

УМУРТҚА ПОҒОНАСИНИНГ ДЕГЕНЕРАТИВ КАСАЛЛИКЛАРИ ВА УЛАРНИНГ ДИАГНОСТИКАСИ Тўғрисидаги замонавий тушунчалар



Ҳамдамова Баҳора Комилжоновна, Қодиров Умид Арзикулович, Ваққосов Илхом Шукурович Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЗВОНОЧНИКА И ИХ ДИАГНОСТИКЕ

Хамдамова Баҳора Комилжоновна, Кодиров Умид Арзикулович, Ваққосов Илхом Шукурович Самарқандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарқанд

MODERN CONCEPTS OF DEGENERATIVE DISEASES OF THE SPINE AND THEIR DIAGNOSIS

Khamdamova Bakhora Komiljonovna, Kodirov Umid Arzikulovich, Vakkosov Ilkhom Shukurovich Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Орқа мия дегенератив касалликлари вақт ўтиши билан ривожланган каскадли жараён эволюцияси кўрсатилган. Клиник куринишлар мураккаб ўзгаришлар, жумладан, остеохондроз, спондилоз, остеоартрит туфайли юзага келади, улар купинча туғма мойиллик билан кучаяди. Диагностик тадқиқотлар ушбу ўзгаришларни аниқлашга қаратилган. Даволаш тактикасини танлаш учун илдизнинг сиқилишини аниқлаш айниқса муҳимдир. Шунинг учун МРТ танлов усули ҳисобланади.

Калит сузлар: умуртқа поғонасининг дегенератив касалликлари, диск чурраси, магнит-резонанс томография.

Abstract. Degenerative diseases of the spinal cord have been shown to be a cascading process that develops over time. Clinical manifestations are caused by complex changes, including osteochondrosis, spondylosis, osteoarthritis, which are often aggravated by congenital predisposition. Diagnostic studies are aimed at identifying these changes. It is especially important to determine the compression of the root to choose treatment tactics. Therefore, MRT is the modality of choice.

Key words: degenerative diseases of the spine, disc herniation, magnetic resonance imaging.

Долзарблиги: Орқа мия дегенератив касалликларининг патогенези ва клиник куринишларнинг ривожланиш босқичи масалалари муҳокама қилиш ва натижаларини таҳлил қилиш.

Тадқиқот мақсади: Орқа мия дегенератив касалликларининг патогенези ва клиник куринишларнинг ривожланиш босқичи масалалари муҳокама қилиш ва натижаларини таҳлил қилиш.

Материаллар ва усуллар: Бутун дунёда умуртқа поғонасининг дегенератив касалликларининг клиник куринишлари ногиронликнинг асосий сабабларидан биридир. Умуртқа танаси орасида умуртқаларо дисклар жойлашган бўлиб, улар пулпоз ядро ва фиброз ҳалқадан иборат. Пулпоз ядро протеогликанлардан, шу жумладан узун гиалесфоник занжирлардан иборат.

Улар, уз навбатида, гидрофилик ён занжирларга эга. Диск орқа томонда қалинроқ. Дискнинг васкулиризацияси 8-10 ёшда юқолади ва кейин у қушни суяк илигидан диффузия билан озикланади. Дискдаги метаболик жараёнлар жуда секин бўлади.

Ҳаётнинг учинчи ун йиллигидан бошлаб дискда мураккаб биокимёвий жараёнлар бошланади: креатин сулфат ва хондроитин сулфат нисбати ортади, хондроитинлар орасида нисбат ҳам хондроитин-4-сулфат фойдасига ўзгаради. Синтез камаяди ва протеогликанлар ва коллаген булмаган оксилларнинг концентрацияси камаяди. Мукополисахаридларнинг деполимеризацияси сув юкотилишига олиб келади. Дискни кислород билан таминлаш озуқа моддалари ёмонлашади ва метаболик маҳсулотлар, аксинча, тўланади. Интервертебрал дискнинг аста-секин сувсизланиши

