омиллар таъсир этиши вертеброген илдизча зарарланиши клиник манзарасини мураккаб кўринишга олиб келади. Илдизли синдром клиник манзараси шунингдек илдизчаларнинг патологик жараёнга тортилиши даражасига ҳам боғлиқдир [23, 84, 96, 112, 132, 153, 167].

Оғриқнинг сабабига кўра вертеброген (патогенетик жараён умуртқа поғонасидаги ўзгаришлар билан боғлиқ бўлади) ва новертеброген оғриқ синдромларига ажратилади. Орқа мия бел ва думғаза илдизчалари зарарланишининг вертеброген сабабларига умуртқалараро диск чурраси, марказий ва латерал умуртқа

каналли торайиши, спондилолистез ва умуртқа поғонаси ностабиллиги, умуртқа ёйи ва ўсиқлари дегенератив ўзгаришидаги артропатик синдром кабиларни киритиш мумкин [42, 49, 63, 155, 161].

Илдизга механик таъсир натижасида унинг толалари жароҳатланади. Унинг бир қисмида сегментар демиелинизация, иккинчи қисмида эса хужайранинг Валлерча қайта ташкилланиши кузатилади [Очоа Ж., Рйдевик Б., 2009].

Белнинг пастки қисмидаги оғриқ low баск паин инглиз муаллифлари атамасига кўра) деб белда, думғазада ва думғаза ёнбош соҳасида кузатиладиган оғриқларнинг умумий бир атама билан юритилишидир.



Спондилоген радикулопатиялар – бу умуртқалараро диск ёки умуртқалараро бўғимнинг зарарланиши билан кечадиган, умуртқанинг дегенератив касаллигидир. Дискоген радикулопатиянинг энг кўп учрайдиган сабаблари

умуртқалараро диск чурраси ва спондилёз ҳисобланади, лекин белнинг пастки соҳасидаги оғриқга (БПСО) олиб келувчи 90 дан ортиқ касалликлар маълум. Бу касалликлар амалиётда тез-тез учрамасада нозологик ташҳис кўйишда уларни мавжудлигини унутмаслигимиз лозим. [6, 13, 28, 40, 48, 77, 90, 109, 153, 168].

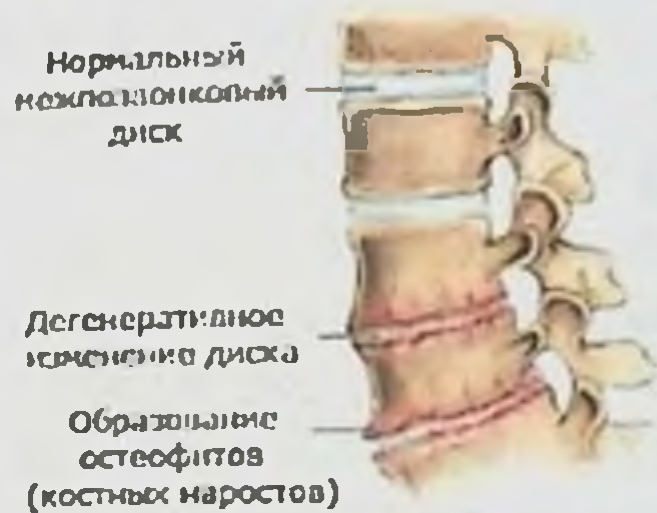
Бел соҳасидаги оғриқнинг вертеброген сабабларига шунингдек, кам учровчи умуртқанинг хавфли ҳосилалари (бирламчи ўсма ва метастазлар), унинг яллиғланиши (спондилоартропатиялар, шу жумладан, анкилозланувчи спондилит), инфекцион касалликлари (остемиелит, эпидурал абсцесс, сил 0,7%, 0,3%, 0,01% тартиб бўйича белдаги ўткир оғриқ сабаби бўлиши мумкин) ва остеопороз туфайли умуртқа танасининг компрессион синиши мисол бўла олади [7, 108].

Шу билан бирга спондилоген радикулопатия 45 ёшдан кичикларда жисмоний фаолият чекланишининг асосий сабаби бўлмоқда. Ўткир ва сурункали бел оғриқлари ҳисобга олинадиган бўлса БПСО шамоллаш ва кичик жароҳатлардан кейинги энг асосий беморларнинг шикоятидир.

Одатда ўткир БПСО сабаби умуртқалараро диск чурраси, сурункали оғриқ сабаби эса, умуртқа поғонаси спондилёзидир.

Умуртқа поғонаси остеохондрози – бу умуртқалараро диск тоғайининг дегенератив зарарланиши билан биргаликда умуртқа танасининг реактив ўзгаришидир. Бунда биринчи бўлиб ядро зарарланади, кейинчалик фиброз ҳалқада дегенератив ўзгариш кузатилади, тирқишлар пайдо бўлади ва ундан пулпоз ядронинг оқиб чиқиши кузатилади. Умуртқа ҳаракат сегменти ҳаракатчанлиги ўзгариши натижасида умуртқалараро бўғимларда зарарланиш юзага келиб, спондилоартроз ривожланади.

Спондилёз- умуртқалар анкилози. Бу умумий носпецифик термин бўлиб, кўпинча умуртқанинг турли дегенератив табиатли зарарланишларига нисбатан ишлатилади. Анкилоз– бу



касалликлар туфайли бўғимларнинг ригидлиги ёки фиксацияси бўлиб, унинг фибрози ёки оссификациясига олиб келади. Спондилоартроз деб, кўпинча умуртқалараро бўғимлар зарарланиши тушунилади.

Спондилоген радикулопатиялар ривожланишининг асосий

омиллардан остеопороз ҳисобланади. Остеопороз суякларнинг ҳар қандай жойларида синишларнинг сабаби бўлиши мумкин. Лекин асосан соннинг проксимал қисмида, тирсакнинг дистал қисмида синишлар кузатилади. Остеопороз туфайли умуртқалар ва найсимон суякларнинг синиши касалланиш, ногиронлик ва ўлим кўрсаткичларини ошишига олиб келади [44, 74, 88, 169].

Бел соҳасида оғриқ қуйидаги тузилмалар зарарланишидан келиб чиқади: пульпоз ядро чурраси, умуртқа каналининг торайиши (марказий ва латерал канал торайиши), умуртқалараро дискнинг (унинг дегенерациясида) ва диск атрофидаги структуралар зарарланиши (умуртқалараро бўғимлардаги патологик жараёнлар, спондилолистез), миофасциал оғриқ синдромлари.



Юқоридаги келтирилган омиллар белдаги оғриқларни компрессион радикулопатияларга (унинг авжланиши ногиронликга олиб келади) ва скелет-мушак оғриқ синдромларига (люмбалгия, люмбоишалгия, бу синдром асосан бемор ҳаёти сифатини пасайтиради)

ажратишга сабаб бўлади [49, 53, 71, 134].

Дискогенли бел-думғаза радикулопатияси клиник манзараси орқа мия илдизларига, қон томирларига ва умуртқа ҳаракат сегментининг бошқа структураларига ҳамда кўп омилларнинг таъсирига боғлиқ бўлиб, бунинг оқибатида ноцицепторларнинг узок вақт кўзғалиши кузатилади. Бу оғриқ синдромларининг сурункали шаклига ўтишига ва радикулопатияларни узок вақт кечишига олиб келади [20, 56, 85, 107, 131].

Остеохондрознинг асосий клиник симптомлари патологик жараён фиброз ҳалқанинг орқа қисмига ва орқа боғламга тарқалганда кузатилади. Умуртқалараро диск дегенерацияси босқичига боғлиқ ҳолда орқа мия илдизчаларининг таъсирланиши, компрессияси ёки ўтказувчанлигининг бузилиши, қон томирларнинг ёки орқа миянинг босилиши кузатилади. Жараён босқичига қараб турли хил неврологик (рефлектор ва компрессион) синдромлар кузатилади.

Остеохондрозда оғриқ синдромининг асосий сабаби бу нерв илдизчасининг «ирритацияси» ҳисобланади. Бунда, илдизчада қон айланиши бузилади, шиш юзага келади ва кейинчалик атрофидаги тузилмаларда фиброз ривожланиши мумкин, бу илдизчанинг турли хил таъсиротларга сезувчанлиги ошиб кетишига олиб келади (умуртқа поғонаси зарарланган сегментида ҳаракат бўлганда ва бошқалар) [30, 43, 122, 135, 138].

Дегенератив жараённинг бел соҳаси бўғимларида ҳам кузатилиши умуртқа поғонаси вертеброген касалликлари бўлган ҳар учинчи беморда сурункали люмбалгияга олиб келади [60, 62, 63, 95].

Бел-думғаза соҳаси вертеброген патологиялари рефлектор, илдизли, қон томир-илдизли ва спинал синдромларга ажратилади [39, 42, 70].



Бошқа муаллифлар оғриқ синдромининг 4 кўринишини ажратадилар: локал, проекцион, радикуляр (илдизли) ва мушаклар спазми натижасида юзага келадиган оғриқлар. Амалиётда одатда бир беморнинг ўзида оғриқ синдромининг бир неча тури аралаш ҳолда кузатилади. Шу турдаги оғриқ синдромларидан бири люмбоишалгия бўлиб, шартли равишда унга турга бўлинади: мушак-

тоник (ноксимон, болдир, думба мушаклари синдромлари), нейродистрофик, нерв-қон томир турлари [52, 61, 70, 137, 147, 152].

Шунингдек, артропатик бузилишлар (ёйсимон ўсиқ бўғимларида ва думғаза-ёнбош битишмасида), ўрта ва кичик думба мушаклари, ёнбош-қовурға мушаклари ва ёнбош-бел мушакларидаги миофасциал оғриқ синдромлари ҳам люмбоишалгияга олиб келиши мумкин. Ёйсимон ўсиқ бўғимларидаги (фасеткали, апофизеал) патологик жараёнлар белдаги локал ва узатилувчи акс оғриқларнинг сабаби бўлиши мумкин. Бел соҳасидаги оғриқлар билан мурожаат қилган беморларда айнан шу бўғимдаги патологик ўзгаришлар 15-40% ҳолатда кузатилади. Ёйсимон ўсиқ бўғимлари патологик зарарланиши учун патогномик бўлган симптомлар йўқ.

Ёйсимон ўсиқ бўғимларидаги патологик жараёнлар туфайли юзага келган оғриқлар чов соҳасига, соннинг ташқи ва орқа юзасига, дум соҳасига иррадиацияланади. Оғриқнинг диагностик аҳамиятли клиник хусусияти бу экстензия ва ротация вақтида оғриқнинг кучайиши, шунингдек, ёйсимон ўсиқ бўғими проекциясида пальпатор оғриқнинг кузатилишидир. Шунингдек, маҳаллий анестетиклар билан бўғим проекциясига блокада қилинганда ижобий натижа олинади [33, 156, 167].

Рефлектор оғриқ синдроми умуртқа поғонаси рецепторлари кўзғалиши ва афферент импульсация орқали олдинги шох мотонейронларига таъсир этиши оқибатида пайдо бўлиб, иннервация соҳасидаги мушаклар тонуси ошиши ва трофикасининг ўзгариши билан кечади [34, 52, 84].

Мушак-тоник синдроми барча мушакларда ривожланиши

мумкин, лекин одатда трапециясимон, нарвонсимон, тўш-ўмров-сўрғичсимон, ноксимон мушакларда кўпроқ учрайди. Оғриқ жисмоний зўриқишларда ва совқотишларда ҳамда ноқулай шароитда узоқ вақт туриб қолганда пайдо бўлади [46, 64, 80, 91, 120, 129, 143]. Оғриқлар тўсатдан мушакларнинг кескин спазми тарзида пайдо бўлиши ёки мушакларнинг сурункали зўриқиши натижасида аста-секин кучайиб борувчи тусда бўлиши мумкин.

Радикулопатиялардан фарқли равишда, мушак-тоник синдромида оғриқ интенсивлиги турлича, энг енгил ноқулайлик даражасидан кучли азоб берувчи оғриқ даражасигача бўлиши мумкин. Оғриқ симилловчи, тортишувчи, баъзан ачишувчи тусда бўлиши мумкин. Оғриқлар одатда дерматом, миотом ёки склеротом бўйича тарқалади [15, 17, 46, 115, 118]. Тушиш симптомлари кузатилмайди.

Бел-думғаза соҳасидаги «локал» оғриқ - «люмбалгия» термини билан, оғриқ оёқларга узатилиши билан кечса - «люмбоишиалгия» ва бел ёки думғаза илдизларининг вертеброген зарарланиши оқибатида оғриқ ва унинг оёқларга узатилиши кузатилса, «компрессион радикулопатия» деб юритилади.

Бел-думғаза соҳаси остеохондрози радикулопатияларида кўпинча илдизларнинг умуртқа канали эпидурал соҳасида ва умуртқалараро тешикнинг медиал қисмида (айниқса умуртқа канали ва умуртқалараро тешик тор бўлганда) зарарланиши кузатилади. Орқа латерал диск чурраси билан бир қаторда реффлектор ишемия туфайли (баъзан қон қуйилиши туфайли) фақат бир илдизнинг шиши билан радикулопатиялар кузатилади. Шунингдек, асептик яллиғланиш туфайли шу соҳадаги веналарнинг варикоз кенгайиши натижасида ҳам радикулопатиялар юзага келиши мумкин [8, 9, 34, 82].

Умуртқа поғонаси остеохондрози натижасида юзага келувчи реффлектор синдромлар деярли ҳар бир инсоннинг ҳаётида кузатилади, компрессион синдромлар эса нисбатан кам учрайди.

Мушакларнинг реффлектор таранглашуви бошланишида ҳимоявий жавоб сифатида юзага келади (зарарланган сегментнинг иммобилизациясига олиб келади). Лекин кейинчалик у оғриқни давомийлигини таъминловчи асосий омилга айланади.

Радикулопатияларни ташҳислашда кучли оғриқ синдромининг илдизча функциясининг тушиш симптомлари билан бирга келиши энг муҳим мезон ҳисобланади.

Радикулопатияларнинг клиник манзараси оёқ бармоқларига “узатилувчи” (“узун оғриқлар”) ўткир, интенсивлиги юқори оғриқлар билан намоён бўлади. Оғриқлар умуртқа поғонаси бел қисмининг ҳаракатида кучаяди. Оғриқлар увишиш, игна санчилиши, куйишиш каби белгилар билан бирга кузатилади.

Илдизча функциясининг тушиш симптомларига гипестезия ёки сезгининг пасайиши, рефлексларининг йўқолиши, мушаклар гипотонияси ва атрофияси киради.

Лассег синамаси (бемор чалқанча ётиб, оёғини тўғри юқорига кўтариши) ўтказилганда бел соҳасидан зарарланган илдизча бўйлаб оғриқнинг зўрайиши кузатилади. Пальпацияда паравертебрал мушакларда таранглашиш ва оғриқ аниқланади.

Миофасциал оғриқлар- рефлектор (мушак-тоник) оғриқ бўлиб, умурт-қалараро дисклар, умуртқа поғонаси бойламлари ва бўғимларида патологик ўзгаришлар туфайли рецепторларидан ҳосил бўлган импульсация натижасида юзага келади. Миофасциал оғриқлар мушаклар ва улар билан боғлиқ фасциялардаги триггер нуқталарнинг таъсирланишидан ҳосил бўлади. Триггер нуқталар мушаклар умуртқа поғонаси остеохондрози фонида мушаклар таранглашуви натижасида юзага келади. Мушакларни тортилиши, уни босилиши, пальпациясида оғриқнинг юзага келиши ташҳисни тасдиқлайди.

Танамизнинг зарарланган сегментини ҳимоялаш мақсадида физиологик ҳолатда мушаклар таранглашади ва мушак корсетини ҳосил қилади (зарарланган соҳа иммобилизациясини таъминлаш учун). Лекин ушбу таранглашган мушаклар кўшимча оғриқни келтириб чиқаради. Баъзан мушаклар бирламчи зарарланади (умуртқа поғонасида морфологик ва функционал ўзгаришлар бўлмайди).

Антифизиологик ҳолатдан то мушаклар дистрессигача мушакларнинг ҳаддан ортиқ таранглашуви натижасида миофасциал тўқималар дисфункциясини чақириб, оғриқ синдромини пайдо қилади.

Миофасциал оғриқлар вертеброген патологияга боғлиқ бўлмаган ҳолда пайдо бўлиши ёки ҳар қандай вертеброген

оғриқларнинг асорати бўлиши мумкин.

Патологик жараёнга барча паравертебрал ва экстравертебрал мушаклар, энг аввало, ноксимон, ўрта думба ва бел соҳаси паравертебрал мушаклари тортилади.

Мушак-тоник синдроми клиник манзараси:

1. Таранглашган мушак атрофида тўмток, чуқур оғриқ ("калта" оғриқ). Ушбу мушаклар иштирокидаги ҳаракат оғриқни кучайтиради.

2. Лассег синамасида бел соҳасида ёки сонда маҳаллий оғриқ кузатилади.

3. Пайпаслаганда мушаклар таранглашган, оғриқли ва маҳаллий гипер-тонусга эга.

Компрессион радикулопатиялар одатда умуртқа поғонаси бел-думғаза қисми умуртқалараро диск чурраси билан шу соҳадаги илдизчаларнинг босилиши ёки умуртқа поғонаси бел-думғаза қисми стенозида кузатилади.

Радикуляр (иррадиацияланувчи) оғриқлар юқори интенсивликга эгаллиги, шу илдизчага мос келувчи дерматом бўйлаб дистал қисмга (периферияга) тарқалиш хусусиятига эга. Бу оғриқ илдизчанинг (орқа мия нервининг) чўзилиши, таъсирланиши ва босилиши натижасида юзага келади. Оғриқ деярли ҳар доим умуртқа поғонасидан қўл ёки оёқнинг бирор бир қисми томон узатилади. Йўтал, аксириш ва жисмоний юклама радикуляр оғриқни кучайтирувчи омиллар ҳисобланади. Шунингдек, нервнинг чўзилиши ёки унинг компрессиясини кучайтирувчи орқа мия суюқлигида босимнинг ошиши (масалан йўтал ёки кучаниш) оғриқ синдромининг кучайишига олиб келади.

От думининг компрессияси одатда оралик соҳасида оғриқ ва гипалгезия билан кечади. Зарарланиш асимметрик бўлиб, сфинктерлар вази́фасининг бузилиши кузатилади [34, 37, 145].

Я.Ю. Попелянскийнинг (2003) фикрича, компрессион илдиз синдроми (дискогенли радикулопатиялар) учун оғир юк кўтариш, кескин ножўя ҳаракат, совқотишдан кейин тўсатдан оғриқ пайдо бўлиши характерли. Унинг клиник манзараси зарарланиш жойлашишига боғлиқдир. Синдромнинг асосида статик ва динамик зўриқиш, гармонал бузилишлар натижасида дистрофик

жараёнларнинг юзага келиши, умуртқалараро диск чурраси томонидан орқа мия илдизчасининг босилиши ётади. Орқа мия илдизчаларининг мия қаттиқ пардасидан умуртқалараро тешикгача бўлган қисми патологик жараёнга энг кўп тортилади. Диск чуррасидан ташқари суяк ўсимталари, эпидурал тўқима чандиқлари, гипертрофияланган сариқ бойлам ҳам орқа мия илдизчасини жароҳатлаши мумкин.

Орқа миянинг юқори бел илдизлари (L₁,L₂,L₃) камдан-кам ҳолатларда шикастланади: улар бел соҳаси илдизли синдромларининг 3% ини ташкил этади. Одатда орқа миянинг L₄ (6%) илдизи зарарланиб, ўзига хос клиник манзарани ҳосил қилади: соннинг олдинги, ички ва пастки юзаси бўйлаб, болдирнинг медиал юзаси бўйлаб тарқалувчи кучли бўлмаган оғриқ, шу соҳа парестезияси, соннинг тўрт бошли мушакда бироз қувватсизлик аниқланади. Тизза рефлекси сақланиши, айрим ҳолларда ошиши кузатилади.

Ҳаммасидан кўпроқ L₅ (46%) илдиз зарарланади. Бунда оғриқ белда, думба соҳасида, соннинг ташқи юзасида, болдирнинг олдинги ташқи юзасида кузатилади ва ҳатто оёқнинг биринчи учта бармоғигача узатилади. Кўпинча болдирнинг олдинги ташқи юзасида сезгининг пасайиши, биринчи бармоқнинг ёзувчи мушакларида қувватсизлик аниқланади. Беморга оёқ товони билан тик туриш қийинчилик туғдиради. Узоқ вақт давом этган радикулопатияларда олдинги болдир мушакларининг гипотрофияси кузатилади.

L₅ илдизи сингари C₁ илдизи ҳам кўп зарарланади(45%). Бу илдизча зарарланиши учун оғриқнинг сон ташқи орқа юзаси, болдирнинг ташқи юзаси бўйлаб оёқ панжасига иррадиацияси характерли. Бемор неврологик текширилганда болдирнинг ташқи орқа юзаси бўйлаб гипалгезия, соннинг уч бошли мушаги ва оёқ панжаси букувчи мушакларида қувватсизлик аниқланади [15, 24, 51].

Бел-думғаза соҳасида оғриқнинг шаклланишида думғаза-ёнбош суяклар бирлашмаси дисфункцияси катта аҳамиятга эга. Бу дисфункция диск чурраси (МРТ маълумотларига кўра) аниқланган беморларда оғриқ синдромининг ягона сабабчиси бўлиши мумкин. Оғриқ думғаза-ёнбош бирлашмасидан чов соҳасига ва C₁ дерматом бўйича иррадиацияланиши мумкин.

Оғриқ бемор юрганда камаяди. Оғриқлар куннинг биринчи ярмида кучлироқ намоён бўлади ва кечкурунга бориб анча камаяди. Думғаза-ёнбош бирлашмасидаги патологик жараёнлар натижасида юзага келувчи оғриқларнинг клиник манзараси патогномик хусусиятга эга эмаслиги сабабли маҳаллий анестетиклар воситасида ушбу соҳа блокадасидан оғриқни 90%дан ортиқ даражада камайиши ташҳислашнинг олтин мезони сифатида қабул қилинган [106, 170].

Бел соҳаси радикулопатияси билан оғриган беморлар тиббий реабилитацияси

Мазкур патологияда даво комплекс тарзда олиб борилиши лозим. Ҳозирги вақтда энг муҳим тамойил этиологик даво ҳисобланади ва у ҳозиргача тўлиқ ишлаб чиқилмаган [Лихачев С.А., Шоломов И.И. 2008].

Бел соҳасидаги ўткир суяк-мушак оғриқларининг биринчи кунларида ҳам ётоқ тартибига риоя этиш, фиксацияловчи белбоқлар тақиш, ҳаракатланиш учун тирговичлар (кўлтиқтаёк ёки арқон) шарт эмас. Бемор кундалик жисмоний ҳаракатларини давом эттириши, оғриқ синдроми регрессланганда тезроқ ўз иш фаолиятини бошлаши керак. Қуйида далилларга асосланган тиббиёт нуқтаи назаридан ўзини оқлаган даво усуллари келтирилади [108].

«А» категорияда (сифатли ўтказилган рандомирланган назорат текшириш исботланган эффектига асосланган) тушак холатини бекор этади, ностероид яллигланишга карши дори воситалари (НЯКДВ) қабул қилиш, қушимча анальгетик сифатида, кучли оғриқли синдромларда трамадол қулланилади.

«В» даражали исботланган усулда (бунда рандомирланган назорат текшириш маълумотлари йук, лекин назорат гуруҳи қулланилган текшириш ёки “тасодифий назорат” текшириши мавжуд) тунги окригларда (миорелак-сантлар) ва бел соҳасидаги дискомфортларда миорелаксантлар қулланилган.

Ацетаминофенни рутинли ишлатиш, ЦОГ-2 селектив ингибитори мақсадга мувофиқ эмас, яъни биринчи навбатда НЯКДВ эффектли ва иккинчи навбатда тромботик асоратлар хавфининг ортишидир.

Тери оркали электронейростимуляциялар, массаж ва

акупунктуралар максадга мувофиқ эмас, яъни уларнинг эффектлилиги чекланган.

«С» даражали исботланган усулда ушбу усул эффектлиги кам ёритилган булиб, бунда беморлар турмуш шароитини узгартириб, чекишни ташлайди, тана огирлигини камайтиради, жисмоний машқлар тавсия этилган. Ушбу даражада мануал терапия ва криопроцедуралар ишлатиб, эффектлиги хозирча тулик ёритилмаган, лекин ушбу усул хавфсиз булиб, даволаш давомида беморларнинг коникиши ортади.

«Д» даражали исботланган усулда даволаш гимнастикаси ва эпидурал сохага кортикостероидлар инъекцияси кулланилган, бунда экспертларнинг фикри бўйича эффектли усул деб каралган ва ушбу услубда даволашда беморларни синчковлик билан ажратиш зарур (Е.В. Подгуфаров 2003).

Дорилар билан даволашнинг асосий йуналишларига:

• Экстравертебрал учокда кон томирли ва дистрофик узгаришни тиклаш, хамда синувртебрал нервнинг асосий кузгалиш механизмини тухтатиш (стероидли ва ностероидли яллигланишга карши доирлар, кон томирларни кенгайтирувчи дорилари ва миорелаксантлар);

• Трофик жараёнларни фаоллаштириш (биоген стимуляторлар, хондро протекторлар, витаминлар, анаболиклар);

• Симптоматик даво (транквилизаторлар, антидепрессантлар, гастропротекторлар).

М.В.Путилин фикрича, бел-думғаза радикулопатияси давосида ушбу асосий дори воситалари тулик саналмаган, бунда яна аник беморга клиник симптомлар патогенези асосида индивидуал тартиб бўйича танлаш керак.

Хозирги кунда дорсопатияларни мутаносиб танлаб даволаш муаммоси долзарб булиб, клиник амалиётда купинча уткир ва сурункали оғриқларни даволашда битта алгоритмдан фойдаланилмокда. Шунини ёдда тутиш керакки, гап умуртка погонаси дегенератив зараланишида, унинг мураккаб патогенетик каскади ва патологиянинг юзага келганликларини хисобга олиш зарур.

Уткир оғриқда беморларга 3 кун давомида тушак холати

зарур. Дархол дори препаратлари муолажаларини, яъни НЯКДВ, аналгетиклар, миорелаксантлар тавсия этиш керак.

НЯКДВ яхшиси вена ичига тавсия этиш керак, бунда оғриқни колдирувчи тезлиги ортади, доирининг таъсирчанлиги ошади. Бу гуруҳдаги дориларнинг руйхати етарли равишда кенг булиб, улардан тиббиёт амалиётида куп ишлатилаётганлардан: диклофенак(75-100мг/кунига), лорноксикам(8-32мг/кунига), кетопрофен(100-320мг/кунига), мелоксикам(7,5-15мг/кунига), нимесулид(200мг/кунига).

Барча ЯКДВ, аналгетик ва тана хароратини туширувчи таъсирга эга, яъни яллигланиш учогида нейтрофиллар миграциясини ва тромбоцитлар агрегациясини тухтатади, бундан ташқари кон зардобидаги оксил билан фаол боғланади. НЯКД таъсири бўйича сон жихатидан хусусиятли, лекин терапевтик таъсир кучи, беморнинг кутара олиши ва ножуя таъсири билан бир-бирига боғлиқдир.

НЯКД юкори гастротоксиклиги, уларнинг циклооксигеназининг иккала изоформасини танламасдан ингибирлаши натижасида юкори саногенетик таъсири ажралиб туради.

Шу сабабли кучли оғриқли синдромларда, бундан ташқари узок вақт кулланилганда дориларни яллигланишга қарши, аналгезирловчи таъсири кам гастротоксик реакция берадиганларини танлаш зарур.

Ушбу гуруҳдан купрок маълум булган ва яхширок таъсирли дори воситаларидан бу- лорноксикамдир. Ноёб бирикма простогландиндан циклооксигеназани кучли ингибирлайди, депрессив таъсири эндоген эндоморфини ишлаб чиқаришни бир вақтда фаоллаштириш лорноксикамни яхширок таъсирли ва хавфсизрок воситалардан бирига айлантиради. Ушбу воситанинг уртача микдори юкори микдорли НЯКДдагидек таъсирлидир.

Кучли оғриқли синдромларда биринчи куни 16 мг мушак орасига ёки вена ичига кунига икки марта сунгра микдорини кунига 8 мг гача камайтириб, 3-5 кун давомида килинади.

Миорелаксантлар тугридан –тугри аналгетик таъсирга эга булмасада умуртка погонаси дегенератив касалликларида кенг фойдаланилмокда. Ушбу воситаларнинг даволаш таъсири орка миянинг ГАМК-ергик тизимини потецирлаш билан боғлиқдир.

Ушбу гурухлардан асосийлари телперизон, баклофен, тизанидинлардир. Улар купрок оғриқни мушак-тоник кисмлар чакирганда устунрок таъсирга эга.

Миорелаксантлар 7-14 кундан ортик ишлатилмайди. Вертеброген оғриқларга факат медикаментоз воситалар эмас, мануал терапия ва физиотерапевтик муолажалар хам ишлатилади. Шунини айтиш жоизки, улар оғриқ утганидан сунг 5-10 кун кейин тавсия этилади.

Дорсопатияларни даволашда, купрок бугимлар артрози ва стенозларида хондропротекторлар катори мухим булиб, улар дегенератив жараённи тухтатиб ва оғриқни сурункали шаклини пасайтиради.

Неврологик амалиёт купрок дори воситаларини парентерал йул билан юбориш маъкулрокдир. Охирги клиник текширишлар люмбоишиалгия билан оғриган беморларда "алфлутоп" воситасининг юкори клиник таъсирга эгалигини тасдиклайди. Алфлутоп таркибида 4 хил денгиз балиги экстракти булиб, гликозаминогликанлар, аминокислоталар, полипептидлар, микроэлементларни хам уз ичига олади. Текширишлар натижаси буйича ушбуни уткир оғриқларни 10-14 кунларидан бошлаб 1 млдан мушак орасига хар куни 20 кунгача берилади. Бундан ташкари хафтасида 2 мартадан 4 нуктага (хар бир нуктага 1 млдан) 5 та муолажа паравертебрал сохаларга юбориш мумкин (Левин О.С., 2005). Бу купрок сурункали оғриқли беморларга таъсирли хисобланади.

