

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

Қулёзма ҳуқукида
УДК – 616.721.1-007.43

РОЗЗОҚОВ ДИЛМУРОД ТОҒАЙМУРОДОВИЧ
**Бел умуртқалари диск чурраларини эрта жарроҳлик усулида
даволашнинг мезонлари**
5А510114 – «Нейрохирургия»

ДИССЕРТАЦИЯ МАГИСТР АКАДЕМИК
ДАРАЖАСИНИ ОЛИШ УЧУН ЁЗИЛГАН

Илмий раҳбар:
Ассистент, т.ф.н., Халикулов Э.Ш.

ТАШКЕНТ – 2018

АННОТАЦИЯ

Бел умуртқалари диск чурраси одатда табиий йуналишига мос холда, белнинг пастки қисмидаги оғриқ ҳамда радикуляр оёқ оғриғига олиб келади. Бироқ ҳозирда касалликнинг эрта босқичларида унинг клиник кўриниши ва диогностик ташхисий критерияларига кўра қайси беморда хирургик даво муолажасини тавсия этишни аниқлашнинг имкони йуқ.

Биз белнинг пастки қисмида оғриқ бўлган аммо медикаментоз даво олмаган ва охир оқибат классик замонавий хирургик давони бошидан ўтказиши мумкин бўлган беморларни демографик, клиник ёки ташхисий хулосаларини ва хирургик давога олдиндан кўрсатувчи қийматларини шакллантирдик.

134 та бемор ичида 80.6% бемор консерватив даво билан соғайди. 19,4% беморга хирургик даво кўлланилди. Уларда жинс, яшаш жойи, босилган илдиз жойи, MODIC буйича ўзгаришлар мавжудлиги, остеофитлар иккита гуруҳ орасида ҳам унчалик фарқ қилмасди. Аксинча орқа мия суюқлиги тўсиғи, чурранинг ўрта чизиққа нисбатан жойлашиши ва чурра типи хилма хиллиги фарқ қилади. Хирургик гуруҳда диск чуррасининг олд ва орқа қисмлар ўлчами анча юқорироқ эди. Шу вақтда умуртқалароро тешик баландлиги ҳамда дурал копча диаметр анча кичикроқ эди.

Бел умуртқалари диск чурралари белгилари бўлган беморларда дастлаб консерватив даволаш юқори даражада тавсия этилсада бу изланиш натижалари шуни кўрсатдики Пфирман даражасининг юқорилиги, латерал жойлашган диск чурраларининг экструзияси ва протрузияси типлари ҳамда каттароқ қисмларида консерватив давонинг натижасиз эканлигини олдиндан кўрсатиб бериш мумкин. Шу йул билан заруриятсиз узоқ давом этувчи (4-8 ҳафта давомида) консерватив давонинг олдини олиш мумкин.

Калит сўзлар: Умуртқалароро дискнинг жойлашувини ўзгариши, МРТ, консерватив даво, хирургия.

АННОТАЦИЯ

Грыжа межпозвонковых дисков, как правило проявляется в виде болей в пояснице или радикулярных болей в ноге. Однако до настоящего времени не существует критериев клиники и диагностики позволяющих рекомендовать хирургическое лечение на ранних этапах заболевания.

Нами обозначены клинико-диагностические признаки указывающие на раннее хирургическое вмешательство больным не получавшим консервативное лечение по поводу поясничных болей.

Из 134 больных 80.6% излечились консервативной терапией. 19,4% больных пролечены хирургическим методом. У больных изучали пол, возраст, сдавленный корешок, остеофиты, изменения по Pfirrmann не имели значимых различий между группами. Наоборот, блокада субарахноидального пространства, расположение грыжи диска по отношению к срединной линии и тип грыжи имели значимые различия. В группе больных пролеченных хирургическим путем размеры грыжи и дурального мешка были существенно выше.

Хотя больных с признаками грыж поясничных межпозвонковых дисков рекомендуется лечить прежде всего консервативным методом, наши исследования показали, что уровень показателя Пфирманна, латеральное расположение грыжи диска и её экструзия могут показать заранее неэффективность консервативной терапии грыж поясничных межпозвонковых дисков. Таким образом, можно избежать бесполезное, длительное (продолжительность 4-8 недель) консервативное лечение.

Ключевые слова: Грыжа поясничных межпозвонковых дисков, МРТ, консервативное лечение, хирургия.

ANNOTATION

Evaluate clinical and imaging factors which may predict the risk of failure of medical therapy in patients with lumbar disc herniation.

Lumbar disc herniation is a common cause of low back pain and radicular leg pain, with a generally favorable natural course. At present, however, it is not possible to identify patients who may be candidates for surgery in an early stage of their disease by means of clinical signs or diagnostic imaging criteria.

We designed a study investigating patients with untreated low back pain to assess the predictive value of demographic, clinical or imaging findings in identifying patients who finally would meet the classic current criteria for surgery.

Among 134 patients, 80.6% were successfully treated with conservative therapy and 19.4% finally underwent surgery. Sex, occupation, involved root level, presence of Modic changes, osteophytes or annular tears were not significantly different between the 2 groups, while cerebrospinal fluid block, Pfirrmann's grade, location of herniation with regard to the midline, and type of herniation were significantly different. Anteroposterior fragment size was significantly higher and intervertebral foramen height and thecal sac diameters were significantly lower in the surgical group.

Although it is strongly recommended to practice conservative management at first for patients with lumbar disc herniation symptoms, the results of this study shows that higher Pfirrmann's grade, more laterally located discs, extrusion and protrusion herniation types, and larger fragments could predict the risk of conservative treatment failure. This way, unnecessarily prolonged conservative management (beyond 4–8 weeks) may be precluded.

Key words: Intervertebral disc displacement; Magnetic resonance imaging; Conservative therapy; Surgery

МУНДАРИЖА

ШАРТЛИ ҚИСҚАРТМАЛАР КЎРСАТГИЧИ.....	4
КИРИШ.....	5
БОБ1. БЕЛ УМУРТҚАСИ ДИСК ЧУРРАСИНИ ЖАРРОХЛИК УСУЛДА ДАВОЛАШ МАСАЛАСИНИНГ ХОЗИРГИ ХОЛАТИ (АДАБИЁТЛАР ШАРХИ).....	7
1.1. Соғлиқни сақлаш соҳаси реформаси, тиббий хизмат сифатини ошириш ва аҳоли соғлиғини мустахкамлаш.....	9
1.2. Диск чуррасини жаррохлик даволаш масаласининг ҳозирги ҳолати.....	12
БОБ 2. МАТЕРИАЛ ВА УСУЛЛАР.....	23
2.1. Клиник материалнинг умумий характеристикаси	23
II БОБГА ХУЛОСА.....	39
БОБ 3. ТЕКШИРИШ НАТИЖАЛАРИ ВА УНИНГ МУХОКАМАСИ.....	40
3.1. Консерватив ва жаррохлик даволаш натижалари.....	45
III БОБГА ХУЛОСА.....	58
ХОТИМА	59
ХУЛОСА	62
АМАЛИЙ МАСЛАХАТЛАР	63
ЧОП ЭТИЛГАН МАҚОЛАЛАР РЎЙХАТИ	64
ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ	65

ШАРТЛИ ҚИСҚАРТМАЛАР КЎРСАТКИЧИ

МРТ – магнит резонанс томография

УДЧ – умуртқалараро диск чурраси

СУ – сагиттал ўлчам

КУ – кўндаланг ўлчам

МСКТ – мултиспирал компьютер томография

УТС – умуртқа таянч сегменти

КИРИШ

ДОЛЗАРБЛИГИ. Умуртқалараро диск чурраси бел ва оёқлардаги оғриқларнинг асосий сабабчиларидан биридир. Улар 40%дан ортик катта ёшдаги аҳолида учраши мумкин. Хозирги вақтда диск чуррасининг келиб чиқиш сабаби полиэтиологик. Аксарият ҳолларда касалликнинг дастлабки белгилари консерватив даво вақтида 4-6 ҳафтадан сунг йуқолади (2-5). Бунда 20% беморлар кейинчалик жаррохлик муолажасига мухтож бўлади. Бироқ айни вақтда мавжуд клиник ва нейровизуализацион белгилар асосида касалликнинг эрта даврида жаррохлик муолажасига кўрсатма қуйиш мумкин эмас. Касалликнинг дастлабки белгиларидаёқ медикаментоз ва физиотерапевтик муолажалар жаррохлик муолажасидан аввал келиши керак. Айрим жаррохлар касалликнинг дастлабки белгиларидан жаррохлик муолажасини бажаришни 4 ҳафтадан 8 ҳафтагача кутишади. Бироқ каудал синдром, ҳаракатланишнинг прогрессив сусайиб бориши, кучли оғриқларнинг сақланиши, юқоридаги муддатнинг тугагунича жаррохлик муолажасини талаб этиши мумкин. Шу билан бирга айрим муаллифлар узок муддатли консерватив даводан сўнг жаррохлик муолажасининг самарадорлигини сусайишини таъкидлашган. Хулоса қилиб айтганда яхши натижаларни олиш мақсадида ҳар бир бемор учун консерватив ёки жаррохлик муолажаси хусусида прогноз қилиш фойдали бўлади.

ТАДҚИҚОТ МАҚСАДИ. Касалликнинг дастлабки белгиларидаёқ жаррохлик муолажасини бажариш йули билан даволаш самарадорлигини ошириш.

1. Бел умуртқалари диск чурралари дастлабки белгилари бўлган беморларда ёши, жинси, клиник-неврологик ва МРТ белгиларини ўрганиш ва аниқлаш.

2. Консерватив муолажалар самарасиз бўлган беморларда жаррохлик муолажасини танлаш имконини берувчи мезонларни аниқлаш.

3. Жаррохлик муолажаси натижаларини ўрганиб чиқиш.

ИЛМІЙ ЯНГИЛИГИ. Диск чурраларини эрта даврда жаррохлик муолажасини бажариш имконини берувчи мезонлар аниқланди.

АМАЛИЙ АХАМИЯТИ. Касалликни дастлабки белгилариданок беморларни жаррохлик муолажасига танлаш имкони бўлади. Самарасиз консерватив муолажанинг муддати камида 1-2 ойга қисқаради.

Диссертация структураси

Диссертация компьютерда терилган. Кириш, адабиёт шархи, материал ва методлар, тадқиқот натижалар, якуний қисм, хулоса ва амалий маслахатлар қисмларидан иборат. Библиографик курсатгич ва бир нечта адабиётдан, шу жумладан ўзбек ва чет эл адабиётдан иборат. Диссертация жадвал ва суръат билан тўлдирилган.

БОБ I. АДАБИЁТЛАР ШАРХИ

1.1. Соғлиқни Сақлаш тизими реформаси, тиббий хизмат сифатини яхшилаш ва аҳоли соғлиғини тиклаш.

Хозирги вақтда Ўзбекистонда она ва бола соғлиғини сақлаш аҳолини соғлиғини сақлаш ва ўсиб келаётган ёш авлод баркамол ривожланишининг миллий дастурини муҳим буғинларидан бири ҳисобланади [2].

Жамият тарафидан қўллаб-қувватланган «Соғлом она – соғлом бола» шиори аҳолининг барча қатламига мурожаат бўлиб, давлат даражасидаги масалага кўтарилди.

Мустақиллик йиллари давомида яратилган пойдевор устига янгиланган соғлиқни сақлаш тизими кўрила бошлади [1].

Мазмун жихатидан тамомила янги тизим шаклланиб унда бепул юқори малакали тез-тиббий ёрдам ихтисослашган вилоят, туман ва шаҳар буғинлар энг юқори жаҳон стандартларига мослиги кўрсатилди ва уларни бошқариш ва мувофиқлаштириш Республика тез тиббий ёрдам илмий маркази зиммасига юклатилди [3].

Аҳоли соғлиғини сақлаш тизимини такомиллаштиришда ўта муҳим рол эгалловчи бирламчи тиббий ёрдам зиммасига юклатилган бўлим уни 3200 та қишлоқ врачлик пунктлари олиб боради ва унда умумий амалиёт шифокорлари фаолият олиб боришади.

Вилоят ва туман кўп тармоқли шифохоналари ва поликлиникалари оптимизация қилиниб, уларнинг ўрнида компакт, асбоб – ускуналар ва кадрлар билан яхши таъминланган туман тиббиёт бирлашмалари ташкил қилинди [2].

Хозирги босқичда юртимизда 10 ихтисослашган илмий амалий тиббиёт марказлари танилган тиббий мактаблари заминида ташкил этилди. Булар

кардиология ва кардиохирургия, акушерлик ва гинекология, урология, офтальмология, пулмонология ва фтизиатрия, эндокринология ва бошқа йуналишларни ўз ичига олди. У ерда юқори малакали кадрлар жамланиб, улар аҳолига юқори технологик тиббий хизматни замонавий техника ёрдамида амалга оширади [3].

Ўтган йиллар мобайнида барча ҳаракатлар соғлом авлод туғилиши ва камол топиши учун йулга қуйилган эди. Натижада соғлом генофонд шакллантирилиб, аҳолии умри ва сифати яхшиланди.

Соғлом оилани шакллантириш ирсий касалликарнинг олдини олиш мақсадида мамлакатда турмуш қуришдан аввал мажбурий тиббий кўрик тизими йулга қуйилди [1].

Хозирги вақтда Ўзбекистоннинг деярли барча вилоятларида она ва бола перинатал ва скрининг марказлари фаолият юритмокда. Барча хомиладор аёллар қишлоқ ҳудудида давлат бюджети ҳисобидан поливитаминлар билан таъминланади. Бу меҳнатнинг натижаси сифатида 2000 йилдан кейин болаларда наслий ва туғма касалликларининг 1,7 баробар камайишига олиб келди.

Республикада икки ёшгача болаларнинг барчаси бепул вакцинация қилинади, бу эса кокшол, дифтерия, полиомиелит каби касалликларнинг тўла йуқолишига олиб келди. Деярли 100 фоиз бола 14 ёшгача тўлиқ чуқур текширувдан ўтади, фертил ёшдаги аёллар эса – ҳар йили [1].

Кўрилган чоралар натижасида оналар ва болалар ўлими мамлакатимизда охириги 20 йил ичида уч баробар камайди. Ўзбекистон дунё рейтингига «Болаларни сақлаймиз» халқаро ташкилотининг рейтингига 161 давлат орасида 9 – ўринни эгаллаб турибди, бу эса ўсиб келаётган ёш авлодга ғамхўрлик юқори даражадалигини кўрсатади. [2].

Ўзбекистонда бирламчи тиббий ёрдам бепул. Шу ўринда тез-тиббий, педиатрик, туғруқ билан боғлиқ ёрдам ва бир талай социал касалликлар – онкологик, инфекцион ва б.қ, бепул бажарилади [3].

Шу билан бирга замонавий тиббий ёрдам қиммат тиббий асбоб-ускунанинг ишлатилишига асосланган ва доимий таъмирлашни талаб этади, қимматбаҳо дори препаратлари ишлатиш талаб этилади, бу эса пуллик ва бепул тиббий ёрдамни биргаликда қўллашни талаб этади.

Ўзбекистон президенти И.А.Каримов таъкидлаганидек «Буюк давлатни фақат соғлом миллат, соғлом авлод қура олади».

Следовательно, постольку, поскольку идея здорового поколения определяется приоритетной задачей современного общества, для воспитания подрастающего поколения здоровым и гармонично развитым потомством, прежде всего, необходимо формировать в них здоровое сознание.

Соғлом фикр бир неча таркибий қисмлардан иборат, яъни социал ва иктисодий бирликлар тиббий, жисмоний, маънавий ва мафкуравий соғлиғини таъминлайди.

Ўзбекистоннинг умуммиллий мафкураси булмиш баркамол авлодни шакллантириш масаласида бир қанча узиға хос хусусиятлар намоён бўлади. Давлатимиз президенти Ш.М.Мирзиёев 2017 йил давомида соғлиқни сақлаш масаласида учта видеоселектор йиғилиш ўтказди. Аҳоли эътирозига сабаб бўладиган камчиликларни тиббиётда бартараф этиш учун бир неча топшириқлар берилган. Бу борада дастурнинг бажарилиши бир неча тарафдан кўриб чиқилди.

Давлатимиз бошлиғи Қорақалпоғистон Республикасига ташриф буюрганида шифохона, поликлиника ва қишлоқ врачлик пунктларини кўздан кечириб, замонавий клиникаларни қуришга топшириқ берди.

