

ВЕРТЕБРОГЕН БЕЛ-ДУМҒАЗА РАДИКУЛОПАТИЯСИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ



Ўринов Мусо Болтаевич¹, Усмонов Мехриддин Муҳиддинович²

1 - Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.;

2 - Бухоро вилояти 28 сон Ғиждувон туманлараро Тиббий ижтимоий экспертиза комиссияси

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВЕРТЕБРОГЕННОЙ ПОЯСНИЧНО - КРЕСТЦОВОЙ РАДИКУЛОПАТИИ

Уринов Мусо Болтаевич¹, Усмонов Мехриддин Муҳиддинович²

1 - Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара;

2 - 28 Гиждуванская межрайонная медико-социальная экспертиза Бухарской области

METHODS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF VERTEBROGENIC LUMBAR-SACRAL RADICULOPATHY

Urinov Muso Boltaevich¹, Usmonov Mekhriddin Muhiddinovich²

1 - Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara;

2 - 28 Gijduvan interdistrict medical and social examination of the Bukhara region

e-mail: mexriddin1983@gmail.com

Резюме. Вертеброгеник бел-думгаза радикулопатия доимий иш қобилиятини йўқотишининг асосий сабабларидан биридир. Мақолада вертеброген лумбосакрал радикулопатиянинг эпидемиологияси, ривожланиш механизмлари, диагностикаси усуллари ва уни даволашга далилларга асосланган тиббиёт тамойилларига асосланган ёндашувлар ҳақида замонавий гоялар келтирилган. Комбинацияланган В витамини препаратларининг узоқ муддатли самарадорлигини баҳолайдиган клиник тадқиқот маълумотларига асосланиб, ушбу касалликни даволаш учун улардан фойдаланиш имкониятлари қўриб чиқилади.

Калит сўзлар: бел оғриғи, бел-думгаза радикулопатия, В витаминлари.

Abstract. Vertebrogenic lumbosacral radiculopathy is one of the main causes of persistent loss of work ability. The article presents modern ideas about the epidemiology, mechanisms of development, methods of diagnosis of vertebrogenic lumbosacral radiculopathy and approaches to its treatment based on the principles of evidence-based medicine. Based on the data of a clinical study evaluating the long-term effectiveness of combined vitamin B preparations, the possibilities of their use for the treatment of this disease are considered.

Keywords: back pain, lumbosacral radiculopathy, vitamins B.

Вертеброген бел-думгаза радикулопатия-бу орқа мия нерв илдизини компрессияси ёки ирритацияси натижасида юзага келган оғриғининг бир вариантдир. Бу айниқса кучли ва доимий оғриқ билан тавсифланади. Одатда характерчанликни кескин чеклаш билан бирга келиб, доимий ногиронликнинг энг кенг тарқалган сабабларидан биридир [4, 6, 13, 15]. Йил давомида радикулопатия аҳолининг 1-10 фоизида кузатилади ва ҳаёт давомида касал бўлиш эҳтимолини акс эттирувчи кумулятив тарқалиш 1,2 дан 43% гача ўзгариб туради[23]. Бу периферик асаб тизимининг шикастланишидан келиб чиқадиган оғриқнинг энг кенг тарқалган сабабидир. Еркаклар ва аёлларнинг касаллиги тахминан тенг, аммо еркакларда унинг чўққиси 40 ёшдан 50 ёшгача, аёлларда еса 50 ёшдан 60

ёшгача бўлиши кузатилади. Вертеброгеник радикулопатия учун хавф омиллари оғир жисмоний меҳнат, тик ҳолатда узоқ вақт туриш ёки олдинга эгилиш, ортиқча вазн, чекиш, оғир оилавий ҳаёт тарзи, ташвиш-депрессив касалликларнинг мавжудлиги, олдинги эпизодларнинг мавжудлигидир [5, 6, 13, 16, 18, 23]. Клиник кўриниши жиҳатдан бел-думгаза радикулопатия ўткир ёки ўткир ости ривожланаётган пароксизмал (тортишиш ёки пенетрацион) ёки доимий кучли оғриқ билан тавсифланади, бу вақти-вақти билан дерматомнинг distal соҳасига тарқалади (масалан, Лассега симптоми бажарганда). Оёқ оғриғи одатда бел оғриғи билан бирга келади, аммо ёшларда, шунингдек, латерал диск чурраси бор беморларда оёқда оғриқ сезилиши мумкин.