Компрессион синдромларда ишемияга карши воситалар: антиоксидантлар (этилметилгидроксипиридин сукцинат), антигипоксантаалар (винкоцитин, пентоксифиллин). Андидепрессантларни ишлатиш масаласи хар бир беморга алохида хал килинади.

Демак, дорсопатияларни дорилар билан даволаш мураккаб масала булиб, касалликни клиник юзага келиши, патогенезини чукур билишни талаб этилади. Врач жараён босқичларини хисобга олган холдаги ишлаб чикилагн алгоритмларни инобатга олиш керак.

Уткир дорсопатияларни даволашда 1-2 хафта давомида оғриқлар айтарли даражада регресси булиши керак. Узок вақтли харакат активлиги чекланишининг тушак холатигача булиши

хозирги кунда нисбатан куриб чикилган, яъни : уртача оғриқларда кискача чеклаш тавсия этилади, кучли оғриқларда тушак холати 1-3 кунгача. Бунда беморни “тугри” харакатлар бажаришига: кандай утириш, кандай туриш, кандай юришни огирлик кутармаслиги ва бошкаларни ургатиш зарур.

Даволашни 1-2 хафта давомида фойдаси булмаса бошка дориларни юкори дозада ишлатиш керак. Оғриқни 1 ойдан ортик сакланиши жараённинг сурункали утиши ёки белдаги оғриқни нотугри ташхисланганлигидир. Шифокорга беморни яна чукуррок текшириш талаб килинади.

БДРни консерватив даволашда асосий дори воситалари купгина карши кўрсатмалар ва ножуя таъсирга эга. Шу сабабли даволаш услубида дори воситаларни мулохазали, полипрагмазиясиз тавсия этиш зарур (Лихачев Е.Б., Шоломов И.И. 2008). Шундай килиб, бел сохасидаги уткир оғриқларни даволашда, НЯКД сайланган воситалар хисобланади. (Суратоло М., Бойдук Н, 2001; Фаддоугҳи А., 2004).

Ушбу гурухга кенг таъсир микёсда етарлича дори воситалари мавжуд, улар бир-биридан яллигланишига карши фаоллиги ва ярим ажралиш даври билан фаркланади. Киска ярим ажралиш даврли НЯКВларга- ибупрофен, салицилатлар, диклофенак, индомецатин, лорноксикам, кетопрофен, декскетопрофен; урта ярим ажралиш даврли дориларга- мелоксикам, пероксикам, цемкоксиблар киреди (Суратоло М., Бойдук Н, 2011).

НЯКД ларни хар кайси алохида холатларга танлаш индивидуал кутара олишига, ножуя таъсир доирасига, хамда воситанинг таъсир давомийлигига караб олиб борилади. Шунини таъкидлаш керакки, барча НЯКД 10-14 кундан ортик тавсия этилмайди. Агарда ёйсимон бугимлар ва чанок-ёнбош суяклар бирлашмалари сурункали дегенерациясида махаллий анестетиклар ва кортикостероидлар билан блокадалар хамда мануал даво муолажаларини тавсия этиш лозим.

Оғриқ синдроми узок вакт сакланишида ва дорилар билан блокадалар киска вақтли таъсири булганида радиочастотали денервация хакида уйлаш зарур, яъни оғриқни 60% дан 80%гача беморларда камайтирилади (Суратоло М., Бойдук Н, 2009).

Бирламчи даволанишда жиддий неврологик асоратлар кузатилмаганида (чанок аъзолари иши бузилиши булмаганида,

иккала оёкда харакат бузилиши ва сезги бузилиши булмаса), сакланувчи тартиб ва оғриққа карши ва НЯКД тавсия этилади.

Жараён камайганидан сунг беморлар оддий харакат фаоллиги оширишга ёрдамлашувчи даволаш жисмоний машклари тавсия этилади.

Агарда консерватив муолажалар ёрдам килмаса, МРТ да умурткалараро диск чурраси хулосасини берса оператив даво (микродисэктомия) тавсия этилади.

Уткир илдизли оғриқли синдромда муолажалар вақтида умуртка погонаси бел сохасини енгиллаштиришга эришиш зарур. Бу 1-2-кундан тушак холати тавсия этилганида амалга ошади.

Оғриқда комбинирланган аналгетик муолажаларни купгина махсус тиббиёт ташкилотлари куллашни тавсия этади: Бутунжахон Согликни Саклаш Ташкилоти, Америка Оғриқлар Ассоциацияси.

Кучли оғриқ вақтида НЯКДдан бошкаси хамма вақт хам ухшаш анальгезия бермайди, бу холда марказий таъсирга эга аналгетиклар ишлатилади, яъни бунда оғриқнинг марказий бошкарилиши купрок ишончлидир (Смеах W.L. 2004).

Хозирги вақтда урта ва кучли оғриқларни йукотишда марказий таъсирли синтетик аналгетик- Трамал (Серунентал фармацевтик ташкилот) ишлатилмоқда. Ушбу воситанинг хакикийлиги икки хил таъсир доирасига эгалигидадир.

Унинг бир кисм молекуласи антиноцептив опиоид рецепторларини фаоллаштиради (трамал махсулоти ушбу рецепторларга морфинга нисбатан 6 минг марта суст, демак унинг наркоген таъсири кам микдорда), иккинчи кисм молекуласи неопиоидли оғриққа карши тизимни фаоллаштириб, серотонин ва норадренаринларни синапсларда кайта ушланиб колишини ингибирлайди. Норадренергик ва серотонинергик неопиоидли тизимни активлаштириб, трамал орка мия сохасида оғриқ импульсларини йукотади.

Хар кайсисининг таъсир механизми суст булиб, лекин уларнинг йигини оддий булмасдан, аналгезловчи умумий таъсири кучайиши куп микдордадир. Трамалнинг расман иккала механизми синергизми оғриқни йукотишда юкори таъсири билан богликдир. Трамалнинг опиат рецепторларига кам активлаштирувчи беморларда нафас, кон айланиши

Самиев Аслиддин Сайитович
тузилмаларини ишини сусайтирмайди, ич котиши чакирмайди, узок вақт ишлатилганда дори воситаларига мойиллик чакирмайди. (А.А.Скоромец, Н.В.Шулемова, С.В.Перфильев, Д.И.Руденко 2005).

Консерватив даволашда микроциркуляцияни яхшилаш ва туқималараро ишини камайтириш учун НЯҚД билан диуретикларни вазоактив воситалар (венотониклар) кушиб ишлатилади.

Жуда кучли оғриқларда, бошка воситалар билан оғриқларни йукотиб булмаса балким киска вақтли наркотик анальгетиклар (трамадол 100мг/кунига) ишлатиш мумкин. Бел ёки думғаза радикулопатияларини стационар шароитда даволаш усулларидан кортикостероидларни эпидурал юбориш кенг кулланилади (Смеал W.L. 2004).

Беморнинг ахволи яхшиланиши билан физиомуолажалар, яъни рефлекторли мушаклар спазмини камайтирувчи (вакуум массаж, фонофорез, массаж). 3-5-кундан бошлаб мануал терапия (мобилизация, мушаклар релаксацияси) усулларини кушиш мумкин, бу уз навбатида анталгик сколиозни камайтиради ва умуртка харакат хажмини оширади. Умуртка канали торайган беморларда ушбу муолажалар тавсия этилмайди. Консерватив даволаш бел умурткалари стенози туфайли суяк-мушак оғриқларида таъсири кам кузатилади. Бундай холатларда беморларни нейровизуализация (КТ, МРТ) текшириб, клиник ахамиятга моликларини оператив даволашга тавсия этилади.

Беморларни даволашда огир юк кутаришни чеклаш зарур, венотоник воситалар, пентоксифиллин 400мг/кунига перорал ёки вена ичи инфузияси (2%-5.0 мл) килинади. Агар кучли оғриқли синдромлар булганда, махаллий анестетиклар ва стероидли воситалар билан эпидурал блокадалар килинади (Ийнслер Д. Л., Доггетт Д, Туркелсон С, 2004).

Хирургик даво (декомпрессия) консерватив муолажалар фойдаси булмаганда, шу билан бирга кучли оғриқли синдромларда ва от ёли илдизи зарарланиши синдромларида, оператив даволаш кўрсатмасига алохида диққатни жамлаш лозим.

Адабиётлардаги маълумотлар бўйича, 0.3% беморлар оператив давога мухтож бўлади.

Оператив давога тугридан-тугри кўрсатма бу орка мия ва от ёли илдизини уткир босилиши туфайли чанок аъзолари иши бузилиши, икки томонлама оғриқ ва фалажликлар хисобланади.

Операцияга нисбий кўрсатма консерватив давога карамай кучли оғриқ синдромини сакланиб (3 ойдан ортик) колишидир.

Қуйидаги холатларда хирургик аралашув тавсия этилади:

1. От ёлининг босилиши натижасида пастки парепарез ва чанок аъзолари иши бузилиши.

2. Парезнинг ортиб бориши

3. Консерватив даво ёрдам бермайдиган кучли оғриқли синдром.

Я.Ю. Попеленский (2001) фикрича, хирургик даволангандан сунг 5% холатларда асоратлар кузатилган (гематома, тромбофлебит, менингит, ёмон холатли чандикланиш, операциядан кейинги чанок аъзолари иши бузилиши ва бошқалар).

Бунда турли хил статистик маълумотлар бўйича, операциядан кейинги асоратлардан 1-3%и ёмон окибатларга олиб келмокда.

Дорсопатияларни даволаш муаммоси тулик хал булишидан хали узокда. Хозирги вақтда янги дори воситалар устида изланишлар олиб борилмокда. Шу билан биргаликда физиотерапевтик усуллар-электрон, магнитли, балчикли даволашлар ривожланмокда.

Электро- ёки фонофорез ўтказиш учун айрим фармакологик воситаларни ишлатиш мухимрок булмокда. Хулосада шуни эътироф этиш лозимки, умуртка погонаси зарарланишларида эффективли даволашда турли гуруҳдаги воситаларни комбинациялашни эътиборга олиш жоиздир (М.В. Путилин).

Текшириш усуллари.

Клиник материаллар таърифи.

Изланиш Самарканд шаҳар Тиббиёт Бирлашмаси ва Самарканд вилоят Ногиронлар учун минтакавий реабилитация марказида бажарилди. Бунда 168 та бемор текширилди. Уларнинг барчаси стационар шароитида Самарканд ШТБ неврология булимида даволанди, 84 та бемор (асосий гуруҳ беморлар)

Реабилитация марказда даволанди. Барча кузатувдагидаги беморлар амбулатор кузатувда куйидаги ташхис билан: бел сохаси спондилоген радикулопатияси, 2004 йилдан 2011гача бўлди.

Беморнинг ёши 17 ёшдан 60 ёшгача ташкил этди. Улардан 94 таси аёл, фоиз жихатдан - % ни ва 74 таси эркак, фоиз жихатдан - % ни ташкил этди.

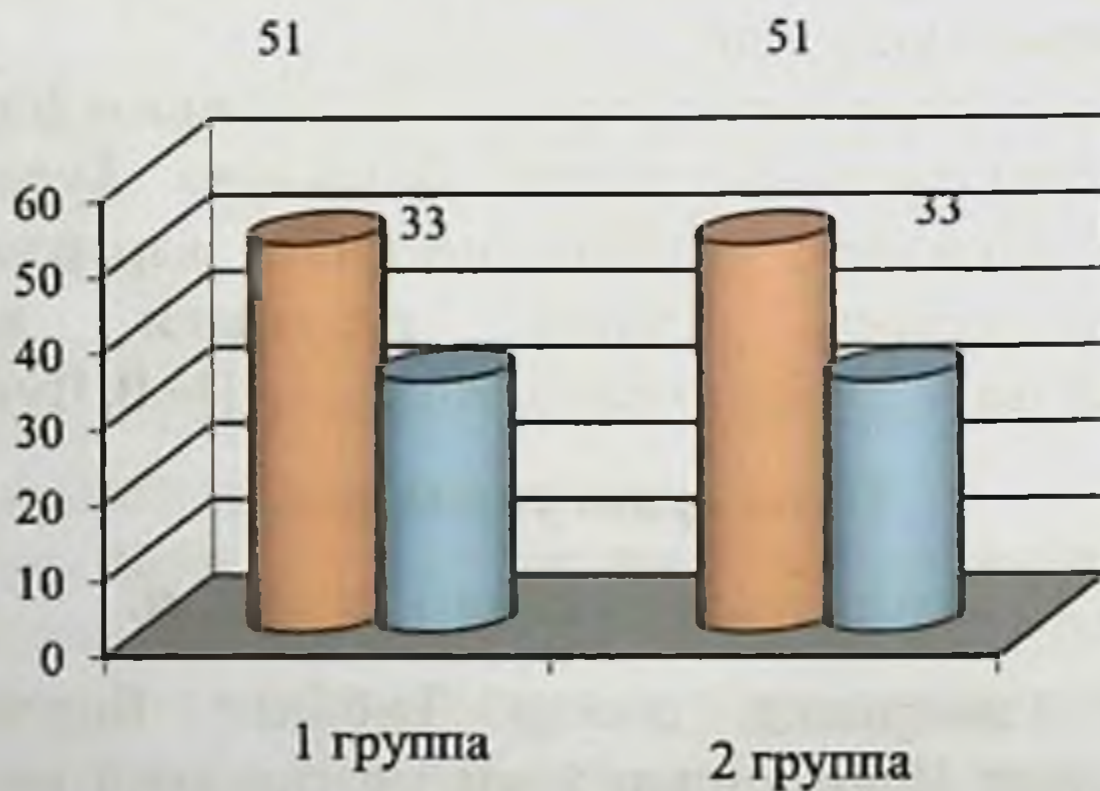
Беморлар ёшига ва жинсига караб ажратилди, 2.1 жадвалга киритилган.

2.1 жадвал

Беморларни ёшига ва жинсига караб ажратиш

Жинси	17-30 ёш		31-45 ёш		46-60 ёш		Жами	
	нисб	%	нисб	%	нисб	%	нисб	%
Эркак	17	10,1	34	20,25	23	13,7	74	44,05
Аёл	22	13,1	34	20,25	38	22,6	94	55,95
Жами	39	23,2	68	40,5	61	36,3	168	100

Барча стационар шароитида муолажа олаётган беморлар иккита бир хил гуруҳга, жинсига ва ёшига ажратилди (Расм 2.1): назорат гуруҳи 84 (50.0%) та беморни (51 таси кучли оғриқ синдроми билан ва 33 таси уртача оғриқли синдром билан) ташкил этди. Иккинчи асосий гуруҳ: бу ҳам 84 та (50.0%) беморни (51 таси кучли оғриқ синдроми билан ва 33 таси уртача оғриқли синдром билан).



Расм 2.1. Беморларнинг гуруҳлар бўйича ажратилиши.

Беморларнинг ўтказилган муолажа босқичларига асосан

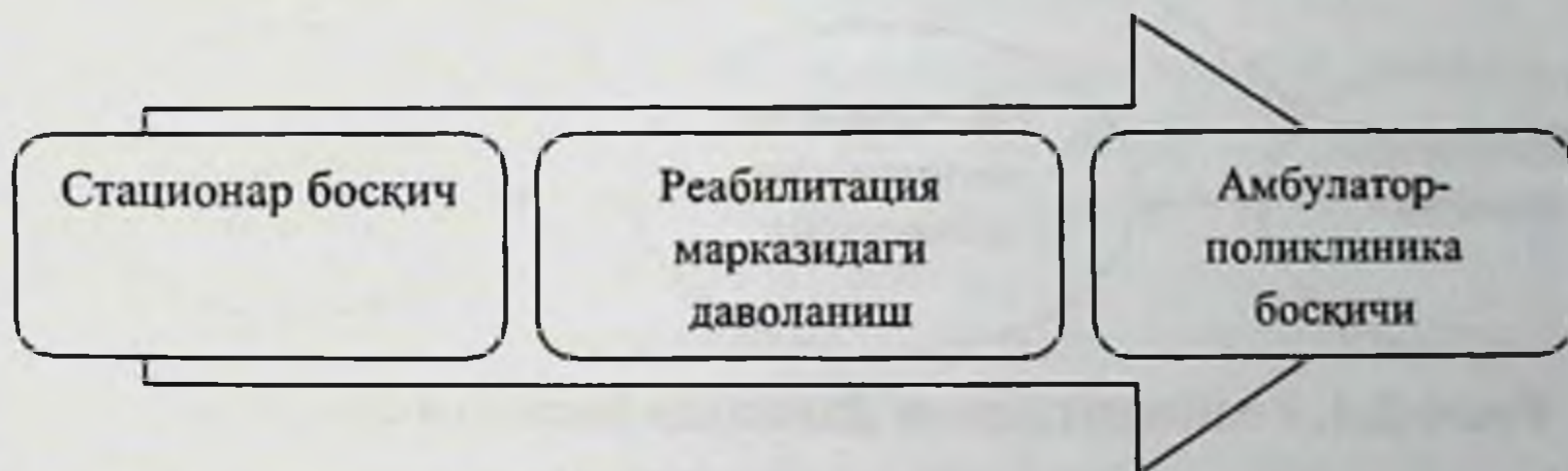
Беморларнинг ўтказилган муолажа босқичларига асосан ажратилиши.

Даволаниш ўтказилган жой	Биринчи гуруҳ		Иккинчи гуруҳ		Жами	
	нисб	%	нисб	%	нисб	%
Самарканд ШТБ шифохонаси	84	50	84	50	168	100
Реабилитация маркази	-	-	84	50	84	50
Амбулатор-поликлиника	84	50	84	50	168	100

Стационар босқичида назорат гуруҳидаги беморлар физиотерапевтик муолажа билан базис муолажаларни олди. Асосий гуруҳ беморларга базис даволанишда миорелаксант-Мидокалм 100мг м/о инъекцияда № 10та, кейинчалик таблеткада 150 мг дан, 3 марта № 30 кун кушилди.

Бундан ташқари оғриқ синдромини камайтириш учун НЯКД-Долак воситаси ва ИРТ (игнарефлекслитерапия) ишлатилди.

Иккинчи гуруҳ беморлар 2.2. расдан куриниб турибдики, 3 босқичли муолажа курсини олишди.



Расм 2.2. Босқичли даволаниш схемаси.

Традицион даволаш:

- Мидокалм 100 мг м/о, кейин 150x3 дан 1 марта/кунига
- №30 таблетка; Долак билан паравертебраль
- Блокада; Игнарефлекслитерапия

Реабилитация босқичида асосий гуруҳ беморлар катнашади. Даволанишни Самарканд вилояти реабилитация марказида олиб

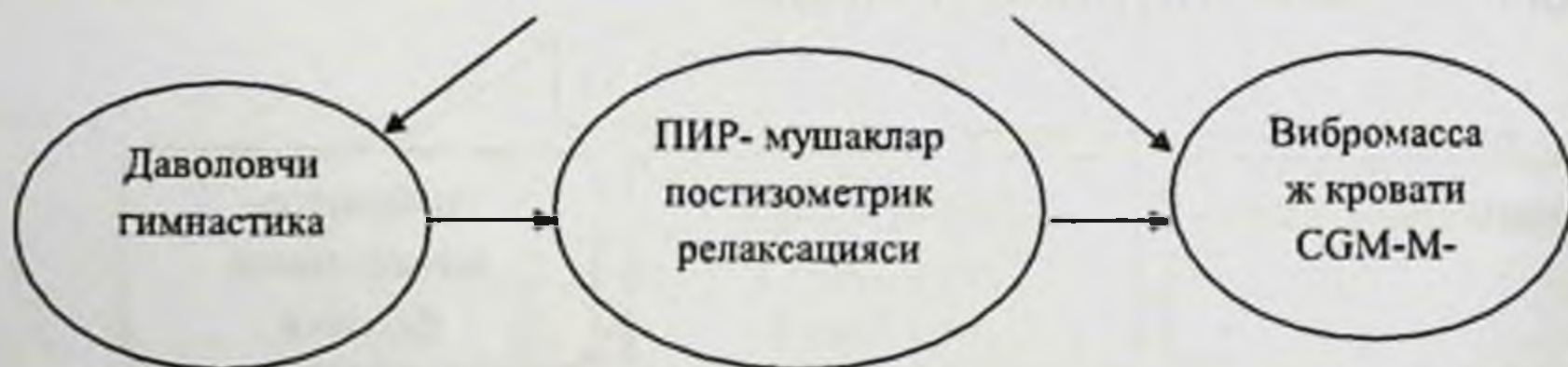
борилди.



2.3. расм. Беморларнинг стационар босқичда даволаниш усуллари гурух-ларга ажратилиши.

Бу ерда даволаш жисмоний машини мушаклар мутаносиблигини сошлаш учун ва махсус комплексли ПИР (мушак пастизометрик реакцияси) ни, бундан ташкари комплекс даволанишга вибромассаж учун ССМ-М-3500 кровати муолажалари таъсирини куриб чикдик (Расм 2.4.).

Даволанишнинг реабилитацион босқичи



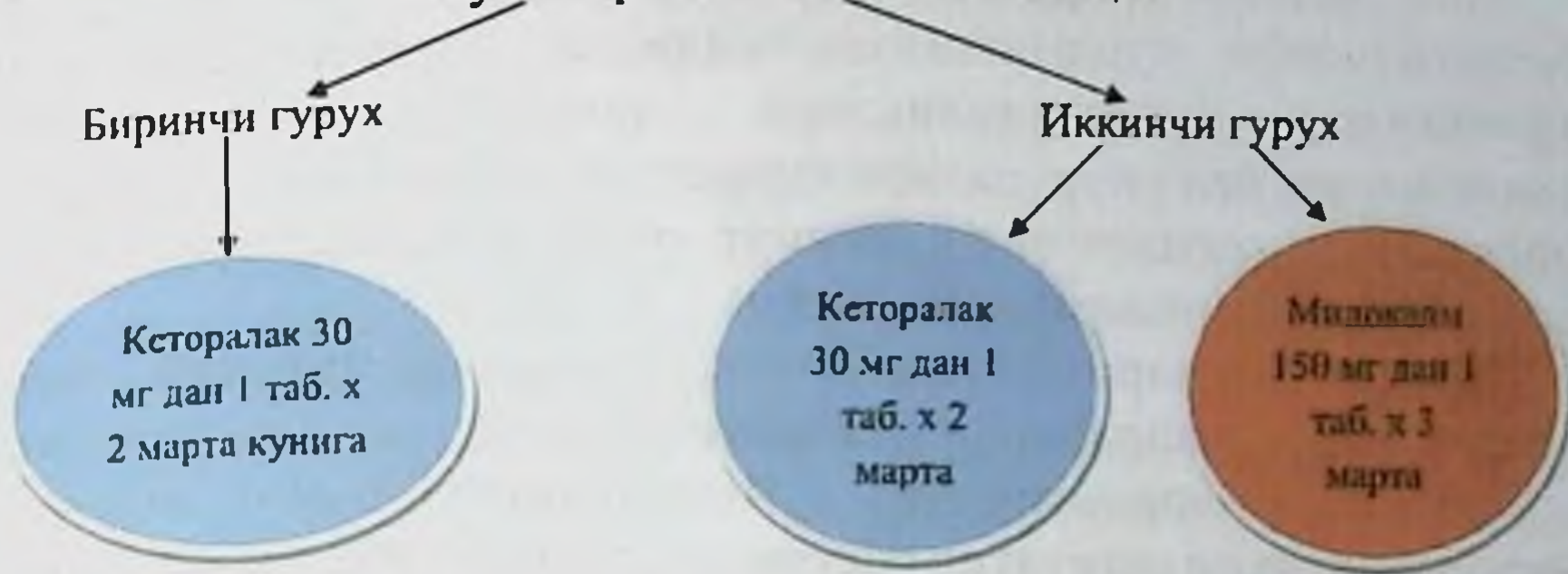
Расм 2.4. Реабилитацион даволаш босқичи схемаси.

Амбулатор босқичда даволашнинг иккала гурухга ҳам олиб борилди, улар яшаш жойи поликлиникасида кузатув булди.

Бу босқичда иккала гурух беморларни кузатдик.

Асосий гурух беморлари бу босқичда комплексли муолажа олишди. Беморлар миорелаксантлардан мидокалм 150мг дан 3 махал ва долак 10 мг дан 2 махал таблеткада 10 кун кабул килишди. Назорат гурухидаги беморларга факат монотерапия: Долак 10 мг, 2 махал, 10 кун берилди.

Амбулатор-поликлиника босқичи



2.5 расм Амбулатор босқичли даволаниш схемаси

**Тадқиқот усуллари
Клиник изланишлар**

Беморларни клиник текширишлар клиник-неврологик изланишларни баҳолашда беморларни клиник текширишлар куйидагиларни уз ичига олди, яъни уларга беморлар шикояти, касаллик келиб чиқиши, неврологик узгаришлар кўрсаткичлари, умумий кабул килинган услуб бўйича оғриқ синдромлари кўрсаткичлари.

Анамнез йиғишда касаллик келиб чиқиши ёки уларни кечишига таъсир килувчи омиллар инобатга олинди.

Беморларни курик вақтида биз тананинг алохида қисмлари ва симметрик сохаларини жойлашишини – чанок, сон, думба бурамалари, чанок-ёнбош битишмаларига эътибор килдик.

Бундан ташқари умуртка погонаси уткир усиклари жойлашиши ва умуртканинг функционал эгилиши ёки сколиоз бор-йуклигига ҳам эътибор килдик.

Кейинчалик умуртканинг барча сохаларидаги фаол ҳаракатларни текширдик, буни беморнинг узи бажарди.

Ҳаракатларни барча йуналишларда: эгилиш, ёзилиш, ёнбошга эгилиш, айланишларни, бир томондан ва бошқа томонга ҳаракат амплитудасини солиштириб эътибор бердик. Беморларда кузатиладиган барча актив ҳаракатлар ҳажмини чегараланганлигига, алохида йуналишда бажараётганида оғриқни булишига, умуртканинг барча сегментлари ва сохалари ҳаракатда катнашишини, симметрик мушаклар таранглашувига эътибор килдик.

Биз оғриқ синдроми характерини, харакат ва сезги етишмовчилиги куринишидаги илдизли бузилишларни, пай рефлекслари сакланганликлари, чанок аъзолари бузилишлари, бел умурткалари харакати узгаришлари, сколиоз ва лордозларга, сегментар тизимнинг оғриқлилигига, трофик ва вегетатив узгаришларини ўргандик.

Бундан ташкари статодинамик узгаришлар туфайли оғриқ синдромининг жойлашиши ва характерига диққатни жалб этдик.

Барча текширувчилар чуқурлаштирилган клиник-неврологик, яъни вегетатив системаси, харакат сохасини, умуртка погонаси кийшайиши ва блокини, оёк ва бел сохаси мушаклари трофикаси узгаришларини тахлиллар килинди.

Беморларни умумий текширдан ўтказганимиздан сўнг бел мушаклари кучини бахолаш учун функционал синамаси ўтказилди, ушбу синама стандарт зуриқишли тестли жисмоний машқлар билан амалга оширилди. Тест ўтказишда беморни қорни билан ёткизилиб, кулини бошини оркасига куйиб танасини эгиш тавсия этилади. Гавдани эгиб ушлаб туриш вақтини секундомер ёрдамида саналади.

1 -1.5 дак – бел мушаклари ривожланиши уртача кўрсаткичда;

1.5-2 дак – яхши натижа деб хисобланди.

Амбулатор босқичда ушбу функционал синама хар икки хафтада такрорланди, давомийлиги 2 ойгача.

Бундан ташкари оғриқ синдроми интенсивлигини ун баллик визуал аналогли шкала (ВАШ) билан бахоланди, буни беморнинг узи тулдиради.

Ушбу шкалада коғозда 10 см гача чизилган булакчалардан иборат булиб, беморлар оғриқ синдромининг интенсивлигига мос равишда белгилайди. Бунда 0-нуктаси оғриқ йуклигини, 10-нуктаси эса белда чидаб булмайдиган оғриқ борлигини билдиради. Оғриқ синдроми характери оғриқ синдромини бахоловчи -ифодаловчи даража билан: кучли 7-10 балл, уртача 5-7 балл, кучсиз 0-5 баллгача.

Параклиник ва инструментал (рентгенография, ЭНМГ, КТ, МРТ) текшириш усуллари.

Асосий параклиник ташхислаш усулларига биз куйидагиларни ишлатдик: электронейромиография, рентгенография, компьютерли ва магнит-резонанс томография, яъни улар умуртка погонаси патологик жарохатларни аниқлашда кўпгина устунликка эга.

Электронейромиография текширишируви-периферик нерв тизим касаликлари ташхислаш усулларида кўпроқ маълумотли хисобланади.

Бу усул электрик потенциалларни мушакларда регистрацияси орқали текширади. ЭНМГ клиник электронейрофизиология соҳаси бўлиб, периферик нерв ва мушакларда электрик фаоллигини текшириш билан боғлиқ.

ЭМГ текшириш текширилаётган мушак юзасидаги терига электродларни ёпиштириб ўтказилди. Бундан ташқари электр токи таъсирида нервларни кўзғатиш орқали мушакларнинг фаоллиги ҳақида маълумот стимуляцион ЭМГ ажратдик.

Шуни айтиш жоизки стимуляцион ЭМГ нерв импульсларини ҳаракат ва сезги толаларидаги тезлигини, периферик ҳаракат нейронлари зарарланиш соҳасини аниқлайди. Беморларни текшириш (стимуляцион электромиография) Венгрияда ишлаб чиқилган «биолайзер» Медисор икки каналлик аппарат билан ўтказилди. Катта болдир ва кичик болдир нервларини куйидаги кўрсаткичлар орқали текширилди: ҳаракат толаларидан импульслар ўтказувчанлик тезлиги (ИУТэфф), сезги толаларидаги импульс ўтказувчанлик тезлиги (СПИэфф), максимал ва минимал М-жавоб амплитудаси фаолиятидаги ҳаракат бирлиги сони. Бу кўрсаткич умумий қабул қилинган усул орқали аниқланди (Бадалян Л.О., Скворцов И.А. 1986).