мавжуд. Пулпоз ядроси коллагенни тўплайди ва унинг ўрнини толали тўқима эгаллайди. Диск ўзининг эластиклигини юқотади. Протеогликанларнинг йўқ қилиниши билан пулпоз ядронинг периферик қисмида бўшлиқлар пайдо бўлади. Ядро фиброз халқа ичига кира бошлайди. Пулпоз ядросида босимнинг юқолиши газларнинг, асосан, азотнинг тупланишига олиб келади, бу ҳодиса "вакуум феномени" деб аталади. Ушбу белги купинча КТда ва вақти-вақти билан МРТда куринади. Шу билан бирга, дегенератив жараён фиброз халқага тасир қилади. Диск дегенерациясида нотугри овқатланиш муҳим рол уйнайди. Билвосита, бу диффузияга асосланган МРТда коэффициентининг пасайиши билан далолат беради. Ушбу тенденция ёшга аниқ боғлиқдир. Жараён дискнинг орқа қисмидан бошланади, сўнгра бутун дискга тарқалади, пулпоз ядронинг чегараси ва толали халқа учиради. 30 ёшдан сунг пулпоз ядросида толали туқималар пайдо бўлади. Сагиттал МРТда у ядро марказида охириги пластинкага параллел булган чизикка ўхшайди. Бу хусусият ёшга боғлиқ табиий ўзгариш сифатида қабул қилинади. Диск баландлигининг пасайиши нафақат унинг насли даражасига, балки дискдаги юкга ҳам боғлиқ. Остеохондроз кўпинча дискга улашган худудларда дегенератив ўзгаришлар билан бирга келади. М.Т. Моклич ва бошқалар бу ўзгаришларнинг 3 турини ажратиб курсатадилар. 1-тоифа Т1 га боғлиқ томограммаларда сигнал интенсивлигининг пасайишига ухшайди, Т2 га боғлиқ бўлганларда эса кучаяди ва ўзгартирилган худудларда контрастнинг кучайиши қайд этилади. Бундай ўзгаришлар тахминан 4% ҳолларда содир бўлади ва кон томирларининг кучайиши билан толали тўқималарни акс эттиради. 2 тоифа 16% ҳолларда кузатилади ва Т1 ва Т2 га боғлиқ бўлган томограммаларда сигнал интенсивлигининг ортиши майдонига ўхшайди. Шубҳасиз, бу суяк илигининг ёғли дегенерациясини акс эттиради. 3 тоифа Т1 ва Т2 га боғлиқ томограммаларда сигнал интенсивлигининг пасайиши сифатида кузатилиши мумкин. Суяк илигидан характерли

сигналнинг йўқлиги унинг фибросклеротик туқималар билан алмаштирилишини акс эттиради.

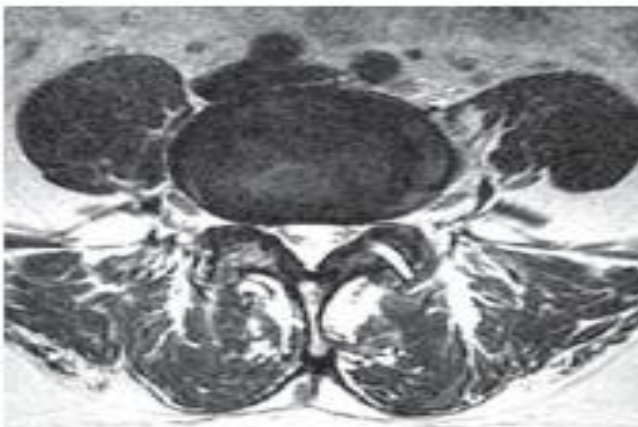
Фиброз халқа периферик толаларининг дегенерацияси уларнинг кортикал суяк тўқимаси билан алоқасининг заифлашишига, бўшлиқларнинг пайдо бўлишига ва дискнинг олдинги силжишига олиб келади. Бу периферик толаларнинг сўнгги пластинка билан туташган жойида кучланишни келтириб чиқаради ва остеофитларнинг шаклланишига олиб келади. Дастлаб, улар горизонтал текисликда ҳосил бўлади, лекин улар орқа узун бойлам томонидан бу йўналишда ушлаб турилади. Остеофитлар 50 ёшдан ошган одамларнинг 60-80% да рентгенологик усулда аниқланади

Артрознинг кейинги ривожланиши остеоартрит шаклланишига олиб келади (1-расм). Остеоартрит 60 ёшдан ошган барча одамларда мавжуд.

