

617.8
M 220

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
SAMARQAND DAVLAT MEDITSINA INSTITUTI
NEVROLOGIYA, NEYROXIRURGIYA VA
TRAVMATOLOGIYA KAFEDRASI
NEYROXIRURGIYA KURSI**



**UMURTQA POG'ONASI
OSTEOXONDROZI
VA UMURTQALARARO DISK
CHURRALARI**

O'quv-uslubiy tavsifnoma



SAMARQAND 2016

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI**

SAMARQAND DAVLAT MEDITSINA INSTITUTI

**NEVROLOGIYA, NEYROXIRURGIYA VA TRAVMATOLOGIYA
KAFEDRASI**

NEYROXIRURGIYA KURSI



**UMURTQA POG'ONASI OSTEOXONDROZI VA
UMURTQALARARO DISK CHURRALARI**

Meditsina oliy o'quv yurtlarining yuqori kurs studentlari, magistratura
rezidentlari va klinik ordinatorlar uchun
o'quv-uslubiy tavsiyanoma

SAMARQAND 2016



Tuzuvchilar:

Mamadaliyev A.M. – SamMI neyroxirurgiya kursi mudiri, tibbiyot fanlari doktori, professor.

Aliyev M.A. – SamMI neyroxirurgiya kursi katta ilmiy xodim-izlanuvchisi.

Mamadaliyeva S.A. – SamMI klinikasi neyroxirurgiya bo'limi vrach-ordinatori.

Taqrizchilar:

O'rinboyev P.O' – t.f.d., SamMI nevrologiya, neyroxirurgiya va travmatologiya kafedrasi professori.

Jo'rabekova A.T. – t.f.d., professor, SamMI nevrologiya, neyroxirurgiya va travmatologiya kafedrasi mudiri.

O'quv-uslubiy tavsiyanoma Samarqand Davlat meditsina instituti Markaziy ilmiy-uslubiy kengashida muhokama qilindi va ma'qullandi. 2015 yil, 23-oktyabr, bayonnoma № 2

O'quv-uslubiy tavsiyanoma Samarqand Davlat meditsina instituti Ilmiy kengashi yig'ilishida tasdiqlandi. 2015 yil, 28-oktyabr, bayonnoma № 2

Ilmiy Kengash kotibi:



Davlatov S.S.

Annotatsiya. Umurtqa pog'onasining degenerativ-distروفik kasalliklari bugungi kunda eng keng tarqalgan kasalliklardan hisoblanib, o'rtacha 90% aholi har xil davomiylikdagi bel og'rig'ini boshidan o'tkazadi, hamda shundan 30% da bel patologiyalari tufayli oyoqlarda og'riqlar kelib chiqadi. Orqa miya yoki uning ildizlari bosilishi hisobiga yuzaga chiquvchi og'riq, harakat yoki sezgi cheklanishi kabi simptomlar boshqa yallig'lanish kasalliklaridagi kabi namoyon bo'ladi va neyroxirurglar, nevropatologlar, travmatologlar o'rtasida bahsli holatlarga sabab bo'ladi. Rivojlangan mamlakatlar katta yoshli aholisining 98-99% qismi umurtqa pog'onasidagi degenerativ-distروفik o'zgarishlarning turli darajadagi kasalliklari bilan og'riydilar. Shundan faqat o'rtacha 1% bemorlargina operativ davolanadilar.

Umurtqa pog'onasining degenerativ-distروفik o'zgarishlari tufayli rivojlanuvchi oqibatlar va kasalliklarning patogenezig, klinikasiga, diagnostikasiga va davolash usullariga tegishli ayrim bahs-munozarali vaziyatlar, murakkabliklar mavjudki, bu holat neyroxirurgiya fanining ushbu mavzusini o'zlashtirishlarida talabalar, magistratura rezidentlari, klinik ordinatorlar uchun ham ba'zi tushunmovchiliklarni keltirib chiqaradi.

Ushbu o'quv-uslubiy tavsiyanoma yuqoridagi jihatlarni hisobga olinib yozilgan bo'lib, talabalar, magistratura rezidentlari, klinik ordinatorlarning umurtqa pog'onasi osteoxondrozi va uning oqibatlarining epidemiologiyasi, etiologiyasi, klinikasi, zamonaviy diagnostikasi, davolash usullari haqidagi bilimlarini yanada mustahkamlaydi.

O'quvchilar bilimni tekshirib ko'rishlari uchun o'quv-uslubiy tavsiyanomaga mavzuga oid test savollari, vaziyatli masalalar ham ilova etilgan.

**UMURTQA POG'ONASI OSTEONXONDROZI VA
UMURTQALARARO DISK CHURRALARI**
Mashg'ulotning davomiyligi – 6 soat
Mashg'ulotning xronologiyasi

№	Mashg'ulot bosqichlari	O'tkazilish joyi	Vaqt
1.	Ertalabki vrachlar konferensiyasida qatnashish	Kurs konferens – zali	40 min
2.	Tashkiliy tadbirlar	O'quv xonasi	10 min
3.	Studentlarning mavzuga oid bilimni tekshirish	O'quv xonasi	30 min
4.	Bemorlar kuratsiyasi	Palatalar va bog'lov xonasi	60 min
5.	Kuratsiya qilingan bemorlarni muhokama qilish	O'quv xonasi	40 min
6.	Mashg'ulot mavzusini muhokama qilish	O'quv xonasi	60 min
7.	O'zlashtirilgan materialni nazorat qilish	O'quv xonasi	30 min
8.	Talabalar bilimni test nazoratidan o'tkazish	O'quv xonasi	20 min
9.	Vaziyatli masalalar va amaliy ko'nikmalarni yechish	O'quv xonasi	40 min
10.	Navbatdagi mashg'ulot haqida tushuncha berish	O'quv xonasi	10 min

Mashg'ulotning maqsadi - meditsina instituti talabalari, magistratura rezidentlari va klinik ordinatorlarga umurtqa-pog'onasi osteoxondrozlari va uning oqibatlarining etiopatogenezi, klinikasidagi o'ziga xosliklari, klassifikatsion mezonlari, zamonaviy dignostikasidagi yutuqlar, konservativ va xirurgik davolash usullarining tamoyillari haqidagi bilimlarni o'rgatishni qamrab oladi.

Studentlarni kasbga yo'naltirish. Umurtqa pog'onasi osteoxondrozi juda keng tarqalgan bo'lib, deyarli barcha 40 yoshga kirgan insonlarda u yoki bu darajada aniqlanadi. Rivojlangan mamlakatlar aholisi katta yoshlilar qatlamining asosiy qismida umurtqa pog'onasining degenerativ

kasalliklari kuzatiladi (98-99%). Disk churrasi bemorlarning hayot tarzini va mehnat qobiliyatini cheklab qo'yadi va turli asoratlarga sabab bo'ladi. Umurtqa pog'onasi osteoxondrozi va uning oqibatlarining klinikasini bilish va o'z vaqtida diagnoz qo'yish, muvofiq davolash usulini qo'llash kasallikning asoratlarini kamaytiradi va davolashning samaradorligini oshiradi.

Amaliy ishini bajarish uslubi

Studentlarning ko'rib chiqilayotgan mavzuga va har qanday boshqa mavzuga bog'liq bemorlar bilan muloqot qilishi algoritmi (kommunikativ ko'nikmalar):

1. Bemorlar bilan salomlashish va o'zini tanishtirish.
2. Studentlarning yuzida samimiy jilmayish bo'lishi bemorlar bilan o'zaro muloqotning ishonchli bo'lishini ta'minlaydi.
3. Student bemorga yaxshi muomalada bo'lib, o'zining nima uchun kelganligini va suhbatning qancha davom etishini ma'lum qilib, bemorning ushbu suhbatga roziligini olishi zarur.
4. Agar bemor statsionarga endi qabul qilingan bo'lsa, uning qarindoshlari bilan qisqa suhbat o'tkazib, davolovchi vrach bilan birgalikda bemorga qo'yilgan birlamchi diagnoz, gospitalizatsiyaning maqsadi, kelajakda rejalashtirilayotgan tekshirish usullari haqida ma'lumot berishi lozim.
5. Ushbu kasallikning diagnostikasi uchun o'tkazilishi kerak bo'lgan fizikaviy tekshirish usullaridan oldin bemorga qanday tekshirish usuli o'tkazilishi, tekshirish davomida kuzatilishi mumkin bo'lgan yoqimsiz holatlar haqida ma'lumot berish va bu tekshirishni o'tkazish uchun bemordan rozilik olish kerak.
6. Tekshirish uchun bemorni boshqa joyga (rentgen-kabinet, MRT yoki MSKT tekshirish) transportirovka qilishdan oldin bemorni ogohlantirish zarur.
7. Tekshirishga tayyorlanish (ushbu patologiyada o'tkaziluvchi kliniko-nevrologik tekshirishga) – qo'llarni issiq suvda yuvish, qo'lqop kiyish.
8. Rejalashtirilgan u yoki bu tekshirish va davolash manpulyatsiyasini o'tkazish.
9. Davolovchi vrach bilan birgalikda bemorga qulay usulda o'tkazilgan tekshirishlarning natijasini qisqa tushuntirish kerak.

10. Bemorlarning qarindoshlarini ham suhbatga jalb qilish va ular uchun qulay shaklda o'tkazilgan tekshirish usulining natijasini (agar oldin ham tekshirilgan bo'lsa, avvalgi natijalar bilan taqqoslab) tushuntirish lozim va suhbat oxirida bemor holatining ularga tushunarli bo'lganligini aniqlash maqsadga muvofiq.

11. Davolovchi vrach (doimiy talab etiladi!) ishtirokida kuratsiya qilinayotgan bemorga bu kasallikda operativ davolashning o'tkazilishi maqsadga muvofiqligini isbotlash.

12. Bemor va qarindoshlarini xirurgik davolashdan so'ng faqat davolovchi vrach ishtirokida operatsiyaning natijasi va kelib chiqishi mumkin bo'lgan operatsiyadan keyingi har xil ko'rinishdagi erta yoki kechki asoratlar haqida xabardor qilish kerak.

13. Operatsiyadan keyingi davrda bemorlarni tekshirishda bemorga gigiyenik tadbirlarni to'g'ri bajarilishi tartibini tushuntirish lozim.

14. Bemorga iltimos ohangida murojaat qilib, operatsiya jarohatini bog'lov qilish jarayonida ishtirok etish uchun rozilik olish zarur.

15. Davolovchi vrach bilan birgalikda bemorga, talab etilgan vaqtda bemorning yaqin qarindoshlariga o'tkazilgan va o'tkazilishi rejalashtirilgan manipulyasiyalar va keyingi davolash taktikasi to'g'risida tushuncha berish lozim.

16. Suhbatni doimo bemorga tezda tuzalib ketishi haqidagi tilakni bildirib yakunlash maqsadga muvofiq.

Student quyidagilarni bilishi kerak:

1. Umurtqa pog'onasining anatomo-topografik va fiziologik xususiyatlarini.

2. Umurtqa pog'onasining osteoxondrozi va umurtqalararo disk churralarining etiologiyasini, patogenezi, klassifikatsiyasini.

3. Umurtqa pog'onasining osteoxondrozi klinik tavsifini va umurtqalararo disk churrasi profilaktikasi usullarini.

4. Umurtqalararo disk churralari operatsiyalariga ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalarni.

5. Har xil lokalizatsiyadagi umurtqalararo disk churralarida bajariladigan operativ usullarini.

6. Umurtqa pog'onasi osteoxondrozlari asoratlarning etiopatogenezi klassifikatsiyasini.

7. Spondilolistez klinikasini, diagnostikasini, differensial diagnostikasini.

8. Spondilolistezni konservativ yoki operativ davolashga ko'rsatma va qarshi ko'rsatmalarni, operatsiyadan oldingi tayyorgarligining xususiyatlarini.

9. Spondilolistezni operativ davolashning asosiy xususiyatlarini, xirurgik usuli va hajmini to'g'ri tanlashni.

10. Operatsiyagacha va undan so'ng kelib chiqishi mumkin bo'lgan asoratlar, ularning profilaktikasi, davolash usullarini, operatsiyadan keyingi davrda bemorlar parvarishining tamoyillarini.

11. Umurtqalararo disk churrasi bo'yicha operativ davolangan bemorlar rehabilitatsiyasi va mehnatga yaroqsizlik ekspertizasi tamoyillarini.

Student quyidagilarni bajara olishi kerak:

1. Umurtqa pog'onasi osteoxondrozi bo'lgan bemorning anamnezini yig'ishni.

2. Klinik-nevrologik tekshirishlarni o'tkazish va umurtqa pog'onasi osteoxondrozining asosiy klinik belgilarini aniqlashni.

3. Instrumental va laborator tekshirishlar rejasini tuzishni. tekshirishlar natijalarini to'g'ri tahlil qilishni, birlamchi diagnoz qo'yishni, bemorlarni parvarish qilish taktikasini, kasallikka oid mutaxassislar bilan birga kompleks tekshirishni.

5. Klinik diagnozni isbotlash va shakllantirishni, shoshilinch yoki rejali xirurgik davolash uchun tayyorgarlikni.

6. Umurtqalararo disk churralarning shakli, lokalizatsiyasiga ko'ra operativ davolashga ko'rsatma va qarshi ko'rsatmalarni aniqlashni, operatsiyadan oldingi tayyorgarlikni, og'riqsizlantirish turini, operativ davolash usulini to'g'ri tanlashni.

7. Operatsiyadan keyingi davrda bemorlarni parvarish qilishni, bog'lamlarni almashtirishni.

8. Bemorlarni kuratsiya qilish tibbiy hujjatlarini yuritishni.

9. Kasbga oid topshiriqlarni bajarishda o'quv va ilmiy adabiyotlardan foydalanishni, kasbiy mahoratini oshirishni.

UMURTQA POG'ONASI OSTEONXONDROZI **(umumiy tushunchalar)**

Osteonxondroz (osteochondrosis: grekcha osteo-suyak + chondros-tog'ay + osis) bo'g'imlarning tog'ay qismi va uning atrofidagi suyak to'qimasining birgalikdagi degenerativ-distrofik kasalligidir. Ilgari, mualliflar tomonidan ushbu atama bilan katta guruhdagi suyak-bo'g'im kasalliklari guruhini nomlashganlar.

Hozirgi zamon nuqtai nazaridan ular ko'pincha osteonxondropatiyalar sifatida qaralib, "osteonxondroz" atamasi faqatgina umurtqa pog'onasi degenerativ-distrofik kasalliklariga, birinchi navbatda umurtqalararo disklarga, ularning deformatsiyasi, balandligining pasayishi, qavatlariga ajralishiga nisbatan qo'llaniladi **(1-rasm)**.