Жадвал 1. Бел ва думғаза илдизларнинг шикастланиш белгилари

белгилари	L-3	L-4	L-5	S-1
Оғриқ локализация	Сон ва тиззанинг олд юзаси	Тиззанинг ички юзаси ва пастки оёқнинг юқори қисми	Оёқнинг ташқи юзаси и бармоғига	Оёқнинг орқа юзаси в бармоғи ва товонига
Сезувчанликнинг пасайиши	Пастки сон ва тиззанинг олд юзаси	Тиззанинг ички юзаси ва пастки оёқнинг юқори қисми	Пастки оёқнинг ташқи юзаси ва оёқнинг ички юзаси	Оёқнинг ташқи юзаси, товон
Парез	Чанок сон бўғимида букиб, тиззани ёйганда	Тиззани ёйганда чанок сон бўғимида очилиши	Бош бармоғи ёки оёқнинг орқа эгилиши, оёқнинг ички айланиши	Оёқ кафтидаги бош бармоқ ва товоннинг букилиши
Диск чурраси мавжуд бўлган соха*	(L1–L2)** L2–L3 (L3–L4)***	(L2–L3)** L3–L4 (L4–L5)***	(L3–L4)** L4–L5 (L5–S1)***	(L4–L5)** L5–S1

Изох: Диск чуррасининг эгтимолий локализацияси қавс ичида кўрсатилган: * парамедиан ёки медиолатерал чурра билан, ** median диск чурраси билан, ***lateral диск чурраси билан

Оғриқ тўсатдан, кескин тайёр бўлмаган ҳаракатдан сўнг тортишиш ёки йиқилишдан кейин ривожланиши мумкин. Аввалига оғриқ ўртача бўлиши (одатда зерикарли ёки оғриқли), лекин аста – секин ўсиб боради, тортишиш ёки пирсингга айланади, камроқ-бу максимал интенсивликка этади. Агар радикулопатияга диск чурраси сабаб бўлса, оғриқ одатда ҳаракат билан ортади, айниқса олдинга эгилганда, зўриққанда, оғир кўтарганда, ўтирганда, бир ҳолатда узоқ вақт қолишда, йўтал ва аксирганда, бўйин томирларини босганда ва дам олишда заифлашади, айниқса бемор соғлом томонда ётганда, оғриган оёқни чанок сон бўғимида букканда оғриқ пасаяди. Паравертебрал мушакларнинг аниқ таранглиги кузатилади, ётган ҳолатда камаяди. Текширилганда, орқа кўпинча бир оз эгилган ҳолатда фиксацияланганлигини куришимиз мумкин. Сколиоз аниқланади, бу олдинга эгилганда кучаяди, лекин одатда ётган ҳолатда йўқолади. Бу кўпинча пастки орқа квадрат мушакларининг қисқаришидан келиб чиқади. Латерал диск чуррасида сколиоз соғлом томонга қараган, парамедиан диск чуррасида эса – оғриқ томонга йўналган бўлади. Олдинга эгилиш кескин чекланган ва фақат чанок сон бўғими орқали амалга оширилади. Оғриқ томонга эгилиш ҳам кескин чекланади. Бу сезгирликнинг бузилиши билан тавсифланади (оғриқ, ҳарорат, тебраниш ва бошқалар.) тегишли дерматомада (шу жумладан парестезия, гипер ёки гипалжезия, аллодиния, гиперпатия шаклида), орқа миянинг пай - бўғим рефлексларининг пасайиши ёки йўқолиши, гипотония ва бу илдиз томонидан иннервация қилинган мушакларнинг заифлиги (жадвалга қаранг). Оғриқ ирродиациясига қараганда парестезияларнинг локализацияси қайси илдиз зарарланганлигини аниқ кўрсатади ва шу билан ажралиб туради. Умуртқа поғонасида

