

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/05.05.2023.Tib.30.04 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ

ТОШКЕНТ ДАВЛАТ СТОМАТОЛОГИЯ ИНСТИТУТИ

АРИПОВА МАФТУНА ХУРРАМОВНА

БАЧАДОН ОНКОЛОГИК ПАТОЛОГИЯЛАРИДАГИ
ДОРСОПАТИЯЛАР ТЕРАПИЯСИГА ДИФФЕРЕНЦИАЛ
ЁНДАШУВНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ

14.00.13 – Неврология

ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОСТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ

ТОШКЕНТ – 2025

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of the doctor of philosophy (PhD)

Арипова Мафтуна Хуррамовна

Бачадон онкологик патологияларидаги дорсопатиялар терапиясига
дифференциал ёндашувни оптималлаштириш 3

Арипова Мафтуна Хуррамовна

Оптимизация дифференцированного подхода к терапии дорсопатий
при онкологической патологии матки 27

Aripova Maftuna Khurramovna

Optimization of a differentiated approach to the treatment of dorsopathies
in uterine cancer 53

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works 59

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSс.04/05.05.2023.Tib.30.04 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ

ТОШКЕНТ ДАВЛАТ СТОМАТОЛОГИЯ ИНСТИТУТИ

АРИПОВА МАФТУНА ХУРРАМОВНА

БАЧАДОН ОНКОЛОГИК ПАТОЛОГИЯЛАРИДАГИ
ДОРСОПАТИЯЛАР ТЕРАПИЯСИГА ДИФФЕРЕНЦИАЛ
ЁНДАШУВНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ

14.00.13 – Неврология

ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОСТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ

ТОШКЕНТ – 2025

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2022.2.PhD/Tib2463 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Тошкент давлат стоматология институтида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгашнинг веб-саҳифасида (www.tma.uz) ва «ZiyoNet» Ахборот таълим порталида (www.ziyo.net) жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:	Хайдаров Нодиржон Кадинович тиббиёт фанлари доктори, профессор
Расмий оппонентлар:	Рахматуллаева Гулнора Кутбитдиновна тиббиёт фанлари доктори, доцент Джурабекова Азиза Тохировна тиббиёт фанлари доктори, профессор
Етакчи ташкилот:	Абу Али Ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти

Диссертация ҳимояси Тошкент тиббиёт академияси ҳузуридаги DSc.04/05.05.2023.Tib.30.04 рақамли Илмий кенгашнинг 2025 йил «___» _____ соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 100109, Тошкент ш., Олмазор тумани, Фаробий кўчаси, 2-уй, Тошкент тиббиёт академиясининг 10-ўқув биноси, 1-қават. Тел./факс: (+99871) 150-78-28, e-mail: info@tma.uz).

Диссертация билан Тошкент тиббиёт академиясининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (_____ рақами билан рўйхатга олинган). (Манзил: 100109, Тошкент шаҳри, Олмазор тумани Фаробий кўчаси 2-уй; Тошкент тиббиёт академиясининг 2-ўқув биноси «Б» корпуси, 1-қават, 7-хона. Тел.: (+99871) 214-82-90, e-mail: info@tma.uz).

Диссертация автореферати 2025 йил «___» _____ да тарқатилди.
(2025 йил «___» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси).

Р.Ж. Матмуродов

Илмий даража берувчи илмий кенгаш раиси,
тиббиёт фанлари доктори, доцент

Р.Б. Азизова

Илмий даража берувчи илмий кенгаш илмий
котиби, тиббиёт фанлари доктори, доцент

Д.К. Ҳайдарова

Илмий даража берувчи илмий кенгаш
қошидаги бир марталик илмий семинар раиси,
тиббиёт фанлари доктори, профессор

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва талаб юқорилиги. Бутун дунёда, одамлар орасида бел оғриғи жамиятнинг энг мухим муаммоларидан биридир¹. 2020 йилда дунёда 619 миллион одам белнинг пастки қисмидаги (бел соҳасидаги) оғриқдан азият чеккан бўлса, 2050 йилга келиб, асосан аҳоли сонининг ўсиши ва қариши натижасида, бу кўрсаткич 843 миллион кишига етиши прогноз қилинмоқда². 30-45 ёшдаги одамлар орасида бел оғриғи меҳнатга лаёқатсизликнинг энг кўп учрайдиган сабабларидан бири бўлиб, шу билан бирга, беморларнинг атиги 40 фоизи шифокорга мурожаат қилади. Шунингдек, маълумки, беморларнинг учдан бир қисмида ўткир оғриқ кейинчалик сурункали оғриққа айланиб, 12 ҳафтадан ортиқ давом этади. Бел оғриғининг энг кўп учрайдиган сабаби дорсопатиялардир. Дорсопатиялар – бу суяк-мушак тизими ва бирлаштирувчи тўқималарнинг касалликлари гуруҳи бўлиб, уларнинг асосий симптомлар мажмуаси тана ва аъзолар (қўл-оёқ)даги оғриқдан иборатдир.

Жаҳонда сўнгги йилларда белнинг пастки қисмидаги оғриқ кенг тарқалган клиник муаммо бўлиб, у турли этиология ва патогенезга эга бўлган касалликларда учраши мумкин ва кўпинча турли дорсопатиялар ниқоби остида намоён бўлади. Гарчи бундай оғриқ кўпинча умуртқа поғонасидаги дегенератив-дистрофик ўзгаришлар ва миофасциал синдромлар билан боғлиқ бўлса-да, шунга ўхшаш клиник кўринишларни келтириб чиқарувчи бошқа бир қатор патологиялар мавжуд. Айниқса, умуртқа поғонасининг бирламчи ва иккиламчи хусусиятга эга онкологик касалликлари диққатга сазовор бўлиб, улар одатдаги дорсопатияларга ўхшаш симптомлар билан намоён бўлиши мумкин. Бундай касалликлар махсус диагностик эҳтиёткорликни ва бутунлай бошқа терапевтик ёндашувларни талаб қилади. Шифокорларнинг онкологик жароҳатланиш имконияти ҳақидаги маълумотсизлиги, шунингдек, диспансеризация ва профилактик текширувлар даражасининг етарли эмаслиги бу патологияларнинг кеч аниқланишига олиб келади.

Мамлакатимизда бугунги кунда аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдам кўлами кенгайтирилмоқда, хусусан, аёлларнинг онкологик касалликлари, жумладан, бачадон онкологик касалликларини ташхислаш ва даволаш сифатини оширишда ижобий натижаларга эришилди. Бу борада 2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегиясининг етти устивор йўналишига мувофиқ аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш даражасини янги босқичга кўтаришда «...мамлакатимизда аҳолига кўрсатилаётган ихтисослаштирилган тиббий ёрдам сифатини янада ошириш, шошилинч тиббий ёрдам тизимини ислох қилиш, ногиронликнинг олдини олиш...» каби вазифалар белгиланган.

Ўзбекистон Республикасида шу мақсадда аёлларда бачадон онкологик патологияси билан боғлиқ дорсопатияларни ташхислаш ва даволаш

¹ ЖССТ бюллетени “Белнинг пастки қисмидаги оғриқ” 19.06.2023 <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/low-back-pain>

² GBD 2021 Low Back Pain Collaborators. Global, regional, and national burden of low back pain, 1990-2020, its attributable risk factors, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Rheumatol* 2023; 5: e316-29.

натижаларини яхшилаш долзарб муаммолардан бири бўлиб, бу илмий ва амалий жиҳатдан катта аҳамиятга эга.

Ушбу диссертация тадқиқоти 2017 йил 7 февралдаги №ПФ-4947 «Ўзбекистон Республикасининг 2017-2021 йилларда янада ривожлантириш бўйича ҳаракатлар стратегияси тўғрисида», 2018 йил 7 декабрдаги №ПФ-5590 «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида», 2018 йил 30 августдаги №ПҚ-3925 «Аҳолига неврологик ёрдамни такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида» фармонлари, 2017 йил 20 июндаги №ПҚ-3071 «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида (2017-2021 йиллар)», 2024 йил 22 ноябрдаги №ПҚ-402 «Аёллар ўртасида онкологик касалликларни назорат қилиш тизимини такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида» қарорларида белгиланган вазифаларни муайян даражада ҳал қилишга хизмат қилади, шунингдек, ушбу соҳада қабул қилинган бошқа норматив-ҳуқуқий ҳужжатларга мувофиқдир.

Тадқиқотнинг республикамизда илм-фан ва технологияларни ривожлантиришнинг устувор йўналишларига мувофиқлиги. Ушбу тадқиқот Ўзбекистон Республикасида илм-фан ва технологияларни ривожлантиришнинг VI устувор йўналиши «Тиббиёт ва фармакология» га мувофиқ бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Замонавий тиббий илм ривожланишнинг ҳозирги босқичида аҳолини профилактик скрининг ва диспансеризация дастурининг самарадорлиги пасайиши билан хусусиятланади вертеброневрология соҳаси мутахассисларининг кундалик клиник амалиётида онкологик патологияга чалинган беморлар сонининг ортиб бораётгани қайд этилмоқда (Солопова А. ва бошқ., 2018). Бел оғриғининг сурункали оғриқ синдроми (БСОС) шаклида намоён бўладиган 90 дан ортиқ нозологик шакллар мавжудлиги маълум (Радзинская Е.В. ва бошқ., 2020; Ivan U. et al., 2019). Бел соҳасидаги оғриқларнинг этиопатогенезига оид замонавий тадқиқотлар таҳлили шуни кўрсатадики, патологик афферент импульсация манбалари миофасциал тузилмалар (мушаклар, фасциялар), пайлар, мушак-боғлам комплекси, бугим қоғи ва қон томирлари бўлиши мумкин, аммо ички суяк тузилмалари бундан мустасно (Агсарова Л.Г. ва бошқ., 2017). Шу билан бирга, клиник амалиётда «остеохондроз» ташхиси кўпинча ички аъзолар касалликлари, хусусан, онкологик патологияларнинг кам ташхисланишига сабаб бўлади. Бу эса ташхис хатолари хавфини оширади, ташхиснинг кеч қўйилишига олиб келади ва натижада прогнознинг ёмонлашиши, жумладан, ўлим хавфининг ортишига сабаб бўлади.

Умуртқа поғонасида локаллашган оғриқ синдроми исталган жойдаги ёмон сифатли ўсма касаллигининг биринчи клиник кўриниши бўлиши мумкин. Бу оғриқ доимий бўлиб, кечаси кучайиши ва дам олишда енгиллашмаслиги билан ажралиб туради. Илдизчали синдроми ривожланганда оғриқ барқарор, даволашга чидамли хусусиятга эга бўлиб, одатда оёқ-қўлларга (оёққа, елкага) тарқалади ва яққол неврологик симптомлар пайдо бўлишидан олдин содир бўлади. Мотор дефицит ва тос аъзолари функциясининг бузилиши оғир аҳвол ҳисобланади, бу умуртқа

ичининг тузилмаларининг компрессион зарарланишини кўрсатади ва ноқулай прогноз белгисидир. Ўсма ташхиси қўйилгандан сўнг, умуртқа поғонасининг метастатик зарарланиши натижасида умуртқа ичининг компрессиеси ривожланишининг ўртача даври тахминан тўрт йилни ташкил қилади (Hooker A.B. ва бошқ., 2013; Мартыш В.В. ва бошқ., 2015; Кулага В.А. ва бошқ., 2018).

Кундалик амалиётда вертеброневрологлар кўпроқ ички аъзоларнинг биринчи ўсма касаллигида умуртқа поғонаси ва бошқа суяк тузилмаларининг иккиламчи (метастатик) зарарланишини кузатадилар. Метастатик ўчоқлар кўпинча тос суяклари, йирик буғимлар, умуртқа поғонасининг рентгенографияси, кўкрак қафасининг флюорографияси ёки қорин бўшлиғи аъзоларининг контрастли компьютер томографияси каби режадаги текширувларда тасодифан аниқланади. Метастатик жараённинг эрта босқичларида рентгенологик ташхис қийин, чунки суяк моддасининг 40–50% дан ортиқ йўқолгандагина зарарланишни кўриш мумкин. Баъзида умуртқа поғонасининг метастатик зарарланиши симптомсиз кечади ва фақат назорат рентгенотомографияси ёки бошқа инструментал визуализация усуллари орқали аниқланади (Hooker A.B. ва бошқ., 2013; Чухловина М.Л. ва бошқ., 2017; Винокуров А.С. ва бошқ., 2019).

Сўнгги йилларда дорсалгия патогенезига оид анъанавий назарий қарашлар қайта кўриб чиқилди. Кўплаб муаллифлар «умуртқа поғонаси остеохондрозининг неврологик синдромлари» терминининг ҳаддан ташқари кенг қўлланилишига шубҳа билдирмоқда (Левит К. ва бошқ., 2013; Алтунбаев Р.А. ва бошқ., 2016). Умуртқа поғонасининг дегенератив ўзгаришларида нерв тузилмаларининг компрессиесининг аҳамиятини ҳеч ким инкор этмасида, муамманинг бошқа томони – мушак-бойлам ва фасциал аппарат ишининг бузилишига кўпроқ эътибор қаратилмоқда. Кўплаб тадқиқотчиларнинг фикрича, бу бузилишлар ички аъзолардан келиб чиқадиган патологик проприоцептив фаоллик фониди ривожланади (Богачева Л.А. ва бошқ., 2019; Иваничев Г.А., 2017; Bailey & Dick, 2012). Бундан ташқари, сурункали оғрик синдроми психологик дистрессни кўзгатиши мумкин, бу интероцепция бузилишларини кучайтиради ва марказий регулятор механизмларнинг мувофиқлашувини бузади, натижада патологик жараённинг ривожланишига ёрдам беради (Taenzer ва бошқ., 2016).

Бир қатор тадқиқотларда аёллар репродуктив тизими касалликлари, хусусан, бачадон ўсмалари мавжуд бўлганда дорсопатиялар ривожланиш механизмлари батафсил таҳлил қилинган (Водопьянов Н.П., 2019; Терешкина Е.И., 2020). Баъзи муаллифларнинг фикрича, бачадоннинг ўсма касалликлари кўпинча организмнинг адаптация-компенсатор реакциялари бузилган беморларда шаклланади, бу эса бир вақтнинг ўзида дорсалгик синдромларнинг пайдо бўлиши ва кейинчалик намоён бўлиши учун замин яратади (Mallow et al., 2011; Rudy et al., 2016). Шу билан бирга, бачадоннинг онкологик зарарланишида дорсопатияларнинг клиник манзараси хусусиятларини ўрганишга, шунингдек, патогенетик асосланган даволаш дастурининг жорий қилиниши натижаларига бағишланган комплекс тадқиқотлар мавжуд адабиётларда учрамайди

Мамлакатимизда, бугунги кунда аёлларда бачадон онкологик патологияси билан боғлиқ Хайдаров Н.К., Панжиева Н.Н.тадқиқ қилишган,

тадқиқот натижаларига кўра платина ва таксан гуруҳидаги нейротоксик препаратлар билан даволанаётган тухумдон саратонига чалинган беморларда кимётерапиядан сўнг ривожланган полинейропатияни даволаш мақсадида комбинацияланган терапиянинг самарадорлигини баҳолаш ўрганилган, бироқ, аёлларда бачадон онкологик патологияси билан боғлиқ дорсопатияларни ташхислаш ва даволаш натижаларини яхшилаш такомиллаштирилмаган.

Хулоса сифатида шуни таъкидлаш керакки, дорсопатияни ўрганишдаги сезиларли ютуқларга қарамай, эрта ташхис қўйиш ва дорсопатия билан оғриган бачадон саратони билан оғриган беморларни даволаш натижаларини яхшилаш учун самарали терапевтик усулларни ишлаб чиқиш билан боғлиқ ҳал қилинмаган муаммолар мавжуд. Замонавий тадқиқотлар дорсопатиянинг тарқалиши ва ривожланиш механизмлари ҳақида кенг маълумот беради, аммо самарали терапевтик ёндашувларни ишлаб чиқиш ва бачадон саратони патологияси бўлган беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш долзарб ва муҳим вазифалар бўлиб қолмоқда.

Диссертация мавзусининг олий таълим муассасасидаги илмий-тадқиқот ишлари билан боғлиқлиги. Мавзу Тошкент давлат стоматология институтининг №011900252 “Неврологик касалликларга чалинган беморларни ташхислаш, даволаш ва реабилитация қилиш усулларини такомиллаштириш (2021-2024 йй.)” илмий лойиҳаси доирасида ва илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади бачадон ўсмалари бўлган аёлларда дорсопатияларнинг дифференциал даволаш тактикасини оптималлаштиришдан иборат.

Тадқиқот вазифалари:

бачадоннинг онкологик касалликлари фонида юзага келадиган дорсопатияларнинг клиник кўринишлари хусусиятларини баҳолаш;

бачадоннинг онкологик патологиясида дорсопатияларнинг дифференциал ташхис мезонларини аниқлаш мақсадида оғриқ синдромининг клинко-неврологик таҳлилини ўтказиш;

бачадоннинг онкологик патологияси билан бирга дорсопатияга чалинган беморларда психоэмоционал бузилишларнинг клиник-неврологик таҳлилини ўтказиш ва уларнинг ҳаёт сифатини баҳолаш;

бачадоннинг онкологик патологияси билан бирга дорсопатияга чалинган беморлар учун стандарт даволаш ва тикланиш дастурини ишлаб чиқиш, уларнинг самарадорлигини баҳолаш.

Тадқиқот объекти сифатида 2022–2024 йиллар давомида Тошкент шаҳар филиали Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази (РИОРИАТМ), Тошкент тиббиёт академиясининг кўп тармоқли клиникаси (ТТАКТК) ва АКФА Medline (АМ) тиббий маркази бўлимларида стационар даволашдан ўтган, дорсопатия ва онкогинекологик патологияга чалинган 127 нафар бемор аёл ҳамда онкогинекологик патологиясиз дорсопатияга чалинган 40 нафар бемор аёл олинган.

Тадқиқотнинг предмети неврологик текширув натижалари, нейрпсихологик ва нурли усуллар билан олинган маълумотлар ташкил этади.

Тадқиқот усуллари. Тадқиқот ишида клиник маълумотлар, анамнез, неврологик текширув, оғриқ синдромини ўрганиш (ВАШ шкаласи, Мак-Гилл шкаласи), нейрпсихологик текширувлар (Спилберга шкаласи, Бек шкаласи), вегетатив нерв тизимини ўрганиш (Вейн сўрвномаси), нейровизуализация текширувлари (рентгенография, КТ, МРТ) ва статистик тадқиқот усуллари қўлланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

бачадоннинг онкологик патологияси билан бирга дорсопатияга чалинган бемор аёлларнинг клиник-неврологик хусусиятлари ўрганилиши асосида оғриқ синдромининг кечиш хусусиятлари, вегетатив дисфункция даражаси ва хавотир-депрессив бузилишларнинг даражаси аниқланган;

дорсопатия ва онкогинекологик патологияга чалинган аёлларнинг психоэмоционал ҳолати ва ҳаёт сифати замонавий шкалалар ва сўрвномалар (SF-36, Спилберг-Ханин, Бек ва бошқ.) ёрдамида комплекс оғриқ синдромининг ҳаёт сифати ва психик саломатликка салбий таъсирининг даражаси аниқланган;

бачадоннинг онкологик патологияси билан бирга дорсопатияларни даволашда сурункали оғриқнинг турли патогенетик бўғинларига ва ҳамроҳ бўлган психо-вегетатив бузилишларга комплекс таъсир кўрсатувчи дифференциал ёндашув илмий асосланган;

дорсопатияни даволашнинг анъанавий маълум бир терапевтик алгоритмни клиник амалиётга жорий этиш ҳаёт сифати кўрсаткичлари сезиларли яхшиланиши, оғриқ синдромининг даражаси, хавотир ва депрессия кўринишларининг камайиши, шунингдек бачадоннинг онкологик касалликлари билан бирга дорсопатияга чалинган беморларда вегетатив дисфункция кўринишлари тузалиши исботланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

бачадоннинг онкологик патологияси билан бирга дорсопатияга чалинган бемор аёлларнинг аҳволини баҳолаш учун асосий ташхис критериялари аниқланди, улар оғриқ синдромини мажбурий таҳлил қилиш, А.М. Вейн бўйича вегетатив ҳолатни баҳолаш, шунингдек, Спилберга-Ханин ва Бек шкалалари бўйича хавотирлик ва депрессия даражасини аниқлаш эришилган;

ностероид яллиғланишга қарши дорилар (диклофенак, кетопрофен), анксиолитиклар (алимемазин) ва антиконвульсантлар (габапентин)ни ўз ичига олган аниқ терапевтик схема таклиф қилинди ва унинг самарадорлиги тасдиқланди. Бу схема оғриқнинг даражасини сезиларли камайтириш, психоэмоционал ҳолатни яхшилаш, вегетатив ҳолатни нормаллаштириш ва бачадоннинг онкогинекологик касалликлари билан бирга дорсопатияга чалинган бемор аёлларнинг ҳаёт сифатини ошириш имкони яратилган;

бачадоннинг онкологик патологияси билан бирга дорсопатияга чалинган бемор аёлларни даволашда индивидуал клиник хусусиятлар, психоэмоционал ва вегетатив бузилишларнинг даражасини ҳисобга олувчи дифференциал ёндашувни клиник амалиётга жорий қилиш тавсия этилди. Бу даволаш жараёнини оптималлаштириш ва беморларнинг терапевтик тадбирлардан қониқиб даражасини ишончли ошириш имкони яратилган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги замонавий, бир-бирини тўлдирувчи ва тўғри бажарилган клиник, инструментал, нейрпсихологик,

нейрофизиологик, нейровизуализация ва статистик усулларни қўллаш, етарлича текширилган беморлар сони, илмий тадқиқот натижаларини юртимиз ва халқаро тадқиқотчилар тажрибаси билан солиштириш, бачадоннинг онкологик ва гинекологик патологияси фонида аёлларда оғриқ синдромлари кечишини ўрганиш соҳасидаги тажриба, шунингдек, хулосалар ва олинган натижаларни ваколатли органлар томонидан тасдиқланиши билан тасдиқланган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.

Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти олинган хулосалар ва таклифлар бачадоннинг онкологик патологияси билан бирга дорсопатиялар ривожланишининг патогенетик механизмлари тўғрисидаги тасаввурларни кенгайтиришда назарий аҳамиятга эга. Тадқиқот биринчи марта ушбу гуруҳ беморларнинг клиник-неврологик, психоэмоционал ва вегетатив хусусиятларини батафсил тавсифлайди, оғриқ синдромининг кўп омилли хусусиятини ва унинг давомийлигида психоген омилларнинг ролини асослайди. Бу мавжуд илмий тасаввурларни сезиларли тўлдиради ва дорсопатияларни ташхислаш ва даволаш соҳасида кейинги илмий ишланмалар учун асос бўлиши билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти таклиф қилинган ташхис критериялари ва бачадоннинг онкологик патологияси билан бирга дорсопатияларни даволашда ишлаб чиқилган дифференциал ёндашув ушбу тоифадаги беморларга тиббий ёрдам самарадорлигини сезиларли ошириш имконини беришидадир. Марказий таъсирга эга дориларни базавий терапевтик усуллар билан бирга қўллашга асосланган таклиф қилинган даволаш схемаларидан фойдаланиш нафақат оғриқ синдромининг интенсивлигини камайтириш, балки психоэмоционал ҳолатни яхшилаш, вегетатив функцияни нормаллаштириш ва ҳаёт сифатини оширишга ҳам ёрдам беради. Олинган натижалар онкологик ва неврологик профилдаги даволаш муассасаларининг кундалик клиник амалиётида муваффақиятли эканлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилиш.

Бачадоннинг онкологик патологиясида дорсопатияларни даволашга дифферентсиал ёндашувни оптималлаштириш бўйича тадқиқотнинг олинган илмий натижаларига асосланиб:

биринчи илмий янгилик: биринчи марта бачадоннинг онкологик патологияси боълган беморларда дорсопатияларнинг кенг қамровли клиник ва неврологик таҳлили ўтказилди, оғриқ синдромининг илгари тавсифланмаган хусусиятлари, вегетатив дисфунксияларнинг зўравонлик даражаси ва анксиете-депрессив касалликлар аниқланди, бу беморларнинг ушбу касалликнинг патогенези ҳақида замонавий тушунчаларини кенгайтиради. Олинган маълумотлар асосида куйидаги услубий тавсиялар ишлаб чиқилди ва амалга оширилди: “Бачадоннинг онкологик патологиясида дорсопатияларнинг клиник ва неврологик таҳлили” (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2024 йил 2 августдаги 01-р / 29-сонли гувоҳномаси) ва “Бачадон патологияси бўйича беморларни даволаш ва реабилитация қилиш дастури алгоритми”. (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2024 йил 2 августдаги 01-р / 30-сонли гувоҳномаси), шу жумладан VAS, Spielberger, SF-36, Вена

шкалаларидан фойдаланган ҳолда диагностика ва терапияга стандартлаштирилган ёндашув, шунингдек, МРИ маълумотларига асосланган объектив баҳолаш. *Ижтимоий самарадорлик:* оғриқ синдроми, анксиете-депрессив ва вегетатив касалликларга кенг қамровли таъсир беморларнинг онкологик даволанишга мослашишини яхшилади, уларнинг жисмоний фаоллигини, уйқу сифатини ва психоэмоционал ҳолатини оширади. *Иқтисодий самарадорлик:* такомиллаштирилган диагностика-терапевтик моделни жорий этиш натижасида мутахассисларга режадан ташқари мурожаатлар сонини камайтириш мумкин бўлди, бу эса бир курс даволаш нархини ўртача 3 600 000 сўмга камайтириш имконини берди. *Хулоса:* бачадоннинг онкологик патологияси бўлган беморларда дорсопатияларни ташхислаш ва даволашда ушбу илмий янгиликдан фойдаланиш тиббий ёрдам самарадорлигини ошириш, терапияга индивидуал ёндашувни таъминлаш ва соғлиқни сақлаш тизимига иқтисодий юкни камайтириш билан бирга клиник ва функционал натижаларни яхшилаш имконини берди;

иккинчи илмий янгилик: тасдиқланган шкалалар (SF-36, Спилберг-Ханин, Бек ва бошқалар) ёрдамида бачадоннинг онкологик патологияси фонида дорсопатия билан оғриган беморларнинг психоэмоционал ҳолати ва ҳаёт сифатини баҳолашга комплекс ёндашув таклиф қилинган ва илмий асосланган. Биринчи марта оғриқ синдромининг интенсивлиги ва ташвиш, депрессия даражаси, шунингдек ҳаёт сифатининг пасайиши даражаси ўртасида микдорий боғлиқлик ўрнатилди, бу тос аъзоларининг онкопатологиясида дорсопатияларнинг мултидисциплинар табиатини тушунишни кенгайтиради. Олинган натижалар “Бачадоннинг онкологик патологиясида дорсопатияларнинг клиник ва неврологик таҳлили” (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2024 йил 2 августдаги 01-р / 29-сонли гувоҳномаси) ва “Бачадоннинг онкологик патологияси бўлган беморларни даволаш ва реабилитация дастури алгоритми” услубий тавсиялари таркибига киритилган. (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2024 йил 2 августдаги 01-р / 30-сонли гувоҳномаси). Ишлаб чиқилган тавсиялар Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Жиззах ва Қашқадарё вилоят филиалларининг амалий фаолиятига татбиқ этилди (15.01.2025 йилдаги 311-сон ва 17.01.2025 йилдаги 27-сон буйруқлари). *Ижтимоий самарадорлик:* кенг қамровли психо-эмоционал баҳолашни жорий этиш ташвиш ва депрессив касалликларни ўз вақтида аниқлаш, индивидуал психологик ёрдам дастурларини ишлаб чиқиш ва беморларнинг асосий касалликка мослашишини яхшилаш имконини берди. Бу сурункали оғриқ синдроми зўравонлигининг пасайишига ва онкогинекологик патология фонида дорсопатия билан оғриган аёлларнинг ҳаёт сифатининг сезиларли даражада яхшиланишига ёрдам берди. *Иқтисодий самарадорлик:* таклиф этилаётган ёндашувнинг амалга оширилиши психологик тузатиш йўналишини оптималлаштириш, стационар даволаниш муддатини қисқартириш ва мутахассисларга мурожаат қилиш частотасини камайтириш имконини берди, бу эса ҳар бир бемор учун ҳар бир терапия курсига ўртача 2176 минг сўмгача бюджет ва бюджетдан ташқари маблағларни тежашни таъминлади. *Хулоса:* ушбу илмий инновациядан фойдаланиш биринчи марта дорсопатияларнинг бачадон саратони билан оғриган беморларнинг психоэмоционал ҳолатига

таъсирини обективлаштиришга, диагностика ва тузатишнинг яхлит моделини шакллантиришга, тиббий ёрдам нарҳини камайтириш билан бирга клиник, функционал ва психосоциал даволаш натижаларини яхшилашга имкон берди;

учинчи илмий янгилик: биринчи марта бачадоннинг онкологик патологияси бўлган беморларда дорсопатияларни комплекс даволашда марказий таъсир кўрсатадиган дорилар - антидепрессантлар, анксиолитиклар ва антиконвулсантларни киритишнинг юқори клиник самарадорлиги исботланган. Олинган маълумотлар клиник кўрсаткичларнинг ишончли яхшиланишини кўрсатади, шу жумладан оғриқ синдромининг зўравонлиги, ташвиш даражаси, депрессия ва автоном дисфункция белгилари. Ишлаб чиқилган даволаш режимлари “Бачадоннинг онкологик патологиясида дорсопатияларнинг клиник ва неврологик таҳлили” (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2024 йил 2 августдаги 01-р/29-сонли гувоҳномаси) ва “Бачадон патологияси билан оғриган беморларни даволаш ва реабилитация дастури алгоритми” услубий тавсиялари билан тўлдирилди. (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2024 йил 2 августдаги 01-р / 30-сонли гувоҳномаси). Таклиф этилаётган даволаш режимлари 2025 йил 15 январдаги 311-сон ва 2025-йил 17 январдаги 27-сонли буйруқлари асосида Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Жиззах ва Қашқадарё вилоят филиалларининг амалий фаолиятига жорий этилган.

Ижтимоий самарадорлик: комплекс дори-дармонларни даволаш оғриқни тезда йўқотишга, ташвиш ва депрессив касалликларни тузатишга, асосий онкологик касалликка мослашишни яхшилашга ва даволашнинг барча босқичларида - ихтисослаштирилган терапиядан реабилитациягача бўлган беморларнинг ҳаёт сифатини оширишга имкон берди. *Иқтисодий самарадорлик:* даволаш режимларини оптималлаштириш касалхонада қолиш муддатини қисқартириш ва алевленме частотасини камайтириш имконини берди, бу эса кўшимча диагностика ва терапевтик тадбирлар учун харажатларни камайтиришга олиб келди. Амалга оширишнинг иқтисодий самараси ҳар бир беморга бир курс даволаш учун ўртача 272 минг сўмни ташкил этди. *Хулоса:* бачадоннинг онкологик касалликларида дорсопатияларни комплекс даволашда марказий таъсир кўрсатадиган дориларни қўллаш ҳам клиник, ҳам иқтисодий нуқтаи назардан оқланади. Бу ҳаёт сифатини яхшилаш, оғриқ ва аффектив синдромларнинг оғирлигини камайтириш ва ушбу коморбид патологияни бошқариш учун янги терапевтик стандартни шакллантириш имконини беради;

тўртинчи илмий янгилик: сурункали оғриқ синдромининг асосий патогенетик механизмларига, шунингдек, бирга келадиган психоэмоционал ва вегетатив касалликларга ҳар томонлама таъсир кўрсатадиган бачадоннинг онкологик патологияси бўлган беморларда дорсопатияларни даволашнинг табақалаштирилган терапевтик алгоритми ишлаб чиқилган ва илмий асосланган. Биринчи марта ушбу тоифадаги беморларни тизимли ва шахсийлаштирилган бошқаришни таъминлайдиган тизимли ёндашув таклиф қилинди. Алгоритм “Бачадоннинг онкологик патологиясида дорсопатияларни клиник ва неврологик таҳлил қилиш” (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2024 йил 2 августдаги 01-р / 29-сонли гувоҳномаси) ва “Бачадон патологияси билан оғриган беморларни даволаш ва тиклаш дастурининг алгоритми” услубий

тавсиялари таркибига киритилган. (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2024 йил 2 августдаги 01-р / 30-сонли гувоҳномаси). Таклиф этилган алгоритм Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Жиззах ва Қашқадарё вилоят филиалларининг амалий фаолиятига татбиқ этилди (15.01.2025 йилдаги 311-сон ва 17.01.2025 йил 27-сон буйруқлари). *Ижтимоий самарадорлик:* Тизимли терапевтик ёндашувни амалга ошириш оғриқ синдромининг зўравонлигини ишончли тарзда камайтиришга, сурункали оғриқли хатти-ҳаракатларнинг шаклланишига йўл қўймасликка, анксиете-депрессив ва автоном касалликларни тузатишга имкон берди. Бу беморларнинг функционал ҳолатини яхшилашга, ўз-ўзини парвариш қилиш даражасини оширишга ва ногиронлик хавфини камайтиришга ёрдам берди. *Иқтисодий самарадорлик:* Таклиф этилган терапия алгоритмидан фойдаланиш даволаниш муддатини қисқартиришни, алевленме частотасини камайтиришни ва қиммат ёрдамчи аралашувларга бўлган эҳтиёжни таъминлади. Ҳар бир беморга ўртача харажат иқтисод қилиш ҳар бир курс учун 2 176 000 сўмдан 3 600 000 сўмгача бўлган. *Хулоса:* бачадоннинг онкологик патологияси бўлган беморларнинг соматоневрологик ва психовегетатив хусусиятларини ҳисобга оладиган табақалаштирилган терапевтик алгоритмни жорий этиш даволашнинг клиник самарадорлигини сезиларли даражада ошириш, ҳаёт сифатини яхшилаш ва мураккаб коморбид патологияни даволашда шахсийлаштирилган ёндашувларни стандартлаштириш учун асос яратиш имконини берди.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Тадқиқот натижалари 4 та илмий-амалий анжуманда, жумладан 2 та халқаро ва 2 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 15 та илмий иш чоп этилган бўлиб, шулардан, Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини нашр этиш тавсия этилган илмий нашрларда 6 та мақола, жумладан, 5 таси республика ва 1 таси хорижий журналларда чоп этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми: Диссертация кириш, 4 та боб, хотима, хулосалар, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертация ҳажми 118 саҳифани ташкил қилади.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида диссертация ишининг долзарблиги ва талаб даражаси асосланди, мақсад ва вазифалар шакллантирилди, тадқиқот объекти ва предмети кўрсатилди, тадқиқотнинг Ўзбекистон Республикасида илм-фан ва технологиялар ривожланишининг устувор йўналишларига мувофиқлиги кўрсатилди, илмий янгилик ва натижаларнинг илмий-амалий аҳамияти изоҳланди, олинган натижаларнинг ишончилиги асосланди. Шунингдек, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий этиш, апробация ва иш натижаларининг чоп этилиши, диссертация тузилиши тўғрисида маълумотлар келтирилган.

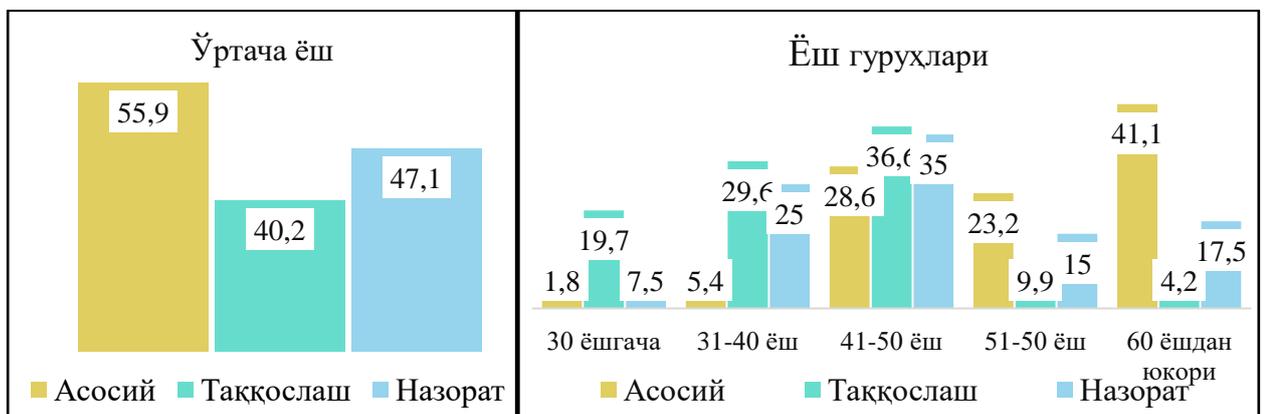
Диссертациянинг «Дорсопатиялар тўғрисида замонавий тасаввурлар (адабиётлар шарҳи)» деб номланган биринчи бобида дорсопатияларнинг клиникаси, диагностикаси ва даволаш усулларига оид замонавий адабиёт манбалари кўриб чиқилди ва таҳлил қилинди. Бачадон касалликлари тузилисидаги дорсопатияларнинг хусусиятлари ва уларни даволаш усулларига алоҳида эътибор қаратилди.

Диссертациянинг «Бачадон ўсмалари бўлган аёлларда дорсопатияларнинг дифференциал даволаш тактикаси тадқиқот усуллари умумий хусусиятлари» деб номланган иккинчи бобида тадқиқот материаллари ва усуллари тасвирланди. Тадқиқот асосига 2021–2024 йиллар давомида Тошкент шаҳар филиали Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази (РИОРИАТМ), Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникаси (ТТАКТК) ва АКФА Medline (АМ) тиббий марказида стационар даволашдан ўтган, 25 дан 75 ёшгача бўлган 127 нафар бачадон онкологик патологияси бўлган аёлларнинг текширув маълумотлари қўйилди.

Диагноз тиббий хужжатларга кўра анамнез маълумотлари таҳлили, неврологик статус ва нейровизуализация усуллари натижалари асосида қўйилди. Жами 127 нафар дорсопатия ва онкогинекологик патологияси бўлган бемор, ёши 25 дан 75 гача, ўртача ёш – $47,0 \pm 13,5$ (95% ДИ: 44,6–49,4) йил, икки гуруҳга бўлинди:

Асосий гуруҳда бачадон танаси ва бачадон бўйни раки бўлган 56 (44,1%) аёл; Таққослаш гуруҳида гинекологик касалликлар бўлган 71 (55,9%) аёл.

Назорат гуруҳида гинекологик анамнези оғирлашмаган, ёшига мувофиқ дорсопатияси бўлган 40 аёл.



1-расм. Текширилган беморларнинг ёш хусусиятлари

Ёшни таққослашда (1-расм) асосий гуруҳдаги беморлар таққослаш гуруҳи ($p < 0,001$) ва назорат гуруҳига ($p = 0,006$) нисбатан сезиларли даражада катта ёшда эканлиги кўринди. Онкологик патология асосан 40 ёшдан кейин, хусусан 60 ёшдан сўнг (41,1%) учради. Гинекологик патологияси бўлган беморлар асосан 50 ёшгача, хусусан 41–50 ёш оралиғида (36,6%) эди. Анамнези оғирлашмаган бел оғриғи эса кўпроқ 41–50 ёшдаги аёлларда учради.

Оғриқ синдромини объектив баҳолаш визуал аналог шкаласи (ВАШ) ва Douleur Neuropathique 4 Questions (DN4) нейропатик оғриқ шкаласи ёрдамида амалга оширилди. Жисмоний фаолликни объектив баҳолаш учун ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) томонидан таклиф этилган 5 баллик шкала қўлланилди. Уйқунинг субъектив хусусиятларини баҳолаш учун Я.И.Левин томонидан таклиф қилинган ярим миқдорли балл шкаласи қўлланилди. Вегетатив нерв системаси ҳолатини баҳолашда икки усулдан фойдаланилди: вегетатив реактивликни ўрганиш ва Вейн анкетаси. Хавотирлик даражасини баҳолаш учун Спилбергер–Ханин шкаласи, депрессия даражасини аниқлаш учун Бек шкаласи қўлланилди. Ҳаёт сифатини баҳолаш SF-36 (Short Form-36 Health Survey) анкета ёрдамида амалга оширилди. Бел-умуртқалари соҳасини КТ ёки МРТ, баъзи беморларда спондилография текширувлари ўтказилди.

Даволаш тадбирларининг самарадорлигини таққослаш учун барча беморлар икки гуруҳга бўлинди: I гуруҳ: асосий касалликнинг базавий давоси ва стандарт оғриқ қолдирувчи яллиғланишга қарши терапия олган беморлар; II гуруҳ: комплекс базавий терапия, дифференциаллашган оғриққа қарши терапия ва қўшимча равишда алимемазин билан даволанган беморлар.

Статистик таҳлил StatTech v. 4.8.5 дастури (ишлаб чиқарувчи – ООО "Статтех", Россия) ёрдамида амалга оширилди.

Учинчи боб «**Бачадон онкологик ва гинекологик патологияси фонида дорсопатия бўлган беморларнинг клиник хусусиятлари**» бачадон онкологик патологияси фонида дорсопатия бўлган беморларнинг клиник-неврологик кўрсаткичлари гинекологик патологияси бўлган беморлар ва контроль гуруҳи билан таққосланади.

Жами 167 нафар аёл текширилди, уларда бел-умуртқаси, тос ва чанок соҳасида турли даражадаги оғриқ синдроми кузатилди. Улар асосий гуруҳ (n=56), таққослаш гуруҳи (n=71) ва контроль гуруҳи (n=40) га бўлинди.

Шикоятлар таҳлилида (1-жадвал): оғриқнинг оёқларга 47 (28,1%), оралик соҳасига тарқалиши 29 (17,4%), ҳамда умуртқа қийшайишлари туфайли бемор қақдини бузилиши 74 (44,3%); бел-умуртқа соҳасида ҳаракат чекланиши - 44 (26,3%) беморда аниқланди. 42 (25,1%) ҳолатларда L4–S1 сегментларининг илдизчалари вазифалари бузилишига хос клиник симптомлар кузатилди.

Бачадон онкологик касалликлари бўлган аёлларда мушак-тонус синдроми кўпроқ учраган бўлиб, оғриқ асосан диффуз хусусиятда бўлганлиги аниқланди, камдан-кам ҳолатларда эса, оғриқли - илдизчали белгилар ва тортишиш симптомлари кузатилди, шу билан бирга, оёқларга тарқалиш асосан назорат гуруҳидаги аёлларда ишончли даражада юқори бўлса, онкогинекологик касалликлар гуруҳидаги аёлларда оралик соҳасига тарқалиш кўпроқ кузатилган. Онкологик касалликка чалинган аёлларда ўртача давомийлик энг юқори бўлган (ўртача $22,9 \pm 8,9$ ой), назорат гуруҳидаги беморларда эса энг паст - $16,3 \pm 8,4$ ой кўрсаткич кузатилган.