ИУТэфф ушбу формула билан аниқланади:

$$\text{ИУТэфф} = R / L_p - L_d$$

ИУТэфф – ИУТ ҳаракат толали нервларда (мм/мс ёки м/с)

R – стимуляцион нервдаги проксимал ва дистал нукталар оралиги (мм).

L_p – проксимал нуктадаги нерв стимуляцияси М- жавоб латент даври.

Лд – дистал нуктадаги стимуляцияси М- жавоб латент даври.
ИУТэфф нервлар сенсор УХ нервнинг нерв стволи бир ёки
икки нуктасидан стимуляциясини регистрациясига асосланиб
аниқланди. Сенсор ўтказувчанлик тезлиги қуйидаги формула
билан аниқланади:

$$\text{ИУТэфф} = P/L$$

ИУТэфф – сезги нерв толаларидаги импульслар
ўтказувчанлик тезлиги 1 сек/метрда

P- стимуляция берувчи ва олиб кетувчи электродлар оралиги
ёки иккала стимуляцияловчи электродлар оралиги мм да.

L- чақирилган сенсор УХ нервнинг латент даври.

M – жавоб –ЧП мушак, нервнинг электрик таъсирига
мушаклар харакат бирлигини (ХБ) синхрон бушлигининг
йигиндиси хисобланади.

M-жавоб кўрсаткичлари юзаки электродлар оркали руйхатга
олинади ва латент даврдаги чақирилган потенциал (ЧП)
тузилиши, амплитудаси, давомийликларига эътибор қилдик.

M-жавоб амплитудаси изолиниягача булган негативдан то
позитивгача «пик» чуқкилар аниқланди. Супрамаксимал
стимуляцияда мах M-жавоб амплитудаси ёзилади,
текширилаётган мушаклар харакат бирлиги жавоби
йигиндисини, уларни сонини намоён этади. Мах M- жавоб
амплитудаси милливольт ёки микровольтларда улчанади. Мах ва
Мин мушаклар M- жавоб амплитудаси катталиги асосида
таккослаб функционал харакат бирлиги тахлил этилди. Харакат
бирлиги (ХБ) фаолиятининг умумий микдори ушбу формула
билан аниқланади:

$$n=A/a$$

n- мушаклардаги ХБ;

A- M-жавоб Мах амплитудаси

a-M-жавоб Мин амплитудаси

Текшириш вазифасига боғлиқ холида нерв системасини
турли даражаси ва сохасини кузгатади.

Умуртқа поғонаси рентгенографияси. Умуртқа поғонаси
касалликларини ташҳислашда рентгенологик текширувлар
алоҳида аҳамият аҳамиятга эга. Ташҳислашнинг стандарт
усулларига рентгенографиянинг олд-орқа, ёнбош, ^{3/4}
проекцияларда тасвирга олиш ва умуртқа поғонасини максимал



эгилиши ва ёзилиши ҳолатидаги функционал спондилограммалари киради.

Олд-орқа рентгенография тасвирини олиш учун бемор орқаси билан ётқизилади, оёқлар тизза ва чаноқ-сон бўғимида букилади. Бу проекциядаги тасвирлар қуйидаги патологик жараёнлар тўғрисида маълумот беради:

• Диспластик ўзгаришлар (умуртқа ёйлари, думғаза каналининг битмай қолиши, умуртқалардаги сакрализация ва люмбализация ҳолатлари, умуртқалар бўғим ўсиқчаларининг ўсмай қолиши ҳолатлари);

• Дегенератив - дистрофик ўзгаришлар (умуртқа ёйи ўсиқчалари бўғимларининг деформацияланувчи артрози, умуртқа танасининг ён томонга силжиши, умуртқа поғонасининг ён томонга деформацияси);

• Адаптацион ўзгаришлар (ён остеофитлар, орқа ўсиқлар ва апикал-аркуал битишма неоартрози).

Ён проекциядаги рентгенография тасвирини олиш учун бемор ёнбошлатиб ётқизилади, марказий нур тутами умуртқалар оралиғига, умуртқа поғонаси ўқига перпендикуляр йўналтирилади.

Бу проекцияда олинган тасвирлар орқали бел лордозидаражаси, умуртқа танасининг олдинга ёки орқага силжиши, умуртқа таналари орасидаги масофанинг қисқариши, умуртқа ёйи бўғимлари орасида тирқиш мавжудлиги тўғрисида маълумот олишимиз мумкин. Шунингдек адаптацион ўзгаришлардан “ҳалқасимон” умуртқа ҳосил бўлиши, умуртқа таналари орасида фиброз ёки суюк тўсиқлар ҳосил бўлиши каби ўзгаришларни ҳам бу проекциядаги тасвирлар кўрсатиб бера олади.

$\frac{3}{4}$ проекциядаги рентгенографияни ўтказиш учун бемор ёнбош ҳолатда ётқизилади. Тасвир умуртқа структураларига қарама - қарши томондан олинади. Тана рентген столига нисбатан $15-30^\circ$ бурчак остида жойлаштирилади, умуртқанинг бел-думғаза қисми қолган сегментларига нисбатан 45° бурчак остида

жойлаштирилади. Бу текширув орқали спондилолиз, ифодаланган спондилоартроз, неоартрозни аниқ ташҳислаш мумкин.

Функционал рентгенографиянинг амалиётга кириб келиши бу усулни шу соҳада ишлатилиш имкониятини кенгайтди ва ностабиллик тўғриси-даги тасаввуримизни кўрсатиб бера олди. Бир қатор беморларда кучли ифодаланган клиник симптомлар бўла туриб, умуртқа танасининг силжиши текширувларда аниқланмайди. Лекин бу силжиш умуртқа поғонасининг максимал ёзилган ҳолатида аниқ кўриниши мумкин. Бу ҳолат умуртқа сегментининг ностабиллигини кўрсатади. Бу ҳолатнинг асосида умуртқалараро дискнинг дегенератив ўзгариши ётади. Бу текширув усули шунингдек, умуртқа ҳаракат сегменти (УҲС) адинамиясини ҳам кўрсатиб беради.

Компьютер томографияси. Умуртқа каналидаги патологик жараёнлар диагностикасида асосий параклиник текширув усули ҳисобланади ва бошқа усуллардан бир қатор устунликларга эга.

Умуртқа поғонаси компьютер томографияси ёрдамида орқамия структураси ва илдизчаларининг ҳолатини, умуртқалараро диск чуррасини аниқ ташҳислаш мумкин.

Компьютер томографияси текширилувчи объектнинг бир текисликдаги турли нуқталаридан ўтувчи рентген нурлари энергиясини махсус ярим ўтказгич детектор орқали қайд этилишига асосланган. Олинган маълумотлар электрон ҳисоблаш машинасида (ЭҲМ) қайта ишланади ва умуртқанинг текширилувчи қисми кўндаланг анатомик кесими тасвири шаклида кўрсатиб беради. Умуртқалараро диск ва умуртқа танаси сатҳида текширув кесими-нинг қадами 1-2 мм.ни ташкил этади.

Компьютер томографияси текшируви «Соматом А2»(СИЕМЕНС) ускунаси ёрдамида ўтказилди.

Умуртқалараро диск визуализацияси учун 3 мм қалинликдаги 3 ёки 4 кесма етарли бўлди. Умуртқа танасини текшириш учун 8мм қалинликда кесма тасвирлар ўтказилди. Умумий кесма тасвирлар сони 20-25 тани ташкил этди. Бунда рентген нурининг умуртқа поғонасининг бир соҳасидаги умумий миқдори 0,03 Гр.ни ташкил этди. Томография асосан, умуртқа поғонаси бел қисмининг пастки учта ВЛ₃-ВС₁ сегментида

Ущемленный корешок
спинномозгового нерва при
грыже межпозвоночного диска.



ўтказилди. Компьютер томография-си (КТ) нафақат умуртқа канали марказидаги патологик ўзгаришлар, балки илдизча каналидаги ва умуртқалараро тешикдаги патологик ўзгаришларни аниқлаш имкониятини беради.

КТнинг афзалликлари:

- латерал фораминал чурраларни аниқлашда миелографиядан устун туради;

- дискнинг диффуз дегенератив бўртишини маҳаллий бўртиши (чурраси) дан фарқлайди, МРТ ва рентгенограммадан секвестрацияни яхшироқ аниқлайди, умуртқа канали ва умуртқалараро тешикдаги остеофитларни чурралардан аниқ фарқлаб беради.

Диск чурраларини аниқлашда КТ камчиликлари:

- фақат бел чурраларини аниқлаш мумкин;
- бўйин ва кўкрак умуртқалараро диск чурраларида кам маълумот беради;
- эпидурал клетчатка ёмон ривожланган бўлса бел чурралари тасвирининг сифати ёмонлашади. L₅-S₁ диск чуррасида кўп томографларда кесмалар ўтказиб бўлмайди.

Магнит-резонансли томография (МРТ) - ҳозирги вақтда ташхислашнинг энг маълумотли усули ҳисобланади. МРТ ноинвазив усулда бир неча инвазив усул биргаликда берадиган маълумотлардан кўпроқ текширилувчи соҳа тўғрисида ахборот беради. МРТ организмга зарар етказмайдиган, умуртқа поғонасининг каттароқ қисмини текшириш мумкинлиги, қарши кўрсатмалари камлиги (клаустрофобия, юрак ритмининг сунъий бошқарувчиси бўлганда, ферромагнит имплантантлар бўлганда) сингари афзалликларга эга. Орқа мия, умуртқалараро диск, умуртқа канали ва паравертебрал тўқималарни текширишда энг самарали ташхисот усулидир.

Магнит-резонансли томографияни (МРТ) «Магнетом Опен Вива» («Сиенс») апаратыда қуйидаги техник шароитда ўтказилди: магнит майдони кучланиши 0,2Тл, сканерлаш қадами 4-7мм. Текшириш T₁ ва T₂ тартибда бажарилди, вақт

Клиник курилиши умумий кабул килинган усул бўйича бахоланди.

Оғриқнинг интенсивлиги бўйича 102 беморда кучли ормикли синдром, 66 та беморда уртача оғриқли синдром кузатилди (3.2. расм).

Комплекс текширишлар натижасида биз куйидагиларни аниқладик.

Демак, радикулопатиялар клиник курилиши кўпинча мушак-тоник рефлекторли синдроми билан кушилиб келиб, уларда оғриқ хисси кучайиши ва курилишини узгартириши мумкин.

Рефлекторли оғриқли синдромлар: мушак-тоник ва мушак оғриқли синдромлар бел соҳасида оғриқ, умуртка деформацияси, харакатининг чекланиши, мушаклар спазми билан, пальпацияда оғриқли нукталари билан таърифланди.



3.2. расм Оғриқ синдромининг интенсивлик даражасига караб беморларнинг ажратилиши.

Агар патологик жараёнга думба мушаклари ва соннинг орка юзаси кушилган булса оғриқ оёқларга узатилади, буни айрим вақтларда илдизли зарарланиши деб бахоланди. Бунда хақикий Лассег симптоми кузатилмади.

Илдизли оғриқлар текширувчилардан 92 тасида (55%) ўткир люмбаго билан бел-думғаза соҳасида бошланиб ва уларда илдизли кўрилишлар L4-L5 ёки L5-S1 сегмент соҳалари умуртқалараро диск чурраси (кўпинча бир томонда) кўпинча боғлиқ холда ривожланиб, клиникасининг зўрайиши оғриқни оёқларда тарқалиши билан бўлади.

СПОНДИЛОГЕНЛИ БЕЛ СОХАСИ РАДИКУЛОПАТИЯЛАРИНИНГ КЛИНИК НЕВРОЛОГИК КЎРИНИШЛАРИ.

Клиник маълумотлар таърифи

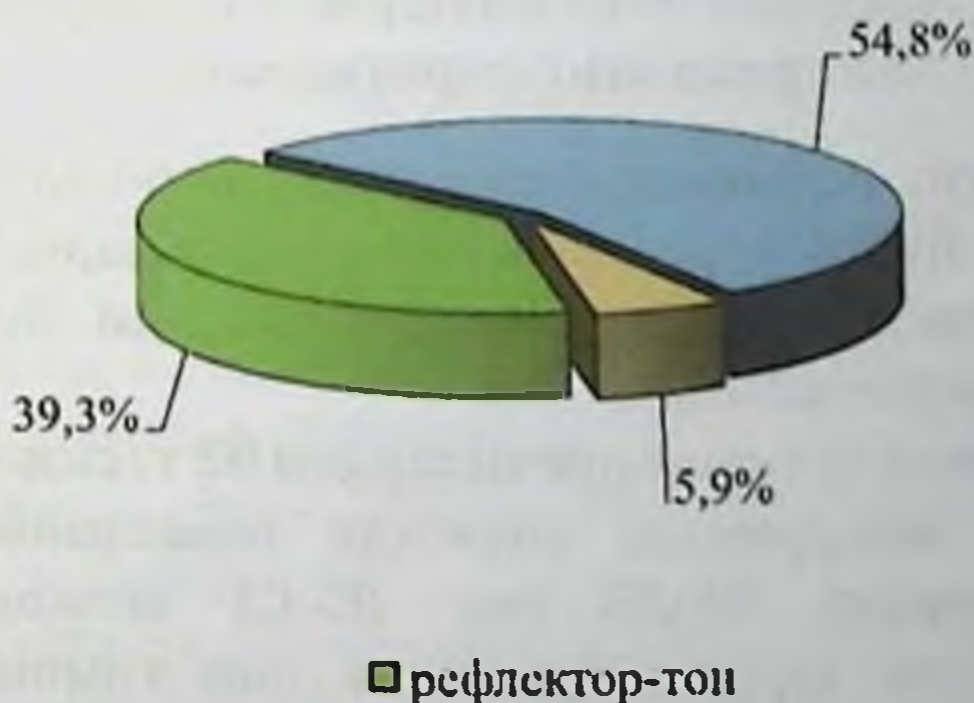
Неврологик касалликлар тузилишида умуртка зарарланишининг турли хил неврологик кўринишлари етарли урин эгаллайди ва бир гуруҳ клиник синдромлар булиб, патогенетик жихатидан рефлекторли, компрессион, миоадаптив факторлари билан сезги, ҳаракат, вегетотрофик томир бузилиши ва оғриқ синдромлари билан намоён бўлади.

Ушбу муаммонинг долзарблиги умуртка погонаси бел-думгаза соҳасида илдизли оғриқларнинг кучлилиги билан ва тургун кўринишдаги ҳаракат узгаришлари, ҳамда чанок аъзолари фаолияти бузилиши билан боғланганлигидадир.

Биз беморларни реабилитациянинг турли босқичларида урганиб чиқдик. Стационарда бел соҳаси вертеброген радикулопатияси билан 168 та бемор кузатдик. Текширилган беморлар 66(33 %) да рефлекторли-тоник синдроми 92(55%) ида илдизли синдроми, 10 (6%) ида компрессион-ишемик синдроми ташҳиси куйилди.

Барча беморлар оғриқнинг турли кўринишида ва кучлилик даражасидан шикоят қилди.

Бунда биз оғриқ синдроми кучлилигини визуал-аналогли шкала (ВАШ) билан аниқладик: кучли 7-10 балл, уртача 5-7 балл, кучсиз ифодаланганлигини 0-5 балл деб баҳоладик.



Расм. 3.1. Беморларни клиник синдромга караб ажратиш

Клиник курилиши умумий кабул килинган усул бўйича бахоланди.

Оғриқнинг интенсивлиги бўйича 102 беморда кучли оргикли синдром, 66 та беморда уртача оғриқли синдром кузатилди (3.2. расм).

Комплекс текширишлар натижасида биз куйидагиларни аниқладик.

Демак, радикулопатиялар клиник курилиши кўпинча мушак-тоник рефлекторли синдроми билан кушилиб келиб, уларда оғриқ хисси кучайиши ва курилишини узгартириши мумкин.

Рефлекторли оғриқли синдромлар: мушак-тоник ва мушак оғриқли синдромлар бел соҳасида оғриқ, умуртка деформацияси, ҳаракатининг чекланиши, мушаклар спазми билан, пальпацияда оғриқли нукталари билан таърифланди.



3.2. расм Оғриқ синдромининг интенсивлик даражасига караб беморларнинг ажратилиши.

Агар патологик жараёнга думба мушаклари ва соннинг орқа юзаси кушилган булса оғриқ оёқларга узатилади, буни айрим вақтларда илдизли зарарланиши деб бахоланди. Бунда хакикий Лассег симптоми кузатилмади.

Илдизли оғриқлар текширувчилардан 92 тасида (55%) ўткир люмбаго билан бел-думғаза соҳасида бошланиб ва уларда илдизли кўрилишлар L4-L5 ёки L5-S1 сегмент соҳалари умуртқалараро диск чурраси (кўпинча бир томонда) кўпинча боғлиқ холда ривожланиб, клиникасининг зўрайиши оғриқни оёқларда тарқалиши билан бўлади.



C1 сохада зарарланиш булганида оғриқ товон билан юрганда, L5 сохада зарарланиш булганида эса, оғриқ оёқ панжалари билан юрганда юзага келди.

Илдизли радикуляр синдромда оғриқ билан бирга товон ва болдир мушакларида кучсизлик, нервнинг босилиши симптоми (уюшиш, «чумоли ўрмалаш» хисси) кузатилади.

Компрессион-ишемик синдроми билан 10 та (6%) беморда оғриқ синдроми ва илдизнинг тушиш симптомлари билан ажралиб турди.

L4 сегмент компрессиясида оғриқ жуда кучли булмаган кўринишда булиб, соннинг ички юзасидан то болдиргача ва бир канча пастга берилди. Сезги бузилиши камрок кўринишда булиб, кўпинча соннинг олдинги юзасида кузатилди. Турт бошли мушак соҳасида гипотония, гипотрофия ва тизза рефлексининг пасайиши кузатилади.

L5 сегменти соҳаси компрессиясида оғриқ белдан думбага, соннинг ташқи юзасига, болдирнинг олдинги-ташқи юзасидан то товоннинг ички юзаси ва кўпинча биринчи бармоқгача беради. Ушбу соҳаларда кўпроқ дистал дерматома соҳасида гипестезия, олдинги катта болдир мушагида гипотония ва атрофия кузатилди.

C1 сегменти соҳаси компрессион синдроми билан оғриган беморларда оғриқ думбадан ёки белдан соннинг орқа юзасига, болдирнинг ташқи юзасига ва 4-5 оёқ панжалари ташқи юзасига, айрим вақтларда кичик бармоқгача, ҳамда оғриқ оёқ кафтининг ташқи томонларига тарқалди. Беморлар оёқ учида туришга қийналди. Ахиллов ва оёқ кафти рефлекси пасайди ёки чақирилмади (3.1 жадвал).

Биз томондан ўтказилган семиологик таҳлилда бел-думгаза соҳаси радикулопатияларининг энг кўп учрайдиган симптомлари бу «хошиясимон» оғриқ бўлиб, 102 та беморларда ўқ отувчи кўринишда кузатилди.

Бундан ташқари, беморларга реабилитацион тадбирлардан олдин бел мушакларини баҳолаш учун функционал синамани, алоҳида кўринишдаги жисмоний машқли стандарт зўриқишлар

билан ўтказдик. Беморларда бел мушакларини тест ўтказиш учун беморларни қорин билан ётқизиб иккала кўлини бошини орқасига кўйиб, гавдани эгиш тавсия этилди. Гавдани ушлаб туриш натижалари секундомер ёрдамида ўлчанди. Барча беморларда қониқарли кўрсаткич (1 дақиқадан 1.5 дақиқагача) кузатилди.

3.1. жадвал

Бел-думғаза радикулопатияларда асосий клиник симптом ва синдромлар

Клиник симптомлар	Беморлар n=168	
	Нисбий	%
Оғриқнинг ВАШ бўйича кучлигига:		
-кучли 7-10 балл	102	60,7
-уртача 5-7 балл	66	39,3
-суст 0-5 балл	0	0,0
Паравертебрал нукталар буйлаб пайпасланганда оғриқ:		
- бир томонда	30	17,9
-иккала томонда	62	36,9
Белнинг узун мушакларидаги маҳаллий оғриқ	168	100,0
ПР, АР рефлекслари пасайиши	92	54,8
ПР, АР рефлекслари йуқолиши	10	6,0
Мушаклар кучининг камайиши	52	31,0
Сезги бузилишлари:		
-гипестезия	92	54,8
-парестезия	10	6,0
Тортилиш симптомлари:		
- кучли мусбат	102	60,7
- уртача мусбат	66	39,3
- кучсиз мусбат	0	0,0
Бел умуртқалари ҳаракатчанлиги:		
- сустлашган	70	41,7
- кучли чекланган	100	59,5
Чанок аъзолари фаолияти бузилиши	11	6,5
Вегетатив-трофик бузилишлар	152	90,5

Клиник намуна: Бемор С., 49 ёш. Касаллик тарихи № 4152, тарбиячи.

Шифохонага 8 май 2010 йил куйидаги шикоятлари билан

Монография

ёткизилди: бел сохасидаги симилловчи оғриқдан, оғриқни чап соннинг ва болдирнинг орка ташки юзасига берилишидан, юрганда чап оёгида уюшиш, пешоб чикишининг тезлашиши кузатилиши.

Анамнезидан бемор бел сохасидаги оғриқдан 6 йилдан буён оғрийди, уша вақтда тусатдан чап оёги ташки юзасида тортишиб оғриқ пайдо булган. Беморнинг айтишича, яшаш жойи неврологи билан маслахатлашган.

Амбулатор даволангандан сунг беморнинг ахволи нисбатан яхшиланган, оғриқ камайган. 2009 йил давомида беморни оғриқ тез-тез безовта килиб турган. Оғриқ зурлигидан бемор юриши кийинлашган. Ушбу оғриқлар 2009 йил ноябрь ойининг бошидан кузатилган. Оғриқни чап оёгига берилиши 2009 йил декабрь ойи охирларида булган. Охирги вақтларда бемор 700-800 метр пиёда юрганида чап оёгида оғриқ кучайиб, ёмон сезгилар, яъни игна санчиши ва чумоли юргандек булиши, пешоб кисташи хисси пайдо бўлади. Ушбу холатларга карамай бемор юришни давом эттирганида оёги огирлашиб колган. Бемор харакатни тухтатиб, 5-10 мин утирганидан сунг азобланиш хисси ва кучсизликлар утиб, бемор юришни давом эттиради.

Объектив курганда: бемор шифохонага келганда умумий ахволи нисбатан коникарли. Ички аъзолар томонидан узгаришлар аникланмади. АКБ 120/80 мм. сим. уст., пульс 80та/мин. Пешоб ва ич келиши меъёрда. Асаб сохаси: калла суяги узгаришсиз. Умуртка погонаси бел сохаси лордози силликлашган. Умуртка погонаси бел сохаси харакати олдинга ва чапга чекланган. Менингеал белгилари йук. Бош мия нервлари узгаришсиз.

Харакат сохаси. Аник парезлар йук, тонус чап оёк болдир мушакларида пасайган, чап оёк болдир мушакларида атрофия.

Мувозанат. Ромбергнинг синовида туради. Барча кординатор синамаларни бажаради.

Рефлекслари: пай рефлекслари кулларида Д=С, оёкларида, тизза, ахиллов ва оек кафти сохасида суст Д С. Патологик рефлекслар чакирилмади.

Сезги сохаси. Пальпацияда бел умурткаси чапдан паравертебрал нукталари оғриқли, шу сохада мушаклар таранглашган. Лассег чапдан 60°, унгдан 90°. ВАШ бўйича оғриқни

кучлилиги 7-8 баллга тенг. Чап оёк орка ташки юзаси сохаси оғриқ моногипестезияси. ВАС. Дермографизм кизил таркок. Умумий гипергидроз. Чанок аъзолари фаолияти бузилмаган.

Дастлабки ташхис. Шикоятлари бўйича (чап оёк ташки юзасида тортилиб оғриши, L5-S1 умурткалар сохасида даврий равишдаги тумток оғриқ), анамнездан (касалликни аста-секин ривожланиб бориши), объектив текшириш асослари (чап чанок-сон бугими сохасида ҳаракат чекланганлиги, бел сохаси лордозини силлиқлашганлиги) бўйича тахмин қилиш мумкинки, беморда дастлабки ташхис: Дискогенли бел сохаси радикулопатияси, иккиламчи илдизли оғриқ синдроми. Умурткалараро диск чапдан L4-L5, L5-S1 чурраси.

Текширилган гуруҳ беморлардаги спондилогенли радикулопатия неврологик қуринишларини клиник нейровизуализацион қуринишлари феномени тахлили.

Умуртка поғонаси таркибий узгаришини урганиш билан, клиник узгаришни маълумотларимиз билан солиштирдик. Умуртка поғонасида клиник текширишлар, рентгенологик текширишлар, ЭНМГ текширишлар, КТ ва МРТ текширишларини ўтказдик.

Рентгенологик изланишлар. Умурткалараро диск дегенератив-дистрофик касалликларида беморларни текшириш зарарланган умуртка сохасида функционал синамани рентгенологик изланишлардан бошлаш керак, бунинг натижасига қараб беморларда келгуси текшириш режалари тузилади.

Ушбу усул ёрдамида биз томондан қуйидагилар аниқланди: умуртканинг ҳолати, умуртка суяқларидаги патологик узгаришлар, бундан ташқари умуртқа сегментидаги носозликни-умурткалар 4-5 мм дан ортиқ олдинга ёки орқага силжишини. Умуртқа поғонаси бел-думғаза сохаси рентгенограммасида бел сохаси лордозини силлиқлашганлиги, умуртқалар ўз ўқи атрофида ротацияси, дискларнинг қисқарганлиги, субхондриал ёпувчи қопламани остеосклерози, Шморле чуррасини, олдинги ва орқа остеофитларини, бел умуртқалари спондилоартрозлари аниқланди.

Электронеуромиография (ЭНМГ) – текширишлари

биологик икки каналли «биолайзер» Медисор(Венгрия) аппарати ёрдамида олиб бордик. Катта болдир ва кичик болдир нервлари куйидаги кўрсаткичлар асосида текширилди: харакат толаларидаги импульслар ўтказувчанлик тезлигини (ИУТэфф), сезги толаларидаги импульслар ўтказувчанлик тезлигини (ИУТэфф), М-жавобини юкори ва пастки амплитудасини, харакатдаги харакат бирлиги (ХБ) сонини.

ИУТэфф ни куйидаги формула ёрдамида хисобладик:

$$\text{ИУТэфф} = P / L_p - L_d$$

Сенсор ўтказувчанлик тезликни куйидаги формула билан:

$$\text{ИУТэфф} = P / L$$

Харакатдаги ХБнинг умумий сонини куйидаги формула билан: $H = A/a$

Бизнинг ЭНМГдан олинган маълумотларга кура рефлекторли синдромни беморларда ИУТэфф кўрсаткичи катта болдир нервда пасайган. ИУТэфф кўрсаткичи бошка синдромларга нисбатан фаркланмади. М-жавоб амплитудаси рефлекторли синдромда узгармади.

Жадвал 3.2.

Катта болдир нервдаги турли хил клиник синдромлардаги ЭНМГ кўрсаткичлари:

Кўрсаткичлар	Рефлекторли синдром	Илдизли синдром	Компрессион-ишемик синдром
ИУТэфф(м/с)	36.8±1.41	47.9±1.73	45.0±1.63
ИУТэфф(м/с)	47.2±1.69	44.1±1.86	47.9±1.72
А мах(МКВ)	4852±196	2928±115	1424±55.9
А мин(МКВ)	18.3±0.5	17.7±0.4	22.7±0.7
ХБ	265.6±9.41	135.5±6.65	68.5±2.48

Изох: * - реабилитациягача бошка гурух маълумотларига нисбатан ишончли (*- P0.05, **- 0.01, *** - P0.001).

Илдизли синдромли беморларда ЭНМГ кўрсаткичлар тахлилида куйидаги кўрсаткичлар аникланди: афферент толаларда ИУТ уртача пасайди, харакатдаги ХБ сони икки бараварга камайди, М-жавоб амплитудаси камайди.

Компрессион-ишемик беморларда ЭНМГ кўрсаткичлари тахлилида куйидаги узгаришлар аникланди: М-жавоб амплитудаси бошка синдромларга

нисбатан 3 баравардан ортик камайди, ХБ сони хам айтарли даражада пасайди, стимуляция ўтказилгандан сунг кушимча фибрилляциян тулкинлар пайдо булди.

Магнитли-резонанс томографияси. МРТ – умуртка погонаси устунини бахолаш купрок маълумот берувчи усул хисобланади. Умурткалараро диск холатини (протрузия ва чурраларда) бахолашда амалиётда алмаштириб булмайдиган усул хисобланади.

МРТ «Магнетом Опен Вива» («Сиенс») аппарати ёрдамида куйидаги техник шароитда ўтказилади: магнит майдони кучланиши 0.2Тк, сканирлаш кадами 4-7мм. Текшириш T1 ва T2 тартибда бажарилди, вақт кўрсаткичлари T1 (TR= 680мс, TE=24 мс), T2да (TR=4000мс, TE=117мс).

Барча беморларда томография сагитал текисликда бажарилди. Диск чурраси аникланган сохаларни кундаланг кесимда сканирлаш ўтказилди. МРТ ёрдамида каналнинг юмшок тукималарини ва уларнинг стеноз шакллантиришига катнашганлигини куриб бахоладик. 92% холатларда диск чурраси фаркларда, яъни ёнма-ён умурткалар танасидан чикиб турди.

Дискнинг таркиби 3ммгача чикиши диск протрузияси деб хисобланди. Бунда протрузия ва чуррани аник чегаралаш шартли равишда булиб, фиброз халка бутунлигини урнатишни тасвирлашни иложиси булмади.