тахминан 90% ҳолларда диск чурраси L4–L5 ва L5–S1 даражаларида локализация қилинганлиги сабабли, клиник амалиётда радикулопатия L5 (тахминан 60% ҳолларда) ёки S1 (тахминан 30% ҳолларда) кўпинча аниқланади. Қарияларда диск чурраси кўпинча юқори даражада ривожланади, шунинг учун улар кўпинча L4–L3 радикулопатиясига эгадирлар[1, 11, 24, 35, 36]. Тортишиш аломатлари ва биринчи навбатда Ласега симптомининг бўлиши одатий ҳолдир, аммо бу аломат радикулопатия учун ўзига хос эмас. Шу билан бирга, вертеброгеник оғриқ синдромининг оғирлиги ва динамикасини баҳолаш учун жавоб беради. L-4 илдизи зарарланганда, "олдинги" тортишиш симптоми–Вассерм симптоми кузатилади. Вассерман симптоми- бемор қорнида ётган ҳолатда текис оёғини юқорига кўтарган ва чанок сон бўғимида буккан ҳолатда, ёки тизза бўғимида букканда текширилади. Дискоген радикулопатияларда мушакларнинг кучсизлиги одатда енгилдир, аммо баъзида илдиз оғриғининг кескин ошиши фонида оёқнинг аниқ парези (фалажланувчи ишиас) содир бўлиши мумкин. Ушбу синдромнинг ривожланиши L-5 ёки S-1 илдизларининг ишемияси билан боғлиқ бўлиб, уни озиклантирувчи томирларнинг сиқилиши (радикулоишемия) натижасида юзага келади. Кўпгина ҳолларда, бир неча ҳафта ичида парез регрессияга учрайди. Ўткир икки томонлама илдизча синдроми (от думи синдроми) камдан-кам учрайди, одатда пастки бел дискининг (Марказий) чурраси туфайли. Синдром оёқларда тез ортиб бораётган икки томонлама носимметрик оғриқлар, чов соҳасининг онеменияси ва гипестезияси, пастки бўш парепарез, сийдик тутилиши, нажасни ушлаб туриш билан намоён бўлади. Ушбу клиник ҳолат нейрохирург билан шошилишч маслаҳатлашишни талаб этади.

Радикулопатия ташхиси биринчи навбатда характерли клиник белгилар асосида кўйилади: беморда битта бўлса ҳам илдизча типиди иррадиацияловчи оғриққа хос характерли неврологик симптомнинг бўлиши, Диск чуррасининг бўлиши, тегишли даражадаги илдиз каналининг стенози ёки илдиз сиқилишининг бошқа сабаблари КТ ёки МРТ ёрдамида аниқланиши мумкин. Бирок, визуализация маълумотларини талқин қилишда, ҳеч қачон бел оғриғини бошдан кечирмаган одамларнинг тахминан 1/3–2/3 қисмини ҳисобга олиш муҳим, бу тадқиқот усуллари бел-думғаза умуртка поғонасида, кўпинча бир неча даражаларда маълум ўзгаришларни аниқлайди.

Хусусан, ушбу шахсларнинг ярмида дискнинг бир хил симметрик чиқиши, чорактасида – фокал ёки ассиметрик чиқиши аниқланади. Фақат дискнинг экструзияси радикулопатия билан аниқ боғлиқ бўлиб, бу узунлиги унинг асосининг кенглигидан ошиб кетганда унинг чиқиб кетишининг ўта даражаси сифатида тушунилади [5, 7, 11, 35, 36]. Фавқулудда КТ ёки МРТ ўтказиш от думи илдизларининг компрессияси ёки орқа мия тугилиши белгилари мавжуд бўлганда, шунингдек, умуртка поғонасининг юкумли, ўсма, яллиғланиши билан зарарланганга шубҳа қилинганда амалга оширилади. Хавфли белгилари бўлмаса КТ ёки МРТни 4-6-хафталарда аниқ оғриқ синдромини сақлаб турганда – жаррохлик даволаш мақсадга мувофиқлигини ҳал қилишда ўтказиш тавсия этилади. ЭНМГ маълумотлари вертеброген радикулопатияда камдан-кам амалий аҳамиятга эга, аммо баъзида периферик асаб ёки плексус шикастланиши билан дифференциал диагностикада муҳим аҳамиятга эга, МРТ да диск чурраси илдизининг компрессияси аниқламаган ҳолларда [27]. Кўрсатмаларга кўра ўпка рентгенографияси, корин бўшлиғи ва тос аъзоларининг ультратовуш текшируви, ретроперитонеал бўшлиқ, экскретор урография, ректороманоскопия ўтказилади. Аёлларда гинекологнинг текшируви мажбурийдир. Текширув комплекси, шунингдек, клиник қон текшируви ва умумий сийдик таҳлилини, қанд миқдори, электролитлар, карбамид азот, креатинин, калций, фосфор, сийдик кислотаси, оксил зардоби электрофорезини аниқлашни ўз ичига олиши мумкин. Эркалар ПСА учун синовдан ўтказилади. Агар бел ва оёқ оғриғи биринчи марта 50 ёшдан кейин пайдо бўлса, прогрессив бўлса, умумий заифлик, вазн йўқотиш, иситма ва бошқа умумий симптомлар билан бирга бўлса, махсус хушёрлик зарур ҳисобланади.