47,9% беморлар орасида энгил даражадаги оғриқ устунлик қилган бўлиб, бунда у 1 дан 4 баллгача бўлган. Ўртача ва кучли оғриқ мос равишда 28,7% ва 21,0% ҳолларда кузатилган. Шунингдек, 4 нафар беморда тоқат қилиб бўлмас оғриқ хуружлари қайд этилган ва уларнинг барчаси онкологик касалликка чалинган гуруҳга мансуб бўлган.

Онкологик патологияси бўлган аёлларда (2-жадвал): оғриқнинг акс этиши 41,1% ҳолатларда юқорилиги кузатилган бўлса, гинекологик патологияси бўлган гуруҳда ва назорат гуруҳида бу кўрсаткич ўртача аксланишга эга бўлди ва мутаносиб равишда 47,9% ва 37,5% ни ташкил этди. Бошқа томондан, асосий гуруҳдаги аёлларда кучли оғриқ устунлик қилган (30,4%), қолган гуруҳларда эса бу рақам 15-17% атрофида бўлган.

1-жадвал

Оғриқ синдромининг умумий тавсифи

Кўрсаткичлар	Беморлар гуруҳи			p
	Асосий	Таққослаш	Назорат	
Оғриқнинг оёққа тарқалиши	14 (29,8)	9 (19,1)	24 (51,1)	<0,001
Оғриқнинг оралиқ соҳасига тарқалиши	12 (41,4)	11 (37,9)	6 (20,7)	0,615
Мушак-тонус синдрому	38 (40,9)	31 (33,3)	24 (25,8)	0,020
Бошқа мушакларга тарқалиши	16 (64,0)	6 (24,0)	3 (12,0)	0,002
Умуртқа деформацияси	30 (40,5)	23 (31,1)	21 (28,4)	0,028
Ҳаракат чекланиши	17 (38,6)	16 (36,4)	11 (25,0)	0,600
Умуртқа илдиз симптоматикаси	13 (31,0)	8 (19,0)	21 (50,0)	<0,001
Тортишиш симптомлари	10 (30,3)	7 (21,2)	16 (48,5)	<0,001

* – кўрсаткичлардаги фарқлар статистик аҳамиятга эга (p<0,05)

Шундай қилиб, бачадоннинг онкологик касаллигига чалинган беморлар нафақат оғриқ синдромининг узок давом этиши, балки унинг субъектив интенсивлигининг юқорилигини ҳам кўрсатади, бу эса психоэмоционал ҳолат ва вегетатив реактивликни кўшимча ўрганишни талаб қилади.

2-жадвал

ВАШ (визуал аналог шкаласи) натижаси бўйича ўрганилган гуруҳлардаги солиштирма таҳлил

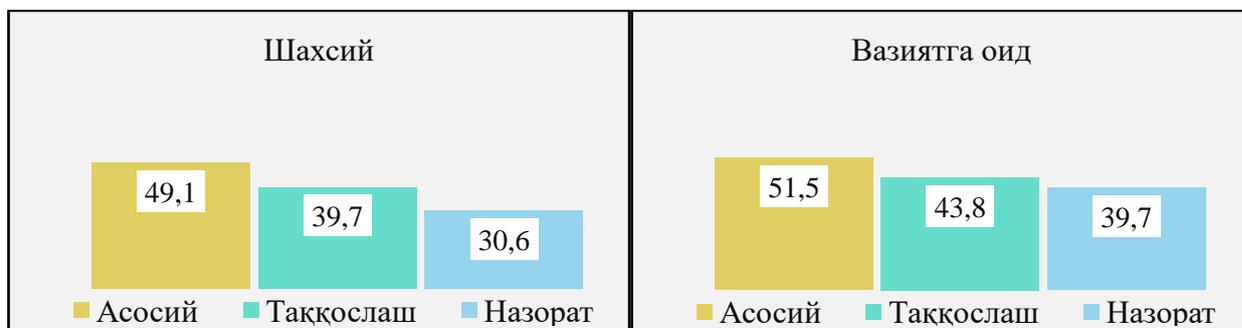
Категориялар	ВАШ			p
	M ± SD	95% ДИ	n	
Асосий	5,3 ± 2,2	4,7 – 5,9	56	0,012 p = 0,009 [^]
Таққослаш	4,3 ± 1,9	3,8 – 4,7	71	
Назорат	4,6 ± 1,7	4,1 – 5,1	40	

[^] – асосий ва қиёсий гуруҳлари ўртасидаги кўрсаткичлардаги фарқлар статистик аҳамиятга эга (p<0,05)

Спилбергер-Ханин шкаласи бўйича хавотирлик даражаси баҳоланганда, шахсий хавотирлик даражаси беморлар орасида сезиларли даражада фарқ қилмаган ва онкологик ва гинекологик касалликлар бўлган гуруҳларда бироз юқори бўлган.

Шу билан бирга, (2-расм) текширилган беморларда ушбу кўрсаткич ўртача 40,7 ± 12,6 баллни ташкил этган бўлиб, ўртача (45,5%) ва юқори (31,7%) шахсий хавотирлик даражаси кўрсаткичлари устунлик қилган, енгил хавотирлик эса аёлларнинг атиги 22,8%ида кузатилган. Бачадоннинг онкологик касалликларига чалинган аёллар бошқа гуруҳларга нисбатан

юқорирак шахсий хавотирлик даражасига эга (66,1% беморларда юқори хавотирлик), бу касалликнинг оғир табиати, прогнознинг ноаниқлиги ва онкологик жараёнлар билан боғлиқ эмотционал муаммолар билан изоҳланади. Қиёсий гуруҳда ўртача хавотирлик (64,8%) кўпроқ устунлик қилган. Реактив (вазиятий) хавотирлик баҳоланганида, аёлларда ўртача кўрсаткич юқорирак бўлиб, $46,4 \pm 11,9$ баллни ташкил этган, асосан ўртача (44,9%) ва юқори (46,1%) вазиятий хавотирлик даражалари кузатилган.



2-расм. Шахсий ва вазиятий хавотирликни баҳолаш

Бачадоннинг онкологик касалликларига дуч келган асосий гуруҳ беморлари юқори вазиятий хавотирликнинг энг кўп тарқалиши билан ажралиб туради, бу нафақат оғриқ синдромига, балки умуман онкологик жараёнга кучли эмотционал жавобни акс эттиради. Бачадоннинг гинекологик касалликлари бўлган қиёсий гуруҳда ўртача ва юқори вазиятий хавотирлик тахминан тенг (мутаносиб равишда 49,3% ва 39,4%) кузатилган, назорат гуруҳи эса кўпроқ ўртача вазиятий хавотирлик даражаларини намоён этган.

Депрессив бузилишнинг ифодаланганлик даражаси баҳоланганида, назорат гуруҳи беморларида депрессия аломатлари фақат тўртдан бир қисмида аниқланган, ўртача балл эса $7,1 \pm 4,7$ ни ташкил этган, бу умуман нормал даражага мос келади.

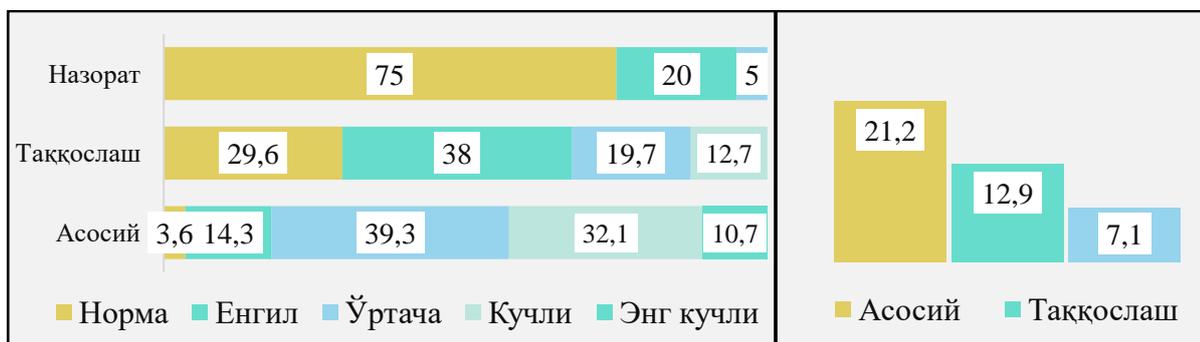
Энг юқори даража (3-расм) асосий гуруҳда қайд этилди – $21,2 \pm 8,8$ балл, бу кўрсаткич гинекологик патология гуруҳи билан солиштирганда – $12,9 \pm 6,9$ балл ($p < 0,001$) ва назорат гуруҳи билан – $7,1 \pm 4,7$ балл ($p < 0,001$) нисбатан ишончли даражада юқори эди.

Олинган маълумотлар онкологик ва гинекологик патологиялар билан бирга дорсопатиялар мавжуд беморларда психоэмотционал бузилишларнинг ноўринлигини кўрсатади.

Бачадоннинг онкологик патологиясига эга аёлларда астениянинг алоҳида кўринишлари, яъни психик фаолликнинг пасайиши, мотивациянинг камайиши, психик астения хавотирлик ва депрессив бузилишлар даражаси билан боғлиқлиги хос эди.

Вегетатив нерв системасининг функционал ҳолати таҳлили гуруҳлар ўртасидаги ишончли фарқларни аниқлади, бу фарқлар бачадоннинг онкологик касалликларига эга беморларда энг кўп намоён бўлди. Уларнинг атиги 21,4% да вегетатив мутаносиблик сақланиб қолди, бу қиёсий гуруҳ ва назорат гуруҳидаги аёлларга нисбатан сезиларли даражада паст бўлди. Асосий гуруҳ беморларида симпатикотония (48,2%) ва ваготония (30,4%)

кўпроқ учради, бу эса адаптив регуляция механизмларининг бузилишини акс эттиради. Асосий гуруҳда Вейн шкаласи бўйича ўртача балл $35,2 \pm 7,8$ ни ташкил қилди, бу эса ифода этилган вегетатив дисфункцияга мос келади - 80,4%.



3-расм. Гуруҳлар бўйича депрессив бузилишларни баҳолаш

Таққослаш гуруҳида бу кўрсаткич ўртача бузилиш даражасида бўлиб, $23,8 \pm 6,6$ (59,2%) ни ташкил этди, бироқ у ҳам аҳамиятли ҳисобланади. Олинган натижалар вегетатив бузилишлар тизимли хусусиятга эга эканлигини, улар сурункали стресс, хавотир ва оғриқ синдроми шароитида шаклланишини кўрсатади. Бироқ, асосий гуруҳ беморларида оғриқ интенсивлиги билан вегетатив дисфункция даражаси ўртасида ишончли боғланиш кузатилмагани, бузилишлар фақат оғриқ билан эмас, балки асосий касаллик ва унинг давоси билан боғлиқ мураккаб патогенезга эга эканлигини кўрсатади.

Уйқу бузилишлари таҳлили тадқиқот гуруҳлари ўртасида сезиларли фарқлар мавжудлигини аниқлади; бунда бачадон онкологик патологиясига эга аёлларда энг оғир уйқу бузилишлари кузатилди. Энг кенг тарқалган шикоят — уйқуга кетишнинг қийинлиги (66,1%) бўлиб, бу симптомнинг такрорланиши назорат ва таққослаш гуруҳларига нисбатан анча юқори эди. Асосий гуруҳ беморлари тинчлантирувчи дори воситаларини кўпроқ ишлатган ва тунги уйғонишлардан кўп азият чеккан, бу эса уйқунинг бўлиниши ва вегетатив нерв тизимининг фаоллашувини акс эттиради. Уларда уйқу давомийлиги анча қисқа бўлиб, ўртача $5,39 \pm 1,68$ соатни ташкил этган, шунингдек, учдан бир қисми 5 соатдан кам ухлаган. Фақат 10,7% беморлар 7 соатдан ортиқ ухлаган бўлиб, бу кўрсаткич бошқа гуруҳлардан кескин фарқ қилган. Бу бузилишлар ҳаддан ташқари хавотир, оғриқ ҳиссиётининг кучайиши ва депрессив симптомлар билан биргаликда юз беради, бу эса уйқунинг ҳам сифат, ҳам миқдор жиҳатидан жиддий бузилганлигини кўрсатади.

Беморларнинг ҳаёт сифатини баҳолаш SF-36 стандарт сўровномаси орқали ўтказилди. Умуман олганда, дорсопатияга чалинган аёлларда ҳаёт сифати пасайиши ўртача даражада бўлган. Энг паст кўрсаткичлар оғриқ ва жисмоний фаоллик шкалаларида қайд этилган, энг юқори баллар эса ҳаётий фаоллик бўйича кузатилган.

SF-36 шкаласи бўйича баҳолаш бачадон онкологияси фонидаги дорсопатияли беморларда барча кўрсаткичларнинг жиддий пасайганини

кўрсатди, бу эса фақат жисмоний эмас, балки рухий-эмоционал ҳолатдаги тизимли дезадаптацияни ҳам акс эттиради. Энг аниқ ўзгаришлар жисмоний фаоллик шкаласида ($60,0 \pm 13,5$) ва жисмоний фаоллик шкаласида ($51,2 \pm 17,2$) қайд этилган, бу кундалик ва иш фаолиятида жиддий чекловлар мавжудлигини кўрсатади.

Оғриқнинг ҳаёт сифатига таъсири (3-жадвал): асосий гуруҳда энг ёмон ($50,8 \pm 13,1$) кўрсаткични намоён қилди. Умумий соғлиқ ҳолати ва ҳаётини фаоллик даражаси мос равишда 57,1 ва 59,2 баллни ташкил этди, бу эса астения ва сурункали чарчоқ белгиларини кўрсатади. Бундан ташқари, ижтимоий фаолиятдаги бузилишлар ($57,5 \pm 13,0$), эмоционал фаолиятнинг аҳамияти шкаласи ($54,9 \pm 18,7$) ва рухий саломатлик кўрсаткичлари ҳам жиддий равишда бузилган бўлиб, ижтимоий яққалик, хавотир, кайфиятнинг тушиши ва ҳиссий чарчоқ билан намоён бўлди.

3-жадвал

Бемор аёлларда гуруҳга қараб ҳаёт сифати бўйича ўртача кўрсаткичлар

Кўрсаткичлар	Категории	М ± SD	р
Жисмоний фаолият	Асосий	$60,0 \pm 13,5$	$p < 0,001^*$
	Таққослаш	$67,2 \pm 14,0$	$p = 0,022 \sim$
	Назорат	$74,4 \pm 13,0$	$p = 0,010^\wedge$
Жисмоний ҳолатга асосланган фаолият роли	Асосий	$51,2 \pm 17,2$	$p < 0,001^*$
	Таққослаш	$64,6 \pm 17,7$	$p < 0,001 \sim$
	Назорат	$77,5 \pm 14,5$	$p < 0,001^\wedge$
Оғриқ шкаласи	Асосий	$50,8 \pm 13,1$	$p < 0,001^*$
	Таққослаш	$66,3 \pm 12,5$	$p < 0,001^\wedge$
	Назорат	$69,1 \pm 11,1$	
Умумий соғлиқ ҳолати	Асосий	$57,1 \pm 17,0$	$p < 0,001^*$
	Таққослаш	$71,5 \pm 15,8$	$p = 0,013 \sim$
	Назорат	$80,2 \pm 11,6$	$p < 0,001^\wedge$
Ҳаётини фаоллик	Асосий	$59,2 \pm 11,1$	$p < 0,001^*$
	Таққослаш	$71,6 \pm 14,4$	$p < 0,001 \sim$
	Назорат	$81,1 \pm 10,9$	$p < 0,001^\wedge$
Ижтимоий фаолият	Асосий	$57,5 \pm 13,0$	$p < 0,001^*$
	Таққослаш	$67,0 \pm 14,2$	$p = 0,003 \sim$
	Назорат	$76,0 \pm 13,5$	$p < 0,001^\wedge$
Эмоционал ҳолатга асосланган фаолият роли	Асосий	$54,9 \pm 18,7$	$p = 0,013^\wedge$
	Таққослаш	$64,1 \pm 16,4$	$p < 0,001^*$
	Назорат	$80,6 \pm 11,6$	$p < 0,001 \sim$
Рухий саломатлик	Асосий	$63,9 \pm 17,5$	$p < 0,001^*$
	Таққослаш	$72,1 \pm 16,6$	$p = 0,020^\wedge$
	Назорат	$78,8 \pm 12,9$	

Изоҳ: * – асосий ва назорат гуруҳлари ўртасидаги кўрсаткичлардаги фарқлар статистик аҳамиятга эга ($p < 0,05$); $^\wedge$ – асосий ва қиёсий гуруҳлари ўртасидаги кўрсаткичлардаги фарқлар статистик аҳамиятга эга ($p < 0,05$); \sim – қиёсий ва назорат гуруҳлари ўртасидаги кўрсаткичлардаги фарқлар статистик аҳамиятга эга ($p < 0,05$)

Олинган маълумотлар шу хулосани чиқаришга имконият берадики, оғриқ ҳар икки гуруҳдаги беморларнинг ҳаёт сифатига салбий таъсир

кўрсатади, фақат жисмоний фаоллик, фаолият қобилияти, кайфият, ўзини баҳолаш, келажак ҳақидаги фикрлар билан чекланмай, балки бошқалар билан муносабатлар тизимига ҳам таъсир этади. Бу эса психоэмоционал ва функционал кўллаб-қувватлаш чораларини комплекс терапевтик дастурга киритиш зарурлигини кўрсатади.

Барча беморларда нейровизуализация усуллари (МРТ ва КТ, спондилография) ёрдамида, структур ўзгаришларни ўрганиш мақсадида, бел ва бел-думғаза бўғимлари радиологик текширувдан ўтказилди.

Бел ва бел-думғаза бўғимлари радиологик текшируви барча беморларда ўзига хос морфофункционал ўзгаришларни аниқлади ва ҳар бир гуруҳда дегенератив бузилишларнинг ифодаланганлик даражасини баҳолаш имконини берди. Умуртқа поғонасининг нормал тузилиши онкологик патологияга эга аёлларда кўпроқ қайд этилди (23,3%), қиёслаш гуруҳи ва назорат гуруҳида эса бу кўрсаткич мос равишда 15,0% ва 10,0% ни ташкил қилди. Шу билан бирга, энг ифодали морфологик ўзгаришлар назорат гуруҳида қайд этилди: умуртқалар аро диск протрузиялари 80,0% беморларда аниқланди, чурралар - 45,0% да. Бошқа гуруҳларда бу ўзгаришлар анча камроқ учради, бу эса гинекологик ва онкологик касалликларга эга беморларда дорсопатиянинг клиник суратида морфологик бузилишлар иккалада ҳам иккинчи даражали аҳамиятга эга эканлигини кўрсатади. Уларда асосан висцеросоматик таъсир ва стресс омиллари билан боғлиқ функционал-рефлектор механизмлар устунлик қилганини кўрсатади. Равоқўсиқли бўғимлар остеоартрози эса энг кўп учрайдиган дегенератив бузилиш бўлиб, барча гуруҳларда таққосланарли жиҳатдан 70–80% даражада кузатилди, бу унинг дорсопатия патогенезида умумий ўрин тутишига ишора қилади, бошқа соматик ёки онкологик касалликлардан фарқли равишда.

Модик таснифи бўйича умуртқа таналарининг якуний пластинкалари ҳолатининг қўшимча баҳолаши тахминан 89–90% ҳолатларда ўзгаришларни аниқлади, улар энг кўп назорат гуруҳида учраши кузатилди. Онкологик анамнези бўлмаган беморларда Модик тип 1, яъни оғриқли яллиғланиш жараёни устун келган бўлса, онкологик патологияга эга аёлларда кўпроқ Модик тип 2, яъни суяк кўмиги ёғланишининг ўзгариши аниқланган. Бу маълумотлар назорат гуруҳида бўйинча, протрузиялар, чурралар ва туғма пластинкаларнинг ўзгаришлари морфологик жиҳатдан энг ифодали эканлигини тасдиқлайди. Шу билан бирга, онкологияга эга беморларда анатомик бузилиш даражаси камроқ бўлишига қарамасдан, клиник-фаолият кўрсаткичлари оғирроқ бўлиб, бу қўшимча патогенетик механизмлар - психоэмоционал, вегетатив ва висцеросоматик таъсирларнинг иштирокини кўрсатади.

Гинекологик ва онкологик касалликларга эга беморларнинг комплекс клиник-неврологик текшируви (4-жадвал): спондилоген неврологик бузилишларнинг юқори учрашини аниқлади, улар кучли оғриқ синдроми билан бирга бўлган. Оғриқ синдромлари уч асосий клиник шаклга бўлинади: чекланган дорсопатия, миофасциал оғриқ синдроми ва илдизчали синдром. Бу бўлиниш оғриқ синдромининг хусусиятини аниқроқ баҳолаш ва

патогенетик механизмлар асосида энг мақбул даволаш тактикасини белгилаш имконини беради. Чекланган шаклида оғриқ маҳаллий, тўмтоқ ва неврологик симптомларсиз бўлиб, нейровизуализация маълумотларида минимал ўзгаришлар кузатилади.