Диск чурраси йуналишини сагитал ва аксиал кисмлар билан аникладик. Бундан ташқари 36 та беморда МРТ оркали орка буйлама эгат ва сарик бойлам гипертрофияси окибатида умуртка каналнинг торайиши, хамда уларда остеофитлар туфайли ён усимтали бугимлар гипертрофияси аникланди. Каналнинг улчами, олдинги-орка улчами 12 мм ва ундан хам ёки кундаланг улчами 16 мм ва ундан хам кам булганда стенозлашган деб хисобланди. МРТ ни тугри изохлашда мухим пайти аксиал (кундаланг) кесмаси булиб, бунда чурранинг жойлашиш шаклини (медиал, парамедиал, орка-ён) унинг улчамини, умуртка канали эгаллаган майдонини дурал халка босими даражасини аниклаш имкони бўлади.

10 та беморнинг сагитал ва аксиал проекцияларда стеноз билан биргаликда дурал халка босими ва кисилган соха ёг тукимасининг йуқолиши кузатилади. Барча текширилган

беморларда МРТ да диск чурраси турли улчамда ва жойлашишда аникланди.

Беморларда МРТ да умурткалараро диск чурраси ва дегенератив стенозлари узгаришлари, марказлашган чурралар шу ҳолатларда фиброз халканинг ёрилиши билан умуртка канали улчами камайиши, эпидурал ёғ туқиманинг камайиши ёки йуқолиши, бугимлардаги гипертрофик усишлар орқа буйлама бойламларининг петрификацияси, орқа мия илдизининг босилиши ва деформацияси билан тавсифланади. Умуртка поғонаси дегенератив-дистрофик касалликларида беморларда муносиб текшириш алгоритмлари нафакат даволаш масканлари ва беморлар сарф-харажатларини камайтиради, балким ташхислаш жараёнини мувофиқлаштиради, бу эса беморларнинг даволаш сифатини оширишга олиб келади.

Касаллик тарихи № 2816 Бемор Н. 1957 йилда тугилган клиникага 29 март 2010 йилда келган. Келгандаги шикоятлари: бел соҳасидаги оғриққа,

оғриқнинг соннинг ички юзасидан болдир соҳасига берилишидан, умуртқанинг қийшайиб қолганлигига.

Анамнезидан: бемор 3 йилдан буён бел соҳасидаги оғриқ билан оғрийди. Беморда 2010 йил февраль ойида жисмоний зуриқишдан сунг белдаги оғриқ кучайган.

Келганда беморнинг умумий ахволи коникарли, АҚБ 120/80 мм.сим.уст., Пульс ритмик 80та/мин. Ички аъзолар узгаришсиз. Асаб соҳаси: калла суяги узгаришсиз, умуртка поғонаси бел соҳаси лордози силликлашган, харакати оғриқ туфайли чекланган, оғриқлар белдан думба соҳасига ва чап сон, болдирнинг ташки олдинги юзасига берилади. Менингиал белгилари йук. КБМНлари узгаришсиз, аник парезлар йук. Тонус чап оёгида пасайган, чап оёк уч бошли мушагида атрофия, пай рефлекслари кулларида урта жонли, Д=С, оёкларда тизза Д=С, ахилл рефлекси чапдан суст. Патологик рефлекслар аникланмади. Пальпацияда бел умуркалари чапдан оғриқли, шу соҳалар мушаклари таранглашган. Лассег чапдан 70°, чап оёк моногипестезияси. Хуши жойида, хотираси сақланган. Беморда клиник биохимик кўрсаткичлар, умумий кон ва сийдик тахлиллари меъёрда. Беморни ЭНМГ текширганимизда М-жавоб амплитудаси жуда пасайган 1420 мквга тенг. ХБ сони 68.5 га тенг. Бу эса меъёрга

нисбатан куп микдода паст. Импульслар ўтказувчанлиги меъёрдан биров узгарган.

МРТда текширишда умуртка погонаси бел-думғаза сохаси лордозини силликланган. Умуртка уки фронтал текисликка нисбатан бир оз чапга кийшайган. Умурткалараро диск тукумаларида уртача дегенератив-дистрофик узгаришлар аникланади, ҳамда L4-L5 сохасида марказий чурра (чукурлиги 9 мм, баландлиги 14 мм, кенглиги 13 мм) булиб, остидаги умуртканинг $\frac{1}{4}$ баландлигича пастга кучиб, уша соха дурал халкаси ва илдизларини босиб куйган.

Умуртка танаси кирралари уткирлашган. Орка миянинг терминал сохаси одатдаги тузилишида ва улчамда, шакли текис ва аник.

От ёли – узгаришсиз. Субхондриал бушлик патологик узгаришсиз. Орка буйлама бойлам L4-L5 сегмент сохасида зичлашган. Эпидурал тукума патологик товушсиз. Умуртка канали L4-L5 сохасида иккиламчи торайган, L1-сагитал кесмаси: L1-17мм, L2-16мм, L4- 16мм, L5-16мм сохаларида ушбу улчамга эга.

Ўйсимон ўсиқ бўғимлари склерозлашган.

Паравертебрал юмшок тукумалар патологик товушсиз.

МРТ хулосаси: бел-думғаза умурткалари остеохондрози, L4-L5 соха диск чурраси. Умуртка канали иккиламчи стенози. Спондилоартроз. Уртача чап томон сколиози.

Шикоятлари, анамнези (касаллик аста-секин ривожланиши), беморнинг объектив текширишлар ва параклиник изланишлар (МРТ, ЭНМГ) асосида ташхиси: Бел умурткалари дискоген радикулопатияси, компрессион-ишемик синдром билан. L4-L5 умурткалараро диск марказий чурраси.

Медикаментоз, физиотерапевтик ва рефлексотерапевтик реабилитация усуллари.

Беморларни бел умурткалари остеохондрози турли синдромларини даволашда реабилитациянинг турли хил босқичларида патогенетик тикланишли муолажаларни кетма-кет изчиллик билан олиб бориш муҳимдир.

Бизнинг беморларимизда тиббий реабилитацияга эришишда касбининг кейинги фаолиятини, ҳамда социал активлигини ҳисобга олиб, комплексли тикланувчи муолажа усуллари ишлаб чиқилган ва таклиф этилган.

Биз томондан қуйидаги реабилитацион даво схемаси таклиф этилди:

Стационар (неврология бўлими) - реабилитация бўлими - амбулатор-поликлиника муолажаси.

Бел соҳаси спондилоген радикулопатияси билан оғриган беморларни стационар босқичида даволанишнинг асосий усули бўлиб:

- 1) тинчлик, статодинамик зуриқишларни йукотиш
- 2) клиник суъратни шаклланишида катнашувчи вертеброген ва экстравертеброген жараёнлар патологик учогидаги проприо-, интеро- ва экстрарецептори импульсацияларга комплекс таъсир этиш.

3) даволаш таъсирини даврий равишда ва уларни босқичма-босқич олиб бориш.

Умуртка поғонаси бел-думғаза соҳаси тулик енгиллаштириш учун, биз барча беморларимизга тушак ҳолатини тавсия этдик. Уткир даврида ҳар томонлама даволаш воситаси сифатида беморни тахта устига ётқизиш таклиф этилди, бу оғриқни камайтиришга ёрдам қилди. Умурткага тинчлик бериш учун бемор тушаги остига тахта ёки махсус ортопедик тушак урнатдик.

Харакат тартибини кучли оғриқли синдромларда-5-7 кун, ўртача оғриқли синдромларига эса 3-5 кунга камайтирдик, бундан ташқари биз комплекс патогенетик муолажалар: дегидратация, НЯКД, спазмолитиклар, антихолинэстераз воситалар, метаболизмни тикловчи воситалар, В, РР витаминлар ва физиотерапевтик муолажалар қулладик.

Стационар муолажа олаётган барча беморлар жинси ва ёшига караб бир хил гуруҳга булинди: асосий гуруҳ 84(50%) та бемор (51 та бемор кучли илдизли оғриқ синдром ва 33 та уртача оғриқли синдроми билан), иккинчи гуруҳга ҳам 84(50%) та бемор (51 та бемор кучли оғриқли синдром ва 33 та уртача оғриқли синдроми билан).

Барча беморлар дори воситалари билан даволанди: НЯКД (диклофенак, ортофен, ксефокам, ревмоксикам, мовалис), антихолинэстеразли воситалар (прозерин, галантамин, нейромедин), В гуруҳ витаминлари (нейромультивит, цианокобаламин), биостимуляторлар (алоэ, лидаза), кон томирлар кенгайтирувчилар (пентоксифиллин, агапурин, трентал, никотин кислота), физиотерапевтик (ДДТ, ультрафонофорез 4% ли мумиё билан, массаж) муолажалар.

Барча гуруҳдаги беморлар юкорида санаб утилган асосий муолажаларни олди. Асосий гуруҳ беморларга (84 та беморга) даволашда Долак билан паравертебрал блокада, миорелаксант - Мидокалм, вакуум массаж ва игна билан даволаш биргаликда олиб борилди.

Тулик даволанишда беморларга блокадаларни куллаш мухим урин тутди, оғриқ синдромини камайтиришда паравертебрал блокадалар ўтказиш мумкин, яъни бунда анестетиклар билан биргаликда кортикостероидлар (50 мг гидрокортизон, дипроспан ва бошқалар) куллаш мумкин. Блокадаларда анестетиклар ва кортикостероидларни уч кунда бир марта ишлатса бўлади, купгина холатларда даволаниш босқичида (кучли оғриқларни йукотишда) 3-4 та блокада етарли хисобланади.

Бел сохаси оғриқ булганида, унда дастлаб оғриқни йукотиб, сунгра патогенетик муолажа бошлаш керак. Бунинг махаллий паравертебрал сохага НЯКД билан блокадаларни амалга оширдик. Шу максадда комплекс даволанишга биз НЯКВ - долак 1 мм-30 мг, паравертебрал блокадаларга ишлатдик.

НЯКВ - долак билан блокада оғриқка карши яллигланишга карши эффект мавжуд. Мувофиклаштирилган НЯКВ - яллигланиш типидаги оғриқларда, селектив ЦОГ-2 ингибиторларига нисбатан кучлироқ таъсир килади.

Шу сабабли бизнинг режамизда оғриқни йукотишда Долак

(кеторолак) воситасига купрок киритилди. Асосий клиник сохаси булиб долак воситаси кучли анальгетик таъсирга эга эканлигидадир.

НЯКД таъсир этиши яллигланишни йукотишга йуналтирилган булиб, бунда арахидонли кислота метаболизми ферменти-циклооксигеназалар-2(ЦОГ-2)ни йукотишга асосланиб, бунини окибатида яллигланишга карши простогландинлар ишлаб чиқарилиши тухтайди. Простагландинлар орикли нерв охирига таъсир этади. Ноцицепторларни оғриқ сезгисини брадикининга сезгирлигини оширади. НЯКД оғриқ колдирувчи таъсири яллигланишга карши таъсири билан боглик булиб, яллигланиш учогида тукумалар шишини камайтиради. Натижада ноцицепторларни механик босилишини кучсизлантиради. Лекин простагландинлар синтезини тугридан-тугри йукотиши ва анальгетик активлиги халигача аниқланмаган. Купчилик НЯКД куп микдорда кабул килинса яллигланишга карши таъсири ортади ва кам микдорда кабул килинса анальгетик таъсири ортади.

Оғриқ синдромини тезда йукотиш беморларни камрок вақт тушакда колишига ёрдам беради, шу сабабли миофасциал оғриқли синдромларда асосий гурух беморларга биз мидокалм инъекция сифатида 100мгдан бир марта мушак орасига 10 кун давомида кулладик, кейинчалик эса мидокалм таблеткасини 150 мг дан кунига уч марта 10 кун ичишга бердик. Мидокалм марказий таъсирли миорелаксант булиб, тугридан-тугри анальгетик таъсирга эга.

Миорелаксантларнинг даволавчи таъсири орка миядаги ГАМКэргик тизимини потенцирлаш хусусиятига боглик, яъни тизимдаги кузгатувчи медиаторларни тормозлаб, спинал моно ва полисинаптик рефлексларни йукотади.

Бунинг натижасида мушаклар гипертонусининг релаксацияси кузатилади. Мушаклар спазми йукотилиши билан оғриқ колдирувчи таъсири мужассамланади. Ушбу гурухда асосий аъзоси булиб Мидокалм хисобланади. У паталогик халкани парчалашга ёрдам беради (оғриқ- мушаклар спазми- оғриқ) ва умуртка – харакат тизимида моддалар алмашинувини яхшилайдди.

Физиотерапия оғриқли синдромларни даволашда мухим уринда туради. Касалликнинг уткир даврида жисмоний омиллар

куллашни афзал курмокда, яъни оғриқ колдиради, регионар гемодинамикани яхшилаиди, хусусан, мушаклар спазмини пасайтириб, компрессия сохасидаги кони окиб кетишини яхшилаиди. Анъанавий усулда даволаш яхши оғриқсизлантирувчи таъсир беради. Игна билан даволашда кенг микёсда комбинирланган даво: карпорал акупунктура ва аурикулотерапия кулланилади.

Радикулопатияларни даволашда буйрак, жигар, талок, ошкозон ости беши меридианлари ишлатилади.

Оғриқсизлантириш учун оғриқли нукталарга куйидагилар ишлатилди:

Махаллий-сегментар нукталар, В-23 щень- шу, В-25 да – чан- шу, ГВ-30 хуан-тяо, ГВ-3 яо-ян-туань-нукталар В40 вэй-чжун ва В60 кунь-иунь, В-62 шень-май, ГВ-26- Жень-чжунь.

Умумий таъсирли нукталар яъни, ут халта ва жигар меридиан нукталари оғриқли нукталарни тинчлантиради: тонусини пасайтиради Ф3- тий-чунь, Ф8- цгай- цюань, Э36- цзусань-ли, талок меридиани буйича- ошкозон ости безини ишлатдик. Э 34- иян-цю, Э 40 – фен-иун, РП 3- тай-бай, РП 10- суй-хай, В 59- фу-ян

Аурикуло муолажаси учун АР 52 куймич нерви, АР 40 умуртка погонаси бел сохалари нукталарини ишлатдик. Бир мартали муолажа учун умумий нукталардан 5 тадан 10 тагача ишлатдик. Нукталар буйича рецепт туздик ва игналарни 10 дак.га санчдик. Агарда кузгалиш синдроми устун булганида хамда кучли оғриқ синдроми йукотиш учун тинчлантирувчи АП усулини ишлатдик, бунда нукталарга таъсирлаш янада купрок тус беради. АПнинг даволаш босқичи 5 тадан 10 тагача муолажани (яхши клиник таъсиргача) ташкил этди.

Умуртка мушаклари ва биологик актив нукталарга стимуляцияси учун вакуум массаж кулладик. Бизнинг фикримизча, вакуум массаж вақтида махаллий кон айланишлар фаолланиб, вегетатив нерв системаси активланади ва мушаклар таранглиги пасаяди.

Бизни изланишларимиз шуни кўрсатдики, асосий гурух беморларимизда оғриқ синдроми 58 та (70%) беморда камайди. Парестезия 4 та беморда камайди. Тортилиш симптомлари 35 та беморда камайди. Сизгининг илдизли типиде бузилиши 31 та

беморда камайди. 18 та беморда болдир, сон ва думба мушакларида мушаклар тонуси ошди.

Жадвал 4.1

Бел-думгаза радикулопатияси билан огриган беморлар реабилитация босқичидаги асосий клиник симптом ва синдромлари

Клиник симптомлари	Стационар босқич (n=168)				Реабилитация босқич (n=84)		Амбулатор босқич (n=168)			
	1 гурух (n=84)		2 гурух (n=84)				1 гурух (n=84)		2 гурух (n=84)	
	Олдин	Кейин	Олдин	Кейин	Олдин	Кейин	Олдин	Кейин	Олдин	Кейин
ВАШ огриқнинг кучлилиги: - кучли 7-10 балл.	51	16	51	21	16	0	0	0	21	3
- ўртача 5-7 балл.	33	10	33	14	10	3	3	0	14	4
- кучсиз 0-5 балл.	0	6	0	8	6		7	4	8	14
Илдизли огриқлар:- монорадикуляр	15	5	15	7	5	1	1	1	7	7
- бирадикуляр	31	10	31	13	10	7	7	3	13	13
Белнинг узун мушаклари таранглашуви	84	26	84	34	26	3	3	0	34	7
- пай рефлекслари пасайиши ПР, АР	46	14	46	19	14	2	2	2	19	5
-Пай рефлексларининг тушиши ПР, АР	6	2	4	3	2	2	2	2	3	3
- мушаклар кучининг пасайиши	25	7	27	11	7	1	1	1	11	7
- гипестезия	46	12	46	19	12	2	2	2	19	7
- парестезия	6	2	4	3	2	2	2	2	3	3
Тортилиш симптомлари: -жуда мусбат	51	2	51	9	2	0	0	0	9	3
- ўртача мусбат	33	10	33	14	10	3	3	0	14	4
-кучсиз мусбат	-	14	-	12	14	5	5	3	12	12

Бел умуртқалари харакатчанлигини ингпасайиши: -пасайган	36	11	34	14	14	4	4	3	14	7
- қатъий чекланган	48	14	52	21	11	3	3	0	21	3
Чанок аъзолари функциясини бузилиши	6	2	5	3	2	2	2	2	3	3
Вегетатив- трофик бузилишлар	76	23	76	31	23	12	12	8	31	21

Юкорида айтиб утилган Роланд-Моррис суровномаси бўйича курганимизда даволанишдан олдин 10 та саволни белгилаган булса, даволашдан сунг учта саволни белгилади. Беморнинг ахволи 7 та саволга яхшиланди, яъни 70%ини ташкил этди. Шундай килиб, таклиф килинган суровнома уткир ва сурункали оғриқларда анча кулай хисобланади.

Роланд-Моррис суровномаси бел сохасидаги оғриқлар туфайли функционал чекланишларни аниклашда кулай, ишончли ва амалий суровнома сифатида таъриф этилмокда. Биз уни шифохона ва реабилитация босқичларида даволанаётган беморларнинг муолажаси самарасини аниклашда ишлатишни тавсия этамиз.

Текширишлар шуни кўрсатдики, даволанишнинг умумий самарадорлиги иккинчи гурух беморларда кучли оғриқли синдроми билан 30 та ва уртача оғриқли синдроми билан 19 та (59%) та беморларни ташкил этди. 27 та (32%) беморларда оғриқли синдромни даволанишдан сунг (непретерпел существенных изменений) етарли узгаришсиз колди. 3 та (8%) беморларда объектив узгаришлар руйхатга олинмади.

Шундай килиб, асосий гурух беморларда умумий даволаниш самараси 70% ни (35 та беморда кучли ва 23 та беморда уртача оғриқли синдроми билан) ташкил этди. 2тасида (3%) объектив узгаришсиз колди. Бел сохаси радикулопатияси билан оғригига беморларда ўтказилган даволанишда киёсий ва индивидуал ёндашиш натижасида ишга лаёкатсизликни уртача вақтини икки хиссадан ортик камайтирди. Айрим сохаларда йил давомида киёслаш ёки тулик меҳнатга лаёкатлилиги тикланди.

Реабилитация даволаниш босқичи. Умуртка поғонаси спондилоген радикулопатияси билан оғриган беморлар реабилитацияси замонавий ишлаб чиқилган муолажа усулларига карамай мураккаб тиббий ижтимоий муаммо булиб қолмоқда. Бу спондилоген радикулопатиялари сурункали рецидивланувчи касаллик булиб, ногиронликка олиб келаётганлиги билан боғлиқдир. Хар бир консерватив даволаш ва реабилитация босқичларида бўладиган узгаришлари ва тикланишли даволанишлар самарадорлигини

баҳолаб бориб, ушбу касаллик билан оғриган беморлар учун мос равишда алоҳида тиббий-ижтимоий реабилитация дастурини ишлаб чиқиш зарур.

Реабилитация босқичида асосий гуруҳ беморлар қатнашди.

Даволанишни Самарканд вилояти ногиронлар учун тиббий ижтимоий реабилитация марказида олиб борилди. Бу ерда даволаш жисмоний машки ва мушаклар помуносиблигини мувофиқлаштирувчи махсус уйғунлашган ПИР (мушаклар пастизометрик релаксацияси) ҳамда уйғунлашган даволанишга вибромассаж СГМ-М3500 кроватини ишлатдик.

Шифохона муолажаларини олиб булган асосий гуруҳ беморларга кейинги даволаниш босқичини ўтказдик. Бизнинг олдимизда қуйидаги мақсадлар туради: жисмоний реабилитация усуллари самарадорлигини ва уларни бутун таянч-харакат соҳасига, бутун организмга тулик таъсирини урганиш, ҳамда мушаклар пастизометрик релаксацияси объектив критерияларини реабилитация даврида ишлаб чиқиш ва реабилитация дастурини тузиш.

Ушбу мақсадга эришиш учун қуйидаги асосий муаммоларнинг ечиш керак эди: консерватив даво ва уйғунлашган (комплекс) реабилитацион тадбирлар ишлаб чиқиш, яъни зарарланган умуртқанинг фаолиятини тиклашга қаратилган бел мушакларини мустаҳкамлаш ва зарарланган умуртқалараро дискни тиклаш, бинобарин даволаш ва реабилитациянинг асосий мақсади умуртқанинг келажакдаги фаолияти бузилишини оғохлантириш. Утқир даврда даволаш оғриқни қолдириш, реабилитация даврида эса беморнинг фаоллигини ошириш, умуртқанинг кейинги фаолияти бузилишини ва қайта хуруждан оғохлантириш.

Ушбу зарарланишларда жисмоний машқлар билан даволаш купрок фойдали ва яхшидир. Машқларни куллашда 3 та турли хил ва узаро боғликли мақсадни назарда тутилди:

а) умуртканинг бузилган фаолиятини яхшилаш

б) белдаги оғриқ симптомларини камайтириш

в) оғриқ хақида хаддан ортик безовталаниш ва жуда хам эҳтиёткоро-налигини камайтириш йули билан меҳнатга лаёқатсизлигини пасайтириш. Жисмоний машқлар скелет-мушак ва юрак-кон томир тизими фаоллик холатини яхшилайти ва ушлаб туради ва улар беморларнинг умуртка фаолиятини яхшилашда фойдали булиши мумкин. Жисмоний машқлар умуртка погонаси бел сохаси спондилоген радикулопатияларни даволашда ва профилактикасида мухим усуллар хисобланади.

Биз комплекс даволаш машқларини ўтказдик, яъни: чиниктирувчи, куч берувчи машқлар ва мушак-бугим сохасини мустахамлантирувчи машқлар. Профессор В.В. Поворознюк услубини хисобга олиб беморларимизга бир неча машқларни мослаштирдик ва ўтказдик.

Дастлаб беморлар тайёрланувчи машқларни ўрганди.

№1 Машқ. Бемор чалканчасига ётади, тиззалар букилади, товонлар полнинг устида булиб чанок сохасини кутаради. Белни полга босади, оёқларни зуриктирмайти, ушбу холатда 5 сек туради. 10 марта кайтарилади.

№2 Машқ. Бемор чалканчасига ётади, тиззалар букилади, товонлар полнинг устида, сунгра тизза бугимлари кукраккача кутарилади. Тиззани кукракка олиб келиб 10 сек ушлаб турилади. Аввалги холатга кайтилади ва бошка оёк 5 марта алмашиниб кайтарилади. Машқ бажарилишини мураккаблаштириш учун дастлаб бир оёкни кукракка олиб келинади, сунгра иккинчи оёкни олиб келинади. Ушбу холатда ушланади. Барча холатлар кайтарилади.

№3 Машқ. Корин билан ётиш, тирсакка туриш- корин билан ётиш бутун танани тирсак бугими елка ва сон билан кутариш. Белни 3-5 дакика давомида бушаштириш,

№4 Машқ. Корин билан ётиб- полга тиралиш- елкага зурикиш бериб, полдан куллар билан тиралиб туриш. Кулни тугрилаб, гавданинг юкориги кисмини секинлик билан кутариш, сонларни полга тираш. Ушбу холатни сек ушлаб туриш. 10 марта

қайтариш.

Иккинчи қисм. Мувозанатни саклаган холда куч берувчи машк.

Машк №1. кулни чузиш- тизза-оёк кафти холати. Белни тугрилаш. Кулни кулокка параллел равишда олдинга тугрилаш. Ушбу холатни 5 сек давомида ушлаш дастлабки холатга кайтиш, 10 марта унғ ва чап кул билан такрорлаш.

Машк №2. оёкларни тугрилаш – тизза – оёк кафти холати. Оёкни оркага тугрилаш, мувозанатни ушлаган холда Ушбу холатни 5 сек давомида ушлаб туриш. Дастлабки холатга кайтиш. 10 марта унғ ва чап оёк билан такрорлаш.

Машк №3 «турт оёк»- тизза- оёк кафти холати. Кулни кулокка параллел равишда олдинга кутариш. Карама-карши оёкни тугри оркага узатиш. Мувозанатни саклаб Ушбу холатни 5 сек ушлаб туриш. Дастлабки холатга кайтиш. 10 марта унғ ва чап оёк билан такрорлаш.

Машк №4 Куприк- чалканчасига ётиш, тиззалар букилган оёк кафтлари полда. Чанок сохасини кутариш, белни тугри ушлаб уриш. Ушбу холатни 5 сек ушлаб туриш. Мушакларни бушаштириш, 10 марта такрорлаш.

Учинчи қисм. Сони букувчи мушаклари ва тизза пайларини чузиш.

Мушакларни чузиш, оғриқни зарур булган реабилитация ва профилактика куринишидан биридир.

Машк №1. Тизза пайларини чузиш- чалканчасига ётилади, тиззалар букилган. Бир оёкка сочик ёки «пояс» кийдирилади. Пайларни тортишганини хис килганча. Оёкни секин кутариш ва тугрилаш. Ушбу холатни 30 сек ушлаб туриш. Дастлабки холатга кайтиш, машкни бошка оёк билан такрорлаш.

Машк №2 Мушакларни чузиш, соннинг букилиши – тиззада туриб, чап оёкни букиш ва олдинга куйиш. Бутун танани секинлик билан олдинга ўтказиш, белни тугри ушлаш. Ушбу холатни 30 сек ушлаб туриш, бушашиш ва аввалги холатга кайтиш, машкни бошка оёк билан такрорлаш.

Реабилитацион босқичда биз ноинтенсив машклар билан ПИРни кушиб тавсия этдик. Мушаклар номутаносиблигини тиклаш учун даволаш машклари ва махсус комплекс ПИР таъсирини караб чикдик. ПИР усулининг мохияти киска вақтли

(5-10 сек), мушакларнинг минимал интенсивлигидаги изометрик иши ва мушакларнинг суст чузилишининг 5-10 секундда такрорланишидир, Ушбу ҳолат 3-6 марта такрорланади. Натижада мушакларда тулик гипотония юзага келади ва олдинги оғриқ йуқолади. ПИР нинг скелет мушаклардаги асосий дастлабки шарти куйидагилар;

1 Беморнинг фаоллигини ошириш (актив кучайтириш)-изометрик иш минимал тезликда ва етарли киска булиши керак

2 Фаоллик оширишда урта катта интенсивликда булса мускулатурада умуман бошқача узгариш чакиради. Натижада мушаклар реолоксоцияси юзага чикмайди.

3. Куп вақтли орликдаги изометрик иш мушакларни чарчашига олиб келади, хаддан ортик киска фаолликни ошириш мушаклар кискариши субстратини кайта тузилиши бузилади. Бунда даволаш натижалари самарасиз бўлади.

ПИР даволаш таъсир механизми мураккабдир. Релаксация асосида уйғунлашган факторлар ётган булиб, улардан мухими орка миянинг рефлекторли тузилмаларини фаоллигини меъёрлаштиради. Меъёрий динамик стереотипни тиклайди. Шунини таъкидлаш керакки, ПИР мануал муолажа ниҳоятда хавфсиз усулларга киради. Ундан бузилишларнинг кучимча алтернатив манипуляцияси сифатида фойдаланса бўлади. ПИР асосий юмшок усул ҳисобланади. ПИРнинг релаксацияловчи самараси ҳеч қачон соғлом мушакка таъсир қилмайди. Шунинг учун ножуя таъсири булмайди. ПИР мушакларга икки фазали таъсирга эга. Дастлаб биз мушакларни то охирги таянч чегарасигача кам куч билан чузамиз, кейинчалик беморни узи мушаклар эркин кискаришига 6-10 секунд фаол ишлайди. Бунда биз мушакларни ишга «кушилганлигини» ҳис қиламиз.

Шундай қилиб, мушаклар паст изометрик ишни юзага келтиради-қисқармасдан зўриқади. Изометрик қисқариш даври 6-10 секундга чузилади. Кейин беморга бўшагини сўраймиз, сўнра мушакларни кам кучланиш билан

кўшимча чузамиз ва янги ҳолатга тўхтатамиз. Пассив мушакларни чузиш ҳам 6-10 секунд ўтказилади. Энг яхши даволаш самараси релаксация қилинаётган мушакларга нафас синергиясини қўллаш ҳисобланади. Маълумки бош, бўйин, кўкрак қафаси, қорин деворлари мушаклари нафас олишга синергик

равишда қатнашади. Нафас чиқарганда мушаклар таранглашади, нафас олганда мушаклар бўшашади.

Шундай қилиб нафас олаётганда мушаклар зўриқиш ўрнига рефлекторли қисқаришни ишлатиш мумкин. Бундай ҳолатда биз бемор нафасини бошқаришимиз керак. Нафас олиш чуқур ва секин бўлиши-7-10 секунд (ишнинг изометрик фазаси) керак. Кейин 2-3 секунд нафасни ушлаш ва секин нафас чиқариш (мушаклар чўзилиши фазаси)-5-6 секунд давомида. Яна бир кўриниши ПИРда ишлатиладиган синергия бор-кўз олмаларини ҳаракатлантирувчи. Улар бошни, бўйинни ва танани нигоҳ томонга ҳаракатлантирганда биргаликда юзага келади. Ушбу синергия кўриниши умуртқа ротаторли мушаклари, бошни ва танани ёзувчи ва букувчи мушаклар релаксациясида самарали ҳисобланади.

