

БЕЛ УМУРТҚА СОҲАСИ ДОРСОПАТИЯСИДА УЧРАЙДИГАН НЕЙРОВАСКУЛЯР БУЗИЛИШЛАРНИ БАРТАРАФ ЭТИШДА ЗАМОНАВИЙ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ



Хамдамова Бахора Комилжонова

Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОВАСКУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ДОРСОПАТИЯХ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Хамдамова Бахора Комилжонова

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

MODERN TREATMENT METHODS FOR MANAGING NEUROVASCULAR DISORDERS IN LUMBAR SPINE DORSOPATHIES

Khamdamova Bakhora Komiljonovna

Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Бел дорсопатияларининг клиник кўринишлари 30 ёшдан 50 ёшгача бўлган меҳнатга лаёқатли одамларда кузатилади. Ушбу касаллик вақтинчалик ногиронлик таркибида етакчи ўринлардан бирини эгаллайди. БУД асоратлари беморларнинг ҳаёт сифатини кескин пасайишига олиб келиши, кўп ҳолатларда ногиронлик билан кечиши, беморнинг даволаниши учун катта иқтисодий сарф-ҳаражатлар талаб этилиши билан характерланади. БУД кечишини эрта прогноз қилиш ва шунга мувофиқ равишда даволаш муолажаларини олиб бориш нафақат беморлар, балки давлат миқёсида маблаг тежамкорлигига, шунингдек, беморлар ҳаёти сифати кўрсаткичларининг яхшиланишига имкон яратади. Ўтказилган тадқиқотларга қарамасдан, БУДда нейроваскуляр бузилишлар мезонлари ҳақида ягона фикр мавжуд эмас. Шунга БУД ўтказган беморларда уларнинг функционал тикланишини башорат қилишга имконият яратувчи нейровизуализацион ва нейробиокимёвий текиширувларининг комплекс усулларини такомиллаштириш ушбу касаллик асоратларини прогноз қилишга ёрдам беради ва шунга мувофиқ равишда даволаш чораларини қўллашга асос бўлади.

Калит сўзлар: дорсопатия, нейроваскуляр, умуртқа ҳаракат сегменти, Диосмин, ребамипид оғриқ синдроми.

Abstract. Clinical Manifestations of Lumbar Dorsopathies (LD) are observed in individuals of working age between 30 and 50 years old. This condition occupies one of the leading places in the composition of temporary disability. Complications of LD lead to a significant reduction in the quality of life of patients, often resulting in disability, and are characterized by high economic costs required for the treatment of the patients. Early prognosis of the development of LD and the corresponding treatment interventions not only contribute to cost savings at the national level but also improve quality of life indicators for patients. Despite the research conducted, there is no unified opinion on the criteria for neurovascular disorders in LD. Therefore, improving complex methods of neuroimaging and neurobiochemical studies, which can forecast the functional recovery of patients with LD, will help in predicting complications of the disease and provide the basis for applying appropriate treatment measures. This, in turn, demands further research in this area.

Keywords: dorsopathy, neurovascular, spinal motion segment, diosmin, rebamipide, pain syndrome.

Долзарблиги. Бел умуртқа соҳаси дорсопатиясида (БУД) нейроваскуляр бузилишларнинг даволаш усуллари кўп жиҳатдан фармакологик ва терапевтик ёндашувлардан иборат бўлиб, уларнинг ривожланиши клиник самардорликни оширишга, шунингдек, беморларнинг тикланишини тезлаштиришга ёрдам беради. Бундан ташқари, даволашдаги янги инновацион ме-

тодлар, хусусан, даволашнинг индивидуаллаштирилган режалари ва интегратив ёндашувлар ёрдамида БУДни даволашда натижаларни сезиларли даражада яхшилаш мумкин. Замонавий ёндашувлар, шу жумладан, физиотерапия, фармакотерапия, хирургик аралашувлар ва психосоциал ёрдам тизимлари касалликнинг муваффақиятли даволалишига муҳим ҳисса қўшади. Касалликнинг

ижтимоий-иктисодий аҳамиятидан келиб чиқиб, БУДни даволашга доир илғор методикаларни жорий этиш ва уларнинг самарадорлигини аниқлаш, тиббий амалиётда иктисодий ва амалий жиҳатдан муҳим натижаларга эришиш имконини беради. Бундан ташқари, БУДнинг асоратларини прогноз қилиш ва уларга самарали даволаш чораларини қўллаш миллий саломатлик сиёсатида муҳим ўрин тутди. Қолаверса, БУД ва нейроваскуляр бузилишлар бўйича тадқиқотларнинг давом эттирилиши, янги илмий ютуқлар ва терапевтик усулларнинг ривожланиши тиббиётда бу соҳадаги муаммоларни ҳал қилишга катта ёрдам беради. Шу сабабли, ушбу мавзудаги тадқиқотлар нафақат клиник мутахассислар учун, балки умумий аҳоли учун ҳам аҳамиятга эга бўлиб, уларнинг ҳаёт сифати ва иш қобилиятини яхшилашга қаратилган.