4-жадвал

Текширилган бемор аёллардаги дорсопатия клиник шакллари

Категориялар	Беморлар гуруҳи			p
	Асосий	Таққослаш	Назорат	
Чегараланган дорсопатия	20 (35,7)	37 (52,1)	10 (25,0)	< 0,001 p < 0,001* p < 0,001
Миофасциал синдром	27 (48,2)	25 (35,2)	8 (20,0)	
Илдизча синдроми	9 (16,1)	9 (12,7)	22 (55,0)	

Изоҳ: * – асосий ва назорат гуруҳлари ўртасидаги кўрсаткичлардаги фарқлар статистик ахамиятга эга (p<0,05); ~ – қиёсий ва назорат гуруҳлари ўртасидаги кўрсаткичлардаги фарқлар статистик ахамиятга эга (p<0,05)

Миофасциал оғриқ синдромида оғриқ доимий, тарқалган, триггер нуқталар мавжуд ва мушак тонуси ошган бўлади, неврологик бузилишлар йўқ, нейровизуализация эса кам маълумот беради. Қўрлиқ синдроми нерв илдизларининг босилиши билан боғлиқ бўлиб, территориал оғриқ, сенсомотор дефицит ва кучли тортиш симптомлари билан намоён бўлади. Бу ҳолларда нейровизуализация сезиларли морфологик ўзгаришларни аниқлайди. Клиник формалар тақсимоти гуруҳлар орасида статистик жиҳатдан фарқ қилади ($\chi^2=31,602$; p<0,001), бу ёндош соматик патологиянинг оғриқ тури ва турли механизмлар фаоллигига таъсирини тасдиқлайди.

Соматик патологияси бўлмаган беморларда энг кўп учраган синдром — илдизча синдроми бўлиб, у 55,0% ҳолатда аниқланган. Бу ҳолат илдизчаларнинг механик босимида боғлиқ бўлиб, нейровизуализация ва аниқ неврологик симптоматика билан тасдиқланади. Асосий гуруҳда эса, аксинча, илдизча синдроми фақат 16,1% ҳолатда кузатилган, унинг ўрнига миофасциал оғриқ синдроми (48,2%) ва изоляцияланган дорсопатия (35,7%) устунлик қилган. Худди шундай ҳолат, яхши сифатли гинекологик касалликларда ҳам кузатилган. Бу фарқлар шундай хулосага келишга имкон берадики, бачадон патологияси, айниқса, ўсма касалликлари бор беморларда оғриқнинг асосий сабаблари - висцеросоматик ва мушак-тоник механизмлар бўлиб, илдизчаларнинг иштироки камроқдир. Ўтказилган таҳлилга асосан мавжуд бузилишларнинг хусусиятига боғлиқ равишда, турли патогенетик механизмларни акс эттирувчи, дорсопатияларни фарқлайдиган ва аниқлайдиган модел ишлаб чиқилди.

Онкогинекологик касалликлари бор аёлларда миофасциал оғриқ синдроми устунлик қилди ва у астения, эмоционал беқарорлик, вегетатив дисфункция ва триггер нуқталар билан кузатилди. Бу гуруҳдаги оғриқ тарқалган, аниқ жойи белгиланмайдиган вақўпинча, эмоционал зўриқишда кучаяди. Бунда, Modic II типидан аниқланган ўзгаришлар, сурункали дегенератив жараённи тасдиқлайди, протрузия ва чурралар, одатда, оғриқ

кучи билан боғлиқ бўлмайди. ВАШ шкаласи бўйича ўртача балл $5,3 \pm 2,2$ га етиб, бу бошқа гуруҳларга нисбатан юқоридир, у марказий сезгирликнинг муҳим аҳамиятга эгаллигини кўрсатади.

Яхши сифатли жараёнларга эга гуруҳда оғриқнинг аралаш шакли кузатилади, бу ерда оғриқнинг механик шакллари ўртача даражадаги эмоционал ва вегетатив бузилишлар фониди устунлик қилади. Онкологияга эга бўлган айрим беморларда невропатик оғриқ белгилари ҳам қайд этилган: дерматомлардан ташқарига тарқалиши, парестезиялар, аллодиния, эмоционал ҳолат билан юқори боғлиқлик ва нейровизуализация билан мувофиқ келмаслик.

Ушбу кўринишлар замонавий невропатик оғриқ таърифига (IASP, 2011) тўлиқ мувофиқ келади ва DN4 шкаласи бўйича тасдиқланган: асосий гуруҳда ташхисий бўсагадан 92,9% беморларда ошиб кетган, солиштирувчи гуруҳда – 56,3%, назорат гуруҳида эса фақат 25%. Бу бачадоннинг онкологик патологияси бўлган беморларда невропатик компонентнинг юқори даражада эканлигини кўрсатади, бу структуравий бузилишлар эмас, марказий ноцицептив регуляция дисфункцияси билан боғлиқдир.

Ушбу хусусиятларни ҳисобга олган ҳолда, даволашга марказий механизмга таъсир этувчи – анксиолитиклар ва антиконвульсантларни киритиш мақсадга мувофиқ бўлиб, улар нафақат оғриқни юмшатишга, балки хавотирлик, депрессия ва вегетатив бузилишларни тузатишга ҳам ёрдам бериб, беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилади.

Диссертациянинг тўртинчи бобида **«Тиббий чора-тадбирлар комплексининг самарадорлигини баҳолаш»** мавзусида онкогинекологик касалликлари бўлган дорсопатияли беморларда оғриқ синдроми учун анъанавий ва дифференциал терапиянинг солиштирув таҳлили келтирилган.

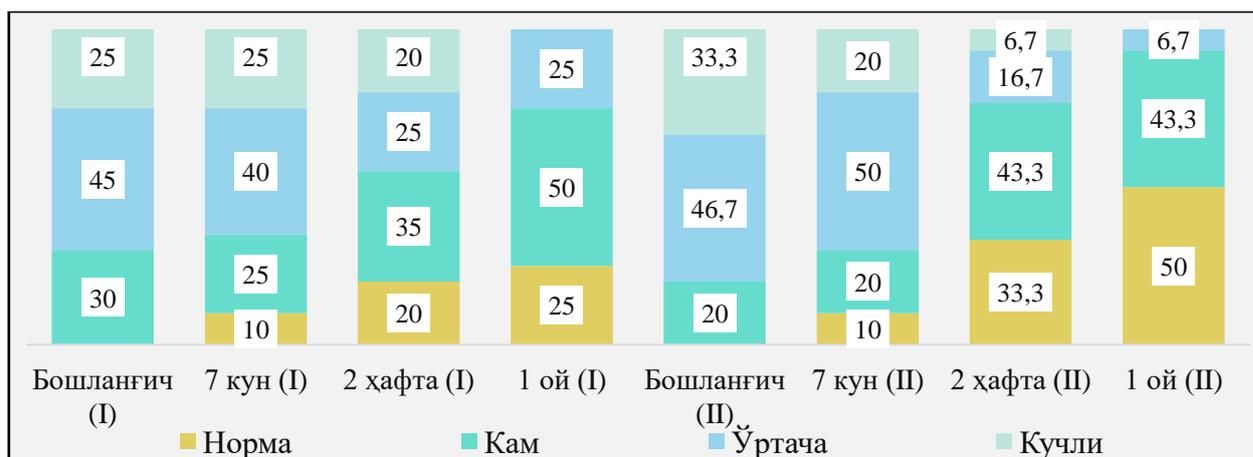
Тиббий чора-тадбирлар самарадорлигини солиштириш мақсадида барча беморлар икки гуруҳга бўлинди: I гуруҳ – асосий касаллик учун базавий даво ва стандарт аналгетик ва яллиғланишга қарши даво олганлар; II гуруҳ – комплекс базавий терапия, дифференциал антиоғриқ терапия ва кўшимча алимемазин терапиясини олганлар.

Бизнинг беморларда белдаги оғриқнинг клиник кўринишлари шакилланишидаги, патогенетик механизмларини кўп омиллигини ҳисобга олган ҳолда, дифференциал комплекс даволаш дастурлари таклиф этилди: Ноцептив оғриқни даволаш учун препаратлар (НЙҚД); Нейропатик оғриқни даволаш учун препаратлар (антиконвульсант). Дозалар секин-аста оширилган ҳолда, дориларни ўзлаштира олиш қобилияти ва олдин қабул қилинган аналгетиклар билан ўзаро таъсирини ҳисобга олган ҳолда танланди.

Терапия натижалари қуйидаги босқичларда баҳоланди: 1-босқич – тадқиқот бошланишидан олдинги ҳолат; 2-босқич – даволаш бошланганидан сўнг 7 кун (1 ҳафта) ўтгач; 3-босқич – тадқиқотнинг 2-ҳафтасининг охирида; 4-босқич – 1 ойдан кейин.

ВАШ шкаласи бўйича оғриқ синдромининг динамикасини таҳлил қилиш натижасида ҳар икки даволаш гуруҳида оғриқ интенсивлиги статистик

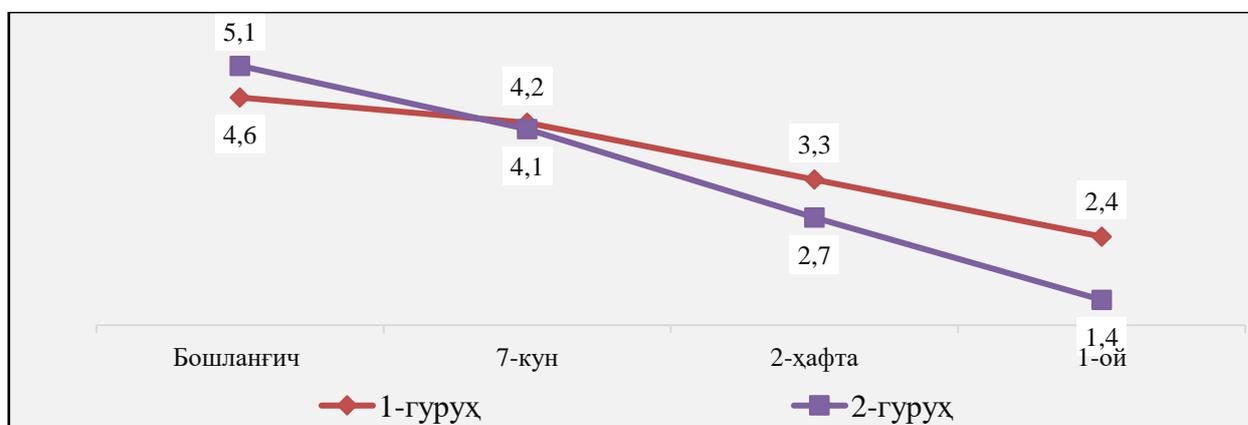
жиҳатдан аниқ пасайган, бироқ яхшиланиш даражаси фарқли бўлганлиги аниқланди.



4-расм. Гуруҳларда оғриқ синдроми кўрсаткичларининг динамикаси

I гуруҳда (4-расм), симптомларнинг регресси секин кечди: оғриқ бўсағасини нормаллашиши фақат 26,3% беморда учинчи босқичда кузатилди. II гуруҳда терапевтик таъсир тезроқ намоён бўлди - биринчи босқичдан сўнг 10,7% беморларда оғриқ аломатлари йўқолди, даволаш якунланишига келиб эса 53,6% беморларда оғриқнинг йўқлиги қайд этилди.

Ўртача ва кучли оғриқ (5-расм), сезиларли даражада камайди, енгил оғриқ эса иккинчи босқичгача 46,4% беморларда барқарорлашди. Гуруҳлар орасида алоҳида босқичларда статистик жиҳатдан сезиларли фарқлар аниқланмаса-да, ҳар бир гуруҳда кўп омилли таҳлил билан улар тасдиқланди. Клиник жиҳатдан оғриқнинг тез ва аниқ камайиши II гуруҳда кузатилди, бу ушбу гуруҳда қўлланган даволаш схемасининг самарадорлигини кўрсатади. Икки гуруҳда ҳам ВАШ кўрсаткичларининг динамикаси оғриқ интенсивлигининг аниқ камайганини кўрсатди, бироқ яхшиланиш даражаси ва темпи фарқли бўлди. I гуруҳда оғриқ секин пасая бошлади: даволашнинг учинчи босқичига келиб 4,4 баллдан 2,1 баллга тушди. II гуруҳда оғриқнинг бошланғич даражаси юқори бўлиб (4,9 балл), аммо регресс аниқроқ бўлди — 1,1 баллгача тушди. Абсолют пасайиш II гуруҳда 3,8 баллни, I гуруҳда эса 2,3 баллни ташкил этди.



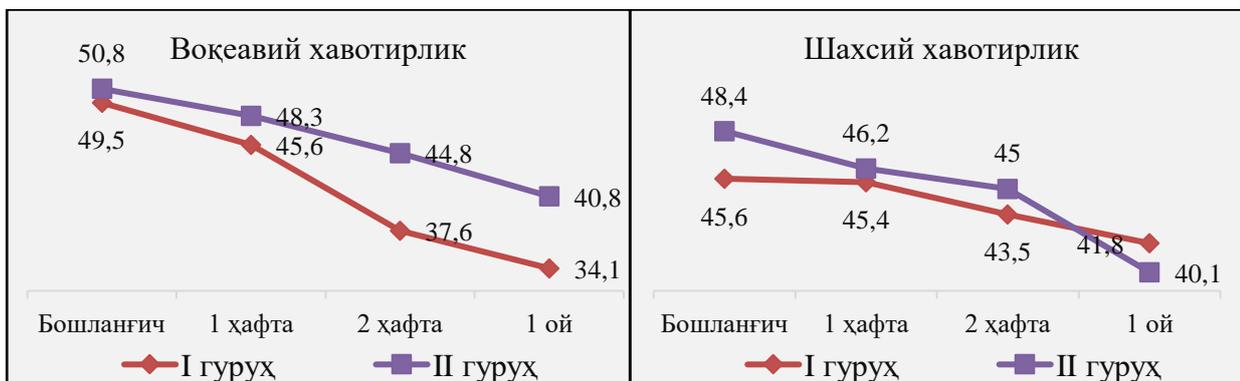
5-расм. ВАШ бўйича ўрта баллнинг солиштирилган динамикаси

Гуруҳлар ўртасида ҳар бир босқичда статистик жиҳатдан сезиларли фарқлар бўлмасда, клиник жиҳатдан II гуруҳ тез ва барқарор таъсирни намоён этди, бу эса унда қўлланилган даволаш схемасининг юқори самарадорлигини кўрсатади. Вегетатив асаб тизими ҳолатининг динамикасини таҳлил қилиш натижаларида гуруҳларда даволаш самарадорлиги турлича эканлиги аниқланди.

I гуруҳда симпатикотония камайиши ва нормотония ошиши тенденцияси кузатилган бўлса-да, статистик жиҳатдан сезиларли ўзгаришлар бўлмади. II гуруҳда эса аниқ ижобий динамика қайд этилди: нормотонияга эга бўлган беморлар улуши 26,3% дан 42,1% гача ошди ($p=0,015$), симпатикотония улуши 42,1% дан 26,3% гача камайди. Вейн шкаласи бўйича вегетатив дисфункция ўрта балли ҳар икки гуруҳда камайди, бироқ II гуруҳда бу ўзгариш кучлироқ бўлди – $34,5 \pm 7,6$ дан $26,4 \pm 7,2$ баллгача, I гуруҳда эса $33,7 \pm 7,2$ дан $28,7 \pm 6,5$ баллгача.

Тадқиқот натижалари ҳар икки гуруҳда ҳам ситуатив хавотирлик даражасининг аниқ камайганини кўрсатди. I гуруҳда хавотирлиги паст аёллар улуши 5,3% дан 31,6% гача ўсди, шу билан бирга юқори хавотирликка эга беморлар сони 68,4% дан 21,1% гача камайди. II гуруҳда ижобий динамика янада кучлироқ бўлиб, паст хавотирликка эга беморлар улуши 3,6% дан 60,7% гача, юқори хавотирликка эгалар эса 71,4% дан 7,1% гача қисқарди. Ушбу ўзгаришлар кузатувнинг барча босқичларида статистик жиҳатдан муҳимлиги билан аҳамиятли эканлиги аниқланди ($p < 0,001$), бу, айниқса, II гуруҳда даволашнинг хавотирлик бузилишига таъсирини тасдиқлайди.

Ситуатив хавотирлик ўрта баллари динамикаси таҳлили ҳар икки гуруҳда статистик жиҳатдан сезиларли камайишни кўрсатди, II гуруҳда эса таъсир янада кучлироқ эди: $49,5 \pm 10,5$ дан $33,5 \pm 8,2$ баллга тушди. Гуруҳлар орасидаги таҳлилда бошланғич босқичларда динамика ўхшаш бўлса-да, учинчи босқичда II гуруҳда хавотирликнинг статистик жиҳатдан сезиларли даражада камайгани аниқланди — фарқ 7,2 баллни ташкил қилди ($p=0,001$).



6-расм. Ситуатив ва шахсий хавотирлик динамикаси солиштирмаси

Шахсий хавотирликка келсак (6-расм), II гуруҳда шахсий хавотирлик даражасининг сезиларли ва статистик жиҳатдан аҳамиятли пасайиши қайд этилди ($Q=29,25$; $p < 0,001$). Юқори хавотирликдаги беморлар улуши 66,7% дан 13,3% гача камайган, ўртача хавотирликдаги аёллар улуши (28,6% дан

67,9%га) ошган ва паст хавотирликдаги ҳолатлар (5,3% дан 21,4%га) кўтарилган. Шахсий хавотирлик ўрта балли $47,7 \pm 12,0$ дан $39,6 \pm 8,1$ га тушган, кузатувнинг барча босқичлари орасида статистик аҳамиятли фарқлар мавжуд.

Бу маълумотлар II гуруҳда қўлланилган даволаш дастури нафақат ситуатив, балки барқарор шахсий хавотирлик компонентларига ҳам ижобий таъсир кўрсатганини кўрсатади.

Хулоса қилиб айтганда, II гуруҳда бу ижобий ўзгаришлар, айниқса кузатишининг кечки босқичларида, янада аниқ ва турғун бўлиб, бу қўлланилган даволаш усулининг, айнақса ушбу гуруҳдаги беморлар эмоционал ҳолатига юқори самарадорлиги ва барқарорлигини кўрсатади.

Тадқиқот натижалари кўрсатдики, ҳар икки гуруҳда беморларнинг ҳаёт сифат кўрсаткичлари сезиларли даражада яхшиланди, бироқ позитив ўзгаришлар даражаси ва барқарорлиги II гуруҳда сезиларли даражада юқори бўлди. Энг катта фарқ оғриқ шкаласи бўйича қайд этилди: II гуруҳда оғриқнинг камайиши 53,3%ни ташкил этган, I гуруҳда эса 35,3% бўлган ($p < 0,001$). Шу билан бирга умумий саломатлик ҳолати ва ҳаёт фаоллиги кўрсаткичларида ҳам II гуруҳнинг устунлиги статистик жиҳатдан аҳамиятли бўлди. I гуруҳда ҳаёт фаоллиги, ижтимоий функциялар ва, психик соғлиқ шкалалари бўйича статистик жиҳатдан муҳим яхшиланиш кузатилмади, II гуруҳда эса барча кўрсаткичлар сезиларли ўсишни намоён этди, шу жумладан психик соғлиқ даражаси 36,5% га ошди. Жисмоний функциялар шкаласи бўйича икки гуруҳда яхшиланиш қайд этилди, лекин II гуруҳда бу таъсир янада аниқ ва турғун бўлди. Оғриқ шкаласи бўйича ҳам II гуруҳда сезиларли яхшиланиш қайд этилди: 14,4 баллга ўсиш, I гуруҳда эса 9,8 балл. Ҳаёт фаоллиги бўйича энг аниқ гуруҳлараро фарқлар аниқланди — II гуруҳда 16,6 баллга ўсиш кузатилди ва бу барча кузатув руҳий босқичларида статистик аҳамиятли бўлди. Ижтимоий функциялар ва соғлиқни яхшилаш ҳам II гуруҳда кўпроқ сезилди ва гуруҳлараро фарқлар статистик жиҳатдан аҳамиятли бўлди.

Шундай қилиб, хулоса қилиш мумкинки, таклиф этилган, даволаш схемаси таъсирида, II гуруҳда, ҳаёт сифатининг бир қатор муҳим томонларининг, жумладан жисмоний ва руҳий саломатлик, ижтимоий ва ҳаётини фаолликни янада яққол яхшиланиши билан кечди. Олинган маълумотлар, нафақат оғриқни бартараф этишга, балки, эмоционал ва функционал бузилишларни тўғирлашга йўналтирилган даво, онкологик беморларни комплекс реабилитациясида юқори клиник самарадорликка эгаллигини тасдиқлади.

ХУЛОСАЛАР

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси бўйича «**Бачадон онкологик патологияларидаги дорсопатиялар терапиясига дифференциал ёндашувни оптималлаштириш**» мавзусида ўтказилган тадқиқотлар натижасида қуйидаги хулосалар шакллантирилди:

1. Бачадон ўсмалари мавжуд бўлган аёлларда дорсопатиялар клинко-неврологик фенотип билан намоён бўлиб, уларда миофасциал оғриқ синдроми (48,2%) ва изоляцияланган шакллар (35,7%) устунлик қилди, илдизчали синдром эса нисбатан кам учради (16,1%). Оғриқнинг ўрта интенсивлиги билан (ВАШ: $4,9 \pm 2,0$) ва яққол акс этган сурункали хусусиятга эга бўлган (ўртача давомийлиги – $22,9 \pm 8,9$ ой; 41,1% ҳолатда 25 ойдан ортиқ) ва инструментал ташхис маълумотларига кўра камроқ морфологик ўзгаришлар билан тавсифланади.

2. Бачадон онкологик касалликлари мавжуд бўлган аёллардаги дорсопатиялардаги оғриқ синдроми марказий тарзда модуляцияланган оғриқ, кучли эмоционал-вегетатив бузилишлар, миофасциал оғриқ синдроми устунлиги ва кам учрайдиган, атипик илдизчали симптоматика МРТда аниқ кўринмаслиги билан) билан тавсифланади.