Бундан ташқари кўз олмасини ҳаракатлантирувчи ва нафас синергия-ларини мувофиқлаштириб ишлатиш самарали ҳисобланади. Бунда биз беморни ташқи томонга қаратиб секин нафас олишни сўраймиз. Нафас ушлагандан сўнг нигоҳни қарама-қарши томонга қаратиб ва секин нафас чиқартирамиз.

Реабилитация марказида оғриқли синдромини даволашда СЕРАГЕМ-М-3500 вибромассаж кроватини амалиётда самарасини баҳоладик.

«СЕРАГЕМ- М-3500» қурилмаси янги комплексли даволаш усули бўлиб, даволашда қисқа спектрли инфрақизил нурлар билан физиотерапевтик таъсирли, умуртқа ва акупрессурқ енгиллаштиради, тортади.

Умуртқани енгиллаштиришда (разгрузка) беморнинг ўзини оғирлиги билан, аста-секин узок вақт, оптимал йўналишда ва релаксация шаротида, умуртқанинг функционал ҳолати билан биргаликда тортиш билан амалга оширилади.

Инфрақизил нурлар берувчи чироқлар кўпроқ умуртқанинг қўшма зарарланишлари билан келганда муолажа самарасини янада кенгайтиради. Кроват унча катта бўлмаган майдонни эгаллайди ва яхши дизайнга эга. Даволаш ўтказишда «СЕРАГЕМ-М-3500» кроватини ишлатишда биз томондан қуйидаги кўрсатмалар тузилди:

-Бел соҳаси умуртқаси ўртача кучдаги оғриқли синдромларига;

-Даволаниш вақтида дори воситалари тугаганлиги ёки фақат хондропротек-торлар қабул қилинаётганда;

-Орқа мия илдизлари компрессияси туфайли ўртача оғриқни белдан оёқларнинг бирига бераётганида.

Қарши кўрсатмалар физиотерапевтик қарши кўрсатмаларга мос келади.

Реабилитацион тадбирлар фирма таклиф этган кўрсатмалар асосида, автоматик шаронгда олиб борилди.

Шуни айтиш жизки, зарарланиш жараёни даволаниш вақтида хуруж бермади. 94% беморларда сезиларли ахволи яхшиланди. 1 муолажадан сўнг 4% беморларда оғриқ камайди, 3-4 муолажадан сўнг 90% га камайди.

Даволаниш нихоясида умуртқада ҳаракат ҳажми ва мушаклар таранглашишининг камайиши 67% га ўзгарди.

Бундан ташқари ВАШ бўйича кўрсаткичлар ўртача 2 баллга яхшиланди. Даволаниш босқичини ўтказган барча беморларда умумий ўзини хис қилиши яхшиланди, кайфияти ортиши ошди ва тез чарчаш хисси камайди.

Юқорида келтирилган маълумотлар асосида қисқа спектрли инфрақизил нурланишли даволаш усуллариининг самарали эканлигини муҳокама қилса бўлади. «СЕРАГЕМ- М-3500» кровати шифохона ёки поликлиникалар физиотерапевтик хоналарида анаънавий комплексли муолажалар сифатида ёки қўшимча даволашлар усули сифатида ишлатиш мумкин.

Реабилитацион муолажа босқичи ўтказилгандан сўнг, даволаниш самарасини тавсифлаш учун, ЭНМГ текшириш ўтказилди. Текширишлар натижаси шундан дарак берадики, ишлаб чиқилган комплексли жисмоний реабилитация, умуртқа поғонаси остеохондрози касалликларида алоҳида тикланишли усулларга нисбатан янада самаралидир.

Даволанишнинг амбулатор-поликлиника босқичи

Амбулатор даволаниш босқичи иккала гуруҳ беморларга ўтказилди, яни улар яшаш жойи поликлиникасида кузатувда бўлди. Ушбу босқичда иккала гуруҳ беморларни кузатдик.

Асосий гуруҳ беморлари ушбу босқичда Мидокалм таблеткасини 150мг х 2 марта ва НЯҚВ Кеторалак 10мг х 2 марта 10 кун давомида қабул қилинди.

Назорат гуруҳидаги беморларга монотерапия: Кеторалак

таблеткаси 10мг х 2 марта кунига 10 кун давомида берилди.

Ушбу босқичда биз бел мушаклари кучини бахолаш учун функционал синама ўтказдик. Гавда мушаклари ҳолатини бахолашда тестли жисмоний машқ билан стандарт зўриқишли синамаси ўтказдик.

Бел мушакларини тестдан ўтказиш учун бемор қорин билан ётқизилиб, кўлларни бошнинг орқасига қўйиб, танани орқага эгиб ушлаб туриш талаб қилинади. Танани ушлаб туриш ҳисобини секундомер ёрдамида саналади:

1-1,5 дақиқа кўрсатгичи бел мушаклари ривожланиши қониқарли ахволда, 1,5-2 дақиқа кўрсатгичи-яхши ахволда ҳисобланади.

Амбулатор даволаниш босқичида ушбу фукционал синамани ҳар 2 ҳафтада 2 ой давомида такрорладик.

Жадвал 4.2.

Ҳафталик ўзгаришлар вақти	Кўрстагичлар секундлари	
	Биринчи гуруҳ (n=84)	Иккинчи гуруҳ (n=84)
2 ҳафта	35	31
4 ҳафта	44	40
6 ҳафта	62	54
8 ҳафта	84	69

Эслатма: 1-1,5дақиқа-бел мушаклари ривожланишининг қониқарли ахволдалиги,

1,5-2 дақиқа-яхши ҳолатда.

Юқоридаги жадвалга қараганда биринчи гуруҳ беморларда гавдани ушлаб туриш иккинчи гуруҳ беморларига нисбатан биланд.

Спондилогенли радикулопатия билан оғриган беморларда реабилитация алгоритми.

Бел остеохондрозларини даволашда самарали йўналиш бу тикланиш тадбирларини уйғунлашганлиги ҳисобланади, шу сабабли беморларнинг соматик ҳолатини инобатга олиш зарур.

Комплексли тикланиш асосига қатнашиш зарур:

-Оғриқсизлантириш;

-Маҳаллий яллиғланиш жараёнларини келтириб

чиқарадиган сабабларини тўғрилаш;

-Нервларни ўтказувчанлигини тиклаш;

-Скелет-мушак тузилмаларини фаоллаштириш.

Юқоридагиларни ҳисобга олиб, биз спондилогенли радикулопатияси билан оғриган беморларда турли хил клиник шаклларида невротик асоратларни кечишини ҳисобга олиб уйғунлашган даволашда қуйидаги алгоритмни ишлаб чиқдик.



4.1 Расм. Шифохона босқичида даволаниш алгоритми.

Биз томондан ишлаб чиқилган даволаш алгоритми моҳияти, бу ўтказиладиган муолажаларнинг уйғунлашганлиги ва босқичма-босқичдалигидадир.

Уч босқичли даволаш курси уз ичига қуйидагиларни олади: шифохона, реабилитация ва амбулатор-поликлиника даволаш курслари.

Шифохона шароитида беморни тулик текширишлардан

ўтказилади, яъни объектив курик, неврологик курик, параклиник текширишлар (МРТ, КТ,

Рентгенография, ЭНМГ). Клиник ташхис куйилади ва уйгунлашган (комплекс) алгоритм муолажалари бошланади. (4.1. расм).

Уйгунлашган муолажалар таркибига ностероидли яллигланишга карши воситалар билан оғриқли сохаларга блокадалар, шишга карши, кон томирларни кенгайтирувчи, биостимуляторлар ва антихолинэстеразли воситалар- зарарланган нерв сохасида нерв-мушак ўтказувчанлигини яхшилайдди. Бундан ташкари беморларга оғриқ колдириш ва мушаклар миорелаксацияси учун муолажаларга Мидокалм 100 мгдан мушак орасига 10 кун килинди.

Игна билан даволашда оғриқни биологик нукталарини тинчлантиришга эришдик.

Обектив клиник узгаришлар ва ЭНМГ кўрсаткичларни даволанишдан олдин ва даволанишдан кейин киесий таккослаганимизда, спондилогенли бел сохаси радикулопатиялар билан оғриган беморларга биз томондан таклиф этилган даволаш алгоритми уз самарадорлигини кўрсатмокда.

Асосий гурух беморлардаги ЭНМГ кўрсаткичлар асосида ва клиник узгаришлар характеристикаси бўйича, алгоритм муолажаларини сабабли ушбу кўрсаткичлар миерга якинлашди.

ЭНМГ кўрсаткичлар		Реабилитациягача	Реабилитациядан сўнг
ИЎТэфф, м/с	Катта БН	45,2±1,44	47,4±1,58
	Кичик МН	49,9±1,60	50,2±1,72
ИЎТафф, м/с	Катта БН	50,6±1,88	51,4±1,36
	Кичик МН	52,2±1,41	53,9±1,67
М-жавоб амплитудаси, мкВ	Катта БН	1144±26	1522±41***
	Кичик МН	1846±59	1940±30
Ҳ.Б.	Катта БН	66,4±1,80	124,4±3,76***
	Кичик МН	70,8±2,29	132,7±2,01***

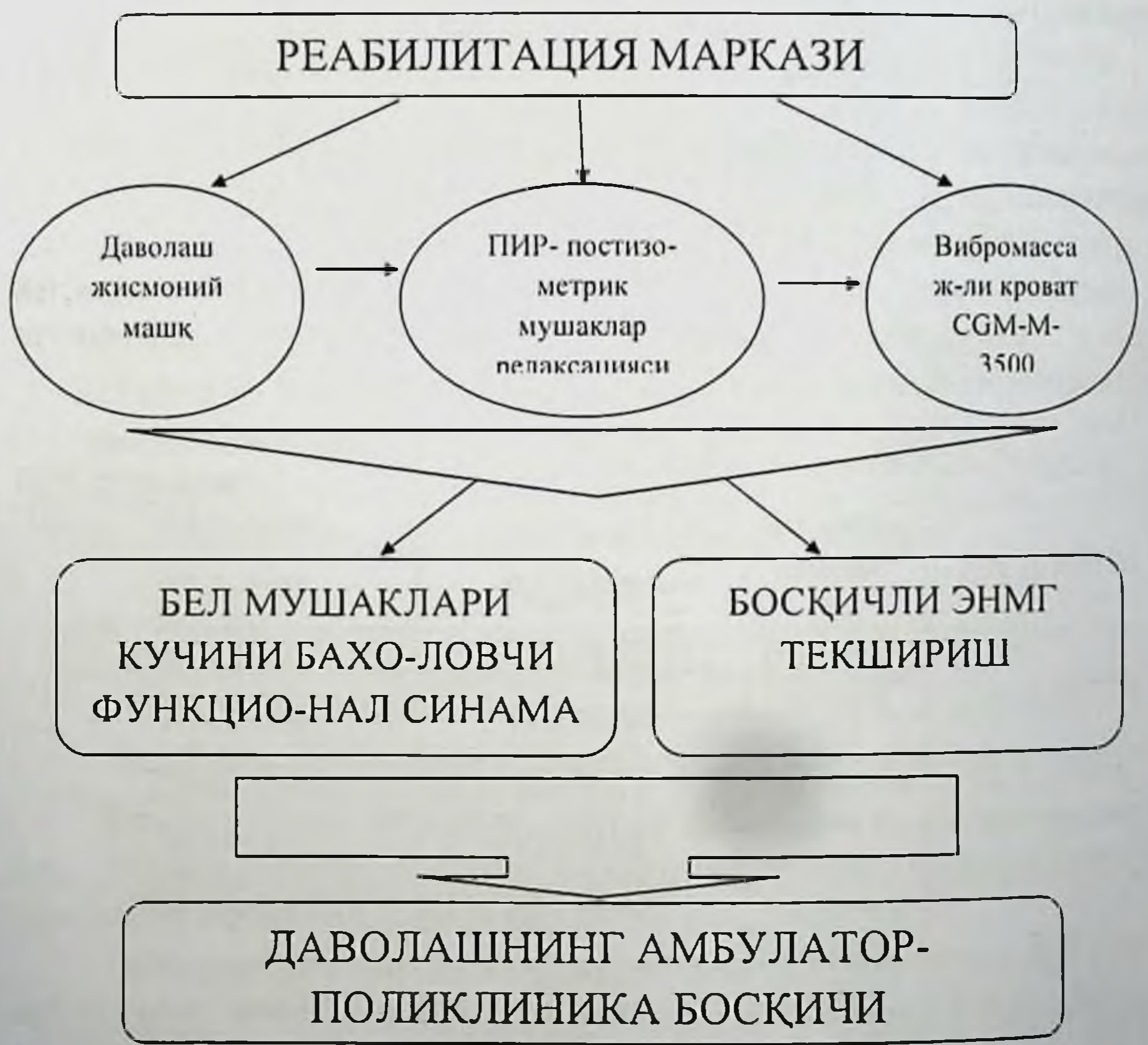
Изоҳ: *-бошқа гурух реабилитациясига нисбатини солиштирганда аниқроқ (***) - P<0,001)

Шу билан бирга биз томондан таклиф этилган уйгунлашган алгоритм муолажалари биринчи навбатда оғриқни йукотади, беморларда эрта клиник согайишга олиб келади, шу сабабли уни куллаш мақсадга муофик ва самаралидир.

Беморларнинг катта болдир ва кичик болдир нервлардаги реабилитациядан олдинги ва кейинги ЭНМГ кўрсаткичлари.

Юкоридаги кўрсатилганларни ҳисобга олиб, шифохона муолажаларидан сунг биз асосий гуруҳ беморларга реабилитацион босқич муолажаларини ўтказдик.

Бу ерда биз беморларни даволашда купрок дори воситаларисиз услубларни кулладик. Биз уйгунлашган даволаш жисмоний машклари: чиниктирувчи, кучланиш берувчи ва уйгунлашган машklar - мушак, яъни бугун тизимини мустахамловчи машklar кулладик.



4.2. Расм. Реабилитация босқичида беморларни даволаш алгоритми.

Реабилитация босқичида ноинтенсив машкни ПИР билан кушиб кулладик ва таъсирини урганиб чикдик. Самарканд вилояти ногиронларни ижтимоий реабилитация марказида оғриқли синдромларни даволашда вибромасажли СГМ-М-М-3500 кроватини кулладик ва самарасини бахолаб бордик. Бу янги уйгунлашган физиотерапевтик даволаш усули булиб, ултроспектрал инфракизил нур берувчи, умуртка погонасини тортувчи, умуртка ва унинг хосилаларини зурикишини камайтириш хусуситятига эга.

Умуртка погонаси зурикишининг камайиши, умуртканинг функционал холатида, давомий тарзда бемор уз оғирлиги билан тортилиши натижасида кузатилади.

Асосий гурух беморларда комплекслашган муожаларига физиотерапевтик муолажалар (комплеслашган жисмоний даволаш машиги, ноинтенсив машклар ПИР билан кушиб бажарилиши, вибромассаж СГМ-М-М-3500 кровати) туфайли патологик жараенларни тикланиши (Лассег, Нери, Вассерман симптомлари регреси, актив харакатлар хажмининг ва мушаклар кучининг ортиши) тезлашганлигини кўрсатди.

Бундан ташкари бел мушаклари холатини бахолашда функционал синамалар ва электронейромиографик кўрсаткичлари, ананавий муолажа олганларникига нисбатан хакикатдан юкори булди.

Бел умурткаси спондилоген радикулопатияси билан оғриган беморларда даволанишни давом эттириш ва кузатиш мақсадида амбулатор- поликлиника босқичи даволанишни яшаш жойи поликлиникасида давом эттирдик.(4.3.Расм).

Амбулатор босқичли даволанишни биз иккала гурух беморларига ўтказдик.

Асосий гурух беморларни ушбу босқичда миорелаксантлардан Мидокалм-150 мгдан кунига 2 марта ва НЯКД лардан Долак 10 мгдан 2 марта кунига 10 кун давомида кабул килшди.

Назорат гурухидаги беморларга монотерапия Долак 10 мгдан 2 марта 10 кун давомида берилди.

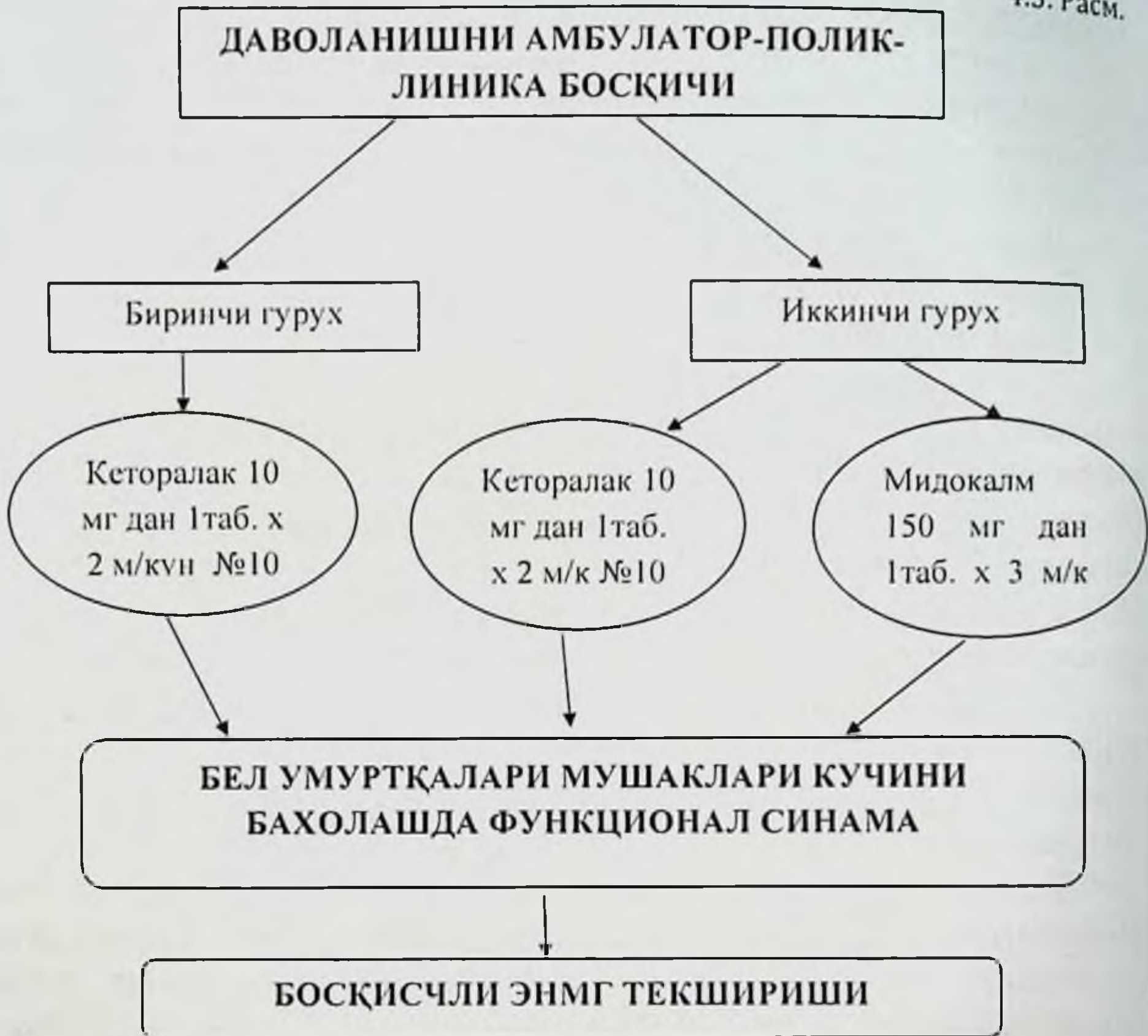
Иккала гурух беморлар 10 кун давомида яшаш жойи неврологи томонидан кузатувда булди.

Ушбу умумий даволаш босқичи алгоритми 4.4. расмда

келтирилган.

Динамикада бел мушакларини бахоловчи функционал синама ва электронейромиографик кўрсаткичларни ўтказдик.

4.3. Расм.



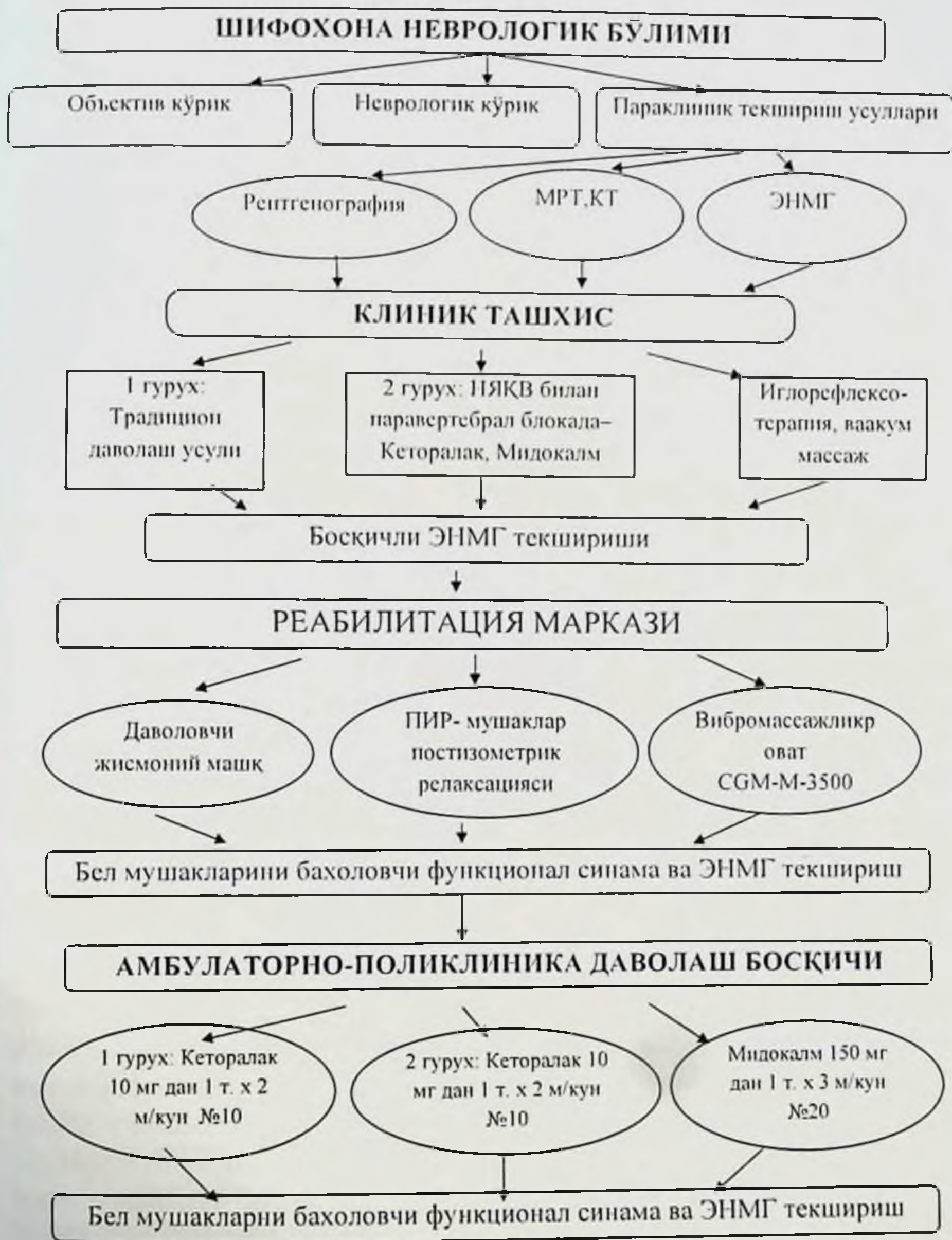
4.3.Расм. Амбулатор-поликлиника босқичида беморларни даволаш алгоритми.

Барча кўрсаткичлар асосий гуруҳдаги беморларда ананавий муолажа олганларга нисбатан юкори бўлади.

Шундай қилиб, спондилогели радикулопатияларни даволашда уйғунлашган тикланишли тадбирлар беморларни тезда соғайишига ва турмуш тарзини оширишга олиб келади.

Умуртқа поғонаси дегениратив-дистрофик касалликлари ичида энг биринчи ўринда турадиган неврологик синдромлардан бу оғриқдир. Бутун Дунё Соғлиқни Сақлаш ташкилоти маълумоти

бўйича шифокарларга 40% гача оғриқ синдроми билан мурожат қилишади. Оғриқ бу хатар белгисидир (Скоромец А.А., Шулешова Н.В., Перфильев С.В. ва бошқа авторлар, 2005).



Бел соҳасида оғриқ- неврологиянинг долзарб муомоларидан биридир. Хар йили мамлакатнинг 15-25% ахолиси рўйхатга олинади. 30 ёшдан 45 ёшгача бўлганлар бел соҳасидаги оғриқ туфайли энг кўп меҳнат қобилиятини йўқотишга сабаб бўлади (Путилин М.В.2007).

Оғриқ синдромлари ичидан бел соҳасидаги оғриқ устун холатларни эгаллайди. Бел соҳасидаги ўткир оғриқ у ёки бу кучлилиги бўйича 80-100% ахолида кузатилади. 20% катталарда бел соҳасидаги оғриқ 3 кун ва ундан ортиқ давомийликда даврий ва рецидивланиб кечади (Подчуфарова Е.В.,2003). Бунда 40% беморлар врачларга ердан сураб мурожат этишади. Неврологларга купрок бел соҳасидаги оғриқ билан тукнаш келади.

Умумий тарқалиши бўйича 28,4-56,7% популяциядаги 84% кишилар хаётида хеч бўлмаганда бир марта нисбатан даврий оғриқни бошидан ўтказади (Гафуров Б.Г.,2006). Хозирги вақтда ёшга қараб умуртқанинг ишдан чиқиши – спондилез, дегениратив- дистрофик зарарланишлар- остеохондрозлар кузатилади (Попелянский Я.Ю.,2003).

Периферик нерв системаси касалликлари тизимида иккинчи уринни эгаллайди. Бунда бел- думғаза радикулопатияси барча периферик нерв тизими касалликлари ичида биринчи уринни эгаллаб, 70% ни ташкил этади (Герасимов М.М.,2005).

Умуртқа поғонаси остеохондрози неврологик синдромлари амбулатор- поликлиника амалиетида беморларни вақтинчалик меҳнатга лаекатсизлиги бўйича асосий хизматда, ҳамда шифохонага еткизиш бўйича купрок сабаб бўлади. Бошқача айтганда муаммо тиббиётда, шу қатори ижтимоий- экономик жиҳатдан долзарбдир.

Умуртқа поғонаси бел- думғаза соҳаси радикулопатияси 90% холатларда умуртқалараро дискдаги патологик ўзгаришлар туфайли юзага келади. Ушбу гуруҳдан дискогенли радикулопатияларни ўзгача ажратиш лозим, невроогик касалликлар тизимида жараённинг оғир кечиши, ҳамда биосоциал асорати бўйича ҳам дастлабки ўринларни эгаллайди. Бунда дискогенли бел соҳаси радикулопатиялар ҳисобига нерв тизими касалликларининг ногиронлари ортишига сабаб бўлаётган меҳнатга лаёқатсизлик туфайли иш вақтининг

йўқолишининг 70% дан 86% гача тўғри келади (Лихачев Е.Б., Шоломов И.И., 2017).

Шу хам маълумки, 10-20% меҳнатга лаекатли ешдаги беморларнинг уткир огриги сурункали шаклга ўтмоқда (Вейн А.М., 2001). Асосан ушбу гуруҳ беморларнинг соғайиши яхши натижа билан тугамайди ва уларга бел соҳасидаги огриқни даволашда соғлиқни сақлашдаги харажатларнинг 80% ни ажратишга тўғри келади (Лукачер Г.Я., 1974).

Замонавий қарашлар бўйича бел-думғаза радикулопатияси сабаблари вертеброгенли, (кўпинча умуртқа поғонаси остеохондрози) ва новертеброгенли бўлади.

Қоида бўйича, бел соҳасидаги огриққа умуртқадаги дегениратив- дистрофик ўзгаришлар хизмат қилиб, кейинчалик рефлекторли, илдизли ҳамда илдизли- қон томирли синдромлар ривожланади ва турли ёшдаги кишиларда кузатилади (Норгужаев Е.В., 2015).

Илдизли синдромлар 37,4% беморларда умуртқалараро диск дегениратив- дистрофик ўзгаришлар туфайли аниқланади (Дривотонов Б.В., 2014).

Илдизнинг вертеброген зарарланишида, умуртқа каналидаги тузилмаларнинг бир-бири билан мураккаб боғланганлиги натижаси бўлиб, вегитатив- томирли, реактив ялиғланишли, димланишли ва бошқа сабаблар таъсирида намоён бўлади, ҳамда илдизли тузилмаларнинг клиник намоён бўлиши илдизнинг патологик жараёнларга қатнашиши даражасига боғлиқдир (Антонов И.И., 2003).

Вертеброген зарарланишларга бел ва думғаза илдизларининг диск чурраси, умуртқа канали марказий ва латерал қисилишлари, спондилолистез ва носозлик оқибати, ёйсимон буғумлар дегенератив зарарланиши натижасидаги артропатик синдромлар оқибати билан зарарланишлари киради (Подчуфанова Е.В., 2003).

Спондилогенли радикулопатия- бу умуртқанинг дегениратив касаллиги ҳисобланади (умуртқалараро буғум ва дискнинг зарарланиши).

Ўз навбатида спондилогенли радикулопатия- 45 ёшдан кичик беморларда жисмоний фаолликни пасайиши туфайли энг кўп юзага келадиган сабаблардан ҳисобланади. Агарда ўткир ва

Самийс Аслиддин Сайитович

сурункали оғриқларни хисобга олсак, белнинг пастки соҳасидаги оғриқ шомоллаш касалликлари ва кичик жароҳатлардан кейинга турадиган энг кўп шикоятлар хисобланади. Ахолининг 60-80% дан ортиғи ушбу оғриқни бошидан ўтказади.