Тадқиқот мақсади. Бел умуртқалари дорсопатияларида нейроваскуляр бузилишларни даволашни замонавий усулларини ишлаб чиқиш.

Материаллар ва усуллар. Вазифаларни ҳал қилиш учун 110 киши кўриқдан ўтказилди. Кейинги илмий тадқиқотлар учун биринчи гуруҳдаги беморлар иккита кичик гуруҳга бўлинган. Биринчи кичик IА гуруҳида 50 та бемор стандарт даволаш схемасига ангиопротектор-венотоник, гастропротектор комплекс даволашга киритилган беморнинг хабардор қилинган розилиги асосида. Эркалар – 22 киши, аёллар 28 киши. Ёши 30 ёшдан 65 ёшгача. L4 иллизининг зараланиши 8 беморда (14,8%), L5 – 21 (38,5%) ва S1 - 21 (48,2%)та беморда қайд этилган.

Иккинчи кичик I Б гуруҳ 55 киши факат стандарт даволаш усулида даволанди. 24 нафар эрка ва 31 нафар аёл, 5 (8,9%) нафар беморда L4 иллизининг зарарланиши, 24 (43%) нафарида L5, 26 (48,1%) нафарида S1 иллизини аниқланган.

Ўткир бел радикулопатия синдроми бўлган беморларни даволаш оғриқ синдроми даражасини, умуртқа синдромнинг шаклланишининг асосий патогенетик асосларини, шунингдек, экстравертебрал касалликларнинг табиати ва локализациясини ҳисобга олган ҳолда амалга оширилди. Беморлар ушбу касаллик учун

афзал қилинган комплекс терапияни сақлаб туришлари керак. Яллиғланишга қарши ва оғриқ қолдирувчи таъсир: миорелаксантлар, таъсир қилувчи юқори дозаларда В витаминлари (В1, В6, В12) комплекси периферик нервларга яллиғланишга қарши, антиноцицептив ва тикловчи таъсир кўрсатиш учун ишлатилган. Хондрогард ва сустгард каби хондропротекторлар, сувсизлантирувчи моддалар (Л-лизин эсцинат), шунингдек периферик томирларга таъсир қилувчи дорилар: астовегин, ситофлавин, пентоксифиллин ва никотиник кислота (В5) ҳам қўлланилади. Кортикостероидлар кенг қамровли терапевтик тадқиқотга киритилмаган. Ушбу ёндашув беморларнинг 50-55 фоизда яхши натижалар берди, аммо 35-40% ҳолларда стационар даволанишнинг такрорий курслари талаб қилинди. Бу, эҳтимол, бел остеохондрознинг неврологик синдромлари бўлган беморларда периферик асаб тизимининг шикастланиш белгилари ҳатто ремиссияда ҳам сақланиб қолиши билан боғлиқ. Бу бел остеохондрознинг радикуляр синдромлари бўлган беморларни даволашнинг янги усулларини излашни рағбатлантирди. Орқа мия илдизлари артериялар ва вена томирлари билан бирга келади ва бири иккинчисига яқин жойлашган. Шунинг учун асаб тугунларига ҳар қандай таъсир қон томир реакциясини келтириб чиқаради ва аксинча, умуртқаларо дискдаги дистрофик ўзгаришлар натижасида веноз тикилиши натижасида пайдо бўлган шиш, албатта, орқа мия томирларига таъсир қилади. Ушбу муаммони ҳал қилиш учун биз биринчи марта ангиопротектор-венотоника (диосмин), цитопротектор (ребамипид)дан фойдаландик. Диосмин 600 мг дозада кунига 2 марта 7 кун давомида, сўнгра кунига бир марта эрталаб 600 мг дан буюрилган. Касалхонадан чиққандан сўнг, асосий гуруҳ беморлари учун диосминни кунига бир марта 600 мг дозада 2 ой давомида қабул қилишни давом эттириш афзал эди. Ребагит 100мг 2 ой давомида кунига 3 марта 1 таблеткадан берилди. Гуруҳларда даволаш самарадорлиги клиник кўриниш ва қўшимча тадқиқот усуллари натижалари билан аниқланди.