3. Бачадон онкологиясига чалинган аёллардаги дорсопатия ҳолатида аниқ ифодаланган нейровегетатив (Вейн шкаласи бўйича ўртача балл – $35,1 \pm 7,5$; клиник аҳамиятга эга ҳолатлар – 80,4%, уларнинг 48,2% да симпатикотония устун) ва психоэмоционал бузилишлар (шахсий хавотир даражаси – $49,1 \pm 12,6$; вазиятга боғлиқ хавотир – $51,5 \pm 11,5$) кузатилди. Бундай ҳолатлар SF-36 шкаласи бўйича ҳаёт сифатининг барча доменлари, айниқса жисмоний ва ижтимоий фаоллик, ҳаётининг фаоллиги ва руҳий саломатлик соҳаларида кескин пасайиши билан кечди ($p < 0,001$).

4. Базавий аналгетик схемага марказий таъсир этувчи препаратлар (алимемазин) қўшилган ҳолда қўлланган комплекс терапия оғриқ синдромининг ишончли камайишини таъминлади (ВАШ 3,7 баллга камайган), уйқунинг яхшиланишига (63,3% ҳолатда давомийлиги 7 соатдан ортиқ), хавотир даражасининг пасайишига (мос равишда 15,4 ва 8,3 баллга; $p < 0,001$) ва вегетатив дисфункция белгилари камайишига олиб келди.

5. Таклиф этилган терапевтик алгоритм фонида SF-36 шкаласи бўйича ҳолатнинг сезиларли яхшиланиши қайд этилди: ҳаётининг фаоллиги 27,7% га ошди, оғриқ даражаси 53,3% га камайди, умумий соғлиқ ҳолати 73,3% га яхшиланди, ижтимоий фаоллик 40,5% га ва руҳий саломатлик 97,5% га яхшиланди ($p < 0,001$).

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/05.05.2023.Tib.30.04 ПО
ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ**

**ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ
ИНСТИТУТ**

АРИПОВА МАФТУНА ХУРРАМОВНА

**ОПТИМИЗАЦИЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К
ТЕРАПИИ ДОРСОПАТИЙ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ
МАТКИ**

14.00.13 – Неврология

**АВТОРЕФЕРАТ
ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD) ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

ТАШКЕНТ – 2025

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования, науки и инноваций Республики Узбекистан под номером B2022.2.PhD/Tib2463

Диссертация выполнена в Ташкентском государственном стоматологическом институте.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице «ZiyoNet» (www.ziyo.net).

Научный руководитель: **Хайдаров Нодиржон Кадилович**
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты: **Рахматуллаева Гулнора Кутбитдиновна**
доктор медицинских наук, доцент

Джурабекова Азиза Тохировна
доктор медицинских наук, профессор

Ведущая организация: **Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али Ибн Сина**

Защита диссертации состоится «_____» _____ 2025 г. в _____ часов на заседании Научного совета DSc.04/05.05.2023.Tib.30.04 по присуждению учёных степеней при Ташкентской медицинской академии. (Адрес: 100109, г. Ташкент, Алмазарский район, ул. Фароби, д. 2., учебное здание “10”, 1 этаж Ташкентской медицинской академии. Тел.: (+99871) 150–78–28, e-mail: info@tma.uz).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре при Ташкентской медицинской академии (зарегистрирована за №____). (Адрес: 100109, г. Ташкент, Алмазарский район, ул. Фароби, д. 2. Тел.: (+99871) 214–82–90, e-mail: info@tma.uz).

Автореферат диссертации разослан «_____» _____ 2025 года.

(Реестр протокола рассылки №_____ от _____ 2025 года).

Р.Ж. Матмуродов
председатель Научного совета
по присуждению ученых степеней
доктор медицинских наук, доцент

Р. Б. Азизова
Ученый секретарь Научного совета
по присуждению ученых степеней
доктор медицинских наук, доцент

Д.К. Хайдарова
Председатель Научного семинара при
Научном совете по присуждению ученых
степеней, доктор медицинских наук,
профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. В мире, согласно данным ВОЗ, боль в спине является одной из актуальных проблем общества¹. В 2020 г. болью в нижней части спины (пояснице) страдали 619 млн человек в мире, а к 2050 г., в основном в результате роста и старения населения, их расчетная численность возрастет до 843 млн человек². В возрасте от 30 до 45 лет боли в спине являются одной из наиболее частых причин потери трудоспособности, при этом только 40% больных обращаются за врачебной помощью. Известно также, что у трети пациентов впоследствии острая боль переходит в хроническую, которая сохраняется более 12 недель. Наиболее частой причиной боли в спине являются дорсопатии. Дорсопатии – группа заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани, ведущим симптомокомплексом которых является боль в туловище и конечностях.

Во всем мире в последние годы боль в нижней части спины является распространённой клинической проблемой, которая может встречаться при заболеваниях разной этиологии и патогенеза, часто маскируясь под различные дорсопатии. Несмотря на то, что чаще всего такая боль ассоциируется с дегенеративно-дистрофическими изменениями в позвоночнике и миофасциальными синдромами, существует ряд других патологий, способных вызывать схожие клинические проявления. Особого внимания заслуживают онкологические заболевания позвоночника, как первичного, так и вторичного характера, которые могут проявляться симптомами, схожими с обычными дорсопатиями. Такие заболевания требуют специфической диагностической настороженности и совершенно иных терапевтических подходов. Недостаточная осведомленность врачей о возможности онкологического поражения, а также недостаточный уровень диспансеризации и профилактических осмотров приводят к позднему выявлению этих патологий.

В нашей стране, в настоящее время расширен диапазон оказываемой медицинской помощи населению, в частности, в улучшении качества диагностики и лечения женщин с онкологическими заболеваниями матки достигнуты положительные результаты. По данному направлению новая стратегия развития нового Узбекистана на 2022-2026 годы предусматривает задачи дальнейшего развития и совершенствования системы медико-социальной помощи по 7 направлениям «...повышению качества специализированной медицинской помощи, оказываемой населению в нашей стране, дальнейшее реформирование системы экстренной медицинской помощи, профилактика инвалидности...».

¹ Бюллетень ВОЗ «Боль в нижней части спины (поясницы) от 19.06.2023 <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/low-back-pain>

² GBD 2021 Low Back Pain Collaborators. Global, regional, and national burden of low back pain, 1990-2020, its attributable risk factors, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Rheumatol* 2023; 5: e316-29.

В Республике Узбекистан, в соответствии с этим, улучшение результатов диагностики и лечения дорсопатий у женщин с онкологической патологией матки являются актуальными проблемами и имеют большое научное и практическое значение.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит решению задач, предусмотренных в №УП-4947 от 7 февраля 2017 года «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан на 2017-2021 годы», №УП-5590 от 7 декабря 2018 года «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения республики Узбекистан», №ПП-3925 от 30 августа 2018 года «О мерах по совершенствованию неврологической помощи населению», №ПП-3071 от 20 июня 2017 года «О мерах по дальнейшему развитию оказания специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы», №ПП-402 от 22 ноября 2024 года «О мерах по совершенствованию системы контроля онкологических заболеваний среди женщин», а также в других нормативно-правовых документах, принятых в данной сфере.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики. Данное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий Республики Узбекистан VI. «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. На современном этапе развития медицинской науки, характеризующемся снижением эффективности программ профилактического скрининга населения и диспансеризации, в повседневной клинической практике специалистов вертеброневрологического профиля отмечается рост числа пациентов с онкологической патологией (Солопова А. и др., 2018). Известно более 90 нозологических форм, клинически проявляющихся хроническим болевым синдромом в нижней части спины (БНЧС) (Радзинская Е.В. и др., 2020; Ivan U. et al., 2019). Анализ современных исследований по проблеме этиопатогенеза болей в поясничной области показал, что источником патологической афферентной импульсации могут являться структуры миофасциального аппарата (мышцы, фасции), сухожилия, связочно-суставной комплекс, капсулы суставов и кровеносные сосуды, за исключением внутрикостных структур (Агсарова Л.Г., и др., 2017). Вместе с тем, в клинической практике диагноз «остеохондроз» зачастую служит причиной гиподиагностики заболеваний внутренних органов, в частности онкопатологии, что увеличивает риск диагностических ошибок, поздней постановки диагноза и, как следствие, ухудшает прогноз, включая увеличение летальности.

Болевой синдром, локализованный в позвоночнике, может служить первым клиническим проявлением злокачественного новообразования любой локализации, отличаясь постоянством и характерным усилением в ночные часы, а также отсутствием облегчения в покое. В случаях развития корешкового синдрома боль приобретает устойчивый, резистентный

характер с типичной иррадиацией в конечности (в ногу, плечо), предшествуя появлению явной неврологической симптоматики. Возникновение моторного дефицита и расстройства тазовых функций является острым состоянием, свидетельствующим о компрессионном поражении структур спинного мозга, и служит неблагоприятным прогностическим признаком. Средний период развития компрессии спинного мозга вследствие метастатического поражения позвоночника после первичной диагностики опухоли составляет около четырёх лет (Hooker A.V. et al., 2013; Мартыш В.В. и др., 2015; Кулага В.А. и др., 2018).

В повседневной практике вертеброневрологов чаще наблюдаются вторичные (метастатические) поражения позвонков и других костных структур, при первичном новообразовании внутренних органов. Метастатические очаги нередко выявляются случайно при плановых рентгенографических исследованиях костей таза, крупных суставов, позвоночника, флюорографии грудной клетки или при компьютерной томографии органов брюшной полости с контрастированием. В ранних стадиях метастатического процесса рентгенологическая диагностика затруднена, поскольку визуализация поражения возможна лишь при разрушении более 40–50% костного вещества. Иногда метастатическое поражение позвоночника протекает бессимптомно и обнаруживается только при контрольной рентгенотомографии или других инструментальных методах визуализации (Hooker A.V. et al., 2013, Чухловина М.Л., и др., 2017; Винокуров А.С. и др., 2019).

В последние годы произошел пересмотр традиционных теоретических представлений о патогенезе дорсалгий. Всё больше авторов ставят под сомнение чрезмерно широкое использование термина «неврологические синдромы остеохондроза позвоночника» (Левит К. и др., 2013; Алтунбаев Р.А. и др., 2016). Хотя значение компрессии нервных структур при дегенеративных изменениях позвоночника никто не отрицает, всё больше внимания уделяется другой стороне вопроса – нарушениям в работе мышечно-связочного и фасциального аппарата. По мнению многих исследователей, они развиваются на фоне патологической проприоцептивной активности, исходящей от внутренних органов (Богачева Л.А. и др., 2019; Иваничев Г.А., 2017; Bailey & Dick, 2012). Кроме того, хронический болевой синдром способен провоцировать психологический дистресс, который усугубляет нарушения interoцепции и нарушает координацию центральных регуляторных механизмов, способствуя прогрессированию патологического процесса (Taenzer et al., 2016).

В ряде исследований подробно анализируются механизмы развития дорсопатий при наличии заболеваний женской репродуктивной системы, особенно в случаях опухолей матки (Водопьянов Н.П., 2019; Терешкина Е.И., 2020). По мнению некоторых авторов, опухолевые поражения матки чаще формируются у пациенток с уже имеющимися нарушениями адаптационно-компенсаторных реакций организма, которые одновременно могут являться предпосылкой для возникновения и последующего проявления

дорсалгических синдромов (Mallow et al., 2011; Rudy et al., 2016). Вместе с тем, комплексных исследований, посвящённых изучению особенностей клинической картины дорсопатий при онкологическом поражении матки, а также результатов внедрения патогенетически обоснованных программ лечения в доступной литературе не представлено.

В нашей стране, в настоящее время по результатам исследования Хайдарова Н.К. и Панжиевой Н.Н. изучена эффективность комбинированной терапии полинейропатии, развившейся после химиотерапии у больных раком яичников, леченных нейротоксичными препаратами из групп платины и таксанов, ассоциированной с онкологической патологией матки у женщин, однако разработка эффективных терапевтических подходов и качества жизни дорсопатии на фоне онкологической патологии матки у женщин, все ещё требует оптимизации.

Подводя итоги, следует отметить, что несмотря на значительные успехи в изучении дорсопатии, остаются нерешённые проблемы, связанные с ранней диагностикой и разработкой эффективных методов терапии для улучшения результатов лечения онкологических пациентов матки с дорсопатией. Современные исследования предоставляют обширные данные о распространённости и механизмах развития дорсопатии, однако разработка эффективных терапевтических подходов и улучшение качества жизни пациентов с онкологической патологией матки остаются актуальными и важными задачами.

Связь темы диссертации с научно-исследовательскими работами высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Тема выполнена в рамках научного проекта Ташкентского государственного стоматологического института № 011900252 “Совершенствование методов диагностики, лечения и реабилитации пациентов с неврологическими заболеваниями (2021-2024гг.)” в соответствии с планом научно-исследовательских работ.

Целью исследования является изучение оптимизации дифференцированного подхода к терапии дорсопатий при онкологической патологии матки.

Задачи исследования:

изучить особенности клинических проявлений дорсопатий возникающих на фоне онкологических заболеваний матки;

провести клиничко-неврологический анализ болевого синдрома с целью определения дифференциально-диагностических критериев дорсопатий при онкологической патологии матки;

провести клиничко-неврологический анализ психомэмоциональных нарушений у пациентов с дорсопатией при онкологической патологии матки с оценкой их качества жизни;

разработать стандартизированные лечебно-восстановительные программы для больных с дорсопатией при онкологической патологии матки и оценить их эффективность.

Объектом исследования стали 127 пациенток с дорсопатиями и онкогинекологической патологией и 40 пациенток с дорсопатиями без онкогинекологической патологией проходивших стационарное лечение в отделениях Ташкентского городского филиала Республиканского Специализированного Научно-практического Медицинского Центра Онкологии и Радиологии (ТГФРСНПМЦОиР), Многопрофильной Клиники Ташкентской Медицинской Академии (МКТМА), а также на базе медицинского центра АКФА Medline (AM) в период с 2022–2024 гг.

Предметом исследования являлись результаты неврологического исследования, данные нейропсихологических и лучевых методов исследований.

Методы исследования. В работе использованы клинические данные, анамнез, неврологическое обследование, исследование болевого синдрома (шкала ВАШ, Мак-Гилл), нейропсихологическое исследования (шкала Спилберга, шкала Бека), исследование вегетативной нервной системы (опросник Вейна), нейровизуализационные исследования (Рентгенография, КТ, МРТ), статистические методы исследования.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

изучены клиничко-неврологические особенности пациенток с дорсопатиями при онкологической патологии матки, что позволило выявить особенности течения болевого синдрома, выраженность вегетативной дисфункции и уровень тревожно-депрессивных нарушений;

осуществлены комплексные исследования психоэмоционального статуса и качества женщин с дорсопатиями и онкогинекологической патологией с применением современных шкал и опросников (SF-36, Спилберга-Ханина, Бека и др.), что позволило установить степень негативного влияния болевого синдрома на качество жизни и психическое здоровье пациенток;

научно обосновано использование дифференцированного подхода к терапии дорсопатий при онкологической патологии матки, включающего комплексное воздействие на различные патогенетические звенья хронической боли и сопутствующие психовегетативные расстройства;

доказано, что внедрение конкретного терапевтического алгоритма в клиническую практику лечения дорсопатии достоверно улучшает показатели качества жизни, снижает выраженность болевого синдрома, тревожности и депрессии, а также корректирует проявления вегетативной дисфункции у пациенток при онкологических заболеваниях матки.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

определены ключевые диагностические критерии для оценки состояния пациенток с дорсопатиями при онкологической патологии матки, включающие обязательный анализ болевого синдрома, оценку вегетативного статуса по А. М. Вейну, а также определения уровня тревожности и депрессии по шкалам Спилбергера-Ханина и Бека;

предложена и подтверждена эффективность конкретной терапевтической схемы, включающей нестероидные противовоспалительные

препараты (диклофенак, кетопрофен), анксиолитики (алимемазин) и антиконвульсанты (габапентин), что позволяет значительно снизить выраженность боли, улучшить психоэмоциональное состояние, нормализовать вегетативный статус и повысить качество жизни пациенток с дорсопатиями при онкогинекологических заболеваниях матки;

рекомендовано внедрение в клиническую практику дифференцированного подхода к терапии пациенток с дорсопатиями и онкологической патологией матки, учитывающего индивидуальные клинические особенности, выраженность психоэмоциональных и вегетативных нарушений, что позволяет оптимизировать процесс лечения и достоверно улучшить удовлетворенность пациенток терапевтическими мероприятиями.

Достоверность результатов исследования подтверждена применением в исследованиях современных, взаимодополняющих правильно выполненных клинических, инструментальных, нейропсихологических, нейрофизиологических, нейровизуализационных и статистических методов, достаточным количеством обследованных больных, сопоставлением результатов научных исследований с опытом отечественных и международных исследователей, в области изучения течения болевых синдромов у женщин на фоне онкологической и гинекологической патологии матки утверждение выводов и полученных результатов полномочными органами.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Научная значимость результатов исследования определяется тем, что полученные выводы и предложения имеют свою теоретическую значимость в расширении представлений о патогенетических механизмах развития дорсопатий у пациенток с онкологической патологией матки. Исследование впервые детально описывает клинико-неврологические, психоэмоциональные и вегетативные особенности этой группы больных, обосновывает многофакторный характер болевого синдрома и роль психогенных факторов в его поддержании, что существенно дополняет существующие научные представления и может служить основой для дальнейших научных разработок в области диагностики и терапии дорсопатий.

Практическая ценность работы заключается в том, что предложенные диагностические критерии и разработанный дифференцированный подход к лечению дорсопатий при онкологической патологии матки позволяют существенно повысить эффективность медицинской помощи данной категории пациенток. Использование предложенных схем терапии с включением препаратов центрального действия, наряду с базовыми терапевтическими методами, способствует не только снижению интенсивности болевого синдрома, но и улучшению психоэмоционального статуса, нормализации вегетативной функции и повышению качества жизни. Полученные результаты могут быть успешно внедрены в повседневную

клиническую практику различных областях практического здравоохранения лечебных учреждений онкологического и неврологического профиля.

Внедрение результатов исследования. На основе полученных научных результатов исследования по оптимизации дифференцированного подхода к терапии дорсопатий при онкологической патологии матки:

первая научная новизна: впервые проведён комплексный клиничко-неврологический анализ дорсопатий у пациенток с онкологической патологией матки, выявлены ранее не описанные особенности болевого синдрома, степень выраженности вегетативных дисфункций и тревожно-депрессивных расстройств, что расширяет современные представления о патогенезе неврологических осложнений у данной категории больных. На основе полученных данных разработаны и внедрены методические рекомендации «Клиничко-неврологический анализ дорсопатий при онкологической патологии матки» (Справка Минздрава № 01-р/29 от 2 августа 2024 г.) и «Алгоритм лечебно-восстановительной программы для больных с дорсопатией при онкологической патологии матки» (Справка Минздрава № 01-р/30 от 2 августа 2024 г.), включающие стандартизированный подход к диагностике и терапии с использованием шкал ВАШ, Спилбергера, SF-36, Вейна, а также объективной оценки по данным МРТ (типизация по Modic). *Социальная эффективность:* комплексное воздействие на болевой синдром, тревожно-депрессивные и вегетативные нарушения улучшило адаптацию пациенток к онкологическому лечению, повысило их физическую активность, качество сна и психоэмоциональное состояние. *Экономическая эффективность:* в результате внедрения усовершенствованной модели диагностики и терапии удалось снизить количество внеплановых визитов к специалистам, что позволило сократить стоимость одного курса лечения в среднем на 3 600 000 сумов. *Заключение:* применение данной научной новизны в диагностике и лечении дорсопатий у пациенток с онкологической патологией матки позволило повысить эффективность медицинской помощи, обеспечить персонализированный подход к терапии и улучшить клиничко-функциональные исходы, при этом снизив экономическую нагрузку на систему здравоохранения;

вторая научная новизна: предложен и научно обоснован комплексный подход к оценке психоэмоционального состояния и качества жизни пациенток с дорсопатиями на фоне онкологической патологии матки с использованием валидированных шкал (SF-36, Спилберга–Ханина, Бека и др.). Впервые установлена количественная взаимосвязь между интенсивностью болевого синдрома и уровнем тревожности, депрессии, а также степени снижения качества жизни, что расширяет представления о мультидисциплинарной природе дорсопатий при онкопатологии органов малого таза. Полученные результаты включены в содержание методических рекомендаций «Клиничко-неврологический анализ дорсопатий при онкологической патологии матки» (Справка Минздрава № 01-р/29 от 2 августа 2024 г.) и «Алгоритм лечебно-восстановительной программы для

больных с дорсопатией при онкологической патологии матки» (Справка Минздрава № 01-р/30 от 2 августа 2024 г.). Разработанные рекомендации внедрены в практическую деятельность Джизакского и Кашкадарьинского областных филиалов Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии (приказы №311 от 15.01.2025 г. и №27 от 17.01.2025 г.). *Социальная эффективность:* внедрение комплексной психоэмоциональной оценки позволило своевременно выявлять тревожные и депрессивные расстройства, разрабатывать индивидуальные программы психологической поддержки и повысить адаптацию пациенток к основному заболеванию. Это способствовало уменьшению выраженности хронического болевого синдрома и значительному улучшению качества жизни женщин, страдающих дорсопатиями на фоне онкогинекологической патологии. *Экономическая эффективность:* благодаря внедрению предложенного подхода удалось оптимизировать маршрутизацию психологической коррекции, сократить длительность стационарного лечения и снизить частоту обращений к узким специалистам, что обеспечило экономию бюджетных и внебюджетных средств в среднем до 2 176 000 сумов на одну пациентку за курс терапии. *Заключение:* применение данной научной новизны позволило впервые объективизировать влияние дорсопатий на психоэмоциональное состояние пациенток с онкологическими заболеваниями матки, сформировать целостную модель диагностики и коррекции, а также повысить клинико-функциональные и психосоциальные исходы лечения при снижении затрат на медицинскую помощь;