Бел- думғаза соҳаси вертеброген патологияларида рефлекторли, илдизли, қон томирли- илдизли ва спинал синдромлар фарқланади (Мирджураев Э.М., 2010).

Кўпгина авторлар оғриқ синдромини тўрт хил кўринишга ажратади: махаллий, проекцион, радикуляр ва мушаклар спазми натижасида юзага келадиган оғриқларга.

Кўпгина врач интерна амалиётида оғрик синдромларини аралаш шакллари учрайди, булардан кўпроқ люмбоишиалгия уч хил шаклда: мушак-тоник (ноксимон мушак, камбаласимон мушак, думба мушак синдромлари курунишида), нейродистрофик ва нейроқонтомирли синдромлар учрайди (Попелянский Я.Ю., 2001, Хабиров Ф.А., 2006).

Хозирги вақтда бел соҳасидаги оғриқни умумдисциплинар муомо деб қаралмоқда. Патогенизининг мураккаблиги, ката социал- экономик ахамиятлиги, врачларни алоҳида тайёрлаш зарурлиги туфайли, уни алоҳида йўналишга ажратишга олиб келди (Алексеев В.В., 2002).

Вертеброневрология муоммосини ўрганиш долзарблиги касалликлар тизимида умуртқа поғонаси патологияларининг кўп миқдорда учрашидадир.

Муомонинг алоҳида ўринда туриши бу, кўпгина даволаш масканларида шифохона шароитида даволаниб, реабилитация тадбирларини хисобга олмайди. Бел умуртқалари остеохондрозининг неврологик намоён бўлиши ҳақида изланишлар бир қанча адабиётларда мавжуд бўлишига қарамай, ушбу муоммо охиригача ечилмаган ва неврологиянинг долзарб муомоларидан бири бўлиб қолмоқда.

Спондилоген жароҳатлар ва касалликларни дегениратив- дистрофик келиб чиқишининг кенг тарқалганлиги мақсадга мувофиқ равишда стационар ва амбулатор- реабилитация марказларида даволанишларни излашни долзарблигини кўрсатади.

Юқоридагиларни хисобга олган ҳолда, бел соҳаси спондилоген радикулопатиясининг клиник-неврологик

кўринишларини шифохона бокичида, реабилитация марказида ва амбулатор-поликлиника шароитларида ўргандик.

Изланишларни Самарқанд шаҳар тиббиет бирлашмаси неврология бўлимида олиб бордик. Бунда 168 та бемор текшириди. Буларнинг барчаси Самарқанд ШТБ неврология бўлимида шифохона муолажасини олди, 84 та бемор (асосий гуруҳ) яна реабилитация марказида ва барча текширилаётган беморлар амбулатор кузатувда қуйидаги ташхис билан: бел соҳаси спондилоген радикулопатияси – 2004 йилдан 2011 йилгача бўлди.

Беморларни ёши 17 ёшдан 60 ёшгача бўлди. Улардан 84 та аёл 58,9% ни ташкил этди ва 68 та эркак 41,1% ни ташкил этди.

Шифохонада даволанаётган барча беморлар иккита бир хил жинси ва ёшига қараб ажратилди- 84 та (50%) бемор (51 таси кучли оғриқли синдром ва 33 таси ўртача оғриқли синдроми билан). Асосий гуруҳли беморлар уч босқичли муолажани олди.

Шифохона шароитида назорат гуруҳидаги беморлар базис муолажаларни физиотерапевтик муолажалар билан биргаликда олди. Асосий гуруҳ беморлар базис муолажаларга миорелаксант-Мидокалм 100 мг дан мушак орасига №10, кейинчалик таблеткасини 150 мг х 3 марта кунига №30 та берилди. Бундан ташқари кучли оғриқли синдромни камайтириш мақсадида НЯКД Кеторалак 30 мг ва новокаин аралашмасини паравертебрал соҳага «блокада» қилинди ҳамда игна билан даволаш муолажаси қўлланилди.

Реабилитация босқичида асосий гуруҳ беморлар қатнашди. Даволанишни Самарқанд шаҳар реабилитация марказида олиб бордик. Бу ерда жисмоний даволаш машқлари ва номутаносиблигини мувофиқлаштириш мақсадида махсус усул, мушаклар постизометрик релаксацияси- ПИР ни, ҳамда ушбу босқичда уйғунлашган давога вибромассажли СГМ-М-3500 кроватини ишлатдик.

Амбулатор босқичда даволанишни иккала гуруҳ беморларига ўтказдик. улар яшаш жойи поликлиникасида кузатувда бўлишди.

Ушбу босқичда иккала гуруҳ беморларини кузатувга олдик.

Асосий гуруҳ беморлар ушбу босқичда миорелаксантлардан-Мидокалмни 150 мг х 3 марта кунига таблеткасини ичди ҳамда

НЯКД Кеторалакни 10 мг х 2 марта 10 кун ичишга берилди.

Назорат гуруҳидаги беморларга фақат монотерапия- НЯКД Кеторалак 10 мг дан 2 марта кунига 10 кун ичишга берилди.

Беморларни клиник текшириш клиник неврологик текширишларни баҳолашни уз ичига олиб, беморлар шикоятти, касаллик келиб чиқиши, неврологик статус кўрсаткичлари ва умумий кабул килинган усуллар билан оғриқ синдромни текширдик.

Кўрик вақтида бемор танасининг алоҳида қисмларининг жойлашишига ва симметрик соҳаларига: сон, чаноқ, думба бурмаларига, думғаза- умуртқа битишмаларига эътибор қаратдик.

Кейинчалик умуртқанинг алоҳида қисмларида актив ҳаракатларни текширдик, яъни буни беморни узи бажарди.

Барча текисликдаги ҳаракатларни кузатиб бордик, яъни букулиш, ёзилиш, ёнбошга эгилиш, айланиш, ҳаракат амплитудаларини бир томондан иккинчи томонга йўналишларини солиштирдик. Актив ҳаракатлар чекланишларига, алоҳида йўналишда ҳаракатланганда оғриқли бўлишини, ҳаракатда умуртқанинг барча соҳаси ва сигментлари катнашишига, симетрик мушаклар таранглиги бир хиллигига эътибор қаратдик.

Биз оғриқ синдроми тусини, сезги ва ҳаракат етишмовчилигидаги илдизли ўзгаришларни, пай рефлекслари сақланганликларини, чаноқ аъзолари иши ҳолатини, умурқанинг бел соҳаси ҳаракатчанлигини, сколиоз ва лордоз миқдорини, сигментар тизимнинг оғриқлигини, нейроген ўтиб кетувчи оқсоқланишни, трофик ва вегетатив бузилишларни ўргандик.

Бундан ташқари, биз оғриқ синдромини туси ва жойлашишига, унинг стато-динамик ўзгаришларига эътиборни қаратдик.

Барча текширувчиларга ҳаракат ҳолатларини таҳлилида, вегетатив нерв системаси ҳолатини баҳолашда, умуртқанинг қийшайиши ва блок ҳолатини, белда ва оёқларда мушаклар тонуси ўзгаришларини, мушаклар трофикаси миқдорини аниқлашда чуқурлашган клинико-неврологик текширишлар олиб бордик.

Умумий кўриклардан сўнг бел мушакларини баҳолашда

функционал синамалар ўтказдик. Гавда мушаклари холатини бахалашда стандарт зурикишли жисмоний машк куринишдаги тестли синама ўтказдик.

Бемор бел мушаклари тестдан ўтказишда, беморни корин билан еткизиб, кулларини бошнинг оркасига куйдириб, гавдани оркага букуб ушлаб туриш тавсия этилади. Гавдани ушлаб туриш натижаси секундомер ердамида улчаланади, яъни:

1-1,5 дакика- бел мушакларини коникарли ривожланганлиги кўрсаткичи;

1,5-2 дакика- яхши кўрсаткич хисбланади.

Даволвнишнинг амбулатор босқичида ушбу функционал синамани 2 ой давомида, хар 2 хафтада кайтариб турдик.

Бундан ташкари оғриқ синдромини ун баллик визуал аналогли шкала (ВАШ) бўйича ўргандик, яъни буни беморнинг узи бажарди. Шкала колгозда 10 см. ли килиб чизилган булиб, беморнинг узи оғриқ кучлилига караб белги куяди. Бунда 0 нуктаси оғриқ йуклигини кўрсатади, 10- эса жуда кучли чидаб булмайдиган оғриқни билдиради. Оғриқ синдроми куриниши даражасига караб бахоланади: кучли 7-10 балл, уртача 5-7 балл, кучсиз ифодаланган 0-5 балл.

Умуртка погонаси морфофункционал холатини ва таклиф этилган босқичли реабилитацион даволаш тадбирларини бахолашда, асосий параклиник диагностика усули сифатида ва кейинги мониторинглаш учун куйидагиларни кулладик: электронейромиография, рентгенография, компютерли ва магнитли-резонанс томографияларини кулладик, яъни булар умуртканинг патологик жараенларини аниклашда бир канча афзалликларга эга.

Электронейромиография- периферик нерв системаси касалликларини ташхислашда купрок маълумотли усул хисобланади.

Беморлада ЭНМГ текширишни биологик икки каналли «Биолайзер» Медикор, Венгрия аппаратида олиб бордик. Катта болдир ва кичик болдир нервларини куйидаги кўрсаткичлар бўйича текширдик: харакат толаларидаги импульслар ўтказувчанлик тезлигини (ИУТафф), сезги толаларидаги импульслар ўтказувчанлик тезлигини (ИУТэфф), М-жавобнинг катта ва кичик амплитудасини, мавжуд булган харакат

бирликлари сонларни. Ушбу кўрсаткичлар умумий қабул килинган услуб бўйича аникладик (Бадалян Л.О., Скворцов И.А., 1986).

Умуртқа погонаси рентгенографияси умуртқа погонаси касалликларини ташхислашда муҳим урин тутди. Рентгенографиянинг стандарт ташхислаш усулларига куйидагилар киради: олдорка, ен проекция, юкори букулиш ва езилиш холатидаги функционал спондилограммалар.

Ушбу проекцияда бел лордозининг холатини, умуртканинг олдинга силжиш даражасини, умуртқа таналари ораликлари баландлик даражасини, уьурткалараро тешик холатлари хакида маълумотлар олинади. Умуртканинг адаптацион узгаришларини (умуртканинг «галтаксимон» шаклга кириши, умурткалар оралигидаги фиброзли еки суякли тусиклар шакланганликларини) аниклаш муҳим хисобланади.

Компьютер томографияси асосий параклиник усулларидан булиб, умуртқа каналидаги патологик жараенларни ташхислашда купгина устунликка эга хисобланади. Умуртқа погонаси компьютер томографияси оркали умуртқа тузилмалари бир бири билан, орка мия ва илдизларининг бир бири билан мувофиклигини ҳамда диск чуррасини аниклашда ердам беради. Компьютер томографиясини «Соматом АР» («Сименс») аппарати ердамида бажардик.

Магнитли-резонанс томографияси (МРТ) хозирги вақтда ташхислашда купрок маълумотли усуллардан хисобланади. У ташхислашда ноинвазив услуб билан, инвазив усулга нисбатан таккослаб булмайдиган даражада керкли маълумотларни олишга ердам беради. МРТнинг устунликларига- организмга зарарсизлиги, умуртканинг барча сохасини текшира олиши ва ката майдонларнинг тасвирини олиши, кам микдордаги карши кўрсатмаларга эгалигида, бу орка мия, умурткалараро диск, умуртқа канали, паравертебрал туқималарни текширишда яхшироқ усулдир.

Магнитли-резонанс томографиясини «Магнетом Опен Вива» («Семенс») аппарати ердамида куйидаги техник шароитда: магнит майдонининг босими 0,2 Тл га, сканирлаш қадами 4-7 мм. да олиб бордик. Текширишни Т1 ва Т2 тизимда, куйидаги вақт кўрсаткичларда Т1 (ТС = 680мс, ТЕ = 24мс), Т2(ТР=4000мс,

TE=117мс) олиб бордик. Текширишни умуртка погонаси бел-думғаза сохасини сагитал кесмасини 5мм лик сканерлаш кадами билан олиб бордик.

Натижалар ва уларни тахлили. Биз беморлардаги клиник симптоматикасининг реабилитациянинг турли босқичларида ўргандик. шхис Стационар босқичда бел сохаси вертеброген радикулопатияси 168 та беморни кузатдик. Текширилган беморлардан 66таси (39%) рефлекторли-оғриқли синдроми билан, 92 та (55%) си илдизли синдроми билан ва 10таси (6%) оғриқли синдроми билан ташхисланди.

Клиник куруниши умумий кабул килинган усуллар билан бахоланди.

Барча беморлар оғриқнинг турли курунишида ва кучлилик даражасидан шикоят килишди. Оғриқнинг кучлилиги бўйича 102 та беморда кучли оғриқлар, 66 та беморда уртгача кучли оғриқлар кузатилди.

Юкоридаги кўрсатилган маълумотлар бўйича биз уйгунлашган клиник текширишлар ўтказдик.

Рефлекторли оғриқли синдромлар: бел сохасидаги мушак-тоник, мушак-оғриқли синдромлар курунишида булиб, оғриқ туфайли умуртканинг кийшайиши ва харакатининг чекланиши, мушаклар спазми, палпацияда оғриқли нукталар кузатилди.

Агарда жараенга думба мушаклари ва соннинг орка мушаклари кушилган булса, бунда купинча илдизли зарарланиш деб бахоланади, лекин бунда оғриқ товонгача етмайди, хамда хакикий Лассег симптоми кузатилмайди. Сезги бузилиши, парезлар ва рефлексларнинг пасайиши кузатилмади.

Текширилганлар орасида илдизли оғриқлар 92тасида (55%) бел-думғаза сохасида уткир любаго билан бошданди, илдизли узгаришлар купинча L4-L5 ва L5-S1 сигментларда умурткалараро диск чурраси туфайли ривожланди (купинча бир томонлама).

S1 сигмент сохасида зарарланиш булганида оғриқ оек учи билан юрганда кучаяди, L5 сигмент зарарланганида оғриқ товонда юрганида кучаяди.

Алохида симптомлардан булиб, бемор чалканчасига етиб оегини тугрилаб кутарса куймич нерви таранглашиши окибатида оғриқнинг зурайиши кузатилади.

Илдизли радикуляр синдромда оғриқ билан биргаликда сон

ва болдир мушакларида кучсизлик, нервнинг кисилиш симптомлари (карахтлик, «тери остига чумоли юрганидек хисси») кузатилди.

Компрессион- ишемик синдроми билан 10та (6%) беморларда оғриқ ва илдизнинг тушиш симптомлари клиникаси билан кузатилди.

Л4 сигмент сохасида кисилиш булганида, оғриқ жуда кучли тус олиб, соннинг ички юзидан болдиргача ва ундан бир оз пастрокка берилади. Сизги бузилиши камрок куринишда булиб, купинча сизги бузилиши соннинг олдинги юзасига якколрок бўлади. Турт бошли мушакда гипотония ва атрофиялар булиб, тизза рефлекси пасаяди.

Л5 сигмент сохасида кисилиш булганида оғриқ белдан думбага, соннинг ташки юзасига, болдирнинг олдинги-ташки юзасидан товоннинг ички юзасига ва биринчи бармоккача узатилади. Ушбу сохаларда купрок дистал сохаларда гипестезия, гипотония ва атрофиялар кузатилади.

Беморларнинг С1сигмент сохаси компрессион синдромида оғриқ бел сохасидан соннинг орка ташки юзасидан, то болдирнинг ташкиюзасига, товоннинг ташки юзасига ва 4-5 бармоklar ташки юзасигача узатилади. Ушбу сохаларда гипестезия, гипотония ва камбаласимон мушакларда атрофия кузатилди. Беморлар оекучида туриши кийинлашди. Ахиллов ва оек кафти рефлекслари пасайди еки улар чакирилмади.

Биз томондан ўтказилган семиологик тахлиллар шуни кўрсатдики, бел сохаси остеохондрозиди радикулопотиянинг купгина белгилари «лампас» типиди оғриқ булиб, 102 та беморда купрок ук отувчи куринишида булди.

Бундан ташкари, реабилитация босқичи тадбирларини ўтказгунча барча беморларда бел мушаклари бахолаш мақсадида функционал синамаларини алохида жисмоний машklar билан стандарт зурикишли синама ўтказдик. Барча беморларда коникарли жавоб кузатилди (1мин дан 1,5 мин гача).

Текширилган беморларда спондилогенли радикулопатияларнинг неврологик намоен булишини клиник-нейровизуалицион куринишли феноменини тахлилаш учун биз уз маълумотларимизни клиник намоен булишлар билан таккосладик. Ушбу мақсадда клиник текширишлар, ретгенологик

текширишлар, ЭНМГ текширишлар, КТ ва МРТ текширишларни умуртка погонаси бел сохасида ўтказдик.

Рентгенологик текширишлар. Ушбу усул билан патологик узгаришли умуртканинг холатини- бел лордози силликлашгалиги, умуртканинг уз уки атрофида айланганлиги, умурткалараро дискларнинг торайиши, олдинги ва орка остеофитлар, Шморля чурраси, бел умурткалари спондилоартрози, ривожланиш нуксонлари аникланди.

Электронеуромиография. Биз томондан ЭНМГ маълумотлари бўйича беморлардаги рефлекторли синдромларда ИУТ эфф кусаткичи ката болдир нервида пасайди. ИУТафф кўрсаткичи бошка синдромларга нисбатан, миерий кўрсаткичлардалидек узгаришсиз колди. М- жавоб амплитудаси рефлекторли синдромда узгаришсиз колди.

Беморлардаги илдизли синдромларида электронейромиографик кўрсаткичлардаги ИУТ афферент толаларида уртача пасайди ва фаолиятдаги ХБ сони икки баробарга камайди, М-жавоб амплитудаси хам пасайди.

Беморлардаги компрессион- ишемик синдромларида М- жавоб амплитудаси бирдан пасайди, яъни бошка синдромдагиларга нисбатан 3 мартадан ортик пасайди. ХБ сони куп микдорда пасайди. Бунга кушимча стимуляциядан сунг патологик фибриляциян тулкинлар пайдо булди.

Магнитли- резонансли томографияси. МРТ ердамида умуртка каналидаги юмшок тукумали хосилаларни ва каналнинг стенозида шаклланишини куриб бахоладик. 92 холатларди диск чурраси аникланди. Дискнинг кушни умуртка танасидан 3 см гача чикишини протрузия деб бахоладик. Бунда чурра билан протрузиялар орасидаги чегара шартли равишда булди, фиброз халканинг бутунлиги сакланганлигини аниклашни иложиси булмади. МРТ текширилган 36 та беморда орка буйлама ва сарик богламлар гипертрофияси туфайли умуртка каналида торайиш, хамда уларда ейсимон бугумларда гипертрофияси билан, остеофитлар аникланди. Канални торайган деб, олдинги- орка улчами 12 мм ва ундан кам еки кундаланг улчами 16 мм ва ундан кам булганда.

Сагитал ва аксиал проекцияларда 10 та беморда кисилиш билан биргаликда дурал халтанинг босилиши ва торайган сохада

ег тукумасининг йуколиши кузатилди.

Барча текширилган беморларда МРТ да диск чуррасининг турли улчамда ва жойлашишдалиги аникланди.

Бел сохаси остеохондрозининг турли синдромлари билан оғриган беморларни даволашда реабилитациянинг турли босқичларида патогенитик тикланишли муолажаларни кетма-кетлиги, мерос булиб колиши мухумдир.

Бизнинг беморларимизда кейинги касбий фаолиятиния, хамда социал фаолликни хисобга олган холда, янада тулик реабилитацияга эришиш мақсадида уйгунлашган тикланишли даво ишлаб чикилган ва таклиф этилган.

Биз томондан куйидаги реабилитацион даволаш схемаси таклиф этилган: шифохона неврология булими - реабилитация булими- амбулатор даволаш.

Стационар босқичда барча беморларга дори воситалари билан даволаш ўтказдик, бунда ностероид яллигланишга карши дорилар (Диклофенак, Ортофен, Ксефокам, Ревмоксикам, Мовалис), В гурух витаминлар (Нейромультивит, Милгамма, Зифорт, Тиамин хлорид, Пиридоксин гидрохлорид, Цианокоболамин), хамда биостимуляторлар (Алоэ экстракти, Стекловидное тело) кон томир дорилари (Пентоксифиллин, Агапурин, Трентал, Никотин кислотаси), физиотерапевтик (ДДТ, ультрафонофорез 4% муме билан, массаж) муолажаларни олди.

Барча гурух беморлар юкорида санаб утилган базир муолажаларни олди.

Иккинчи гурух беморлар уч босқичли муолажаларни кабул килди.

Шу билан бирга асосий гурух беморларига (2 чи гурух) муолажаларга кушимча: Долак билан паравертебрал блокада, миорелаксант- Мидокалм, вакуум массаж ва игна билан даволашларни кушдик.

Миофасциал оғриқли синдромларни камайтириш учун беморларни даволашда Мидокалмни 100мг дан 1 марта мушак орасига 10 кун, кейинчалик 150 мг дан 3 марта ичшга 30 кун бердик. Мидокалм марказий таъсирга эга булганлиги сабабли, тугридан тугри аналгетик самара беради.

Игна билан даволашда комбинирланган муолажалар: карпорал акапунктура ва аурикулотерапияни кушдик.

Радиклопатияни даволашда буйрак, жигар, талок, ошказон ости беги нукталарини кенг микесда ишлатилади.

Оғриқли нукталарни седацияси учун куйидагиларни ишлатдик:

Махаллий сегментар нукталар: В23 шень-шу, В25 да-чан-шу, ГВ30 хуан-тяо, ГВ3 яо-ян-гуань.

Алохида нукталар: В40 вей-чжун ва В60 кунь-лунь, В62 шень-май, ГВ26 жень-чжун.

Умумий таъсир этувчи нукталар: оғриқли нукталарни тинчлантириш учун ут халта ва жигар меридианлари билан – Ф3 тай-чун, Ф8 цюй-йюань, Э36 цзу-сань-ли. Талок ва ошказон-ости беги меридиани оркали- Е34лян-цю, Е40 фен-лун, РП3тай-бай, РП10суюе-хай, В59 фу-ян. Аурикулотерапия учун АР52 куймич нерви, АР40 умуртка погонаси бел сохаси нукталаридан фойдаландик. Бир муолажа учун 5 тадан 10 тагача нукталардан фойдаландик.

Нукталар буйича рецепт туздик ва игнани 10 дакика юбордик. Даволаш курси 5 тадан 10 тагача (яккол клиник самараси булгунича).

Умуртка погонаси мушаклари стимуляцияси ва биологик актив нукталарга таъсир этиш учун вакуум массаж муолажасини кулладик. Бизнинг фикримизча вакуум массаж вактида махаллий кон айланиш фаолашади, вегетатив нерв системаси стимуллашади ва мушаклар таранглашуви камаяди.

Бизнинг изланишимиз шуни кўрсатдики, асосий гурух беморлари даволаш курсини олганидан сунг беморларда оғриқли синдром 58 (70%) га, парестезия 4 тасида, тортилиш белгилари симптоми 35 тасида, илдизли типдаги сезги бузилишининг йуколиши 31 тасида ва думба, сон, ва болдир мушакларидаги гипотония 18 тасида йуколди.

Юкорида таъкидлаб утилган Роланд- Моррис суровномаси буйича муолажалар олгандан сунг, 10 та пунктни урнига 3 та пункт колди. Беморларнинг ахволи 7 та пунктга яхшиланди, бу эса 70% ни ташкил этди. Шундай килиб, тавсия этилган тест уткир ва уткир ости оғриқлада жуда сезгир хисобланади.

Роланд- Моррис суровномаси бел сохасидаги оғриқлар туфайли функционал чекланишларни аниклашда амалий ахамиятли, ишончли ва кулай тестлардан бири деб бахоланмокда.

Биз уни клиника ва реабилитация беморларида даволаниш самарасини баҳолашда куллашни таклиф этамиз.

Текширишлар натижаси, иккинчи (назорат) гурухи беморларда даволанишнинг умумий самараси кучли оғриқли синдромларда 30 та ва уртача оғриқли синдромларда 19 та (59%), 27 та (32%) беморда даволаниш давомида оғриқ синдроми деярли узгаришсиз колди, улардан 3 тасида (8%) объектив узгаришлар руйхатга олинмаган.

Шундай килиб, асосий гурух беморларда даволанишнинг умумий самарадорлиги 70% ни (35 та беморда кучли ва 23 та беморда уртача кучли оғриқли синдром) ташкил этди. 2 тасида (3%) объектив узгаришсиз колди.

Стационар босқичли муолажалардан сунг асосий гурух беморлар кейинги босқичли муолажага йуналтирилди.

Бизнинг олдимизга куйилган мақсад: жисмоний реабилитация усулларини самарасини ва уларни таянч харакат тизимга тулик таъсирини урганиш, хамда постизометрик мушаклар релаксацияси (ПИР) кўрсатмаларини эрта реабилитация босқичида ишлаб чиқиш ва босқичли реабилитация дастурини тузиш.

Даволанишни Самарканд вилоят ногиронларни ижтимоий-химоялаш реабилитация марказида олиб бордик. Бу ерда биз даволаш жисмоний гимнастикаси ва мушаклар номутаносиблигини мослаштириш учун махсус уйгунлашган ПИР (мушаклар постизометрик релаксациясини) ни, хамда ушбу босқичда вибромассаж кровати СГМ-М-3500 ни таъсирини кузатдик.

Реабилитация босқичид биз интенсив даволаш жисмоний машиги билан ПИР ни кушиб кулладик ва уларни таъсирини ўргандик. ПИР усулининг мохияти шундаки, киска вақтли (5-10 с) минимал интенсивликдаги ниизометрик харакатни кушган холда ишлатади ва оркасидан 5-10 с мушакларни сустлик билан чузади (растяжение). Ушбу кушма харакатлар 3-6 марта кайтарилади. Натижада мушакларда тулик гипотония юзага келиб, дастлабки оғриқ йуколади.

ПИР ни даволаш таъсир механизми мураккаб булиб, шуни таъкидлаш жоизки, ПИР мануал даволашнинг хавсиз усулларидан хисобланади. Ундан бугумларнинг алтернатив манипуляцияси

сифатида куллаш мумкин. ПИР асосан юмшок муолажа услуги булиб, реласация берувчи самараси соғлом мушакларга таъсир килмайди, шу сабабли ножуя тъсири инкор этилади.

Реабилитация марказида, амалиетда оғриқли синдромларни даволашда вибромассаж СГМ-М-3500 кроватини куллаш билан, таъсир самарасини баҳолаб бордик.

Умуртқани енгиллаштириш беморларни ўзини вазни билан асте-секин узоқроқ тортишиш, умуртқанинг функционал ҳолатда бир йўналидаги релаксация шароитида юзага келади.

Шуни таъкидлаш жоизки, даволаниш даврида паталогик жараён кузатилмади. 94% беморларнинг ахволи сезиларли яхшиланди. Биринчи муолажада 10% беморда оғриқ камайди, 3-4 муолажада 90% беморнинг ахволи яхшиланди.

Даволаниш охирида умуртқа поғонасидаги ҳаракат ҳажмининг ортиши ва оғриқнинг камайиши 67% беморларда кузатилди.

Бундан ташқари ВАШ бўйича кўрсаткичлар ўртача 2 баллга камайди.

Даволаниш босқичини олган барча беморларнинг умумий ахволи яхшиланди, кайфияти кўтарилиши ортди ва чарчаб қолиши камайди.

Реабилитацион муолажа ўтказилгандан сўнг, даволаниш самарасини чамалаш учун динамикада ЭНМГ текшириш ўтказдик.

Текширишлар натижаси шуни кўрсатадики, жисмоний реабилитация бўйича ишлаб чиқилган уйғунлашган дастурнинг самараси, бел-думғаза соҳаси умуртқалар остеохондрози бўйича алоҳида тикланишли муолажалар самарасига нисбатан жуда юқоридир.

Амбулатор босқичли муолажалар иккала гуруҳ беморларига яхши ўтказилди. Булар яшаш жойи поликлиникаси томонидан кузатувда бўлди.

Асосий гуруҳ беморлар ушбу босқичда миорелаксантлардан- Мидокалм 150 мг дан 3 марта кунига, НЯҚВ дан Долак 10 мг дан 2 марта овқатдан кейин 10 кун қабул қилди.

Назорат гуруҳидаги беморларга фақат НЯҚВ лардан Долак 10 мг таблеткасини кунига 2 марта 10 кун давомида бердик.

Ушбу босқичда биз бел мушакларини баҳолаш учун функционал синама ўтказдик. Гавда мушаклари ҳолатини

баҳолаш учун жисмоний машқ кўринишидаги тест кўринишида стандарт зўриқишли синама ўтказдик.

Юқоридаги маълумотларга кўра, асосий гуруҳдаги беморларда, назорат гуруҳдагиларга нисбатан гавдани ушлаб туриш вақти юқори бўлди.

Ўтказилган текширишлардан келиб чиқиб, биз стационар, реабилитацион, амбулатор-поликлиника босқичларидаги даволаниш натижаларини жамлаб маълумотларни солиштирдик, даволаниш босқичларини умумий алгоритминини туздик.

Шундай қилиб, спондилогенли радикулопатияларни даволашда уйғунлашган тикланишли тадбирлар беморларни тезда соғайишига ва турмуш тарзини ортишига олиб келди.

ХУЛОСА

1. Спондилогенли бел сохаси радикулопатияси клиник кўринишлари

манифестациясида субъектив ўзгаришлар (оғриқ, гиперестезия) устун туради. Ўткир оғриқли синдромлар оғирлик даражаси ВАШ бўйича кучли ёки ўртача деб баҳолаш мумкин.