Osteonxondrozda yuzaga kelgan diskdagi distrofik o'zgarishlar diskartroz deb ataladi. Osteonxondroz ko'pincha umurtqa pog'onasining pastki bo'yin, yuqorigi ko'krak va pastki bel sohalarida uchraydi. **(2-rasm)**.

Osteonxondroz juda keng tarqalgan bo'lib, deyarli barcha 40 yoshga kirgan insonlarda u yoki bu darajada aniqlanadi. Rivojlangan mamlakatlar aholisi katta yoshlilar qatlamining asosiy qismida umurtqa pog'onasining degenerativ kasalliklari kuzatiladi (98-99%).

Umurtqa pog'onasi murakkab harakatchan tayanch konstruksiyasidan iborat bo'lib, unda asosiy yuk egiluvchan, amortizatsiyalanuvchi pulpoz yadro va yadroni o'rab turuvchi fibroz halqadan iborat bo'lgan umurtqalararo disklarga tushadi.

Disklar glial tog'ay plastinkalar yordamida yuqorida va pastda joylashgan umurtqalar bilan o'zaro bog'langan. Yosh o'tishi bilan diskdagi suv miqdori kamayadi va ularning elastikligi sezilarli pasayib boradi va 20-30 yoshlarga borib diskni qon bilan ta'minlovchi mayda tomirlar obliteratsiyalanadi hamda diskda almashinuv jarayonlari diffuziya hisobiga amalga oshadi. Hozirgi kungacha bu patologiyaaning sabablariga uzil-kesil aniqlik kiritilmagan.

Umurtqa pog'onasidagi degenerativ o'zgarishlar ko'proq rivojlangan mamlakatlar aholisida paydo bo'lganligi uchun, uning asosida ovqatlanishning o'ziga xosligi va hayot tarzining bir xilligi yotadi deb hisoblanadi.

Janubiy-Sharqiy Osiyo aholisining eng kambag'al qatlamlari orasida umurtqa pog'onasining rivojlangan degenerativ o'zgarishlari – faqatgina 30% atrofida aniqlanadi, ammo o'sha regionlarning o'zidagi qoniqlik sharoitida hayot kechiruvchi aholi orasida umurtqa pog'onasi sohasidagi og'riqlarni amalda 100% aholi boshidan o'tkazganligi qayd etiladi.

Umurtqa pog'onasining biomexanikasi degenerativ o'zgarishlarning lokalizatsiyasi va rivojlanish ifodalanganligiga bevosita ta'sir ko'rsatadi. Me'yoriy holatda mavjud bo'yin va bel lordozlari (2-rasm) diskning oldingi bo'limlariga katta bosim bo'lishini ta'minlaydi va bu holat degenerativ o'zgarishlarning rivojlanishi bilan birga fibroz halqada joylashgan studen yadrosining (degenerativ o'zgargan) orqa tomonga siljishiga sabab bo'ladi.

Diskoz (grekcha discos-disk, osis) patologik o'zgargan umurtqalararo disk to'qimasining osteoxondroz paytida umurtqa kanali bo'shlig'iga migratsiyalanishiga aytiladi. Patologik o'zgargan umurtqalararo diskning umurtqa kanalida orqa miya ildiziga ta'siri U. Dendi (1929), Alajuanin va Pti-Dyutayn (Th. Alajouanine, D. Petit Dutalis, 1930), Mikster va Barr (W. Mixter, J. Barr, 1934) lar tasvirlagan kompression radikulit klinikasini keltirib chiqaradi.

Disk orqa bo'limlarining umurtqa kanaliga bo'rtib chiqishi suyak usti pardasining siljishiga va shu sohada suyakning reaktiv o'zgarishlari – osteofitlar paydo bo'lishiga olib kelib, bunday o'zgarishlarning rentgenologik manzarasi spondilyez atamasi bilan va ushbu jarayonga umurtqalararo bo'g'imlardagi patologik o'zgarishlar qo'shilganda spondiloartroz diagnozi qo'yiladi.

Umurtqa pog'onasining oldingi va orqa yuzasida umurtqa pog'onasi konstruksiyasini yanada mahkamlovchi baquvvat biriktiruvchi to'qimali bog'lamlar o'tadi. Orqa bo'ylama bog'lam umurtqa pog'onasining fibroz halqali orqa miya kanali yuzasiga qaragan o'rta bo'limlarini mustahkanlab, umurtqalararo diskning shu yo'nalishda siljishiga to'sqinlik qiladi. Shu bilan birga, disklarning yon yuzalari, ayniqsa bel sohasida orqa bo'ylama bog'lam toraygan sohada yetarlicha mustahkam bo'lmaydi.

Shu sababdan ham ko'p hollarda bo'yin yoki bel umurtqalararo disklarining bo'rtib chiqishi orqa-yon yo'nalishda ro'y beradi. Inson hayoti davomida umurtqa pog'onasining turli bo'limlari turlicha zo'riqlashga uchraydi va ko'proq harakatchanligi bilan ajralib turuvchi bel va bo'yin

bo'limlari disklariga ayniqsa zo'riqishning sezilarli katta hajmi to'g'ri keladi (3-rasm).

Umurtqa pog'onasi bo'yin va bel bo'limlari degenerativ zararlanishining ko'p uchrashi dalili aynan shu xususiyat bilan tushuntiriladi.

Umurtqalararo diskdagi degenerativ jarayonlar shartli ravishda 3 bosqichda kechadi. 1-bosqichda yadroda suvning kamayishi va disk ichi bosimining pasayishiga olib keluvchi pulpoz yadroning kollageni glikozaminoglikanlarining tarkibiy o'zgarishlari va konsentratsiyasini pasayishi ro'y beradi.

Bir vaqtning o'zida fibroz jarayon rivojlanishi natijasida yadroning amortizatsiyalovchi xususiyati pasayadi va har qanday sezilarli zo'riqishda fibroz halqa mikrotravmatizatsiyasi unda yoriqlar paydo bo'lishi bilan yuz beradi. 2-bosqichda pulpoz yadro fragmentlari (sekvestrarlar) fibroz halqadagi yoriqlar orqali umurtqa kanaliga doimiy bosim ostida siqib chiqariladi. Umurtqalararo bo'shliq – disk yupqalashadi ("cho'kadi"). Va nihoyat 3 – bosqichda (oxirgi) disk ko'pincha ossifikatsiyalanuvchi dag'al tolali biriktiruvchi to'qima bilan to'liq alinashinadi. (4-rasm).

Klinik-rentgenologik jihatdan umurtqalararo disk zararlanishining 3 ta asosiy shakllari farqlanadi.

- **Disk protruziyasi.** Disk protruziyasida degenerativ o'zgargan disk umurtqa kanaliga bo'rtib chiqadi, lekin fibroz halqa butunligi makroskopik jihatdan o'zgarmagan bo'lib, orqa bo'ylama bog'lam shikastlanmaganligi alohida ahamiyatga ega (5-rasm a,b). Disk protruziyalari klinikasida og'riq, mushak-tonus sindromlari namoyon bo'ladi.

- **Disk churraasi** – studen yadrosi tarkibiy qismining protruziyaga qaraganda ko'proq o'lchamda umurtqa pog'onasi kanaliga bo'rtib chiqishi, fibroz halqaning va orqa bo'ylama bog'lamning cho'zilishi yoki uzilishi bilan tavsiflanuvchi jarayondir (6-rasm a,b). Disk churraasi klinik jihatdan shikastlanish sathida (nerv ildizlari, orqa miya, orqa miyaning ot dumi qismi) bosilishi belgilari bilan namoyon bo'ladi.

- **Sekvestrlangan disk churraasi.** Umurtqa kanalida diskning erkin fragmenti (bo'laklari) anatomik mos keluvchi umurtqalararo diskdan yuqorida yoki pastda joylashishi mumkin va klinikasining ifodalanishi tegishli nerv strukturalarining sekvestr bilan kompressiyalanishi darajasiga bog'liq bo'ladi. (7-rasm a,b).

Joylashgan joyiga qarab disk churrallari yon tomonlarga, paramedian, o'rtada, foraminal (umurtqalararo teshikda joylashgan) va lateral (umurtqa kanali chegarasidan tashqarida joylashgan va ildizni umurtqalararo teshikdan chiqqandan keyin bosuvchi) turlari farqlanadi va bu jihat bemorlardagi diagnozni shakllantirishda va davolash taktikasini to'g'ri tanlashda ahamiyatli hisoblanadi (**8-rasm**).

Disklarning degenerativ shikastlanishi anatomik sathiga ko'ra ham tasniflanadi. Shuni yodda tutish lozimki, bo'yin va bel sohalaridagi disk churrallari asosan pastda yotgan nerv ildizining bosilishini chaqiradi. Bo'yin bo'limida ildiz mos umurtqa yoyi yuqorisidan o'tsa ham, C1 ildiz kraniovertebral sathdan o'tadi va C1-C2 disk churrasi C1 ildizni bosadi va hokazo. CVIII gacha, CVIII yuqorisida yotgan ildiz bosiladi (masalan, ThVIII-ThIX aro disk churrasida ThVIII segment ildizi bosiladi), ammo umurtqa pog'onasining bel sathidagi yoylar yo'nalishining yuqoriga o'zgarganligi uchun bu sohada ham anatomik mos pastki ildiz kompressiyaga uchraydi (masalan: LIV-LV disk churrasida LV ildizi bosiladi).

Va nihoyat diagnozni shakllantirishda jarayonning klinik bosqichi (xuruj, remissiya), og'riq sindromining xarakteri va rivojlanganligi va sezgi, reflekslar, mushaklar kuchi, chanoq a'zolari faoliyati buzilishi qayd etiladi.

Masalan, diagnoz shunday shakllantirilishi mumkin: ***LIV-SI umurtqalararo o'ng (chap) yon tomonga chiqqan disk churrasi, SI ildiz sohasida rivojlangan og'riq sindromi va uzun kichik boldir mushagi parezi bilan, xuruj davri.***

Umurtqa pog'onasining degenerativ-distrofik o'zgarishlari natijasida umurtqalarda osteoporotik jarayon rivojlanadi va pulpoz yadro fragmenti yuqorida yoki pastda joylashgan umurtqaga kirishi yuz beradi, hamda bu patologik jarayon ***Shmorl churrasi*** deb ataladi (**9-rasm**).

Bunday churraning shakllanish mexanizmida maksimal bosim sohasida yopuvchi plastinkaning va so'ngra g'ovak tananing atrofiyasi bilan bog'liq. Shmorl churrallari odatda rentgenologik topilma bo'lib, simptomsiz kechadi va xirurgik davolash talab etmaydi.

Umurtqa pog'onasi bog'lam apparatining kuchsizlanishi natijasidagi degenerativ jarayon umurtqalarning o'zaro fiksatsiyasini buzadi va ularning bir-biriga nisbatan anatomik jihatdan siljishiga olib keladi va bu ***spondilolistez*** deb ataladi, hamda bu holat o'z navbatida orqa miya va nerv

ildizlarining qo'shimcha travmatizatsiyasiga sabab bo'ladi. Spondilolistezlar umurtqa pog'onasining o'qiga nisbatan umurtqalarning chiqishiga ko'ra 4 ta darajalarga ajratiladi (10-rasm).

Umurtqalardagi degenerativ o'zgarishlar natijasida suyak usti pardasining rivojlangan reaksiyasi tufayli *osteofitlar* shakllanadi. Osteofitlarning bo'yin sathidagi umurtqalararo teshik sohasida shakllanishi katta klinik ahamiyatli bo'lib, bunda osteofitlar umurtqa arteriyalarining bosilishini chaqiradi va bu holat keyinchalik vertebrobazillyar havzada qon aylanishning surunkali buzilishi kelib chiqishiga olib keladi.

Yuqorida sanab o'tilgan barcha omillarning orqa miyaga va nerv ildizlariga qanchalik darajada ta'siri ifodalanishi bevosita umurtqa kanalining kengligi o'lchamiga bog'liq hisoblanadi.

Konstitutsional keng umurtqa kanalli bemorlarda katta o'lchamdagi disk churralari ham kam simptom bilan kechishi mumkin bo'lishi bilan bir qatorda tor umurtqa kanalida yuzaki degenerativ jarayonlar ham qo'pol simptomatika yuzaga chiqaradi.

DIAGNOSTIKASI.

Bemorni klinik tekshirish (shikoyatlari, anamnezi, umumiy va nevrologik ko'rik) nafaqat keyingi tekshiruvlarga ko'rsatmalarni aniqlash, balki bo'lajak davolashning samaradorligini baholash uchun ham ahamiyatlidir. Bugungi kunda umurtqa pog'onasi degenerativ shikastlanishlarining "oltin standarti" – magnit rezonansli tomografiyasi (MRT) bo'lib hisoblanadi. Bu tekshirish jarayonning topikasini va shaklini, uning bosqichini, ya'ni degenerativ o'zgarishlarning rivojlanganligi darajasini aniqlaydi.

Degenerativ jarayonning I bosqichida "T2" tasvirlarda diskdan tarqalgan signal intensivligi kamayishi yuz beradi. II bosqichda disk balandligining pasayishi, studen yadrosi va fibroz halqa orasidagi chegaraning yo'qolishi, diskning umurtqa kanaliga bo'rtib chiqishi, fibroz halqaning yorilishi va boshqalar aniqlanadi. Va nihoyat, degenerativ jarayonning III bosqichida "T2" tasvirlarda diskdan tarqalgan signal intensivligi umurtqa tanasidan tarqalgan intensivlikka yaqinlashadi. Bugungi kunda MRT shuningdek nerv ildizlaridagi va orqa miyadagi boshqa o'zgarishlarni ham katta aniqlikda ko'rsata oladi. Orqa miyaning umurtqa pog'onasi osteoxondrozida "*miyelopatiya*" deb ataluvchi shikastlanishi orqa miyaning mexanik kompressiyasi va uni

oziqlantiruvchi qon tomirlar spazmi natijasida yuzaga keladi va T2 tasvirlarda orqa miyada giperintensiv soha ko'rinishida yuzaga chiqadi.

Umurtqa pog'onasining degenerativ-distrofik kasalliklarida kompyuter tomografiyasi (KT), ayniqsa uch o'lchamli spiralli tomografiya (MSKT), disk churrasi yoki protruziyasini morfologik jihatdan baholashga imkon beradi va mavjud osteofitlarni MRTga nisbatan yuqori aniqlikda ko'rsata oladi (11-rasm).