третья научная новизна: впервые доказана высокая клиническая эффективность включения препаратов центрального действия – антидепрессантов, анксиолитиков и антиконвульсантов – в состав комплексной терапии дорсопатий у пациенток с онкологической патологией матки. Полученные данные демонстрируют достоверное улучшение клинических показателей, включая выраженность болевого синдрома, уровень тревожности, депрессии и симптомы вегетативной дисфункции. Разработанные схемы терапии дополнены к методическим рекомендациям «Клинико-неврологический анализ дорсопатий при онкологической патологии матки» (Справка Минздрава № 01-р/29 от 2 августа 2024 г.) и «Алгоритм лечебно-восстановительной программы для больных с дорсопатией при онкологической патологии матки» (Справка Минздрава № 01-р/30 от 2 августа 2024 г.). Предложенные терапевтические схемы внедрены в практическую деятельность Джизакского и Кашкадарьинского областных филиалов Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии на основании приказов №311 от 15.01.2025 г. и №27 от 17.01.2025 г. *Социальная эффективность:* комплексное медикаментозное воздействие позволило достичь быстрого купирования болевого синдрома, коррекции тревожных и депрессивных расстройств, улучшения адаптации к основному онкологическому заболеванию и повышения качества жизни пациенток на

всех этапах ведения – от специализированной терапии до реабилитации. *Экономическая эффективность:* оптимизация схем лечения позволила сократить длительность стационарного пребывания и снизить частоту обострений, что привело к сокращению затрат на дополнительные диагностические и терапевтические мероприятия. Экономический эффект от внедрения составил в среднем 272 000 сумов на одного пациента за курс лечения. *Заключение:* применение препаратов центрального действия в составе комплексной терапии дорсопатий при онкологических заболеваниях матки обоснованно как с клинической, так и с экономической точки зрения. Это позволяет улучшить качество жизни, снизить выраженность болевого и аффективного синдромов, а также сформировать новый терапевтический стандарт для ведения данной коморбидной патологии;

четвертая научная новизна: разработан и научно обоснован дифференцированный терапевтический алгоритм для ведения дорсопатий у пациенток с онкологической патологией матки, предусматривающий комплексное воздействие на ключевые патогенетические механизмы хронического болевого синдрома, а также сопутствующие психоэмоциональные и вегетативные расстройства. Впервые предложен структурированный подход, обеспечивающий системное и персонализированное ведение данной категории пациенток. Алгоритм включён в содержание методических рекомендаций «Клинико-неврологический анализ дорсопатий при онкологической патологии матки» (Справка Минздрава № 01-р/29 от 2 августа 2024 г.) и «Алгоритм лечебно-восстановительной программы для больных с дорсопатией при онкологической патологии матки» (Справка Минздрава № 01-р/30 от 2 августа 2024 г.). Предложенный алгоритм внедрён в практическую деятельность Джизакского и Кашкадарьинского областных филиалов Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии (приказы №311 от 15.01.2025 г. и №27 от 17.01.2025 г.). *Социальная эффективность:* Реализация системного терапевтического подхода позволила достоверно снизить выраженность болевого синдрома, предупредить формирование хронического болевого поведения, а также скорректировать тревожно-депрессивные и вегетативные расстройства. Это способствовало улучшению функционального статуса пациенток, повышению уровня самообслуживания и снижению риска инвалидизации. *Экономическая эффективность:* Применение предложенного алгоритма терапии обеспечило сокращение сроков лечения, снижение частоты обострений и потребности в дорогостоящих вспомогательных вмешательствах. Средняя экономия затрат на одного пациента составила от 2 176 000 до 3 600 000 сумов за курс лечения. *Заключение:* внедрение дифференцированного терапевтического алгоритма, учитывающего как соматоневрологические, так и психовегетативные особенности пациенток с онкологической патологией матки, позволило значительно повысить клиническую эффективность лечения, улучшить

качество жизни и создать основу для стандартизации персонализированных подходов к ведению сложной коморбидной патологии.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 2 международных онлайн и 2 республиканских научно-практических конференциях.

Опубликованность результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 15 научных работ, в том числе 6 журнальных статей в научных изданиях, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертаций, из них 5 в республиканских и 1 в зарубежных журналах.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, 4 глав, заключение, выводов, практических рекомендаций, и списка использованной литературы. Объем диссертации составляет 118 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обоснованы актуальность и востребованность диссертационной работы, сформулированы цель и задачи, объект и предмет исследования, показано соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий в Республике Узбекистан, изложены научная новизна и научно-практическая значимость результатов, обоснована достоверность полученных результатов. Также приводятся сведения о внедрении в практику результатов исследования, апробации и публикации результатов работы, структуре диссертации.

В первой главе диссертации «**Современные представления о дорсопатиях (обзор литературы)**» рассмотрены и проанализированы современные литературные источники, в которых отражены вопросы клиники, диагностики, методов лечения дорсопатий. Особое внимание уделяется характере дорсопатий в структуре заболеваний матки и методах их лечения.

Во второй главе диссертации «**Общая характеристика материалов и методов исследования**» представлен исследуемый материал и методы исследований. В основу исследования были положены данные обследования 127 женщин с онкологической патологией матки, в возрасте от 25 до 75 лет, проходивших стационарное лечение в отделениях Ташкентского городского филиала Республиканского Специализированного Научно-практического Медицинского Центра Онкологии и Радиологии (ТГФРСНПМЦОиР), Многопрофильной Клиники Ташкентской медицинской академии (МКТМА), а также на базе медицинского центра АКФА Medline (AM) в период с 2021–2024 гг.

Диагноз ставился на основании анализа анамнестических данных согласно медицинской документации, результатов исследования неврологического статуса, нейровизуализационных методов исследования.

Было обследовано 127 пациенток с дорсопатиями и онкогинекологической патологией от 25 до 75 лет, средний возраст –

47,0±13,5 (95% ДИ: 44,6–49,4) лет, которые были распределены на две группы: Основная группа – 56 (44,1) женщин с раком тела и шейки матки, Сравнительная группа – 71 (55,9%) женщин с гинекологическими заболеваниями. Контрольную группу-40 пациенток, составили женщины с дорсопатией, но без отягощенного гинекологического анамнеза и сопоставимые по возрасту.

При сравнении возраста (Рисунок 1) мы видим, что пациентки в основной группе были значительно старше пациенток в группе сравнения ($p<0,001$) и группе контроля ($p=0,006$), при этом онкологическая патология встречалась у женщин в основном после 40 лет, особенно после 60 (41,1%), пациентки с гинекологической патологией в основном были до 50 лет, в особенности в промежутке от 41 до 50 – 36,6% женщин, при этом боль в спине без отягощенного анамнеза также встречалась чаще у женщин от 41 до 50 лет.

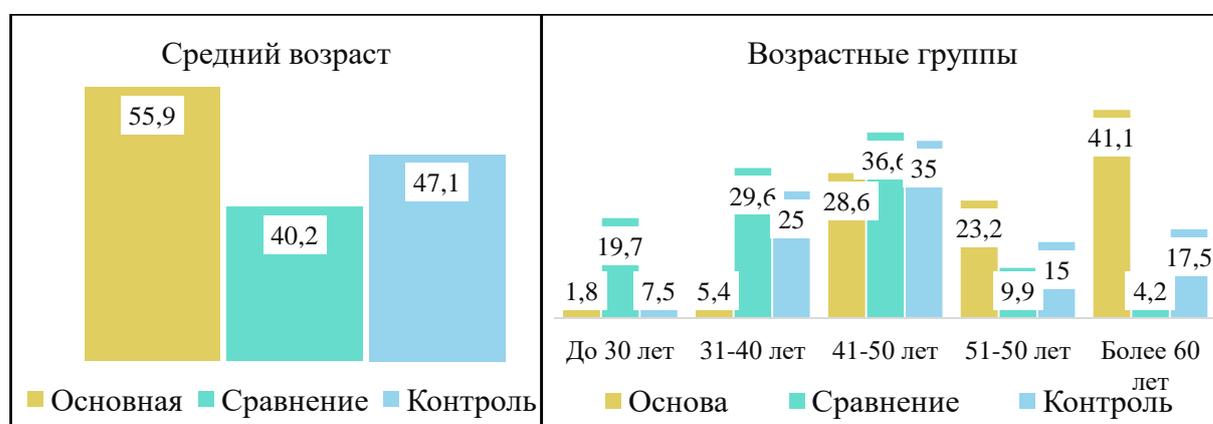


Рисунок 1. Возрастная характеристика обследованных больных

Объективизация болевого синдрома оценивалась с помощью визуальной аналоговой шкалы боли (ВАШ) и шкалы Douleur Neuropatique 4 Questions (DN4). Для объективизация физической активности использовалась Оценка физической активности больных по 5-бальной шкале ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group). Для оценки субъективных характеристик сна использовалась полуколичественная балльная шкала, предложенная Я. И. Левиным. Для оценки состояния вегетативной нервной системы использовались два метода: исследование вегетативной реактивности и опросник Вейна. Для оценки уровня тревожности применялась шкала Спилбергера–Ханина; определение уровня депрессии по шкале Бека. Оценка качества жизни проводилась с использованием опросника SF-36 (Short Form-36 Health Survey). Было проведено лучевое исследование пояснично-крестцового отдела позвоночника (рентгенография), в дополнение которой проводилось КТ или МРТ-исследования пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Для сравнения эффективности лечебных мероприятий все пациенты были разделены на 2 группы: Группа I, получавшая базисное лечение основного заболевания и стандартную анальгетическую противовоспалительную терапию; группа II, получавшая комплексную

базовую терапию, дифференцированную противоболевую терапию и дополнительную терапию алимемазином.

Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 4.8.5 (разработчик – ООО "Статтех", Россия).

В третьей главе диссертации «**Клиническая характеристика пациенток с дорсопатиями на фоне онкологической и гинекологической патологией матки**» проводится сравнительная оценка клинико-неврологических показателей пациенток с дорсопатиями на фоне онкологической патологии матки с пациентками с гинекологической патологией и контрольной группой

Всего было осмотрено 167 женщин с болевым синдромом в пояснично-крестцовой, тазовой и ягодичной области различной степени интенсивности разделенных на основную группу (n=56), в группу сравнения (n=71) и контрольную группу (n=40).

Во время анализа жалоб (Таблица 1), иррадиацию боли в нижние конечности отмечали у 47 (28,1%) обследованных, в область паха – 29 (17,4%) обследованных больных, нарушения осанки из-за вертебральных деформаций, имели место у 74 (44,3%) обследованных, а ограничение подвижности в пояснично-крестцовом отделе отмечены у 44 (26,3%) обследованных. В 42 (25,1%) случаях имела место клиническая симптоматика, характерная для явлений нарушения функций спинномозговых корешков L4 – S1.

Таблица 1

Общая характеристика болевого синдрома

Показатели	Группа пациентов			p
	Основная	Сравнения	Контроль	
Иррадиация боли в ногу	14 (29,8)	9 (19,1)	24 (51,1)	<0,001
Иррадиация в область паха	12 (41,4)	11 (37,9)	6 (20,7)	0,615
Мышечно-тонический синдром	38 (40,9)	31 (33,3)	24 (25,8)	0,020
Деформации позвоночника	30 (40,5)	23 (31,1)	21 (28,4)	0,028
Ограничение подвижности	17 (38,6)	16 (36,4)	11 (25,0)	0,600
Корешковая симптоматика	13 (31,0)	8 (19,0)	21 (50,0)	<0,001
Симптомы натяжения	10 (30,3)	7 (21,2)	16 (48,5)	<0,001
Распространенность на др мышцы	16 (64,0)	6 (24,0)	3 (12,0)	0,002

* – различия показателей статистически значимы (p<0,05)

У женщин с онкологическими заболеваниями матки мышечно-тонический синдром встречался чаще, боль была в основном диффузного характера, реже наблюдалась корешковая симптоматика или симптомы натяжения, при этом если иррадиация в нижнюю конечность достоверно выше был у женщин контрольной группы, то у женщин группы с

онкогинекологическими заболеваниями чаще наблюдались иррадиация в область паха. У женщин с онкологической патологией была самая высокая средняя продолжительность ($22,9 \pm 8,9$ месяцев), тогда как у пациентов контрольной группы самая короткая – $16,3 \pm 8,4$ месяцев.

Среди пациентов преобладала боль слабой выраженности, у 47,9% пациентов выраженность варьировала от 1 до 4-х баллов, умеренная и сильная боль встречалась в 28,7% и 21,0% случаев соответственно, также необходимо отметить, что у 4-х пациентов были приступы нестерпимой боли и все они были в группе с онкологической заболеваемостью.

У женщин с онкологической патологией умеренная боль встречалась в 41,1% случаев, тогда как в группе с гинекологической патологией и группе контроля этот показатель был выше и составлял 47,9% и 37,5% соответственно. С другой стороны, у женщин основной группы преобладала сильная боль (30,4%), в то время как у остальных групп этот число было в 15-17% случаев, (Таблица 2).

Таблица 2

Средний балл по шкале ВАШ в зависимости от группы

Категории	ВАШ			p
	M ± SD	95% ДИ	n	
Основная	$5,3 \pm 2,2$	4,7 – 5,9	56	0,012 p= 0,009 [^]
Сравнения	$4,3 \pm 1,9$	3,8 – 4,7	71	
Контрольная	$4,6 \pm 1,7$	4,1 – 5,1	40	

[^] – различия показателей между основной и сравнительной статистически значимы (p<0,05)

Таким образом, пациентки с онкологическим заболеванием матки демонстрируют не только большую длительность болевого синдрома, но и более высокую его субъективную интенсивность, что требует дополнительное исследование психоэмоционального состояния и вегетативной реактивности, что было проведено дальше.

При оценке выраженности тревожности по шкале Спилбергера-Ханина было установлено, что уровень личностной тревожности существенным образом не различался у больных и был незначительно выше в группах с онкологическими и гинекологическими заболеваниями.

При этом значения, (Рисунок 2) указанного показателя у обследованных нами пациентов в среднем была равна $40,7 \pm 12,6$ баллов и преобладали показатели умеренного (45,5%) и высокого (31,7%) уровня личностной тревожности, а легкая наблюдалась только у 22,8% женщин. Женщины с онкологическими заболеваниями матки, испытывают более высокий уровень личностной тревожности (66,1% пациентов с высокой тревожностью) в сравнении с остальными группами, что может быть связано с тяжелым характером заболевания, неопределенностью прогноза и эмоциональными вызовами, сопутствующими онкологическим процессам.

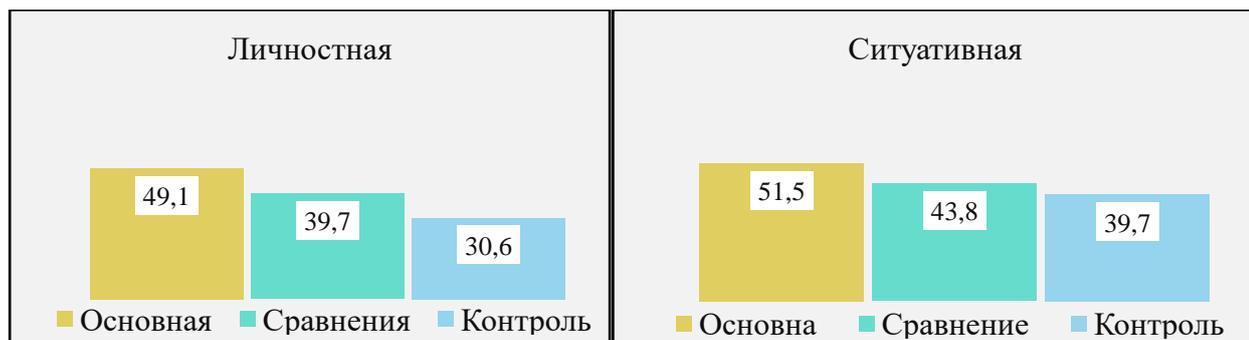


Рисунок 2. Оценка личностной и ситуативной тревожности

В группе сравнения, заметно преобладание умеренной тревожности (64,8%). При оценке реактивной (ситуативной) тревожности, у женщин, средний показатель был выше и равнялся $46,4 \pm 11,9$ баллов, и во основном преобладали умеренные (44,9%) и высокие (46,1%) уровни реактивной тревоги. Основная группа пациенток, сталкивающаяся с онкологическими заболеваниями матки, выделяется наивысшим распространением высокого уровня ситуативной тревожности, что отражают сильный эмоциональный отклик не только на болевой синдром, но и в целом на онкологический процесс. В группе сравнения с гинекологическими заболеваниями матки умеренный и высокий уровень ситуативной тревожности встречался примерно в одинаково (49,3% и 39,4% соответственно), также и группа контроля продемонстрировала более умеренные уровни ситуативной тревожности.

В результате оценки выраженности депрессивного расстройства было установлено, что у пациентов контрольной группы проявления депрессии были выявлены только у четверти больных, а средний балл был равен $7,1 \pm 4,7$ что в целом соответствовало нормальному уровню.

Наиболее высокий уровень, (Рисунок 3) отмечен в основной группе – $21,2 \pm 8,8$ балла, этот показатель был достоверно выше по сравнению группой с гинекологической патологией – $12,9 \pm 6,9$ баллов, ($p < 0,001$), и с контрольной группой – $7,1 \pm 4,7$ балла, ($p < 0,001$).

Таким образом полученные данные свидетельствуют о неоднородности проявлений психоэмоциональных нарушений у больных с онкологической и гинекологической патологией в сочетании с дорсопатиями.

Для женщин с онкологической патологией матки оказалась характерной зависимость таких отдельных проявлений астении, как снижение психической активности, снижение мотивации, психическая астения с уровнем тревожности и депрессивных нарушений.

Анализ функционального состояния вегетативной нервной системы выявил достоверные межгрупповые различия, наиболее выраженные у пациенток с онкологическими заболеваниями матки. Лишь у 21,4% из них сохранялся вегетативный баланс, что значительно ниже по сравнению с женщинами из группы сравнения и контрольной группы. У пациенток основной группы чаще встречалась симпатикотония (48,2%) и ваготония (30,4%), отражающие нарушение адаптивных механизмов регуляции.

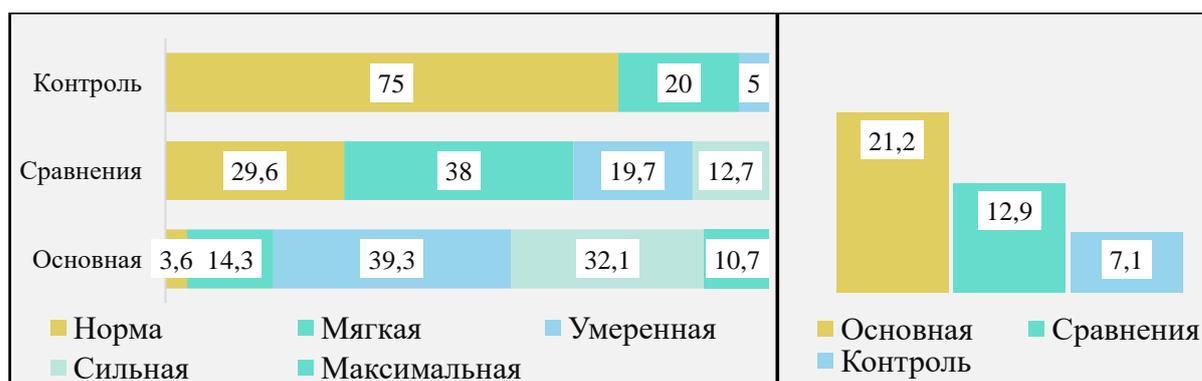


Рисунок 3. Оценка депрессивных нарушений в разрезе групп

Средний балл по шкале Вейна в основной группе составил $35,2 \pm 7,8$, что соответствует выраженной вегетативной дисфункции, выявленной у 80,4% пациенток. В группе сравнения уровень нарушений был умеренным ($23,8 \pm 6,6$; 59,2%), но также значимым. Полученные данные указывают на системный характер вегетативных расстройств, формирующихся в условиях хронического стресса, тревожности и болевого синдрома. Однако отсутствие достоверной связи между интенсивностью боли и степенью вегетативной дисфункции у пациенток основной группы свидетельствует о комплексном патогенезе нарушений, обусловленных не только болевым синдромом, но и основным заболеванием и его лечением.

Анализ нарушений сна выявил значимые различия между исследуемыми группами, при этом у пациенток с онкологической патологией матки наблюдались наиболее тяжёлые расстройства. Наиболее частой жалобой было затруднённое засыпание (66,1%), значительно превышающее частоту этого симптома в группе сравнения и контрольной группе. Пациентки основной группы чаще прибегали к снотворным препаратам и страдали от ночных пробуждений, что отражает фрагментацию сна и активацию вегетативной нервной системы. Продолжительность сна у них была существенно ниже (в среднем $5,39 \pm 1,68$ часа), а треть спала менее 5 часов, что свидетельствует о выраженном синдроме хронического недосыпания. Только 10,7% спали более 7 часов, что резко контрастирует с другими группами. Эти расстройства, сопровождающиеся повышенной тревожностью, снижением болевого порога и депрессивной симптоматикой, указывают на комплексное, как количественное, так и качественное нарушение сна.

Исследование качества жизни наблюдавшихся пациентов проводилась при помощи стандартного опросника SF-36. В целом, у женщин с дорсопатиями снижение качества жизни носило умеренный характер, самые низкие показатели наблюдались в рубрике шкалы боли и ролевого физического функционирования, а самые высокие в рубрике жизненной активности.