2. ЭНМГ кўрсаткичлари динамикада нерв-мушак ўтказувчанлиги пасайишининг тикланиши, ҳамда периферик нерв системасида қўзғалган ҳолда ўтказувчанлигининг тикланиши аниқланди. Кўпгина беморларда бел сохаси вертеброген синдромларида замонавий шифохона ва кейинчалик комплекс реабилитацион муолажалар кучли оғриқли синдромни пасайтиришга олиб келади.

3. Эрта ўтказилган адекват усулдаги тиклашнишли даволаш беморларнинг

ахволини яхшилашга олиб келади ва бел сохаси спондилоген неврологик синдромлари регрессини кучайтиради, ҳамда йўқотилган фаолиятларини тикланиш оқибатларини яхшилайдиган ва беморларни турмуш тарзини яхшилайдиган.

4. Бел сохаси вертеброген синдромлари билан оғриган беморларда ўтказилган комплекс реабилитацион дастурлар, яъни стационар, реабилитацион ва амбулатор-поликлиника босқичли даволаш алгоритмлари беморлар ногиронлиги ва меҳнат қобилиятини йўқотиш вақтини камайтиради.

АМАЛИЙ ТАКЛИФЛАР

1. Вертеброневрологик симптоматикаларни тахлилида оғриқ сезгиларини ва даволашдан олдин ҳамда даволашдан кейин ахволини адекватли солиштиришни объективлаштиришда баллар билан баҳолаш ердан беради.

2. Бел сохаси спондилогенли неврологик синдромлари хуружида ностероидли ялигланишга карши, миорелаксация берувчи дориларни игна НЯҚВ, миорелаксантлар билан игнарефлексли муолажа, ҳамда вакуумли массаж билан кушиб ишлатилганда оғриқни кучини камайтиради, ҳаракат активлигини оширади ва бел сохаси спондилоген радикулопатияси билан оғриган беморларни меҳнатга лаекатлилигини тиклайди.

3. Барча спондилогенли бел сохаси радикулопатияси билан оғриган беморларни кичик ешдалигини, меҳнатга лаекатлилигини ва бузулган функцияларини осонлигини ҳисобга олган ҳолда, интенсив босқичли даволаш тадбирларини, яъни стационардан бошлаб ихтисослаштирилган реабилитация марказлари ва амбулатор – поликлиника шароитларида олиб бориш зарур.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

1. Аверочкин А.И., Мозолевский Ю.В., Штульман Д.Р. Заболевания периферической нервной системы. Болезни нервной системы // Руководство для врачей под ред. Яхно Н.Н., Штульмана Д.Р. - Москва, 2011. - Т.1. - С. 459-570.
2. Алдабергенова А.Б. Сравнительная оценка КТ и МРТ исследований при неврологических осложнениях поясничного остеохондроза // Журнал теоретической и клинической медицины. - 2000. - №3. - С. 108-109.
3. Алдабергенова А.Б., Бирючков М.Ю. Магнитно-резонансная томография в диагностике остеохондроза поясничного отдела позвоночника // Журнал теоретической и клинической медицины. - 2008. - №3. - С. 107-108.
4. Алексеев В.В. Диагностика и лечение болей в пояснице // Сонсилиум медисум. - 2002. - Т.4, №2. - С. 96-102.
5. Алексеев В.В. Лечение люмбаишиалгического синдрома // Р.М.Ж. - 2003. - Т.11, №10. - С. 602-604.
6. Алексеев В.В., Солохова О.А. Миофасциальный болевой синдром: применение Ботокса // Неврол. журн. - 2001. - №2. - С. 30-35.
7. Алексеев В.В., Яхно Н.Н. Основные синдромы поражения нервной системы. Болезни нервной системы // Руководство для врачей под ред. Яхно Н.Н., Штульмана Д.Р. - Москва, 2011. - Т.1. - С. 106-124.
8. Ананьева Л.П. Рациональная терапия боли-комбинация анальгетиков // Русский медицинский журнал. - 2004. - С. 3-7.
9. Андреев А.В., Громова О.А., Скоромец А.А. Применение мидокалмовых блокад в лечении спондилогенных поясничных болевых синдромов. Результаты двойного слепого исследования // Сонсилиум медисум. - 2016. - Т.14, №2. - С. 29-35.
10. Антонов И.П., Недвездь Г.К. Вопросы патогенеза поясничного остеохондроза и его неврологических проявлений // Материалы в 7-го Всесоюзного съезда неврологов и психиатров. - 1981. - С. 360-363.
11. Асадуллаев М.М. Синдром острой боли в вертеброневрологии и его коррекция // Научно-практический журнал Неврология. - 2005. - №1 (25). - С. 5-8.

12. Беленков Ю.Н., Терновой С.К., Беличенко О.И. Клиническое применение магнитно-резонансной томографии с контрастным усилением. - Москва, 1996. - 111 с.

13. Белова А.Н. Влияние продолжительности амбулаторной реабилитации больных с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза на степень регресса клинических проявлений заболевания // Сб. научн. тр. Реабилитация больных с травмами и заболеваниями опорно-двигательной системы. - Иваново, 1996. - С. 38-41.

14. Белова А.Н. Миофасциальная боль // Неврол. журн. - 2006. - №5 (5). - С. 4-7.

15. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники неврологии и нейрохирургии // Руководство для врачей и научных сотрудников. - Москва. - 2014. - 434 с.

16. Белова А.Н., Шепетова О.Н. Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями. - Москва, 1998. - 221 с.

17. Беляков В.В. Электронейромиография в практике мануального терапевта // Мануальная терапия. - 2002. - №4. - С. 22-23.

18. Бережкова Л.В. Остеохондроз: как сохранить здоровье позвоночника. - Санкт-Петербург, - 2003. - 128 с.

19. Благоразумова Т.П. Электростимуляция спинного мозга при спондилогенных миелорадикулоишемиях: Дис. ... канд. мед. наук. - 1998. - 172 с.

20. Вейн А.Н., Авруцкий М.Я. Боль и обезболивание. - Москва, - 1997. - С. 98-126.

21. Верес А.И. Профилактическое лечение неврологических проявлений поясничного остеохондроза. - РУПП: Барановичская укрупненная типография, - 2013. - С. 67-85.

22. Веселовский В.П. Практическая неврология и мануальная терапия. - Рига, 1991. - 341 с.

23. Вознесенская Т.Г. Боли в спине и конечности. Болевые синдромы в неврологической практике // под редакцией А.М. Вейна. - Москва, 1999. - С. 217-280.

24. Вознесенская Т.Г. Люмбаишалгия // Сонсилиум медисум. - 2011. - Т.3, №5. - С. 205-208.

25. Вознесенская Т.Г. Миофасциальные болевые синдромы

// Сонсилиум медисум – 2012. - №4 (8).

26. Гаваа Лувсан. Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии. - Москва, 1990. - С. 15-38, 204-245.

27. Гафуров Б.Г. Диагностика и лечение болевых синдромов в неврологической практике // метод. рекомендации. - Ташкент, 2006. - 35 с.

28. Герасимова М.М. Базанов Г.А. Пояснично-крестцовые радикулопатии (этиология, патогенез, профилактика и лечение). - Москва, 2003. - 151 с.

29. Герасимова М.М. Нервные болезни. - Тверь, 2010. - 507 с.

30. Гехт Б.М. Теоретическая и клиническая электромиография. - Санкт-Петербург, 1990. - 229 с.

31. Гехт Б.М., Самойлов М.И. Магнитная стимуляция и анализ состояния корешковых сегментов нерва при полиневропатиях и болезнях мотонейронов // Всероссийский съезд неврологов. - Нижний Новгород, 1995. - С. 338.

32. Горбунов Ф.Е., Стрелкова Н.И., Винников А.А. Импульсная физиотерапия в реабилитации больных с двигательными нарушениями при периферических миелинопатиях и аксонопатиях // Всероссийский съезд неврологов. - Нижний Новгород, 1995. - С. 100.

33. Гусев Г.И., Коновалов А.Н. Методы исследования в неврологии и нейрохирургии // Руководство для врачей. - Москва, - 2000. - 346 с.

34. Густов А.В., Смгрианский К.И. дикловит при купировании вертеброгенных и миофасциальных болевых синдромов пояснично-крестцовой локализации // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2001. - №9. - С. 20-22.

35. Данилов А.Б. Фармакотерапия болевого синдрома при радикулопатии // справочник поликлинического врача. - 2017. - №11.

36. Дривотинов Б.В., Бань Д.О. Мануальная терапия при неврологических проявлениях поясничного остеохондроза (литературное обозрение) // Медицинский журнал. - 2006. - №1. - С. 19-22.

37. Дривотинов Б.В., Бань Д.С. Прогнозирование исходов мануальной терапии у больных с неврологическими

проявлениями поясничного остеохондроза // Белорусский медицинский журнал. - 2014. - Т.8, №2. - С. 48-50.

38. Дривотинов Б.В., Олешкевич Ф.В., Карпенко Е.А. К диагностике рубцово-спаечного процесса при поясничном остеохондрозе // Актуальные проблемы неврологии и нейрохирургии // Сб. науч.тр. под ред. А. Ф. Смеяновича, И. П. Антонова. - Минск, - 2010. - Вып. 2 - С. 64-72.

39. Дривотинов Б.В., Полякова Т.Д., Панкова М.Д. Физическая реабилитация при неврологических проявлениях остеохондроза позвоночника // Учеб. пособие. - Минск, 2005. - 211 с.

40. Есин Р.Г. Дискогенная боль: принципы терапии // Вертеброневрология. - 2006. - №13. - С.76-80.

41. Жарков П.Л., Жарков А.П., Бубновский С.М. Поясничные боли. Диагностика, причины, лечение. - Москва, 2001.

42. Жолондз М.Я. Остеохондрозы - заблуждение: блокады дисков. Медицина против медицины. - Санкт-Петербург, - 2000. - 128 с.

43. Зенков Л.Р., Ронкин М.А. Функциональная диагностика нервных болезней // Руководство для врачей. - Москва, 1991. - 276 с.

44. Иваничев Г.А., Левит К. Боль в спине: эволюционные аспекты и проблемы реабилитации // Неврологический вестник. - 1994. - Т.ХХВИ, Вып. 3-4. - С. 67-68.

45. Иваничев Г.А. Мануальная медицина. - Москва, 1998. - С. 470.

46. Иваничев Г.А. Мануальная терапия // Руководство, атлас. - Казань, 1997. - 448 с.

47. Йонссон Э. Синдром болей в области шеи и спины. Заключение и выводы. // Шведский совет по оценке медицинских технологий. - 2000.

48. Ишмухамедов С.И. Дифференциальный подход в лечении поясничного остеохондроза // Журнал теоретической и клинической медицины. - 2000. - №3. - С. 115-119.

49. Кайшибаев С.К., Алдабергенова А.Б. Критерии выбора метода лечения больных пояснично-крестцовым остеохондрозом на основании изучения и сопоставления данных клинического и нейровизуализационного исследования // Ж. Неврология. - 2002.

- 4 (16). - С. 74-76.

50. Камалов И.И., Хабиров Ф.А., Малихина В.М. Роль аномалий позвоночника в формировании вертеброневрологических синдромов. Обзор литературы // Вертеброневрология. - 1998. - №2-3. - С. 79-85.

51. Камчатнов П.Р. Современные подходы к ведению больных с болью в спине // Сонсилиум медисум. - 2014. - №6 (8).

52. Кисель С.А. Боль в пояснице (Обозрение журнала "Спине" за 1994-1995 гг) // Неврологический журнал. - 1996. - №2. - С. 53-56.

53. Левин О.С. Современные подходы к диагностике и лечению боли в спине. - Москва, 2016. - 62 с.

54. Маджидова Е.Н. Изучение клинической эффективности мидокалма в лечении рефлекторно-мышечных синдромов у женщин в менопаузе // Ж. Неврология. - 2012. - №4 (16). - С. 77.

55. Махкамов К.З., Каримов А.А., Мурадов Ж.М. Диагностические аспекты и оперативное лечение грыж пояснично-крестцового отдела позвоночника // Ж. Неврология. - 2002. - №4 (16). - С. 80.

56. Медведев Б.Л. Сколиоз и остеохондроз: профилактика и лечение. - Ростов н/д: Феникс, - 2004. - 192 с.

57. Миразимов Д.Б. Особенности клинических и рентгенологических проявлений рецидивных грыж межпозвонковых дисков // Журнал теоретической и клинической медицины. - 2000. - №3. - С. 135-138.

58. Мирджураев Э.М. Показатели инвалидности при дискогенных поясничных радикулопатиях // Материалы 4-съезда неврологов Узбекистан. - Ташкент, 2008.

59. Мэнкин Г.Дж., Адамс Р.Д. Боль в области спины и шеи. Внутренние болезни // Ред. Т.Р. Харрисон. - Москва, 1993, - Гл.7, - С. 101-122.

60. Насонова В.А., Багирова Г.Г. Боль в нижней части спины у подростков // Леч. врач. - 2005. - №1. - С. 40-42.

61. Нефедов А.Ю., Асфандияров Р.И., Светайло Л. Об упорядоченном вращении крови // Мануальная терапия. - 2001. - №2. - С. 18-26.

62. Павленко С.С. Эпидемиология боли // Боль и ее лечение. - 1998. - №9, - С. 12-19.

63. Перфильев С.В. Хирургическое лечение больных с грыжами межпозвонковых дисков и эпидуральным спаечным процессом при поясничном остеохондрозе: Автореф. дисс. ... канд. мед наук. - Ташкент, 1994. - 16 с.

64. Поворознюк В.В. Боль в нижней части спины // Клинически лекции журнал. - 2004. - №3.

65. Подчуфарова Е.В. Боль в пояснично-крестцовой области: диагностика, лечение // Р.М.Ж. - 2004. - Т.12, №10. - С. 45-49.

66. Подчуфарова Е.В. Хронические боли в спине: патогенез, диагностика и лечение // Р.М.Ж. - 2003. - №25 (11). - С. 1395-1401.

67. Попелянский Я.Ю. Заболевания периферической нервной системы // Руководство для врачей. - Москва, 1989. - 464 с.

68. Попелянский Я.Ю. Ортопедическая неврология (Вертеброневрология) // Руководство для врачей. - Москва, 2003.

69. Попелянский Я.Ю., Сак Н.Н., Кадырова Л.А. Хордопатия и остеохондроз // Вертеброневрология. - 1994. - №2. - С. 64-66.

70. Попелянский Я.Ю., Штульман Д.Р. Боли в шее, спине и конечностях. Болезни нервной системы // Руководство для врачей под ред. Яхно Н.Н., Штульмана Д.Р. - Москва, 2007. - Т.2. - С. 293-316.

71. Ситель А.Б., Тетерина Б.Б. Мидокалм в комплексном лечении больных с компрессионными синдромами спондилогенных заболеваний // Р.М.Ж. - 2002. - Т.10, №6. - С. 51-56.

72. Скоромец А.А., Скоромец А.П., Скоромен Т.Д. Топическая диагностика заболеваний нервной системы // Руководство для врачей. - Санкт-Петербург, 2004. - 399 с.

73. Скоромец А.А., Скоромец Т.А., Шумилина А. Остеохондроз дисков позвоночника // Неврологический журнал. - 2003. - №1. - С. 59-69.

74. Смычек В.Б., Хулуп Г.Я., Милькаманович В.К. Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - Минск, 2005. - 420 с.

75. Соломатов В.Г., Санников Ю.П., Куклин И.Г. Диагностическое обследование пациентов с остеохондрозом позвоночника, осложненного грыжами межпозвонковых хрящей // Анализ результатов (1995-1998гг.). - Томск, 1999. - 6 с.

76. Солоха О.Д., Алексеев В.В. Обзорение книги Р.У. Портера

«Лечение боли в спине» // Психол. журн. - 1996. - № 2. - С. 16-53.

77. Тревелл Дж.Г., Симонс Д.Г. Миофасциальные боли. - Москва, 1989.

78. Тюкаркина А.Б., Лобзин Б.С. Вегетативные расстройства при заболеваниях периферической нервной системы // В сб. тезисов "Патология вегетативной нервной системы". - Ташкент, - 1991. - С. 86.

79. Федина Т.П., Гришаева Т.П., Шекшина Е.В. и др. Опыт клинического применения геля диклоран плюс в комплексной терапии ревматологических больных // Р.М.Ж. - 2004. - №20 (20). - С. 1156-1157.

80. Филиппович Н.Ф., Филиппович А.Н. Системные нарушения при неврологических проявлениях поясничного остеохондроза (клиника, диагностика, лечение, реабилитация). - Минск, 1998. - 213 с.

81. Хабиров Ф.А. Лечебно-реабилитационные мероприятия при вертеброгенных болях // Вертеброневрология. - 2002. - №1-2. - С. 42-50.

82. Хабиров Ф.А. Руководство по клинической неврологии позвоночника // Ф.А. Хабиров. - Казань, 2006. - 518 с.

83. Хабиров Ф.А., Хабиров Р.А. Мышечная боль. - Казань, 1995. - 208 с.

84. Халецкая В.А. Клинические особенности болевого синдрома в спине в пожилом и старческом возрасте // Кремлевская мед. - 2003. - №2. - С. 50-54.

85. Цурко В. Боль в спине у пожилых // Клин. геронтол. - 2006. - №2. - С. 3-10.

86. Черненко О.А. Лечение болевых скелетно-мышечных поясничных синдромов // Р.М.Ж. - 2000. - Том8, №10. - С. 408-410.

87. Черненко О.А., Ахатов Т.Я., Яхно Н.Н. Соотношение клинических данных и результатов магнитно-резонансной томографии при болях в пояснице // Неврологический журнал. - 1996. - №2. - С. 12-16.

88. Шамансурова Л.И. Параметры электромиографических исследований при спинальных дископатиях // Хирургия Казахстана. - 1997. - №5-6. - С. 46-47.

89. Шамансурова Л.И. Изучение состояния нервно-

мышечного аппарата при спинальных дископатиях // Мед. журнал Узбекистана. - 1997. - № 4. - С. 38-40.

90. Шамансурова Л.И. Электромиографические показатели при реабилитации больных с повреждением позвоночника и спинного мозга // Мед. журнал Узбекистана. - 1994. - №6. - С. 59-61.

91. Шамансурова Л.И. Электромиографические синдромы при спинальных дископатиях // Сб. науч. трудов Респ. семинар-совещание травматологов-ортопедов "Актуальные вопросы травматологии и ортопедии". - Ташкент, 1995. - С. 69-75.

92. Шамансурова Л.И., Кариев М.Х. Состояние нервно-мышечного аппарата при межпозвонковых дископатиях // Научно-практическая конференция посвященная 25-летию нейрохирургической службы Южно-Казахстанской области (Сборник научных трудов). - Чимкент, - 1997. - С. 129-132.

93. Шмидт И.Р. Остеохондроз позвоночника // Этиология и профилактика. - Новосибирск, 1992. - 96 с.

94. Шмырев В.И., Шевелев И.Н., Васильев П.П. Клинико-нейровизуализационные сопоставления и комплексное лечение компрессионных радикулопатий при поясничном остеохондрозе // Неврологический журнал. - 1999. - №1. - С. 21-26.

95. Шостак Н.А. Современные подходы к терапии боли в нижней части спины // Сонсилиум медисум. - 2005. - Т.5, №8. - С.457-459.

96. Шостак Н.А., Клименко А.А., Правдюк Н.Г. Боль в спине - некоторые аспекты диагностики и лечения // Р.М.Ж. - 2006. - №2 (14). - С. 87-89.

97. Штульман Д.Р., Левин О.С. Неврология. Справочник практического врача. - Москва, 2002. - С. 70-90.

98. Юмашев Г.С., Капанадзе Ю.Е., Елизаров М.Н. Оперативное лечение передним доступом грыжи диска в поясничном отделе позвоночника // В кн.: Остеохондроз позвоночника (Матер, сов.-амер. симпозиума). - Москва. - 1992. - С. 96-101.

99. Абансо Ж., Рос Е., Лиоренс Ж., Форес Ж. Рев Чир Ортхоп. Репаратрисе Аппар. Мот. - 1994. - Вол.8, №8. - П. 689-693.

100. Аҳорони Р., Теителбаум Д., Села М., Арнон Р. Бйстандер суппрессион оф эхпериментал аутоиммуне энсепхаломелиттис бй Т селл линес анд слонес оф Тх2 тйпе индусед бй сополймер 1 // Ж.

Неуроимунол. - 1998. - Вол.91, №1. - П. 135-146.

101. Алварез Ж.Д., Хардй Р.Х. Лумбар спине стеносис: а соммон саусе оф баск анд лег паин // Амер. Фам. Пхйсисиан. - 1999. - Вол.5. - П. 1825-1334.

102. Антониадис Г., Каст Э., Ричтер Х.П. Дие Лумбале Спиналканалстеносе унд ихре операттиве Беҳандлунг // Нервенарзт. - 1998. - Вол.69. - Р. 306-311.

103. Атлас С.Ж., Део Р.А., Келлер Р.Б. эт ал. Тхе мам лумбар спине студй, парт ИИИ // Спине. - 1996. - Вол. 21. - П. 1787-1794.

104. Барасчи Г, Мессина Денаро С, Писсини С. Студй оф тхе тописал апплисатион оф исобутйлпхенйл1-пропионис асид (Ибупрофен) ин трауматис инфламматион. Доубле-блинд сомпарисон витх пласебо // Газ. Мед. Ит. - 1982. - Вол.141. - Р. 691-694.

105. Бароҳн Р.Ж., Санчез Ж.А., Андерсон К.Е. Асуте Перипхерал Неуропатху Дие то Хередитарй Сопропорпхйриа // Муссле Нерве. - 1994. - Вол.17. - П. 793-799.

106. Барон Р., Биндер А. Хов неуропатхис ис ссиатиса? Тхе михед паин сонсепт // Ортхопаде. - 2004. - Вол.33, №5. - П. 568-575.

107. Бартолоzzi П., Салви М., Мисаси М. Тхе диагносис оф лумбар стеносис // Слм. Оргам. Мов. - 1992. - Вол.77. - П. 15-18.

108. Бслометти С., Галзигма Л. Ссрум левел оф просрагландин анд а леукотриене афтер тхермал муд паск тхерапй // Ж. Инвест. Мед. - 1998. - Вол.46, №4. - П. 1081-1089.

109. Бечер В., Блаин М., Гиасомини П.С. Инхибитион оф тхе поларизатион бй солубле ТНФ рсррploi: ис депендент омн антиген-пресентинг селл-деривед ИИ.-12 // И. Иммунол. - 1999. - Вол.162. - П. 684-688.

110. Бечер В., Гиасомини П.С., Пеллетьер Д. Интерферон-гамма сесретион бй перипхерал блоод Т-селл субсетс ин мултипле сслеросис: соррелатион витх дисеасе пхасе анд интерферон-бета тхерапй // Анн. Неурол. - 1999. - Вол.45. - П. 347-350.

111. Бигос С., Бовер О., Браен Г. Асуте лов баск проблемс ин адултс. Слинисал прастисе гуиделине но. АХСПР публисатион но. 95-0642 // Роск виллс, МД: Агенсй фор Хеалтх Саге Полисй анд Ресеарч, Публис Хеалтх Сервисе С. Департмент оф хеалтх анд

Хуман. Сервисес. - 1994. - Вол.201. - П. 236-451.

112. Биллигманн П.В. Трeатмент оф анкле-жоинт спраинс витх ибупрофен мисрогел. Рапидлй эффестиве персутанеоус тхерапй витхоут сйстемис стресс // Тхерапиешоче. - 1996. - Вол.21. - П. 1187-1192.

113. Бирклеин Ф. Мечанисм-басед трeатмент принциплес оф неуропатхис паин // Фортсчр Неурол Псйчиатр. - 2002. - Вол.70, №2. - П. 88-94.

114. Бланчард В., Петерс М.Л., Херманн С. эт ал. Дирестион оф температуре сонтрол ин тхе тхермал биофеедбаск трeатмент оф вассулар хеадаче // Аплл. Псйчопхйсиол. Биофеедбаск. -1997. - Вол.22, №4. - П. 227-245.

115. Богдук Н., Мс. Гуирк Б. Медисал манагемент оф асуге анд чронис лoв баск паин. // Амстердам: Элсевлер. - 2002.

116. Болай Х., Моссовитз А. Мечанисмс оф паин модулатион ин чронис сйндромес // Неурологй. - 2002. - Вол.59, №5, Суппл.2. - П. 2-7.

117. Бонгиоанни П., Мости С., Моссато Г. Десреасес ин Т-селл тумор несросис фастор алл биндинг витх интерферон бета трeатмент ин пациентс витх мултипле сслеросис // Арч. Неурол. - 1999. - Вол.56. - П. 71-78.

118. Борге Ж.А., Лебоеуф-Йде С., Лотхе Ж. Прогностис валуес оф пхйсисал эхаминатион финдингс ин пациентс витх чронис лoв баск паин трeатед сонсер вативелй: А сйстематис литературе ревиеш // Ж. Манипулативе. Пхйсиол. Тхер. - 2001. - Вол. 24. - П. 292-295.

119. Боухассира Д., Аттал Н., Алчаар. Сомпарисон оф паин сйндромес ассосиатед витх нервоус ор соматис лесионс анд девелопмент оф а неш неуропатхис паин диагностис куестионнаире (ДН4) // Паин. - 2015. - Вол.114, №1-2. - П. 29-36.

120. Броокс Ж., Трасей И. Фром носисептион то паин персептион: имагинг тхе спинал анд супраспинал патхвайс // Ж. Анат. - 2005. - Вол. 207, №1. - П. 19-34.

121. Бруннер С., Лассманн Х., Ваехнелдт Т.В. эт ал. Дифферентиал ултраструктурал лосализатион оф мелин басис протеин, мелин-олигодендроглиал глйсопротеин анд 2ъ,3ъ-сйслис нуслеотид 3ъ-пхос-пходиестерасе ин тхе СНС оф адулт ратс // Неурочем. - 2009. - Вол.52. - П. 296-304.

122. Брунон Ж., Часал Ж., Чироссел Ж.П. эт ал. Wҳен ис спинал фусион варрантед ин дегенеративе лумбар спинал стеносис? // Рев. рҳум. Энгл. Эд. - 2006. - Вол.63. - П. 44-50.

123. Буд вай Р.Ж. Сервисал дисс руптуре саусинг вертебробасилар инсуффисиенсй // Неуросургерй. - 2013. - Вол.33, №4. - П. 745-748.

124. Бурски Г., Силбертеин М. Тҳе сймптоматис лумбар диск ин пациентс витҳ лов-баск паин // Спине. - 1993. - Вол 18, №13. - П. 1808-1811.

125. Сампбелл Ж., Дунн Т. Эвалуатион оф тописал ибупрофен среам ин трeatмент оф асуге анкле спраинс // Ж. Ассид. Эмергенсй Мед. - 1994. - Вол.11. - П. 178-182.

126. Сарр Д., Гоудас Л. Асуге паин // Лансет. 1999. - Вол.353. - П. 2051-2058.

127. Саррагсе Э.Ж., Ҳаннибал М. Диагностис эвалуатион оф лов ҳаск паин // Ортҳоп. Слин. Н. Ам. - 2014. - П.7-16.

128. Сарсон Ж.В. Форгивенесс анд чронис лов-баск паин: а прелиминарй студй эхамининг тҳе релатионшип оф форгивенесс то паин,ангер анд психологисал дистресс// Ж. Паин. - 2005. - Вол.6. - П. 84-91.

129. Чрони Э., Ҳалл С.М., Ҳугҳес Р.А. Чронис Релапсинг Ахонал Неуропатҳй: а Фирст Сасе Репорт // Анну. Неурол. - 2005. - Вол.37. - П. 112-115.

130. Чунг С.Т., Чоу С.С., Ҳо Й.Ж. эт ал. Неурогенис интермит тентслаудисатион релатед то спинал стеносис // Зҳонгҳуа Йи Хуе За Зҳи (Таипей). - 2000. - Вол.63, №1. - П. 809-811.

131. Слоустон П.Д., Киерс Л., Зурйга Г., Срос Д. Қуантитативе анальсис оф тҳе сомпоунд муссле астион потенциал ин зарль асуге инфламматорй демелиндинг полйнеуропатҳй // Элестроенсепҳалогр. Слин. Неуропҳйсиол. - 1994. - Вол.93. - П. 245-254.

132. Срофт П., Распе Ҳ. Баск паин // Баиллириес. Слин. Рҳеум. - 1995. - Вол.9, №3. - П. 565-583.

133. Даи Л.Й., Ни В., Жиа Л.С., Луи Ҳ.К. Лумбар дисс ҳерниатион ин пациентс витҳ девелопментал спинал стеносис стеносис // Эур. Спине Ж. - 1996. - №5. - П. 308-311.

134. Далакас М. Пхармасологис сонсернс оф сортисостероидс ин тхе трeatмент оф пациентс витх иммуне-релатед неуромуссулар дисеасес // Неурол. Слин. - 1990. - Вол.8, №1. - П. 93.

135. Де Палма А.П., Ротх ман Р.Н. Тхе интервертебрал дисс // Пхиладелпхиа: W.B. Саундерс. Сомпанй, 2004.

136. Деен Х.Г., Зиммерман Р.С. Анайсис зарлй фаилурес афтер лумбар десомпрессиве ламинестомй фор спинал стenosис // Маё Слин. Прос. - 2005. - Вол.63, №1. - П. 33-36.

137. Деен Х.Г., Зиммерман Р.С. эт ал. Ассесмент оф бладдер фунстион афтер лумбар десомпрессиве ламинестомй фор спинал стenosис: а проспективестудй // Ж. Неуросург. - 1994. - Вол.80. - П. 974-976.

138. Девереаух М.В. Лоу баск паин // Прим. Сапе Слин. Оллисе Праст. - 2004. - Вол.31. - П. 33-51.

139. Деё Р.А., Черкин Д., Сонрад Д. эт ал. Сост, сонтроверсй, срисис: Лоу баск паин анд хеафтх оф тхе публис // Ибид. - 1991. - Вол.12. - П. 141-156.