Тиббий хизмат сифатини яхшилаш, соҳа ривожланиши ва уни кенгайтириш мақсадида 30 га яқин фармон ва қарорлар келтирилган. «Биз кўп ишларни бажаришимиз керак, аҳолини сифатли ва арзон дори дармонлар билан таъминлашимиз зарур, тез тиббий ёрдам хизматини яхшилаш, ихтисослашган тиббий ёрдам сифатини яхшилаш, хусусий тиббиётни ривожлантириш ва бирламчи тиббиёт бўғимини ривожлантириш керак» - ўз чиқишида Шавкат Мирзиёев эълон қилди.

Йиғилишда тегишли идора ва соҳа мутассадиларининг маълумоти тингланди.

Бирламчи тиббий ёрдам хизматини такомиллаштириш соҳасида 793 кишлоқ врачлик пунктлари асосида кишлоқ оилавий поликлиникалари ва 441 тез тиббий ёрдам пунктлари ташкил этилди. 658 та ёпилган кишлоқ врачлик пунктлари бинолари шифокорларга хизмат турар жойлари сифатида берилган. Бундан ташқари 5 тор мутахассислик йуналишида кишлоқ оилавий поликлиникаларида ва 10 та мутахассислик йуналишида Тошкент оилавий поликлиникаларида фаолияти ташкил этилди. Кадрлар таъминотини яхшилаш мақсадида 3197 ёш кадрлардан тиббий олий таълим муассасаларининг 79 фоизи ишга қабул қилинди.

Мухтарам прездентимиз Шавкат Мирзиёев таъкидлашича, аҳолининг мурожаатлари соҳада анча ишлар бажарилиши зарурлигини кўрсатади.

Долзарб муаммолар орасида – тиббий хизмат сифатининг туманларда етарли даражада эмаслиги дея таъкидлади давлатимиз президенти. Тан олиш зарурки, вилоятлардан аҳолии Тошкентга юқори технологик операцияларни олиш учун келиши зарур ва бу ҳолат аҳолии тарафидан ҳақли эътирозига сабаб бўлмоқда.

Йиғилишда етакчи мутахассислардан вилоятларда фаолият юритмокчи бўлган кадрлардан 134 нафар кадр танлаб олинди.

Улар вилоятлар кўп тармоқли тиббиёт марказлари раҳбарлари сифатида юборилди, шу жумладан болалар, эндокринологик, кардиологик, туберкулезга қарши, тери-таносил диспансерлари, онкологик марказлари ва инфекцион касалликлар шифохоналарига.

Агар 2016 йили 806 та тез тиббий ёрдам станциялари бўлса, 2017 йили уларнинг сони 2100 дан ошди. Бу уз навбатида чақирувларга ўз вақтида етиб боришга самарали ёрдам беради.

Социал касалликлар дунё тиббиётида долзарб муаммони ташкил этади. Давлатимизда алоҳида дастурлар ишлаб чиқилиб, Президентимиз қарорлари

соғлиқни сақлаш соҳасида қабул қилинган. Вилоятларда республика ихтисослашган марказлар филиаллари ташкил этилди.

50 дан ортиқ ватандошларимиз чет эл клиникаларида фаолият олиб бориб туриб, ўз юртига қайтиб келишди.

Давлатимиз Президенти қарори билан тиббий олий таълим муассасаларида бакалаврият йуналиши бўйича ўқиш 7 йилдан 6 йилга камайди, «Тиббий профилактика» йуналиши бўйича эса – 6 йилдан 5 йилга камайтирилди.

Тиббий таълим тизимини халқаро стандартларга яқинлаштириш ва келтириш зарурлиги, жойларда кадрлар билан таъминлаш мақсадида Давлат бюджетидан харажатларни сарфлаш назарда тутилади.

Давлатимиз президенти фармойиши асосида инвалидларни қўллаб қувватлаш давлат тизими такомиллаш мақсадида 8,4 минг инвалид протез ортопедик маҳсулотлар билан текин таъминланди. 9,3 мингдан ортиқ мухтожлар – ёлғиз қариялар, пенсионерлар ва инвалидлар бепул соғломлаштириш курсларини санаторияларда ўтади.

Хукумат қарорлари асосида хусусий тиббий хизмат йуналишлари 50 тадан 126 тага кўпайтирилди. Чет эл билан ҳамкорликда биргаликда корхоналар ташкил этилмоқда. Тошкентда ва Жиззахда Жанубий Корея, Хиндистон, Туркия билан, Фарғонада, Қарши ва Қумқургонда Хиндистон билан қўшма корхоналар тузилди. Утган 9 ой ичида хусусий тиббий ташкилотлар 400 тага ошиб, уларнинг умумий сони 3860 тадан ошди. Булар хусусий корхоналарга берилган бир қанча имтиёзлар натижасидир.

Мазкур йилда «Ўзфармсаноат» концерни тарафидан 76 турдаги маҳсулотнинг ишлаб чиқарилиши йулга қуйилган. 2011 йилдан буён тиббий асбоблар ва дори дармонлар ишлаб чиқиш 4 баробарга ошди.

Янги юқори технологик фармацевтик маҳсулот ишлаб чиқишни таъминлаш мақсадида, Ўзбекистон реконструкция ва ривожланиш фондидан 250 миллион долларга кредитлар ажратилди. 70 дан ортиқ инвестицион

проектлар ишлаш бошланиб унга 400 миллион доллардан ортиқ сарф қилинди ва уларнинг 33 таси шу йилда якунига етади.

Юртбошимиз тарафидан қабул қилинган «Нукус-фарм, Зомин-фарм, Косонсой – фарм, Сирдарё – фарм, Бойсун-фарм, Сирдарё-фарм, Бустонлик-фарм ва Паркент-фарм эркин экономик ҳудудларни ташкил этиш ҳақида» ги қарорни аввало фармацевтик соҳани ривожлантириш, дори-дармонларни бозорини юқори сифатли маҳсулот билан тўлдириш ва дори ҳамда тиббий маҳсулотлар экспортини ривожлантириш кўзда тутилган.

Ушбу йуналишдаги ишлар ўз самарасини бермокда. Масалан, фармацевтик маҳсулот экспортининг 40% га ошиши, юқори технологияларни ишлаб чиқаришда тадбиқ қилиниши натижасида битта ходим ишлаб чиқариш қобилияти 35% га ошди, мамлакатимиз фармацевтик корхоналари томонидан ишлаб чиқилган дори-дармонлар ассортименти 2,3 минг бирликни ташкил этди.

Мажлисда уз ечимини кутаётган бир неча актуал масалалар кўриб чиқилди. Хусусан, аҳолини патронажи қамраб олинишини яхшилаш, айниқса қишлоқ шароитида, бирламчи тиббий-санитария ёрдами ташкилотларнинг моддий-техник базасини яхшилаш, уларнинг стационар ташкилотлар билан узвий боғлиқлигини таъминлаш. Жавобгар шахсларга тегишли топшириқлар берилиб, соғлиқни сақлашни хусусий секторини ривожлантириш топширилган.

Тез тиббий ёрдам хизматининг кейинги ривожланишига алоҳида эътибор қаратилди. Скрининг марказларнинг моддий – техник базасини яхшилаш, протез-ортопедик маҳсулотларнинг ва реабилитацион ускуналарнинг сифатини яхшилаш ҳам четда қолмади. Соғлиқни сақлаш тизимидаги қурилиш-ремонт ишларининг проект-смета ҳужжатларини тузиш жараёнини қайта кўриб чиқиш, чет эл инвестицияларини ва юқори квалификацияли кадрларни хусусий тиббиётда жалб этиш зарур.

Аҳолини патронаж ва диспансеризация билан тўла қамраб олиш, она ва бола скрининг ва тиббий-генетик хизматининг такомиллаштириш мақсадида 2018-2022 йилларга Давлат дастурини ишлаб чиқиш назарда тутилган.

Йиғилишларда тиббиёт хизматчиларининг квалификацияси ва персонал жавобгарлиги масаласидаги ҳолат танқид қилинди. Бу йўналишдаги камчиликларни бартараф қилиш мақсадида соғлиқни сақлаш давлат ва хусусий секторидаги мутахассисларнинг фаолиятини лицензиялаш тизимини жорий қилиш мулжалланмоқда.

Турли йиғилиш ва учрашувларда мутассади раҳбар ва ташкилотларга тегишли топшириқлар берилиб, уларнинг барчаси пировард натижада соҳа олдида турган долзарб муаммоларнинг ўз ечимини топишига ёрдам беради [4].

Умurtқа поғонаси муҳим функцияларни бажаради [1,2,3]: у таянч – ҳаракат тизимининг марказий элементи ҳисобланади ва орқа миёнининг ишончли ҳимояси бўлиб, амортизатор функциясини бажаради [4,5,6]. Умurtқа поғонасининг исталган соҳасининг зарарланиши ҳаёт сифатининг пасайишига, айрим вақт эса ҳатто инсоннинг ногиронлигига ҳам олиб келади. Бундан қутулиш мақсадида одатда жаррохлик муолажасидан фойдаланилади.

Умurtқа поғонаси 32-34 умurtқадан иборат бўлиб улар узаро умurtқаларо диск билан боғланилади ва натижада умurtқа поғонаси эгилувчанлик ва амортизаторлик хусусиятига эга бўлади [7,8,9]. Умurtқаларо диск мураккаб тузилишга эга: ичида пулпоз узак жойлашган бўлиб, желесимон субстанциядан иборат [10,11,12]. Ташқи тарафдан узак зич бириктирувчи (фиброз) тўқимадан иборат. Халқа умurtқаларо диск бушлиғини тўлдириб бир умurtқани иккинчисига бирлаштириб туради [13,14]. Умurtқага босимнинг ҳаддан ташқари ошиши – оғир юк ташиш, жароҳат ёки умurtқа поғонаси структурасидаги дистрофик жараёнлар фиброз халқанинг йиртилишига олиб келади [15,16,17,18]. Бу ҳолат умurtқаларо диск чурраси дейилади.

Умуртқадан орқа мия нерв илдизлари чиқади ва шу туфайли купинча диск чуррасида илдизларнинг эзилиши юз беради, ҳамда ўзига хос симптомлар юзага келади. Булардан асосийлари белда оғриқлар, сезувчанликнинг пасайиши, мушак кувватининг йуқолиши эзилган нерв илдизи соҳасида. Оғир ҳолларда диск чурраси парез, параличлар ва ички аъзоларнинг нормал физиологик фаолиятини қўпол бузилишларига олиб келиши (сийдик ва ахлат тутолмаслик, импотенция ва х.к.) мумкин [19,20,21,22,23,24].

Шуни таъкидлаш керакки, барча диск чурралари ҳам оператив муолажа талаб этмайди. Чурранинг катталашувини олдини олишнинг узи кифоя қилади, яъни тана вазни камайтирилади, белнинг мушак каркасини мустаҳкамлаш учун машқлар бажарилади ва х.к [25,26,27,28].

Одатда фиброз халқа йиртилиб, пулпоз узак ташқарига чиқса нохуш симптомлар пайдо булишни бошлайди. Бу ҳолат секин-аста компрессион радикулопатияга олиб келади [29,30,31].

Бироқ, ҳатто симптомлар бор вақтда тахминан 75% ҳолатларда диск чуррасини жаррохлик йули билан олиб ташлаш талаб этилмайди [32]. Доридармон билан даволаш, тракцион даволаш (умуртқа поғонасини секинлик билан чузиш), физиотерапия, игна билан даволаш ва физкултура билан даволаш касаллик хуружи ва симптомларнинг йуқолишига олиб келади [33,34].

Тракцион усул таъсири диск соҳасида манфий босим пайдо қилади ва натижада пулпоз ядро ичкарига тортилади. Бунда нерв илдизи сиқилиши бартараф этилиб симптомлар йуқолади [35].

Игна билан даволаш – самарали усул булиб, нафақат бел умуртқалари диск чурралари симптомларини йуқотади, балки биринчи муолажадан сўнг беморлар ўзларини яхши хис этиб, бел оғриғини камайтишини, тери сезгисини тикланишини ва ҳаракат фаолиятини тикланишини сезишади.

Медикаментоз даво яллиғланиш, оғрик ва мушак таранглиги (спазм)ни йуқотишни назарда тутлади.

Физиотерапия диск чурраси соҳасида кон айланишини яхшилаб, беморнинг ҳолатини тез яхшиланишига олиб келади [36,37].

Даво физкультураси – консерватив давонинг яна бир куриниши. Даво физкультураси мутахассисининг вазифаси – беморни туғри ҳаракатланишига ургатиш ва унга зарур мушаклар гуруҳларини ривожлантириш. Бу мушаклар умурткага тушадиган ортикча зўриқишни камайтиради. Амалиётда қўлланиладиган нерв блокадаси фойдали, бироқ унинг натижаси қисқа муддатга оғриқни камайтиради ҳамда муаммони тўлиқ ҳал этмайди.

Асосий фундаментал даво чоралари ўзоқ муддатда давом этиб, мушаклар каркасини мустаҳкамлашдан, вазнининг камайишидан, турмуш тарзини ўзгартиришдан иборат [38,39].

Нисбатан камчилик ҳолларда беморларга жарроҳлик муолажаси зарур бўлиб қолади. Операцияга кўрсатма тегишли умуртка соҳасининг МРТ белгиларига кўра диск чуррасининг мавжудлиги, кучли оғриқ синдром ва неврологик дефицит умумий кўрсатма бўлиб ҳисобланади.

Умуртка поғонаси чурраси-умкутрқалар орасдаги дискни микротравмалар ёки остеохондроз натижасида бутунлигини бузилиб, ундаги пульпоз ядронинг фиброх халқани ёриб ташқарига чиқиши ҳисобланади. Бу касалликнинг кечишида асосан белдаги кучли оғриқлар ва уларнинг оёқларга узатилиши билан характерланади.

Умуртқалароро чурра турлари.

-Бел-чаноқ қисми чурраси, энг куп учрайдиган тури 80%.

-Буйин қисми чурраси, камроқ учрайди 19%.

-Кукрак қисми чурраси, энг кам учравчи тури 1 % ҳолда учрайди.

Умуртқалароро чурра белгилари.

Чурра жойлашган жойига боғлиқ.

1.Бел умуртқалари диск чурраси-белдаги оғриқ уни оёқларга ва сонга узатилиши, шунингдек оёқларни сезувчанлигини пасайиши ёки йуқолиши билан кечади.

2.Буйин умутқалари диск чурраси-бош,буйин ва елкалардаги оғриқлар,бош айланиши,қон босимининг кутарилиши,қулоқларнинг шанғиллаши ва қўлларнинг увишиши билан намоён булади.

3.Кукрак умуртқалари чуррасида-юракка хос оғриқлар бўлиб,оғрик колдирувчилар унча яхши тасир қилмайди.

Умуртқаларо диск чурраси сабаблари.

Чурра келтириб чиқарувчи касалликлар каторига, остеохондроз, сколиоз, кучли ифодаланган кифоз лордоз, умуртқа поғонасининг турли травмалари киради. Шунингдек умуртқаларо диск чурраси белнинг чуқур мускулларининг зўриқиши ва умуртқаларо дискларнинг озикланшининг бузилиши натижасида муртлашиб қолган фиброз халқанинг ёрилиши натижасида хосил булади.

Умуртқаларо диск чуррасини келтириб чиқарувчи омилларга куйидагилар киради.

- Ёши 30 дан ошган инсонлар.
- Бўйи 170 см дан бланд инсонлар.
- Кескин ҳаракатлар:йиқишлиш,зарба ейиш,буралиш.
- Аёллар эркакларга нисбатан кўпроқ оғрийди.
- Катта жисмоний зўриқиш,кам ҳаракатлилик.
- Компьютер олдида кўп ўтириш.
- Доимо автомобиль хайдаш.
- Чекиш.
- Кад-коматни нотўғри тутиш.
- Совуқ қотиш.

Умуртқаларо диск чурраси нима билан хавфли.

Ўз вақтида ва тўғри даволанмаслик жиддий асоратларга олиб келиши мумкин.жумаладан юрак фолиятининг бузилишига,гастрит.қийин даволанувчи радикулит,хроник бронхит,Бош мия қон айланишининг

бузилиши инсултга, алькагол истемол қилмасангиз ҳам панкреатитга, диетага ўтирган бўлсангиз ҳам сурункали колитга сабаб бўлиши мумкин. Кичик чанок аъзоларининг фолитининг бузилиши, сийдик тута олмаслик, импотенция, оёқ ва қўллар параличи ҳам кузатилиши мумкин.

Диск чуррасини жаррохлик даволаш масаласининг ҳозирги замон ҳолати.

Бел умуртқаси диск чурраси аниқ ташхис қуйилгандан кийин комплекс тарзда даволанади. Оператив давога курсатма бўлиб оператив йул билан умуртқаларо диск чуррани олиб ташлангандан сунг беморларда оғриқларда йуқолиб енгиллик хис қилишади, ва доимий одатдаги соғлом ҳаёт тарзига қайтишади.