Остеоартрит ён чунтакнинг пасайишига олиб келади (одатда бел даражасида 5 мм). Синовиал бугим суюқлиги бугим капсуласидаги ёриқлар орқали чиқиб, киста ҳосил қилиши мумкин. Синовиал кисталар пайдо бўлиши учун одатий жой L4 дискининг даражаси ҳисобланади. КТда синовиал киста гипо- ёки гипердензия бўлиб, унинг деворида калсификациялар бўлиши мумкин. МРТда синовиал киста гипо- ёки бироз гиперинтенсивдир (2-расм). Базида киста катта ҳажмга этади ва илдизни сиқиб кўяди.

2-босқичдаги дегенератив жараёнлар дисклар баландлигининг янада пасайиши, чурра шаклланиши ва фасет бугимларининг артрози шаклида намоён бўлади. Клиник жиҳатдан бу босқич огрик ва радикуляр синдром шаклида энг аниқ намоён бўлади.

Артикуляр аппаратларнинг дегенерацияси бойламларнинг заифлашишига ва уларнинг классификациясига олиб келади. Дегенератив жараённинг яна бир муҳим компоненти вертебра жисмларининг сирпаниши яъни спондилолистездир.



Расм 1. Остеоартроз. Т2 МРТ



Расм 2. Синовиал киста. Т2 МРТ



Расм 3. Дегенератив ретролистез. Сагиттал T2 МРТ



Расм 4. Бўйин қисмида тор орқа мия канали. Сагиттал T2 МРТ



Расм 5. Кўкрак умуртқасидаги чурралаи дисклар: а - сагиттал T2 га боғлиқ МРТ; б - аксианал T2 га боғлиқ МРТ

Этиологияга кўра, у туғма (диспластик), спондилолитик (, дегенератив, травматик, патологик (яллиғланиш, ўсимта) ва ятрогеник (операциядан кейинги) бўлиши мумкин. Дегенератив спондилолистез остеоартрит билан боғлиқ. Бу этиологиялардан фарқли уларок, дегенератив ретролистез ҳам мавжуд (3-расм).

Листез даражаси ҳар доим кичикдир. Спондилолистезнинг 15-20% гача бўлган ҳолатлари туғма ҳисобланади. Одатда бу фасет буғимларининг иккиламчи дегенерацияси билан артикуляр жараёнларнинг дисплазиясидир. Орқа миядаги дегенератив ўзгаришлар мажмуаси орқа мия каналининг торайиши (4-расм) ёки латерал чуқурча спондилозига олиб келиши мумкин.

Орқа мия каналининг ўлчови кўрсаткичлари куйидагича:

- бўйин қисмида 17-18 мм (10-13 мм кам бўлганда стеноз);
- кўкрак қисмида 12-14 мм (ўлчов 12 мм дан кам бўлса ва клиник белгилар мавжуд бўлса стеноз ҳисобланади);
- бел соҳасида 15-27 мм (ўлчов 12 мм дан кам бўлса ва клиник белгилар мавжуд бўлса стеноз ҳисобланади).

Орқа мия каналининг анатомик торлигидан ташқари, эгилиш ва кенгайиш шароитида латерал

рентгенограммаларда аниқ кўринадиган "динамик" торликни ҳисобга олиш керак. Кенгайиш орқа мия канали ва латерал чўнтақларининг тахминан 11% га торайишига олиб келади ва беқарорлик янада торайиши ва характерли аломатлар пайдо бўлишига олиб келади.

Ушбу дегенератив ўзгаришлар мажмуаси вертебра сегментларида ҳаракатчанликнинг пасайишига олиб келади, аммо доимий мушаклар кучланиши мавжуд ва сколиоз шаклланади. Клиник кўринишлар ҳам кўп жиҳатдан чурранинг умуртқа поғонасига таъсирига боғлиқ.