140. Деё Р.А., Лоесер Ж.Д., Бигос С.Ж. Херниатед лумбар интервертебрал дисс // Анна. Рев. публ. Хлтх. - 1990. - Вол.12. - П. 598-603.

141. Диетер Р., Хортерер Х., Пабст Х. эт ал. Паинфул сондитионс оф лосомоторй // Сйстем. Тхерапиешоче. - 1990. - Вол.40. - П. 529-531.

142. Долметсч Р.Е., Левис Р.С., Гоодноу С.С. эт ал. Дифферентиал астиватион оф транссриптион фасторс индусед бй Са²⁺ респонсе амплитуде анд дуратион // Натуре. - 1997. - Вол.17, №388. - П. 308.

143. Дреисер Р.Л. Слинисал студй оф тхе эффисасй анд толерансе оф персутанеус ибупрофен оф тендонитис // Ж. Интерн. Мед. - 1988. - Вол.119. - П. 70-73.

144. Ехрлич Г.Е., Кхатаев Н.Г. Инициатива по болям в пояснице. Всемирная организация здравоохранения // Департамент по ведению незаразных болезней. - 1999. - 150 с.

145. Ессола Д., Похжолаириен Т., Аларанта Х. эт ал. Салситонин трeatмент ин лумбар спинал стenosис: а рандомизед, пласебо-сонترولлед, доубле-блинд, сросс-овер студй витх оне еар фоллоу-уп // Салсиф. Тиссуе инт.

- 1992. - Вол.50. - П. 400-403.

146. Фаркас С., Коссис П., Биелик Н. Сомпаративе чарактеризатион оф тхе сентраллй астинг муссле релакант РГХ5002 анд толперисоне анд оф лидосаине басед он тхеир эффестс он рат спинал сорд ин витро // Неуробиологй. - 1997. - Вол.5, №1. - П. 57-58.

147. Фелих Р., Хешики А., Хостен Н. Магневист. - Охфорд. - 1994. - П. 41-46.

148. Фишер М.А., Хоффен В., Хултман С. Нормативе Ф wave валуес анд тхе нумбер оф ресордед Ф waves // Муссле Нерве. - 1994. - Вол.17. - П. 1185-1189.

149. Фордйсе W.E. Баск паин ин тхе воркпласе // И.А.С.П. Пресс. - 1995.

150. Фох М.В., Онофрио Б.М., Ханссен А.Д. Слинисал оутсомес анд радиологисал инстабилитй фоллоуинг десомпрессиве лумбар ламинестомй фор дегенеративе спинал стеносис // Ж. Неуросург. - 1996. - Вол.85. - П. 793-802.

151. Фритз Г.М., Детитто А., Велч В.С. эт ал. Лумбар спинал стеносис: а ревиу оф суррент сонсептс ин эвалуатион, манегмент. анд оутсومه меасурементс // Арч. пайс. Мед. - 1998. - Вол.79. - П. 700-708.

152. Гасскилл М.Ф., Лукин Р., Виот Ж.Г. Лумбар дисс дисеасе анд стеносис // Радиол. Слин. Н. Ам. - 1991. - Вол.29, №4. - П. 753-764.

153. Гатчел Р.Ж., Гардеа М.А. Lower баск паин: псйчососиал иссуес. Тхеир импортансе ин предистинг дисабилитй, респонсе то трeatмент анд сеарч фор сомпенсатион // Неурологис слинисс. - 1999. - №17. - Р. 149-166.

154. Герасимова М., Петушков А. Василева О. Элестромёграпхй анд иммуне чарактеристисс оф лумбосусралрадисулопатхй // 8тх сонгресс оф тхе Эуропеан федератион оф Неурологисал сотиетисс ЭФНС. Парис Франсе Септембер 5 Периперал нерве дисордерс. - 2004. - П. 1421.

155. Герасимова М., Петушков А. Элестромёграпхй чарактеристисс оф лумбосусралрадисулопатхй // Эуропеан Жоурнал оф Неурологй. - 2003. - Вол.10, Супл.1. - П. 114.

156. Гилес Л.Г.Ф. Иннерватсион оф спинал струстурес.

Слинисал анатомй анд манагемент оф лow баск паин. Эд. Гилес Л.Г.Ф. - Охфорд, 1997. - П. 219-231.

157. Гилл Т.Ж., Масон М.Д. Ассесмент оф хеурофорамжнал десомпрессион ин дегенеративе спинал стеносис // Слин. Ортхоп. - 1998. - Вол.348. - П. 135-139.

158. Готсче П.С. Нон-стероидал анги-инфламматорй другс // Слин. Эвид. - 2003. - №4. - П. 1292-1300.

159. Граб Д., Дворак Ж. Стеносис оф лумбар спине ин элдерлй персонс. Сургисал десомпрессион // Счвеиз. Рандсч. Мед. Прах. - 1996. - Вол.85. - Р. 1377-1385.

160. Грауер М. Радиологисал ассесмент оф дегенеративе лумбар стеносис // Ортхоп. - 1993. - Вол.22. - Р. 214-222.

161. Грeен Л.Н. Дехаметхасоне ин тхе манагемент оф сймптомс дуето херниатед лумбар дисс // Жоурнал оф Неурологй, Неуросургерй. - 1975. - Вол.38, - П. 1211-1217.

162. Грeенберг М.С. Хандбоок оф неуросургерй // Лакеланд. - 1997. - Вол.1. - П. 207-213.

163. Гренаде С. эт ал. Сомпарисон оф репортинг оф Стевенс-Жоҳнсон Сйндроме анд тохис эпидермал несросис ин ассосиатион витх селестиве СОХ-2 инхибиторс // Другс Саф. - 2005. - Вол.28, №10. - П. 917-924.

164. Гриффин Г. Сочране фор слинисианс: путтинг эвиденсе инто прастисе: до НСАИДс хелп ин асуте ор чронис лow баск паин? // Америксан Фамилй Пхйсисиан. - 2002. - Вол.65, №7. - П.1319-1321.

165. Григорева В.Д. Тхе усе оф лow-температуре пелоидс ин трeатинг пациентс витх рхеуматойд артрититус (И) // Вопр-Кумртол-Физиотер-Феели-Фи. - К нил. - 1994. - №5. - Р. 17-21.

166. Гроб Д., Химке Т., Дворак Ж. Дегенеративе лумбар спинал стеносис. Десомпрессион витх анд Витхоут артхродесис // Ж. Боне энд Жоинт Сург. - 1995. - Вол.77. - Р. 1036-1041.

167. Гуисиуи П., Йхвиери Ж.Н.Т., Лассале Б. эт ал. Реоператионс афтер сургисал трeатмент оф лумбар стеносис // Рев. Чир. ортхоп. - 1995 - Вол.81. - П. 663-671.

168. Гуиллауме М. Слинисал студй оф тхе эффисасй анд

толерансе оф персутанеус ибупрофен ин сймптоматис треатмент оф артросис оф смалл жоинтс // Ж. Интерн. Мед. - 1989. - П. 1-4.

169. Хадден Ж.В. лммуностимулантс. Иммунол // Тодай. - 1993. - №14. - П. 275-280.

170. Халдеман С. Low баск паин. Суррент Пхйсиологис Сонсептс // Неурологис Слинисс. - 1999. - Вол.17, №1. - П. 1-15.

171. Хамамши С., Матикура М., Фужита М. эт ал. Сросс-сестионал араа оф тхе стенотис лумбар дурал тубе меасуред фром тхе трасверсе виюс оф магнетис ресонанс имагинг // Ж. Спинал Дисордерс. - 1994. - Вол.7. - П. 38-393

172. Ханссон П., Фиелдс Х., Хилл Р. эт ал. Неуропатхис Паин: Патхопхйсиологй анд Треатмент, Прогресс ин Паин Ресеарч анд Манагемент. // И.А.С.П. Пресс. - 2001. - Вол. 21. - П. 151-167.

173. Харвуд М.И., Смитх Б.Ж. Low Баск Паин: А Примарй Саре Аппроач // Слинисс ин Фамилий Прастисе. - 2005. - Вол.7, №2. - П. 279-303.

174. Хасенбринг М., Улрич Х.В., Хартманн М. Тхе эффисасй оф а риск фастор-басед согнитиве беҳавиорал интервентион анд элестромёграпхис биофеедбаск ин пациентс витх асуте ссиатис паин. Ан аттемпт то превент чрониситй // Спине. - 1999. - Вол.24, №23. - П. 2525-2535.

175. Хеланд Халдорсен Э.М.Л., Индахл А., Урсин Х. Пациентс витх low баск паин нот ретурнинг то ворк. А 12-монтх фоллоу-уп студй // Спине. - 1998. - Вол.23. - П. 1202-1208.

176. Хенрй Д. Вариабилитй ин риск оф гастроинтестинал комплисионс витх индивидуал нон-стероидал ами-инфламматорй другс: резултс оф а соллаборативе мета-аналйсис // Б.М.Ж. -1996. - Вол.312. - П. 1563-1566.

177. Хергартен К.Х. А new тйпе оф ибупрофен-гел тестед ин тхерапеутис усе // Тхерапиешоче. - 1989. - Вол.39. - П. 1682-1686.

178. Херковитз Х.Н., Курз Л.Т. Дегенеративе лумбар спондйлолистхесис витх спинал стеносис // Ж. Боне Жт. Сург. - 1991. - Вол.73. - Р. 802-808.

179. Херно Д., Аираксинен О., Саари Т. Лумбар спинал стеносис: а атчед-паир оф оператед анд нон-оператед пациентс // Брит. Ж. Неуросург. - 1996. - Вол.10. - П. 461-465.

180. Херно Д., Аираксинен О., Саари Т. Пре- анд

постоперативе фасторс асосиатед витх ретурн то ворк фоллоуинг сургерй фор лумбар спинал стеносис // Амер. Ж. индустр. Мед. - 1996. - Вол.30. - П. 473-478.

181. Ишиҳара Э.Л., Матсуи Х., Осада Р. Фасет жоинт асймметрй ас а радиологис феатуре оф лумбар интервертебрал дисс ҳерниатион ин чилдрен анд долессентс // Спине. - 1997. - Вол.22, №17. - П. 2001-2005.

182. Ивамото Х., Куваҳара Х., Матсуде Х. Продустион оф чронис компессион оф тхе сауда экуина ин ратс фор усе ин студиес оф лумбар сомал стеносис // Спине. - 1995. - Вол.20. - П. 2750-2757.

183. Ивамото И.Л., Куваҳара Ф.Л., Матсуде Х. Лумбар спинал санал стеносис эхаминед элестропхйсиологисал ин рат модел оф чронис сауда экуина компрессион // Ибид. - 1997. - Вол.22. - П. 2636-2640.

184. Жанда В. Он тхе сонсепт оф постурал мусслес анд постуре // Тхе Аустралиан Жоурнал оф Пхйсиотҳерапй. - 1983. - Вол. 29. - П. 83.

185. Желлиш W.C., Тхайжи З., Стевенсон К., Шеа Ж., А проспестиве рандомизед студй сомпаринг шорт- анд интермедиатетерм периоперативе оутсоме вариаблес афтер спинал ор генерал анестҳесиа фор лумбар диск анд ламинестомй сургерй // Анестҳ. Аналг. - 1996. - Вол.83, №3. - П. 559-564.

186. Жоел Н., Абрамовитз ФБСС // Неурол. Сси. - 1994. - Р. 218-291.

187. Жунге А., Фроҳлич М., Аҳренс С. Предисторс оф бад анд гоод оутсоме оф лумбар спине сургерй: а проспестиве слинисал студй витх 2 еарсь фоллоу уп // Спине. - 1996. - Вол.21. - П. 1056-1064.

188. Жункер У., Бруннмуллер У. Эффисасй анд толерабилитй оф габапентин ин тхе трeatмент оф пациентс витх неуропатҳис паин. Ресултс оф ан обсервационал студй инволвинг 5620 пациентс // М.М.В. Фортсчр Мед. - 2003. - Вол.145. - П. 37.

189. Калкиучи М., Редустион оф блоод лосс дуринг спинал сургерй бй эпидурал блооскаде ундер нормотенсиве генерал анестҳесиа // Спине. - 1997. - Вол.22, №8. - П. 889-894.

190. Келлер Л., Молнар Г., Зулик Р. Васодилатор эффест оф интра-артериал Мйдосалм ин дог // Тҳер. Хунг. - 1995. - Вол.13,

№4. - П. 139-140.

191. Киҳара М., Мсманис П.Г., Счмелзер Ж.Д. Эхпериментал Исчемис Неуропатҳй: Салваге витҳ Ҳйпербарис Охйгенатион // Анн. Неурол. - 1995. - Вол.37. - П. 89-94.

192. Кинг С.А., Страин Ж.Ж. Ревисинг тҳе сатегорй оф соматоформ паин дисордерс // Ҳоспитал анд Соммунитй. Псйчиатрй. - 1992. - Вол.43. - П. 217-219.

193. Кингерй W.C. А сритисал ревиеш оф контроллед триалс фор перипҳерал неуропатҳис паин анд сомплех регионал паин сйндромес // Паин. - 1997. - Вол.73. - П. 123-139.

194. Кинкаде С. Эвалуатион анд Трешатмент оф Асуте Лоу Баск Паин // Америксан Фамилй Пҳйсисиан. - 2007. - Вол.75, №8. - П. 1181-1188.

195. Колеск М., Мазаух, Ж.М. Рассле Н. эт ал. Псйчо-сосиал фасторс анд сопинг стратегиес ас предисторс оф чронис эволутион анд куалитй оф лифе ин пациентс витҳ лоу баск паин: А проспестиве студй // Эуропеан Жоурнал оф Паин. - 2006. - Вол.10. - П. 1-11.

196. Кучарсзйк W.M. Централ Нервоус Сйстем. - Пҳиладелпҳиа, - 1990. - П. 233.

197. Кундра П., Преемптиве эпидурал морпҳине фор постоперативе паин релиеф афтер лумбар ламинестомй // Анестҳ. Аналг. - 1997. - Вол.85, №1. - П. 135-138.

198. Куртз Л.А., Ссулл С.А. Реҳабилитатион фор девелопментал дисабилитиес // Педиатр. Слин. Нортҳ Ам. - 1993. - Вол.40, №3. - Р. 629.

199. Куслич С.Д., Улстром С.Л., Мичаел С.Ж., Тҳе тиссуе оригин оф лоу баск паин анд ссиатиса: а репорт оф паин респонсе то тиссуе стимулатион дуринг оператионс он тҳе лумбар спине усинг лосал анестҳесиа // Ортҳоп. Слинисс. Нортҳ. Ам. - 1991. - Вол.22, №2. - П. 181-187.

200. Легер Ж.М. Мултифосал мотор неуропатҳй анд чронис инфламматорй демелинатионг полйрадисулонеуропатҳй // Суррент Опинион ин Неурологй. - 1995. - Вол.8, №5. - П. 359-364.

201. Левеилле С.Г., Зҳанг Й.Қ., Мс. Муллен W. эт ал. Цех дифференсес ин мусслескелетон паин ин олдер дует // Паин. - 2005. - Вол.116, №3. - П. 332-339.

202. Левит К. Манипулативе тҳерапй ин реҳабилитатион оф

тхе мотор сйстем - Буттервортхс, 1985.

203. Левит К., Симонс Д.Г. Мёфассиал паин: релиеф бй постисометрис релакатион // Арчивес оф Пхйсисал Медисине анд Реҳабилитатион. - 1984. - Вол. 65. - П. 452.

204. Марсус Д.А., Счарфф Л., Мерсер С. Нонпхармасологисал трeatмент фор миграине: инсрементал утилитй оф пхйсисал тхерапй витх релакатион анд тхермал биофеедбаск // Епхалалгиа. - 1998. - Вол.18, №5. - П. 266-272.

205. Маер Х.М., Броск М. Персутанеоус лумбар диссестомй - тхе Берлин течникуе. Спрингер. Берлин. Хеиделберг // New Ёрк. - 1999. - П. 107-117.

206. Маер Х.М., Броск М., Берлиен Х.П. Персутанеоус эндоссопис ласер диссестомй: А new сургисал течникуе фор нон-секуестратед лумбар диссс // Аста. Неурочирургиса. - 1992. - Вол.54. - П. 53-58.

207. МсСабе Э.Р. Генетис ссреенинг фор тхе нехт десаде: Апплисатион оф пресент анд new течнологиес // Яле Ж. Биол. Мед. - 1991. - Вол.64, №1. - Р. 9.

208. МсСлеане Г. Тописал аналгесисс // Медисал Слинисс оф Нортх Америса. - 2007. - Вол. 91, №1. - П. 125-139.

209. Менсе С. Патхопхйсиологй оф лow баск паин анд транситион то тхе чронис стате - эхпериментал дата анд new сонсептс // Счмерз, Дер. - 2001. - Вол.15. - П. 413-417.

210. Менсе С., Хохеисел У., Рейнерт А. Биочемисал патхогенесис оф мёфасиал паин // Жоурнал оф Муссулоскелетал паин. - 1995. - Вол.3, Суппл.1. - П. 102.

211. Мерскей Х., Богдук Н. Слассифисатион оф чронис паин // И.А.С.П. Пресс, Сеаттле. - 1994.

212. Мичаел Ж. Берридге, Петер Липп, Мартин Д. Боотман Натуре Ревиевс Молесулар // Селл. Биологй. - 2000. - Вол.1, №1. - П. 11-21.

213. Мизисин А.П., Повелл Х.С. Тохис неуропатхисес // Суррент Опинион ин Неурологй. - 1995. - Вол.8, №5. - П. 367-373.

214. Мосманн Т.Р., Сад С. Тхе эхпандинг универсе оф Т-селл субсетс: Тх1, Тх2 анд море // Иммунол. Тодай. - 1996. - №17. - П. 138-146.

215. Муссулоскслетал Дисордерс: Суррент Перспестивес анд Футуре Проспсеб // Тхе Слинисал Жоурнал оф Паин. - 2001. -

Вол.17. - П.4.

216. Мйлиус В, Кунз М, Счепелманн К, Лаутенбачер С. Цех дифференсес ин носисептиве витхбравал рефлех анд паин персептион // Соматосенс мотор рес. - 2005. - Вол.3, №22. - П. 193-207.

217. Ньюсом-Давис Ж., Миллс К.Р. Иммунологисал ассосиатионс оф аскуиред неуромётониа (Исаассъс сйндроме). Репорт оф фиве сасес анд литературе ревиюу // Браин. - 1993. - Вол.116, №2. - Р. 453.

218. Ниелсон W.P., Веир Р. Биопсйчососиал апроачес то тхе третмент оф чронис паин // Слин. Ж. Паин. - 2001. - Вол.17, Суппл.4. - П. 114-127.

219. Окада Ф. Асуге пандйсаутДномиа: Паст анд пресент // Ж. Неурол. - 1990. - Вол.237, №4. - П. 237-277.

220. Окада Х., Хонда М., Оно Х. Метход фор ресординг спинал рефлех эсинмисе: эффестс оф тхйротропинрелеасинг хормоне, ДОл, толперисоне анд баслофен он моносйнаптис спинал рефлех потенциалс // Жпн. Пхармасол. - 2001. - Вол.80, №1. - П. 134-136.

221. Омололу Б., Алонге Т.О., Огунладе С.О. эт ал. Доубле блинд слинисал триал сомпаринг тхе сафетй анд эффисасй оф нимесулиде (100мг) анд дислофенас ин остеоартхросис оф тхе хип анд кнее жоинтс // Вест. Афр. Ж. Мед. - 2005. - Вол. 24, №2. - П. 128-133.

222. Писавет Х.С.Ж., Хоейманс Н. Хеалтх релатед куалитй оф лифе ин мултипле муссулоскелетал дисеасес: СФ-36 анд ЭК-5Д ин тхе ДМС3 стадй // Анн. Рхеум. Дис. - 2004. - Вол.63. - П. 723-729.

223. Похжолаинен Т., Жекунен А., Аутио Л. эт ал. Третмент оф асуге лов баск паин витх тхе COX₂-селестиве анти-инфламаторй друг нимесулиде: резултс оф а рандомизед, доубле-блинд сомпаративе триал версус ибупрофен // Спине. - 2000. - Вол.25, №12. - П.1579-1585.

224. Рапсенберг М.Л., Хикенс С.М., Виеренга Э.А. Тхе роле оф антиген-пресентинг селлс ин тхе регулатион оф аллерген-спесифис Т селл респонсес // Сурр. Опин. Иммунол. - 1998. - №10. - П. 607-613.

225. Райнор Э.М., Росс М.Х., Шефнер Ж.М. Престон Д.С. Дифференциатион бетвеен ахонал анд демелинатионг неуропатхис: идентисал сегментс ресордед фром прохимал анд

дистал мусслес // Муссле Нерве. - 1995. - Вол.18. - П. 402-408.

226. Ромагнани С. Хуман ТХ1 анд ТХ2 субсетс: регулатион оф дифференциатион анд роле ин протестион анд иммунопатхологй // Инт. Арч. Аллергй. Иммунол. - 1992. - Вол.98. - П. 279-285.

227. Ромагнани С. Лимпхокине продустион бй хуман Т селлс ин дисеасе статес // Анну. Рев. Иммунол. - 1994. - №12. - П. 227-257.

228. Ромагнани С. ТХ1 анд ТХ2 ин хуман дисеасес // Слин. Иммунол. Иммунопатх. - 1996. - Вол.80. - П. 225-235.

229. Роппер А.Х., Виждискс Иж. Ф.М., Шахани Б.Т. Элестродиагностис абнормалитиес ин 113 сонсесутиве пациентс витх Гуиллаин - Барре сйndrome // Арч. Неурол. (Чис). - 1990. - Вол.47, №8. - П. 881-887.

230. Росс Ж.С., Масарйк Т.Ж., Счрадер М. эт ал. МР имагинг оф стоперативе лумбар спине: ассесмент витх гадопентетате негхимине // Амер. Ж. Роентгенол. - 1990. - Вол.155. - П. 867-872.

231. Россигнол М., Арсенаулт Б., Дионе С. эт ал. Слинис ин лов баск паин ин интердисциплинарй прастисе (СЛИП) гуиделинес. - Монтреал, 2007. - 41 п.

232. Сачс С.Ж. Орал аналгесисс фор асуге нонспесифис паин // Ам.Фам. Пхйсисиан. - 2005. - Вол.71. - П. 913-918.

233. Садоугхи А. Лов баск паин // Семин. Анестх. - 2003 - Вол.22. - П. 159-167.

234. Сакитама К., Озава Й., Аото Н. Эффестс оф а неу сентраллй астинг муссле релакант, НК433 (ланперисоне хйдрочлориде) он спинал рефлехес // Эур. Ж. Пхармасол. - 1997. - Вол.337, №23. - П. 175-187.

235. Сарафино Э.П., Гоехринг П. Аге сомпарисонс ин аскуиринг биофеедбаск сонтрол анд суссесс ин редусинг хеадаче паин // Анн. Бежав. Мед. - 2000. - Вол.22, №1. - П. 10-16.

236. Счаефер М., Моуса С. А., Стеин С. Счаефер М. Сортиотропин-релеасинг фастор ин антиносисептион анд инфламматион // Эуроп. Ж. Пхармасол. - 1997. - Вол.323, №1. - П. 1-10.

237. Счнитзер Т.Ж., Ферраро А., Хунсче Э. эт ал. А сомпрехенсиве ревиеш оф слинисал триалс он тхе эффисасй анд сафетй оф другс фор тхе трeatмент оф лов баск паин // Ж. Паин Сймптом Манаге. - 2004. - Вол.28. - П. 72-95.

238. Сеи Й. Галлагхер К., Далй Ж. W. Мултипле эффестс оф саффеине он Са2~т- релeасе анд инфлух ин хуман В лимпхоцитес

// Селл. Салсиум. - 2001. - Вол.29. - П. 149-160.

239. Шарроск Н.Е., Уркухарт Б., Минео Р., Эхтрадурал анестхесиа ин пациентс витх превиоус лумбар спине сургерй // Бр. Ж. Анаестх. - 1990. - Вол.65, №2. - П. 237-239.

240. Шееан Г.Л., Муррай Н.М.Ф. Элестродиагносис // Суррант Опионион ин Неурологй. - 1995. - Вол.8, №5. - П. 339-345.

241. Симонс Д.Г., Хонг С.З., Симонс Л.С. Натуре оф мёфассиал триггер поинтс, астиве лоси // Жоурнал оф муссулоскелетал паин. - 1995. - Вол.3, Суппл.1. - П. 62.

242. Смеал W.Л. Сонсервативе манагемент оф лов баск паин, партИ. Диссогенис/радисулар паин // Дисеасае Монтх. - 2004. - Вол.50. - П. 636-669.

243. Снейдер Д.Л., Доггетт Д., Туркелсон С. Треатмент оф деген эративе лумбар спинал стеносис // Америсан Фамилй Пхйсисиан. - 2004. - Вол.70. - П. 517-520.

244. Сowa Г. Фасет-медиатед паин // Дисеасае-а Монтх. - 2005. - Вол.51. - П. 18-33.

245. Тассорелли С., Гресо Р., Сандрини Г. эт ал. Сентрал компонентс оф тхе аналгесис/антихйпералгесис эффест оф нимесулиде: студиес ин анимал моделс оф паин анд хйпералгесиа // Другс. - 2003. - Вол.63, Суппл.1. - П. 9-22.

246. Тетзлафф Ж.Е., Ёҳара Ж., Белл Г. эт ал. Инфлуенсе оф бариситй он тхе оутсоме оф спинал анестхесиа витх бупивасаине фор лумбар спине сургерй // Рег. Анаестх. - 1995. - Вол.20, №6. - П. 533-537.

247. Тетзлафф Ж.Е., Ёҳара Ж.Ф., Ёон Х.Ж. эт ал. Хеарт рате вариабилитй анд тхе проне поситион ундер генерал версус спинал анестхесиа // Ж. Слин. Анаестх. - 1998. - Вол.10, №8. - П. 656-659.

248. Тетзлафф, Ж.Е., Дилгеи Ж.А., Кодсй М. эт ал. Спинал анестхесиа фор элестиве лумбар спине сургерй // Ж. Слин. Анаестх. - 1998. - Вол.10, №8. - П. 666-669.

249. Тручон М., Соте Д. Предистиве валидитй оф тхе чронис паин сопинг инвенторй ин субасуте лов баск паин // Паин. - 2005. - Вол.116, №3. - П. 205-212.

250. Тручон М., Филлион Л. Биопсйчососиал детерминантс оф чронис дисабилитй анд лов-баск паин: а ревиеш // Ж. оссупасионал реҳабилитат. - 2000. - Вол.10. - П. 117-142.

251. Туллберг Т., Исассон Ж., Веиденхйелм Л. Доес

мисроссопис ремовал оф лумбар дисс ҳерниатион леад то беттер резултс тҳан тҳе стандарт проседуре? // Спине. - 1993. - Вол.18, №1. - П. 24-27.

252. Ван Тулдер М., Бескер А., Беккеринг Т. эт ал. Эуропаан гуиделинес фор тҳе манагемент оф асуге нонспесифис лow баск паин ин примарй саре // Эур. Спине Ж. - 2006. - Вол.15, Суппл.2. - П. 169-191.

253. Вадделл Г. А new слинисал модел фор тҳе трeatмент оф лow-баск паин // Спине. - 1987.-Вол.12. - П. 632-644.

254. Вадделл Г. Тҳе Баск Паин Револютион // эд. бй Г.Вадделл. - Элсевиер Эдинбургх, 2004. - П. 221-239.

255. Валл П., Мелзаск Р. Тeхтбоок оф Паин, 4тх сд.. //Чурчилл Ливингстоне, 1999. - П. 1143-1153.

256. Вилбоурн А.Ж. Сенсорй Нерве Сондустион Студиес (Рeвиeу) // Ж. Слин. Нeурoпхйсиол. - 1994. - Вол.75. - П. 25-28.

257. Волф Ф., Катз Р.С., Мичауд К. Жам паин: итс преваленс анд меанинг ин пациентс витх рхеуматoид артхритис, остеоартхритис анд фибромялгия // Ж. Рхеуматол. - 2005. Вол.12, №32. - П. 2421-2429.

258. Woолф С., Маннион Р. Нeурoпатхис паин: аeтиологй, сймптомс, мeчанисмс, анд манeгeнeнт // Лансет. - 1999. - Вол.353. - П.1959-1964.

259. Яяма Т., Баба Х., Фурусaвa Н. эт ал. Патхoгeнeсис оф салсиум срйстал депoситион ин тҳe лигаментум флавум соррелатeс витх лумбар спинал санал стeносис // Слин. Эхп. Рхеум. - 2005. - Вол.23. - П. 637-643.

260. Зелле Б.А. Сасроилиас жоинт дйсфунстион: эвалуатион анд ман агeмeнт // Слин. Ж. Паин. - 2005. - Вол.21. - П. 446-455.

МОНОГРАФИЯ

САМИЕВ АСЛИДДИН САЙИТОВИЧ

**БЕЛ СОҲАСИ СПОНДИЛОГЕН РАДИКУЛОПАТИЯЛАРИДА
РЕАБИЛИТАЦИОН ТАДБИРЛАР**

Ответственный редактор — Шерзод САЙДАЛИЕВ
Корректор — Мафтуна ЮСУПОВА
Технический редактор — Акмал КЕЛДИЯРОВ
Дизайн и верстка — Алишер РАХМАТОВ

ISBN: 978-9943-6592-0-9

Отпечатано в типографии Самаркандского
государственного медицинского института 140100.
г. Самарканд, ул. Амир Темура, 18.

Подписано в печать 28.10.2020 г. Протокол 3
Формат 60x84^{1/16}. Гарнитура “Самбрия”. йсл. печ. л. 6,05.

Тираж: 500 экз. Заказ № 176 от 03.12.2020 г.

Тел/фах: 0(366)2330766 э-майл: samgmi@manl.pu, www.sammi.uz



САМИЗВ

Аслилдин Сайыпович

СамДТИДКТО

неврология ва

нейрохирургия курен

ассистенти, т.ф.н