Лекин ҳар бир муолажанинг ўзига ижобий ва сальбий тамонлари бор.

1. Умуртқа поғонаси шикастланиб, ҳаракатчанлиги бузилади.
2. Чурранинг қайталаниши яни рецидиви кузатилади.

Чуррани хирургик даволаш унинг асоратларининг олдини олади, лекин асосий касаллик ҳисобланган остеохондрозни даволай олмайди.

Статистика бўйича 98% беморнинг умумий ахволи оператив муолажадан сунг ижобий тамонга ўзгариш кузатилади. Аммо биров вақт утгач касаллик яна қайталаниши мумкин.

Умуртқаларо диск чуррасининг профилактикаси.

- Сувда сузиш.
- Йога билан мунтазам шуғулланиш.
- Юрганда қоматни туғри тутиш.
- Ортопедик матрасда ухлаш.
- Зарарли одатларни ташлаш.
- Жисмоний меҳнат билан мунтазам шуғулланиш.
- Оғир юк кутармаслик.
- Семириб кетмаслик ва семириб кетмасликнинг олдини олиш.

-Гиподинамия ҳолатларига барҳам бериш.

-Умуртқа пағонасига ортиқча юк тушишини олдини олиш.

-Доимий равишда овқатланиш тартибига рио этиш ва витаминларга бой озуқа маҳсулотларини истемоль қилиш.

Бел умуртқалари диск чурраси (БУДЧ) малумотларга кўра катта ёшлиларнинг 40% атрофидагиларига тасир этувчи белнинг пастки қисмидаги оғриқ (БПҚО) ва радикуляр оёқ оғриғига сабаб бўлувчи омилдир.

Бел умуртқалари диск чурраси (БУДЧ) нинг табиий кечиши одатда енгил бўлиб беморларнинг кўпчилиги касаллик бошлангандан 4-6 ҳафтадан кийин фақатгина консерватив даволаниш ўзи билан тузалиб кетиши мумкин.

Аксинча (2-50) тахминан 20% бел умуртқалари диск чурраси оёқдаги радикуляр оғриқга сабаб бўлган беморларда хирургик даво усуллари мутлоқ кўрсатмалар бўлиб ҳисобланади. Бироқ ҳозирда касалликнинг клиник белгилари, таъхисий тасвирий критерияларига кўра беморларни уларнинг касалликларини эрта босқичларида хирургик даво қўллаш мумкинлигини аниқлашнинг имкони мавжуд эмас [49]. Клиник белгиларнинг бошланишида кўп қиррали комплекс тиббий ва жисмоний даволардан иборат консерватив ёндашув хирургик даводан олдин қўлланилиши шарт [51]. Шундан кийингина бел умуртқалари диск чурраларининг хирургик ёки консерватив даво олиши кераклиги ҳақида ҳулоса умумий клиник ва неврологик текширувлар натижаларига асосланган бўлиши керак. Замоновий таъсияномаларда МРТ каби текширув усуллари иккинчи ўринда туради [46]. Бел умуртқалари диск чурраларида хирургик давога энг кам абсальют кўрсатма бўлиб консерватив даволаниш эффектсизлиги ҳисобланади [54]. Кўпчилик шифокорлар хирургик даводан олдин касалликнинг бошланишидан 4-6 ҳафта кутиш тарафдоридир. Бироқ қауда синдромида ҳаракат дефицитининг ошиб бориши ёки адекват тиббий давога қарамай чидаб булмайдиган оғриқнинг сақланиб қолиши каби ҳолатларда хирургик даво тўғридан-тўғри курсатма бўлиб бу вақт талаб қилмайди [57.53]. Бироқ кўпчилик муаллифлар ўзоқ вақт консерватив даводан сўнг хирургик

давонинг яхши натижа бермаслигини такидлашади [45.40]. Натижада бел умуртқалари диск чурраларини даволашда яхши натижаларга эришиш учун беморларнинг консерватив даводан тўлиқ тузалиши мумкинлиги ёки аксинча касалликнинг эрта босқичларида хирургик даво муолажаси олиши кераклигини олдиндан курсатиб бериш имконияти муҳим аҳамият касб этиши мумкин.

MPT текшируви ҳозирда бел умуртқалари диск чурраларини диогностик баҳолашда кўп қўлланилмоқда. Шундай булса ҳам бел умуртқалари диск чурраларида MPT текшируви ҳулосасининг прогностик ҳамда унинг беморларда хирургик даво олиши кераклигини олдиндан курсатиб берувчи қийматига боғлиқ маълумотлар ҳалигача етишмайди. Шунинг учун бу хирургик даво учун асосий кўрсатма бўлиб ҳисобланмаяпти. Комори ва бошқалар [45] бел умуртқалари диск чурраларининг типи (муаллифлар буйича 3 та тип) энг муҳими прогностик фактор деб ҳисоблашса, бошқалар диск экструзия бор беморларнинг консерватив даво билан клиник ҳамда ташхисий тўлиқ тузалган ҳолатларни баён қилган (L4-L5). Бошқалар T2 режимда юқори сигнал берган дисklar регрессияга кўпроқ мойиллиги борлигини такидлашган [41]. Бироқ бундай изланишлар кам сонли бўлиб ҳулосалари яқунловчи фикрга ега эмас. Бизнинг билишимизча бел умуртқалари диск чурраси симптоми бор беморларда клиник ва MPT текшируви натижаларининг ўзаро боғлиқ ҳолда ўрганилган изланишлар мавжуд эмас. Шунинг учун биз бел оғриғи бор ва радикуляр оёқ оғриғи бўлган даволанмаган ва хирургик даво олмаган беморларни демографик, клиник ва MPT текшируви ҳулосаларини баҳолаш учун мулжалланган (проспектив) изланиш ўтказдик.

I БОБГА ХУЛОСА

Умуртқаларо диск чурраси хозирда кенг тарқалган бўлиб, оддий бел соҳасидаги оғриқлардан тортиб, оғир инвалидликкача олиб келиши мумкин. Диск чуррасини даволашнинг турли усуллари мавжуд. Бирок асосий даво турларини икки гуруҳга булиш мумкин. Булар консерватив даво ва жаррохлик даво турларидир. Консерватив даво турларига асосан дори – дармон билан даволаш, физиотерапевтик муолажалар, даво физкултура машқлари ва х.к. киради. Аксарият ҳолларда консерватив даво муолажалари фойда беради. Бироқ фойда булмаган ҳолларда жаррохлик муолажасига кўрсатма қўйилади. Одатда консерватив даво ва жаррохлик муолажаси бири-бирини тулдириб боришади. Консерватив давога, жаррохлик муолажасига аниқ кўрсатмалар асосида даво муолажаси олиб борилади. Хозирда турли туман курсатмалар келтирилган, консерватив давога ҳам, жаррохлик муолажасига ҳам. Инвалидлик хавфи бўлганда ва неврологик дефицит мавжудлигида операцияга кўрсатмалар шубҳасиз эрта қўйилиши керак. Бирок аксарият диск чурралари консерватив йул билан даволаниши мумкин бўлганда, кўрсатмани аниқ қўйиш зарур. Жаррохлик муолажадан аввал узоқ муддат консерватив даво олиб бориш бефойда маблағ ва вақт йуқотилишига олиб келади. Шу сабабли консерватив даво бефойдалигини аввалдан аниқлаб, эрта даврдаёқ жаррохлик муолажасини ўтказиш бемор учун фойдали бўлади. Шу нуктаи назардан тўғридан-тўғри жаррохлик муолажасига мойиллик қилувчи меъзонларни аниқлаш муҳим ҳисобланади. Шундай қилиб, турли курсатгич ва меъзонлар орасидан муҳим ва аҳамиятлисини аниқлаш катта аҳамиятга эга. Муҳим меъзонларни аниқлаш асосида беморга дастлабки симптомларданок жаррохлик муолажасига кўрсатмани қўйиш имконини берувчи меъзонлар аниқланади.

II БОБ. ТАДҚИҚОТ МАТЕРИАЛЛАРИ ВА УСУЛЛАРИ.

2.1. Клиник материалларнинг умумий характеристикаси.

Изланиш беморлар устида 2015-2018 йиллар Республика Нейрохирургия Илмий марказига мурожат қилган беморлар устида олиб борилди. Бел оғриғи ва оёқ оғриғи бўлган барча беморлар изланишга киритилди. Шошинч хирургик давога кўрсатмаси булган чуқур ёки кучайиб боровчи ҳаракат дефицити ёки кауда синдроми бор беморлар изланишга киритилмади. Қамраб олинган беморлар ҳеч қандай даво муолажалар олмаганлар ёки ностандарт даво олганлар. Оғир психологик муоммолари (депрессия, психоз ва х.к.) бор беморлар изланишдан чиқариб ташланди. Касаллик ҳақидаги маълумотлар ва тиббий текширувлар амбулатор ва стационар шароитда врачлар томонидан амалга оширилди. Ёш, жинс, касаллик билан боғлиқ симптомлар давомийлигини уларнинг хуружлаши, оғриқларнинг намоён бўлиши (локал ёки радикуляр), оёқларда мушаклар куввати (5 баллик тизимда – жадвал 1) ва жалб қилинган дерматомалар каби дермографик ва симптомга боғлиқ маълумотлар кампютер базасига ёзиб олинди.

Жадвал 1. Оёқ мушаклари кучини балли баҳолаш тизими.

Балл	Мушак кучи
0	Мушаклар қисқариши ва ҳаракатланиши йўқ
1	Мушак толаларининг қисқариши палпация қилинади, бироқ кўзга кўринадиган ҳаракат йўқ
2	Горизонтал йуналишда ҳаракат қилиш имкони бор фақат оёқ кучи босими бартараф этилганда
3	Вертикал йуналишда ҳаракат қилиш имкони бор, бироқ оёқ кучи

	босими бартараф этилганда
4	Харакат қилиш имкони бор, кичик қарши кучни енга олади.
5	Тулиқ ҳаракат қила олади, қарши кучни енга олади

2.2. МРТ текширувлари асосидаги белгилар характеристикаси.

Барча беморларда контрастсиз люмбосакрал сохада МРТ текшируви ўтказилди ва унинг маълумотлари ҳам тизимга киритилди.

Бугунги кунга келиб МРТ текширув операциядан кейинги ўзгаришларни баҳолашда катта аҳамиятга эга (чандикли процесс, яллиғланиш, патологиянинг рецидиви). Бироқ операциядан кейинги ўзгаришларининг объективлигини аниқлаш учун 1,5-2 ойдан кам бўлмаган вақт кутиш керак бўлади. Сабаби, ундан олдинги текширувлар диск чуррасини чандикли жараёндан ажратиб бера олмайди. Бунга операция соҳасидаги шиш ва букиш сабаб бўлади. Барча беморларга операциядан аввал МРТ текширувни ўтказганмиз. Яна уни устига замонавий томографларда, сабаби миниинвазив жаррохлик муолажаларида операциядан олдинги режа аниқ бўлиши зарур, бу эса фақатгина яхши сифатли томограммалар асосида бажарилиши мумкин.

Текширув усуллариининг информативлигига келсак, агар имкони бўлса текширувни бира тўла магнит резонанс томография текширувидан бошлаш зарур, чунки усул анчагина информатив ҳисобланади. КТ нинг қўлланиши аксарият ҳолларда умуртқа каналининг торайиши ҳақида далолат беради, умуртқа каналининг торайиши даражасини миллиметрларда аниқлаш имконини беради ва процент жихатида нормал каналга нисбатан аниқлашнинг имконини беради. Шу билан бирга умуртқалар структурасини аниқлаш, дискни ва диск дегенерацияси даражасини аниқлаш имконини ва умуртқа таналари ва боғламлар даражасини аниқлаш имконини беради. Т-1 релаксация вақтини фарқлашади (180 гр. импульсдан сунг) ва Т2 – релаксация вақтини фарқлашади (90 гр. импульсдан сунг). Т1 томограммаларида ёғ

тўқимаси, фиброз халқа, орқа мия конусини суръатини олиш учун қўлланади. Т2 томограммада орқа мия копи, орқа мия суюқлиги, дискнинг пулпоз ўзаги аниқланади.

Текширув саггитал яссиликда бажарилади ва аксиал ва фронтал проекцияларда ҳам текширувлар ўтказилади. Текширув фронтал ва саггитал яссиликларда олиб боришга асосланган бўлиб, кейинчалик текшириш аксиал проекцияга ўтказилади (умуртқалароро дисклар орқали) ва Т1- улчанган суръатлар юзага келади.

Касалликнинг клиник кўриниши умуртқа-харакат сегментининг соҳасидаги функционал ва морфологик ўзгаришларнинг йиғиндисидан ҳосил бўлади. Жаррохлик муолажасини режалаштиришда эса иккала тур ўзгаришларга ҳам эътибор бериш зарур ва уларнинг клиник манзаранинг шаклланишидаги аҳамиятини эътиборга олиш зарур.

Шундай қилиб, олинган клиник ва инструментал текширувлар натижаларини ҳисобга олиб ва адабиётларда келтирилган маълумотларни қўшиб қуйида умуртқа канали стенозлари классификациясини келтириб ўтамиз. Бу каби стенозлар текширувдан олиб ташланади. Янги текширув усуллари ва янги жаррохлик ва консерватив даво стандартларининг ҳаётимизга кириб келиши юқоридагиларни талаб этади. Юқоридагилардан келиб чиқиб, биз тарафимиздан қуйидагилар курсатиб ўтилади:

1) Марказий стенозларда: концентрик дегенератив стенозлар умуртқа каналида бўлиб, улар каналининг умуртқа ҳаракат сегментининг олдинги ва орқа структураларининг торайиши билан кечади;

2) латерал стенозларда – кириш стенози (компрессия сабаблари: юқори буғим ўсиғи гипертрофияси, фасетка буғимининг туғма ривожланиш хусусиятлари, умуртқа танаси қирраси остеофитлари).

- чиқиш стенози – бу зонада компрессия сабаби фасетка буғимининг сублюксацияси ва гипертрофик ўзгаришлари. Умуртқалароро диск юқори қирраси гипертрофияси ҳисобланади;

- Урта зона стенози – сабаби сариқ боғлам бириккан жойда остеофитларнинг пайдо бўлиши, бўғим копининг бўғими гипертрофияси ва спондилолизи билан боғлиқ;

- динамик ва фиксацион стенозлар. Динамик латерал стенозлар - W.H. Kirkaldy-Willis (1983) таъкидлашича - бу вақти – вақти билан юз берувчи таянч умуртқа сегменти харакати вақтида юз берувчи умуртқалараро тешикнинг ёки латерал каналнинг торайиши назарда тутилади.

3) қўшма стенозлар, ўз номи билан айтиб турибдики, бир ёки бир неча сохада латерал ва централ стенозда қўшилиб келиши билан тушунтирилади.

Умуртқа поғонаси дегенератив-дистрофик касалликларида юзага чикувчи симптомлар орасида оғрик симптоми нисбатан кўп ва ифодаланган бўлганлигини хисобга олиб, биринчи навбатда ўткир оғрикни бартараф этувчи даво муолажалари ўтказиш зарур.

Ўтказилган консерватив даво, баъзан хирургик даволаш оғрик синдромининг ривожланганлигига ва давомийлигигагина таъсир этиб, унинг тўлиқ йуқолишига кафолат бера олмайди. Умуртқа поғонасида турли даражадаги дегенератив-дистрофик ўзгаришлар аниқланган беморларнинг асосий қисми, яъни 97% дан ортиқ қисмини хирургик аралашувларсиз даволанади ва бу контингент беморларида даво чораларини ўтказишга қуйидаги қатъий кўрсатмалар мавжуд:

Касалликда умуртқа поғонаси соҳасидаги оғриқлар илк пайдо бўлганда қуйидагилар тавсия этилади:

4 кундан ортиқ, бўлмаган муддатга тинчлик (Ётоқ; тартиби). Бу ўринда, кўпроқ муддат ётоқ режимида бўлиш даволаш натижаларини яхшиламасдан, фақат ёмонлаштиришини хам таъкидлаш лозим. Агар бемор узи учун ўрганган ёки қисман чекланган фаолликни мумкин деб хисобласа. бу қарорга маъсулят билан ёндашиш ўринлидир.

Фаолликни оптималлаштириш: одатий фаолиятни мумкин бўлган даражада минимал чеклаб, дискомфортнинг қўллаш мумкин бўлган кам даражасига эришиш;

Қуйидагилардан вақтинчалик сақланиш керак.

– оғирлик кўтариш.

- вибрация шароитида ишлаш (кончилар болғаси. махсус юк машиналарида ёки транспортда);.

