

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ  
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ  
PhD.04/13.05.2020.Тиб.93.02 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**ХАЛИМОВА ДИЛРАБО ЖАЛИЛОВНА**

**БЕЛ ОҒРИҒИ: СОҒЛИҚНИ САҚЛАШНИНГ БИРЛАМЧИ ТИББИЙ  
БЎҒИНИ ДАРАЖАСИДА ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ  
АЛГОРИТМЛАРИНИ ИШЛАБ ЧИҚИШ**

**14.00.13 – Неврология**

**Тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD) диссертацияси  
АВТОРЕФЕРАТИ**

**Бухоро - 2021**

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

**Халимова Дилрабо Жалиловна**

Бел оғриғи: соғлиғни сақлашнинг бирламчи тиббий бўғини даражасида тахшишлаш ва даволаш алгоритмларини ишлаб чиқиш ..... 5

**Халимова Дилрабо Жалиловна**

Боль в спине: разработка алгоритмов диагностики и лечения на уровне первичного звена здравоохранения ..... 25

**Khalimova Dilrabo Jalilovna**

Back pain: development of algorithms for diagnosis and treatment at the level of primary health care ..... 47

**Эълон қилинган ишлар рўйхати**

Список опубликованных работ

List of published works ..... 50

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ  
ХУЗУРИДАГИ ИLMИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ  
PhD.04/13.05.2020.Тb.93.02 РАҚАМЛИ ИLMИЙ КЕНГАШ**

---

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**ХАЛИМОВА ДИЛРАБО ЖАЛИЛОВА**

**БЕЛ ОҒРИҒИ: СОҒЛИҚНИ САҚЛАШНИНГ БИРЛАМЧИ ТИББИЙ  
БЎҒИНИ ДАРАЖАСИДА ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ  
АЛГОРИТМЛАРИНИ ИШЛАБ ЧИҚИШ**

**14.00.13 – Неврология**

**Тиббиёт факультети бўйича фалсафа доктори (PhD) диссертацияси  
АВТОРЕФЕРАТИ**

**Бухоро – 2022**

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси манускрипти Узбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2021.4.PhD/Tib1186 рақом билан рўйхатга олинган.

Диссертация Бухоро давлат тиббиёт институтида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (Ўзбек, рус ва инглиз (resюме)) илмий кенгаши веб-саҳифасида ([www.bmti.uz](http://www.bmti.uz)) ва «Ziyounet» ахборот-таълим порталида ([www.ziyounet.uz](http://www.ziyounet.uz)) жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:	Гафуров Бахтиёр Гафурович тиббиёт фанлари доктори, профессор
Расмий оponentлар:	Джурабекова Азиза Тахировна тиббиёт фанлари доктори, профессор Уринов Мусо Болтаевич тиббиёт фанлари доктори, доцент
Етафачи таъшилот:	С.Л. Асфендияров номидagi Қозoқ миллий тиббиёт университети

Диссертация қўйилган Бухоро давлат тиббиёт институти ҳузуридаги РМД 04.03.05.2020 Tib 93.02 рақами Илмий кенгашининг 2022 йил «1» Май соат 14.30 даги мажлисида бўлиб ўтди (Манзил: 200118, Бухоро шаҳри, Навоий кўчаси, 1-ўй. Тел./факс: (99865) 223-00-50, Веб-сайт: [www.bmti.uz](http://www.bmti.uz), e-mail: [bdtmte@mail.ru](mailto:bdtmte@mail.ru))

Диссертация билан Бухоро давлат тиббиёт институти Ахборот-ресурс марказида таъинини муҳимини (№ 243 рақом билан рўйхатга олинган) (Манзил: 200118, Бухоро шаҳри, Навоий кўчаси, 1-ўй. Тел./факс: (99865) 223-00-50, Веб-сайт: [www.bmti.uz](http://www.bmti.uz), e-mail: [bdtmte@mail.ru](mailto:bdtmte@mail.ru))

Диссертация автореферати 2022 йил «11» Февраль куни тарқатилган.  
(2022 йил «11» Февраль даги 11 рақамида регистр баъномаси)



Xodjizoda  
Д.Т. Ходжинова  
Илмий даражалар берувчи илмий кенгаши  
ахборот-ресурс маркази, тиббиёт фанлари доктори (DSc),  
доцент

Karimova  
Н.Н. Каримова  
Илмий даражалар берувчи илмий кенгаши  
илмий кенгаши илмий котиби, тиббиёт  
фанлари доктори (DSc), доцент

Ikhtirova  
Г.А. Ихтирова  
Илмий даражалар берувчи илмий кенгаши  
қўйилган илмий семинар раиси, тиббиёт  
фанлари доктори (DSc), профессор

## КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Белдаги оғрик (дорсалгия) бугунги кунда нафақат клиник, балки сезиларли ижтимоий-иқтисодий муаммо бўлиб, невролог, терапевт ёки умумий амалиёт шифокорига мурожаат қиладиган беморлар орасида энг кўп учрайдиган шикоят ҳисобланади. Белдаги оғрик муаммоси клиник неврологиянинг долзарб муаммоларидан биридир. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра «...белдаги оғрик билан касалланган беморлар сурункали кечовчи туфайли соғлиғини, умр кўриш муддатининг қисқариши бўйича дунёда биринчи ўринда туради...»<sup>1</sup>. Статистик маълумотларга кўра, дунё аҳолисининг 80% белдаги оғриқдан азият чекади. Биринчи марта бирламчи бўғин шифокорларига мурожаат қилган беморларнинг 25% дан ортиси бел ва оёқ-қўл соҳасида оғрик бўлган беморлар ҳисобланади. Бир ой ичида оғриқни бартараф этиш қобилиятига фақат 80% ҳолларда даволаш орқали эришилади, бошқа ҳолатлар сурункали ифодаланган ва даволашга мўйил ҳисобланади. Ушбу сурункали беморлар аҳолининг тахминан 4% ни ташкил қилади.

Жаҳонда бирламчи tibбий бўғинда аҳолига неврологик ёрдам кўрсатиш, касаллик олдди босқичини эрта ташхислаш, нейродегенератив жараённи амж олишини секинлаштириш ва индивидуал даволашнинг замонавий ёндашувига қаратилган кенг қўламдаги илмий тадқиқотларга алоҳида эътибор қаратишмоқда. Бу борада бирламчи tibбий бўғинда неврологик касалликлар тарқалиши сабаблари, эрта ташхислашнинг юқори технологик диагностика усуллари ва даволаш меzonларини оптималлаштириш, даволаш усуллари ҳамда ўрта даражадаги когнитив бузилишларни ривожланиш омилларини ва прогнозни самарали моделларини яратиш мақсадида қатор илмий тадқиқотлар амалга оширилмоқда. Бирламчи tibбий бўғинда оқлавий шифокорлар даражасида асосий неврологик синдромлар белгиларини ташхислаш ва касаллик прогнозини оптималлаштириш ҳамда неврологик ёрдамчи таксимлаштириш, профилактик фармакологик таъсир имкониятларинини баҳолаш қабилар ўзинга хос аҳамият касб этади.

Мамлакатимизда аҳолига кўрсатилаётган tibбий хизмат сифатини тубдан яхшилаш ва соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантиришга қаратилган кенг қамровли ишлар амалга оширилмоқда. «...аҳолига кўрсатилаётган tibбий ёрдамнинг самарадорлиги, сифати ва оммабоплигини ошириш, шунингдек, tibбий стандартлаштириш тизимини шакллантириш, ташхис қўйиш ва даволашнинг юқори технологик усулларини жорий қилиш, диспансеризациянинг самарали моделларини яратиш орқали, соғлом турмуш тарзини қўлаб қувватлаш ва касалликларни профилактика қилиш...»<sup>2</sup> га қаратилган муҳим вазифалар белгиланган. Хусусан, бугунги кунда Ўзбекистонда белдаги оғриқдан азият чеққан беморларга ёрдамни ташкил

<sup>1</sup>Кукушкин М.Л. Узинг хис бўлишга белдаги оғриқни ташхислаш ва даволаш. "Клиник tibбий". 2016. №8. 8-126

<sup>2</sup>Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 29 июлдаги «Ўзбекистон Республикаси аҳолига 2017-2021 йилларда иқтисодий-ижтимоий тиббий ёрдам кўрсатиши аниқ ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги ПҚ-3071-сон Қарори

этишда, сурункали соматик касалликлар, шу жумладан суяк-мушак тизими ва бириктирувчи тўқималар касалликлари, белдаги оғрик касалликларнинг эрта танишловаш ва олдини олиш учун махсус алгоритмлар, илмий шланмаларни жорий этишни талаб қилади.

Ушбу диссертация тадқиқоти маълум даражада, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йилнинг 7 февралдан “2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегияси” ПФ-4947-сон фармони, 2017 йилнинг 20 июнидан “Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017-2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги ПҚ-3071-сон қарори, 2018 йил 7 декабридан “Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида”ги ПФ-5590-сон фармони, 2018 йил 30 августидан “Аҳолига неврологик ёрдам кўрсатишни такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги ПҚ-3925-сон қарори, шунингдек ушбу соҳада қабул қилинган бошқа меъриёв-ҳужжатларда белгиланган вазифаларнинг бажарилишига хизмат қилади.

**Тадқиқотнинг республика фан ва технологилари ривожланишининг устувор йўналишларига мўлғити.** Мазкур тадқиқот республика фан ва технологилар ривожланишининг VI. «Тиббийёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** Амбулатор-поликлиника шарафига тиббий ёрдам учун мурожаат қилган аҳолининг барча контингентидан неврологик хасталиги бўлган беморларнинг улушини умумий тахлисни амалга ошириш, шунингдек, бундай касалликларни ўз вақтида танишловаш мақсадида онлавий шифокор/умумий амалиёт шифокори ишнин енгиллаштириш учун беморларни ихтисослаштирилган кўриқдан ўтказишнинг босқичма-босқичлигини ўрганиш ва оптималлаштириш зарур. Илмий изланишлар бирдамчи тиббий бўғинда қишлоқларда амбулатор-тиббий ёрдам кўрсатишни ташкил этишни такомиллаштириш муаммоларини ҳар томонлама кўриб чиқмоқда. Кўпгина олимларнинг ишларида тадқиқотлар Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини ислох қилиш Давлат дастурига мувофиқ аҳолига бирдамчи тиббий-санитария ёрдамининг юқори даражаси ва сифатини таъминлаш мақсадида даволаш-профилактика муассасалари пунктларини ташкил этиш ва маҳаллийлаштириш тизими ва жараёнини такомиллаштириш масалаларини ҳал этиш йўлларини излашга бағишланган (Межликулов П.Р. ва ҳаммуал., 2006; Шерназаров Ф.Х., 2014).

Хасталиқнинг ўткир давридан кейин реабилитация тамойилларига риоя қилинган ҳолатда, энг замонавий ва қиммат даволаш ҳамда реабилитация усулларидан эмас, қўллаб-тиббийёт муассасаларида мавжуд шарафдан фойдаланиш реабилитация чораларининг самарадорлигини ошириш ва касалликни бошидан ўтказган ахсарият беморларни ногиронликсиз, мустақил ҳаётга қайтариш имконини беради (Дамулин И., Дегтерев Д., Струценко А., 2017; Никитина В.Б. ва ҳаммуал., 2017; Лопитина Т.Н., Терентьева О.В., 2019).



Ушбу таъминотлар бел соҳасида оғрик бўлган беморнинг бирламчи муружаат қилишида шифокор эътиборини ўсма, юқумли жараёнлар, чанок органларининг касалликлари ва бошқаларни ўз ичига олган жиддий патологик шароитларни излаш ва исетино қилишга қаратилганлигини англатади. Ушбу патологияларни аниқлайдиган баъзи аломатлар мавжуд, улар "тахдид белгилари" ("қизил байроқлар") деб аталади, агар улар топилса, у ҳолда амалиётчи шифокор беморни чуқурроқ текширишга ўтади. Ушбу белгиларни аниқлашмаслик оғриқнинг ўзига хос эмаслигини, яхши сифатли эканлигини ва қўшимча текширувларни талаб қилмаслигини кўрсатади (Абдуллаев Р., Кючоқебе О.Б., Челик Б., 2015). Белдаги оғриқнинг сабабларини эрта аниқлашда янги ёндашувларнинг тез ва кенг тарқалган ривожланишига қарамадан, бугунги кунга келиб, аниқ таъхисни одатда биринчи сигналлар пайдо бўлганидан кейин 7-10 кундан кечиктирмай қўйиш мумкин. Хориқлик тадқиқотчиларининг фикрича, бу икки сабабга кўра содир бўлади. Биринчидан, рентгенографик тадқиқотлар пайтида қайд этилиши мумкин бўлган ўзгаришларнинг кечиктирилган намоён бўлиши. Мисалан, сакроилентининг намоён бўлиши думгаза бел соҳасидаги бўғим яллиғланиши ҳисобланади. Бундай ҳолда, ўзгаришлар думгаза бел соҳасидаги бўғимда доимий ёки прогрессив яллиғланиш шароитида бир неча йил давомида пайдо бўлади. Иккинчидан, умумий амалиёт шифокорлари ушбу касалликни таъхислаш тартиб-қоидалари ҳақида етарли маълумотга эга эмаслар (Boyer G.S. et al., 2010; Jois R.N. et al., 2010; Ravikanth R., 2019).

Бел оғриқлари мавжуд бўлган, қон айланишининг бузилишлари ривожланаётган, ҳамда касалликлар хавфи бор беморлардаги асоратларни дастлабки босқичларида аниқлашга имконият яратувчи нейробиологик, нейровизуализация ва нейробиохимик текширувларининг комплекс усулларини такомиллаштириш ҳамда патологияни эрта аниқлашга ёрдам берувчи ва таъхислашнинг янги имкониятларини очилишига имкон яратувчи мавзуларда тадқиқотлар олиб бориш тиббиёт олдига турган долзарб масалалардан ҳисобланади. Мазкур масалаларга йўналтирилган тадқиқотларни давом эттириш муҳим амалий аҳамиятга эга.