Даволашнинг умумий тамойиллари вертеброген радикулопатия билан оғриган

беморларнинг кўпчилигида консерватив терапия фониди чап синдромнинг сезиларли заифлашиши ва регрессиясига эришиш мумкин. Радикулопатиянинг консерватив терапиясининг асоси, шунингдек, бел оғриғининг бошқа вариантлари, касалликнинг ривожланишининг биринчи соатларидан бошлаб, қўлланилиши керак бўлган ностероид яллиғланишга қарши дорилар. Айниқса кучли оғриқлар билан, контрэндиқациялар бўлмаса, трамадолни кунига 300 мг гача дозада ёки бошқа опиоидларни (масалан, transdermal шаклда фентанил) қисқача вақтинча ишлатиш мумкин. Даволашнинг мажбурий компоненти миорелаксантлар қисқа (7-14 кун) курс бўлиши керак (масалан, парентерал тизанидин, толперазон ёки шунингдек баъзан уларнинг комбинацияси) [15, 25]. Кортикостероидлар яллиғланиш реакциясига қарши энг самарали воситасидир, шу билан бирга уларни epidural юбориш Кортикостероидларнинг киритилиши оғриқ синдромининг сезиларли даражада заифлашишига олиб келади, гарчи бу радикулопатиянинг узоқ муддатли прогнозига таъсир қилмаса ҳам. Кортикостероидларнинг самарадорлиги касалликнинг уч ойдан кам бўлган давомийлиги билан юқори бўлади. Кортикостероидлар зарарланган segment даражасида (трансламинар ёки трансфораминал усул) қўлланилиши мумкин, бу энг маъқул, ёки думғаза-дум ёки биринчи думғаза орқали афзалроқдир, бу эса юқори маҳаллий концентрацияни яратади. Игна пара-vertebral мушаклар (парамедиан кириш билан) ёки суяклараро ligament (median кириш билан) орқали киритиладиган Трансламинар кириш трасфораминал киришдан кўра хавфсизроқдир, бунда игна intervertebral тешик орқали киритилади. Бирок, қатъий рентген назорати остида амалга оширилган охириги йўл самаралироқдир [38]. Эпидурал равишда инъекция жойида депо ҳосил қилувчи кортикостероидларни қўллаш афзалроқдир, масалан, гидрокортизон (100 мг) суспензияси, метилпреднизолон (40 мг) ёки дипроспан. Кортикостероидлар анестетик билан бирга битта ўприқда киритилади (масалан, новокаиннинг 0,5% эритмаси билан). Интерламинар равишда қўлланиладиган эритманинг ҳажми одатда 10 мл гача, трансфораминал – 4 мл гача, сакрокоцикуляр ва биринчи сакрал умуртқаларда - 20 мл гача. Самарадорликка қараб, такрорий инъекция бир неча кун ёки ҳафта оралиғида амалга оширилади [12].

Мақсадга мувофиқ Кортикостероидлар фақат радикулопатиянинг ўткир ва ўткир ости босқичларида қўлланилиши керак, ҳолбуки улар сурункали босқичда самарасиз [38]. Биргаликда миофасциал синдром мавжуд бўлганда оғриқли

нукталарнинг блокадаси ва триггер нукталарининг инактивацияси ҳам муҳим бўлиши мумкин. Вертеброгеник радикулопатияда диуретиклар ёки вазоактив дориларни қўллаш, шу жумладан веноз чиқишни "яхшилаш" учун етарли асослар йўқ. Шунга қарамай, пентоксифиллиндан фойдаланиш мумкин, у ФНО- α махсулотига тормозловчи хусусиятини инобатга олиш муҳимдир [19]. Оғриқ синдромининг аралаш табиатини ҳисобга олган ҳолда, нафақат носисептив, балки оғриқнинг нейропатик компоненти ҳам таъсир қилиш истиқболли кўринади [13].