- Статик, асимметрик позалардан (узок муддат ўтириш, масалан, компьютер олдида ёки иш столи олдида) сақланиш.

-Оғир юк кутариш ва умуртқа поғонасининг зуриқишини олдини олиш.

-Харакат қилаётган ҳолатда умуртқа поғонасига юк туширмаган ҳолда ҳаракатланиш ёки ушбу фаолиятни камайтириш.

Даволаш жисмоний тарбияси умуртқалараро диск чурраси билан оғриган беморларда қуйидаги тартибда олиб борилади: 1 биринчи 2 ҳафтада – тоза хавода сайрлар қилиш, сузиш майдонларида сузиш машқлари билан мунтазам шуғулланиш, велосипедда ёки велотренажёрда юриш, сўнгра – тана ва умуртқа поғонасига юк туширмаган ҳолда юзаки зўриқишли аэробика билан шуғулланиш, тана мушакларини (биринчи навбатда - умуртқа поғонасининг узун ёзувчи мушаклари, асосий мушак: қоринга ётиб, оёқ-қулларни кутариш ва ушлаб туриш) ва қорин олдинги девори мушакларини мустаҳкамлашга қаратилган машқлар бажарилади.

Беморларни “остеохондрозсиз ҳаёт” тарзига ўргатиш - Ярим қаттик матрасда (яхшиси ортопедик матрас) кичик ёстиқча билан ёки ёстиқчасиз ётиш мақсадга мувофиқ; олдинга эгилган умуртқа поғонасини зўриқтирмаслик (масалан, агар челақдаги сувни кўтариш лозим бўлса, унга яқинлашишга учун биров ўтириш, ушлаш ва танани тик тутиб кўтариш; оғриқ кўзиган даврда ўриндан тураётганда тиз чуқиш, сўнгра қўллар билан кроватга таяниб орқани тўғирлаш ва кўтарилиш ва хоказо).

Касалликда бир нечта хил фиксацияловчи мосламаларнинг (буйин ёки бел фиксаторлари) вақтинчалик қўлланилиши ва паравертебрал мушаклар учун махсус тренажерлардан фойдаланишнинг самарадорлиги амалиётда бир неча бор тасдиқланган. Агар ташқи фиксацияловчи мосламалар (Шанс типидagi қаттиқ ва ярим қаттиқ буйин ёқалари, бел учун корсет-бел боғ)

қўлланиладиган бўлса, улардан фойдаланиш давомийлиги суткасига 4 соатдан ошмаслиги лозим, уларни зарарланган умуртка погонасида динамик ёки статик юкланиш юзага келишидан олдин тақиш мақсадга мувофиқ келади. Анальгетик дори воситаларини қўллаш тартиби қуйидагича бўлиб, Оғрикнинг ўткир даврида ностероид яллиғланишга қарши препаратлардан фойдаланиш лозим. Бу ҳолда, баъзи бир ностероид яллиғланишга қарши препаратлар ва 19-ацетаминофештарнинг алкохол билан номувофиқлиги ҳақида беморни огохлантириш лозим. Одатда натрийли диклофенак (ретард таблетка, 100 мг дан кунига 1-2 маҳал) ёки кетопрофен (100 мг дан кунига 2-3 маҳал) яхши самара беради. Юқоридагиларга мисол тариқасида қуйидагиларни мисол келтириш мумкин:

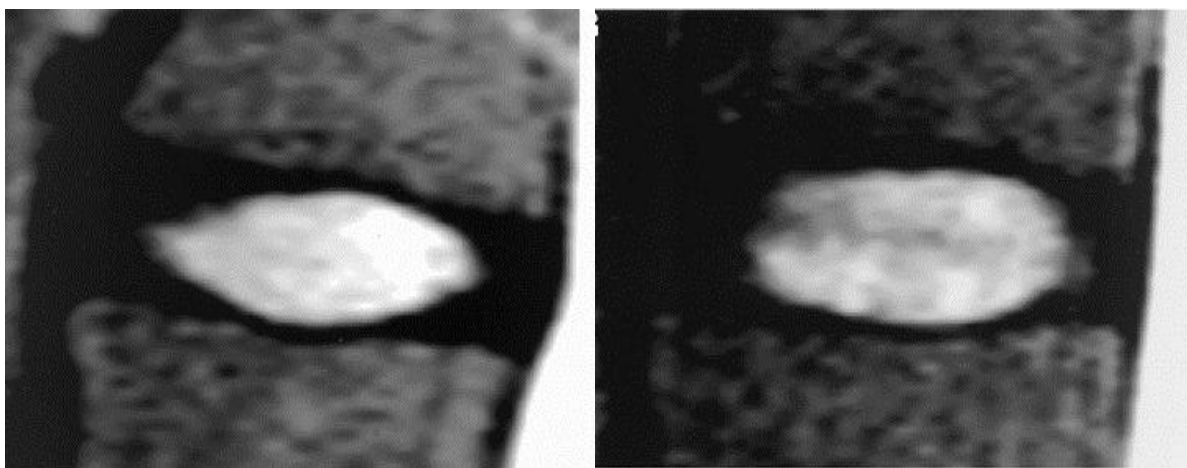
Ошқозон-ичак тракти патологияларида ностероид яллиғланишга қарши препаратларнинг бир қатор ножуя тасирларининг олдини олган ҳолда ностериод яллиғланишга қарши дори препаратларини парентерал ёки ректал қўллаш талаб ва тавсия этилади. Қолган ҳолларда яъни ошқозон ичак трактида патологияси бўлмаган ва ностериод яллиғланишга қарши дори воситаларига нисбатан ножуя тасирлар ва аллергия реакциялар кузатилмаган беморларда препаратларни ичга қабул қилиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Терига суртиладиган гел ва малҳамлар купроқ маҳаллий ва резорбтив таъсир кўрсатиб, дори препаратларининг айнан яллиғланиш ўчрғига максимал даражада етиб боришини таъминлайди. Ностериод яллиғланишга қарши дори препаратларини қўллашда уларнинг қўлланишида препаратнинг суткалик максимал дозасини ҳисобга олиш лозим.

Ривожланган оғриқ синдромида ностериод яллиғланишга қарши дори препаратларининг самараси кам бўлганда оғриқ қолдирувчи дори оситаси сифатида наркотик аналгетикларни 2-3 ҳафтадан ортиқ бўлмаган муддатда қабул қилиб, сунгра яллиғланишга қарши ностероид препаратларга ўтиш мумкин. Қасалликда миорелаксантларнинг самарадорлиги статистик жиҳатдан тўлиқ исботланмаган бўлишига қарамасдан, айрим мутахассислар

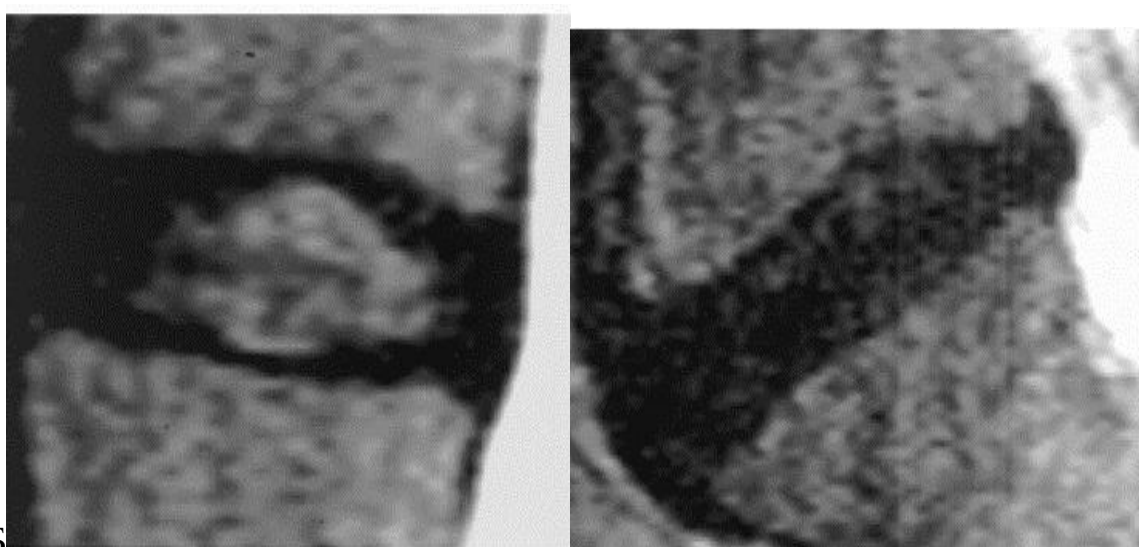
бу дори воситаларини даволаш жараёнида қўллайдилар. Ва уларни ностериод дори препаратлари билан биргаликда қўлланилганда бир қанча ижобий таъмонга самара кузатилган. Бу борада, Тизанидинни 2-4 мг дан кунига 3-4 маҳал ёки бошқа миорелаксантларни қўллаш мумкин ва даволаш курси 2-3 ҳафтадан ошмаслиги лозим. Маҳаллий гипертермия - қуруқ иссиқ, парафин апликацияси, электрофорез (новокаин, яллиғланишга қарши ностероид препаратлар билан), ультра-, ва ута юқори частотали тўлқинли физиотерапия яхши самара беради. Гипертермияга асосланган физиотерапияда даволашнинг биринчи кунларида маҳаллий мушаклар спазми ва оғриқ келиб чиқиши мумкин. Мануал терапия. Таъсир механизми ноаниқ, бироқ, у купинча беморларда илдиз босилиши симптомларисиз кузатилган белдаги оғриқларда ёрдам беради. Диск чурраси борлиги, сезувчи ва айниқса ҳаракатлантирувчи илдиз симптомлари мавжудлиги мануал терапия утказишга мутлоқ қарши кўрсатма ҳисобланади.

Эпидурал анестезия ("блокада") яллиғланишга қарши ностероид препаратлар, баъзан цианокобаламин қўшиб қўллаш вақтинчалик (қўлланилаётган анестетик таъсири давомийлигига боғлиқ ҳолда) ўткир оғриқни камайтиради, аммо, даволашнинг ўзоқ натижаларига ва оқибатига жиддий таъсир этмайди (хусусан, нейрохирургик ёрдамга муҳтож беморлар сонини камайтирмайди).

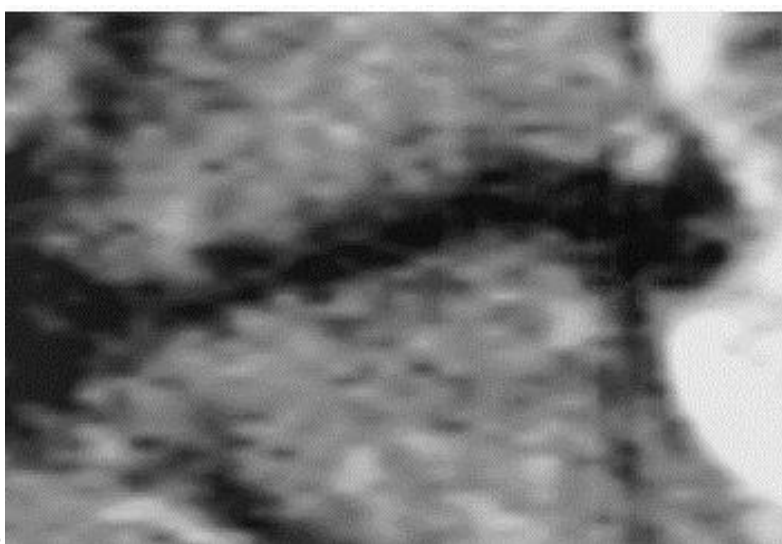
Бел умуртқалари диск чуррасининги даражаси, остеофитларнинг бор ёки йўқлиги ҳалқасимон йиртиқ нуқта ва шморля тугунлари, орқа мия суюқлигида тусиқ ва MODIC типда узғаришлар ва уларнинг даражаси (8). Pfirrmann (11) дегенерация даражаси аниқланди (сур.1).



А



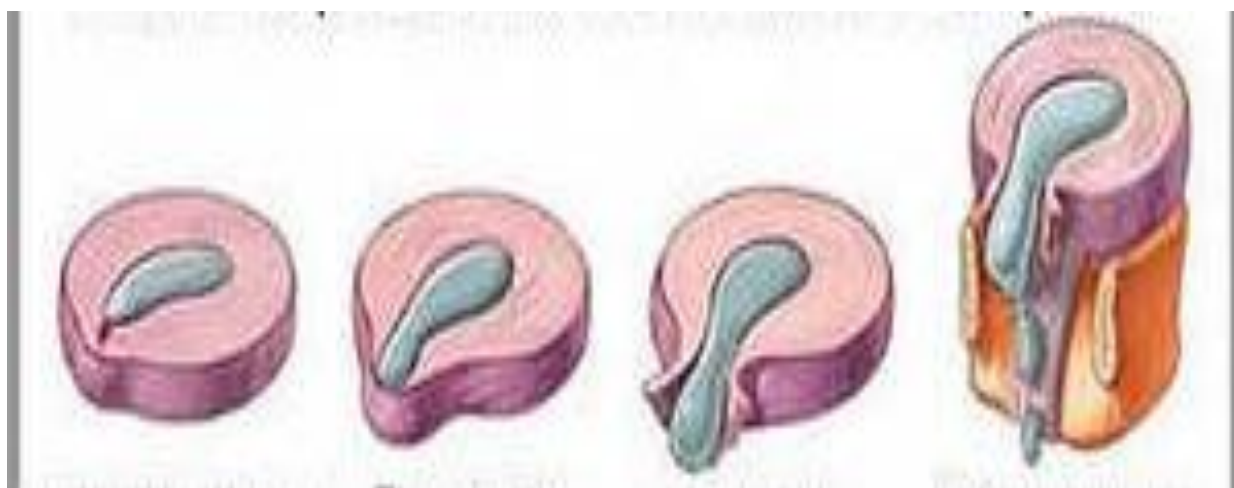
Б



В

Суръат 2. Pfirrmann диск дегенерацияси (А - 1 ва 2 даражалари; Б – 3 ва 4 даражалари; В – 5 даражаси; тахлили текстда берилган)

Унга кўра дегенерациянинг биринчи даражасида диск гомоген бўлиб сигнал интенсивлиги оқ гиперинтенсив бўлиб нормал диск баландлигига эга. Иккинчи даражада диск гомоген эмас, бироқ гиперинтенсив оқ сигнал сақланади. Узак ва халқа орасида чегара пайдо бўлиб, кулранг горизонтал камар пайдо бўлиши мумкин. Диск баландлиги нормал сақланади. Учинчи даражада диск ногомоген, жойларда кулранг интенсив сигнал пайдо бўлади. Диск баландлиги нормал ёки бироз пасайган. Дегенерация тўртинчи даражасида диск ногомоген, гипоинтенсив тўқ кулранг интенсив сигнал билан. Узак ва халқа орасида чегара йуқ. Диск баландлиги бироз ёки ўртача даражада пасайган. Бешинчи даражада диск ногомоген гипоинтенсив қора сигнал билан, ўзак ва халқа орасида фарқ йуқ. Диск баландлиги тўлиқ йуқолган. МРТ суръатда аксиал кўринишда диск жойлашуви (централ, парацентрал, фораминал ёки экстрафораминал), диск чурраси типи (шишган, протрузия ёки экстррузия – сур.2), чурра қопчаси (антериолатерал, медиолатерал) диаметри (аксиал МРТ режимида ўлчанган) каби МРТ малумотлари қамраб олинди (Сур.3).



А

Б

В

Г

Суръат 3. Диск чурраси типлари. А- дегенерация, Б- протрузия, В – пролапс, Г – экстррузия.

Диск чуррасини МРТ аксиал суръатларига асосланиб ўлчамларини ўтказиш мақсадида дискнинг чуррасини диаметри ва чурра қопча ёки умуртқа каналининг диаметри ўлчанди. Бундан ташқари чурра диаметрининг

умуртка каналининг диаметрига нисбати ўрганилди. Қуйида чурра ва умуртка каналининг ўлчамлари схематик тарзда МРТ суръатга туширилган тарзда келтирилган.



Суръат 4. Аксиал МРТ да диск чуррасининг аксиал проекцияси. Диск чуррасининг саггитал ва кўндаланг ўлчами, дурал копнинг саггитал ва кўндаланг ўлчами.