Rentgenkontrast moddani subaraxnoidal bo'shliqqa kiritib o'tkaziladigan KT-miyelografiya ham diagnostikada ahamiyatli informativ usul hisoblanadi. Va nihoyat, bemorga to'g'ri proeksiyada, maksimal bukilgan va maksimal yozilgan holatida bajariladigan, hamda umurtqa pog'onasining yon proeksiyasidagi rentgenografiyasi, ya'ni funksional spondilografiya umurtqalar harakatlanganda paydo bo'ladigan listez (gipermobillik) ning eng oddiy va informativ diagnostik usuli hisoblanadi.

Bundan tashqari, to'g'ri va yon proeksiyalarda bajarilgan spondilogrammalarda umurtqalararo oraliq balandligining pasayishi, qirg'oq va unkovertebral osteofitlar (spondilez), umurtqalararo (faset) bo'g'imlar sohasida bo'g'im yuzalari konturlarining notekisligi, ularning ossifikatsiyalanishi (spondiloartroz) va orqa bo'ylama bog'lamning ossifikatsiyasi bilan umurtqa kanalining torayishi kabi umurtqa pog'onasining degenerativ o'zgarishlari belgilarini aniqlash mumkin (12-rasm).

Umurtqa pog'onasi bo'yin bo'limi zararlanishining klinikasi

Ta'sir etuvchi dinamik zo'riqish ko'proq bo'yin bo'limining pastki qismiga to'g'ri keladi. Shuning uchun bo'yin bo'limi umurtqalararo disk protruziyalari va churralari ko'pincha C_{V-VI} va C_{VI-VII} umurtqalar orasida joylashadi. Yoshga doir degenerativ o'zgarishlardan tashqari umurtqa pog'onasi bo'yin bo'limidagi disk churralari travma bilan ham bog'liq bo'lishi mumkin.

Kasallik ko'pincha inson hayotning 3- va 4- o'rta yilligida yuzaga chiqadi. Degenerativ jarayoning I bosqichida (disk protruziyasi) bo'yinda og'riqlar, bo'yinda mushak tonik sindromi paydo bo'ladi. Keyingi bosqichda, ya'ni disk churrasi shakllanganda, mos nerv ildizi va orqa miya (miyelopatiya) zararlanishi sindromlari bo'lishi mumkin. Nevrologik sindromning xarakteri degenerativ shikastlanish sathi, shakli va lokalizatsiyasiga bog'liq bo'ladi.

Umurtqalararo teshikka tarqalgan yon va foraminal disk churralarida bo'yin, yelka, va qo'llarda (mos zararlangan ildiz innervatsiyasi sohasida) og'riq va gipesteziya sohasi paydo bo'ladi, hamda ushbu og'riqlarning odatda bo'yin egilganda kuchayishi kasallik uchun xos hisoblanadi (**13-rasm**).

Kompressiyalangan ildiz innervatsiyalovchi mushaklarda kuchsizlik, keyinroq – ularning atrofiyasi belgilari kuzatilishi mumkin. Diskning o'rta chiziq bo'ylab joylashgan churrasida esa orqa miyaning shikastlanish simptomlari birinchi o'ringa chiqadi va ular oyoq-qo'llarda kuchsizlik, sezgining buzilishi, chanoq a'zolari faoliyatining buzilishi tarzida aniqlanadi. Paramedian churralarda ko'rsatilgan klinik belgilarga ildizning ta'sirlanishi simptomlari ham qo'shilib kelishi kuzatiladi.

Umurtqa arteriyasi sindromi.

Osteofitlar bilan arteriya devorining travmatizatsiyasi oqibatida paydo bo'lib, reflektor lokal arterial spazm chaqiradi va bu patologiya umurtqa arteriyasi sindromi deb ataladi. (**14-rasmi**). Umurtqa arteriyasi sindromi diagnozini aniqlashda ko'pincha xatolikka yo'l qo'yiladi, ya'ni yaxshi sifatli pozitsion bosh aylanishlarida yoki ko'proq vahimaga tushish kabi ruhiy buzilishlarda ham ushbu diagnoz adashib qo'yilishi mumkin va natijada bemorlarga zarur bo'lgan davo o'tkazilmasdan qoladi.

Umurtqa arteriyasi sindromi diagnostikasi uchun, unga xos bo'lgan klinik manzara konstatatsiyasidan va unkovertebral osteofitlar aniqlanishidan tashqari, braxiosefal tomirlarning, shuningdek umurtqa arteriyasining funksional (kallaning turli holatlarida) dopplerografiyasini (dupleks ultratovush skanerlash) o'tkazish zarur bo'ladi. Ushbu kasallikka kallaning ma'lum holatlarida arteriya bo'ylab qon oqishining pasayishi va shu vaqtda xarakterli simptomlar paydo bo'lishi patognomikdir.

Bel umurtqalarining degenerativ jarayonining birinchi bosqichida (disk protruziyasi) bel sohasidagi og'riqlar va mushaklar tonik sindromi paydo bo'ladi. Simptomlar odatda jismoniy mehnat yoki statik holatda uzoq bo'lish (o'tirgan yoki turgan holatda) paydo bo'ladi.

Keyingi bosqichda, ya'ni disk churra shakllanganiga mos keladigan nerv ildizi zararlanishi belgilari kuzatiladi.

Ko'pincha bel umurtqalararo disk churralari VL_{IV}-L_V va VL_V-VS_I oralarida joylashganligi sababli odatda VL_{I-II} disk sathida tugovchi orqa miyaning zararlanish belgilari kam kuzatiladi, biroq orqa miyani oziqlantiruvchi ildiz arteriyalarining kompressiyasi sababli ba'zida ushbu

klinik belgilarning uchrashini inkor etib bo'lmaydi. Nevrologik sindromning xarakteri degenerativ zararlanishning sathiga, shakliga va lokalizatsiyasiga bog'liqdir.

Ayrim hollarda og'riq og'ir jismoniy zo'riqishdan, ba'zan undan bir necha kun o'tgandan so'ng ham paydo bo'lishi mumkin. Sezuvchi va harakatlantiruvchi ildizlar funksiyasining buzilishi bilan tavsiflanuvchi "so'nish simptomlari" odatda kechroq qo'shiladi va bu holatda ularning paydo bo'lishi og'riq sindromi ifodalanganligining kamayishi bilan xususiyatlanadi. Bemorlarda bel lordozining yassilanishi va antalgik skolioz kuzatilishi mumkin. (15-rasm).

Nevrologik ko'rik vaqtida yuqorida qayd qilib o'tilgan klinik belgilardan tashqari, bir qator xos simptomlar aniqlanishi mumkin. Bel sohasida nerv ildizi taranglashishiga xos simptom - *Laseg belgisining* aniqlanishi ahamiyatlidir va bu simptom quyidagicha tekshiriladi: vrach orqaga ikkala elkari to'shakka tegib yotgan bemorning bo'shashirilgan va to'g'irlangan oyog'ini boldir-tovon bo'g'imidan ushlab, og'riq paydo bo'lguncha ko'taradi (quymich nervining va bosilgan ildiz tortilishidan kelib chiqadi) va hosil bo'lgan burchak gradusi aniqlanadi va kasallik tarixida qayd etiladi (16-rasm).

Bel-dumg'aza sohasidagi nerv ildizlarining bosilishi va taranglashishi tufayli kelib chiqishi mumkin bo'lgan "*kesishgan Laseg simptomi*"da (Fayershteyn simptomi) sog'lom oyoq ko'tarilganida zararlangan tomondagi oyoqda og'riq bo'lishi kuzatiladi.

Kram simptomi. Orqasiga yotgan bemorni oyog'i tizza bo'g'imidan bukilgan holatida vrach bemorning boldir sohasidan ushlab, oyoqni ko'taradi va sekin-asta oyoqni tizza bo'g'imida yozadi va 60° gacha yozilganda og'riq paydo bo'lishi diagnostik ahamiyatga ega. Bu simptom Laseg simptomidan farqli ravishda ildizli og'riqlarni chanoq-son bo'g'imidagi patologiyadan farqlashga imkon beradi, ya'ni agar chanoq-son bo'g'imida kasallik bo'lsa, boldirdan ushlangan va bukilgan oyoqni chapga-o'ngga harakatlantirilganda chanoq-son bo'g'imida og'riq paydo bo'lishi bilan xususiyatlanadi.

Shuningdek bel sohasidagi nerv ildizlarining ta'sirlanishi belgilari iyakni ko'krakka tekkizilganda oyoqda va bel sohasidagi og'riq bo'lishi (*Neri simptomi*), kuchanganda, yo'talganda og'riq kuzatilishi bilan ham aniqlanishi mumkin. O'rta chiziq bo'ylab joylashgan disk churralarining boshlang'ich bosqichlarida orqa bo'ylama bog'lam va miya qattiq pardasi

cho'zilishi bilan ifodalanib, ko'pincha faqatgina bel sohasidagi lokal og'riqlar bilan kechadi.

Shu bilan bir qatorda, disk fragmentlarining ajralishi va umurtqa kanaliga "oqib tushishi" yuz berganda bel sohasidagi va oyoqlarda og'riqlardan tashqari, oyoqlarda, ko'proq oyoq kaftida kuchsizlik, bosilgan ildizga tegishli yuzalarda sezgi buzilishlari, chanoq a'zolari faoliyatining buzilishi kabi "ot dumi" ildizlarining o'tkir zararlanishi belgilari paydo bo'ladi.

Kasallik odatda (disk churrasi "oqib tushgan" hollardan tashqari) remittirlanuvchi xarakterga ega. Kasallikning o'tkir davrida paydo bo'lgan simptomlar (davolash ta'sirida yoki spontan) sekin-asta o'tadi yoki sezilarli pasayadi. Kasallikdagi remissiya holati birinchi navbatda nerv ildizining disk churrasi bilan kompressiyasi va tor umurtqalararo teshik bo'shlig'idagi konflikt chuqurlashishidan paydo bo'luvchi reaktiv yallig'lanish jarayonlarining so'nishi jarayoni bilan tushuntiriladi. Yuqorida ta'kidlanganidek, umurtqa kanalining tug'ma torligi bo'lganda, umurtqalararo diskdagi yuzaki degenerativ o'zgarishlar ham og'riq va sezilarli nevrologik defitsitni keltirib chiqarishi mumkin.

Kasallik vaqtida umurtqa kanalining torayishiga umurtqa yoylari, faset, umurtqalararo bo'g'imlar gipertrofiyasi, miya qattiq pardasi, sariq bog'lam, orqa bo'ylama bog'lamlar qalinlashishi hisobiga orttirilgan omillar sabab bo'lishi mumkin. Buning natijasida dural qopcha va undan o'tuvchi nerv ildizlarining bosilishidan kelib chiqadigan klinik manzara – **"umurtqa kanalining stenoz"** deb ataladi. Bu kontingentdagi bemorlarni umurtqa pog'onasi yozilganda kuchayadigan va bemor yarim egilgan holatda bo'lganda, o'tirganda yoki oyoqlari bukilgan holatda yotganda susayadigan bel va oyoqlaridagi og'riqlar bezovta qiladi. Bundan tashqari bemorlarda oyoqlarida kuchsizlik va yurganda og'riqning kuchayishi paydo bo'lishi bilan xarakterlanadigan **"o'tib ketuvchi nevrogen oqsoqlik"** kuzatilishi mumkin. Shu o'rinda, ushbu simptomlarning paydo bo'lishi umurtqa kanali torayishiga olib keluvchi listez kasalligida, ya'ni bel umurtqalarining bir-biriga nisbatan siljishida ham bo'lishi mumkinligini unutmazlik lozim.

Umurtqa pog'onasi ko'krak bo'limi degenerativ zararlanishining klinik manzarasi. Ko'krak umurtqalarining degenerativ-distrofik o'zgarishlari umurtqa pog'onasining boshqa bo'limlariga nisbatan kam uchraydi. Ko'krak bo'limi churralari jami umurtqalararo disk

churralarining 1% idan kam qismini tashkil etadi, ko'pchilik hollarda churralar (75%) Th_{VIII} umurtqadan pastroqda joylashib, odatda kalsifikatsiyalanadi va kam hollarda xirurgik davo talab etadi. Shu bilan birga, ko'krak bo'limi umurtqalararo disk churralari ildiz simptomlari va orqa miyaning zararlanishi belgilarini ham yuzaga keltirishi mumkin.

Umurtqa pog'onasi osteoxondrozi va uning asoratlarini davolash usullari

Umurtqa pog'onasi degenerativ-distrofik kasalliklarida yuzaga chiquvchi simptomlar orasida og'riq simptomi nisbatan ko'p va ifodalangan bo'lganligini hisobga olib, birinchi navbatda og'riqni bartaraf etuvchidavo muolajalari o'tkazish zarur. O'tkazilgan konservativ davo, ba'zan xirurgik davolash og'riq sindromining rivojlanganligiga va davomiyligigagina ta'sir etib, uning to'liq yo'qolishiga kafolat bera olmaydi.

Umurtqa pog'onasida turli darajadagi degenerativ-distrofik o'zgarishlar aniqlangan bemorlarning asosiy qismi, ya'ni 97% dan ortiq qismini xirurgik aralashuvlarsiz davolanadi va bu kontingent bemorlarida operatsiya o'tkazishga quyidagi qat'iy ko'rsatmalar mavjud:

bir qancha orqa miya ildizlari va/yoki orqa miya faoliyati buzilishini chaqirgan katta o'lchamdagi sekvestrlangan disk churralari. Bunday hollarda operatsiya qilishni kechiktirish qaytmas ishemik o'zgarishlar va bemorni doimiy nogironlikka olib kelishi mumkin. Ba'zi mutaxassislar harakatlantiruvchi ildiz faoliyati buzilishining paydo bo'lishini ham operatsiyaga absolyut ko'rsatma sifatida qarashadi, ammo amaliyotdagi tajribalarning ko'rsatishicha, bunday o'zgarishlar xirurgik aralashuvlarsiz ham (har doim ham emas!) regressiyalanishi mumkin.

Bemorlarda aniqlangan boshqa hamma simptomlar va holatlarda operatsiyaga ko'rsatmalar nisbiy hisoblanadi va barcha hollarda kasallikni operativ davolash masalasini hal etilishida bemorning bevosita roziligi talab etiladi!