**Диссертация мавзусининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги.** Диссертация иши Бухоро давлат тиббиёт институтининг илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ бажарилган. №03.2021.PhD125 "Бухоро ҳудуди иссиқ иқлими шароитида организмнинг патология олд ва патологик ҳолатларини эрта таъхислаш, даволаш ва олдини олишга қаратилган янги ёндашувларни ишлаб чиқиш (2017-2021 йй.)" мавзусидаги илмий-тадқиқот ишлари режаси доирасида бажарилган.

**Тадқиқотнинг мақсади:** бирламчи тиббий бўғимдаги умумий амалиёт шифокори амалиётида белнинг пастки қисмида оғриқлар пайдо бўлиши ва клиник тузилишини таъхис қилиш ва умумий амалиёт шифокори томонидан ушбу беморларни текшириш ва даволаш алгоритминини ишлаб чиқишдан иборат.

**Тадқиқотнинг вазифалари:**

соғлиқни сақлаш тизимининг бирламчи бўғинида tibбий хужжатлар асосида бел оғриғи билан касалланган беморларнинг тарқалиш даражаси, ташхислаш сифати ва тўлиқлиғи ҳамда tibбий ёрдам сифатини ўрганиш;

ишлаб чиқилган сўровномалардан фойдаланиб, лөмбелгия синдроми билан tibбий ёрдамга мурожаат қилган беморларда касалликнинг клиник тузиллишини таҳлил қилиш, қўшимча текширув усулларини (КТ, МРТ, лаборатор таҳлиллар) тўғри талқин қилишни ҳамда беморларнинг ёш ва жинс таркибини баҳолаш;

носпецифик, радикуляр ва ўзинга хос бел оғриғининг қиссий ташхисоти ва уларни даволаш стандартлари тўғрисидаги хабардорлигини текшириш учун умумий амалиёт шифокори сўровини ўтказиш;

олинган натижаларга асосланиб, бирламчи tibбий бўғиндаги умумий амалиёт шифокори томонидан белнинг пастки қисмида оғриқлар бўлган беморларни ташхислаш ва даволаш алгоритмини ишлаб чиқишдан иборат.

**Тадқиқот объекти** сифатида тасодифий репрезентатив саралаш йўли билан танланган Бухоро вилоятида яшовчи аҳоли олинган.

**Тадқиқот предмети** сифатида неврологик ҳолатни комплекс кўриқдан ўтказиш натижалари ва нейровизуализация усулларининг натижалари хизмат қилади.

**Тадқиқот усуллари:** диссертация ишида клиник-неврологик, нейропсихологик, нейровизуализация, асбобли ва статистик тадқиқот усулларидан фойдаланилган.

**Тадқиқотнинг илмий аҳамияти қуйидагилардан иборат:**

илк бор шаҳар ва қишлоқ аҳолиси, аёллар ва эркеклар, уюшган ва уюшмаган аҳоли орасида дорсалгия синдромининг тарқалиши, шунингдек, шаҳар ва қишлоқ аҳолисининг бел қисмидаги оғриқ синдромининг клиник ва патогенетик тузилиши ўрганилган;

илк бор бирламчи tibбий бўғиндаги умумий амалиёт шифокори учун бел оғриғи жараёнини бoshқаришнинг амонавий тамойиллари жорий этилиб, бу ўз навбатида уларнинг ишига илмий ёндашувларни янада тадбиқ этишга ёрдам берган;

бел оғриғи бор беморларда орқа оғриқни аниқлаш ва асосий соғлиқни сақлаш даражасида бoshқарув тактикасини танлаш учун электрон дастурий тизимлот яратилган;

илк бор бирламчи tibбий бўғини амалиётида белдаги оғриқларни даволаш алгоритми ишлаб чиқилган.

**Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:**

соғлиқни сақлаш тизимининг бирламчи tibбий бўғинининг демографик, tibбий-ташхисий ва кадрларга оид хусусиятларини чуқур таҳлил қилиш асосида оқлавий шифокор тамойили бўйича амбулатор-поликлиника ёрдамини бoshқарма-босқич қайта ташкил этиш бўйича чора-тадбирлар мажмуаси ишлаб чиқилган;

оқлавий шифокорлар амалиётига исботловчи tibбиётга асосланган диагностика ва даволашнинг клиник баённомалари жорий этилиб, уларнинг tibбий ёрдам сифатини ошириши исботланган;



соғлиқни сақлаш тизимининг бирламчи бўғинида профилактик чора-тадбирлар ҳажмини ошириш асосида неврология соҳасидаги онлавий шифокорлар фаолияти оптималлаштирилган;

бирламчи тиббий бўғин шифокорлари учун белнинг пастки қисмидаги оғриқларни ташxisлаш ва даволаш алгоритми кўринишида махсус қўлланма тузилган, бу вазгинчалик меҳнатга қроқсиз қунларини қисқартириш ва аҳолининг ҳаёт сифатини яхшилашга ёрдам бериб, катта истисодий самарадорлик берган.

**Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги** соғлиқни сақлашнинг амалий даражасида тадқиқот методологияси ва дизайнини амалга ошириш билан асосланганлиги; тадқиқотнинг мақсад, вазифалари ва предметларига мувофиқ амалга оширилганлиги, замонавий услуб ва ёндашулардан фойдаланилганлиги, назарий маълумотларнинг олинган натижаларга мувофиқлиги, олиб борилган тадқиқотларнинг методология нуктаи назардан тўғрилиги, етарли миқдорда беморлар саралаб олинганлиги, математик-статик тадқиқот усуллари, диагностика ва профилактик даволашни оптималлаштириш натижаларини ҳорижий ҳамда маҳаллий тажриба билан таққослаш, ҳулосалар, шунингдек олинган натижалар вақолатли тузилмалар томонидан асосланганлиги билан тасдиқланади.

**Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.** Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти бел оғриқидан азият чекувчи беморларни эрта ташxisлаш ва даволаш чора-тадбирларини оптималлаштириш билан бирга беморларнинг нейрпсихологик, жисмоний лаёқатини ошириш, ҳаёт сифати даражасини яхшилаш шу билан бир қаторда меҳнат қобилиятини тиклаш билан изохланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти бел оғриқидан азият чекувчи беморларни аниқлаш, касалликнинг асоратланган шакли ривожланишини олдини олиш, ҳамда унинг эрта даврида даволаш чора-тадбирларини амалга ошириш, шунингдек, йўқотишган, меҳнатга лаёқатсиз қунларининг қамайиши ва беморлар ҳаётининг сифатини ошириш имкониятининг таъдим қилиниши билан ифодаланади.

**Тадқиқот натижаларинининг жорий қилиниши:** бел оғриқи: соғлиқни сақлашнинг бирламчи тиббий бўғини даражасида диагностика ва даволаш алгоритмларини ишлаб чиқиш бўйича олинган илмий натижалар асосида қуйидагилар яратилди:

“Белдаги оғриқларни бирламчи тиббий бўғинларда ташxisлаш, синдром ва симптомларини даволаш” услубий тавсиянома (ЎзР Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021-йил 12 октябрдан №8н-р/912-сон ҳулосаси билан тасдиқланган). Маъмур услубий тавсиянома бирламчи тиббий бўғинда белдаги оғриқларни ташxisлаш, синдром ва симптомларини даволаш усулларида фойдаланиш имконини берган;

“Белдаги оғриқларни аниқлаш, ташxisлаш, даволаш ва профилактик чора-тадбирларни оптималлаштириш” услубий тавсиянома (ЎзР Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021-йил 2 ноябрдан №8н-р/1025-сон ҳулосаси билан тасдиқланган). Маъмур услубий тавсиянома белдаги оғриқларни аниқлаш,

ташхислаш, даволаш ва профилактик чора тadbирларини оптималлаштириш усулларидан фойдаланиш имконини берган;

илмий ишнинг натижалари Бухоро шаҳар тиббиёт бирлашмасига қарашли 3 ва 8-сон оилавий поликлиникалар амалиётига тadbир қилинган (ЎзР Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021-йил 18 ноябр №8и-з/439-сон ҳуқуқаси). Олинган натижаларнинг амалиётга жорий қилиниши бел оғриги билан касалланган беморларни аниқлаш, касаллик асоратларини ва ногиронликни камайтириш ва беморлар ҳаёт сифатини яхшилаш имконини берди.

**Тadbирот натижаларининг апробацияси.** Маъмур тadbирот натижалари 5 та илмий-амалий анжуманларда, жумладан, 3 та халқаро ва 2 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳоқимадан ўтказилган.

**Тadbирот натижаларининг эълон қилинганлиги.** Диссертация маъзуси бўйича жами 29 та илмий иш чоп этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг докторлик диссертациялари асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 10 та мақола, жумладан, 5 таси республика ва 5 таси хорижий журналларда нашр этилган.

**Диссертациянинг ҳажми ва тузилиши.** Диссертация таркиби юрши, бешта боб, хотима, ҳуқуқасалар, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 146 бетни тashкил этади.

## ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

**Кириш** юзюмда диссертация маъзузининг долзарблиги ва зарурати асосланган, тadbиротнинг мақсади ва вазибалари, текширув объекти ва предметлари аниқланган, Ўзбекистон Республикаси фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, тadbиротнинг илмий аҳамияти ва амалий натижалари баён қилинган, олинган натижаларнинг ишончлилиги асосланган, уларнинг назарий ва амалий аҳамияти очиб берилган, тadbирот натижаларини соғлиқни сақлаш амалиётига жорий этилганлиги, апробация натижаси, нашр қилинган мақола, диссертациянинг тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг биринчи бобида «**Бел оғриги синдромининг учраш даражаси, диагностика ва даволашда замонавий ёндашув**» маъзуида олиб борилган тadbирот натижалари, хорижий ва маҳаллий адабиётлар таҳлили батафсил ёритилган. Тadbирот мақсаидан келиб чиққан ҳолда бел оғриги билан касалланган беморларда клиник-неврологик ва нейрпсихологик бузилишларнинг патогенези, клиникаси, тashхислаш ва даволаш тамойилларининг афзалликлари ва камчиликлари таҳлил қилинган, шунингдек, маъмур муаммонинг ўз ечимини топган ҳамда ечимни топилиши лозим бўлган аспекти белгиланган. Такдослаш жиҳатидан, у мантқан ефити 5-7 йил давомда замонавий адабиётлар шарҳидан олинган маълумотлардан фойдаланган, ҳамда илмий ишнинг ҳозирги кунда долзарблиги кўрсатилган.

Диссертациянинг иккинчи боби «Бел оғриги диагностикаси ва давоси бўйича тадқиқот материаллари ва усуллари» клиник, неврологик ва нейрпсихологик тадқиқотларни ўз ичига олиб, Бухоро шаҳри 1-сон оилавий поликлиникасига ва қишлоқ оилавий поликлиникаларига мурожаат қилган 147 нафар беморда олиб борилиб, 2017 йилдан 2019 йилгача бўлган 3 йиллик давр мобайнида амалга оширилган ишлар қўламини бағишланган. Белнинг пастки қисмида оғриқлари бўлган беморларда учрайдиган аломатлар, оғриқларнинг хусусиятлари, тарқалиш даражаси, клиник хусусиятлари таҳлил қилинган. Беморларда скрининг нейрпсихологик синамалар, бел оғриғига хос эпидемиологик анкеталар ёрдамида текширишлар амалга оширилган.

Текширувда қуйидаги стандарт ҳолатларга мос келадиган, бел соҳасида оғриқ синдроми мавжуд бўлган беморлар камраб олинган:

тиббий меъёрларга мувофиқ, тиббий тадқиқотларда иштирок этиш учун беморнинг ёшга розилиги олинган;

20 ёшдан 70 ёшгача бўлган эркак ва аёл беморлар;

бутун тадқиқот давомида протокол талабларига риоя қилиш имконияти бор беморлар;

ВАШ бўйича 4 дан 9 баалгача бўлган, миофасциал генез устуңлиги билан бел-думгаза соҳасида оғриқ синдроми мавжуд бўлган беморлар;

умумий аҳоли дастлабки текширувда қоникарли деб баҳоланган беморлар.

Биринчи навбатда, 2017-2019 йилларда танлаб олинган беморларнинг амбулатор карталари ўрганилган.

Амбулатор карталарни ўрганиш шунинг кўрсаткичи, тананинг орқа қисмида турли хил оғриқлари бўлган 4890 та беморнинг 1365 таси (27,9%) да бел соҳасида оғриқлар бўлган. Улардан 733 таси эркак бемор (53,7%) ва 632 таси аёл бемор (46,3%). Уларнинг ўртача ёши эркаклар учун  $32,5 \pm 5,7$  ёшни, аёлларда  $38,3 \pm 7,5$  ёшни ташкил этди. Умуман олганда, беморларнинг ёши 23 дан 68 ёшгача (1-жадвал).

3 йиллик тадқиқот даври давомида - йиллар бўйича ўрганилган беморларнинг улуши 2017 йилда - 30,2% ( $n=412$ ), 2018 йилда - 35,8% ( $n=489$ ), 2019 йилда - 34,0% ( $n=464$ ) ни ташкил этган.

Олинган натижаларни статистик қайта тизимлаш StatSoftInc. фирмасининг STATISTICA 10.0 статистик дастурий пакетлари ёрдамида, шунингдек, "EXCEL-2010" компютер дастури ёрдамида шахсий компютерда амалга оширилди.

Таҳлил қилинаётган хусусиятларнинг тахсимот параметрлари STATISTICA 10.0 дастурининг эҳтимолийлик калькулятори ёрдамида аниқланди. Бунда биз статистик таҳлилниң параметрик ёки параметрик бўлмаган усулларини қўлландик.