Шунга қарамай, ҳозирги кунга қадар анъанавий равишда нейропатик оғриқ учун ишлатиладиган дорилар, биринчи навбатда антидепрессантлар ва антиконвулсантлар самарадорлиги етарли даражада исботланмаган. Фақат бир нечта кичик тадқиқотлар топирамади, габапентин, ламотригин [21, 26, 33] нинг ижобий таъсирини кўрсатди. Бел-думғаза радикулопатияси билан оғриган беморларда прегабалинни яқинда плацебо назорати остида ўрганиш салбий натижаларни кўрсатди [13]. Вертеброген радикулопатияда антиконвулсантларнинг самарадорлиги улардан фойдаланишнинг эрта бошланиши бўлиши мумкин [6]. Лидокаин плиталарини маҳаллий қўллаш билан ҳам ижобий таъсирга эришиш мумкин.

Ўткир даврда ётоқ режимда дам олиш кўпинча муқаррардир, аммо иложи борича минималлаштириш керак. Тез-тез радикуляр бел оғриғидан фаркли ўлароқ, радикулопатияда фаолликни сақлаш ётоқда дам олиш учун афзал эканлиги ҳақида ҳеч қандай далил йўқ [38]. Шундай бўлсада, эрта сафарбарликнинг фойдалари ҳақида билвосита далиллар мавжуд, бу, хусусан, радикулопатиянинг ўткир даврида бензодиазепинлардан фойдаланишнинг салбий натижалар билан тасдиқланган [18]. Беморнинг ахволи яхшиланганда, умуртқа поғонасида ҳаракатчанликни оширишга ёрдам берадиган мануаль терапия, мушакларни ҳаракат қилишга ва бўшаштиришга қаратилган терапевтик гимнастика, физиотерапия муолажалари ва энгил массаж усуллари қўшилади.

Анъанавий равишда ишлатиладиган ва ҳали ҳам машҳур ломбер тортиш назорат остида ўтказилган тадқиқотларда самарасиз бўлиб чиқди [15]. Бундан ташқари, баъзи ҳолларда у бемор ахволининг ёмонлашувини келтириб чиқаради, чунки у зарарланган блокланган сегментнинг чўзилишига эмас (ва шунга мос равишда умуртқа поғонасининг декомпрессиясига), балки жойлашган сегментларнинг юқори ва пастиди чўзилишига олиб келади. Витамин В комплекси радикулопатиянинг консерватив терапияси самарадорлигини ошириш захираларидан бири б

витаминларидан фойдаланиш бўлиши мумкин. Б витаминларининг антиноцицептив ва яллиғланишга қарши таъсири кимёвий ва термал таъсир кўрсатадиган оғриқ моделларида экспериментал равишда тасдиқланган [22].

Витамин В комплекси радикулопатиянинг консерватив терапияси самарадорлигини ошириш учун захиралардан бири б витаминларидан фойдаланиш бўлиши мумкин, б витаминларининг антиноцицептив ва яллиғланишга қарши таъсири кимёвий ва термал таъсир кўрсатадиган оғриқ моделларида экспериментал равишда тасдиқланган [22]. В 1 витаминининг ўзи ёки В6 ва В12 витаминлари билан биргаликда комбинацияси орқа шохлар ва таламус даражасида оғриқ импулсларининг ўтишини тормозлаш хусусиятига эга [23]. Шунингдек, экспериментал равишда В витаминлари мажмуаси асосий антиноцицептив нейромедиаторлар бўлган норадреналин ва серотаниннинг таъсирини кучайтиради - таъсирини кучайтиради.