Shunday qilib, "oqib tushgan" disk churrasi klinikasi bo'lmaganda, ya'ni operatsiyaga mutlaq ko'rsatma bo'lmagan ko'pchilik hollarda umurtqa pog'onasi degenerativ-distrofik zararlanishida davolash taktikasi quyidagi tamoyillarga asoslangan bo'lishi lozim.

Kasallikda umurtqa pog'onasi sohasidagi og'riqlar ilk paydo bo'lganda yoki residivida quyidagilar tavsiya etiladi:

4 kundan ortiq bo'lmagan muddatga tinchlik (yotoq tartibi).

Bu o'rinda, ko'proq muddat yotoq rejimida bo'lish davolash natijalarini yaxshilamasdan, faqat yomonlashtirishini ham ta'kidlash lozim. Agar bemor o'zi uchun o'rgangan yoki qisman cheklangan faollikni mumkin deb hisoblasa, bu qaror ma'qullanishi o'rinlidir.

- **Faollikni optimallashtirish:** odatiy faoliyatni mumkin bo'lgan darajada minimal cheklab, diskomfortning qo'llash mumkin bo'lgan kam darajasiga erishish;

- **Quyidagilardan vaqtinchalik saqlanish kerak** -og'irlik ko'tarish, vibratsiya sharoitida ishlash (konchilar bolg'asi, maxsus yuk mashinalarida yoki transportda); Statik, asimmetrik pozalardan (uzoq muddat o'tirish, masalan, kompyuter oldida yoki ish stoli oldida) saqlanish yoki ushbu faoliyatni kamaytirish.

- **Davolash jismoniy tarbiyasi:** birinchi 2 haftada - sayrlar, suzish, velosipedda yoki velotrenajerdagi yurish, so'ngra -- yuzaki zo'riqishli aerobika bilan shug'ullanish, tana mushaklarini (birinchi navbatda - umurtqa pog'onasining uzun yozuvchi mushaklari, asosiy mashq: qoringa yotib, oyoq-qo'llarni ko'tarish va ushlab turish) va qorin oldingi devori mushaklarini mustahkamlashga qaratilgan mashqlar.

- Bemorlarni "osteoxondrozli hayot" tarziga o'rgatish

-Yarim qattiq matrasda (yaxshisi ortopedik matras) kichik yostiqcha bilan yoki yostiqchasiz yotish maqsadga muvofiq; oldinga egilgan umurtqa pog'onasini zo'riqtinmaslik (masalan, agar chelakdagi suvni ko'tarish lozim bo'lsa, unga yaqinlashish, biroq o'tirish, ushlash va tanani tik tutib ko'tarish; og'riq qo'zigan davrda o'rindan turayotganda tiz cho'kish, so'ngra qo'llar bilan krovatga tayanib orqani to'g'irlash va ko'tarilish va hokazo).

Kasallikda **tashqi fiksatsiyalovchi moslamalarning** (bo'yin yoki bel fiksatorlari) vaqtinchalik qo'llanilishi va paravertebral mushaklar uchun maxsus trenajerlardan foydalanishning samaradorligi amaliyotda tasdiqlangan. Agar tashqi fiksatsiyalovchi moslamalar (Shans tipidagi qattiq va yarim qattiq bo'yin yoqalari, bel uchun korset-belbog') qo'llaniladigan bo'lsa, ulardan foydalanish davomiyligi sutkasiga 4 soatdan oshmasligi lozim, ularni zararlangan umurtqa pog'onasiga dinamik yoki statik yuklanish kutilishidan oldin taqish maqsadga muvofiq keladi.

Analgetiklar. Og'riqning o'tkir davrida nosteroid yallig'lanishga qarshi preparatlardan foydalanish lozim. Bu holda, ba'zi bir nosteroid yallig'lanishga qarshi preparatlar va atsetaminofenlarning alkohol bilan nomuvofiqligi haqida bemorni ogohlantirish lozim. Odatda natriyli diklofenak (retard tabletkalar, 100 mg dan kuniga 1-2 mahal) yoki ketoprofen (100 mg dan kuniga 2-3 mahal) yaxshi samara beradi.

Oshqozon-ichak trakti patologiyalarida nosteroid yallig'lanishga qarshi preparatlarni parenteral yoki rektal qo'llash talab etiladi. Qolgan hollarda preparatlarni ichga qabul qilish maqsadga muvofiq. Teriga surtiladigan gel va malhamlar ko'proq rezorbtiv ta'sir ko'rsatib, ularni qo'llashda preparatning sutkalik maksimal dozasi hisobga olish lozim.

Rivojlangan og'riq sindromida og'riq qoldiruvchi narkotik analgetiklarni 2-3 haftadan ortiq bo'lmagan muddatda qabul qilib, so'ngi yallig'lanishga qarshi nosteroid preparatlarga o'tish mumkin.

Kasallikda **miorelaksantlarning** samaradorligi statistik jihatdan to'liq isbotlanmagan bo'lishiga qaramasdan, ayrim mutaxassislar bu dori vositalarini davolash jarayonida qo'llaydilar. Bu borada, Tizanidin 2-4 mg dan kuniga 3-4 mahal yoki boshqa miorelaksantlarni qo'llash mumkin va davolash kursi 2-3 haftadan oshmasligi lozim.

Mahalliy gipertermiya - quruq issiq, parafin applikatsiyasi, elektroforez (novokain, yallig'lanishga qarshi nosteroid preparatlar bilan), ultra-, va o'ta yuqori chastotali to'liqinli fizioterapiya yaxshi samara beradi. Gipertermiyaga asoslangan fizioterapiyada davolashning birinchi kunlarida mahalliy mushaklar spazmi va og'riq kelib chiqishi mumkin.

Manual terapiya. Ta'sir mexanizmi noaniq, biroq, u ko'pincha bemorlarda ildiz bosilishi simptomlarisiz kuzatilgan beldagi og'riqlarda yordam beradi. Disk churrasi borligi, sezuvchi va ayniqsa harakatlantiruvchi ildiz simptomlari mavjudligi manual terapiya o'tkazishga mutlaq qarshi ko'rsatma hisoblanadi.

Epidural anesteziyani ("blokada") yallig'lanishga qarshi nosteroid preparatlar, ba'zan sianokobalamin qo'shib qo'llash vaqtinchalik (qo'llanilayotgan anestetik ta'siri davomiyligiga bog'liq holda) o'tkir og'riqni kamaytiradi, ammo, davolashning uzoq natijalariga va oqibatiga jiddiy ta'sir etmaydi (xususan, neyroxirurgik yordamga muhtoj bemorlar sonini kamaytirmaydi) va bu usul disk churrasi bo'lmaganda ham, shuningdek, umurtqa kanali stenozida ham samarasizdir.

Umurtqa pog'onasi degenerativ-distrofik kasalliklarida *glyukokortikoidlar* og'riq sindromining ifodalanganligiga va davomiyligiga ishonchli ta'sir ko'rsatmaydi.

Kasallikda *antidepressantlar va karbamazepinni* qo'llash og'riq hissini kamaytiradi xolos, bevosita kasallikni davolashda katta ahamiyatga ega emas.

Umurtqalararo disk churrallarini davolashda ilgari taklif etilgan *proteolitik preparatlarning (papain)* o'rni ham to'liq o'z isbotini topmagan.

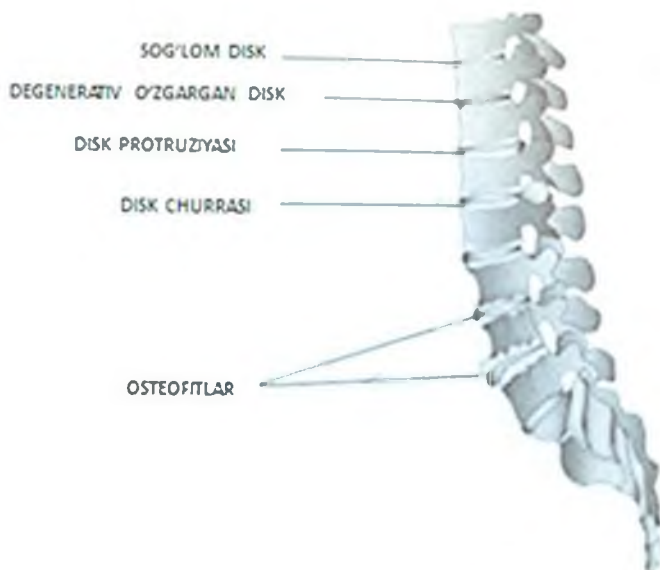
Vertebrotraksiya (umurtqa pog'onasini cho'zish, tortish) yallig'lanish jarayonlari bo'lmaganda og'riq sindromining ifodalanganligiga va davomiyligiga ijobiy ta'sir ko'rsatadi.

Kamida 8 hafta (ba'zi ma'lumotlarga ko'ra 16 hafta) davomida muvofiq konservativ davoning samarasizligida va bartaraf etib bo'lmaydigan og'riq sindromida esa bu muddatdan oldinroq umurtqa pog'onasi degenerativ kasalligini (yoki uning oqibatini) xirurgik davolash mumkinligi masalasini ko'rib chiqish talab qilinadi. Bu borada, kasallikda kam uchraydigan disk churrasining "oqib tushish" hollari, yuqorida aytib o'tilganidek istisno hisoblanadi, ya'ni bunda operatsiya haqidagi qaror 1 sutka davomida qabul qilinishi lozim.

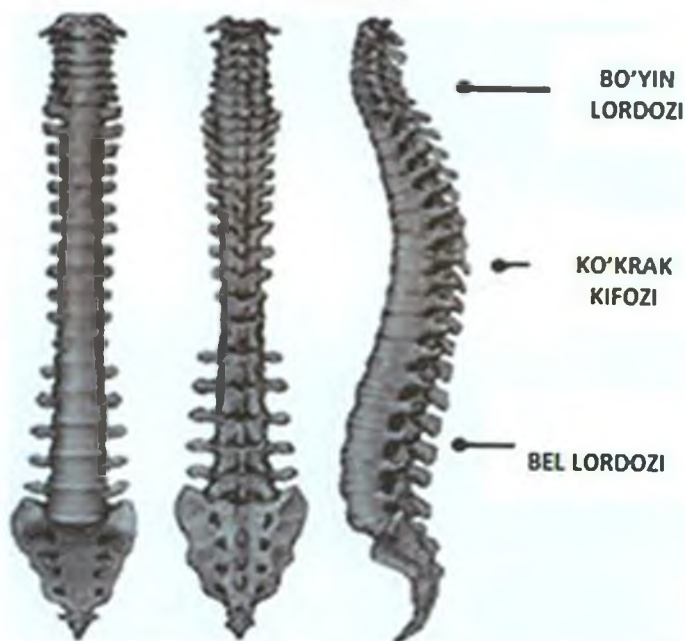
Xirurgik davolashning asosiy usullari (miniinvazivlaridan boshlab) quyidagilar:

- *Perkutan diskektomiya, yoki nukleoplastika.* Orqa bo'ylama bog'lam va fibroz halqa yorilmagan kichik disk churralarida amalga oshirish maqsadga muvofiqligi qayd etilgan. Rentgenotelevizion nazorat ostida paravertebral yo'nalishda diskka maxsus kanyula o'rnatiladi. Kanyula orqali disk markaziga pulpoz yadroning bir qismini parchalovchi va shu yo'l bilan disk ichidagi bosimni pasaytiruvchi lazer yoki sovuq plazma elektrodi kiritiladi. Fibroz halqa va orqa bo'ylama bog'lamning tortilish kuchi ta'sirida disk churrali bo'rtib chiqishining oldi olinadi. Bu operatsiyaning kam invazivligi va ambulator sharoitda ham o'tkazish mumkin ekanligi bemorlarning mehnat qobiliyati cheklanmasligini va qisqa muddatda samaraga erishish mumkinligini ta'minlaydi. Nukleoplastika qilish operatsiyasi disk churrallarining 10-15% hollarida ko'rsatma bo'ladi va bu operatsiyani churralar umurtqa pog'onasining bel yoki bo'yin sohasida uchraganda ham qo'llanilishi mumkin. (17-rasm).

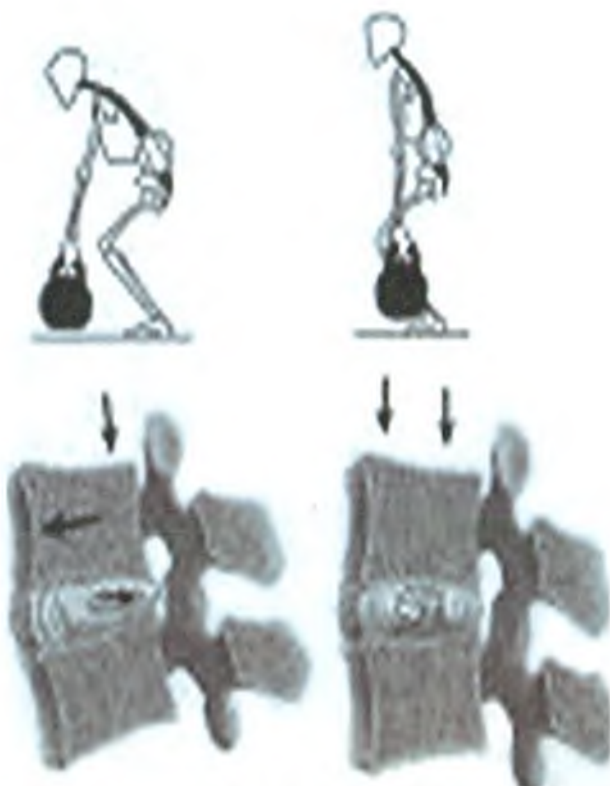
- *Disk churrasini interlaminar mikroxirurgik usulda olish.*



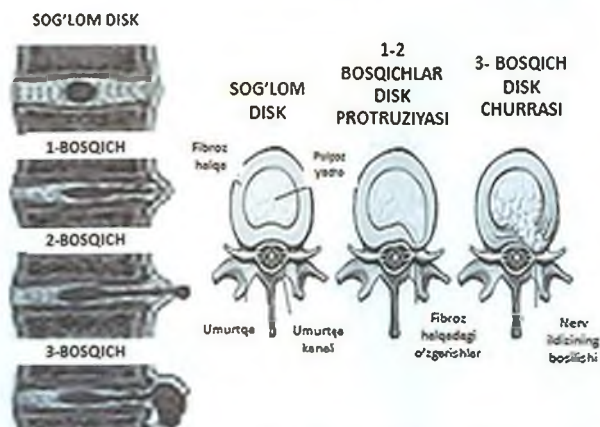
1-rasm. Umurtqa pog'onasi degenerativ-distrofik o'zgarishlarining shakllari



2-rasm. Umurtqa pog'onasining normal anatomik strukturasi



3-rasm. Umurtqalararo diskdagi o'zgarishlarning rivojlanish mexanizmi



4-rasm. Umurtqalararo diskdagi kechuvchi degenerativ jarayonlarning bosqichlari (sxematik rasm)



A.