Жадвал 1. Вертеброневрологик бузилишлар оғирлиги

Вертебал синдром намоён бўлиш	Ўрганилаётган кичик гуруҳлар				P1	P2	P3	P4
	Биринчи(A)		Иккинчи(B)					
	Даволашдан олдин	Даволашдан кейин	Даволашдан олдин	Даволашдан кейин				
НХК (балл)	2,4±0,2	1,0±0,1	2,5±0,2	0,7±0,07	>0,05	<0,05	<0,05	>0,05
ОСК (балл)	2,9±0,3	1,8±0,2	2,8±0,2	0,9±0,08	>0,05	<0,05	<0,05	>0,05
МТС (балл)	2,8±0,3	2,0±0,2	2,5±0,2	0,3±0,03	>0,05	>0,05	<0,05	<0,05

Жадвал 2. Эндотелиал дисфункция ва яллиғланиш белгиларини қиёсий ўрганиш натижалари

ДС (М±т) кўрсаткичлари		Биринчи гуруҳ беморлар			P1	P2	P3
		Назорат	D	S			
			Оғриган оёқ	Соғлом оёқ			
Умумий сон артерияси	СТЧ (см\сек)	95,0±9,1	92,4±9,3	92,1±9,1	>0,05	>0,05	>0,05
	ДТТ (см\сек)	14,7±1,5	14,8±1,5	13,8±1,4	>0,05	>0,05	>0,05
	ПҚЭ	0,84±0,09	0,85±0,09	0,85±0,08	>0,05	>0,05	>0,05
Тизза ости артерияси	СТЧ (см\сек)	72,1±7,3	70,8±7,1	70,5±7,0	>0,05	>0,05	>0,05
	ДТТ (см\сек)	12,1±1,2	12,9±1,3	12,4±1,2	>0,05	>0,05	>0,05
	ПҚЭ	0,83±0,09	0,82±0,08	0,82±0,08	>0,05	>0,05	>0,05
Орка катта болдир артерияси	СТЧ (см\сек)	60,1±6,1	44,5±4,5	59,5±6,0	<0,05	>0,05	<0,05
	ДТТ (см\сек)	16,2±1,7	9,2±0,09	16,4±1,7	<0,05	>0,05	<0,05
	ПҚЭ	0,73±0,07	0,8±0,08	0,74±0,07	<0,05	>0,05	<0,05
Товоннинг дорсал артерияси	СТЧ (см\сек)	49,4±5,0	35,4±3,6	49,6±5,0	<0,05	>0,05	<0,05
	ДТТ (см\сек)	12,7±1,3	8,8±0,09	12,4±1,3	<0,05	>0,05	<0,05
	ПҚЭ	0,74±0,07	0,75±0,07	0,75±0,07	<0,05	<0,05	<0,05

Шундай қилиб, венотоник диосмин, цитопротектор ребапимид ёрдамида комплекс даволаш эрта тикланиш даврида (ОСК) оғрикни камайтиришга ва умуртқа синдром муаммосини камайтиришга ёрдам беради (1-жадвал).

Бел умурткалари радикулопатиялари ўткир босқичда беморларнинг периферик қонида эндотелиал дисфункция ва яллиғланиш белгиларини қиёсий ўрганиш натижалари.

Шу билан бирга, назорат гуруҳи (III) билан фарқлар йўқ эди $p<0.001$ Ва I Б гуруҳида, даволаш натижасида интерлейкин-10 интерлейкин-10 концентрацияси 0,57 [0,57; 0,60] пг/мл концентрациясида. Интерлейкин-10 кичик гуруҳларидаги аниқлашлар статистик жиҳатдан аҳамиятли эди ($p<0.001$). Даволаш курси натижаларига кўра, асосий гуруҳдаги беморларда интерлейкин-10 даражаси назорат гуруҳига қараганда 5,7 баравар паст бўлган. Ia ва Ib гуруҳлар орасидаги гомоцистеин таркибини аниқлаш ҳам статистик аҳамиятга эга ($p<0.001$). Асосий гуруҳдаги беморларда даволаниш курсидан сўнг периферик қон зардобиди гомоцистеин даражаси 1,95 баравар паст бўлган. Визуал шкала (ВАШ) ёрдамида ўлчанган оғрик интенсивлигининг пасайиши билан боғлиқ яллиғланиш жараёнининг биокимёвий белгилари ва эндотелиал дисфункция таркибининг пасайиши. Оғрик кўрсаткичлари 9-10 баллдан 2-3 баллгача яхшиланди.