Бундан ташқари, В витаминлари таъсирида оксил синтезини ошириш орқали асаб толаларини янада муваффақиятли тиклаш учун шароит яратилиши мумкин [1]. Шунингдек, комбинацияланган vitamin комплексининг антиноцицептив таъсири яллиғланиш воситачиларининг синтезини инҳибе қилиш ва ёки таъсирини блокировка қилиш билан боғлиқ бўлиши мумкинлиги тахмин қилинган. Оғриқнинг лаборатор тажрибалар шуни кўрсатдики, В витаминлар аналгетикларнинг таъсирини кучайтиришга қодир, бу оғриқ қолдирувчиларнинг дозалари ва ностероид яллиғланишга қарши препаратларни узок қўллашни камайтиришга олиб келади, даволанишни хавфсизроқ қилади [14]. Шу билан бирга, вертеброген оғриқ синдромларида В витаминларининг клиник синовлари натижалари қарама-қарши бўлиб қолмоқда Шу муносабат билан биз дискоген бел-думғаза радикулопатия билан оғриган беморларнинг нисбатан бир ҳил гуруҳида (Милгамма, Верваг Phagma, Германия шаклида) В витамин комплексининг самарадорлигини ўз тадқиқотимизни ўтказдик [5]. Беморларнинг ушбу гуруҳи оғриқнинг нейропатик компоненти мавжудлигига қараб танланган, унда В витаминлари, экспериментал маълумотларга кўра, айниқса самарали бўлиши мумкин. Тадқиқот истиқболли характерга эга бўлиб, препаратнинг қисқа муддатли ва узок муддатли таъсирини баҳолашга имкон беради. Тадқиқотда ўртача ёки қаттиқ оғриқли бемор аёллар киритилган (10 балли визуал analog шкала бўйича балл [VAS] камида 4 балл), хуруж давомийлиги камида бир ой. 44 бемор икки гуруҳга бўлинган, улардан бирида Милгамма ностероид яллиғланишга қарши препарат

(диклофенак) билан биргаликда буюрилган, иккинчисида фақат диклофенак терапияси ўтказилган. Гуруҳлар ўртасида ёш, касалликнинг давомийлиги, касаллик давомийлиги, оғриқ синдромининг интенсивлиги бўйича сезиларли фарқлар йўқ эди. Шу билан бирга, беморларга диклофенак буюрилди, у биринчи (75 мг/сут) кун давомида белгиланган дозада (кунига 10 мг) томир ичига юборилади ва кейин керак бўлганда оғиз орқали юборилади.

Иккинчи гуруҳда даволаниш диклофенакни қўллаш билан чекланган бўлиб, у дастлабки 10 кун ичида белгиланган дозада (кунига 75 мг) томир ичига юборилади ва кейин керак бўлганда оғиз орқали ҳам қўлланилади. Тадқиқотнинг дастлабки 24 кунда физиотерапия, рефлексотерапия, массаж ёки мануал терапия ўтказилмаган. Беморларнинг аҳолини баҳолаш умумий клиник таассурот шкаласи, бел оғриғи (ШБС) шкаласи, vertebral синдром (ШБС) шкаласи, 10 ва 24-кунларда нейропатик оғриқ шкаласи ёрдамида амалга оширилди. Бундан ташқари, 3 ва 6 ойдан кейин ушбу ҳолат махсус ишлаб чиқилган анкета ёрдамида телефон орқали суҳбат орқали баҳоланди.

Тадқиқотнинг биринчи босқичининг охирига келиб (24-кун) Мильгамманинг диклофенак билан комбинацияси фойдасига сезиларли фарқлар қайд этилди (комбинацияланган терапияда бошланғич даражага нисбатан ШБС учун умумий баллнинг пасайиши 49% га нисбатан 43% ни ташкил этди. фақат диклофенак бўлган таққослаш гуруҳида). Мильгаммани ўз ичига олган комбинацияланган терапия фониди СБС шкаласининг қуйидаги нуқталарида тезроқ пасайиш кузатилди: оёқларда ўз-ўзидан оғриқ, ҳаракат қилиш қобилиятини чеклаш ва кундалик фаолият яхшиланиши кузатилди.

Бундан ташқари, фақат комбинацияланган терапия фониди интенсивлик, оғриқ ўткирлиги ва оғриққа чидамлик каби хусусиятлари бошланғич даражага нисбатан сезиларли даражада камайганлиги кузатилди. Бундан ташқари, текисланган оёқнинг кўтарилиш бурчаги, шунингдек, иккала оёқни оғирликда ушлаб туриш қобилияти сезиларли даражада ошди. Умумий клиник таассурот шкаласига кўра, комбинацияланган терапияни, шу жумладан Мильгаммани қўллаш фониди беморларнинг 25 фоизда (таққослаш гуруҳида 10%), қонқарли (ўртача таъсир) – 41% да сезиларли таъсир қайд этилган. беморларнинг (24% га нисбатан), минимал яхшиланиш – 17% (ва бошқалар 41%), яхшиланишнинг етишмаслиги – 17% (қарши 25%). Терапия самардорлигига ёш, оғриқнинг дастлабки интенсивлиги ва давомийлиги, пролапс белгилари мавжудлиги, вертебрал синдромнинг