Кўпинча орқа чурралар умуртқа поғонасида кузатилади, уларнинг 90% L 4-5 ва L5-S1 даражаларида локализация қилинади. Бу пастки вертебра сегментлари энг катта юкга эга булган соҳаларидир. Бўйин соҳасидаги чурраларнинг частотаси белга қараганда деярли 10 барабар камроқ. Энг тез-тез тасирланиш ҳолатлари С6 ва С6-7 қисмига тўғри келади. Кўкрак соҳасида чурра билан касалланиш барча даражаларнинг 1% дан камини ташкил қилади (5-расм). Бу асосан вертебра сегментларининг паст ҳаракатчанлиги билан боғлиқ.

Чиқиб кетиш даражасига кўра, чурранинг куйидаги турлари ажратилади.

1. Чиқиб кетиш (буртиб чиқиш) – толали ҳалқанинг ёрилишсиз кучсизлигидан дискнинг буртиб чиқиши, маҳаллий (кундаланг текисликда дискнинг орқа контурининг 50% гача) ва тарқоқ булиши мумкин. Протрузияни тулиқ маънода чурра деб ҳисоблаш мумкин эмас, чунки у кўпинча мослашувчан хусусиятга эга, масалан, спондилолистез билан.

2. Пролапс (чурраси) - пулпоз ядросининг чиқиши билан толали ҳалқанинг ёрилиши.

3. Экструзия (экструзия) - орқа узун бойламнинг ёрилиши билан пролапс.

Радиацион диагностиканинг асосий вазифалари куйидагилардан иборат:

- орқа мия каналининг ҳолатини баҳолаш, яъни спондилоз, диск чурраси намоёнларини аниқлаш;

- илдиз ёки орқа мия сиқилишини урганиш;

- илдиз ва унинг атрофидаги туқималарнинг махсус шароитларини аниқлаш: неврит, арахноидит, эпидурит.

Патологик дискларни ташхислаш усуллари:

1. МРТ танлаш усули ҳисобланади.

2. КТ МРТ юқлигида, суяк стенози билан, спондилолиз ва спондилозга шубҳа билан (айниқса, кексаларда) курсатилади.

3. Дискография: Унинг роли куп марта қайта куриб чиқилган. Энди бу асосий диагностика усули эмас, дискоген оғриқ турини тасдиқлаш учун жуда камдан-кам қўлланилади.

4. Миелография ва КТ миелографияси илдиз сиқилишини тасдиқлаш учун кам ишлатилади.

МРТ нисбатан кам қарши кўрсатма ва чекловларга эга. Ягона мутлақ қарши кўрсатма - беморда суний юрак стимулятори мавжудлиги. Қийинчиликлар оғир кластрофобия, шунингдек, беморнинг ортиқча вазни билан юзага келади. Дегенератив жараён ва чуррани баҳолаш учун стандарт сагиттал ва аксиал (дисклар орқали) T2 га боғлиқ томограммалар етарли ҳисобланади. T1 га боғлиқ томограммалар, қоида тариқасида, чуррали дисклар ҳақида янги маълумот бермайди. Бироқ, улар дифференциал диагностика учун фойдалидир. Сунгги йилларда МРТнинг бир неча янги усуллари таклиф қилинди. Динамик (кинетик) МРТ техник жиҳатдан мураккаб ва текшириш вақтини сезиларли даражада узайтиради, шу билан бирга унинг натижаларининг даволаш тактикасини танлашга таъсири аниқ эмас.

Нейрография - периферик нервларни, асосан, елка ва бел чигалларни кўриш учун мулжалланган махсус МРТ усули. У градиент T1га боғлиқ томограммалардан ва сигнални бостириш ва кейинги 3Д реконструкция қилиш билан T2 га боғлиқ томограммалардан иборат. Градиент импульслар кетма-кетлигидаги акс-садонинг кечикишини ултратовуш (секунднинг ундан бир

қисмига) камайтираш қисқа бушашиш вақтига эга булган тузилмаларни - бойламларни яхшироқ тасаввур қилиш имконини беради.