Тадқиқот натижаларининг статистик аҳамияти тахсимот турини ҳисобга олган ҳолда баҳоланди. Нормал ҳолатда, текширилган беморларнинг деярли 95%ида кўрсаткичлар ўрта даражадан  $+ 2 SD$  (ўртача квадратик оғиш) оғганини кўрсатди. Тадқиқот маълумотларини тавсифлаш жараёнида қуйидаги қисқартмалар қўлланилди  $M (SD)$  шаклида, бу ерда  $M$

– ўртача арифметик қиймат, SD – ўртача квадратик оғиш. Кўрсаткичлар қиймати нормал даражадан сезиларли фарқ қилса, параметрик бўлмаган мезонлар ишлатилди. Бизнинг тадқиқотимизда параметрларни тақсимлаш нотўғри бўлган, шунинг учун ҳар иккала гуруҳнинг солиштирма ўртача қийматлари орасидаги фарқни баҳолаш учун параметрик бўлмаган Манн-Уитнининг U-тести ишлатилди.

I жадвал

**Тадқиқотнинг биринчи босқичида гуруҳдаги беморларнинг жинси ва ёши бўйича таркиби**

Ёш	I гуруҳ					
	Эркеклар		Аёллар		Жами	
	Мут.	%	Мут.	%	Мут.	%
20-30	123	26,4%	74	17,2%	197	22,0%
30-40	84	18,0%	67	15,5%	151	16,8%
40-50	79	17,0%	61	14,2%	140	15,6%
50-60	67	14,4%	108	25,1%	175	19,5%
60-70	113	24,2%	121	28,1%	234	26,1%
<b>Жами</b>	<b>446</b>	<b>52,0%</b>	<b>431</b>	<b>48,0%</b>	<b>897</b>	<b>100%</b>
	II гуруҳ					
	Эркеклар		Аёллар		Жами	
	Мут.	%	Мут.	%	Мут.	%
20-30	84	31,5%	31	15,4%	115	24,6%
30-40	43	16,1%	28	13,9%	71	15,2%
40-50	36	13,5%	31	15,4%	67	14,3%
50-60	35	13,1%	39	19,4%	74	15,8%
60-70	69	25,8%	72	35,8%	141	30,1%
<b>Жами</b>	<b>267</b>	<b>57,1%</b>	<b>201</b>	<b>42,9%</b>	<b>468</b>	<b>100%</b>

Нормалдан фарқ қилувчи тақсимотлар учун Спирман даражали корреляция коэффициентни қўлланди. Иккала ҳолатда ҳам корреляциянинг статистик аҳамияти  $P < 0,05$  қийматида эканлиги аниқланди. Рақамлар ва фонларнинг улушлари орасидаги фарқни баҳолаш STATISTICA 10.0 дастурининг икки ўлчамли айирини тести ёрдамида амалга оширилган.

Диссертациянинг «Тадқиқотнинг биринчи босқичида беморларнинг клиник ва эпидемиологик хусусиятлари» деб номланган бобида беморлардаги бел оғриғи белгиларининг клиник ва эпидемиологик хусусиятлари, улар билан биринчи босқичда олиб борилган текширув натижалари бўйича ўтказилган таҳлиллар келтирилган. Беморларда бел оғриғининг бирлашми тиббий бўғиндаги мурожаатнинг тузилиши, учраш даражаси, ёш бўйича тарқалиши, касбга оид бел оғриғининг белгилари ва хусусияти, турлари ва унинг белнинг пастки қисмидаги оғриқлар билан боғлиқлик даражалари ўрганилган.

2017 йилдан 2019 йилгача бўлган тадқиқотнинг биринчи босқичида бел-думгаза соҳасидаги оғриқларга шикоят билан поликлиникага мурожаат қилган 23 ёшдан 68 ёшгача бўлган 1365 нафар бемор таҳлил қилинган. Оғриқ синдромининг тури ва давомийлигини белгилаш, унинг пайдо бўлиши ва



кучайишига таъсир кўрсатган омилларни аниқлаш мақсадида амбулатор карталарни ўрганиш амалга оширилган. Амбулатор карталардан олинган маълумотларнинг ҳам аҳамияти оз эмас: беморларнинг касби, жинси, ёши, текширув вақтида унинг вазни, бундан ташқари, тана вазни индекси, холестерин микдори кўрсаткичлари, коморбид патологияларнинг mavjudligи ва уни даволашнинг асосий йўналишлари, шунингдек нейровизуализацион текширув маълумотларини олиш имкониятини берган.

Амбулатор карталарни таҳлил қилиш жараёнида қуйидаги камчиликлар аниқланган, - касаллик тарихи, турмуш тарзининг тарихи, умумқилиниқ ва неврологик кўриқларда беморнинг шикоятлари тўлиқ акс эттирилмаган. Беморларнинг 56,7 фоизи бел оғриги ташхиси учун тўлиқ текширувдан ўтказилмаган (лаборатор таҳлиллари, ЭКГ, қорин бўшлагани органларининг ультратовуш текшируви, бел умурткаларининг рентгенографияси, умуртка погонаси бел қисми КТ ва МРТси).

Текширилган беморларда бел оғриги ривожланишининг сабабларини аниқлаш бўйича натижалар олинди: ҳаддан ташқари жисмоний юклама туфайли бел эриққанда, тананинг ноқулай ҳаракати ёки мажбурий ноқулай ҳолатда бўлганда 572 нафар беморда оғриқ пайдо бўлган (41,8%); турли хил хавфли - травматик ҳолатлардаги оғриқ 248 нафар беморда (18,3%) содир бўлган; стресс туфайли - 82 нафар беморда (6,1%); оғриқ пайдо бўлиши ва кучайишининг аниқ сабаби йўқлиги - 60 нафар беморда (4,4%); ҳаддан ташқари соғук қотиш туфайли 139 нафар беморда оғриқ пайдо бўлган (10,1%); туғруқдан кейинги даврда 57 нафар беморда оғриқ бўлиб (4,2%) ва 12,3% ҳолларда амбулатор карталарда оғриқ сабаби кўрсатилмаган.

Бундан ташқари, mavjud оғриқ синдромининг кучайишига сабаб сифатида беморлар қуйидагиларни кўрсатадилар: травматик ҳолатлар - 147 бемор (16,7%), кўплаб жисмоний юклама, ноқулай ҳаракат, ноқулай ҳолатда бўлиш 381 бемор (43,2%), ҳаддан ташқари соғук қотиш - 71 та бемор (8,1%), стресс - 12 нафар бемор (1,4%), операциядан кейин - 7 нафар бемор (0,8%). Аниқ қўзғатувчи сабабсиз оғриқ синдромининг кучайиши 46 нафар беморда қўзғатилди (5,2%).

Гуруҳлар ҳесмидаги ушбу кўрсаткичлар 2-жадвалда кўрсатилган.

Шундай қилиб, биринчи марта 483 нафар бемор (35,4%) бел оғриги билан шифокорга мурожаат қилди, ушбу патология билан поликлиникага такроран мурожаат қилган беморлар сонини деярли икки баробарга кўп - 882 (64,6%) нафарини ташкил этган. Шу билан бирга, II-гуруҳда бу кўрсаткич I-гуруҳга қараганда анча юқори бўлиб, эҳтимол бу туманларда кўп сонли хусусий клиникаларнинг йўқлиги ва беморлар кўпинча яшаш жойидаги поликлиникаларга мурожаат қилишлари билан боғлиқ - мос равишда 62,8% ва 68,2%. Бирламчи ва такрорий бел оғриги пайдо бўлишининг сабаблари таҳлил қилинди. Жадвалдан кўриниб турибдики, такроран мурожаат қилган беморлар орасида оғриқнинг пайдо бўлиши ҳаддан ташқари жисмоний эриқош (II-гуруҳда бу кўрсаткич I-гуруҳга қараганда юқори) ва стресс омиллари (бу ҳолда кўрсаткич I-гуруҳда II-гуруҳга қараганда юқори бўлиб чиқди) туфайли етарлича кўп учрайди.



Бел оғриғи пайдо бўлишининг яшаш шартитига ва мурожаат қилиш  
тезлигига боғлиқлиғи

I гуруҳ (n=897, 65,7%)				
Бел оғриғи пайдо бўлиш сабаблари:	Биринчи марта мурожаат қилган беморлар (Гуруҳ ичидаги сон н=334, 37,2%)		Такроран мурожаат қилган беморлар (Гуруҳ ичидаги сон н=563, 62,8%)	
	мут.	%	мут.	%
оғир юк кўтариш	132±15,2	39,5%	252±27,3	44,8%
травматик ҳолатлар	68±8,7	20,4%	93±9,1	16,5%
Стресс	22±2,3	6,6%	49±5,3	8,7%
Сабабсиз	13±1,6	3,9%	41±4,8	7,3%
қаттиқ совуқ қотнишдан кейин	49±6,1	14,7%	33±3,8	5,9%
туғруқдан кейинги даврда	9±1,7	2,7%	15±2,1	2,7%
турли ҳилдаги операциялардан сўнг	5±0,7	1,5%	3±0,4	0,5%
тана ҳароратининг ошishi	2±0,2	0,6%	5±0,6	0,9%
сабаби кўрсатилмаган	34±4,2	10,2%	72±8,9	12,8%
II гуруҳ n=468, 34,3%				
Бел оғриғи пайдо бўлиш сабаблари:	Биринчи марта мурожаат қилган беморлар (Гуруҳ ичидаги сон н=149, 31,8%)		Такроран мурожаат қилган бемор (Гуруҳ ичидаги сон н=319, 68,2%)	
	мут.	%	мут.	%
Оғир юк кўтариш	59±6,2*	39,6%	129±15,2**	40,4%
Травматик ҳолатлар	33±3,4***	22,1%	54±6,7***	16,9%
Стресс	5±0,7**	3,4%	6±0,8**	1,9%
Сабабсиз	1±0,2***	0,7%	5±0,6***	1,6%
Қаттиқ совуқ қотнишдан кейин	19±2,1**	12,8%	38±4,2**	11,9%
Туғруқдан кейинги даврда	10±1,8***	6,7%	25±3,6***	7,8%
Турли ҳилдаги операциялардан кейин	2±0,3**	1,3%	4±0,5**	1,3%
Тана ҳароратининг ошishi	1±0,2**	0,7%	3±0,3**	0,9%
Сабаби кўрсатилмаган	19±2,7***	12,8%	43±5,8***	13,5%

Эслатма. \* T-Студент таҳлили ҳисобига кўра натижалар кўйидаги ҳолатларда ишончли (\*- p<0,05; \*\*- p<0,01; \*\*\*- p<0,001).

Туғрухдан кейинги бел оғриғи улуғи I-гурухдағи 2,7% га қарағанда II-гурухда 12,8%ли юқори кўрсаткичга эғи эканлиғи кўринади. Хаддан ташқари совуқ котишдан кейинги тақрорий ташрифларда II-гурухда беморлар кўпроқ бўлган (5,9% га нисбатан 11,9%), биринчи ташрифда бу кўрсаткич иккала гурухда ҳам бир хил бўлган. Юқоридағилардан хулоса қилиб айтишимиз мумкинки, бел оғриғининг асосий сабаблари хаддан ташқари жисмоний иклама ва травматик омиллар бўлиб, улар фоиғ нисбатида текширилганда беморларнинг II-гурухда, иғни туманларда яшовчи беморларда юқори бўлган. I-гурухда, бел оғриғи туғайли дастлабки зуружаат пайғида 10,2% ҳолларда, иккинчи ташриф пайғида эса - 12,8% ҳолларда оғриқ сабаблари кўрсатилмаган, II-гурухда бу кўрсаткичлар мос равишда 12,8% ва 13,5% ни ташкил юлган.

Кўпинча бел оғриғи сентябр ва январ ойларида кузатилган (мос равишда 27,4% ва 38,8%), ва ҳамдан кам эса - февралда - 12,5% кузатилган.

Сурункали бел оғриғи 549 беморда (40,2%), ўғири бел оғриғи - 425 беморда (31,1%) аниқланди. Кейинчалик, бел оғриғи кўпчилик беморларда сурункали синдромга айланди. Бу кўрсаткич туман аҳолиғи орасида анча юқори.

Умуман олганда, сурункали оғриқларни хис этадиган беморларда касаллиқнинг ўртача давом этиши  $11,5 \pm 4,1$  йилни ташкил этади: аёл беморлар орасида  $13,4 \pm 3,9$  йил, эркек беморлар орасида эса  $8,7 \pm 5, 2$  йил (1-расм).

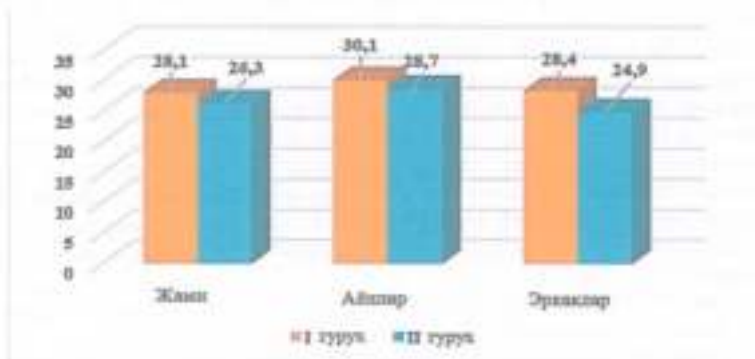


1-расм. Жинс (ёш)га боғлиқ ҳолда бел оғриғи касаллиғининг ўртача давомийлиғи

1-расмдан кўриниб турибдики, II-гурухга қарағанда I-гурухда кўпроқ оғриқлар бўлган. Аёлларда бу кўрсаткич эркекларга қарағанда юқори кузатилган.