Наиболее выраженные изменения отмечены по шкале физического функционирования ($60,0 \pm 13,5$) и ролевого физического функционирования ($51,2 \pm 17,2$), указывая на серьёзные ограничения в повседневной и профессиональной активности. Уровень болевого воздействия на жизнь

оказался наихудшим в основной группе ($50,8 \pm 13,1$), в отличие от других категорий.

Показатели общего состояния здоровья и жизненной активности были снижены до 57,1 и 59,2 баллов соответственно, что отражает астению и хроническую усталость. Дополнительно выявлены выраженные нарушения социального функционирования ($57,5 \pm 13,0$), ролевого эмоционального функционирования ($54,9 \pm 18,7$) и психического здоровья, свидетельствующие о социальной изоляции, тревоге, снижении настроения и эмоциональной истощённости, (Таблица 3).

Таблица 3

**Средние показатели качества жизни у пациенток
в зависимости от группы**

Показатели	Категории	M ± SD	p
Физическое функционирование	Основная	60,0 ± 13,5	p < 0,001* p = 0,022~ p = 0,010^
	Сравнения	67,2 ± 14,0	
	Контрольная	74,4 ± 13,0	
Ролевое физическое функционирование	Основная	51,2 ± 17,2	p < 0,001* p < 0,001~ p < 0,001^
	Сравнения	64,6 ± 17,7	
	Контрольная	77,5 ± 14,5	
Шкала боли	Основная	50,8 ± 13,1	p < 0,001* p < 0,001^
	Сравнения	66,3 ± 12,5	
	Контрольная	69,1 ± 11,1	
Общее состояние здоровья	Основная	57,1 ± 17,0	p < 0,001* p = 0,013~ p < 0,001^
	Сравнения	71,5 ± 15,8	
	Контрольная	80,2 ± 11,6	
Жизненная активность	Основная	59,2 ± 11,1	p < 0,001* p < 0,001~ p < 0,001^
	Сравнения	71,6 ± 14,4	
	Контрольная	81,1 ± 10,9	
Социальное функционирование	Основная	57,5 ± 13,0	p < 0,001* p = 0,003~ p < 0,001^
	Сравнения	67,0 ± 14,2	
	Контрольная	76,0 ± 13,5	
Ролевое эмоциональное функционирование	Основная	54,9 ± 18,7	p = 0,013^ p < 0,001* p < 0,001~
	Сравнения	64,1 ± 16,4	
	Контрольная	80,6 ± 11,6	
Психическое здоровье	Основная	63,9 ± 17,5	p < 0,001* p = 0,020^
	Сравнения	72,1 ± 16,6	
	Контрольная	78,8 ± 12,9	

* – различия показателей между основной и контрольной статистически значимы ($p < 0,05$); ^ – различия показателей между основной и сравнительной статистически значимы ($p < 0,05$); ~ – различия показателей между сравнительной и контрольной статистически значимы ($p < 0,05$)

Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что проявления болевого синдрома снижают качество жизни больных обеих групп, влияя не только на физическую активность, способность к деятельности, настроение,

самооценку, оценку будущего, но и на систему отношений с другими людьми, что подчёркивают необходимость включения мер психоэмоциональной и функциональной поддержки в комплексную терапевтическую программу.

У всех больных при помощи методов нейровизуализации (Рентген, МРТ и КТ), с целью изучения структурных изменений, было проведено радиологическое обследование поясничного и пояснично-крестцового отделов позвоночника.

Радиологическое обследование поясничного и пояснично-крестцового отделов позвоночника выявило характерные морфофункциональные изменения у всех пациенток, позволяя оценить выраженность дегенеративных нарушений в каждой группе. Нормальная структура позвоночника отмечалась чаще у женщин с онкологической патологией (23,3%), тогда как в группе сравнения и контрольной группе этот показатель был ниже – 15,0% и 10,0% соответственно. При этом наиболее выраженные морфологические изменения зафиксированы в контрольной группе: протрузии межпозвоночных дисков выявлены у 80,0% пациенток, грыжи – у 45,0%. В других группах частота этих изменений была существенно ниже, что указывает на вторичную роль морфологических повреждений в клинической картине дорсопатии у пациенток с гинекологическими и онкологическими заболеваниями. У них преобладают функционально-рефлекторные механизмы, обусловленные висцеросоматическим влиянием и стрессовыми факторами. Остеоартроз дугоотростчатых суставов оказался наиболее распространённым дегенеративным нарушением, наблюдавшимся с сопоставимой частотой во всех группах (70–80%), что подчёркивает его универсальный характер в патогенезе дорсопатий, независимо от наличия сопутствующей соматической или онкологической патологии.

Дополнительная оценка состояния концевых пластинок тел позвонков по классификации Модик выявила изменения примерно в 89–90% случаев, при этом наиболее часто они встречались в контрольной группе. У пациенток без онкологического анамнеза преобладал тип 1 по Модик, отражающий острый воспалительный процесс, тогда как у женщин с онкологической патологией чаще диагностировался тип 2, связанный с жировым перерождением костного мозга. Эти данные подтверждают, что в контрольной группе морфологические изменения позвоночника, включая протрузии, грыжи и модификации замыкательных пластинок, наиболее выражены. В то же время у пациенток с онкологией, несмотря на меньшую степень анатомических нарушений, наблюдаются более тяжёлые клинико-функциональные проявления, что указывает на участие дополнительных патогенетических механизмов – психоэмоциональных, вегетативных и висцеросоматических.

Комплексное клинико-неврологическое обследование пациенток с гинекологической и онкологической патологией выявило высокую частоту спондилогенных неврологических нарушений, сопровождающих выраженный болевой синдром. Установлено, что болевые проявления

можно классифицировать на три основные клинические формы: изолированную дорсопатию, миофасциальный болевой синдром и корешковый синдром. Такая типизация позволяет более точно оценить характер болевого синдрома и определить оптимальную лечебную тактику с учётом патогенетических механизмов. Изолированная форма представлена локальной, тупой болью без иррадиации и неврологических симптомов, с минимальными изменениями по данным нейровизуализации. Миофасциальный болевой синдром сопровождается ноющей, диффузной болью, наличием триггерных точек и повышением мышечного тонуса, при этом неврологические нарушения отсутствуют, а нейровизуализация остаётся малоинформативной. Корешковый синдром связан с компрессией нервных корешков и проявляется острой болью в зоне дерматомной иннервации, сенсомоторным дефицитом и ярко выраженными симптомами натяжения. В этих случаях нейровизуализация выявляет значимые морфологические изменения. Распределение клинических форм достоверно различается между группами ($\chi^2=31,602$; $p<0,001$), что подтверждает влияние фоновой соматической патологии на тип боли и глубину вовлечения различных механизмов её генерации, (Таблица 4).

У пациенток без фоновой соматической патологии чаще всего диагностировался корешковый синдром (55,0%), что связано с доминированием механических причин компрессии корешков, подтверждённых нейровизуализацией и выраженной неврологической симптоматикой.

Таблица 4

Клинических форм дорсопатии у обследованных пациенток

Категории	Группа пациентов			p
	Основная	Сравнения	Контрольная	
Изолированная дорсопатия	20 (35,7)	37 (52,1)	10 (25,0)	< 0,001 P < 0,001* P < 0,001~
Миофасциальный синдром	27 (48,2)	25 (35,2)	8 (20,0)	
Корешковый синдром	9 (16,1)	9 (12,7)	22 (55,0)	

* – различия показателей между основной и контрольной статистически значимы ($p<0,05$); ~ – различия показателей между сравнительной и контрольной статистически значимы ($p<0,05$)

В основной группе, напротив, корешковая форма встречалась лишь в 16,1% случаев, при этом преобладали миофасциальный болевой синдром (48,2%) и изолированная дорсопатия (35,7%), таблица 4. Аналогичная структура наблюдалась и в группе с доброкачественными гинекологическими патологиями. Эти различия указывают на преобладание у пациенток с маточной патологией, особенно опухолевой, висцеросоматических и мышечно-тонических механизмов боли при меньшей вовлечённости корешков. На основании проведённого анализа была разработана дифференциально-диагностическая модель дорсопатий,

отражающая разные патогенетические механизмы в зависимости от характера фоновой патологии.

У женщин с онкогинекологическими заболеваниями доминирует миофасциальный болевой синдром, сопровождающийся астенией, эмоциональной нестабильностью, вегетативной дисфункцией и триггерными зонами. Боль в этой группе носит диффузный, плохо локализуемый характер и часто усиливается при эмоциональном напряжении. При этом выявляемые изменения по типу Modic II подтверждают хронический дегенеративный процесс, а протрузии и грыжи, как правило, не коррелируют с выраженностью боли. Средний балл по ВАШ достигает $5,3 \pm 2,2$, что выше, чем в других группах, и указывает на важную роль центральной сенситизации.

В группе с доброкачественными процессами отмечается смешанная картина, где преобладают механические формы боли на фоне умеренных эмоционально-вегетативных нарушений. У части пациенток, преимущественно с онкологической патологией, были зафиксированы признаки нейропатической боли: иррадиация вне дерматомов, парестезии, аллодиния, высокая связь с эмоциональным состоянием и отсутствие корреляции с нейровизуализацией.

Эти проявления соответствуют современному определению нейропатической боли (IASP, 2011) и были подтверждены по шкале DN4: в основной группе диагностический порог был превышен у 92,9% пациенток, в сравнительной – у 56,3%, а в контрольной – только у 25%. Это свидетельствует о высоком уровне нейропатического компонента у пациенток с онкологической патологией матки, обусловленного не структурными нарушениями, а дисфункцией центральной ноцицептивной регуляции.

Учитывая эти особенности, обоснованным является включение в терапию препаратов с центральным механизмом действия — анксиолитиков и антиконвульсантов, способствующих не только купированию боли, но и коррекции тревожных, депрессивных и вегетативных расстройств, улучшая качество жизни.

В четвертой главе диссертации «**Оценка эффективности комплекса лечебных мероприятий**» приводятся данные сравнительного анализа традиционной терапии и дифференцированной терапии болевого синдрома у пациентов с дорсопатиями при онкогинекологических заболеваниях.

Для сравнения эффективности лечебных мероприятий все пациенты была разделена на 2 группы: Группа I, получавшая базисное лечение основного заболевания и стандартную анальгетическую противовоспалительную терапию; Группа II, получавшая комплексную базовую терапию, дифференцированную противоболевую терапию и дополнительную терапию алимемазином.

Принимая во внимание многофакторный характер патогенетических механизмов развития клинических проявлений боли в спине у наших больных в формировании патологии, были предложены

дифференцированные комплексные лечебные программы: Препараты для лечения ноцептивной боли (НПВС); Препараты для лечения нейропатической боли (антиконвульсант). Дозы подбирались постепенным повышением дозы с учетом переносимости и лекарственных взаимодействий с предшествующими анальгетиками.

Результаты, проводимой терапии, оценивались на следующих этапах: Этап 1 – исходное состояние больного до начала исследования; Этап 2 – через 7 дней (1 неделю) после начала лечения; Этап 3 – в конце 2-й недели исследования; Этап 4 – через 1 месяц.

Анализ динамики болевого синдрома по шкале ВАШ показал снижение ее интенсивности в обеих группах, однако степень улучшения различалась.

В группе I регресс симптомов был постепенным: нормализация болевого порога достигнута у 26,3% пациентов лишь к третьему этапу. В группе II терапевтический эффект проявился быстрее – уже после первого этапа у 10,7% пациентов исчезли болевые ощущения, а к завершению лечения отсутствие боли зафиксировано у 53,6% больных, (Рисунок 4).

Умеренная и сильная боль значительно сократились, а слабая боль сформировалась у 46,4% пациентов уже ко второму этапу. Клинически более выраженное и быстрое снижение боли наблюдалось в группе II, что указывает на большую эффективность применённой в ней схемы лечения. Динамика показателей ВАШ в обеих группах продемонстрировала достоверное снижение интенсивности боли, однако степень и темп улучшения различались.

В группе I снижение боли происходило постепенно: с 4,4 до 2,1 балла к третьему этапу терапии. В группе II исходный уровень боли был выше (4,9 балла), но регресс оказался более выраженным – до 1,1 балла.

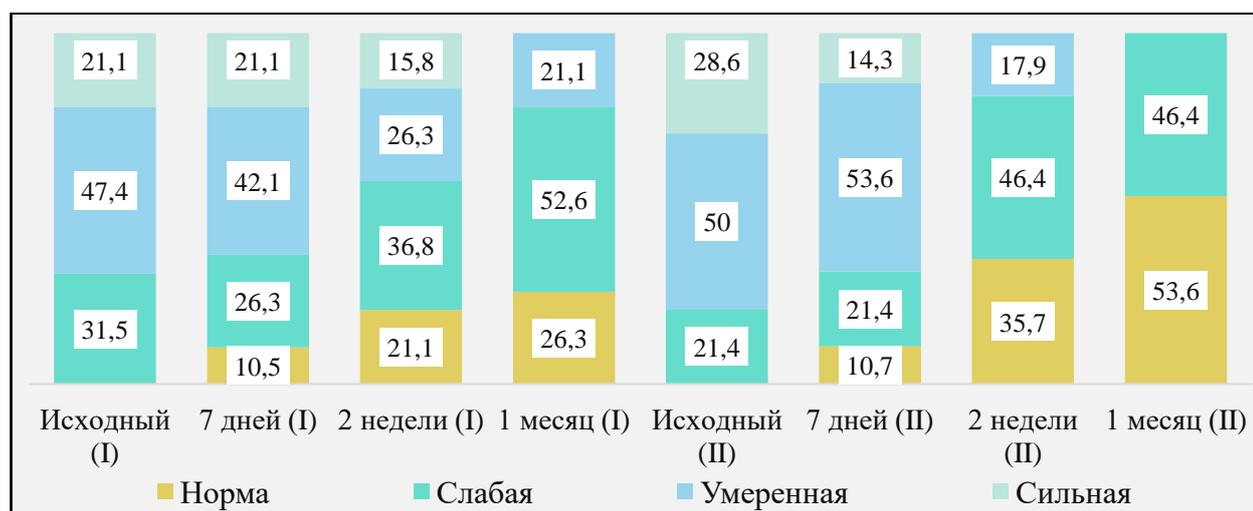


Рисунок 4. Динамика выраженности болевого синдрома в группах

Абсолютное снижение составило 3,8 балла в группе II против 2,3 в группе I, (Рисунок 5).

Несмотря на отсутствие статистически значимых различий между группами на каждом этапе, клинически группа II демонстрировала более быстрый и стойкий эффект, что указывает на большую эффективность

применённой в ней лечебной схемы. Анализ динамики состояния вегетативной нервной системы продемонстрировал различную эффективность лечения в исследуемых группах.

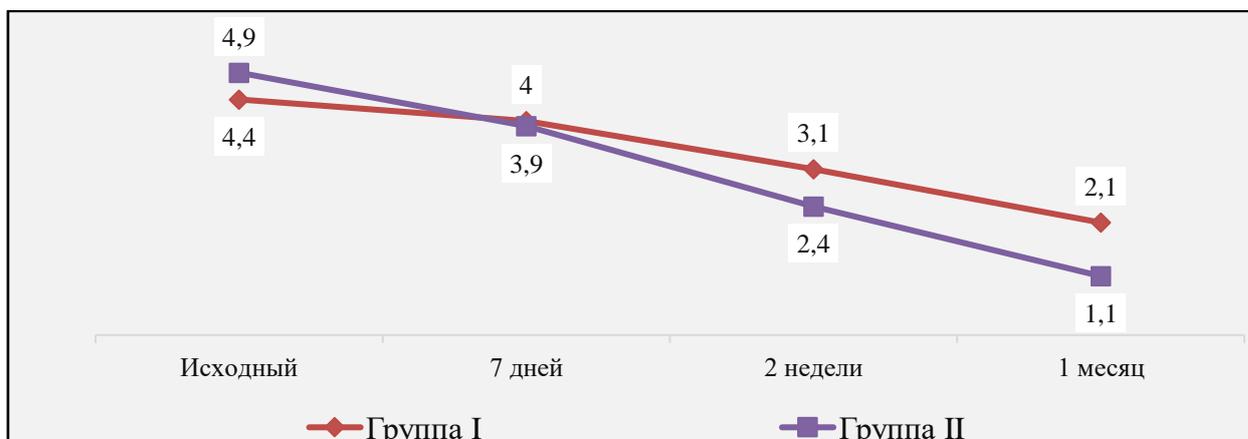


Рисунок 5. Сравнительная динамика среднего балла по ВАШ

В группе I, несмотря на тенденцию к снижению частоты симпатикотонии и росту нормотонии, статистически значимых изменений не зафиксировано. В группе II, напротив, отмечена достоверная положительная динамика: доля пациенток с нормотонией увеличилась с 26,3% до 42,1% ($p=0,015$), а частота симпатикотонии снизилась с 42,1% до 26,3%. Снижение среднего балла вегетативной дисфункции по шкале Вейна отмечено в обеих группах, однако в группе II оно было более выраженным – с $34,5 \pm 7,6$ до $26,4 \pm 7,2$ баллов против $33,7 \pm 7,2$ до $28,7 \pm 6,5$ в группе I.

Результаты исследования продемонстрировали достоверное снижение уровня ситуативной тревожности у пациенток обеих групп. В группе I доля женщин с низким уровнем тревожности увеличилась с 5,3% до 31,6%, при одновременном снижении числа пациенток с высоким уровнем тревожности с 68,4% до 21,1%. В группе II положительная динамика была ещё более выраженной: доля пациенток с низкой тревожностью возросла с 3,6% до 60,7%, а с высокой тревожностью – сократилась с 71,4% до 7,1%. Эти изменения оказались статистически значимыми на всех этапах наблюдения ($p < 0,001$), что подтверждает эффективность проведённого лечения в отношении тревожных расстройств, особенно в группе II.

Анализ динамики среднего балла ситуативной тревожности выявил статистически значимое снижение показателей в обеих группах, с более выраженным эффектом в группе II. В группе II регресс тревожности был более интенсивным: с $49,0 \pm 10,5$ до $33,5 \pm 8,2$ балла. Межгрупповой анализ показал схожую динамику на начальных этапах, однако к третьему этапу в группе II снижение тревожности было статистически значимо более выраженным – разница составила 7,2 балла ($p=0,001$).

Что касается личностной тревоги, в группе II отмечена выраженная и статистически значимая положительная динамика снижения уровня личностной тревожности ($Q=29,25$; $p < 0,001$). Доля пациенток с высоким уровнем тревожности снизилась с 66,7% до 13,3%, при одновременном

увеличении числа женщин с умеренной тревожностью (с 28,6% до 67,9%) и росте доли с низкой тревожностью (с 5,3% до 21,4%). Средний балл личностной тревожности снизился с $47,7 \pm 12,0$ до $39,6 \pm 8,1$, при достоверных различиях между всеми этапами наблюдения, (Рисунок 6).

Эти данные свидетельствуют о том, что терапия, применённая в группе II, оказала влияние не только на ситуативную тревожность, но и на более устойчивый личностный компонент.

Таким образом, в группе II наблюдалась более выраженная и устойчивая положительная динамика, особенно на поздних этапах наблюдения, что указывает на более высокую эффективность и стабильность применённой лечебной тактики в отношении эмоциональных нарушений у пациенток данной категории.

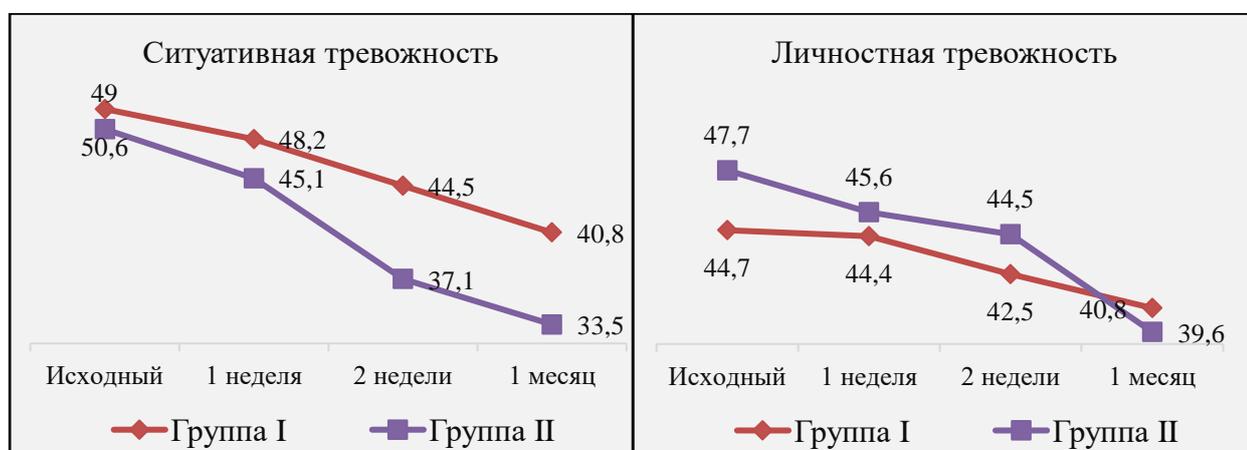


Рисунок 6. Сравнительная динамика ситуативной и личностной тревоги

Результаты исследования продемонстрировали достоверное улучшение показателей качества жизни у пациенток обеих групп, однако выраженность и устойчивость изменений были более значимыми во второй группе. Наибольшая разница отмечена по шкале ШБ, где снижение боли во II группе составило 53,3% против 35,3% в I группе ($p < 0,001$). Аналогично, по шкале ОСЗ и ЖА преимущество второй группы было статистически значимым. В первой группе отсутствовало достоверное улучшение по шкалам ЖА, СФ и ПЗ, тогда как во второй группе наблюдался выраженный рост всех этих показателей, включая увеличение уровня психического здоровья на 36,5%. По шкале ФФ улучшения были зафиксированы в обеих группах, но в группе II эффект оказался более выраженным и стабильным. По шкале боли также отмечена более заметная динамика в группе II – прирост составил 14,4 балла против 9,8 баллов в группе I. Наиболее чёткие межгрупповые различия выявлены по шкале ЖА: увеличение на 16,6 балла в группе II сопровождалось статистически значимыми различиями на всех этапах наблюдения. Улучшение СФ и ПЗ также оказалось более выраженным во второй группе. В то же время, по шкале ролевого физического и ролевого эмоционального функционирования различия не были достоверными, несмотря на позитивную динамику, что может быть связано с тем, что эти

аспекты требуют более долгого времени для клинически значимого восстановления.