Стандарт даволаш даврида (10-14 кун) тикланиш даврининг танланган тактикасининг самарадорлиги 5.7-жадвалда таъкидланган., бу ерда I гуруҳ беморлари ижобий динамикани ҳис қилишди. Ia ва Ib гуруҳлари орасидаги гомоцистеин концентрациясидаги фарқлар ҳам статистик аҳамиятга эга эди ($p<0.001$). Асосий гуруҳдаги беморларда даволаниш курсидан сўнг периферик қон зардобиди гомоцистеин концентрацияси таққослаш гуруҳига қараганда 1,95 баравар паст бўлди ($p<0,01$).

Яллиғланиш жараёнининг биокимёвий белгиларининг концентрацияси ва эндотелиал дисфункция оғрикнинг интенсивлигининг пасайиши билан боғлиқ бўлиб, ВАШ шкаласи билан баҳоланади. 9-10 баллдан 2-3 баллгача яхшиланди.

Стандарт даволаш даврида (10-14 кун) асосий гуруҳ ва таққослаш гуруҳининг бел радикулопатияларининг кўзғалиши эрта тикланиш даврида ўтказилган комплекс даволаш самарадорлиги 5.7-жадвалда кўрсатилган. Ia гуруҳ беморларининг кўпчилигида, даволаш натижасида ижобий динамика кузатилди: беморларнинг субъектив баҳолашга кўра, 94,6% ҳолларда "сезиларли яхшиланиш" ва "вазиятнинг яхшиланиши" кузатилди. Ушбу гуруҳдаги беморлар даволаниш жараёнида уларнинг аҳволи ёмонлашганини сезмадилар.

Жадвал 3. Биринчи ва иккинчи кичик гуруҳлардаги беморларда перонеал асабнинг ЭНМГ параметрлари L5 илдизининг шикастланиши билан зарарланган томонда

ЭНМГ кўрсаткичлари	Ўрганилаётган кичик гуруҳлар				P1	P2	P3	P4
	биринчи		иккинчи					
	Даволашдан олдин (M±t)	Даволашдан кейин (M±t)	Даволашдан олдин (M±t)	Даволашдан кейин (M±t)				
РЛ	3,8 ± 0,4	3,5± 0,3	3,6±0,4	2,5± 0,3	>0,05	>0,05	<0,05	<0,05
ҚЎТ	44,3± 4,2	46,7± 4,3	48,2±4,1	51,4± 4,2	>0,05	>0,05	<0,05	<0,05

Изоҳ: P1 - даволашдан олдин биринчи ва иккинчи кичик гуруҳлардаги беморларнинг кўрсаткичлари ўртасидаги фарқнинг ишончлилиги.

P2 - даволашдан олдин ва кейин биринчи кичик гуруҳдаги беморларнинг кўрсаткичларидаги фарқнинг ишончлилиги.

P3 - даволашдан олдин ва кейин иккинчи кичик гуруҳдаги беморларнинг кўрсаткичларидаги фарқнинг ишончлилиги.

P4 - даволашдан кейин биринчи ва иккинчи кичик гуруҳлардаги беморларнинг кўрсаткичларидаги фарқнинг ишончлилиги.

Жадвал 4. Биринчи ва иккинчи кичик гуруҳларда бўлган беморларда катта болдир нервнинг ЭНМГ параметрлари S1 илдизининг шикастланиши билан зарарланган томонда

ЭНМГ кўрсаткич лари	Ўрганилаётган кичик гурухлар				P1	P2	P3	P4
	биринчи		иккинчи					
	Даволашдан олдин (M±t)	Даволашдан кейин (M±t)	Даволашдан олдин (M±t)	Даволашдан кейин (M±t)				
РЛ	3,8 ± 0,4	3,5± 0,3	3,6±0,4	2,5± 0,2	>0,05	>0,05	<0,05	<0,05
ҚЎТ	44,3± 4,2	46,7± 4,3	48,2±4,1	51,5± 4,2	>0,05	>0,05	<0,05	<0,05

Периферик нервларда диосмин ва ребапамид ҳолатини баҳолаш учун умумий қабул қилинган техникага мувофиқ электронейромиография (ЭНМГ) ўтказилди. Тадқиқотга 51 бемор киритилган, улардан 27 таси биринчи кичик гуруҳга, 24 таси иккинчисига тегишли. Қуйидаги параметрлар баҳоланди: даволанишдан олдин ва кейин таъсирланган оёқларнинг периферик нервларида пулс ўтказувчанлиги тезлиги (см) ва қолдиқ кечикиш (К).