B.

**5-rasm. L_{IV-V} umurtqalararo disk protruziyasi.
MRT gramma, T-1 rejimidagi sagittal (A.)
va aksial (B.) kesimlar**



A.



B.

**6-rasm. L_{V-S_I} umurtqalararo disk churrasi.
MRT gramma, T-1 rejimidagi sagittal (A.) va
aksial (B.) kesimlar**

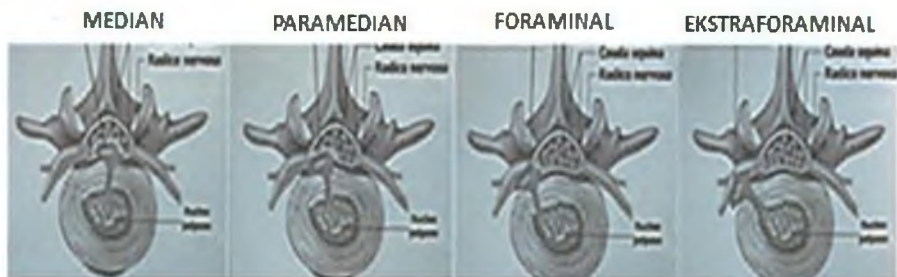


A.



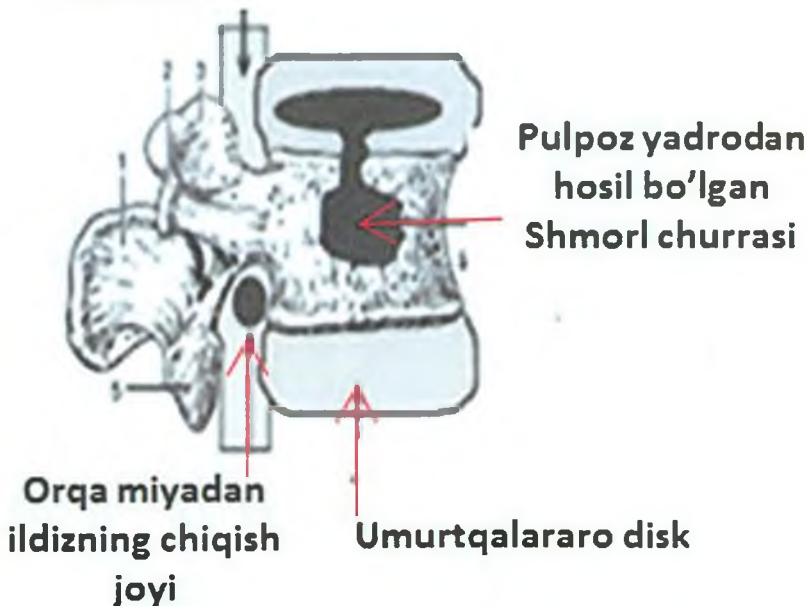
B.

7-rasm. L_{IV-V} umurtqalararo diskning sekvestrlangan churrasi. MRT gramma, T-1 rejimidagi sagittal (A.) va aksial (B.) kesimlar



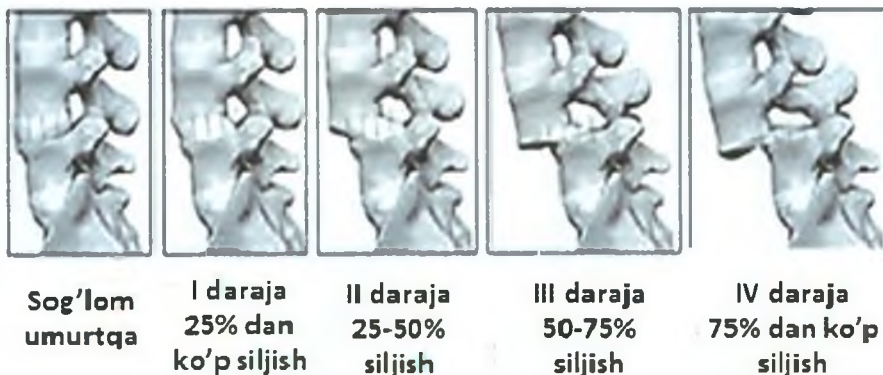
8-rasm. Disk churralarining chiqish lokalizatsiyasiga ko'ra sinflanishi

Orqa miya



9-rasm. Shmorl churrasining hosil bo'lish mexanizmi

Spondilolistezning darajalari



V darajali spondilolistezda (yoki ptoz) umurtqa to'liq chiqadi va ba'zan chanoq bo'shlig'i da erkin yotishi mumkin

10-rasm. Spondilolistez va uning darajalari



A.

B.

C.

11-rasm. Bel-dumg'aza umurtqalarining MSKT tekshiruvi: L_{IV-V} aro disk churrasi. A - sagittal skan, B – aksial skan va C – umurtqa pog'onasining 3-D rekonstruksiya

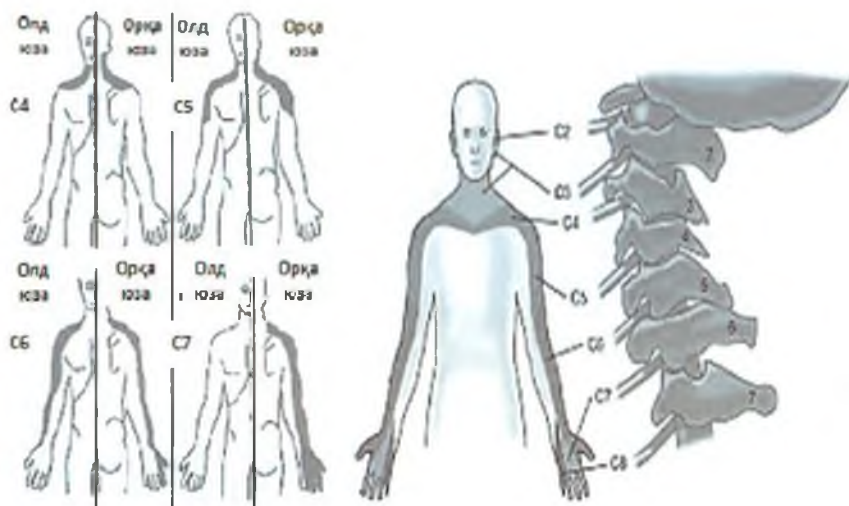


A.



B.

12-rasm. Spondilografiya. A - L_{IV} umurtqaning anterolistezi; B - bo'yin umurtqalaridagi osteofitlar



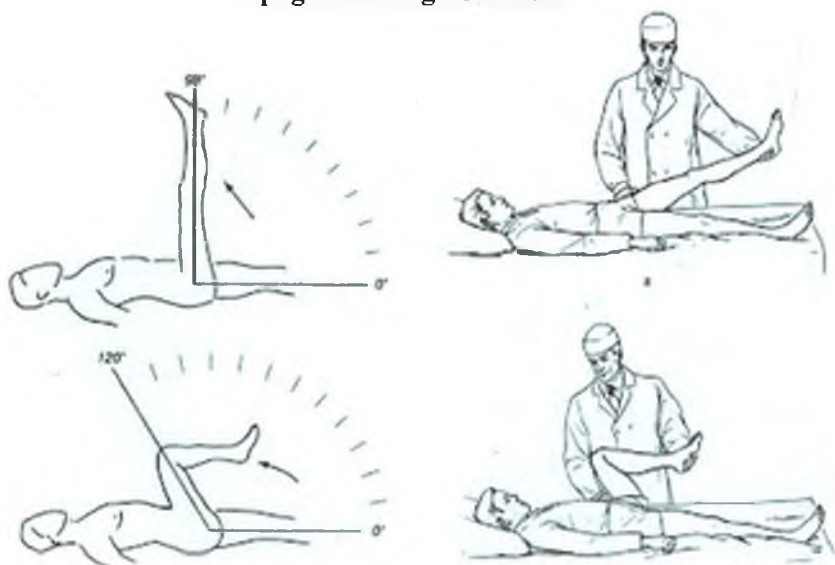
13-rasm. Orqa miyaning bo'yin segmentlari bosilishiga xos teri dermatomlari (sxematik rasm)



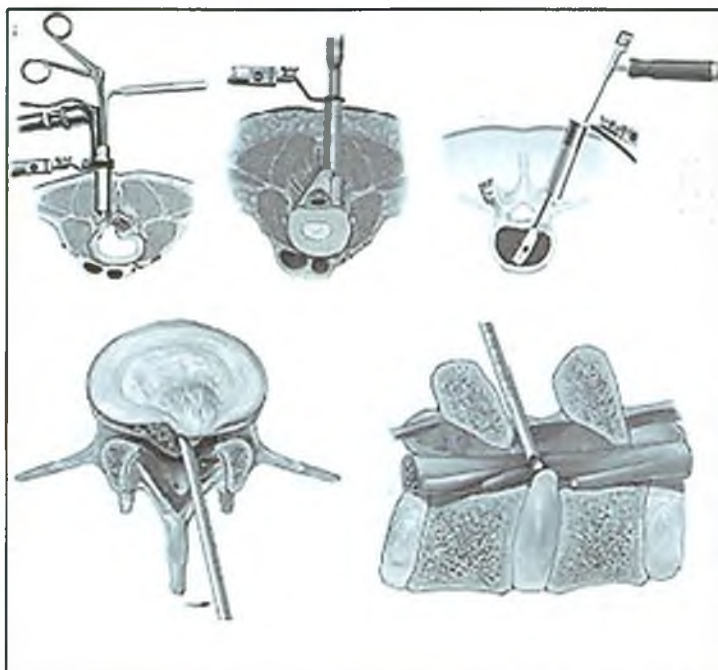
14-rasm. Umurtqa arteriyasi sindromining rivojlanish mexanizmi
Umurtqa pog'onasi bel bo'limi degenerativ zararlanishining klinik manzarasi.



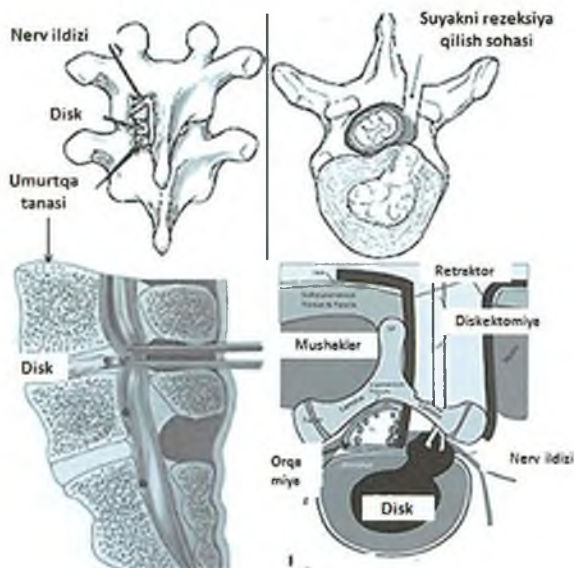
15-rasm. Antalgik skoliozda (A.) va normada (B.) umurtqa pogʻonasining koʻrinishi



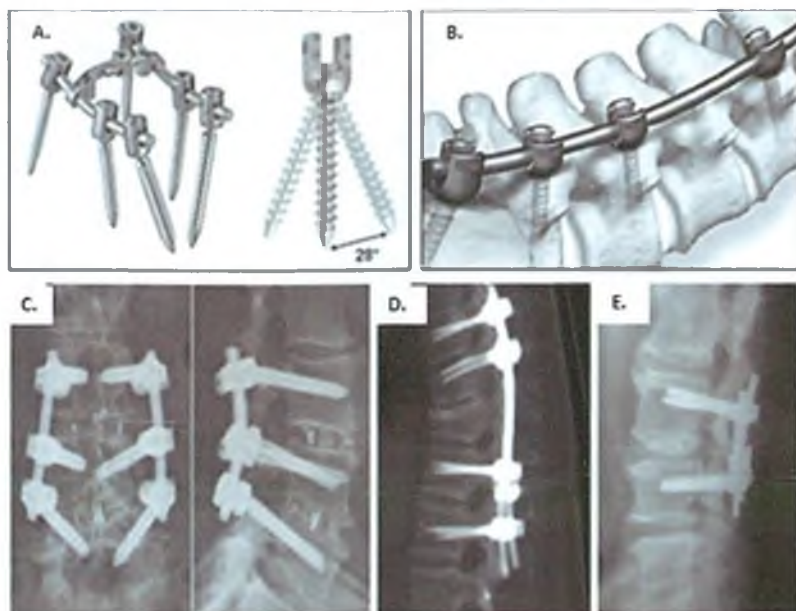
16-rasm. Lasègue va Kram simptomlarining tekshirilishi tartibi



17-rasm. Perkutan diskektomiya operatsiyasining bosqichlari



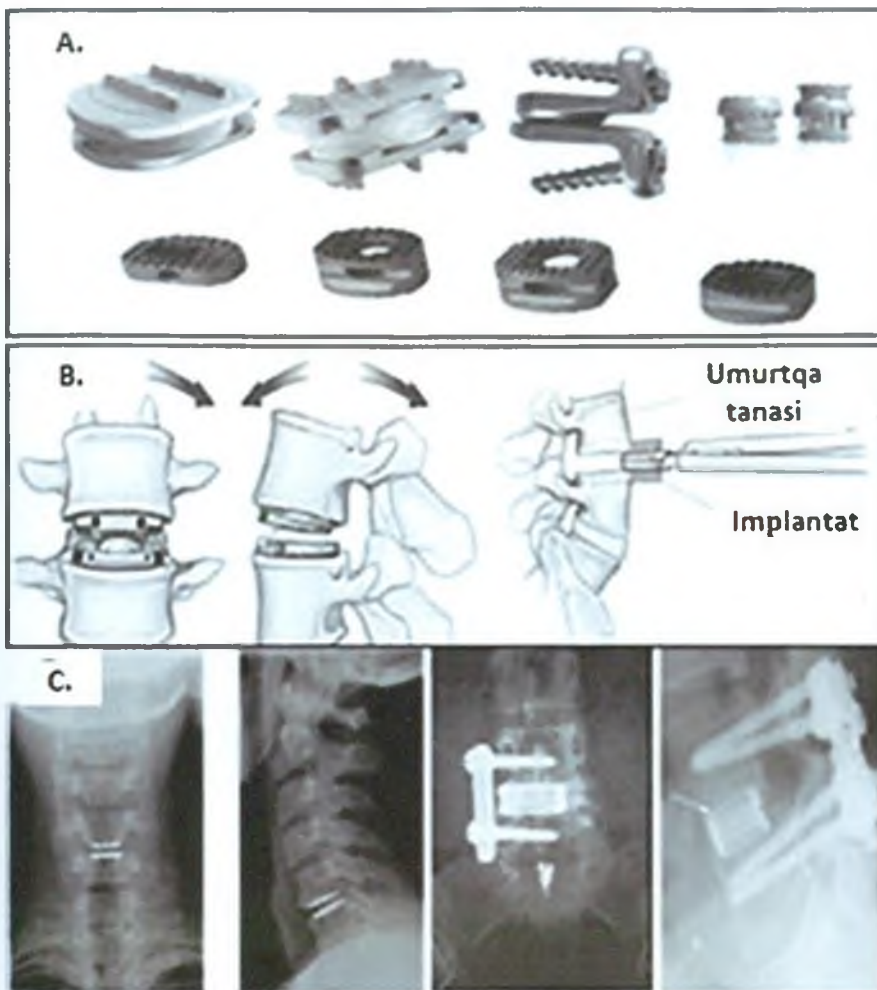
18-rasm. Interlaminar diskektomiya operatsiyasining bosqichlari



19-rasm. Umurtqa pog'onasining stabilizatsiyalovchi transpedikulyar fiksatorlar (A, B) va transpedikulyar fiksatsiyadan so'nggi spondilogrammalar (V, G, D)



20-rasm. Umurtqa pog'onasining bo'yin qismidagi disk churralarida oldingi usulda bajariluvchi operatsiya bosqichlari



21-rasm. Umurtqalararo disk uchun turli protezlar (A), protezlash operatsiyasi etaplari (B) va operatsiyadan keyingi spondilogrammalar (C).