Даволаш тактикасини танлаш асосан илдиз сиқилишининг мавжудлиги ёки йўқлигига боғлиқ. МРТга КТ да илдизларнинг сиқилиши белгиларининг силжиши, купинча шиш - чегараларнинг кенгайиши ва йўқ қилиниши, базада эпидурал венанинг кенгайиши ҳисобланади. Стандарт МРТ ва КТ, айниса ён чунтакда илдиз сиқилиши мавжудлигини кам баҳолайди. Юқори майдонларда МРТ паст майдонларга қараганда бир мунча яхши натижалар беради, аммо улар ананавий рентген пиелографиясидан сезиларли даражада пастроқдир. МРТда контраст одатда ишлатилмайди. Бироқ, малумки, диск чурраларида илдиз контрасти деярли 40% ҳолларда кузатилади.

Адабиётлар:

1. Абдувакилов Ж. У., Ризаев Ж. А. Особенности течения воспалительных заболеваний пародонта при метаболическом синдроме // Вісник проблем біології і медицини. – 2018. – Т. 1. – №. 2 (144). – С. 353-355.

2. Ахмедова Д.А., Хакимова С.З., Джурабекова А.Т. "Особенности постинсультной депрессии в раннем и позднем восстановительном периодах" Инновационная наука, но. 6-2, 2015, pp. 224-227. Баринов А.Н., Махинов К.А., Шчербоносова Т.А. Дори воситаларининг креатсионизм призмаси орқали эволюцияси. Самарали фармакотерапия. - 2016. - Но 36. - Б. 6–12

3. Буриева Д.М., Хакимова С.З., Джурабекова А.Т. "Сравнительное изучение функции поддержания вертикальной позы у здоровых лиц и больных с паркинсонизмом" Инновационная наука, но. 6-2, 2015, pp. 232-236.

4. Хакимова С. З., Хамдамова Б. К., Кодиров У. О. Сравнительная корреляция маркеров воспалительного метаморфизма в периферической крови при дорсопатиях различного генеза // Узбек жоурнал оф сасе репортс. – 2022. – Т. 2. – №. 2. – С. 12-18.

5. Гафаров Р.Р. и др. "Ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа – первая линия терапии эректильной дисфункции" Достижения науки и образования, но. 5 (59), 2020, pp. 103-108.

6. Дадашева М.Н., Разилова А.В., Болдин А.В. Турли хил этиологияларнинг оғриқ синдромида декскетопрофенни амалий қўллаш имкониятлари. Қийин бемор. - 2018. - Т. 16. - 10-сон. – Б. 32–36.

7. Данилов А.В. Аралаш оғриқ. Патолофизиологик механизмлар - клиник амалиётга таъсири. Оғриқ синдромларининг аралаш турларини ташхислаш ва даволашга ёндашувлар. - 2014. - Но 0. - Б. 10–

8. Дривотинов Б.В., Полякова Т.Д., Панкова М.Д. (2005) Орқа мия остеохондрозининг неврологик кўринишларида жисмоний реабилитация // Прос. нафақа. - Минск - 211 п.