Халқа апофизининг қирраларидан мавжудлиги бу диск чуррасидир. Халқа қандай режимда катта масофада диск материали қирралари билан диск бўшлиғидан ташқари асосидан ичкарида бўлиши бу диск протрузияси хисобланади. Агар диск бўшлиғидан ташқари диск материали қирраси масофаси асос қирраларига нисбатан катта бўлса ёки диск ва қирра ўртасида давомийлик бўлмаган ҳолат кузатилса экструзия дейилади. Интравертебрал тешик баландлиги сагитал МРТ режимида ўлчаниб периневрал жой баландлиги билан ўлчанади. диск протрузияси ва экструзиясида қўшимча узгаришлар ҳам ёзиб олинади. сегментнинг силжиши ёки кўчиши [8] ва диск чуррасининг саггитал ва кундаланг диаметри ва ҳакозо. Юқоридагиларга асосланган ҳолда 3 та қатор хисобланади. саггитал сегмент қатори, (саггитал чурра диаметри), саггитал (чурра копи диаметри), кўндаланг фрагмент

катори, (кундаланг чурра диаметри/чурра қопи диаметри) ва форамен (тешик) катори, (умуртқалароро тешик баландлиги,/нормал тешик баландлиги). Барча клиник ва МРТ кўрсаткичлар қуйидаги жадвалда келтирилган.

**Жадвал № 2. Тадқиқот даврида диск чурраси бор
беморларда ўрганилган курсаткичлар.**

№	Клиник ва МРТ кўрсаткичлар
1	Жинси
2	Ёши
3	Касаллик симптомининг давомийлиги
4	Нерв илдизи буйлаб тарқалиши
5	Оғриқлар (аксиал оғриқлар, радикуляр оғриқлар)
6	Оёқлардаги мушаклар қуввати ва зарарланган дерматом
7	Диск чурраси сохаси
8	Орқа мия суюқлиги блоки
9	Pfirrmann дегенерацияси даражаси
10	МРТ аксиал проекциясидаги диск локализацияси
11	Диск чуррасининг типи
12	Диск чурраси ва дурал қопча ўлчамлари (аксиал, кўндаланг) ва уларнинг нисбати

Биз бел умуртқалари диск чурраларидан бошқа ҳолатларни изланишдан чиқардик. Кийинчалик барча беморларга комплекс даво режимида риоя қилиш суралди. Даволаниш физиотерапия ва дори-дармон (бу уз ичига яллиғланишга қарши даво, антидепрессантлар ва узоқ тасир этувчи инекция шаклидаги кортикостероидларни олади) билан даволашни ўз ичига олди. Беморлар камида 4 ҳафта давомида даво олишди. Тўлиқ консерватив даво олиб фойда бўлмаган беморларга хирургик даво қўлланилди.

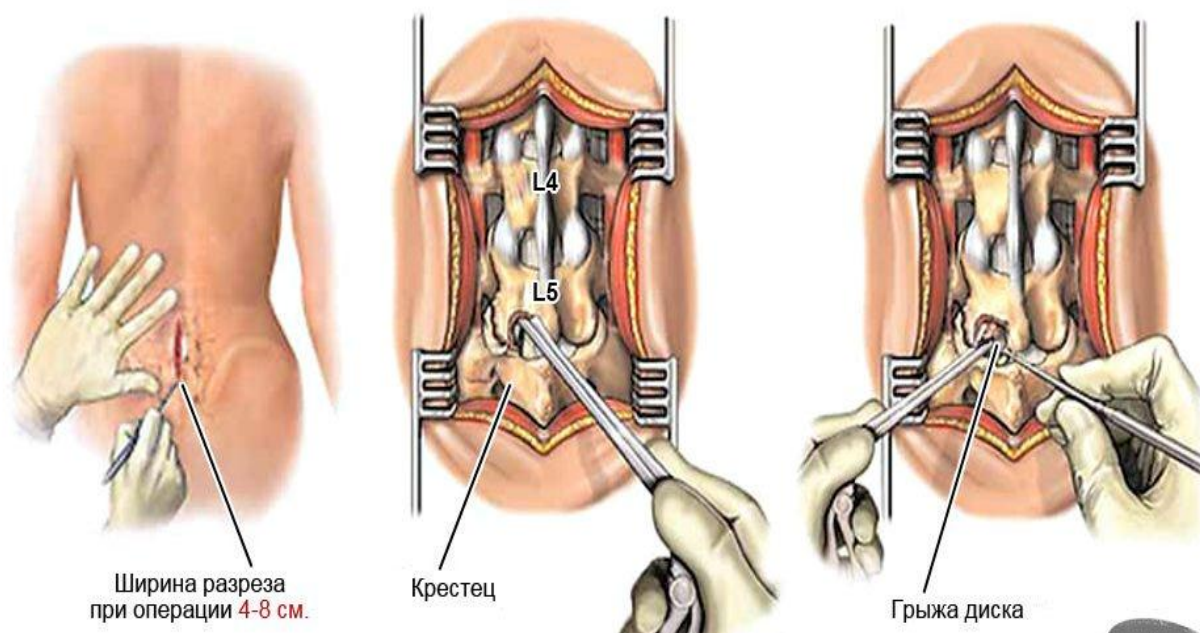
Консерватив даво олишига қарамасдан сақланиб қолган ва чидаб булмайдиган оғриқ кузатилган беморлар эртароқ хирургик давога олинди. Барча текширувлар бир нейрохирург тамонидан бажарилиб невропатолог ва рентгенолог маслахатидан фойдаланилди, даво муолажалари эса фақат нейрохирург тамонидан амалга оширилди.

Хирургик муолажалар фақатгина беморларнинг розилиги олинган беморларда амалга оширилди. Барча операциялар фақат бир нейрохирург тамонидан амалга оширилди. Бунда стандарт интерламинар дискэктомия операциясидан фойдаланилди (сур.3). Бемор интубацион наркоз остида коринга ётқизилади. Операциядан аввал антибиотик кенг спектрли туридан 1 грамм миқдорда мушак орасига инфекцион асоратлар профилактикаси мақсадида юборилади. Бел соҳаси уч бор спирт ва йод билан ишлов берилади. Ёнбош суяк қирраси аниқланиб, умуртқалараро соҳага проекцияси топилади. Бу соҳа L3-L4 соҳага мос келади. Ўткир ўсиқлар орқали зарур соҳа аниқланиб тери ва тери ости туқималари кесилади. Ўткир ўсиқ ва умуртқа равоқларидан мушаклар ажратилиб, кон тухтатилади (кон кетиш водород пероксид ва коагуляция ёрдамида тўхтатилади). Думғаза суяги аниқланиб, ундан юқорироқ интерламинал оралиқ аниқланади. Керисон асбоби ёрдамида сариқ боғлам олиб ташланади. Қаттик парда ва нерв илдизи аниқланади. Уларнинг ранги ва қон айланиш ҳолати аниқланади. Сиқилган нерв илдизи медиал томонга сурилиб тагида диск чурраси аниқланади. Диск чурраси олиниши учун орқа буйлама боғлам кесилиб, чурра конхотом асбоби ёрдамида олиб ташланади. Диск чурраси олингандан сунг нерв илдизи кўздан кечирилади. Қон кетиш булса водород пероксид ёки коагуляция ёрдамида тухтатилади. Мушак, апоневроз, тери ости ва тери қаватма-қават тикилади. Спирт ва йод билан жароҳатга ишлов берилиб, асептик боғлам қуйилади.

Бемор бир сутка давомида ётоқ режимида бўлади. Кейинги сутка давомида беморнинг туриши ва активацияси даво физкултураси мутахассиси

ёрдамида амалга оширилади. Бемор вертикал холга туриши корсет ёрдамида амалга оширилади.

Жаррохлик муолажасининг натижаси оғриқ ва неврологик дефицитнинг регресси натижасига қараб баҳоланди. Худди шу йусинда консерватив даво натижалари ҳам оғриқ симптомининг ва неврологик дефицитнинг динамикасига қараб баҳоланди.



Суръат 5. Интерламинар дискэктомия чапдан L5-S1 сохада.

Рақамли малумотлар мустақил тест намунаси билан таҳлил килинди. Р-қиймат 0.05 дан кичик бўлган ҳолатда, статистик муҳим деб ҳисобланди. Маълумотлар таҳлили бемор даволанганидан сунг SPSS статистикаси орқали бажарилди.

II БОБГА ХУЛОСА.

Текширувни тўлиқ ва стандартларга асосан олиб бориш мақсадида беморларнинг демографик кўрсаткичлари, яъни ёши, жинси ўрганилди. Неврологик нуқтаи назардан неврологик дефицит – сезги бузилишлари, мушаклар куввати, рефлекслар аниқланди. Маълум бир курсаткичлар билан туғри келмаган беморлар текширув гуруҳига киритилмади. Булар рухий жихатдан носоғлом беморлар билан стандарт даво наф бермаган беморлар ва жаррохлик муолажаси абсолют кўрсатмаларга таянган вақтидаги холларда беморлар текширув гуруҳларига киритилмади. Беморларга қўшимча текширувлардан МРТ текширувга асосланган дегенерация белгилари ва ўлчовлар аниқланди.

Барча беморлар дастлаб маълум бир стандартга асосланган консерватив даво муолажалари қабул қилишди. Даво муолажалари 4 ҳафта давом этиб белгиланиб, консерватив давонинг фойдаси бўлмаганда беморларга жаррохлик муолажаси ўтказилди. Барча даволанишгача бўлган курсаткичлар ҳисобланиб статистик ишланди. Бу кўрсаткичларга диск дегенерацияси даражаси, диск чуррасининг кўндаланг ва саггитал ўлчамлари, дурал қопнинг диск чурраси соҳасидаги кўндаланг ва саггитал ўлчамлари, диск ўлчамларининг қоп ўлчамларига нисбати, диск чуррасининг дастлабки белгиларидан бошлаб ўтган вақт, охириги хуружнинг давомийлиги каби кўрсаткичлар инобатга олинди.

Шундай қилиб, илмий изланиш перспектив тадқиқот усули бўлиб, асосий кўрсаткичлар статистик ҳисобланган кўрсаткичларга асосланади. Кўрсаткичлар объектив ҳисобланиб, операцияга кўрсатма меъзонлари сифатида қўлланадиган бўлди ва уларнинг замонавийлиги ва қўлланадиган усулларнинг ҳисобланиши далилларга асосланган тиббиётда қўлланадиган усуллар сирасига киради.

III БОБ. ТАДҚИҚОТ НАТИЖАЛАРИ

Киритиш ва чиқариш критериялари кўра изланиш давомида 134 та бемор текширилди. Биринчи диаграммада (сур.3) курсатилган демографик ва клиник (жадвал 2) маълумотларнинг 89% да белдаги оғриқ ва 82% да радикуляр симптомлар бор эди. улар орасида радикуляр оғриқ бўлган энг кўп учраган ҳолатлар бу L5 (58%) кийин S1 (30,3%) уларнинг 60% чап тамонлама 33,8% ўнг тамонлама ва 6,2% икки тамонлама эди. Бел умуртқалари диск чурраларининг ичида 32,7% да диск шиши, 54.8% да протрузия ва 12.5% да экструзия бор эди. МРТ да L4-L5 энг кўп зарарланган соҳа (57,8%), кейинги ўринда L5-S1 (35.3) 134 беморлардан 108 (80,6%) таси консерватив даво билан яхши даволанди. (Биз бу гуруҳни кейинчалик консерватив даволанган гуруҳ деб атадик). Ва 26 та 19.4% беморга хирургик даво қўлланилди (бу гуруҳни кийинчалик биз хирургик гуруҳ деб атаймиз). Хирургик давога кўрсатма бўлиб консерватив давонинг фойдасизлиги ва дойимий чидаб бўлмайдиган оғриқ ҳолатлар ҳисобланади. Кейинчалик биз демографик ва клиник маълумотларни хирургик давога мухтож беморлар ва консерватив даво олган беморлар уртасида таҳлил қилиб чиқдик (сур.3).



Суръат 6. Беморларнинг жинсига кўра тақсимланиши.

Жинси ва ёши ҳам ёки зарарланган илдиз ҳам хирургик ва консерватив гуруҳда унча фарқ қилмаслиги ($p=0,53.0,5.0,43$ мос равишда) аниқланди.

Жадвал 2. Беморлар ёши, касаллик кечиши ва хуруж давомийлиги.

Кўрсаткичлар номи	Ўртача кўрсаткичлар	Вақт оралиғи
Уртача ёши	$43,0 \pm 13,4$ ёш	15-72 ёш
Касаллик дастлабки белгилари бошланиши	$23,5 \pm 43,0$ ой	1 ҳафта-20 йил
Охирги хуруж давомийлиги	$2,3 \pm 3,9$ ой	1 ҳафта – 2 йил

Беморларнинг уртача ёши 45,9 эди. Хирургик гуруҳда ҳамда 40,8 консерватив гуруҳдаги фарқ статистик жиҳатдек унчалик катта эмасди ($P=0.076$). Симптомлар давомийлиги хирургик гуруҳда узокроқ эди (64,9 ой ва 25,6 ой, $P=0,024$) (жадвал 3.).

Жадвал 3. Гуруҳлар орасида ёш, касаллик давомийлиги ва субарахноидал бўшлиқнинг гуруҳлар орасидаги фарқланиши.

Гуруҳлар	ёши	Касаллик давомийлиги	Субарахноидал блок бор	Субарахноидал блок йўқ
Консерватив гуруҳ	40,8 ёш	25,6 ой	26,1%	90,4%
Жаррохлик гуруҳи	45,9 ёш	64,9 ой	73,9%	9,6%
$P \leq 0,05$	0,076	0,024	$\leq 0,001$	$\leq 0,001$

MPT натижаларида, MODIC типдаги ўзгаришларнинг борлиги ҳам уларнинг даражалари у гуруҳда катта фарқ қилмаган эди. ($p=0,366$ ва $0,477$ мос равишда).шморля тугунлари консерватив гуруҳда устунроқ эди ($P=0,027$). Орқа мия суюқлиги тўсиғи хирургик гуруҳда устунроқ(73,9%).орқа мия суюқлиги тўсиғи бор беморлар операция қилинган бўлса 96% тўсиқсиз операция қилингани $p=0.001$. Хирургик гуруҳда консерватив гуруҳга нисбатан чуқурроқ прифман даражаси кузатилди

(хирургик гурух уртача 2,6 ($P=0,008$). Чурра жойлашуви ва унинг типи иккинчи гурухда анча фарқ қилишини курсатди ($P=0.001$ иккаласи учун ҳам). 13,4% бемор марказий типдаги бел умуртқалари диск чурраси билан хирургик даво қўлланилган бўлса, 52%, 75% ва 100% парацентрал, фораминал ва экстрафораминал типдаги чурраларга мос равишда хирургик даво қўлланилди. (экстрафораминал чурраси бор беморлар сони фақат битталигини ҳисобга олиш керак) (жадвал 4).

Жадвал 4. Диск чуррасининг аксиал проекцияда жойлашувига кўра гурухларда жойлашуви.

Гурухлар	Централ	Парацентрал	Фораминал	Экстрафораминал
Консерватив гурух	86,6%	48%	25%	0
Жаррохлик гурухи	13,4%	52%	75%	100%
$P \leq 0,05$	$P \leq 0,01$	$P \leq 0,01$	$P \leq 0,01$	$P \leq 0,01$

Чурра типига кўра, хирургия даражаси: шишган 3,3%, протрузия 29,1%, ва экстррузия 69,2% ни ташкил этади (жадвал 5).

Диск миграцияси иккинчи гурухда анча фарқ қилиб хирургик гурухда устун эди ($P=0.05$). Қуйидаги жадвалда да диск чурраси фрагменти ва чурра копчаси диаметрининг иккинчи гурухдаги диаметрларини кўрсатади.

Жадвал 6. Гурухлар буйича МРТ кўрсаткичларнинг тақсимланиши.