Ўткир босқичда бел радикулопатия синдроми бўлган беморларни комплекс даволаш оғриқ синдромининг оғирлигини, вертебрал синдромнинг шаклланишининг асосий патогенетик механизмини, экстравертебрал симптомларнинг локализацияси ва табиатини ҳисобга олган ҳолда амалга оширилди. Икки тадқиқот гуруҳининг беморлари ҳозирда ўрганилаётган нозология учун тавсия этилган комплекс терапия дори терапияси, ортопедик чора-тадбирлар, физиотерапия (пулс оқимлари, ўзгарувчан магнит майдон ва бошқалар), акупунктур, массаж, маҳаллий таъсир қилиш усуллари (дори ва дори бўлмаган), жисмоний машқлар терапияси киритилган. Оғриксизлантириш терапияси қуйидагиларни ўз ичига олади: стероид бўлмаган яллиғланишга қарши дорилар. Яллиғланишга қарши ва оғриқ қолдирувчи таъсир; миорелаксантлар, таъсир қилувчи юкори дозаларда В витаминлари (В1, В6,

В12) комплексипериферик нервларни яллиғланишга қарши, антиноципептив ва тикловчи таъсир сифатида; хондропротекторлар (хондрогард, сустогард); дегидратацион воситалар (л-лизин эсценат), периферик томирларга таъсир қилувчи дорилар: актовегин, цитофлавин, пентоксифилин, никотиник кислота (В5), аминифиллин. Тадқиқотда комплекс терапия кортикостероидларни ўз ичига олмайди. Текширувдан ўтган икки гуруҳнинг беморлари илгари иммуномодуляторлар гуруҳидан доридармонларни қабул қилмаганлар. БУД билан оғриган беморларнинг асосий гуруҳининг дори терапияси курси биз ишлаб чиққан схема бўйича ангиопротектор-венотоник диосмин 600мг билан тўлдирилди [Горячева М.В, Шумахер Г.И. ва бошқ., 2012]. Препарат 7 кун давомида кунига 2 марта 600 мг дозада, сўнгра кунига бир марта 600 мг дозада, эрталаб). Касалхонадан чикгандан сўнг, асосий гуруҳдаги беморларга эрталаб кунига бир марта 600 мг дозада препаратни қабул қилишни 2 ойга узайтириш бўйича тавсиялар берилди.

Гуруҳларда даволаш самарадорлиги клиник кўриниш ва қўшимча тадқиқот усуллари натижалари билан аниқланди.

Даволанишдан сўнг, беморларда ҚЎТнинг сезиларли ўсиши ва касал оёғида РЛ нинг пасайиши кузатилди, бу оёқларда периферик нервларининг функционал ҳолатини нормаллашишини ва терминал шохлари бўйлаб

импульс ўтказувчанлигини яхшилашни тавсифайди. 35 беморда дуплекс сканерлаш амалга оширилди. Улардан 15 нафари биринчи кичик гуруҳдаги ва 20 нафари иккинчиси. Қуйидаги параметрик систолик тезлик (ПСТ), охири диастолик тезлик (ОДТ) ва қаршилиқ индекси (ҚИ). Биринчи ва иккинчи кичик гуруҳлардаги беморларни дуплекс сканерлаш натижалари жадвалда келтирилган (5-жадвал).

Тақдим этилган жадвал шуни кўрсатадики, даволаниш бошланишидан олдин биринчи ва

иккинчи кичик гуруҳдаги беморларда дистал сохада оқим тезлиги хусусиятлари (ЧСТ) ва умумий дистал қалинлиги (УДҚ) бир хил пасайган, бу эса оёқларнинг нейроваскуляр касалликлари мавжудлигини тасдиқлаган. Даволанишдан сўнг, иккинчи кичик гуруҳдаги беморлар биринчи кичик гуруҳга нисбатан ЧСТ ва УДҚ ўсишини кўрсатдилар, бу периферик қон айланишининг нормаллашишини кўрсатди.