9. Качалина О.В. Дисменорея ва пременструел синдромни амбулатория шароитида даволаш - замонавий имкониятлар. Қийин бемор. - 2015. - Т. 13. - Но 1-2. - 12-18-бетлар.
10. Коржавина В.Б., Данилов А.Б. Оғрик синдромларини даволашнинг янги имкониятлари ва истикболлари. кўкрак саратони. - 2010. - Но 0. - С. 31-35
11. Комплексная реабилитация больных с поясничными спондилогенными радикулопатиями. Самиев А.С., Мавлянова З.Ф. Science and education ISSN 2181-0842 Volume 4, ISSU 2. 2023. Pp.453-461.
12. Клиническая роль нейробруцеллеза среди больных хронической радикулопатией. Хакимова С.З., Мамурова И.Н., Самиев А.С. Academy 2019. 29-228
13. Мусаев У. Ю., Ризаев Ж. А., Шомурадов К. Э. Новые взгляды на проблему стигм дизэмбриогенеза зубочелюстной и лицевой системы с позиции их формирования в инвалидизации населения // Stomatologiya. - 2017. - №. 3. - С. 9-12.
14. Ниёзов Г.К. и др. "Клинико-неврологические особенности ДСП с эпилепсией и без эпилепсии" Достижения науки и образования, но. 13 (54), 2019, pp. 50-52.
15. Реабилитация больных, перенёсших оперативное вмешательство на позвоночнике. Самибаев Р.М. Самиев А. С. 2008 Рецензируемый научно-практический журнал «Неврологии». 3-39 стр.199 Ташкент
16. Ризаев Ж. А. и др. Анализ активных механизмов модуляции кровотока микроциркуляторного русла у больных с пародонтитами на фоне ишемической болезни сердца, осложненной хронической сердечной недостаточностью // Вісник проблем біології і медицини. - 2019. - №. 4 (1). - С. 338-342.
17. Ризаев Ж. А. и др. Значение коморбидных состояний в развитии хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста // Достижения науки и образования. - 2022. - №. 1 (81). - С. 75-79.
18. Ризаев Ж. А., Хакимова С. З., Заболотских Н. В. Результаты лечения больных с хроническим болевым синдромом при дорсопатии бруцеллезного генеза //Uzbek journal of case reports. - 2022. - Т. 2. - №. 3. - С. 18-25.
19. Ризаев Ж. А., Азимов А. М., Храмова Н. В. Догоспитальные факторы, влияющие на тяжесть течения одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний и их исход //Журнал" Медицина и инновации". - 2021. - №. 1. - С. 28-31.
20. Самибаев, Р. и др. (2016). Реабилитационный потенциал спастической мышцы при ишемическом инсульте: диагностика, тактика терапии. Журнал вестник врача, 1(2), 30-31.
21. Самиев А.С., Жабборов И. Хомиладор аёлларда кечадиган бел сохаси дегенератив спондилоген радикулопатияларида комплекс даволаш. Journal of Biomedicine and Practice. 2022, vol. 7, issue 5, pp.192-196.
22. Хамдамова Б. К., Хакимова С. З., Кодиров У. А. Особенности невроаскулярного состояния позвоночника при дорсопатиях у больных с сахарным диабетом //журнал биомедицины и практики. - 2022. - т. 7. - №. 6.
23. Хакимова С. З., и др. Особенности клинико-неврологических результатов обследования больных с дорсопатиями ревматического генеза //журнал биомедицины и практики. - 2022. - т. 7. - №. 1.
24. Хакимова С. З., и др. Изучение двигательной функции у больных с хроническим болевым синдромом при дорсопатиях различного генеза //инструменты, механизмы и технологии современного инновационного развития. - 2022. - с. 243-251.
25. Хакимова С.З., Атоходжаева Д.А. (2020). Асаб тизими шикастланганда бруселлэз билан оғриган беморларнинг оғрик синдромининг хусусиятлари. Тиббий-хукукий янгиланиш, октябр-декабр, жилд. 20, № 4.
26. Электромиографическое исследование при радикулопатиях Самиев А.С. Мирджурев Э.М. Самибаев Р. М. 2008. Рецензируемый научно-практический журнал «Неврологии» Том 3-39. Ст. 233. Ташкент.
27. British Medical Journal Volume-3, No 2 39 Optimization of rehabilitation measures for lumbar spondylogenic radiculopathies. Samiev A.S., Mavlyanova Z. F.
28. Gaskell H, Kattalardagi o'tkir operatsiyadan keyingi og'riqlar uchun bitta dozali og'iz ketoprofen yoki deksketoprofen. Cochrane ma'lumotlar bazasi tizimi Rev. 2017 yil 25 may;5: CD007355.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЗВОНОЧНИКА И ИХ ДИАГНОСТИКЕ

Хамдамова Б.К., Кодиров У.А., Вакосов И.Ш.

Резюме. Было показано, что дегенеративные заболевания позвоночника представляют собой каскадный процесс, который развивается с течением времени. Клинические проявления обусловлены сложными изменениями, в том числе остеохондрозом, спондилезом, остеоартрозом, которые нередко усугубляются врожденной предрасположенностью. Диагностические исследования направлены на выявление этих изменений. Особенно важно определить компрессию корня для выбора лечебной тактики. Поэтому МРТ является методом выбора.

Ключевые слова: дегенеративные заболевания позвоночника, грыжи дисков, магнитно-резонансная томография.