A.



Umurtqa yoyi to'liq
rezeksiya qilingan



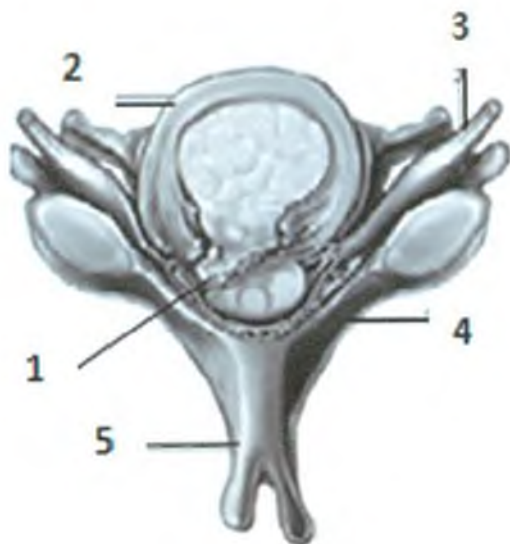
Umurtqa yoyi to'liq
rezeksiya qilingan

8.

22-rasm. Keng laminektomiya qilish operatsiyasi bosqichlari

RASMLI TESTLAR

1,2,3,4,5 rasmlar



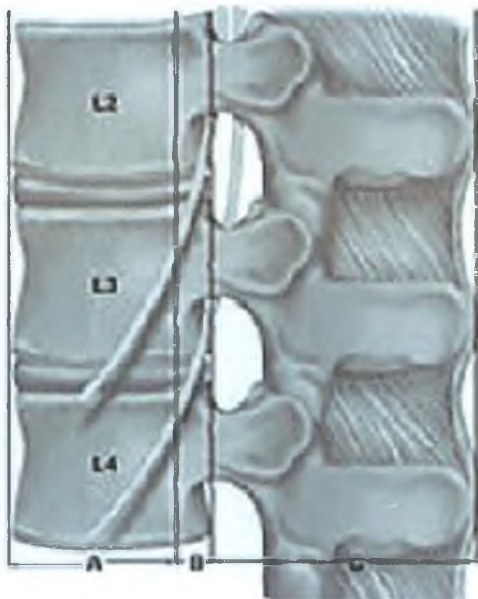
6. rasm



7. rasm



8.rasm



9.rasm



10.rasm



Ushbu operatsiyada zararlangan disk proeksiyasida o'rta chiziq bo'ylab 3-4 sm teri kesmasi o'tkaziladi. MRT yoki KT asosida aniqlangan operatsiya sathi operatsiyadan bevosita oldin, bemor operatsiya stolidagi yotganida rentgenotelevizion nazorat ostida yana bir bor tasdiqlanadi. Bu esa kesma o'lchamini minimumgacha kamaytirish va uni kerakli joyda aniq amalga oshirish imkonini beradi.

Operatsiya davomida bosqichma-bosqich teri, teri osti yog' ketchatkasi, spinal mushaklar fassiyasi kesilgach, paravertebral mushaklar umurtqalararo bog'implardan, yoylardan va o'tkir o'simtalardan skeletizatsiya qilinadi. Yuqorida joylashgan yoyni 0,5 sm gacha va bog'im o'simtasining biroz lateral rezeksiyasi amalga oshiriladi. So'ngra yuqori va pastdagi yoylar orasida joylashgan sariq bog'lam ajratilib olib tashlanadi. Shu sohadagi lateral bog'larni umurtqalararo bog'im chegaralab turadi. Bog'larni olingach, umurtqa kanali va unda yotgan strukturalar – dural xalta, nerv ildizi, epidural venalar, fibroz halqa taftish qilinadi.

Fibroz halqaning bo'rtib chiqishi yoki zararlanganligi, disk churrasi yoki erkin yotgan sekvestr bor yoki yo'qligi aniqlanadi.

Operatsiyaning shu bosqichida nerv ildizi yoki dural xaltaning churra (yoki sekvestr) bilan kompressiyasi darajasiga ham aniqlik kiritilgandan so'ng disk churrasi (sekvestr) olib tashlanadi. Fibroz halqa saqlangan hollarda u kesilib, pulpoz yadroning degeneratsiyalangan qismi olib tashlanadi. (18-rasm).

Bu holatda diskning o'zini olib tashlanishi hajmi uning degeneratsiyasi darajasiga va fibroz xalqa zararlanishining rivojlanganligiga bog'liqligini ta'kidlash lozim. Ya'ni, keyinchalik qayta zo'riqish vaqtida umurtqa kanaliga bo'rtib chiqib, churra residivi kelib chiqishi oldini olish maqsadida umurtqalararo sohadagi diskning degeneratsiyalashgan moddasi ham olib tashlanishi lozim. Diskning olib tashlanish hajmini xirurg bevosita operatsiya vaqtida aniqlaydi. Diskektomiya endoskopik texnikadan foydalanib amalga oshirilishi ham mumkin.

Disk churrasidan tashqari umurtqa kanali segmenti nostabilligiga olib keluvchi bog'lam apparati kuchsizligining mavjudligi, *umurtqa pog'onasidagi stabilizatsiyalovchi operatsiyalarga ko'rsatmalar bo'lib hisoblanadi.*

Bu usullar ildiz yoki dural xaltaning kompressiyasini bartaraf etishdan tashqari, umurtqalar orasida suyak blokini shakllantirishni ham o'z ichiga qamrab oladi. Bunda zararlangan diskka tanalararo implantant va suyak transplantanti qo'yib, unga qo'shimcha o'zaro bog'langan maxsus vintlar va sterjenlar vositasida bajariladigan transpedikulyar stabilizatsiyalashni qo'shish mumkin.

Umurtqa pog'onasi stabilizatsiyasi quyidagi bosqichlarni o'z ichiga oladi: $L_{IV}-L_V$ va L_V-S_1 umurtqalararo disklar olib tashlanadi, umurtqalararo bo'shliqqa yonbosh suyagi qirrasidan olingan suyak transplantanti qo'yiladi, suyak blogi shakllanganicha operatsiya qilingan segmentlar harakatsizligi transpedikulyar stabilizatsiyalovchi sistemalar implantatsiyasi bilan amalga oshiriladi va operatsiyadan so'ng yon va to'g'ri proeksiyalarda olingan spondilogrammalarda tekshiriladi. Umurtqa yoylari ildiziga kiritilgan vintlar o'rnatilgach odatda, 6 oylardan so'ng tayanch funksiyasini yo'qotadi (ularning suyak strukturalari bilan kontakti sohasida osteoporoz rivojlanganligi sababli), ammo ilk 2-3 oyda shakllangan suyak blogi operatsiya qilingan segmentda ishonchli fiksatsiyani ta'minlaydi. (19-rasm).

Bo'yin diskleri patologiyalarida operatsion usul odatda old tomondan amalga oshiriladi. Bunda disk olib tashlangandan keyin segment stabililigini ta'minlovchi maxsus tanalararo implantat (keydj) o'rnatiladi. Ba'zi hollarda tanalararo implantat oldingi fiksatsiyalovchi plastinka bilan kombinatsiya qilinadi.

Umurtqalararo diskni protezlash.

Protez umurtqa pog'onasining operatsiya qilingan segmentida harakatchanlikni ta'minlovchi va umurtqalar tanasiga kiritiluvchi moslama bo'lib, u to'liq olingan umurtqalararo disk o'rniga o'rnatiluvchi metall, metallokeramik yoki metalloplastik konstruksiyadan iboratdir. Ushbu operatsiya bo'yin yoki bel umurtqalarida ham old tomondan borish usulida amalga oshiriladi (20-rasm).

Diskni protezlash yuqorida va pastda joylashgan disklardagi degenerativ jarayonni tezlashishi ehtimolini kamaytiradi va shu jihati uchun bu operatsiyalar ayniqsa yosh kishilarda o'tkazilishi maqsadga muvofiqdir. (21-rasm).

Biroq bu usul hali yangi ekanligi, hozircha oraliq va kechki davrdagi natijalari yetarlicha o'rganilmaganligi va diskni protezlashning boshqa usullari oldidagi ustunligi statistik tasdiqlashni talab etadi. Ushbu xirurgik

amaliyot nafaqat disk churrallari va protruziyalarida, balki umurtqaning boshqa degenerativ zararlanishlarida ham qo'llaniladi.

Umurtqa arteriyasi sindromini chaqiruvchi unkovertebral osteofitlar aniqlanganda ularni olib tashlash va **umurtqa arteriyasi kanali dekompressiyasi** bajariladi.

Spondiloartrozda umurtqalararo (faset) bug'imlarni **deresepsiya qilish** – ularni innervatsiyalovchi mayda nerv shoxlarini rentgenotelevizion nazorat ostida kiritilgan radiochastotali elektrod kiritish yordamida parchalash amalga oshiriladi.

Umurtqa kanali ikkilamchi stenozida unga xos klinik simptomlar yuzaga kelganda **kanal dekompressiyasi** operatsiyasi o'tkaziladi.

Keng laminektomiya (umurtqa kanali stenozida bir qancha umurtqalarning o'tkir usimtlarini va orqa yoylarini olib tashlash), yoki suyak-plastik laminotomiyasi bajariladi, bunda orqa yoylar blokini hosil etuvchi o'tkir o'simtlarni va ularning bog'lamlari bilan olib, orqaga siljigan holatda fiksatsiyalash amalga oshiriladi. Operatsiya davomida sariq yoki orqa bo'ylama bog'lam qalinlashganligi, ohaklanganligi aniqlansa ular ham olib tashlanadi. **(22-rasm).**

Rivojlangan spondilezda (odatda disk churralari bilan qo'shilgan holatda) xirurgning vazifasi – imkoni boricha zararlangan ildiz va dural xaltani bosilishini bartaraf etishdir. Bunday hollarda umurtqa yoylari qirg'oqlarini kengroq rezeksiya qilish, foraminotomiya va nafaqat disk churrasini, osteofitlarni ham olib tashlash o'zini oqlaydi.

Agar operatsiya to'g'ri bajarilsa va uning turlariga ko'rsatmalar to'g'ri aniqlangan bo'lsa, odatda og'riqlar tezda to'xtaydi. Murakkablik darajasiga qarab operatsiya ambulator (perkutan), yoki 4-7 kun statsionar sharoitda gospitalizatsiya qilinib (stabilizatsiyalovchi operatsiyalar, diskni protezlash) o'tkaziladi.

Operatsiyadan keyin bemorlarga birinchi navbatda paravertebral mushaklarni mustahkamlashga qaratilgan jismoniy tarbiya bilan shug'ullanish, tana massasini nazorat qilish tavsiya etiladi. Bemorlarga umurtqa pog'onasi egilgan holatdagi sezilarli zo'riqish mumkin emasligi tushuntiriladi. Og'riq sindromi rivojlanganligi minimal bo'lgan yoki umuman bo'lmagan hollarda boshqa maxsus tavsiyalar talab etilmaydi.

Izoh: O'quv-uslubiy tavsiyanomada keltirilgan **MRT, MSKT va rentgenogrammalar neyroxirurgiya kursi bazasi hisoblangan SamMI**

klinikasi neyroxirurgiya bo'limida davolangan bemorlarga o'tkazilgan qo'shimcha tekshirishlar natijalaridir.

Bundan tashqari tavsiyanomada internetning www.moodle.sammi.uz, www.nsi.ru, www.google.ru saytlari manbalaridagi sxematik rasmlardan ham foydalanildi.

Test savollari

1. Qaysi javobda umurtqa pog'onasining degenerativ kasalliklariga xos bo'lmagan patologiya ko'rsatilgan?

- A. Umurtqalararo disk dissiti.
- B. Spondilolistez.
- C. Umurtqalararo disk protruziyasi.
- D. Ankilozlanuvchi spondiloartrit.
- E. Degenerativ skolioz.

2. Umurtqa pog'onasining degenerativ kasalliklariga xos patologiyani ko'rsating:

- A. Tuberkulezli spondilodissit.
- B. Umurtqa pog'onasining rivojlanish anomaliyalari.
- C. Umurtqalararo disk protruziyasi.
- D. Ankilozlanuvchi spondiloartrit.
- E. Revmatoid artridagi umurtqa pog'onasining zararlanishi.

3. Umurtqa pog'onasi osteoxondrozida qaysi simptomlar neyroxirurgik davolashga ko'rsatma bo'lib hisoblanadi?

- A. Lyumbalgiya
- B. Reflektor nevrologik sindromlar.
- C. Servikalgiya.
- D. Lyumbago.
- E. Neyrokompression sindromlar.