Жадвал 5. Биринчи ва иккинчи кичик гуруҳ бўлган беморларни касалланган томонида дуплекс сканерлаш маълумотлари

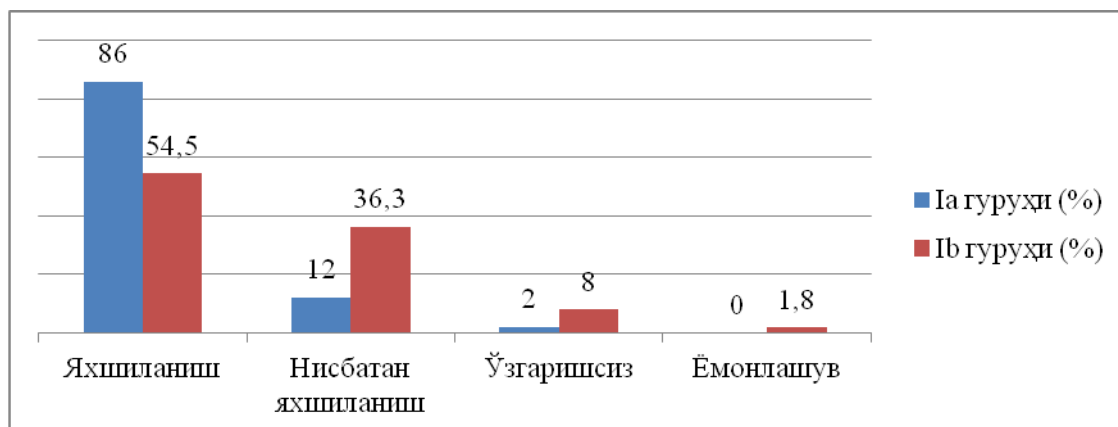
ДС кўрсаткичлари (М±т)		Кичик группа				P1	P ₂	P ₃	P ₄
		биринчи		Иккинчи					
		Даво- лашдан олдин	Даволаш- дан кейин	Даволашда н олдин	Даволашда н кейин				
Орка катта болдир артерияс и	СТЧ (см/сек)	44,5±4, 5	49,6±5,0	43,7±4,4	57,6± 5,9	>0,0 5	>0,0 5	0,05	0,05
	ДТТ (см/сек)	9,2± 0,9	9,5±0,9	9,0±0,9	16,8± 1,7	>0,0 5	>0,0 5	0,05	>0,0 5
	ПҚЭ	0,80±0, 08	0,81±0,09	0,82±0,08	0,71±0,08	>0,0 5	>0,0 5	>0,0 5	>0,0 5
Оёқнинг дорсал артерияс и	СТЧ (см/сек)	35,4± 3,6	36,4±3,6	34,4±3,5	49,8± 5,0	>0,0 5	>0,0 5	0,05	0,05
	ДТТ (см/сек)	8,8± 0,09	8,8± 0,09	8,1±0,08	12,5± 1,3	>0,0 5	>0,0 5	0,05	0,05
	ПҚЭ	0,75± 0,07	0,76±0,08	0,77±0,08	0,75± 0,08	>0,0 5	>0,0 5	>0,0 5	>0,0 5

Изоҳ: P1 - даволашдан олдин биринчи ва иккинчи кичик гуруҳлардаги беморларнинг кўрсаткичлари ўртасидаги фарқнинг ишончлилиги.

P2 - даволашдан олдин ва кейин биринчи кичик гуруҳдаги беморларнинг кўрсаткичларидаги фарқнинг ишончлилиги.

P3 - даволашдан олдин ва кейин иккинчи кичик гуруҳдаги беморларнинг кўрсаткичларидаги фарқнинг ишончлилиги.

P4 - даволашдан кейин биринчи ва иккинчи кичик гуруҳлардаги беморларнинг кўрсаткичларидаги фарқнинг ишончлилиги.



Расм 1. Биринчи ва иккинчи гуруҳларда даволаш самарадорлигини баҳолаш

Шундай қилиб, диосмин ва ребамипид гемодинамикани тиклашга ва периферик кон томир тонусини нормаллаштиришга ёрдам беради.

Расм шуни кўрсатадики, 86% ҳолларда диосмин ва ребамипид олган беморларда сезиларли яхшиланиш қайд этилган. Стандарт даволанишни олган беморларда бу кўрсаткич 55% ни ташкил этди. Диосмин ва ребамипид олган беморларда касалхонада қолишнинг ўртача давомийлиги 2 кунга камайди.