оғирлиги таъсир қилмади. телефон орқали ўтказилган суҳбатга кўра, уч ой ўтгач, комбинацияланган терапиядан ўтган беморларнинг 63 фоизда ва таққослаш гуруҳидаги беморларнинг атиги 50 фоизда бел ва/ёки оёқ оғриғи йўқ ёки minimal бўлган. Биринчи гуруҳ беморларининг 19 фоизда ва иккинчи гуруҳ беморларининг 36 фоизда кучли оғриқ синдроми ва восита фаоллигини чеклаш сақланиб қолди. Доимий кучли оғриқ синдроми туфайли биринчи гуруҳнинг учта беморида ва иккинчи гуруҳнинг иккита беморида жаррохлик аралашуви ўтказилди.

Доимий кучли оғриқ синдроми туфайли биринчи гуруҳнинг учта беморида ва иккинчи гуруҳнинг иккита беморида жаррохлик аралашуви ўтказилди. 6 ойдан кейин ўтказилган сўровда гуруҳлар ўртасида частотада ҳам, радикулопатиянинг асосий клиник кўринишларининг ўртача интенсивлигида ҳам сезиларли фарқлар аниқланмади. Тадқиқотда Мильгамманинг юқори хавфсизлиги қайд этилди. Шундай қилиб, олинган натижалар шуни кўрсатадики, В витамини комплекси (Мильгамма ва Мильгамма композит препаратларининг бир қисми сифатида) ностероид яллиғланишга қарши препаратларнинг таъсирини кучайтириши ва вертеброгеник радикулопатияда оғриқ синдромининг тезроқ регрессиясига ҳисса қўшиши, нейропатик компонентга самарали таъсир қилиши мумкин.

Шу билан бирга, Милгаммани 10 кунлик мушак ичига юбориш курсига 14 кунлик Мильгамма композит таблеткаларини перосс юбориш курси нафақат қисқа муддатда, балки препаратнинг терапевтик салоҳиятини янада тўлиқ намоён бўлишига ёрдам беради. Шундай қилиб, Мильгамма ва Мильгамма композит нейротроп комплексларини киритиш радикулопатиянинг консерватив терапияси самардорлигини ошириши мумкин.

Адабиётлар:

1. Левин О.С. Диагностика и лечение неврологических проявлений остеохондроза позвоночника // *Consilium-medicum*. – 2004. – № 6. – С. 547–554.
2. Левин О.С., Мосейкин И.А. Комплекс витаминов группы в лечении дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатии // *Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова*. – 2009. – № 10. – С. 30–35.
3. Левин О.С., Мосейкин И.А. Эффективность габапентина при дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатии // *Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова*. – 2009. – № 12. – С. 60–65.
4. Подчуфарова Е.В. Боль в пояснично-крестцовой области: диагностика и лечение // *РМЖ*. – 2004. – № 10. – С. 581–584.