Текширилган беморларнинг ўртача тана вазни индекси  $28,1 \pm 3,2$  ни ташкил этади: аёллар учун -  $30,1 \pm 1,4$ , эркекларда эса -  $28,4 \pm 2,9$  (2-расм). 2-

расмдан кўриниб турибдики, тана вазни индекси кўрсаткичлари I-гурухда ва айниқса аёлларда юқори бўлган.



**2-расм. Гуруҳлар кесимида жинсга боғлиқ ҳолда тана вазни индексининг ўртача қиймати**

Тадқиқотимизнинг иккинчи босқичи шەхар аҳолисининг хизматчиларида, туман аҳолисида ишчиларда сезиларли даражада юқори бўлган. Ушбу босқичда, тадқиқот давомида, белнинг пастки қисмидаги оғриқ билан мурожаат қилган 124 нафар бемор кўриқдан ўтказилган, улардан 70 нафари эркак (56,5%) ва 54 нафари аёл (43,5%). ўртача ёши 55,3 йил ( $\pm 13,8$ ), касаллик умумий давомийлиги ( $M \pm \sigma$ ) - 58,8 ой ( $\pm 41,6$ ) ва касалликнинг кучайиши охириги ҳолатининг ўртача давомийлиги ( $\pm \sigma$ ) - 10,5 ой ( $\pm 16,3$ ).

Беморларнинг вазини улчаш бўйича кўрсаткичлар қуйидаги натижаларни берди: барча кўриқдан ўтказилган беморларнинг ўртача вазни 57,45 $\pm$ 8,40 кг, аёлларда - 79,88 $\pm$ 5,42 кг ва эркакларда - 53,43 $\pm$ 6,6 кг кўриқдан ўтказилган беморларнинг холестерин даражаси ўртача 5,71 $\pm$ 1,3 ммол/л ни ташкил этди: аёлларда 5,72 $\pm$ 0,6 ммол/л, эркакларда эса 5,44 $\pm$ 1,1 ммол/л.

Беморлар икки гуруҳга бўлинган: "А" гуруҳи белнинг пастки қисмидаги оғриқ билан мурожаат қилганлар – 62 нафар (50,0%) шەкарлик беморлар, "Б" гуруҳи белнинг пастки қисмидаги оғриқ билан 62 нафар (50,0%) қишлоқ жойлардан келган беморларни ташкил қилган. Беморларни кўриқдан ўтказиш клиник аломатлар комплекси бўйича ўтказилган: тегишли миотомонинг ўртача ҳаракат бузилиши, оғриқ синдроми, асосан тегишли дерматомдаги тушиш турига қараб сезувчанлик бузилиши, қўзилишининг ажобий белгиларининг анисламани, проприорефлекснинг тушиши ёки пасайиши. Беморларни бирлашчи кўриқдан ўтказиш умумий натижалари шунинг кўрсатдики, кўпинча думба, бел-думбала ёки оёқдан бошлаб оёқ қафтингача ўтиб борувчи, ҳамда ҳаракатланганда ва кучанганда тегишли тана қисмида, умуртка погонасининг қисмига юклама берганда ёки кучайиб борувчи ёки қимирламай турган ҳолатда пастки мучалардаги оғриқларга шикоят қилиб мурожаатлар юлинган. Белдаги оғриқнинг интенсивлигини беморлар гуруҳи ўртасида миқдорий жиҳатдан ҳамда оғриқли синдром динамикасини баҳолашнинг эҳтимолигини инфодалаш мақсадида биз томонимиздан ВАШ

номли оғриқнинг рақамли визуал шкаласидан фойдаланилган. Олинган маълумотлар 3-расмда кўрсатилган.



**3-расм. Икки гуруҳ бўйича белнинг пастки қисмидаги оғриғи бор беморларда ВАШ бўйича оғриқ даражасининг балларда ҳисобланиши**

Беморлар клиник кўриқдан ўтказилганидан кейин ушбу кўриқ қуйидаги ноқулайлик белгиларини фарқлаш имконини берган: 87 нафар беморда (70,3%) паравертебрал нукталар ва белдаги остик ўсиқлар пайпасланганда оғриқта бўлган реакциянинг мавжудлиги; 63 нафар беморда (50,7%) бел-думғаза соҳасида ҳаракатнинг чекланиши; 35 нафар беморда (28,1%) бел-думғаза соҳасида ҳам горизонтал, ҳам вертикал ҳолатда пастозлик; 72 нафар беморда (58,4%) бел-думғаза соҳасидаги паравертебрал мушакларнинг дефанси кузатилган.

Неврологик ҳолатига кўра беморлар қуйидагича тақсимланган: пастки мучалардаги илдиҳасиз турдаги ҳиссий бузилиш билан оғриганлар 32 нафар беморда (25,7%), бир томонда тизза ва ахилл рефлексларининг пасайиши билан оғриганлар 28 нафар бемор (22,7%), 26 нафар беморда эса (21,0%) “тортишиш” белгисининг, ҳаракатдаги бузилишлар ёки оёқ мушаклари тонусининг шикастланиши қабили бар бўлмаган.

Беморларни кўриқдан ўтказишнинг барча 100% ҳолатларида турли ёш ва касбий хусусиятларга эга эркакларда ҳам, аёлларда ҳам, юриш, жисмоний зўриқиш, узоқ вақт ҳаракатсиз ҳолатда ўтириш пайтида оғриқнинг фаолланиши, оғриқ синдроми туйғайли бел соҳасида фаол ҳаракатларнинг чекланиши қайд этилган.

Диссертациянинг тўртинчи бобда “Амбулатория шароитида белнинг пастки қисмида оғриқ синдромини таъхислаш усули” амбулатория шароитида белнинг пастки қисмида оғриқни таъхислаш усуллари, бел пастки қисмида оғриқни аниқлаш ва даволаш бўйича халқаро менеджмент тажрибалари аниқланган. Амбулатор-поликлиника шароитида кўриқ давомида аниқланган бел пастки қисмида оғриқни ўрганиш бўйича сўровномалар олиб борилган, ҳамда тавсиялар амалга оширилган.

Сўровнома ёрдамида белнинг пастки қисмида оғриқ билан касалланган беморларни аниқлаш натижалари, белнинг пастки қисмида оғриғи бўлган беморларни амбулатор шароитларда кўриқдан ўтказиш бўйича диагностика ва даволаш, профилактика алгоритм мезонлари ўрганилган.



Сўнгги пайтларда кўпгина муаллифлар оғриқ синдромларини таъхислаш ва даволаш универсал вазифа деган фикрни билдиришган, ва бу жараён оғриқнинг локализацияси ва этиологиясига боғлиқ эътиборни таъкидлашган. Бундай таъхислаш беморни ҳар томонлама текширишга асосланади, бунда шифокорлар классик неврологик текширув қондаларига мурожаат қилишади, керак бўлганда, нейровизуализация техникаси, махсус методика ва шкалалар ёрдамида маълум бир оғриқ синдроми ҳолатларини синаб кўришни ҳам амалга оширишади. Саволнинг ушбу формуласи билан оғриқни ўрганиш ва баҳолашнинг замонавий усуллари юзаниш уйғотди.

Бугунги кунга келиб, умуртка поғонаси ва унинг атрофидаги тўқималарнинг патологиясини таснифлаш ва терминологиясига белинг пастки қисмида оғриқни келтириб чиқарадиган ягона умумий қабул қилинган ёндашув мажмууд эмас. Турли хил адабиётларда, турли муаллифлар оғриқ билан боғлиқ бўлган бир хил патологик жараёнларни очиб берадиган турли хил атамалардан фойдаланганлар.

Белдаги оғриқ синдроми таснифига асосланса, “Ўзига хос бўлмаган” оғриқ, радикулопатия ва эҳтимол умуртка поғонаси хавfli касалликлари, шунингдек, вертебрал бўлмаган оғриқ сабаблари ўртасидаги фарқ белинг пастки қисми оғриқлари диагностикасида асосий ва етакчи тушунча ҳисобланади. Бу мақсадлар учун шифокорга оғриқнинг иккинчи даражали эҳтимолини аниқлашга ёрдам берадиган “қизил байроқлар” тизими жорий қилинган. Хавотирли аломатлар қуйидагилар ҳисобланади: охириги марта оғриқнинг доимий ошиши, оғриқнинг “механик бўлмаган” табиати, тунда дам олиш ҳолатида унинг кучайиши; хамроҳ иситма касаллиги ва вазн йўқотиш; оғриқ биринчи марта пайдо бўлган ёш - 20 ёшгача ёки 55 ёшдан кейин; умуртка поғонаси шикастланишдан кейин оғриқ ва бошқалар. Агар беморни текшириш жараёнида оғриқ “Ўзига хос бўлмаган” сифатда таснифланса, агар у Ўзига хос оғриқ ёки радикулопатия белгиларини истисно қилса, унда клиник ва инструментал усуллар, тегишли мутахассисларнинг маслаҳатлари ёрдамида бемор кенгайтирилган текширувдан ўтказилади.

Бирок, кўпинча, амалиёт шифокорлари бир неча ҳафта ичида камайиб борувчи белдаги оғриққа дуч келишади. Бундай беморларнинг 90% и 1 ойдан 3 ойгача бўлган даврда унинг бутунлай йўқолишини ёки камайишини айтиб ўтишади. Бирок, амалиёт шунинг кўрсатадики, беморлар 25-30% қайта мурожаат қилиш ҳолатларида йил давомида такрорланувчи белдаги оғриққа шикоят қилади ва беморларнинг 10-20% да оғриқ сурункали шаклга айланади. Радикулопатия ва умуртка поғонаси стенозида нерв илдизининг сикклиши билан изоҳланадиган оғриқлар беморларнинг 10-15% да нисбатан камроқ учрайди. Ўзига хос бўлган сабабларга кўра (ички органлар касалликлари ёки онкологик патология) белдаги оғриқ намоён бўлишининг учраш даражаси беморларнинг 1-2% ида бундан ҳам паст ҳолатларда учрайди.

Иккинчи босқичда диск чуррасининг нерв илдизларининг сикклиши ёки умуртка поғонаси стеноз борлиги аниқланади. Оғриқнинг Ўзига хос хусусияти, тегишли зоналарда йўқотиш симптомлари, беморнинг оғриқли ҳатти-ҳаракати ва рефлексларнинг пасайиши қайд қилинади. Беморларда



қўшимча МРТ текширувлари ўтказилади. Агар умуртка поғонаси жиддий патология ёки радикулопатия симптоми шифокор томонидан аниқланмаса, оғрик қисман яхши сифатли деган хулосага келинади.

3-жадвалда белнинг пастки қисмидаги оғриқнинг асосий кўринишлари, дифференциал диагностикасида (қизил байроқлар) оғриқнинг жойлашган жойлари ва унинг таджикот усуллари келтирилган.

3-жадвал

**Белнинг пастки қисмидаги оғриқнинг дифференциал диагностикаси  
“қизил байроқлар”**

Асосий кўринишлари	Касалликлар	Тадқиқотлар
Оғрик белнинг пастки қисмида, думгаза соҳасида ўришган, илданли аломатлар йўқ	Суюк-бўғим ва мушак-пай аппаратлари касалликлари ва жароҳатланган билан чақирилган воспешофик оғрик	
Оёқларда илданли аломатлар. Ласега тести нобой, оёқларда кучли ёки ўсиб боруви ҳолатлик	Ишналтга, кўпинча L4-L5 ва L5-S1 чуррасимон диски, бел степоз	Невролог кўриги, умуртка поғонаси рентенографияси (Rg), КТ, МРТ
Жисмоний фаоллик ва спортни кўп қўзғатуви омилларидир: белни эгиш ва сўғрилганда оғрик кучаяди; кўп проекциядаги рентгенография нуқсонни аниқлайди.	Спондилолистез (юқорикда ётувчи умуртка танасининг сираниши, L5-S1 даражасидаги касога)	Невролог кўриги, умуртка поғонаси Rg, КТ, МРТ
Тос аъзоларининг бузилиши, оёқ-кўларнинг парези, чет ораси анестезияси	От думи илданлини зарарланган сиздроми	Невролог кўриги, умуртка поғонаси Rg
Олдинги жароҳат, остеопороз белгилари	Умуртка поғонасининг синиши (компрессион синиши)	Умуртка поғонаси Rg, КТ, МРТ
Нонга, ЭЧТ ортинчи, антинуклеар антителалар, склеродерма-ревматоид артрит	Боголчан тўқуманинг касаллини	Ревматолог маслаҳати
Белда сурункали яллиғланиш оғриги*, касалликнинг ёшда бошланган (25 ёшгача), тезими яллиғланиш белгилари (ЭЧТ ва СРО ошгани), артрит ва эпителларнинг ақумладан, аксиллобурсит, псориаз малақудини	Ревматик касалликлар (спондилоартритлар)	Ревматолог маслаҳати,
		умуртка поғонаси Rg, КТ, МРТ
Бел ва қоринда оғрик, қонли диярек, ошпа, тезими яллиғланиш белгилари (ЭЧТ ва СРО ошгани)	Йиқ яллиғланиш касалликлари билан бирга келувчи спондицит (ярли колит, Крон касаллиги)	Ревматолог, невролог маслаҳати



анкетаси ва 3-анкета – “Белнинг пастки қисмидаги оғриқлар” ташхисда тералин самарадорлигини баҳолаш анкетаси (шифокор учун).

Шундай қилиб, белнинг пастки қисмидаги оғриқлар ташхис мураккаб ва турли томонларга йўналтирилган методология бўлиб, биринчи навбатда ўзинга хос бўлган белдаги оғриқни истисно қилишдан иборат. Ушбу тадқиқот натижасида ишлаб чиқилган белнинг пастки қисмидаги оғриқлар диагностикаси учун анкеталар ва алгоритм белнинг пастки қисмидаги оғриқлар билан оғриган беморда ташхис қўйиш ва даволаш тактикаси масалаларини тўғри ва тез ҳал қилишга ёрдам берди.