Кўрсаткичлар	Консерватив гурух	Жаррохлик гурух	P-кўрсаткич
Чурра сагитал ўлчами	5,2	7,7	0,001
Чурра кўндаланг ўлчами	19,1	16,8	0,117
Қаттик парда қопи сагитал ўлчами	11,1	9,0	0,023

Қаттик парда қопи кўндаланг Ўлчами	15,7	11,7	0,001
Чурра/қоп сагитал ўлчамлари Нисбати	0,57	1,04	0,003
Чурра/қоп кўндаланг ўлчамлари нисбати	1,18	1,81	0,001

Жадвалдаги фактларга кўрсатганидек хирургик гуруҳда сагиттал фрагмент ўлчами анча юқори ва умуртқалароро тешик баландлиги.чурра қопининг сагиттал ва кўндаланг ўлчами анча кичик эди. Кўндаланг фрагменти иккинчи гуруҳда унчалик кўп фарқ қилмас эди.Бундан ташқари хирургик гуруҳда сагиттал ва кўндаланг фрагмент қатори баландроқ ва тешик қатори пастроқ эди.Олдинги тахлилларни тасдиқлаш учун биз кийинчалик малумотларни бирор логистик регрессия тахлили ёрдамида кўриб чиқдик. Натижалар жинс, MODIC типдаги ўзгаришлар,прифман даражаси остеофитларнинг борлиги шморля тугунлари. Халқали ёриқлар кўндаланг фрагмент ўлчами ва тешик баландлиги кабилар муҳим кўрсаткичлар эмаслигини ($P=0,84; .0,91; .0,09; .0,21; .0,25; .0,89; .0,56; .0,29; .0,20; .$ мос равишда) аксинча симптомлар давомийлиги, орқа мия суюқлигигига тўсиқ, ўрта чизикқа нисбатан диск чуррасининг жойлашуви, диск қисилиши типи, фрагментнинг сагитал ўлчами, каналнинг сагитал ўлчами, каналнинг кўндаланг ўлчами, фрагментнинг сагитал қатори, фрагментнинг кўндаланг қатори ва тешик қатори муҳим аҳамият касб этувчи олдиндан кўрсатувчи факторлари ($P=0,022; .0,01<0,001; 0,035, 0,014, 0,004, 0,002, 0,001, 0,003, 0,001, 0,011$ мос равишда) эканлигини кўрсатди. Фактлар курсатишича регрессия анализи ёшга статистик аҳамият берди.

Мусбат олдиндан кўрсатиб берувчи белгиларнинг муҳимлик даражаси симптом давомийлигида-5,3; спинал субарахноидал ликвор йулида 6,6; диск чурраси жойлашувида Т8,8.диск чурраси типиди-4,5;фрагментнинг сагитал ўлчамида 6,1;фрагментнинг AP қаторида8,1;фрагментнинг ML қаторида

8,9.каналнинг сагиттал ўлчамида 10,4; каналнинг кўндаланг қаторида-5,2;.ва тешиқ қаторида 10,3 ҳам ёш учун 64 минг ташкил этди.

Консерватив ва жаррохлик даволаш натижалари

Бел умуртқалари диск чурралари бел оғрига ва оёқ оғрига олиб келувчи кенг тарқалган касалликдир. Шошилиш ва хирургик даводан (чуқур ва ортиб боровчи ҳаракат дефицити, сфинктер симптомларида) ташқари бел умуртқалари диск чурраси билан оғриган бемор қисқа вақт давомида биринчи бўлиб консерватив даवони олиши керак. Бел умуртқалари диск чурраси касаллигида консерватив давонинг давомий 4-6 ҳафта давом этиши керак. Бу консерватив даво 80% беморларда қўлланилади қолган 20% беморларга хирургик даво учун аниқ кўрсатма мавжуд [43].

Хирургик давога энг аниқ кўрсатма бу консерватив давонинг фойдасизлигидир [48]. Бугунги кунда купчилик хирурглар консерватив ёки хирургик давони танлашда асосан неврологик ва клиник критерияларга асосланадилар.МРТ текширувини кийинги ўринга қуядилар [46]. Бундан ташқари ҳозирда клиник белгилар ва МРТ ташхис критерияларига кўра беморларнинг қайси консерватив қайси хирургик даво олиши кераклигини олдиндан айтиб бериш имкони мавжуд эмас [54]. Бел умуртқаларининг диск чурраларини тасхишлашда МРТ текшируви кўп ишлатилса қайси беморлар хирургик давога олдиндан боришини аниқлашнинг имкони йуқ ва шунинг учун учун МРТ текшируви хулосалари тўғридан тўғри хирургик даво учун кўрсатма бўла олмайди. Диск чуррасининг консерватив давосида асосан протрузия кўринишидаги диск чурралари учради. Маълумотни тасдиқлаш мақсадида куйидаги клиник мисолни келтирамиз:

Бемор М., Касаллик тарихи № 1284/99, келгандаги шикоятлари: Бемор сўзидан бел соҳасидаги оғриққа, оғриқни ўнг сон ва болдир орқа юзаси бўйлаб тарқалишига ва ҳаракатни қийинлашишига.

Анамнез: Бемор сўзидан 1 йилдан буён бел соҳасидаги оғриқ безовта қилади. Уй шароитида даврий равишда маҳаллий физиотерапевтик ва оғриқ

қолдирувчи муолажалар олган, бироқ охирги ойда оғриқни ўнг оёқ орқа юзаси бўйлаб тарқалиши ва оғриқ қолдирувчи препаратларни фойда қилмай қолиши кузатилган. Юқоридаги шикоятлар, МРТ текширувидан сўнг ва Нейрохирург тавсиясига биноан РИНИАТМ га даволаниш мақсадида ётган. Объектив: Бемор келгандаги умумий аҳоли нисбатан қониқарли. Ҳолати актив, оғриқ ҳисобига юришдаги мажбурий ҳолат. Узоқ масофага юрганда белдаги оғриқни кучайиши. Одатий тана тузилиши ва семиришга мойил. Тери ва шиллиқ қаватлари одатий рангда. Периферик лимфа тугунлари катталашмаган. Ўпкасида везикуляр нафас. НС – 18та минутига. Юрак тонлари аниқ, ритмик. АД – 120\80 мм.с.м.уст. Пульс – 75та минутига. Қорин юмшоқ, оғриқсиз. Жигар ва талоқ ўзгаришсиз. Ич келиши ва сийиши регуляр.

Невростатус: Ҳуши ўзида. Саволларга аниқ жавоб беради, вақтга ва атроф муҳитга нисбатан ориентр сақланган. Кайфияти ўзгарувчан. БМН тарафдан: Хид билиш икки тарафда бир хил. Предментларга нисбатан кўриш сақланган, кўриш майдони ўзгаришсиз. Қорачиқлар D=S бир хил, фотореакция сақланган. Аккомодация ва конвергенция реакцияси сақланган. Уч шохли нерв чиқиш нуқталари пальпацияда оғриқсиз. Юз симметрик. Эшитиш иккала тарафда бир хилда сақланган. Ютиниш ва товуш ҳосил бўлиши ўзгаришсиз. Тил оғиз бўшлиғида ўрта чизик бўйлаб жойлашган. Ҳаракат сфераси: Тана юқори ва пастки қисмларида актив ва пассив ҳаракатлар сақланган, мускуллар кучи 5 балл. Ўнг томонлама VL4-5 бўйича илдизли оғриқ. Лассега симптоми 90* градусда иккала тарафда мусбат. Юзаки ва чуқур сезги сферасида бузилишлар йўқ. Пай рефлекслари: BR ва TR, PR, AR симметрик чақирилмоқда. Қорин рефлекслари: симметрик чақирилмоқда. Патологик рефлекслар ва менингеал белгилар манфий. Кичик чаноқ аъзолари бузилишсиз. Текширувлар: бел умуртқалари МРТ текшируви: Бел-думғаза умуртқалари соҳаси остеохондрози. VL4-5 диск чурраси (сур. 4.).



Суръат 7. МРТ суръатда бел думғаза сохасида VL4-L5 сохада диск протрузияси.

Шикоятлар, объектив кўрик, неврологик статус, лаборатор ва инструментал текширув натижалари асосида куйидаги клиник ташхис куйилди: «Бел остеохондрози. VL4-5 диск чурраси дискорадикуляр синдром билан чапдан»

Тавсия этилди: консерватив даво, физиотерапия, дори – дармон билан даволаш.

Масалан, Rapan ва бошқалар [52] ва Neault [48] 2 та алохида катта экструзия ва секвестрланган бел умуртқалари диск чурраси фрагментининг ўлчами МРТ да кичиклашгани ҳамда клиникада тўлиқ тузалгани хакида

баёнот беради. Буларнинг исботи сифатида куйидагиларни келтириш мумкин:

Бемор У. Касаллик тарихи №310/26. Келгандаги шикоятлари: Бемор сўзидан бел сохасидаги оғриққа, оғриқни чап сон ва болдир орқа юзаси бўйлаб тарқалишига ва ҳаракатни қийинлашишига, умуртка қийшайишига.

Анамнез: Бемор сўзидан 4 ойдан буён бел сохасида оғриқ кузатилади, белидаги оғриқни қаттиқ совуқ қотганлиги билан боғлайди. Уй шароитида даврий равишда маҳаллий физиотерапевтик ва оғриқ қолдирувчи муолажалар олган, бироқ охирги ойда оғриқни чап оёқ орқа юзаси бўйлаб тарқалиши ва оғриқ қолдирувчи препаратларни фойда қилмай қолиши кузатилган. Юқоридаги шикоятлар, МРТ текширувидан сўнг ва Нейрохирург тавсиясига биноан РИНИАТМ га даволаниш мақсадида ётган.

Объектив курув: Бемор келгандаги умумий ахволи нисбатан қониқарли. Ҳолати актив, оғриқ ҳисобига юришдаги мажбурий ҳолат. Узоқ масофага юрганда белдаги оғриқни кучайиши. Одатий тана тузилиши ва озиқланиши қониқарли шароитда. Тери ва шиллиқ қаватлари одатий рангда. Периферик лимфа тугунлари катталашмаган. Ўпкасида везикуляр нафас. НС – 18та минутига. Юрак тонлари аниқ, ритмик. АД – 110\70 мм.см.уст. Пульс – 75та минутига. Қорин юмшоқ, оғриқсиз. Жигар ва талоқ ўзгаришсиз. Ич келиши ва сийиши регуляр.

Невростатус: Хуши ўзида. Саволларга аниқ жавоб беради, вақтга ва атроф муҳитга нисбатан ориентр сақланган. Кайфияти ўзгарувчан. БМН тарафдан: Хид билиш икки тарафда бир хил. Предментларга нисбатан кўриш сақланган, кўриш майдони ўзгаришсиз. Қорачиқлар D=S бир хил, фотореакция сақланган. Аккомодация ва конвергенция реакцияси сақланган. Уч шохли нерв чиқиш нуқталари пальпацияда оғриқсиз. Юз симметрик. Эшитиш иккала тарафда бир хилда сақланган. Ютиниш ва товуш ҳосил бўлиши ўзгаришсиз. Тил оғиз бўшлиғида ўрта чизик бўйлаб жойлашган. Ҳаракат сфераси: Тана юқори ва пастки қисмларида актив ва пассив ҳаракатлар сақланган, мускуллар кучи 5 балл. Чап томонлама S1 бўйича

илдизли оғриқ. Лассега симптоми 90* градусда иккала тарафда мусбат. Юзаки ва чуқур сезги сферасида бузилишлар йўқ. Пай рефлекслари: BR ва TR, PR, AR симметрик чақирилмоқда. Қорин рефлекслари: симметрик чақирилмоқда. Патологик рефлекслар ва менингеал белгилар манфий. Кичик чанок аъзолари бузилишсиз.

Текширувлар: Бел думғаза соҳаси МРТ-текшируви. Бел – думгаза остеохондрози белгилари. VL5-S1 диск чурраси. (сур. 5)



Суръат №8. Аксиал МРТ суръати. Диск протрузияси кўриниши келтирилган.

Беморнинг шикоятлари, касаллик анамнези, обектив текширувлар, неврологик статус, Инструментал ва лабаротор текширувларга асосланиб беморга қуйидаги клиник ташхис қуйилди: Бел остеохондрози. Умуртқалароро диск чурраси VL5-S1 ва чап тамонлама дискорадикуляр синдром»

Тавсия этилди: консерватив даво, сакрал эпидурал блокада.

Улар хирургик даво хар доим хам танлов методи эмас деб хулоса қиладилар. Бироқ бу иккала изланиш хам ўзининг давомийлигида камчилигини

кўрсатади. Саал ва Саел [56] бел диски экстрюзияси бор беморларда консерватив даवони қўллашди ва натижада бир канча беморларда чурра ўлчамининг кичиклашганини хақидаги малумотларни келтиришди. Олдиндан кўрсатиб берувчи фактор сифатида диск регрессиясини олдиндан аниқлаб бера олиши мумкинлиги ёки йўқлигини кўриб чиқдилар. Уларнинг изланишида 57% диск чурраси ўлчами кичиклашгани ва 39% ўзгармасдан қолди. Улар катта хажмдаги диск чурралари ва экстрюзилар кичик хажмдагиларига нисбатан кўпроқ регрессияга учраганлигини кузатишди. Ҳамда регрессияга учраган дисклар T2 режимда юқори сигналга эга эканлигини кузатишди. Бироқ аксарият ҳолларда беморлар жаррохлик муолажасига мухтож бўлишган. Бунга қуйидагини мисол келтириш мумкин: Бемор Н., касаллик тарихи №351/52. Келгандаги шикоятлари: Бемор сўзидан бел ва думғаза соҳасидаги оғриққа, оғриқни чап оёқ орқа-ён юзаси бўйлаб тарқалишига ва увушишига.

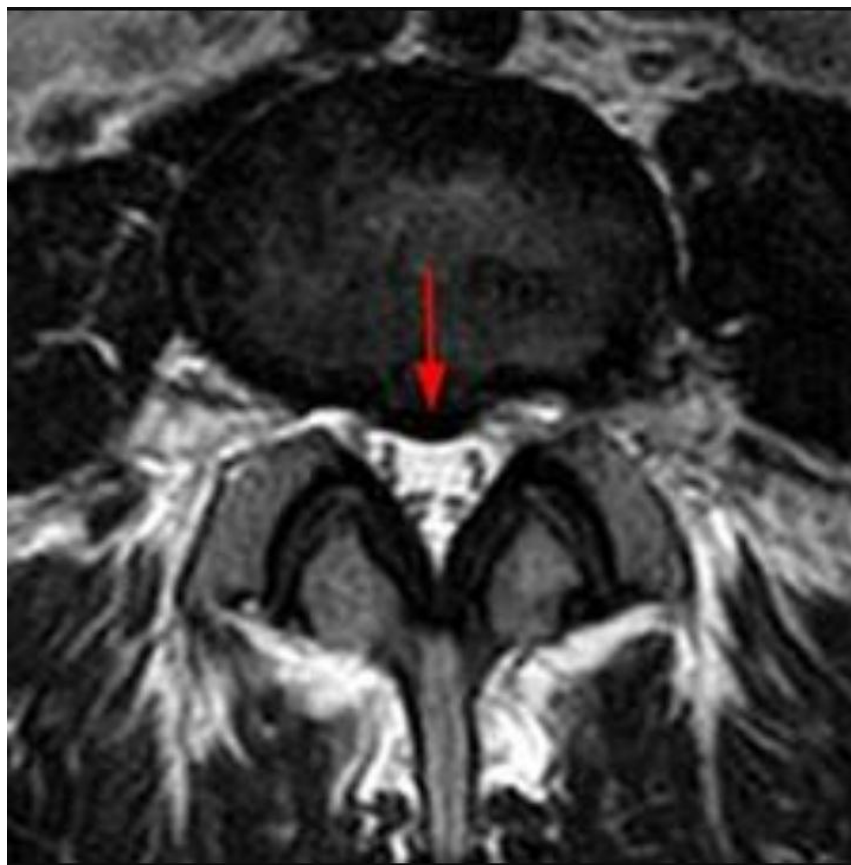
Анамнез: Бемор сўзидан ўзини бир неча йилдан буён касал ҳисоблайди. Касаллигини ҳеч нарса билан боғламайди. Яшаш жойида бир неча бор консерватив даво муолажаларини олган, лекин фойдаси бўлмаган. Юқоридаги шикоятлар, МРТ текширувидан сўнг ва Нейрохирург тавсиясига биноан РИНИАТМ га даволаниш мақсадида ётган.

Объектив курик: Бемор келгандаги умумий аҳоли нисбатан қониқарли. Ҳолати актив. Тери ва шиллиқ қаватлари оч-пушти рангда. Периферик лимфа тугунлари катталашмаган. Ўпкасида везикуляр нафас. НС – 20та минутига. Юрак тонлари бўғиқ, аритмик. АД – 150\90 мм.с.м.уст. Пульс – 90та минутига. Қорин юмшоқ, оғриқсиз. Жигар ва талоқ ўзгаришсиз. Ич келиши қабзиятга мойил ва сийиши регуляр.

Невростатус: Ҳуши ўзида. Саволларга аниқ жавоб беради, вақтга ва атроф муҳитга нисбатан ориентр сақланган. БМН тарафдан: Хид билиш икки тарафда бир хил. Предментларга нисбатан кўриш сақланган, кўриш майдони ўзгаришсиз. Қорачиқлар D=S бир хил, фотореакция сақланган. Аккомодация ва конвергенция реакцияси сақланган. Уч шохли нерв чиқиш нуқталари

пальпацияда оғриқсиз. Юз симметрик. Эшитиш иккала тарафда бир хилда сақланган. Ютиниш ва товуш хосил бўлиши ўзгаришсиз. Тил оғиз бўшлиғида ўрта чизик бўйлаб жойлашган. Харакат сфераси: Тана юқори ва пастки қисмларида парез ва паралич йўқ. Чап оёқда оғриқ хисобига ҳаракатининг чегараланиши. Пай рефлекслари: PR ва AR иккила тарафда сусайган, кўпроқ чапда. Сизги сфераси: дум соҳасидаги маҳаллий оғриқ ва оёққа тарқалиши дермометр бўйича VL5 ва S1, кўпроқ чапда. Патологик рефлекслар ва менингеал белгилар манфий. Симптом Ласега чапда мусбат 50°.