5. Попелянский Я.Ю. Ортопедическая неврология. – Т. 1, 2. – Казань, 1997.
6. Рахматова Д.И. Нетрадиционные методы терапии невралгии лицевого нерва на разных этапах развития заболевания // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд, 2019. - №2 (107). - С. 180-183
7. Рахматова Д.И. Особенности клинического течения невралгии лицевого нерва коморбидного с соматической патологией // Тиббиётда янги кун. – Бухара, 2019. - №3(27). - С. 222-226.
8. Рахматова Д.И. Оптимизация прогнозирования осложнений нейропатии лицевого нерва по результатам электронейромиографии // Неврология. – Ташкент, 2019. - №4(80). - С. 21-24.
9. Рахматова Д.И. Оптимизация терапии тяжёлых форм невралгии лицевого нерва // Тиббиётда янги кун. – Бухара, 2020. - №1(29). - С. 351-354.
10. Саломова Н.К. Особенности течения и клиничко-патогенетическая характеристика первичных и повторных инсультов //Central Asian Journal of Medical and Natural Science. 2021.-С. 249-253. (14.00.00.№).
11. Саломова Н. К., Рахматова С.Н. Қайта такрорланувчи ишемик ва геморрагик инсультли беморларни эрта реабилитация қилишни оптималлаштириш // Журнал неврологии и нейрохирургических исследований. 2021й. 71-76 бет,(14.00.13. №14).
12. Саломова Н.К //Факторы риска цереброваскулярных заболевание и полезное свойство унаби при профилактики.//Oriental renaissance: innovative, educational, natural and social sciences scientific journal volume 2, issue 2 issn 2181-1784 february 2022. 811-817.
13. Armon C., Argoff C., Samuels J. et al. Use of epidural steroid injections to treat radicular lumbosacral pain // Neurology, 2007. – V. 68. – P. 723–729.
14. Baron R., Freynhagen R., Tulle T. et al. The efficacy and safety of pregabalin in the treatment of neuropathic pain associated with chronic lumbosacral radiculopathy // Pain, 2010.
15. Bartoszyk G.D., Wild A. B-vitamins potentiate the antinociceptive effect of diclofenac in carrageenin-induced hyperalgesia in the rat tail pressure test // Neurosci Lett., 1989. – V. 101. – P. 95–100.
16. Bogduk N., McGuirk B. Medical management of acute and chronic low back pain. Amsterdam: Elsevier, 2002. – 224 P.
17. Brutz D., Maschke E., Burkard S. et al. Is there a role for benzodiazepines in the management of lumbar disc prolapsed with acute sciatica? // Pain, 2010, – doi:10.1016/j.pain.2010.02.015.
18. Cohen P., Wenzell D., Hurley R. et al. A double-blind, placebo-controlled, dose-response pilot study evaluating intradiscal etanercept in patients with chronic discogenic low back pain or lumbosacral radiculopathy // Anesthesiology. 2007;
19. Davronova Hilola Zavkiddinovna. Features of the Course of Cognitive Dysfunction in Patients with Type II Diabetes Mellitus. // American Journal of Science and Learning for Development. ISSN 2835-2157Vol. 107(1) – P. 99.
20. Franca D.S., Souza A.L., Almeida K.R., et al. B vitamins induce an antinociceptive effect in the acetic acid and formaldehyde models of nociception in mice // Eur J Pharmacol., 2001. –V. 421. – P. 157–164.
21. Fu Q.-G., Carstens E., Stelzer B., Zimmermann M. B vitamins suppress spinal dorsal horn nociceptive neurons in the cat // Neurosci Lett, 1988. – V. 95. – P. 192–197.
22. Johnson E, Fletcher FR. Lumbosacral radiculopathy: review of 100 consecutive cases // Arch Phys Med Rehabil – 1981 – Vol. 62 – P. 321–3.
23. Levin K.H. Electrodiagnostic approach to the patient with suspected
24. Salomova N.K // Risk factors for recurrent stroke// Polish journal of science N52(2022). 33-35.
25. Salomova N.Q //The practical significance of speech and thinking in repeated stroke// ScienceAsia 48 (2022): 945-949.
26. Nilufar Qahhorovna Salomova //The practical significance of speech and thinking in repeated stroke // scienceasia 48 (2022): 945-949.
27. Gaffarova V.F. Clinic-eeg correlation somatogenous of conditioned febrile seizures in children. // International Journal of Human Computing Studies.2021. –P.114-116.
- 28.Gaffarova V.F. Characteristics of seizures children.// International journal of conference series on education and social sciences.Turkey 2021. –P. 22-23.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВЕРТЕБРОГЕННОЙ ПОЯСНИЧНО - КРЕСТЦОВОЙ РАДИКУЛОПАТИИ

Уринов М.Б., Усмонов М.М.

***Резюме.** Вертеброгенная пояснично-крестцовая радикулопатия является одной из основных причин стойкой утраты трудоспособности. В статье представлены современные представления об эпидемиологии, механизмах развития, методах диагностики вертеброгенной пояснично-крестцовой радикулопатии и подходах к ее лечению, основанных на принципах доказательной медицины. На основании данных клинического исследования, оценивающего долгосрочную эффективность комбинированных препаратов витаминов В, рассмотрены возможности их применения для лечения данного заболевания.*

***Ключевые слова:** боль в спине, пояснично-крестцовая радикулопатия, витамины В.*