Амбулатор шарондаги амалиёт шифокорлари белнинг пастки қисмида ўткир оғриқларни ташхислаш жараёнининг босқичларини кузатади. Биринчи навбатда, у беморнинг соғлиги ва ҳатто ҳаётига хавф туғдирадиган оғриқнинг хавфлилик даражасини билиш учун “диагностик саралаш”ни амалга ошириши керак ва шундан кейингина тўғри ва самарали аналитик терапия тайинланиши мумкин. Биринчи навбатда, бемордаги оғриқ сабаби суюк-мушак тизимига боғлиқлиги ва қорин бўшлиғи ёки кичик чанок ички органларининг ўткир патологияси билан боғлиқ эмаслигига ишонч ҳосил қилиш зарур. Агар “жиддий патология” аломатлари истисно этилса, шифокор беморга унинг соғлигининг ҳақоний ҳолати, “хавfli касаллик” аломатлари йўқлиги ҳақида хабар бериши керак. Ўткир оғриқни тўхтатиш учун тўғри даволаш танланади ва беморни ўз ишига қайтишга ундайди.

Диссертациянинг бешинчи бобида “Соғлиқни сақлаш бирламчи бўғини ҳисобланган тиббиёт муассасаларида бел соҳасида оғриқ бўлган беморларга даволаш ва ташхислаш ёрдамни ташкил этиш масалалари” ўрганилган. Бел соҳасида ўзинга хос бўлмаган оғриқлари бўлган беморларга қўлланиладиган терапиянинг асосий мақсади оғриқни бартараф этиш, сурункали турдаги оғриқ пайдо бўлиш хавфини камайтириш орқали беморларнинг ҳаётини, жисмоний ва меҳнат фаолиятини тезроқ тиклашдан иборат. Бу бобда беморнинг даволаш жараёнига маънавий ва психологик жалб этилиши, унинг касаллигининг яхши сифатли табиғатига нисбатан мустаҳкам ишонч пайдо бўлишига ҳисса қўшадиган умумий амалиёт шифокорларининг ҳаракатлари, касалликнинг бошланишининг сабабини ва даволашнинг тўғрилиги муҳим омиллардан ҳисобланган.

Бел соҳасида оғриқ бўлган беморларга даволаш ва ташхислаш ёрдамни ташкил этишни такомиллаштириш йўллари аниқлаш долзарб масала бўлиб қолмоқда, чунки бирламчи тиббий бўғин даражасида кўрсатиладиган тиббий ёрдам сифати бўйича олиб борилган тадқиқотлар натижалари уларнинг ихтисодий ва иқтимоий аҳамиятини кўрсатган. Олиб борилган клиник тадқиқотлар ва белдаги оғриқни ихтисослаштирилган тиббиёт бўлимлари негизда даволаш мақсадга муваффиқдир. Сурункали белдаги оғриқ шикости бўлган беморларга тиббий ёрдам кўрсатиш шифокорлар ва тиббиёт муассасаларининг ихтисослик даражасига қараб маълум бир кетма-кетликда амалга оширилган. Беморларнинг бирламчи мурожаати ёки қайта мурожаати умумий амалиёт шифокорларининг тиббий хизмати даражаси ўрганилган. Белнинг пастки қисмида оғриқлари бўлган беморларда адекват даво чоралари олиб борилишига бағишланган. Даволашнинг самарадорлиги

беморларда бел огригининг яхшилانгани ва бемор функционал ҳолатининг ижобий тарзда ўзгаргани, ҳамда ҳаёт сифатининг яхшиланганлиги келтирилган шикалларда ўз ифодасини топган.

Белдаги огрикнинг кучайиши билан, ўтириш ёки ётиш ҳолатида узок вақт қолишдан қочиш, фаоллик режимиغا риоя қилиш ва кучли жисмоний юкламани сезиларли даражада камайтириш тавсия этилади. Бел соҳасида ўзига хос бўлмаган огрик ҳолатида ётоқда дам олиш тайинланмайди, чунки озгина жисмоний фаоллик тўқималарининг трофизмининг ва тикланишининг яхшилашга ёрдам беради. Қўнғина олимлар томонидан рандомизацияланган назорат остида тадқиқотлар ўтказилган, бу ўзига хос бўлмаган белдаги огрикни даволаш бўйича тавсиялар ишлаб чиқишга ҳисса қўшган (4-жадвал).

#### 4-жадвал

##### Белдаги ўзига хос бўлмаган огрикни даволаш бўйича тавсиялар

Тавсия	Исботланганлик даражаси
Жисмоний фаолликни сақлаш	Юқори
Ётоқ режими	Фойдаси исботланмаган
Марказий таъсир кўрсатувчи миорелаксантлардан фойдаланиш	Юқори
Парашетамол ва ностероид яллиғланишга қарши дори воситалари (НЯҚДВ)	юқори

Ўзига хос бўлмаган турдаги ўткир белдаги огрикни бартараф этиш учун 10-14 кун давомида парашетамол ва ностероид яллиғланишга қарши препаратини тайинлаш тавсия этилган. НСЯҚларни қўлашнинг огриксизлантирувчи ва яллиғланишга қарши хусусиятлари периферик тўқималарда ва марказий асаб тизимга тенг равишда циклооксигеназаларнинг (ЦОГ-1 ва ЦОГ-2) фаоллигини ингибиторлаштириш туфайли простагландинлар синтезининг пасайиши билан боғлиқ. Носелектив и-НСЯҚлардан диклофенак, ибупрофен, ацеклофенак, лорноксикам, кетопрофен ишлатилади. ЦОГ-2 о-НСЯҚ нинг селектив ингибиторларидан целекоксиб ёки мелоксикам тайинланади. НСЯҚларнинг белдаги огрикка таъсирини баҳоловчи қўлаб тадқиқотлар ижобий огриксизлантирувчи таъсирни тасдиқловчи далиллар базасини яратган. Тадқиқотларнинг ҳеч бири белдаги ўзига хос бўлмаган огрикни бартараф этишда аналгетик ва яллиғланишга қарши самарадорлик нуқтан назаридан НСЯҚлардан бирининг афзаллигини таъкидламади.

Худди шу тадқиқотлар ЦОГ-2,о-НСЯҚларни селектив ингибиторлаштириш билан НСЯҚларни қўлаш, НСЯҚларни қабул қилишда ошқозон ичак тракти касалликлари асоратларининг ривожланишга энг кам таъсир қилади деган хулосага келинди.

Дори-дармонлар ёрдамида даволашдан ташқари, белнинг пастки қисмида ўзига хос бўлмаган огриклар бўлган беморларга қўшимча ёрдамчи терапия сифатида соғломлаштирувчи жисмоний тарбия, массаж, рефлексотерапия ва мануал терапия (постизометрик релаксация) тайинланган. Амалийот шуни кўрсатдики, бундай комбинация ушбу







дармонларни қабул қилишда юзага келиши мумкин бўлган исталмаган асоратларни ҳисобга олган ҳолда, индивидуал асоси ёндашувга таянади.

## ХУЛОСАЛАР

1. Бирламчи бўғинда бел оғригининг клиник тузилишига кўра, неспецифик оғриқлар 70,3%, радикуляр оғриқлар 20,6% ва специфик оғриқлар 9,1% ҳолатларда аниқланди. Бошқача қилиб айтганда, радикуляр оғриқларнинг умумий тарқалиш даражаси аҳолига (7%) нисбатан деярли уч баравар юқори. Бу ўз навбатида неспецифик оғриқларни вақтида ташхисламасдан даволаш чора-тадбирларини олиб бормаслик натижасида диск чуррасининг ривожланишидан дарак беради.

2. Шахар ва туманлардаги тиббиётнинг бирламчи бўғинидан тиббий ёрдам сўраган беморларнинг 27,9%и бел оғриқлари бўйича мурожаат қилган. Ундаги ёш ва жинс бўйича бўлган тахсиллар аёлларга нисбатан эркакларда касаллиқнинг кўп 53,7% учрашини кўрсатади. Унда эркакларнинг ўртача ёши 32,5±5,7га тенг бўлса, аёллар ўртача ёши 38,3±7,5 га тенг бўлганлигини ифозалади.

3. Туман поликлиникаларида бел пастки қисми оғриқлари билан мурожаат қилган эркаклар сони аёлларга нисбатан (42,9%) кўп бўлган (57,1%). Шахар поликлиникаларида бу деярли бир хил учради. Белнинг пастки қисмидаги оғриқларнинг специфик даражаси II-гурухда жуда паст бўлди. Бу беморларни текшириш сифатининг пастлиги билан боғлиқ бўлди.

4. Амбулатор карталарни ўрганиш натижалари асосида беморларнинг касаллик ва ҳаёт тарихи, умузклиник ва неврологик кўриқлар натижалари тўлиқ аке этмаганини, беморларнинг 56,7% қисми бел оғриги бўйича тўлиқ диагностикани (лаборатория тахсиллари, қорин бўшлиғи аъзолари УТТСи, ЭКГ, умуртка бел қисми рентгенограммаси, КТ ва МРТ) ўتماганини инобатга олиб жаҳон андозалари асосида беморларни гуруҳларга бўлиб рангли байроқчалар билан белгилаш асосида тиббий хизматни мақсадли режалаштириб, унинг сифати яхшиланди.

5. Соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғинида беморларни марказдан узоқлигини, бел оғриги билан оғриган беморлар тегишли тўлиқ даво олишмаганини, шунинг учун такрорий мурожаатлар ва жарайнинг сурункали давомийлиги 77,8% юқори фозда эканлигини инобатга олиб, амбулатор шароитда диагностика ва даволашни қундузги стационарларда бел оғриқлари учун ишлаб чиқилган махсус алгоритм асосида оптималлаштиридан.

НАУЧНЫЙ СОВЕТ ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ  
PhD.04/13.05.2020.Tib.93.02 ПРИ БУХАРСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ  
МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ

---

БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

ХАЛИМОВА ДИЛРАБО ЖАЛИЛОВНА

БОЛЬ В СПИНЕ: РАЗРАБОТКА АЛГОРИТМОВ ДИАГНОСТИКИ И  
ЛЕЧЕНИЯ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

14.00.13 – Неврология

АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD)  
ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ

Бухара – 2022

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за №В2021.4.PhD/ТФ1186

Докторская диссертация выполнена в Бухарском государственном медицинском институте.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский и английский (резюме)) размещен на веб-странице научного совета ([www.bhmi.uz](http://www.bhmi.uz)) и в информационно-образовательном портале "ZiyoNet" ([www.ziynet.uz](http://www.ziynet.uz))

Научный руководитель:	Гафуров Бахтиёр Гафурович доктор медицинских наук, профессор
Официальные оппоненты:	Даурабегова Азиза Татировна доктор медицинских наук, профессор
	Уринов Мусо Болтаевич доктор медицинских наук, доцент
Ведущая организация	Казанский национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова


Защита диссертации состоится «1» Мая 2022 года в 14.30 часов на заседании Научного совета по присуждению ученых степеней PhD-04/13.03.2020.ТФ.93.02 при Бухарском государственном медицинском институте (Адрес: 200118, г. Бухара, ул. Навои, дом 1. Тел/факс: +99865 223 00-50, Веб-сайт: [www.bhmi.uz](http://www.bhmi.uz), e-mail: [bhmi@mail.ru](mailto:bhmi@mail.ru))


С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Бухарского государственного медицинского института (зарегистрирована за №СЭЗ) (Адрес: 200118, г. Бухара, ул. Навои, дом 1. Тел/факс: +99865 223 00-50, Веб-сайт: [www.bhmi.uz](http://www.bhmi.uz), e-mail: [bhmi@mail.ru](mailto:bhmi@mail.ru))

Автореферат диссертации разослан «11» апреля 2022 года  
(реестр протокола рассылки № 11 от «11» апреля 2022 года)



  
Председатель научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук (DSc), доцент

  
Ученый секретарь научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук (DSc), доцент

  
Г.А. Нехирова  
Председателя научного семинара при Научном совете по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук (DSc), профессор

## ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

**Актуальность и востребованность темы диссертации.** Боль в пояснице (дорсалгия) на сегодняшний день является не только клинической, но и серьезной социально-экономической проблемой и считается наиболее частой жалобой среди пациентов, обращающихся к неврологу, терапевту или врачу общей практики. Боль в пояснице - одна из актуальных проблем клинической неврологии. По данным Всемирной организации здравоохранения «... пациенты с болями в пояснице занимают первое место в мире по состоянию здоровья, сокращению продолжительности жизни из-за хронического течения...»<sup>1</sup>. По статистике 80% населения мира страдает от боли в спине. Более 25% пациентов, впервые обращающихся к терапевту, - это пациенты с болями в пояснице и конечностях. Способность снять боль в течение месяца достигается лечением только в 80% случаев, остальные случаи переходят в хроническую форму и подвержены лечению. Эти хронические пациенты составляют около 4% населения.

В мире особое внимание уделяется масштабным научным исследованиям на уровне первичных звеньев здравоохранения, ранней диагностики заболеваний, замедления прогрессирования нейродегенеративных процессов и современных подходов к индивидуальному лечению. В связи с этим проводятся ряд научных исследований с целью выявления причин распространения неврологических заболеваний в первичном медицинском звене, оптимизации высокотехнологичных методов диагностики и критериев лечения для ранней диагностики, методов лечения и эффективных моделей факторов развития и прогноза умеренных когнитивных нарушений. На уровне семейных врачей в первичных звеньях здравоохранения особое значение имеют диагностика основных неврологических синдромов, оптимизация прогноза заболевания и улучшение неврологической помощи, оценка возможностей профилактического фармакологического действия.