Шундай қилиб, бел умуртқалари радикуляр синдроми кўзғалиш даврида оёқларда нейроваскуляр бузилишлар аниқланди. Диосмин ва ребамипид қўллаш периферик гемодинамикани тиклашга, кон томир эндотелейсини яхшилашга ёрдам берди. Қон зардоби иммуно-биокимёвий кўрсаткичларини эндотелиал дисфункциянинг белгилари бўлган периферик қонда (интерлейкин-10, гомоцистеин) нормага келишига сабаб бўлди.

Адабиётлар:

1. 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.
2. Хакимова, С. З., Хамдамова, Б. К., & Кодиров, У. О. (2023). Лабораторное диагностирование воспалительного метаморфизма и маркеров дисфункции эндотелия у больных с хроническим болевым синдромом при дорсопатиях бруцеллёзного генеза. *Uzbek journal of case reports*, 3(1), 17-21.
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. Хамдамова, Б. К., & Кодиров, У. А. (2024). Характеристика нейросудистого состояния спины при дорсопатиях и методы его лечения. *world of Medicine: Journal of Biomedical Sciences*, 1(11), 97-102.
5. Гафаров Рушен Рефатович, Шодмонова Зебунисо Рахимовна, Аллазов Салах Аллазович, Хамроев Гулом Абдуганиевич, анд Тухтаев Фирдавс Мухиддинович. "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. Патофизиологик 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 пременструэл синдромни амбулатория шароитида даволаш - замонавий имкониятлар. *Қийин бемор.* - 2015. - Т. 13. - Но 1–2. – 12–18-бетлар.
- 10.Хамдамова Б. К., Хакимова С. З., Кодиров У. А. Особенности нейроваскулярного состояния позвоночника при дорсопатиях у больных с сахарным диабетом //журнал биомедицины и практики. – 2022. – т. 7. – №. 6.
- 11.Хакимова, С. З., & Хамдамова, Б. К. (2025). Мигрень: неврологическое заболевание с множеством проявлений. *amaliy va tibbiyot fanlari ilmiy jurnali*, 4(1), 207-211.
- 12.Хакимова С. З., Хамдамова Б. К., Кодиров У. А. Особенности клинико-неврологических результатов обследования больных с дорсопатиями ревматического генеза //журнал биомедицины и практики. – 2022. – т. 7. – №. 1.
- 13.Мазуров В.И., Лиля А.М., Шостак М.С. Терапевт амалиётида оғриқ синдроми, даволашнинг асосий тамойиллари. -2006 йил. - Т. 14.
- 14.Хакимова С. З., Хамдамова Б. К., Кодиров У. А. Изучение двигательной функции у больных с хроническим болевым синдромом при дорсопатиях различного генеза //инструменты, механизмы и технологии современного инновационного развития. – 2022. – с. 243-251.
- 15.Қодиров, У. А., & Хамдамова, Б. К. (2025). Умуртка поғонаси дорсопатияларида оғриқ синдроми ва унинг шифокор невролог амалиётида ечимлари. *Amaliy va tibbiyot fanlari ilmiy jurnali*, 4(1), 212-219.
- 16.Муллеман Д., Маммоу С., Гриффоул И., Ватьер Х., Гоупилле П. (2006). Диск билан боғлиқ сиятиканинг патофизиологияси. И. - Кимёвий компонентни қўллаб-қувватловчи далиллар // *Қўшма суяк орқа мия.* — жилд. 73. – Б. 151–158.
- 17.Мур Р.А., Бурден Ж. Ўткир ва сурункали оғриқларда декскетопрофенни тизимли кўриб чиқиш. *БМС Слин. Фармакол.* 2008; 8: ИД 11.
- 18.Хамдамова, Б. К., & Кодиров, У. А. (2024). Характеристика Нейросудистого Состояния Спины При Дорсопатиях И Методы Его Лечения. *world of Medicine: Journal of Biomedical Sciences*, 1(11), 97-102.
- 19.Ризаев Жасур Алимджанович, Хакимова Сохиба Зиядуллоевна, анд Заболотских Наталя Владимировна. "Результаты лечения больных с хроническим болевым синдромом при дорсопатии бруселлезного генеза" *Узбек жоурнал оф сасе*

репортаж, вол. 2, но. 3, 2022, pp. 18-25. doi:10.55620/ужср.2.3.2022.2

20.Ризаев Ж. А. и др. Дополнительные подходы к функциональной и визуализационной диагностике головного мозга при разработке индивидуализированных стратегий помощи для пациентов с неврологическими проблемами //Uzbek journal of case reports. – 2023. – Т. 3. – №. 4. – С. 15-19.