4. Qaysi umurtqalararo disklar nisbatan ko'proq zararlanadi?

- A. C4 - C5 aro.
- B. L4 - L5 aro.
- C. L5 - S1 aro.
- D. C5 - C6 aro.
- E. C6 - C7 aro.

5. Umurtqalararo disklar degeneratsiyasi etiopatogenezida qaysi omil ahamiyatga ega emas?

- A. Sezilarli jismoniy zo'riqish.
- B. Umurtqa pog'onasining tug'ma rivojlanish anomaliyalari.
- C. Infektsion omil.
- D. Nasliy moyillik.
- E. Yatrogen omil.

6. CVI-VII aro disk churrasida yuzaga chiquvchi
nevrokompressiya simptomini aniqlang:

- A. Pastki spastik paraparez.
- B. Chanoq a'zolari faoliyatining buzilishi.
- C. Yelkaning ikki boshli mushagi falajligi.
- D. Servikobraxialgiya.
- E. CVII segment dermatomida gipesteziya.

7. CV-CVI umurtqalararo disk churrasi tufayli
nevrokompressiyaga xos bo'lmagan simptomni ko'rsating:

- A. Pastki spastik paraparez.
- B. Chanoq a'zolari faoliyatining buzilishi.
- C. Deltasimon mushak falajligi.
- D. Servikobraxialgiya.
- E. CVI segment dermatomida gipesteziya.

8. CIV-CV umurtqalararo disk churrasi natijasidagi
nevrokompressiyaga xos bo'lmagan simptomni ko'rsating:

- A. Pastki spastik paraparez.
- B. Chanoq a'zolari faoliyatining buzilishi.
- C. Yelkaning ikki boshli mushagi falajligi.
- D. Servikobraxialgiya.
- E. Diafragma falajligi.

9. CIII-CIV umurtqalararo disk churrasi oqibatidagi
nevrokompressiyaga xos bo'lmagan simptomni ko'rsating:

- A. Pastki spastik paraparez.
- B. Chanoq a'zolari faoliyatining buzilishi.
- C. Yelkaning uch boshli mushagining izolirlangan falajligi.
- D. Servikobraxialgiya.
- E. Diafragmaning falajligi.

10. CVII-ThI umurtqalararo disk churrasi oqibatidagi
nevrokompressiyaga xos bo'lmagan simptomni ko'rsating:

- A. Pastki spastik paraparez.
- B. Chanoq a'zolari faoliyatining buzilishi.
- C. Yelkaning ikki boshli mushagi falajligi.
- D. Servikobraxialgiya.
- E. Gorner sindromi.

11. CIII-IV aro disk churrasida yuzaga chiquvchi neyrokompresiya simptomini aniqlang:

- A. Pastki nimjon paraparez.
- B. Servikalgiya.
- C. Diafragmaning falajligi.
- D. Torakalgiya.
- E. CVII segment dermatomida izolirlangan gipesteziya.

12. CIV-V aro disk churrasida yuzaga chiquvchi neyrokompresiya simptomini aniqlang:

- A. Pastki nimjon paraparez.
- B. Servikalgiya.
- C. Deltasimon mushak falajligi.
- D. Yelkaning uch boshli mushagining izolirlangan falajligi.
- E. CVII segment dermatomida izolirlangan gipesteziya.

13. CV-VI aro disk churrasida yuzaga chiquvchi neyrokompresiya simptomini aniqlang:

- A. Pastki nimjon paraparez.
- B. Servikalgiya.
- C. Diafragmaning falajligi.
- D. Yelkaning uch boshli mushagining izolirlangan falajligi.
- E. CVI dermatomida ildiz bosilishiga oid og'riq.

14. CVI-VII aro disk churrasida yuzaga chiquvchi neyrokompresiya simptomini aniqlang:

- A. Pastki nimjon paraparez.
- B. Servikalgiya.
- C. Diafragmaning falajligi.
- D. Yelkaning uch boshli mushagining izolirlangan falajligi.
- E. CVI dermatomida ildiz bosilishiga oid og'riq.

15. CVII-TbI aro disk churrasida yuzaga chiquvchi neyrokompresiya simptomini aniqlang:

- A. Pastki nimjon paraparez.
- B. Servikalgiya.
- C. Yelkaning ikki boshli mushagining falajligi.
- D. Yelkaning uch boshli mushagining falajligi.
- E. CVI dermatomida ildiz bosilishiga oid og'riq.

16. Ko'krak umurtqalari sohasidagi disk churralarida yuzaga chiquvchi neyrokompresiya simptomini aniqlang:

- A. Pastki nimjon paraparez.
- B. Umurtqa pog'onasi ko'krak sohasidagi og'riq.
- C. m. ileopsoas falajligi.
- D. Diafragmaning falajligi.
- E. Tizza va Axill reflekslarining so'nishi.

17. Ko'krak umurtqalari sohasidagi disk churralarida yuzaga chiquvchi neyrokompresiyaga xos bo'lmagan simptomni ko'rsating:

- A. Ikkala oyoq falajligi.
- B. Torakalgiya.
- C. Chanoq a'zolari faoliyatining buzilishi.
- D. Diafragmaning falajligi.
- E. Tizza va Axill reflekslari giperrefleksiyasi.

18. LV-SI aro disk churrasida yuzaga chiquvchi neyrokompresiya simptomini aniqlang:

- A. Boldimning uch boshli mushagi falajligi.
- B. Sonning to'rt boshli mushagi falajligi.
- C. LIV segmenti ildizi bosilishi tufayli og'riq.
- D. Ikki tomonlama LV segmenti ildizlari dermatomlarida og'riq.
- E. Pastki spastik paraparez.

19. LIV-V aro disk churrasida yuzaga chiquvchi neyrokompresiya simptomini aniqlang:

- A. Chanoq a'zolari faoliyatining markaziy tipda buzilishi.
- B. Oyoq panjasi va bosh barmog'i yozuvchi mushaklarining falajligi.
- C. Lyumbalgiya.
- D. Ikki tomonlama SI segmenti dermatomida ildiz bosilishi tufayli og'riq.
- E. Pastki spastik paraparez.

20. LIII-IV aro disk churrasida yuzaga chiquvchi neyrokompresiya simptomini aniqlang:

- A. Chanoq a'zolari faoliyatining markaziy tipda buzilishi.
- B. LIV segmenti dermatomida ildiz bosilishi tufayli og'riq.
- C. Lyumbalgiya

D. Ikki tomonlama L.V segmenti dermatomida ildiz bosilishi tufayli og'riq.

E. Pastki spastik paraparez.

21. L.IV-V umurtqalararo disk churrasi oqibatidagi neyrokompresciyaga xos bo'lmagan simptomni ko'rsating:

A. Chanoq a'zolari faoliyatining markaziy tipda buzilishi.

B. Oyoq panjasi va bosh barmog'i yozuvchi mushaklarining falajligi.

C. Lyumboishalgiya.

D. L.IV segmenti dermatomida ildiz bosilishi tufayli og'riq.

E. Tizza reflekslari anizorefleksiyasi.

22. L.III-IV umurtqalararo disk churrasi oqibatidagi neyrokompresciyaga xos bo'lmagan simptomni ko'rsating:

A. Chanoq a'zolari faoliyatining buzilishi.

B. Boldir uch boshli mushagining izolirlangan falajligi.

C. Oyoqda gipesteziya (poliradikulyar).

D. L.IV segmenti dermatomida ildiz bosilishi tufayli og'riq.

E. Tizza reflekslari anizorefleksiyasi.

23. L.V-SI umurtqalararo disk churrasi oqibatidagi neyrokompresciyaga xos bo'lmagan simptomni ko'rsating:

A. Oyoq panjasi plantar yuzasi gipesteziyasi.

B. Sonning to'rt boshli falajligi.

C. Lyumboishalgiya.

D. SI segmenti dermatomida ikki tomonlama ildiz bosilishi tufayli og'riq.

E. Axill reflekslarining anizorefleksiyasi.

24. Degenerativ kasalliklarda umurtqa pog'onasi stabilligining buzilishiga xos harakat segmenti simptomini belgilang:

A. Ildizli og'riq.

B. Lyumbalgiya.

C. Falajlik.

D. Gipesteziya.

E. Cho'zilish simptomlarning musbat ekanligi.

25. Umurtqa pog'onasi degenerativ kasalliklarida diagnostik ahamiyatga ega bo'lmagan tekshirish usulini ko'rsating:

- A. Umurtqa pog'onasining rentgenografiyasi.
- B. Umurtqa pog'onasining KT tekshiruvi.
- C. Umurtqa pog'onasining MRT tekshiruvi.
- D. Elektroneyromiografiya.
- E. Ssintigrafiya.

26. Keltirilgan javoblardan qaysi birida umurtqa pog'onasi osteoxondrozida diagnostik ahamiyatga ega tekshirish usuli keltirilgan?

- A. Ssintigrafiya.
- B. Angiografiya.
- C. UTT.
- D. Rentgenografiya.
- E. Likvorologik tekshirishlar.

27. Umurtqa pog'onasi osteoxondrozida rentgenografiyaning diagnostik ahamiyatini ko'rsating:

- A. Umurtqalararo disklardagi o'zgarishlarning vizualizatsiyasida qo'llaniladi.
- B. Orqa miya kanalidagi o'zgarishlarning vizualizatsiyasida qo'llaniladi.
- C. Disklardagi degeneratsiyaning ikkilamchi belgilarini aniqlash uchun ishlatiladi.
- D. Disk-ildiz o'rtasidagi konfliktini aniqlash uchun ishlatiladi.
- E. Nerv strukturalaridagi kompressiya darajasini aniqlash uchun qo'llaniladi.

28. Umurtqa pog'onasining osteoxondrozidagi qaysi holatni rentgenografiyada aniqlab bo'lmaydi?

- A. Umurtqalardagi o'zgarishlarni.
- B. Orqa miya kanalidagi o'zgarishlarni.
- C. Disklar degeneratsiyasining ikkilamchi o'zgarishlarini.
- D. Umurtqa harakat segmenti nestabilligi belgilarini.
- E. Boshqa kasalliklar bilan differensiatsiya qilish.

29. Umurtqa pog'onasi osteoxondrozida MRT qaysi jihatni aniqlay olmaydi?

- A. Umurtqalararo disklardagi o'zgarishlarni.
- B. Nerv strukturalaridagi o'zgarishlarni.
- C. Subaraxnoidal bo'shliq o'tkazuvchanligini.

- D. Anatomik strukturalarning orqa miya kanaliga munosabatini.
- E. Umurtqa suyaklarining to'qimasiga baho berishni.

30. Bo'yin osteoxondrozida yuzaga chiquvchi kompression-ildiz sindromini davolashdagi samarali usulni ko'rsating:

- A. O'tirgan holatda Glisson moslamasi bilan umurtqa pog'onasining bo'yin qismini cho'zish.
- B. Degidratatsiyalovchi preparatlarni qo'llash.
- C. Analgetiklarni buyurish.
- D. Paravertebral novokainli blokada qilish.
- E. Bo'yin-yoqa sohasiga novokain bilan elektroforez berish.

31. Bel sohasida kompressiya natijasida yuzaga kelgan og'riq sindromini bartaraf etish maqsadida birinchi navbatda qaysi preparatlar qo'llaniladi?

- A. Degidratatsiyalovchi preparatlar.
- B. Analgetiklar.
- C. Trankvilizatorlar.
- D. Yallig'lanishga qarshi nosteroid preparatlar.
- E. B guruh vitaminlar.

RASMLI TESTLAR

1. Disk churrasi qaysi raqam bilan belgilangan?
2. Miyaning qattiq pardasi qaysi raqam bilan belgilangan?
3. Ushbu rasmda umurtqalararo disk fibroz halqasi qaysi raqam bilan belgilangan?
4. Ushbu rasmdagi umurtqaning o'tkir o'simtasi qaysi raqam bilan belgilangan?
5. Rasmdagi nerv ildizi qaysi raqam bilan belgilangan?
A – 1; B – 2; C – 3; D – 4; E – 5.
6. Orqa miyaning qaysi qismida zararlanish bol'sa tetraparez rivojlanishi mumkin?
A – 2 va 3;
B – 3;
C – 1 va 2;
D – 1;
E – 4.
7. Keltirilgan MRT tekshiruvda qaysi patologiya tasvirlangan?
A. Intramedullyar o'sma.
B. Ekstramedullyar o'sma.
C. Meningomiyelosele.
D. Disk churrasi.
E. Nevrinoma.
8. Keltirilgan rasmdagi konsepsiyaning (3 tayanch ustunli konsepsiya) muallifini aniqlang:
A. Dendi.
B. Monis.
C. Denis.
D. Shpigel.
E. Kushing.

9. Quyida keltirilgan rasmda qaysi patologiya tasvirlangan?

- A. Spondilolizis.
- B. Spondilyez.
- C. Spondilolistez.
- D. Umurtqalararo bo'g'imning yarim chiqishi.
- E. Deformasiyalanuvchi spondilez.

10. Rasmda qaysi qo'shimcha tekshirish apparati keltirilgan?

- A. Kompyuter tomograf.
- B. Magnit-rezonansli tomograf.
- C. Angiograf.
- D. Gamma-tig'.
- E. Siklotron.

Vaziyatli masalalar

1. Bemorda jismoniy zo'riqishdan so'ng bo'yin sohasidan chap qo'li panjasining IV va V barmoqlarigacha beriluvchi keskin og'riq paydo bo'ldi. Harakat paytida og'riq kuchayib ketishi qayd etildi. Panjaning IV va V barmoqlarida, bilak-tirsak va yelkaning ichki yuzalarida og'riq sezgisining pasayishi aniqlandi. Uch boshli mushak refleksi susayganligi, qo'l panjasida mushaklar kuchsizligi kuzatildi. Qaysi ildiz zararlanganligini aniqlang?

- A. C4.
- B. C5.
- C. C6.
- D. C7.
- E. C8.

2. Shtanga ko'taruvchi sportchida uch oy davom etgan bel sohasidagi og'riqdan so'ng og'riqlar o'ng son va holdir orqa yuzasidan oyoq panjasi kaft yuzasigacha tarqaldi. Harakat vaqtida og'riq kuchaydi. Og'riqli gipesteziya zonasi og'riq zonalari o'zaro mos kelishi aniqlandi. Shu tomonda Axill refleksi so'nganligi va oyoq kaftini bukuvchi mushaklar kuchsizligi qayd etildi. Qaysi ildiz zararlanganligini ko'rsating?

- A. L3.
- B. L4.
- C. L5.