В нашей стране проводится большая работа по кардинальному повышению качества медицинских услуг, оказываемых населению и развитию системы здравоохранения. «...повышение эффективности, качества и популярности медицинской помощи, а также формирование системы медицинской стандартизации, внедрение высокотехнологичных методов диагностики и лечения, создание эффективных моделей диспансеров, поддержка здорового образа жизни и профилактики заболеваний...»<sup>2</sup> определены важные задачи.

В частности, организация помощи пациентам, страдающим болями в пояснице, в Узбекистане сегодня требует внедрения специальных

<sup>1</sup>Кукушкин М.П. Диагностика и лечение воспалительской боли в спине. «Клиническая медицина» // Медицинский совет. - 2016. - №08. - С.12.

<sup>2</sup>Постановление Президента Республики Узбекистан от 20 июня 2017 года №131-3011 «О мерах по дальнейшему развитию оказания специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан в 2017-2021 годах».

алгоритмов, научных разработок для ранней диагностики и профилактики хронических соматических заболеваний, в том числе заболеваний опорно-двигательного аппарата и соединительной ткани.

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

**Соответствие исследования с приоритетными направлениями развития науки и технологий республики.** Диссертационная работа выполнена в соответствии с приоритетными направлениями развития науки и технологий Республики Узбекистан VI. «Медицина и фармакология».

**Степень изученности проблемы.** Необходимо проведение общего анализа доли пациентов с неврологическими заболеваниями от всего контингента населения, обращающихся за медицинской помощью в амбулаторных условиях, а также изучить и оптимизировать поэтапное обследование пациентов для облегчения работы семейного врача/врача общей практики по своевременной диагностике таких заболеваний. В научных исследованиях всесторонне рассматриваются проблемы совершенствования организации амбулаторной помощи в сельской местности. Исследования в трудах многих ученых в соответствии с Государственной программой реформирования здравоохранения Республики Узбекистан посвящены поиску решений проблем организации пунктов лечебно-профилактических предприятий на местах (Межликулов П.Р., и соавт., 2006; Шерназаров Ф.Х., 2014).

Соблюдение принципов реабилитации после острой фазы заболевания, использование существующих условий во многих медицинских учреждениях, а не самых современных и дорогостоящих методов лечения и реабилитации, повысит эффективность реабилитационных мероприятий и вернет большинство пациентов к самостоятельной жизни, жизни без инвалидности (Дамулин И., Дегтерев Д., Струченко А., 2017; Никитина В.Б. и соавт., 2017; Лопатина Т.Н., Терентьева О.В., 2019).

Эти принципы означают, что при первичном направлении пациента с болью в пояснице внимание врача сосредоточено на обнаружении и исключении серьезных патологических состояний, включая опухоли, инфекционные процессы, заболевания органов малого таза и т.д. Есть некоторые симптомы, идентифицирующие эти патологии, которые называются «признаками угрозы» («красные флажки»). И если они будут



обнаружены, то практикующий врач приступит к более глубокому обследованию пациента. Неспособность идентифицировать эти симптомы указывает на то, что боль неспецифическая, доброкачественная и не требует дополнительных исследований (Абдуллаев Р., Кючюкебе О.Б., Челик Б., 2015). Несмотря на быстрое и повсеместное развитие новых подходов к раннему выявлению причины боли в пояснице, на сегодняшний день окончательный диагноз обычно можно поставить не позднее, чем через 7-10 дней после появления первых сигналов. По мнению зарубежных исследователей, это происходит по двум причинам. Отсроченное начало изменений, которые могут быть отмечены при рентгенологическом исследовании. Например, проявлением сакроилита - воспалением сустава крестцово-подвздошного сочленения. В этом случае изменения происходят в течение нескольких лет в условиях постоянного или прогрессирующего воспаления в крестцово-подвздошном сочленении. Во-вторых, врачи общей практики не обладают достаточными знаниями о диагностических процедурах этого заболевания (Boyer G.S. et al., 2010; Jois R.N. et al., 2010; Ravikanth R., 2019).

Разработка комплексных методов нейropsихологических, нейровизуализационных и нейробиохимических исследований, позволяющих выявлять пациентов с болями в пояснице и нарушениями кровообращения, а также риск развития осложнений на ранних стадиях заболевания, помогла выявить патологию на ранних стадиях и открыла новые возможности диагностики, которое имеет большое практическое значение.

**Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация.** Настоящая диссертационная работа выполнена по плану научно-исследовательских работ №03.2021.PhD.125 Бухарского государственного медицинского института на тему: «Разработка новых подходов ранней диагностики, лечения и профилактики предпатологических и патологических состояний организма в условиях жаркого климата Бухарского региона» (2017-2021).

**Цель исследования:** проанализировать появления болей в нижней части спины и их клинической структуры в практике врача первичного звена здравоохранения и разработать алгоритм их обследования и лечения врачами общей практики.

**Задачи исследования:**

на основании медицинской документации первичного звена здравоохранения изучить частоту обращаемости пациентов с болями в спине, качество и полноту диагностики, качество оказания помощи;

проанализировать с помощью разработанных анкет клиническую структуру синдрома люмбагии у больных, обратившихся за помощью в первичное звено, оценить правильность интерпретации дополнительных

методов обследования (КТ, МРТ, лабораторные данные) и формулировки диагноза, провести анализ возрастного и полового состава больных;

провести анкетирование врачей общей практики с целью проверки их информированности в отношении дифференциальной диагностики неспецифических, корешковых и специфических болей в спине и стандартов их лечения;

на основании полученных данных создать алгоритм обследования, диагностики и лечения больных с болями в нижней части спины силами врача первичного звена.

**Объектом исследования** явилось население Бухарской области, полученное путём проведения случайной репрезентативной выборки.

**Предметом исследования** явились полученные результаты комплексного обследования неврологического состояния и результаты метода нейровизуализации.

**Методы исследования:** в диссертации использованы клинико-неврологические, нейропсихологические, нейровизуализационные, инструментальные и статистические методы исследования.

**Научная новизна исследования:**

впервые изучена распространенность синдрома дорсалгии среди городского и сельского населения, у лиц женского и мужского пола, среди организованного и неорганизованного населения, а также клинико-патогенетическая структура синдрома боли в нижней части спины у городского и сельского населения;

впервые внедрены принципы современного менеджмента при болях в спине для врача первичного звена, что способствует дальнейшему внедрению научных подходов в их работу;

было разработано электронное программное обеспечение для выявления болей в спине и выбора тактики ведения больных на уровне первичной медико-санитарной помощи;

впервые разработан алгоритм лечения болей в спине в практике первичного звена здравоохранения.

**Практические результаты исследования.**

на основе глубокого анализа демографических, медико-организационных и кадровых характеристик системы первичного звена здравоохранения разработан комплекс мероприятий по постепенной реорганизации амбулаторной помощи по принципу семейного врача;

доказано, что внедрение клинических протоколов диагностики и лечения, основанных на доказательной медицине, в практику семейных врачей улучшает качество их медицинской помощи;

оптимизация деятельности семейных врачей в области неврологии на основе увеличения объема профилактических мероприятий в системе первичного звена здравоохранения;

составлено конкретное пособие в виде алгоритма диагностики и лечения болей в нижней части спины для врачей первичного звена, что способствует сокращению дней временной нетрудоспособности и улучшению качества жизни населения, а также даёт большой экономический эффект.

**Достоверность полученных результатов** основана на внедрении методологии исследования и дизайна на уровне практического здравоохранения; выполнение исследований в соответствии с целями, задачами и тематикой, использование современных методов и подходов, соответствие – теоретических данных полученным результатам, методологическая точность исследования, подбор достаточного количества пациентов, математические и статические методы исследования, оптимизация диагностических и профилактических процедур сравнения с местным опытом, выводы, а также полученные результаты обоснованы на компетентных органах.

**Научная и практическая значимость результатов исследования:**

Научная значимость результатов исследования объясняется оптимизацией ранней диагностики и лечения пациентов с болями в пояснице, а также улучшением нейропсихологических, физических возможностей пациентов, улучшением качества жизни, а также восстановлением способности к работе.

Практическая значимость результатов исследования характеризуется выявлением пациентов, страдающих болями в пояснице, профилактикой развития осложнённых форм заболевания, а также проведением лечебных мероприятий на ранних его стадиях, в том числе сокращением потерянных, нетрудоспособных дней и предоставлением возможностей для улучшения качества жизни пациентов.

**Внедрение результатов исследования в практику:** на основе научных результатов, полученных при разработке алгоритмов диагностики и лечения болей в пояснице на уровне первичного звена здравоохранения, были подготовлены:

методические рекомендации «Диагностика болей в спине, лечение синдрома и симптомов на уровне первичного звена здравоохранения» (утверждены заключением Министерства здравоохранения Республики Узбекистан от 12 октября 2021 года №8н-р/912). Эти рекомендации позволили диагностировать болей в пояснице и использовать методы лечения синдрома и симптомов на уровне первичного звена здравоохранения;

методические рекомендации «Оптимизация мероприятий по выявлению, диагностике, лечению и профилактике болей в пояснице» (утверждены заключением Министерства здравоохранения Республики Узбекистан от 2 ноября 2021 года №8н-р/1025). Эта рекомендация позволила использовать методы диагностики, лечения и оптимизации профилактических мер при болях в пояснице;

результаты исследования применены в практике семейных поликлиник №3 и 8 Бухарского городского медицинского объединения (заключение Министерства здравоохранения Республики Узбекистан от 18 ноября 2021 года №81-з/439). Внедрение результатов на практике позволило выявлять пациентов с болями в пояснице, снизить количество осложнений и инвалидность, а также улучшить качество жизни пациентов.

**Апробация результатов исследования.** Основные фрагменты работы доложены и обсуждены на 5 научно-практических конференциях: на 3 с международным участием и 2 республиканских.

**Опубликованность результатов исследования.** По теме диссертации опубликовано 29 научных работ: из них 10 журнальных статей, в том числе 5 – в журналах РУз и 5 – в зарубежных журналах, рекомендованных ВАК РУз для публикации основных научных результатов диссертации.

**Структура и объем диссертации.** Диссертационная работа состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы. Объем диссертации составляет 146 страниц.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

**Во введении** обоснованы актуальность и востребованность темы диссертации, сформулированы цель и задачи, объект и предмет исследования, приведено соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий Республики Узбекистан, а также международный обзор по научной работе, изложены научная новизна и практическая значимость исследований, раскрыты теоретическая, практическая необходимость полученных результатов, даны сведения по внедрению результатов исследований в практическое здравоохранение, опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе диссертации подробно описаны результаты исследований по теме «Частота встречаемости болевого синдрома в пояснице, современные подходы к диагностике и лечению», анализ зарубежной и отечественной литературы. Исходя из цели исследования, патогенеза, клинических особенностей, преимуществ и недостатков принципов диагностики и лечения клинко-неврологических и нейропсихологических расстройств у пациентов с болями в пояснице, а также выявлены аспекты проблемы, которые необходимо решить. Для сравнения использованы данные обзоров современной литературы за последние 5-7 лет, а также доказана актуальность научной работы на сегодняшний день.

Вторая глава диссертации «Диагностика боли в спине, материалы и методы по лечению» включает в себя клинические, неврологические и нейропсихологические исследования, проведенные на 147 пациентах,



обратившихся в семейную поликлинику №1 г. Бухары и сельские семейные поликлиники в течение 3 лет, с 2017 по 2019 годы. Проанализированы симптомы, характеристики боли, степень возникновения, клинические особенности, встречающиеся у пациентов с болью в пояснице. Скрининг пациентов проводился с использованием нейропсихологических тестов, эпидемиологических анкет, специфичных для боли в пояснице.

Обследованным были охвачены пациенты с болевым синдромом в нижней части спины, соответствующих следующим стандартизированным условиям:

- получение письменного согласия пациента на его участие в проведении медицинских исследований согласно этическим стандартам;
- пациенты в возрасте от 20 до 70 лет, как мужского, так и женского пола;
- возможность пациента соблюдать требованиям протокола на весь период исследования;
- наличие болевого синдрома в пояснично-крестцовом отделе позвоночника с преобладанием мнoфасциального генеза со значениями от 4 до 9 баллов по ВАШ;
- оценка первичного осмотра общего состояния здоровья пациента как удовлетворительное.

В первую очередь были изучены амбулаторные карты выбранных пациентов в период 2017-2019 гг.

Изучение амбулаторных карт показало, что из 4890 пациентов с различными болями в спине, у 1365 (27,9%) был зафиксирован болевой синдром в нижней части спины. Из них 733 пациентов мужского пола (53,7%) и 632 больных женского пола (46,3%). Их средний возраст составил: у мужчин  $32,5 \pm 5,7$  лет, а у женщин -  $38,3 \pm 7,5$  лет. В целом возраст больных колебался от 23 до 68 лет (табл.1).

В течении периода исследования – 3-х лет – доля исследуемых пациентов по годам составила в 2017 год – 30,2% (n=412), в 2018 год – 35,8% (n=489), 2019 год – 34,0% (n=464).

Статистическая обработка полученных результатов производилась на персональном компьютере с использованием пакетов статистических программ STATISTICA 10.0 фирмы StatSoftInc., а также с помощью компьютерной программы "EXCEL-2010".

Параметры распределения анализируемых признаков определяли с использованием вероятностного калькулятора программы STATISTICA 10.0. При этом пользовались параметрическими или непараметрическими методами статистического анализа.