21.Ризаев Ж. А., Хакимова С. З. Хроническая усталость при рассеянном склерозе и тактика дальнейшего лечения //Доктор ахборотномаси Вестник врача Doctor's herald. – С. 62.

22.Ризаев Ж. А., Хакимова С. З. Фармакодинамика и клиническое применение хондропротекторов при неврологических проблемах //Uzbek journal of case reports. – 2023. – Т. 3. – №. 2. – С. 44-47.

23.Самибаев, Р., Самиев, А., Мамурова, И., & Собиров, А. (2016). Реабилитационный потенциал спастичной мышцы при ишемическом инсульте: диагностика, тактика терапии. Журнал вестник врача, 1(2), 30–31.

24.Сунар М.М., Зенгин С., Сабак М., Боган М., Сан Б., Кул С., Мурат Октай М., Эрен С.Х. Эдда буйрак санчигини даволашда ИВ декскетопрофен трометамол, фентанил ва парасетамолни солиштириш: Рандомизе назорат остида тадқиқот. Ам Ж Эмерг Мед. 2018 йил апрел; 36(4):571–576. doi: 10.1016/ж.ажем.2017.09.019. Эпуб 2017 йил 14-сентябр.

25.Хакимова, С. З., & Музаффарова, Н. Ш. (2023). Особенности применения физических факторов механической природы у больных с миофасциальным болевым синдромом. Uzbek journal of case reports, 3(3), 51-55.

26.British Medical Journal Volume-3, No 2 39 Optimization of rehabilitation measures for lumbar spondylogenic radiculopathies. Samiev A.S., Mavlyanova Z. F.

27.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.

28.Самиев А.С., Жабборов И. Хомиладор аёлларда кечадиған бел сохаси дегенератив спондилоген радикулопатиялариди комплекс даволаш. Journal of Biomedicine and Practice. 2022, vol. 7, issue 5, pp.192-196.

29.Электрмиографическое исследование при радикулопатиях Самиев А.С. Мирджураев Э.М. Самибаев Р. М. 2008. Рецензируемый научно-практический журнал «Неврологии» Том 3-39. Ст. 233. Ташкент.

30.Реабилитация больных, перенёсших оперативное вмешательство на позвоночнике. Самибаев Р.М. Самиев А. С. 2008 Рецензируемый научно-практический журнал «Неврологии». 3-39 стр.199 Ташкент

31.Клиническая роль нейробруцеллеза среди больных хронической радикулопатией. Хакимова С.З., Мамурова И.Н., Самиев А.С. Academy 2019. 29-228

32.Rizaev J. A. et al. Physico-chemical parameters of mixed saliva and their correction in patients in the post-covid period //Cardiometry. – 2022. – №. 25. – С. 1168-1173.

33.Rizaev J. A., Khazratov A. I., Iordanishvili A. K. Morphofunctional characteristics of the mucous membrane of the masticatory apparatus in experimental carcinogenesis //Russian Journal of Dentistry. – 2021. – Т. 25. – №. 3. – С. 225-231.

34.Rizaev J. A., Imamov O. S., Toxtayev G. S. Clinical and histological characterization of oral pemphigus lesions in patients // Central Asian Journal of Medicine. – 2025. – №. 2. – С. 99-105.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОВАСКУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ДОРСОПАТИЯХ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Хамдамова Б.К.

Резюме. Клинические проявления поясничных дорсопатий наблюдаются у лиц трудоспособного возраста от 30 до 50 лет. Данное заболевание занимает одно из ведущих мест в структуре временной инвалидности. Осложнения при дорсопатиях поясничного отдела позвоночника характеризуются резким снижением качества жизни пациентов, во многих случаях сопровождаются инвалидностью, требуют больших экономических затрат на лечение пациента. Раннее прогнозирование течения при дорсопатиях поясничного отдела позвоночника и соответствующее лечение способствует экономии средств не только у пациентов, но и на государственном уровне, а также улучшению показателей качества жизни пациентов. Несмотря на проведенные исследования, нет единого мнения о критериях нейроваскулярных нарушений при дорсопатиях поясничного отдела позвоночника. Вот почему при дорсопатиях поясничного отдела позвоночника совершенствование комплексных методов нейровизуализационных и нейробиохимических исследований, позволяющих прогнозировать их функциональное восстановление у пациентов, способствует прогнозированию осложнений данного заболевания и, соответственно, является основой для применения лечебных мероприятий.

Ключевые слова: дорсопатия, нейроваскулярный, позвоночно-двигательный сегмент, диосмин, ребамипидный болевой синдром..