Текширувлар: МРТ текширув – бел-думғаза умуртқа остеохондрози. VL5-S1 диск чуррасининг пастга миграцияси.



Суръат № 9. Аксиал МРТ суръатда централ диск чурраси аниқланади (ёй билан белгиланган).

Беморнинг шикоятлари, касаллик анамнези, объектив текширувлар, неврологик статус, Инструментал ва лаборатор текширувларга асосланиб беморга қуйидаги клиник ташхис қуйилди: Бел остеохондрози. Умуртқалароро диск чурраси VL5-S1 ва чап тамонлама

дискорадикуляр синдром». Беморга тавсия этилди: Анестезиолог куриги ва хирургик даво. Бемор жаррохлик муолажасидан кейин ўзини қониқарли хис этади.

Яна бир мисол:

Бемор Ю. Касаллик тарихи № 3471/502. Келгандаги шикоятлари: Бемор сўзидан бел соҳасидаги оғриққа, оғриқни ўнг оёқ орқа-ён юзаси бўйлаб тарқалишига ва ўнг оёғини увушишига.

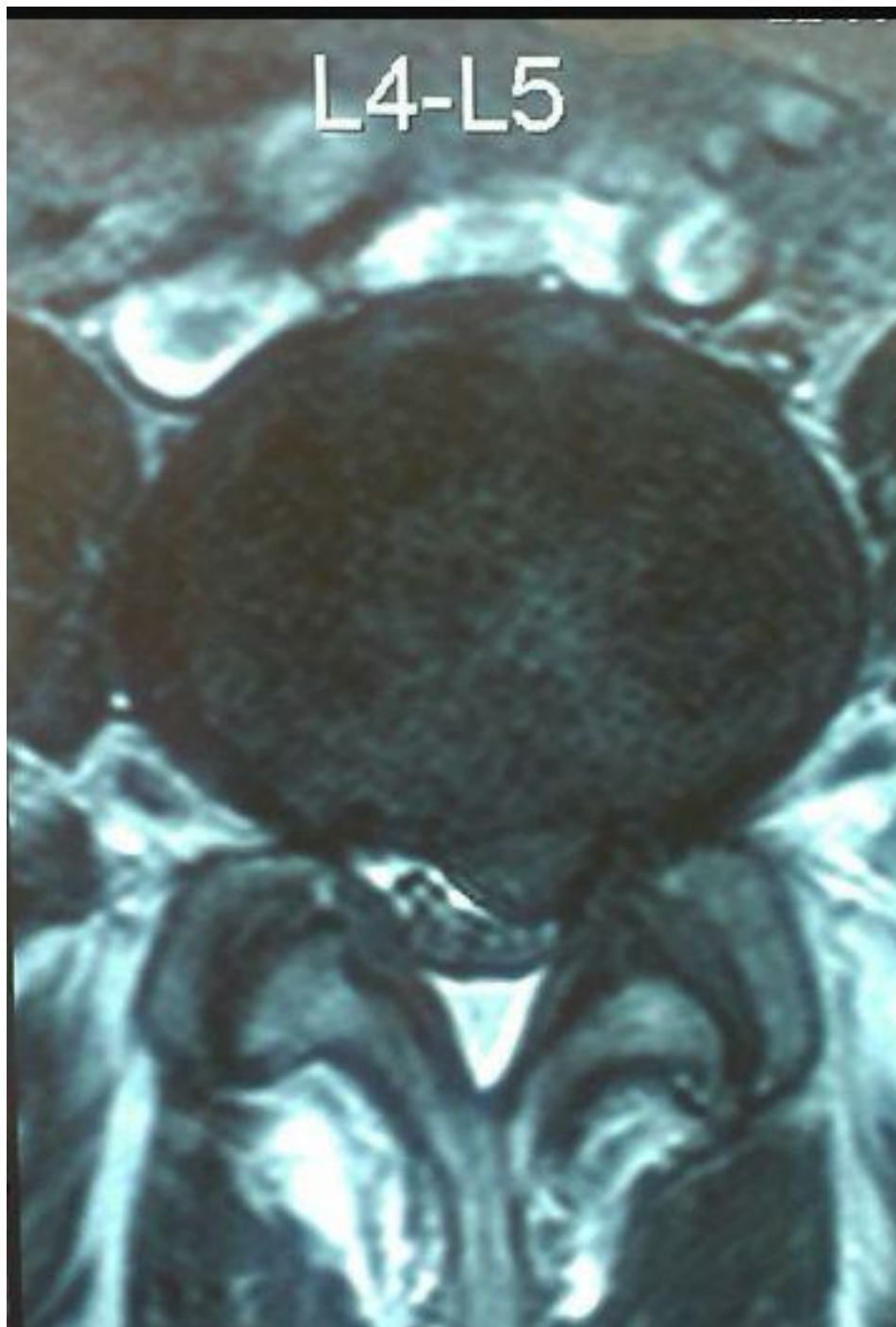
Анамнез: Бемор сўзидан ўзини бир неча ойдан буён касал хисоблайди. Касаллигини ҳеч нарса билан боғламайди. Яшаш жойида бир неча бор консерватив даво муолажаларини олган, лекин фойдаси бўлмаган. Юқоридаги шикоятлар, МРТ текширувидан сўнг ва Нейрохирург тавсиясига биноан РИНИАТМ га даволаниш мақсадида ётган.

Объектив курик: Бемор келгандаги умумий ахволи нисбатан қониқарли. Холати актив. Тери ва шиллиқ қаватлари оч-пушти рангда. Периферик лимфа тугунлари катталашмаган. Ўпкасида везикуляр нафас. НС – 18та минутига. Юрак тонлари аниқ, ритмик. АД – 120\80 мм.с.м.уст. Пульс – 78та минутига. Қорин юмшоқ, оғриқсиз. Жигар ва талок ўзгаришсиз. Ич келиши ва сийиши регулар.

Невростатус: Хуши ўзида. Саволларга аниқ жавоб беради, вақтга ва атроф муҳитга нисбатан ориентр сақланган. БМН тарафдан: Хид билиш икки тарафда бир хил. Предментларга нисбатан кўриш сақланган, кўриш майдони ўзгаришсиз. Қорачиқлар D=S бир хил, фотореакция сақланган. Аккомодация ва конвергенция реакцияси сақланган. Уч шохли нерв чиқиш нуқталари пальпацияда оғриқсиз. Юз симметрик. Эшитиш иккала тарафда бир хилда сақланган. Ютиниш ва товуш ҳосил бўлиши ўзгаришсиз. Тил оғиз бўшлиғида ўрта чизик бўйлаб жойлашган. Харакат сфераси: Тана юқори қисмида парез ва паралич йўқ. Пастки қисмларида оғриқ хисобига ҳаракатининг чегараланиши. Пай рефлекслари: PR ва AR иккила тарафда сусайган. Сизги сфераси: оёқдаги маҳаллий оғриқ дермометр бўйича VL4, кўпроқ ўнгда. Пастки қисмда парестезия ва сезгини чекланганлиги, кўпроқ ўнгда.

Патологик рефлекслар ва менингеал белгилар манфий. Кичик чаноқ аъзолари бузилишсиз. Симптом Ласега ўнгда мусбат 30°

Текширувлар: Бел думғаза МРТ текшируви. Бел думғаза соҳаси остеохондрози. L4-L5 диск чурраси (сур.7)



Суръат №10. Аксиал МРТ суръатида секвестрланган диск чурраси аниқланади.

Беморнинг шикоятлари, касаллик анамнези, обектив текширувлар, неврологик статус, инструментал ва лаборатор текширувларга асосланиб

беморга қуйидаги клиник ташхис қуйилди: Бел остеохондрози. Умуртқалароро диск чурраси VL4-L5. ва чап тамонлама дискорадикуляр синдром». Тавсия этилди: Анестезиолог куриги ва хирургик даво. Беморга жаррохлик муолажаси ўтказилиб, бемор тўла тузалиб кетди.

Бизнинг изланишларимиз бирламчи бел оғриғи ёки радикуляр оёк оғриғи бўлган шошилишч хирургияга мухтож бўлмаган беморларда ўтказилди. Барча беморларда люмбосакрал МРТ текшируви ўтказилди ва консерватив даво ўтказилди. Беморлар кейинчалик гуруҳга бўлинди. Бизнинг изланишларимиз клиник кўрсаткичлар ичида факат симптомлар давомийлиги ҳамда ёш икки гуруҳ ўртасидаги фарқ қилар эди. жойлашувига кўра диск чурраси ўрта чизикдан узоқроқ ва умуртқалароро тешикка қанчалик проксимал яни яқинроқ бўлса хирургик давога мутожликнинг эҳтимоли шунчалик юқори бўлади. Энг эҳтимоллик экстрафораминал диск чуррасида кузатилган бўлса ундан кийинги ўринларда фораминал ва парацентрал диск чурраларда кузатилди. ҳақиқатдан ҳам диск чуррасининг нерв илдизига яқинлиги консерватив давонинг бефойда эканлиги олдиндан курсатиб бериши мумкин бўлган энг муҳим фактордир. Бу яни хирургик гуруҳда умуртқалароро тешикнинг баландлиги ва қатори пастроқ эканлиги биз уз изланишларимизда кийинчалик тасдиқланганини кўрдик. Бундан ташқари экструзияланган чурра типлари кўпроқ хирургик муолажаларни бошдан кечирди. Ундан кийинги ўринларда протрузиялар ўрин эгаллади. Диск чуррасининг ўлчамига кўра изланишларимиз курсатдики. агар қанчалик дискнинг олдинги орқа ўлчами каттароқ булса кўпроқ хирургик давога мойил эдилар. Хулоса қилиб айтиш керакки агар беморларда диск фрагментининг олд орқа диаметри ва диск чурраси қопчасининг диаметри бир хил булса хирургик давога мойиллик эҳтимоли ошади. (2-жадвалда кўрсатилган натижаларга асосланган ҳолда қайсики олд орқа фрагмент қатори хирургик давони талаб этувчи гуруҳда 1 ни ташкил этади). Ҳақиқатдан ҳам диск регрефрагментлари қанчалик катта бўлса ва чурра қопчасини қанчалик босиб турса бу яна бир маратоба консерватив давонинг бефойда эканлигини

кўрсатиб бериши мумкин. Кўпчилик юқори пфирман даражасини (диск дегенерацияси даражасининг индикатори). Хирургик даво хавфи учун мусбат прогностик ахамиятга эгалигини айтишади. Бу т-тест тахлилида муҳим статистик ахамиятга эгадек кўринсада регрессия тахлилида муҳим ахамият касб этмаслигини кўрсатди. Кейинчалик регрессия тахлили юқоридаги факторлар орасида орқа мия суюқлигидаги тўсиқ энг муҳим прогностик қийматга эга бўлиб кийинги ўринларда канал кенглиги. Диск фрагментининг олд ва орқа ўлчами симптомлар давомийлиги текислик ўлчами диск чурраси типи туради.

Бел умуртқалари диск чурраларини даволашда замонвий қўлланмаларга амал қилиш тавсия этилсада (бел умуртқалари диск чурраси симптоми бор беморларда дастлаб консерватив даврни қўллаш ҳақидаги протоколлар) бизнинг изланишларимиз юқори Пфиррман даражаси латералроқ жойлашган дисклар экструзия ва ротрузия туридаги диск чурралари хаммасида қаттароқ фрагментлари каби МРТ кўрсаткичлари хирургик давога муҳтож ва консерватив давонинг фойдасизлик хавфини олдиндан кўрсатиб бериши мумкин бўлган факторлар эканлигини кўрсатди. Бу факторлар келажакда хирургик даво натижаларини ямонлашувига олиб келувчи ҳамда узок давом этувчи 4-8 ҳафтадан ортиқ консерватив давони четлаб ўтишда қўлланилиши мумкин.

III БОБГА ХУЛОСА.

Тадқиқот натижалари тўла тўқис тадқиқод методикасида кўрсатиб ўтилган усуллар асосида бажарилди.

134 та бемор ичида 80.6% бемор консерватив даво билан соғайди. 19,4% беморга хирургик даво қўлланилди. Уларда жинс, яшаш жойи, босилган илдиз жойи, Пфиррман буйича ўзгаришлар мавжудлиги, остеофитлар иккита гурух орасида ҳам унчалик фарқ қилмасди. Ақсинча орқа мия суюқлиги тусиғи, чурранинг ўрта чизикқа нисбатан жойлашиши ва чурра типи хилма хиллиги фарқ қилади. Хирургик гурухда диск чуррасининг олд ва орқа қисмлар улчами анча юқориоқ эди. Умуртқалароро тешик баландлиги ҳамда дурул қопча диаметри анча кичикроқ эди.

Бел умуртқалари диск чурралари белгилари бўлган беморларда дастлаб консерватив даволаш юқори даражада тавсия этилсада бу изланиш натижалари шуни кўрсатдики Пфиррман даражасининг юқорилиги, латерал жойлашган диск чурраларининг экструзияси ва протрузияси типлари ҳамда каттароқ қисмларида консерватив давонинг натижасиз эканлигини олдиндан кўрсатиб бериш мумкин. Шу йул билан заруриятсиз узок давом этувчи (4-8 хафта давомида) консерватив давонинг олдини олиш мумкин.

ХОТИМА

Бел умуртқаларо диск чурраси хозирда кенг тарқалган булиб, оддий бел соҳасидаги оғриқлардан тортиб, оғир ногиронликгача олиб келиши мумкин. Диск чуррасини даволашнинг турли усуллари мавжуд. Бирок асосий даво турларини икки гуруҳга булиш мумкин. Булар консерватив даво ва жаррохлик даво турларидир. Консерватив даво турларига асосан дори – дармон билан даволаш, физиотерапевтик муолажалар, даво физкултура машқлари ва х.к. киради. Аксарият ҳолларда консерватив даво муолажалари фойда беради. Фойда булмаган ҳолларда жаррохлик муолажасига курсатма қўйилади. Одатда консерватив даво ва жаррохлик муолажаси бир-бирини тўлдириб боришади. Консерватив давогами, жаррохлик муолажасигами аниқ курсатмалар асосида даво муолажаси олиб борилади. Хозирда турли туман курсатмалар келтирилган, консерватив давога ҳам, жаррохлик муолажасига ҳам. Ногиронлик хавфи булганда ва неврологик дефицит мавжудлигида операцияга кўрсатмалар шубҳасиз эрта қўйилиши керак. Бирок аксарият диск чурралари консерватив йул билан даволаниши мумкин булганда, курсатмани аниқ қўйиш зарур. Жаррохлик муолажадан аввал узоқ муддат консерватив даво олиб бориш бефойда маблағ ва вақт йукотилишига олиб келади. Шу сабабли консерватив даво бефойдалигини аввалдан аниқлаб, эрта даврдаёқ жаррохлик муолажасини ўтказиш бемор учун фойдали бўлади. Шу нуқтаи назардан тўғридан-тўғри жаррохлик муолажасига мойиллик қилувчи меъзонларни аниқлаш муҳим ҳисобланади.

Текширувни тўлиқ ва стандартларга асосан олиб бориш мақсадида беморларнинг демографик кўрсаткичлари, яъни ёши, жинси ўрганилди. Неврологик нуқтаи назардан неврологик дефицит – сезги бузилишлари, мушаклар куввати, рефлекслар аниқланди. Маълум бир кўрсаткичлар билан туғри келмаган беморлар текширув гуруҳига киритилмади. Булар рухий беморлар билан стандарт даво наф бермаган беморлар ва жаррохлик

муолажаси абсолют кўрсатмаларга таянган вақтидаги ҳолларда беморлар текширув гуруҳларига киритилмади. Беморларга қўшимча текширувлардан МРТ текширувга асосланган дегенерация белгилари ва ўлчовлар аниқланди. Барча беморлар дастлаб маълум бир стандартга асосланган консерватив даво муолажалари қабул қилишди. Даво муолажалари 4 ҳафта давом этиб, фойдаси бўлмаганда беморларга жаррохлик муолажаси ўтказилди. Барча даволанишгача бўлган кўрсаткичлар ҳисобланиб статистик ишланди. Бу кўрсаткичларга диск дегенерацияси даражаси, диск чуррасининг кўндаланг ва саггитал ўлчамлари, дурал қопнинг диск чурраси соҳасидаги кўндаланг ва саггитал ўлчамлари, диск ўлчамларининг қоп ўлчамларига нисбати, диск чуррасининг дастлабки белгиларидан бошлаб ўтган вақт, охириги хуружнинг давомийлиги каби кўрсаткичлар инобатга олинди.