Таблица 1

Состав пациентов по полу и возрасту внутри групп на первом этапе исследования

Возраст (лет)	I группа					
	Мужчины		Женщины		ВСЕГО	
	абс	%	абс	%	абс	%
20-30	123	26,4%	74	17,2%	197	22,0%
30-40	84	18,0%	67	15,5%	151	16,8%
40-50	79	17,0%	61	14,2%	140	15,6%
50-60	67	14,4%	108	25,1%	175	19,5%
60-70	113	24,2%	121	28,1%	234	26,1%
<b>Всего</b>	<b>466</b>	<b>52,0%</b>	<b>431</b>	<b>48,0%</b>	<b>897</b>	<b>100,0%</b>
Возраст (лет)	II группа					
	Мужчины		Женщины		ВСЕГО	
	абс	%	абс	%	абс	%
20-30	84	31,5%	31	15,4%	115	24,6%
30-40	43	16,1%	28	13,9%	71	15,2%
40-50	36	13,5%	31	15,4%	67	14,3%
50-60	35	13,1%	39	19,4%	74	15,8%
60-70	69	25,8%	72	35,8%	141	30,1%
<b>Всего</b>	<b>267</b>	<b>57,1%</b>	<b>201</b>	<b>42,9%</b>	<b>468</b>	<b>100,0%</b>

Статистическая значимость результатов исследования оценивалась с учетом типа распределения. При его нормальном виде почти у 95% обследованных больных показатели расположились в пределах  $+ 2 SD$  (среднеквадратическое отклонение) от средней величины. В процессе описания данных исследования применяется запись в виде:  $M (SD)$ , где  $M$  - среднее арифметическое значение, а  $SD$  - среднеквадратическое отклонение. В случае значительных отличий значений показателей от нормального уровня использовали непараметрические критерии. В нашем исследовании распределение параметров носило неправильный характер, в связи с этим найдя применение непараметрической U-критерий Манна-Уитни для оценки отличий между сопоставляемыми средними значениями обеих групп. Коэффициент корреляции рангов Спирмана был применен для случаев распределения, отличающегося от нормального. В обоих случаях статистическая значимость корреляции определялась при значении  $P < 0,05$ . Оценка различий между долями числа и процентами производили при помощи теста расхождения двух размеров программы Statistica 10.0.

В третьей главе диссертации «Клинико-эпидемиологическая характеристика пациентов на первом этапе исследования» клинико-эпидемиологические характеристики пациентов на первом и втором этапах исследования анализировались поэтапно по результатам пациентов. У пациентов с первичной болью в пояснице изучали структуру обращений, первичную заболеваемость, возрастное распределение, симптомы и характер

профессиональной боли в пояснице, типы и степень их связи с болью в пояснице.

На первом этапе исследования с 2017 по 2019 годы было проанализировано 1365 пациентов в возрасте от 23 до 68 лет, обратившихся в клинику с жалобами на боли в пояснице. Для определения типа и продолжительности болевого синдрома и определения факторов, повлиявших на его возникновение и обострение, проводилось амбулаторное обследование. Также важна информация, полученная из амбулаторных карт: род занятий, пол, возраст, вес пациента на момент обследования, а также индекс массы тела, уровень холестерина, наличие сопутствующих заболеваний и основные направления его лечения, а также данные нейровизуализационного обследования.

При анализе амбулаторных карт были выявлены следующие недостатки - анамнез, анамнез жизни, общеклинические и неврологические обследования не в полной мере отражали жалобы пациента. 56,7% пациентов не были полностью обследованы на предмет диагностики болей в спине (лабораторные исследования, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости, рентгенография поясничного отдела позвоночника, КТ и МРТ поясничного отдела позвоночника).

Получены результаты по определению причин развития болей в спине у обследованных пациентов: боль возникла у 572 пациентов (41,8%) при растяжении поясницы из-за чрезмерных физических нагрузок, дискомфортных движений тела или вынужденного дискомфорта; боль в различных опасно-травматических случаях возникла у 248 пациентов (18,3%); из-за стресса - у 82 пациентов (6,1%); нет четкой причины возникновения и обострения боли - у 60 пациентов (4,4%); боль возникла у 139 пациентов из-за переохлаждения (10,1%); в послеродовом периоде боль присутствовала у 57 пациентов (4,2%), а в 12,3% случаев причина боли не указывалась в амбулаторных карточках.

Кроме того, в качестве причин обострения имеющегося болевого синдрома пациенты называют следующие: травматические факторы - 147 пациентов (16,7%), чрезмерные физические нагрузки, дискомфортные движения, дискомфорт у 381 пациента (43,2%), сильные холода - 71 пациент (8,1%), стресс - 12 пациентов (1,4%), в послеоперационном периоде - 7 пациентов (0,8%). Усиление болевого синдрома без четкой возбуждающей причины наблюдалось у 46 пациентов (5,2%).

Эти показатели по группам представлены в таблице 2.

Таким образом, впервые к врачу с болями в спине обратились 483 пациента (35,4%), количество пациентов, повторно посетивших клинику с данной патологией, увеличилось почти вдвое - 882 (64,6%). Однако во II-группе этот показатель намного выше, чем в группе I, вероятно, из-за отсутствия большого количества частных клиник в этих районах и того факта, что пациенты часто посещают поликлиники - 68,2% и 62,8%

соответственно. Проанализированы причины первичных и рецидивирующих болей в нижней части спины.

Таблица 2

Зависимость появления боли в нижней части спины от условий проживания и частоты применения

I группа (n=897, 65,7%)				
Причины возникновения боли в нижней части спины	Первичные пациенты (n=334, 37,2% от кол-во внутри группы)		Повторные пациенты (n=563, 62,8% от кол-во внутри группы)	
	абс.	%	абс.	%
подъем тяжестей	132±15,2	39,5%	252±27,3	44,8%
травмирующие ситуации	68±8,7	20,4%	93±9,1	16,5%
стресс	22±2,3	6,6%	49±5,3	8,7%
без причины	13±1,6	3,9%	41±4,8	7,3%
после переохлаждения	49±6,1	14,7%	33±3,8	5,9%
в послеродовом периоде	9±1,7	2,7%	15±2,1	2,7%
после различных оперативных вмешательств	5±0,7	1,5%	3±0,4	0,5%
повышение температуры	2±0,2	0,6%	5±0,6	0,9%
причины не указаны	34±4,2	10,2%	72±8,9	12,8%
II группа (n=468, 34,3%)				
Причины возникновения боли в нижней части спины	Первичные пациенты (n=149, 31,8% от кол-во внутри группы)		Повторные пациенты (n=319, 68,2% от кол-во внутри группы)	
	абс.	%	абс.	%
подъем тяжестей	59±6,2*	39,6%	129±15,2**	40,4%
травмирующие ситуации	33±3,4***	22,1%	54±6,7***	16,9%
стресс	5±0,7**	3,4%	6±0,8**	1,9%
без причины	1±0,2***	0,7%	5±0,6***	1,6%
после переохлаждения	19±2,1**	12,8%	38±4,2**	11,9%
в послеродовом периоде	10±1,8***	6,7%	25±3,6***	7,8%
после различных оперативных вмешательств	2±0,3**	1,3%	4±0,5**	1,3%
повышение температуры	1±0,2**	0,7%	3±0,3**	0,9%
причины не указаны	19±2,7***	12,8%	43±5,8***	13,5%

Примечание: \*достоверная разница по результатам анализа T-Студента (\*-  $p < 0,05$ ; \*\* -  $p < 0,01$ ; \*\*\* -  $p < 0,001$ ).

Из таблицы видно, что частота болевого синдрома у рецидивирующих пациентов достаточно высока из-за чрезмерных физических нагрузок (во II-группе этот показатель выше, чем в группе I) и стрессовых факторов (при этом показатель оказался выше, чем в группе I).

Доля послеродовой боли в спине на 12,8% выше во II-группе, чем в группе I на 2,7%. При повторных посещениях после сильного охлаждения пациенты чаще попадали во II-группу (11,9% по сравнению с 5,9%), а при первом посещении этот показатель был одинаковым в обеих группах. Из вышесказанного можно сделать вывод, что основными причинами болей в спине были перегрузка и травматические факторы, которые при обследовании в процентном отношении были высокими у пациентов, проживающих во II-группе, т.е. в районах. В I-группе в 10,2% случаев при первом посещении по причине болей в спине и в 12,8% случаев при втором посещении причины боли не указывались, во II-группе эти показатели составили 12,8% и 13,5% соответственно.

Чаще всего боли в спине наблюдались в сентябре и январе (27,4% и 38,8% соответственно), реже - в феврале - 12,5%. Хронические боли в спине выявлены у 549 пациентов (40,2%), острые боли в спине - у 425 пациентов (31,1%). Впоследствии боль в пояснице у большинства пациентов превратилась в хронический синдром. Этот показатель намного выше среди населения района.

В целом средняя продолжительность заболевания у пациентов, испытывающих хроническую боль, составила  $11,5 \pm 4,1$  года:  $13,4 \pm 3,9$  года среди пациентов женского пола и  $8,7 \pm 5,2$  года среди пациентов мужского пола (рис. 1).



Рис 1. Средняя длительность боли в нижней части спины в группах в зависимости от пола (лет)

Как видно из рисунка 1, у группы I было больше боли, чем у группы II. У женщин этот показатель был выше, чем у мужчин.

Средний индекс массы тела обследованных пациентов составил  $28,1 \pm 3,2$ ; у женщин -  $30,1 \pm 1,4$ , у мужчин -  $28,4 \pm 2,9$  (рис. 2). Как видно из рисунка 2, частота индекса массы тела была выше в группе I, особенно у женщин.

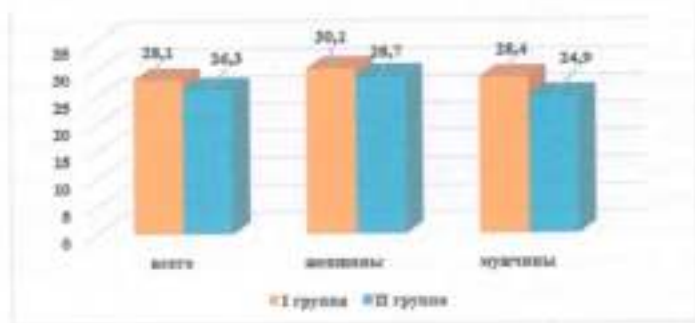


Рис. 2. Средние величины индекса массы тела в группах в зависимости от пола

Вторая фаза нашего исследования была значительно выше у городских служащих, чем у районных. На данном этапе в ходе исследования было обследовано 124 пациента с болями в пояснице, в том числе 70 мужчин (56,5%) и 54 женщины (43,5%), средний возраст 55,3 года ( $\pm 13,8$ ), болезнь (Маз) - 58,8 месяцев ( $\pm 41,6$ ) и средняя продолжительность конечного состояния прогрессирования заболевания ( $\pm s$ ) - 10,5 месяцев ( $\pm 16,3$ ).

Вес пациентов показал следующие результаты: средний вес всех обследованных составил  $57,45 \pm 8,40$  кг, у женщин -  $79,88 \pm 5,42$  кг, у мужчин -  $53,43 \pm 6,6$  кг. Среднее значение составило  $5,71 \pm 1,3$  ммоль /л;  $5,72 \pm 0,6$  ммоль/л у женщин и  $5,44 \pm 1,1$  ммоль/л у мужчин.

Больные были распределены по двум группам: группа «А» - 62 пациента (50, 0%) с болями в нижней части спины из города, и группа «В» 62 пациента (50,0%) с болями в нижней части спины из жителей сельских районов. Обследование пациентов проводилось по клиническому комплексу симптомов: умеренные двигательные нарушения соответствующего миотома, болевой синдром, чувствительные нарушения главным образом по типу выпадения в соответствующий дерматом, выявление положительных симптомов натяжения, выпадение или снижение проприорефлекса. Общий результат первичного осмотра больных показал, что чаще всего отмечены жалобы на боль в области ягодиц, пояснично-крестцовой области или с иррадиацией в ногу, вплоть до стопы, усиливающуюся при движении и напряжении в соответствующей части тела, нагрузке на части позвоночника или нижние конечности при неподвижном состоянии.



С целью обозначения количественного выражения интенсивности болей в спине среди групп пациентов и вероятности оценки динамики болевого синдрома мы воспользовались цифровой визуальной шкалой боли ВАШ. Полученные данные показаны на рисунке 3.



**Рис 3. Рассчитанный в баллах уровень боли по ВАШ у пациентов с БНС по двум группам**

Проведенный клинический осмотр больных позволил различить следующие дискомфортные признаки: наличие реакции на боль при пальпации паравертебральных точек и остистых отростков в пояснице у 87 пациентов (70,3%); ограниченность движений в пояснично-крестцовой области у 63 пациентов (50,7%); пастозность и в горизонтальном и в вертикальном положении в пояснично-крестцовой области у 35 пациентов (28,1%); дефанс паравертебральных мышц в пояснично-крестцовой области у 72 пациентов (58,4%).

По неврологическому статусу выделили пациентов: с чувствительными расстройствами не корешкового типа в нижних конечностях - 32 больных (25,7%), со снижением коленных или ахилловых рефлексов по одной стороне - 28 больных (22,7%), и 26 больных (21,0%) с отсутствием симптома «натяжения», двигательных расстройств или повреждениями тонуса мышц ног.

Во всех 100% случаях обследования пациентов как мужчин, так и женщин разных возрастов и профессиональных особенностей, отмечена активация боли при ходьбе, физических нагрузках, длительных неподвижных позах, ограничение активных движений в области поясницы за счет синдрома боли.

В четвертой главе диссертации «Способ диагностики болевого синдрома нижней части спины в амбулаторных условиях» определены методы диагностики боли в пояснице в амбулаторных условиях, международная практика ведения по выявлению и лечению боли в пояснице. В амбулаторных условиях были проведены опросы для изучения боли в пояснице, выявленной во время обследования, и были даны рекомендации.

С помощью анкеты изучены результаты выявления пациентов с болью в пояснице, критерии диагностики и лечения, профилактические алгоритмы амбулаторного обследования пациентов с болью в пояснице.