Таким образом, можно заключить, что влияние предложенной схемы лечения во II группе сопровождалось более выраженным улучшением ряда ключевых компонентов качества жизни, включая физическое и психическое здоровье, социальную и жизненную активность. Полученные данные подтверждают, что комбинированная терапия, направленная не только на купирование боли, но и на коррекцию эмоциональных и функциональных нарушений, обладает более высокой клинической эффективностью в отношении комплексной реабилитации онкологических пациенток.

ВЫВОДЫ

В результате проведенных исследований по диссертации доктора философии (PhD) на тему «**Оптимизация дифференцированного подхода к терапии дорсопатий при онкологической патологии матки**» сформулированы следующие выводы:

1. У женщин с новообразованиями матки дорсопатии характеризуются клинико-неврологическим фенотипом с преобладанием миофасциального болевого синдрома (48,2%) и изолированных форм (35,7%) при низкой частоте корешкового синдрома (16,1%), причём боль отличается большей интенсивностью (ВАШ: $4,9 \pm 2,0$), выраженной хронизацией (в среднем $22,9 \pm 8,9$ месяцев; у 41,1% длительность более 25 месяцев) и менее выраженными морфологическими изменениями по данным инструментальной диагностики.

2. Болевой синдром при дорсопатиях у женщин с онкологическими заболеваниями матки характеризуется преобладанием центрально-модулированной боли с выраженными эмоционально-вегетативными нарушениями, преобладанием миофасциального болевого синдрома и редкой, атипичной корешковой симптоматикой без чёткой визуализации на МРТ.

3. У пациенток с дорсопатией при онкологической патологии матки выявлены выраженные нейровегетативные (средний балл по шкале Вейна: $35,1 \pm 7,5$; 80,4% клинически значимых случаев, преобладание симпатикотонии – 48,2%) и психоэмоциональные нарушения (личностная тревожность – $49,1 \pm 12,6$; ситуативная – $51,5 \pm 11,5$), сопровождающиеся значимым снижением качества жизни по всем доменам SF-36, особенно в сфере физического и социального функционирования, жизненной активности и психического здоровья ($p < 0,001$).

4. Применение комплексной терапии с включением препаратов центрального действия (алимемазин) наряду с базовой анальгетической схемой обеспечило достоверное снижение болевого синдрома (снижение ВАШ на 3,7 балла), улучшение сна (у 63,3% продолжительность >7 часов), снижение тревожности (на 15,4 и 8,3 балла соответственно; $p < 0,001$) и уменьшение проявлений вегетативной дисфункции.

5. На фоне предложенного терапевтического алгоритма зафиксировано значительное улучшение по шкалам SF-36: прирост жизненной активности на 27,7%, снижение выраженности боли на 53,3%, улучшение общего состояния здоровья на 73,3%, социального функционирования на 40,5% и психологического здоровья на 97,5% ($p < 0,001$), что подтверждает целесообразность внедрения патогенетически ориентированного подхода в ведение пациенток с дорсопатиями и онкологической патологией матки.

**SCIENTIFIC COUNCIL №DSc.04/05.05.2023.Tib.30.04
ON AWARD OF SCIENTIFIC DEGREES
AT TASHKENT MEDICAL ACADEMY**

TASHKENT STATE DENTAL INSTITUTE

ARIPOVA MAFTUNA KHURRAMOVNA

**OPTIMIZATION OF A DIFFERENTIATED APPROACH TO THE
TREATMENT OF DORSOPATIA IN UTERINE ONCOLOGICAL
PATHOLOGY**

14.00.13 – Neurology

**ABSTRACT OF DISSERTATION OF DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD)
ON MEDICAL SCIENCES**

TASHKENT – 2025

The theme of the doctoral (PhD) dissertation was registered by the Supreme Attestation Commission at the Ministry of Higher Education, Science and Innovations of the Republic of Uzbekistan under №B2022.2.PhD/Tib2463.

The doctoral (PhD) dissertation was carried out at Tashkent state dental institute.

The abstract of the dissertation was posted in three (Uzbek, Russian, English (resume)) languages on the website of the Scientific Council at www.tma.uz and on the website of “ZiyoNet” Informational and Educational Portal at www.ziynet.uz.

Scientific supervisor:

Khaydarov Nodirjon Kodirovich

Doctor of Medicine sciences, Professor

Official opponents:

Rahmatullayeva Gulnora Kutbitdinovna

Doctor of Medicine sciences, Docent

Djurabekova Aziza Tokhirovna

Doctor of Medicine sciences, Professor

Leading organization:

Bukhara state medical institute named after Abu Ali Ibn Sino

The defence of the doctoral dissertation will be held on «__» _____ 2025, at ____ at the meeting of the Scientific Council №DSc.04/05.05.2023.Tib.30.04 at Tashkent Medical Academy (Address: 2 Farobiy str., Olmazor district, 100109 Tashkent. Tel./Fax: (+998) 78–150–78–28, e-mail: info@tma.uz).

The doctoral (PhD) dissertation can be looked through in the Information Resource Centre of Tashkent Medical Academy (registered under No. ____). Address: 2 Farobiy str., Olmazor district, 100109 Tashkent. Tel./Fax: (+998) 78–150–78–28.

The abstract of dissertation was distributed on «__» _____ 2025.

(Registry record No. ____ dated «__» _____ 2025.)

R.J. Matmurodov,

Chairman of the Scientific Council on Award of Scientific Degrees, Doctor of medical sciences, docent

R.B. Azizova,

Scientific Secretary of the Scientific Council on Award of Scientific Degree, Doctor of medical sciences, docent

D.K. Khaydarova,

Chairwoman of the Scientific Seminar of the Scientific Council on Award of Scientific Degrees, Doctor of Medical sciences, professor

INTRODUCTION (abstract of the doctor of philosophy (PhD) dissertation)

The aim of the research is the study of the optimization of a differentiated approach to the treatment of dorsopathies in oncological pathology of the uterus.

The tasks of the research are:

study the features of the clinical manifestations of dorsopathies arising against the background of oncological diseases of the uterus;

conduct a clinical and neurological analysis of pain syndrome to determine differential diagnostic criteria for dorsopathies in uterine oncological pathology;

conduct a clinical and neurological analysis of psycho-emotional disorders in patients with dorsopathy in oncological uterine pathology, assessing their quality of life;

develop standardized treatment and rehabilitation programs for patients with dorsopathy in uterine oncological pathology and evaluate their effectiveness.

The object of the study. The object of the study was 127 patients with dorsopathies and onco- gynecological pathology and 40 patients with dorsopathies without onco- gynecological pathology who underwent inpatient treatment at the Tashkent City Branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology (TCB RSSPMCOandR), the Multidisciplinary Clinic of the Tashkent Medical Academy (MCTMA), as well as at the AKFA Medline Medical Center (AM) during the period 2022-2024.

Scientific novelty of the research is as follows:

the clinical and neurological characteristics of patients with dorsopathies in oncological pathology of the uterus were studied, which helped to identify the characteristics of the course of pain syndrome, the severity of autonomic dysfunction and the level of anxiety-depressive disorders;

comprehensive studies of the psychoemotional status and quality of women with dorsopathies and oncogynecological pathology were carried out using modern scales and questionnaires (SF-36, Spielberg-Khanin, Beck, etc.), which lead to establish the degree of negative impact of pain syndrome on the quality of life and mental health of patients;

it was proven that the introduction of antidepressants, anticonvulsants, anxiolytics into the standardized treatment regimen for dorsopathy significantly improves quality of life indicators, reduces the severity of pain syndrome, anxiety and depression and corrects the manifestations of autonomic dysfunction in patients with dorsopathies in oncological diseases of the uterus;

the use of a differentiated approach to the treatment of dorsopathies in oncological pathology of the uterus has been developed and scientifically substantiated, including a comprehensive impact on various pathogenetic links of chronic pain and concomitant psychovegetative disorders, with the introduction of a specific therapeutic algorithm into clinical practice.

Implementation of the research results. On the basis of the obtained scientific results of the research on optimization of differentiated approach to therapy of dorsopathies in oncological pathology of the uterus:

first scientific novelty: for the first time a comprehensive clinical and neurological analysis of dorsopathies in patients with oncologic pathology of the uterus was carried out, previously undescribed features of the pain syndrome, the degree of severity of autonomic dysfunctions and anxiety-depressive disorders were revealed, which expands the current understanding of the pathogenesis of neurological complications in this category of patients. On the basis of the obtained data the methodical recommendations "Clinical and neurological analysis of dorsopathies in oncological pathology of the uterus" (Reference of the Ministry of Health No. 01-r/29 of August 2, 2024) and "Algorithm of therapeutic and neurological analysis of dorsopathies in oncological pathology of the uterus" (Reference of the Ministry of Health No. 01-r/29 of August 2, 2024) were developed and implemented.) and "Algorithm of treatment and rehabilitation program for patients with dorsopathy in oncological pathology of the uterus" (Reference of the Ministry of Health № 01-r/30 of August 2, 2024), including a standardized approach to diagnosis and therapy using VASH, Spielberger, SF-36, Wein scales, as well as objective evaluation according to MRI data (Modic typing). *Social efficiency:* complex influence on pain syndrome, anxiety-depressive and vegetative disorders improved patients' adaptation to oncologic treatment, increased their physical activity, sleep quality and psycho-emotional state. *Economic efficiency:* as a result of introduction of the improved model of diagnostics and therapy it was possible to reduce the number of unscheduled visits to specialists, which reduced the cost of one course of treatment by an average of 3,600,000 soums. *Conclusion:* the application of this scientific novelty in the diagnosis and treatment of dorsopathies in patients with oncological pathology of the uterus allowed to increase the efficiency of medical care, provide a personalized approach to therapy and improve clinical and functional outcomes, while reducing the economic burden on the health care system;

second scientific novelty: a comprehensive approach to the assessment of psycho-emotional state and quality of life of patients with dorsopathies against the background of oncologic pathology of the uterus using validated scales (SF-36, Spielberg-Hanin, Beck, etc.) was proposed and scientifically substantiated. For the first time a quantitative relationship between the intensity of pain syndrome and the level of anxiety, depression, as well as the degree of reduction in the quality of life was established, which expands the ideas about the multidisciplinary nature of dorsopathies in pelvic oncopathology. The obtained results are included in the content of methodical recommendations "Clinical and neurological analysis of dorsopathies in oncological pathology of the uterus" (Reference of the Ministry of Health ¹ 01-r/29 of August 2, 2024) and "Algorithm of therapeutic and restorative program for patients with dorsopathies in oncological pathology of the uterus" (Reference of the Ministry of Health ¹ 01-r/30 of August 2, 2024). The developed recommendations are introduced in practical activity of Jizzak and Kashkadarya regional branches of the Republican specialized scientific-practical medical center of oncology and radiology (orders № 311 from 15.01.2025 and № 27 from 17.01.2025). *Social effectiveness:* the introduction of complex psychoemotional assessment allowed timely detection of anxiety and depressive disorders, development of individual psychological support programs and increased adaptation

of patients to the underlying disease. This contributed to a decrease in the severity of chronic pain syndrome and a significant improvement in the quality of life of women suffering from dorsopathies against the background of oncogynecologic pathology. *Economic efficiency*: due to the implementation of the proposed approach it was possible to optimize the routing of psychological correction, reduce the duration of inpatient treatment and reduce the frequency of visits to narrow specialists, which provided savings of budgetary and extra-budgetary funds on average up to 2,176,000 soums per patient per course of therapy. *Conclusion*: application of this scientific novelty allowed for the first time to objectify the impact of dorsopathies on the psycho-emotional state of patients with uterine oncological diseases, to form a holistic model of diagnosis and correction, as well as to increase clinical-functional and psychosocial outcomes of treatment with reduced costs of medical care;

third scientific novelty: for the first time high clinical efficacy of including central-acting drugs - antidepressants, anxiolytics and anticonvulsants - in the composition of complex therapy of dorsopathies in patients with oncologic pathology of the uterus has been proved. The obtained data demonstrate reliable improvement of clinical parameters, including the severity of pain syndrome, level of anxiety, depression and symptoms of autonomic dysfunction. The developed therapeutic schemes are supplemented to the methodological recommendations "Clinical and neurological analysis of dorsopathies in oncological pathology of the uterus" (Reference of the Ministry of Health No. 01-r/29 dated August 2, 2024) and "Algorithm of treatment and recovery program for patients with dorsopathies in oncological pathology of the uterus" (Reference of the Ministry of Health No. 01-r/30 dated August 2, 2024). The proposed therapeutic schemes are introduced in the practical activity of Jizzak and Kashkadarya regional branches of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology on the basis of orders № 311 from 15.01.2025 and № 27 from 17.01.2025. *Social efficiency*: complex medicamentous influence allowed to achieve fast pain syndrome relief, correction of anxiety and depressive disorders, improvement of adaptation to the main oncological disease and improvement of the quality of life of the patients at all stages of management - from specialized therapy to rehabilitation. *Economic efficiency*: optimization of treatment schemes allowed to reduce the duration of hospital stay and decrease the frequency of exacerbations, which resulted in reduced costs for additional diagnostic and therapeutic measures. The economic effect of implementation amounted to an average of 272,000 soums per patient per course of treatment. *Conclusion*: the use of central action drugs as part of complex therapy of dorsopathies in uterine oncologic diseases is justified both from clinical and economic points of view. It allows to improve the quality of life, reduce the severity of pain and affective syndromes, as well as to form a new therapeutic standard for the management of this comorbid pathology;

the fourth scientific novelty: a differentiated therapeutic algorithm for the management of dorsopathies in patients with oncologic pathology of the uterus has been developed and scientifically substantiated, providing for a complex effect on the key pathogenetic mechanisms of chronic pain syndrome, as well as concomitant

psychoemotional and vegetative disorders. For the first time, a structured approach is proposed to ensure systematic and personalized management of this category of patients. The algorithm is included in the content of the methodological recommendations "Clinical and neurological analysis of dorsopathies in oncological pathology of the uterus" (Reference of the Ministry of Health No. 01-r/29 of August 2, 2024) and "Algorithm of treatment and recovery program for patients with dorsopathies in oncological pathology of the uterus" (Reference of the Ministry of Health No. 01-r/30 of August 2, 2024). The proposed algorithm was introduced into practical activity of Jizzak and Kashkadarya regional branches of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology (orders № 311 from 15.01.2025 and № 27 from 17.01.2025). *Social effectiveness:* Implementation of the systemic therapeutic approach allowed to reliably reduce the severity of pain syndrome, prevent the formation of chronic pain behavior, as well as correct anxiety-depressive and vegetative disorders. This helped to improve the functional status of the patients, increase the level of self-care and reduce the risk of disability. *Cost-effectiveness:* The application of the proposed therapy algorithm ensured the reduction of treatment time, decrease in the frequency of exacerbations and the need for expensive auxiliary interventions. Average cost savings per patient amounted from 2,176,000 to 3,600,000 soums per treatment course. *Conclusion:* the introduction of a differentiated therapeutic algorithm, taking into account both somatoneurological and psychovegetative features of patients with oncological pathology of the uterus, allowed to significantly increase the clinical effectiveness of treatment, improve the quality of life and create a basis for the standardization of personalized approaches to the management of complex comorbid pathology.

Publication of the research results. On the materials of the dissertation a total of 15 scientific works were published. Of these, 6 articles were published in scientific journals recommended by the Supreme Attestation Commission of the Republic of Uzbekistan for publishing the main scientific results of doctoral dissertations, including 5 in republican and 1 in foreign journals.

The structure and volume of the dissertation. The dissertation was presented on 118 pages consisting of an introduction, four chapters, conclusions, practical recommendations, a list of used literature and appendixes.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; Part I)

1. Хайдаров Н.К., Арипова М.Х. Особенности болевого синдрома у женщин с заболеваниями органов малого таза в неврологической практике // “Журнал неврологии и нейрохирургических исследований”, Volume 5, -special issue 5. Impact Factor: 5.723. -2024 г., -стр. 47-51 (ОАК Раёсатининг 2024 йил 27 сентябрдаги 361/6-сон қарори).

2. Haydarov N.K., Aripova M.Kh. Peculiarities of Pain Syndrome in women with Pelvic organ diseases in neurological practise // Central Asian Journal of medical and natural sciences. Vol 4, Issue 6, ISSN 2660-4159, November-December 2023 year, -p. 156-160.

3. Хайдаров Н.К., Арипова М.Х. Психоневрологические нарушения и качество жизни у больных с гинекологическими заболеваниями, протекающими с хроническим болевым синдромом // «Неврология» — 4 (96), 2023. -стр. 73 (14.00.00; №4).

4. Хайдаров Н.К., Арипова М.Х. Клинико-неврологический анализ дорсопатий при онкологической патологии матки // “Журнал медицина и инновации”, 2(18), июнь 2025., ISSN 2181-1873, -стр. 299-310 (ОАК Раёсатининг 2021 йил 4 июньдаги 300/5-сон қарори).

5. Хайдаров Н.К., Арипова М.Х. Особенности течения болевого синдрома у женщин с дорсопатиями при онкологической патологии матки в неврологической практике // “Журнал неврологии и нейрохирургических исследований”, Volume 6, -special issue 4. 2025 г., -стр. 86-89 (ОАК Раёсатининг 2024 йил 27 сентябрдаги 361/6-сон қарори).

6. Хайдаров Н.К., Арипова М.Х. Оптимизация восстановительной терапии дорсопатий при онкологической патологии матки // “Клиническая и экспериментальная онкология” 2025.; стр. (14.00.00; №21).

II бўлим (II часть; Part II)

7. Haydarov N.K., Aripova M.Kh. Clinical and neurological characteristics of pain syndrome in gynaecological pathology // V International practical conference “The driving force of science and trends in its development” Proceedings of the V international scientific and theoretical conference, 22 December 2023-year, United Kingdom. - p. 196-197.

8. Хайдаров Н.К., Арипова М.Х. Клинико-неврологическая характеристика болевого синдрома при онкологической патологии матки // Сборник тезисов Республиканской научно-практической конференции, посвященный 100-летию академика Комилжон Зуфарова, 1 мая 2025 г., - стр. 128-131.

9. Хайдаров Н.К., Арипова М.Х. Алгоритм лечебно-восстановительной программы для больных с дорсопатией при онкологической патологии матки // «Неврология» - 2 (102), 2025. -стр. 4-9 (14.00.00; №4).

10. Хайдаров Н.К., Арипова М.Х. Клинико-неврологический анализ дорсопатий при онкологической патологии матки // Сборник тезисов Республиканской научно-практической конференции с международным участием “Тиббий психология, неврология ва психиатриянинг долзарб муаммоларига инноватцион ечимлар” Термез 2025, -стр. 31-32.

11. Хайдаров Н.К., Арипова М.Х. Клинико-неврологические особенности болевых синдромов при заболеваниях тазовой области у женщин // Сборник тезисов VII Всероссийская научная конференция с участием зарубежных специалистов, Медицинское образование: неделя знаний, Москва, 27-30 июня 2025г.,-стр. 13-14.

12. Haydarov N.K., Aripova M.Kh. Optimization of differential treatment approaches for dorsopathy in the context of uterine oncological pathology // Final program “World congress on pharmaceutical chemistry and drug development – Global forum on pharmaceutical sciences and innovative drug design” Paris, France 19-20 June 2025 у., -р. 66-67.

13. Хайдаров Н.К., Арипова М.Х. Бачадон онкологик патологиясида дорсопатияларнинг клиник ва неврологик тахлили: Услубий тавсиянома. – Тошкент, 2024. – 20 бет.

14. Хайдаров Н.К., Арипова М.Х. Бачадон онкологик патологиясида дорсопатия билан оғриган беморлар учун даволаш ва тиклаш дастурларининг алгоритми: Услубий тавсиянома. – Тошкент, 2024. – 32 бет.

15. Хайдаров Н.К., Арипова М.Х. Бачадон саратони патологиясида дорсопатияларни даволашда дифференциал ёндашувни оптималлаштириш. // Электрон ҳисоблаш машиналари учун яратилган дастурлар ва маълумотлар базаларининг ҳуқуқий ҳимояси тўғрисидаги Қонунга асосан электрон ҳисоблаш машиналари учун яратилган дастур. 03.11.2023. № ДГУ 28949.

Автореферат «Тошкент тиббиёт академияси ахборотномаси» журнали
таҳририятида таҳрирдан ўтказилди.



M U H A R R I R I Y A T V A N A S H R I Y O T B O ' L I M I

Разрешено к печати: _____ 2025 года
Объем – 2,9 уч. изд. л. Тираж – 60. Формат 60x84. 1/16. Гарнитура «Times New Roman»
Заказ № СИГ - 2025. Отпечатано РИО ТМА
100109. Ул. Фароби 2, тел: (998 71)214-90-64, e-mail: rio-tma@mail.ru