Илмий изланиш проспектив тадқиқот усули бўлиб, асосий кўрсаткичлар статистик ҳисобланган кўрсаткичларга асосланади. Кўрсаткичлар объектив ҳисобланиб, операцияга кўрсатма меъзонлари сифатида қўлланадиган бўлди ва уларнинг замонавийлиги ва қўлланадиган усулларнинг ҳисобланиши далилларга асосланган тиббиётда қўлланадиган усуллар сирасига киради. Тадқиқот натижалари тўла тўқис тадқиқод методикасида кўрсатиб ўтилган усуллар асосида бажарилди.

Барча 134 та бемор ичида 80.6% бемор консерватив даво билан соғайди. 19,4% беморга хирургик даво қўлланилди. Уларда жинс, яшаш жойи, босилган илдиз жойи, Пфиррман буйича ўзгаришлар мавжудлиги, остеофитлар иккита гуруҳ орасида ҳам унчалик фарқ қилмасди. Аксинча орқа мия суюқлиги тўсиғи, чурранинг ўрта чизикқа нисбатан жойлашиши ва чурра типи хилма хиллиги фарқ қилади. Хирургик гуруҳда диск чуррасининг олд ва орқа қисмлар ўлчами анча юқорироқ эди. Умуртқалароро тешиқ баландлиги ҳамда дурал қопча диаметр анча кичикроқ эди.

Бел умуртқалари диск чурралари белгилари бўлган беморларда дастлаб консерватив даволаш юқори даражада тавсия этилсада бу изланиш натижалари шуни кўрсатдики Пфиррман даражасининг юқорилиги, латерал

жойлашган диск чурраларининг экструзияси ва протрузияси типлари ҳамда каттароқ қисмларида консерватив давланиш натижасиз эканлигини олдиндан кўрсатиб бериш мумкин. Шу йул билан заруриятсиз узок давом этувчи (4-8 хафта давомида) консерватив давланиш олдини олиш мумкин. Бемор тадқиқотимиз натижасида келтирилган меъзонлар асосида касаллик бошланишиданок жаррохлик муолажасини ўтказиши мумкин.

ХУЛОСА

1. Диск чуррасининг клиник кечиши давомийлиги, касаллик хуружи давомийлиги, беморнинг ёши ва жинсига кўра беморларнинг консерватив ё жаррохлик муолажасига курсатма сифатида киритилиши мумкин эмас.
2. Диск чуррасининг экструзияси ва спинал субарахноидал ликвор йулларининг блоки консерватив даво чорасининг самарасизлиги хақида далолат берувчи меъзонларди сифатида қабул қилиниши мумкин.
3. Спинал субарахноидал ликвор йуллари блоки ва диск чурралари экструзияси бор беморларнинг тахминан 20% да дастлаб жаррохлик муолажасини бажариш ижобий натижа беради.

АМАЛИЙ МАСЛАХАТЛАР:

1. Келтириб ўтилган меъзонларга асосланганда касалликни дастлабки белгилариданоқ беморларни жаррохлик муолажасига танлаш имкони бўлади. Самарасиз консерватив муолажанинг муддати камида 1-2 ойга қисқартириш мумкин.
2. Консерватив даवони албатта 4 ҳафта давом эттириш керак ва даволаниш комплекс равишда стандарт дори-дармонлар, физиотерапия ва даво физкултураси билан бирга олиб борилиши керак.
3. Диск чуррасини эрта жаррохлик муолажасини бажаришда диск чуррасининг типи ва локализациясига эътибор қаратилиши лозим. Экстрафораминал ва фораминал диск чурраси интерламинар усул билан олиниши ва фораминомия билан тулдирилиши зарур.

4. ЧОП ЭТИЛГАН МАҚОЛАЛАР РЎЙХАТИ

1. Тезис. Бел умуртқалари диск чурраларини эрта жаррохлик усулида даволаш мезонлари. Тезислар тўплами “Педиатрияга соҳасидаги ёш олимларнинг ютуқлари”. 2017 й. 151 -152 бет. Роззоков Д.Т., Халикулов Э.Ш.
2. Тезис. Оценка критериев прогноза исхода консервативной терапии при грыжах поясничных межпозвонковых дисков. Роззоков Д.Т., Халикулов Э.Ш. Российский нейрохирургический журнал имени проф. А.Л. Поленова. 2018 г. Стр. 208.
3. Тезис. Бел умуртқалари диск чурраларини жаррохлик усулида даволаш мезонлари. Тезислар тўплами “Педиатрияга соҳасидаги ёш олимларнинг ютуқлари”. 2018 й. 148 -149 бет. Роззоков Д.Т., Халикулов Э.Ш.

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РУЙХАТИ:

1. Ўзбекистон Республикаси Биринчи Президенти И.А. Каримов ва президентимиз Ш.М.Мирзиёев асарлари ва чоп этилган маълумотлар.

1. Президент Ислам Каримов ташаббуси билан ташкил этилган «Уқимишли ва интеллектуал ривожланган авлодни тайёрлаш – давлатнинг модернизацияси ва мустахкам ривожланиши муҳим шартлари сифатида» халқаро конференция иштирокчилари билан учрашуви. - Тошкент 17.02.2012
2. «Соғлом авлод учун» фондининг ташкил этилганининг 20 йиллигига бағишланган «Соғлом авлод – миллат келажаги» халқаро илмий-амалий конференция иштирокчилари билан учрашув - Тошкент, 24.04.2013
3. Ўзбекистон Республикаси конституциясининг 21 йиллигига бағишланган И.А.Каримовнинг доклади // Учитель Узбекистана. – 2013. - №50. – Б. 6.
4. Ўзбекистон Республикаси Президенти Ш.М. Мирзиёевнинг бошчилигида утган соғлиқни сақлашни реформасига бағишланган йиғилишидан //Халқ сузи. -2017. - №211(6875) - б.1
5. Акунц К.Б. Регионарное обезболивание. – М.: Триада–Х, 2003. – 120 с.
6. Вельц А.В. Комбинированная каудальная эпидуральная анестезия у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук.– Екатеринбург, 2002. – 19 с.
7. Власов О.О. Оптимизация интра- и послеоперационного обезболивания с помощью пролонгированной каудальной анестезии у новорожденных детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Днепропетровск, 2006. – 19 с.
8. Гайдар Б.В. Практическая нейрохирургия. Руководство для врачей. Санкт-Петербург, Издательство <<Гиппократ>>, 2002 г.

9. Губаев С.З., Буров Н.Е., Осипов С.А. Клинико-фармакологическая характеристика ропивакаина при проведении сакральной анестезии // Анестезиология и реаниматология. – 2001. – №3. – С. 17-19.
10. Гусев Е.И., Коновалов А.Н. (Неврология и нейрохирургия (учебник в двух томах Т-II кн.)). — М., 2008-2009 г.
11. Емельянов С.И., Чукбар А.В., Панфилов С.А. Сакральная анестезия при оперативном лечении новообразований мягких тканей нижних конечностей. // Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова. – 2005. - №7. – С. 24-27
12. Илюкевич Г.В., Олецкий В.Н. Регионарная анестезия. – Мн.: Ковчег, 2006. – 164 с.
13. Козлов С.П., Ващинская Т.В., Светлов В.А. Клинический опыт использования двух форм бупивакаина гидрохлорида (анекаина и маркаина) для эпидуральной анестезии. // Анестезиология и реаниматология. – 1999. – № 5. – С. 69-71
14. Лившиц А.В. Хирургия спинного мозга. — М. Медицина, 1990. -352 с.
8. Мамадалиев А. М. Ишиас. Узбекистан Республикаси энциклопедияси. 1998 й. 4 том, 310 б.
15. Мамадалиев А.М. Современные методы диагностики остеохондроза и грыж межпозвонковых дисков. Журнал теоретической и клинической медицины, Ташкент, 2000 г. №3. 133-134 стр.
16. Мамадалиев А.М. Тактика консервативного и хирургического лечения неврологически осложненных грыж межпозвонковых дисков, Доклад на II съезда невропатологов Узбекистана, Ташкент 2002 г. 20 с.
17. Мамадалиев А/М.. Шодиев А.Ш. Буйин, кукрак, бел остеохондрозининг этиологияси, патогенези, клиникаси консерватив ва жаррохлик усулида даволаш муаммолари. «Вертебрологиянинг долзарб муаммолари» мавзусида утказилган илмий-амалий конференция илмий ишлари туплами. 22 май 2004 й. Самарканд, 12-бет.
18. Мамадалиев А.М., Мамадалиева С.А., Мухаммеджанов Н.З. Тактика хирургического лечения остеохондроза и грыж межпозвонковых дисков.

Материалы I] Республиканской научно-практической конференции нейрохирургов Узбекистана. Ташкент. 22-23 сентябрь, 2005 г. 43-44 стр.

19. Мамадалиев А.М., Алиев М.А. Магнитно-резонансная томография при различных нейрохирургических заболеваниях головного и спинного мозга. Материалы научно-практической конференции. “Современные проблемы физики конденсированных сред”. 11-12 декабря 2009 г., Самарканд, Узбекистан, 56-стр.

20. Мамадалиев А.М., Шодиев А.Ш., Алиев М.А. Умурткалараро диск чурралари диагностикасида магнит-резонанс томографиянинг урни. Материалы научно-практической конференции “Современные проблемы физики конденсированных сред”. 11-12 декабря 2009 г., Самарканд, Узбекистан.

21. Мамадалиев А.М., Мамадалиева С. А., Алиев М. А. Эффективность щадящих доступов для удаления грыж межпозвонковых дисков пояснично-крестцового отдела позвоночника. Материалы IV научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы нейрохирургии».. 17 сентябрь, 2010 г. Ташкент. 131-стр.

22. Мамадалиев Л.М., Алиев М.А., Мамадалиев а С.А. Особенности реабилитации больных, оперированных по поводу удаления (грыж межпозвонковых дисков пояснично-крестцового отдела позвоночника). Материалы научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы медицинской реабилитации, физиотерапии и спортивной медицины», Самарканд, 25-26 ноября 2014 г.

23. Можаяев С.В. Нейрохирургия. Учебник для студентов медицинских вузов. - СПб.: Политехника,-2001 .-355 с.

24. Мухаммаджанов Н.З., Мамадалиев Л.М. Остеохондроз позвоночника. Монография. Ташкент, «Фан» 2005 г., 175 стр.

25. Мухаммаджанов П.З., Мамадалиев Л.М. Руководство по мануальной диагностики и терапии Монография. Ташкент, «Фан» 2005 г., 198 стр.

26. Мухамеджанов Н.З. Мамадалиев А.М. ва б.к. Клинико-рентгено-компьютерно-томо графические признаки пояснично-крестцового остеохондроза. Радиология XXI аср бусагасида: Турли аъзо ка тизим касалликларини таъхислашда визуализацияниш замонавий усуллари илмий-амалий конференцияси илмий ишлари туплами. Самарканд. 2001 й. 94-95 бет.
27. Нейрохирургия: учебник / В.И. Цымбалюк, Б.Н. Лузан, И.П.Дмитерко и др.; Под редак. Проф. В.И. Цымбалюка. М. Медицина, 2008, -160 с.
28. Пастор Э. «Основы нейрохирургии», Будапешт 1985.
29. Ромоданов А.П., Мосийчук Н.М., Цымбалюк В.И. Нейрохирургии: Учебник. -М. 1998.
30. Сипитый В.И. Нейрохирургия: учебник / Харьков, 2006, с. 465-480.
31. Слаута В.Н., Бураков И.В., Кунцевич И.Л. Использование сакральной анестезии в проктологии. // Проблемы реабилитации проктологических больных: Материалы 3-й международной конференции. – Мн.: Белорусский центр научной медицинской информации МЗ РБ, 1998. – С. 27-28.
32. Худойбердиев Х.Х. Нейрохирургиядан амалий кулланма. Тошкент. 1998.
33. Цимбалго В.Г., Хонда А.Л., Третьяк И., Нейрохирургия. Курс лекций. - Киев, 1998. -206 с. Издание второе, стереотипное, - Киев, 2000. 256с.
34. Mamadaiyev A.M., Aliyev M.A., Mamadaliyeva S.A. Efficiency of operative sparing access for ablation hernia intervertebral discs lumbosacral parts of spinal column. Abstract book of 8th ACNS& 1st Asian Neurosurgical Nursing Congress. Kuala Lumpur, Malaysia. 22-24th November, 2010 y.. on page 207.
35. Mamadaiyev A.M., Mamadaliyeva S. A The Importance of Operative Sparing Access for Ablation Hernia Intervertebral Discs Lumbosacral Parts of Spinal Cord. Abstract book of XV WFNS World Congress of Neurosurgery. Seoul, Korea. 7-13th September, 2013, FA0759 Poster presentation.
36. Мизиков В.М. Новый местный анестетик длительного действия ропивакаина гидрохлорид (наропин) // Анестезиология и реаниматология. – 2000. – № 4. – С. 72-76.

37. Томсон В.В., Волчков В.А., Бойкова Н.В. Оценка местной нейротоксичности лидокаина при эпидуральном введении. // Анестезиология и реаниматология. – 2003. – № 4. – С. 21-25.

ЧЕТ ЭЛ АДАБИЁТИ:

40. Davis RA. A long-term outcome analysis of 984 surgically treated herniated lumbar discs. *J Neurosurg* 1994;80:415-21.
41. Erly WK, Munoz D, Beaton R. Can MRI signal characteristics of lumbar disk herniations predict disk regression? *J Comput Assist Tomogr* 2006;30:486-9.
42. Fager CA. Observations on spontaneous recovery from intervertebral disc herniation. *Surg Neurol* 1994;42:282-6.
43. Frymoyer JW. Lumbar disk disease: epidemiology. *Instr Course Lect* 1992;41:217-23.
44. Hofstee DJ, Gijtenbeek JM, Hoogland PH, et al. Westeinde sciatica trial: randomized controlled study of bed rest and physiotherapy for acute sciatica. *J Neurosurg* 2002;96:45-9.
45. Komori H, Okawa A, Haro H, Shinomiya Ki K. Factors predicting the prognosis of lumbar radiculopathy due to disc herniation. *J Orthop Sci* 2002;7:56-61.
46. Kramer J, Ludwig J. Surgical treatment of lumbar intervertebral disk displacement. Indications and methods. *Orthopade* 1999;28:579-84.
47. Krishnaney A, Modic MT. Radiology of the spine. In: Youmans JR, Winn HR, editors. *Youmans neurological surgery*. 6th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2011. p.311-54.
48. Neault CC. Conservative management of an L4-L5 left nuclear disk prolapse with a sequestered segment. *J Manipulative Physiol Ther* 1992;15:318-22.
49. Peul WC, van Houwelingen HC, van der Hout WB, et al. Prolonged conservative treatment or 'early' surgery in sciatica caused by a lumbar disc herniation: rationale and design of a randomized trial [ISRCT 26872154]. *BMC Musculoskelet Disord* 2005;6:8.

50. Pfirrmann CW, Metzdorf A, Zanetti M, Hodler J, Boos N. Magnetic resonance classification of lumbar intervertebral disc degeneration. *Spine (Phila Pa 1976)* 2001;26:1873-8.
51. Porchet F. Role of surgical treatment of low back pain and lumbo-sciatica. *Praxis (Bern 1994)* 2001;90:1878- 82.
52. Rapan S, Gulan G, Lovric I, Jovanovic S. Spontaneous regression of intervertebral disc herniation: case reports. *Coll Antropol* 2011;35:211-5.
53. Saal JA, Saal JS. Nonoperative treatment of herniated lumbar intervertebral disc with radiculopathy. An outcome study. *Spine (Phila Pa 1976)* 1989;14:431-7.
54. Storm PB, Chou D, Tamargo RJ. Surgical management of cervical and lumbosacral radiculopathies: indications and outcomes. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2002;13:735-59.
55. Weber H. Lumbar disc herniation. A controlled, prospective study with ten years of observation. *Spine (Phila Pa 1976)* 1983;8:131-40.
56. Weber H, Holme I, Amlie E. The natural course of acute sciatica with nerve root symptoms in a double-blind placebo-controlled trial evaluating the effect of piroxicam. *Spine (Phila Pa 1976)* 1993;18:1433-8.
57. Weber H. The effect of delayed disc surgery on muscular paresis. *Acta Orthop Scand* 1975;46:631-42.