D. SI.

E. Orqa miya «ot dumi» qismining zararlanishi.

3. Bemor og'ir yuk ko'tarayotgan vaqtida belining pastki qismlarida va dumg'aza sohaslarida kuchli og'riq, oyoqlaridan "elektr toki o'tgandek hissiyot" va oyoqlarida uyushish paydo bo'ldi. Oyoqlaridagi kuchsizlik tufayli yiqilib tushishi va siydik tutilishi kuzatildi. Ob'ektiv ko'rganda bemorda Laseg simptomining ikki tomondan ham 30^0 da musbatligi, oyoq panjalarida plegiyani ifodalovchi qo'pol vertebral sindrom, LV nerv segmentidan boshlab o'tkazuvchi tipda gipalgeziya qayd etildi. Diagnostika qo'ying:

A. LV nerv ildizining bosilishi.

B. SI nerv ildizining bosilishi.

C. Orqa miya «ot dumi» qismining bosilishi.

D. Polinevrit.

E. Konusning zararlanishi.

4. 45 yoshli yuk tashuvchi erkak kishi bel sohasidagi o'ng oyog'iga beriluvchi og'riqdan shikoyat qiladi. Qayd etilgan simptomatika 2 oydan buyon saqlanib turibdi va o'tkazilgan konservativ terapiyadan so'ng ham ijobiy samara kuzatilmagan. Ob'ektiv ko'rganda, umurtqaning bel sohasidagi dinamikasi chegaralangan, o'ngdan Laseg belgisi musbat chaqiriladi. Tizza reflekslari $D=S$, jonli. Axill reflekslari $S>D$, o'ngdan keskin pasaygan. Bemorga qaysi qo'shimcha tekshirishni o'tkazish kerakligini ko'rsating?

A. Bel umurtqalarining magnit-rezonansli tomografiyasini o'tkazish.

B. Miyelografiya.

C. Umurtqa pog'onasining rentgenografiyasi.

D. Oyoqlar mushaklarining elektromiografiyasi.

E. Oyoqlar reovazografiyasi.

5. 37 yoshli tog'-kon ishchisi shaxtada tanasining uzoq vaqt egilib majburiy holatda ishlashi natijasida umurtqa pog'onasining bel sohasida intensiv, sanchuvchi xarakterli og'riqni his qilgan va og'riq chap oyog'ining taqim osti chuqurchasigacha tarqala boshlagan. Umurtqa pog'onasining bel sohasida harakat keskin cheklanganligi, chapdan Laseg simptomi musbatligi aniqlangan. LV-SI paravertebral nuqtalari

palpatsiyada og'riqli, oyoq paylarining reflekslaridan chapdan Axill reflesi susaygan. Chapdan son va boldir mushaklarining gipotoniya qayd etilgan. Sizning taxminiy diagnozingiz:

- A. Bel-dumg'aza radikulopatiyasi.
- B. Lyumbago.
- C. Spinal insult.
- D. Bel umurtqalarining sinishi.
- E. Chap tomonlama lyumboishialgiya.

6. Og'ir predmetni ko'targan 45 yoshli bemorda bel-dumg'aza sohasida oyoqlariga irradiatsiyalanuvchi o'tkir sanchuvchi og'riq paydo bo'ldi. Shundan so'ng oyoq panjasining falajligi, chanoq a'zolari faoliyatining buzilishi rivojlandi. Bemordagi nevrologik buzilishlarga nima sabab bo'lganligini ko'rsating:

- A. LIV-V umurtqalararo diskning siljishi va sekvestratsiyasi.
- B. Pastki qo'shimcha radikulo-meddullar arteriya havzasida qon aylanish buzilishi.
- C. Oldingi spinal arteriya havzasida tromboz.
- D. ThII-LI sohada gematomieliya.
- E. LII tanasining kompression sinishi.

7. Bemor tanasini eggan vaqtida umurtqa pog'onasining bel-dumg'aza sohasida o'tkir og'riq paydo bo'ldi, og'riq oyoqlarga irradiatsiyalana boshladi, oraliq sohasida uyushish, siydik ajralishining buzilishi kuzatildi. Ob'ektiv ko'rganda, bel mushaklarining zo'riqishi, ikki tomonlama Laseg simptomining musbatligi, ikkala oyoqlar panjalarining falajligi, anagenital sohada gipesteziya aniqlandi. Bemorni qaysi bo'limga gospitalizatsiya qilish maqsadga muvofiq?

- A. Zudlik bilan neyroxirurgiya bo'limiga.
- B. Neyroxirurgiya bo'limiga, rejali ravishda.
- C. Zudlik bilan nevrologiya bo'limiga.
- D. Rejali ravishda nevrologiya bo'limiga.
- E. Zudlik bilan ortopediya bo'limiga.

8. 50 yoshli ayol vrachga bel-dumg'aza sohasidagi og'riq bo'lishiga, og'riqning o'ng son orqa yuzasi va boldirning orqa-tashqi yuzasi, oyoq panjasiga berilishiga shikoyat qiladi. Ob'ektiv ko'rganda, bel sohasidagi

paravertebral mushaklarning zo'riqishi, o'ng holdir tashqi yuzasi, oyoq panjasi tashqi yuzasi bo'ylab gipesteziya va Axill refleksi o'ngdan yo'qolganligi aniqlanadi. Nevrologik buzilishlarning sababini ko'rsating:

A. Bel-dumg'aza sohasidagi umurtqalararo diskning siljishi.

B. Umurtqa pog'onasining ko'krak sohasidagi umurtqalararo diskning siljishi.

C. Umurtqa pog'onasining bo'yin sohasidagi umurtqalararo diskning siljishi.

D. Orqa miyaning bel yo'g'onlashmasi sohasidagi intramedullyar o'sma.

E. Oldingi spinal arteriya trombozi.

9. 50 yoshli bemor yo'l-transporti harakati hodisasi vaqtida boshining bo'yin umurtqalari bo'g'imidan keskin yozilishi natijasida bo'yin sohasidan o'ng elka lateral yuzasiga tarqaluvchi og'riqni his qilgan. Tekshirish vaqtida o'ng bilak-tirsakning bilak yuzasi bo'ylab va ko'rsatkich, o'rti barmoqlar sohasida gipesteziya, o'ngdan yozuvchi-tirsak refleksining so'nishi aniqlanadi. Shu bemorga diagnoz qo'ying:

A. Travmatik radikulopatiya.

B. Orqa miyaning lat eyishi.

C. Gematomiyeliya.

D. Orqa miyaning epidural gematoma bilan bosilishi.

E. Umurtqaning sinib parchalangan qismi bilan orqa miyaning kompressiyasi.

10. 53 yoshli bemor 10 yil davomida umurtqa pog'onasining bel-dumg'aza sohasidagi og'riq bilan davolangan. Manual terapiya seansidan so'ng ikkala oyoq panjalarining qo'pol falajligi, anogenital zonada va sonning va holdimning tashqi-yon sohasida anesteziya, chanoq a'zolari faoliyatining buzilishi aniqlanadi. Kompyuter tomografiya LV-SI umurtqalariaro diskning umurtqa kanaliga 12 mm o'lchamdagi protruziyasi aniqlanadi. Shu bemorga zudlik bilan qanday davolash o'tkazish kerak?

A. Xirurgik davolash.

B. Manual terapiya.

C. Massaj, davolash terapiyasi.

D. Degidratatsiyalovchi terapiya.

E. Sanator – kurort davolash.

JAVOBLAR

Testlarning javoblari

1-D; 2- C; 3-E; 4-B; 5-C; 6-C; 7-C; 8-C; 9-C; 10-C;
11-C; 12-C; 13-E; 14-E; 15-A; 16-A; 17-D; 18-A; 19-B;
20-B; 21-E; 22-C; 23-B; 24-B; 25-F; 26-D; 27-C; 28-B;
29-C; 30-B; 31-A.

Rasmli testlarning javoblari

1-A; 2-D; 3-B; 4-E; 5-C; 6-C; 7-D; 8-C; 9-D; 10-B.

Vaziyatli masalalarning javoblari

1-E; 2-D; 3-C; 4-A; 5-A; 6-A; 7-A; 8-A; 9-A; 10-A.

1. Гайдар Б.В. Практическая нейрохирургия. Руководство для врачей. Санкт-Петербург, Издательство «Гиппократ», 2002 г.
2. Гусев Е.И., Коновалов А.Н. Неврология и нейрохирургия (учебник в двух томах I-II кн.). – М., 2008-2009 г.
3. Лившиц А.В. Хирургия спинного мозга. – М. Медицина, 1990. – 352 с.
4. Мамадалиев А.М. Ишиас. Ўзбекистон Республикаси энциклопедияси. 1998 й. 4 том, 310 б.
5. Мамадалиев А.М. Современные методы диагностики остеохондроза и грыж межпозвонковых дисков. Журнал теоретической и клинической медицины, Ташкент, 2000 г. №3. 133-134 стр.
6. Мамадалиев А.М. Тактика консервативного и хирургического лечения неврологически осложненных грыж межпозвонковых дисков. Доклад на III съезда невропатологов Узбекистана, Ташкент 2002 г. 20 с.
7. Мамадалиев А.М., Шодиев А.Ш. Бўйин, кўкрак, бел остеохондрозининг этиологияси, патогенези, клиникаси консерватив ва жаррохлик усулида даволан муаммолари. «Вертебрологиянинг долзарб муаммолари» мавзусида ўтказилган илмий-амалий конференция илмий ишлари тўплами. 22 май 2004 й. Самарканд, 12-бет.
8. Мамадалиев А.М., Мамадалиева С.А., Мухаммеджанов Н.З. Тактика хирургического лечения остеохондроза и грыж межпозвонковых дисков. Материалы II Республиканской научно-практической конференции нейрохирургов Узбекистана. Ташкент, 22-23 сентябрь, 2005 г. 43-44 стр.
9. Мамадалиев А.М., Алиев М.А. Магнитно-резонансная томография при различных нейрохирургических заболеваниях головного и спинного мозга. Материалы научно-практической конференции “Современные проблемы физики конденсированных сред”. 11-12 декабря 2009 г., Самарканд, Узбекистан, 56-стр.
10. Мамадалиев А.М., Шодиев А.Ш., Алиев М.А. Умурткалараро диск чурралари диагностикасида магнит-резонанс томографиянинг ўрни. Материалы научно-практической конференции “Современные проблемы физики конденсированных сред”. 11-12 декабря 2009 г., Самарканд, Узбекистан.
11. Мамадалиев А.М., Мамадалиева С.А., Алиев М.А. Эффективность щадящих доступов для удаления грыж межпозвонковых дисков пояснично-крестцового отдела позвоночника. Материалы IV научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы нейрохирургии». 17 сентябрь, 2010 г. Ташкент. 131-стр.
12. Мамадалиев А.М., Алиев М.А., Мамадалиева С.А. Особенности реабилитации больных, оперированных по поводу удаления грыж

межпозвоноковых дисков пояснично-крестцового отдела позвоночника. Материалы научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы медицинской реабилитации, физиотерапии и спортивной медицины», Самарканд, 25-26 ноября 2014 г.

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

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

16. Мухаммаджанов Н.З., Мамадалиев А.М. Руководство по мануальной диагностики и терапии Монография. Ташкент, «Фан» 2005 г., 198 стр.

17. Мухамеджанов Н.З. Мамадалиев А.М. ва б.к. Клинико-рентгено-компьютерно-томографические признаки пояснично-крестцового остеохондроза. Радиология XXI аср бўсағасида: Турли аъзо ва тизим касалликларини таъхислашда визуализациянинг замонавий усуллари илмий-амалий конференцияси илмий ишлари тўплами. Самарканд. 2001 й. 94-95 бет.

18. Нейрохирургия: учебник / В.И. Цымбалюк, Б.Н. Лузан, И.П. Дмитерко и др.; Под редак. Проф. В.И. Цымбалюка. М. Медицина. 2008, - 160 с.

19. Пастор Э. «Основы нейрохирургии», Будапешт 1985.

20. Ромоданов А.П., Мосичук И.М., Цымбалюк В.И. Нейрохирургия: Учебник. –М. 1998.

21. Спитый В.И. Нейрохирургия: учебник / Харьков, 2006, с. 465-480.

22. Худойбердиев Х.Х. Нейрохирургиядан амалий қўлланма. Тошкент, 1998.

23. Цимбалюк В.Г., Хонда А.Н., Третьяк И., Нейрохирургия. Курс лекций. – Киев, 1998. -206 с. Издание второе, стереотипное, - Киев, 2000. 256 с.

24. Mamadaliyev A.M., Aliyev M.A., Mamadaliyeva S.A. Efficiency of operativ sparing access for ablation hernia intervertebral discs lumbosacral parts of spinal column. Abstract book of 8th ACNS & 1st Asian Neurosurgical Nursing Congress. Kuala Lumpur, Malaysia. 22-24th November, 2010 y., on page 207.

25. Mamadaliyev A.M., Mamadaliyeva S.A. The Importance of Operativ Sparing Access for Ablation Hernia Intervertebral Discs Lumbosacral Parts of Spinal Cord. Abstract book of XV WFNS World Congress of Neurosurgery. Seoul, Korea. 7-13th September, 2013, FA0759 Poster presentation.

26. moodle.sammi.uz

27. nsi.ru

Tuzuvchilar:

Mamadaliyev A.M. – SamMI neyroxirurgiya kursi mudiri, tibbiyot fanlari doktori, professor.

Aliyev M.A. – SamMI neyroxirurgiya kursi katta ilmiy xodim-izlanuvchisi.

Mamadaliyeva S.A. – SamMI klinikasi neyroxirurgiya bo'limi vrach-ordinatori.

UMURTQA POG'ONASI OSTEOXONDROZI VA UMURTQALARARO DISK CHURRALARI

Meditsina oliy o'quv yurtlarining yuqori kurs studentlari, magistratura rezidentlari va klinik ordinatorlar uchun o'quv-uslubiy tavsiyanoma

Тех. муҳаррир: Қаҳрамон Бердиев
Саҳифаловчи дизайнер: Шавкат Сайфуллаев

Қоғоз бичими А-4. 6. т. 3,25. Оффсет қоғози.
Адади 100 нусха. Буюртма № 17/54

Самарқанд ш. Сўғдиёна мавзеи Алпомиш кўчаси 35 уй
«Илм нур файз» МЧЖ босмахонасида чоп этилди.

Хизматлар лицензияланган.
Лицензия рақами 18-3306, 23 июль 2014 йил, Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлиги томонидан рўйхатдан ўтган.