В последнее время многие авторы высказывают мнение, что диагностика и лечение болевых синдромов - это универсальная задача. И подчеркнуто, что этот процесс не зависит от локализации и этиологии боли. Такой диагноз основан на комплексном обследовании пациента, при котором врач руководствуется правилами классического неврологического обследования, а при необходимости также тестируют случаи того или иного болевого синдрома с использованием методов нейровизуализации, специальных методик и шкал. При такой формуле вопроса представляют интерес современные методы изучения и оценки боли.

На сегодняшний день нет единого общепринятого подхода к классификации и терминологии патологии позвоночника и окружающих тканей, вызывающей боли в пояснице. В разной литературе разные авторы использовали разные термины для описания одних и тех же патологических процессов, связанных с болью.

Основываясь на классификации синдрома боли в пояснице, различие между «неспецифической» болью, радикулопатией и, возможно, опасными заболеваниями позвоночника, а также невертебральной болью является ключевым и ведущим понятием в диагностике боли в спине. С этой целью введена система «красных флажков», чтобы помочь врачу определить вторичную вероятность возникновения боли.

К признакам беспокойства относятся: постоянное усиление боли в последнее время, «немеханический» характер боли, ее усиление ночью в покое; сопутствующее повышение температуры тела и похудание; возраст, в котором впервые появляется боль - до 20 лет или после 55 лет; боль после травмы спинного мозга и др. Если такой сигнал обнаружен при обследовании пациента, проводится расширенное обследование пациента с использованием клинических и инструментальных методов, консультации профильных специалистов. Боль классифицируется как «неспецифическая», если она исключает специфические симптомы боли или радикулопатии.

Однако чаще всего клиницисты отмечают уменьшение боли в спине в течение нескольких недель. 90% таких пациентов сообщают о его полном исчезновении или сокращении в срок от 1 до 3 месяцев. Однако практика показывает, что 25-30% пациентов жалуются на периодические боли в пояснице в течение года в повторяющихся случаях, а у 10-20% пациентов развивается хроническая форма. Боль, вызванная сдавлением нервных корешков при радикулопатии и стенозе позвоночника, относительно редко встречается у 10-15% пациентов. По конкретным причинам (заболевания внутренних органов или онкологическая патология) частота возникновения болей в пояснице ниже у 1-2% пациентов.

Таблица 3

**Дифференциальный диагноз боли в нижней части спины  
«красные флаги»**

Основные проявления	Заболевания	Вспомогательные
Боль усиливается в нижней части спины в области ягодиц, ног, иррадиация, спастический	Неинфекционная боль, вызванная заболеваниями и заболеваниями костно-суставного скелета* (инфекция суставов)	
Корешковые симптомы со стороны ягодиц, конечностей, положительный тест Ласка, мышечная или рефлекторная слабость в ноге. Физиологический возбудитель в ягодице спаргант – быстрое прогрессирование фактора без улучшения при лечении спинального профиля в легкой степени вызывает дефект	Нарушения, чаще грудных дисков L4-L5 и L5-S1, поясничной области	Осмотр невролога, Яг, томография, КТ, МРТ
Тяжелые расстройства, перемены конечностей, местные проявления	Спинальный перелом, перелом позвонка в области шоста	Осмотр невролога, Яг, томография
Предшествующая травма, признаки остеоартроза	Перелом позвонка (компрессионный перелом)	Яг томография, КТ, МРТ
Повышение СОЭ, антивоспалительные препараты, ревматоидный артрит	Заболевания соединительной ткани	Консультация ревматолога
Хроническая воспалительная боль в спине*, начало болезни в детском возрасте (до 25 лет), признаки системного воспаления (повышение СОЭ и СРБ), лихорадка, изменения на электрокардиограмме, лейкоцитоз, гемоглобин, гематокрит	Ревматические заболевания (анкилозирующий спондилит)	Консультация ревматолога
		Яг томография, КТ, МРТ
Боль в спине и в ягодице, диарея с примесью крови, потливость, признаки системного воспаления (повышение СОЭ и СРБ)	Спондилит на фоне воспалительной болезни кишечника (язвенный колит, болезнь Крона)	Консультация ревматолога, невролога
Падение функциональной способности в ягодице, даже после удаления, подострая потеря веса тела, лихорадка, изменения при электрокардиограмме лейкоцитоз, анорексия	Туберкулезные заболевания (позвоночная болезнь), метастазы	КТ, МРТ, консультации онколога
Нефритуз	Костнообразные боли в боковых отделах с иррадиацией в ногу, гематурия, гемоглобинемия, лейкоцитоз, увеличение мочевого катетера	УЗИ брюшной полости, консультации уролога
Расширяющиеся межреберные промежутки, острая боль	Больше вероятна, если не уменьшается в покое, прогрессирующая слабость в ягодице	Срочная консультация хирурга
Нефритуз (диски, туберкулез) и остеомиелит позвоночника, интратанальный абсцесс	Лихорадка, весовые потери, парестезии, туберкулез в ягодице или положительный туберкулиновый проб, анорексия, ИЧ нефритуз	Радиографическое обследование, КТ, МРТ
Пандефритуз	Постепенное начало, интратанальный абсцесс в поясничной области	Яг томография, консультации онколога

*Примечание: Яг – рентгенография, КТ – компьютерная томография, МРТ – магнитно-резонансная томография.\* Для определения воспалительной боли в спине используются следующие критерии (необходимо наличие как минимум 4 из 6): хроническая боль в нижней части спины (более 3 мес.); возраст менее 50 лет; увеличение боли после прекращения, но не в покое; потеря сна во второй половине ночи 2-3 раза в неделю; увеличение стабильности боли 30 лет; переключается боль в ягодице.*

На втором этапе выявляется наличие сдавления нервных корешков грыжи диска или стеноза спинного мозга. Отмечается специфика боли, симптомы выпадения в соответствующих зонах, болезненное поведение пациента, снижение рефлексов. Пациентам проводится дополнительное сканирование МРТ. Если позвоночник не обнаруживает врачом серьезную патологию или симптом радикулопатии, делается вывод, что боль частично хорошего качества.

В таблице 3 приведены основные проявления боли в пояснице, локализация боли при дифференциальной диагностике (красные флажки) и методы ее исследования.

На первом этапе исследования, анализируя амбулаторные карты, мы столкнулись с проблемой некачественной диагностики и правильного диагноза у пациентов с болями в спине. На втором этапе исследования мы столкнулись с другой проблемой - в общепринятой литературе по изучению болевых синдромов предлагались тяжелые и сложные анкеты и шкалы (сложность, длительность изучения и т.д.), которые во многом не устраивали врача на амбулаторном приеме.

Поэтому на основе международного ведения пациентов с болями в нижней части спины и наших собственных исследований мы создали оригинальные 3 анкеты для изучения пациентов с болями в нижней части спины в амбулаторных условиях. Анкета №1 - оригинальная анкета для определения характеристик болей в нижней части спины, Анкета №2 - Анкета для оценки нозологической формы при болях в нижней части спины и Анкета №3 - Анкета для оценки эффективности терапии при диагностике «боли в пояснице» (для врача).

Таким образом, диагностика болей в нижней части спины представляет собой сложную и многогранную методологию, в первую очередь для исключения специфической боли в пояснице. Разработанные в результате исследования анкеты и алгоритм диагностики болей в нижней части спины помогли точно и быстро решить вопросы диагностики и лечебной тактики у пациента с болями в нижней части спины.

Амбулаторные врачи наблюдали этапы диагностического процесса при острой боли в пояснице. Сначала он должен провести «диагностический скрининг», чтобы определить уровень риска боли, которая угрожает здоровью и даже жизни пациента, и только после этого может быть назначена точная и эффективная аналитическая терапия. В первую очередь нужно убедиться, что боль у пациента имеет костно-мышечное происхождение и не связана с острой патологией внутренних органов живота или малого таза.

Если симптомы «серьезной патологии» исключены, врач должен сообщить пациенту об актуальном состоянии его здоровья, об отсутствии симптомов «опасного заболевания». Выбирается правильное лечение, чтобы снять острую боль и побудить пациента вернуться к своей работе.



В пятой главе диссертации изучены «Вопросы организации лечебной и диагностической помощи, больным с болями в спине в учреждениях первичного звена здравоохранения». Основная цель терапии, применяемой к пациентам с неспецифической болью в поясничной области, - облегчить боль, быстрее восстановить жизненную, физическую и трудовую активность пациентов за счет снижения риска развития хронической боли. В этой главе духовное и психологическое участие пациента в процессе лечения, действия врачей общей практики, причина начала заболевания и правильность лечения являются важными факторами, которые способствуют твердой уверенности в доброкачественности его болезни.

Выявление путей улучшения организации лечебно-диагностической помощи пациентам с болями в пояснице остается актуальной проблемой, поскольку результаты исследований качества оказываемой помощи на уровне первичного звена здравоохранения, показали их экономическую и социальную значимость. Целесообразны клинические исследования и лечение остеохондроза на базе специализированных медицинских отделений. Медицинская помощь пациентам с жалобами на хронические боли в пояснице оказывалась в определенной последовательности, в зависимости от уровня специализации врачей и медицинских учреждений. Изучен уровень медицинской помощи врачей общей практики при первом или повторном направлении пациентов. Предназначен для адекватного лечения пациентов с болями в пояснице. Эффективность лечения отражалась в шкалах, которые показывали уменьшение болей в спине у пациентов и положительное изменение функционального статуса пациента, а также улучшение качества жизни.

При нарастании болей в спине рекомендуется соблюдать режим активности и значительно снизить интенсивные физические нагрузки, избегая длительного нахождения в сидячем или лежачем положении. При неспецифической боли в области поясницы постельный режим не назначается, так как небольшая физическая нагрузка способствует улучшению трофики тканей и восстановлению. Многие ученые провели рандомизированное контролируемое исследование, которое способствовало разработке рекомендаций по лечению неспецифической боли в пояснице (табл. 4).

**Таблица 4**

**Рекомендации по лечению неспецифической боли в спине**

<b>Рекомендации</b>	<b>Степень доказанности</b>
Поддерживайте физическую активность	Высокий
Постельный режим	Пользы не доказана
Использование миорелаксантов центрального действия	Высокий
Парацетамол и нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)	Высокий



Для купирования острых болей в спине неспецифического характера рекомендуется назначать приём парацетамола и нестероидного противовоспалительного препарата в течение 10-14 дней. Обезболивающий и противовоспалительные способности применения НПВП вызваны снижением синтеза простагландинов из-за ингибирования активности циклооксигеназ (ЦОГ-1 и ЦОГ-2), равнозначно как в периферических тканях, так и в ЦНС. Из неселективных н-НПВП применяют диклофенак, ибупрофен, ацеклофенак, лорноксикам, кетопрофен. Из селективных ингибиторов ЦОГ-2 с-НПВП назначают целекоксиб или мелоксикам. Многочисленные исследования по оценке действия НПВП при болях в спине создали доказательную базу, подтверждающую положительный обезболивающий эффект. Ни в одном из исследований не отмечено преимущество какого-либо одного из НПВП над остальными по аналгетической и противовоспалительной действенности при купировании неспецифической боли в спине.

Те же самые исследования привели к заключению о том, что на развитие осложнений ЖКТ при приёме НПВП наименьшее воздействие оказывает использование НПВП с селективным ингибированием ЦОГ-2-с-НПВП. Помимо медикаментозного лечения, больным с неспецифическими болями в нижней части спины можно назначать в качестве дополнительной поддерживающей терапии лечебную физкультуру, массаж, рефлексотерапию и мануальную терапию (постизометрическую релаксацию). Практикой доказано, что такое сочетание ускоряет процесс выздоровления и реабилитации пациентов данной категории.

При диагностике компрессионной радикулопатии следует обращать внимание на смешанный характер болевого синдрома, который складывается из ноцицептивных и нейропатических болевых симптомов.

В исследование был включен следующий алгоритм лечения боли в пояснице (рис. 4).

Симптомы колющей или жгучей боли, парестезий и других сенсорных нарушений, которые распространяются на дистальную зону дерматомы со снижением чувствительности или нарушением движений в зоне иннервации воспаленного корешка, характерны для диагностики повреждения корешка спинного мозга из-за острого выпячивания межпозвоночного диска. Обычно корешковая боль сопровождается рефлекторной мышечно-тонической болью.

Таким образом, аналгетическая терапия в алгоритме лечения боли в пояснице не может использоваться только для лечения болевых симптомов. Лечение основано на индивидуальном подходе с учетом нежелательных осложнений, которые могут возникнуть при приеме пациентами определенных лекарств.



пациента, общеклинические и неврологические обследования, 56,7% пациентов получили полный диагноз боли в пояснице (лабораторные исследования, УЗИ брюшной полости, ЭКГ, рентгенография поясничного отдела позвоночника, КТ и МРТ). Качество медицинских услуг было целенаправленно спланировано и улучшено на основе маркировки пациентов в группах цветными флажками на основе международных стандартов.

5. Учитывая, что пациенты в первичном звене здравоохранения находятся далеко от центра, пациенты с болями в пояснице не получают адекватного полного лечения, поэтому рецидивы и хроническая продолжительность процедуры на 77,8% выше, разработан оптимизированный вариант амбулаторной диагностики и лечения болей в спине в дневных стационарах на основе специального алгоритма.



SCIENTIFIC COUNCIL Ph.D.04/13.05.2020.Tib.93.02 ON AWARDING  
SCIENTIFIC DEGREES AT THE BUKHARA STATE MEDICAL  
INSTITUTE

---

BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE

HALIMOVA DILRABO JALILOVNA

"BACK PAIN: DEVELOPMENT OF ALGORITHMS FOR DIAGNOSIS  
AND TREATMENT AT THE LEVEL OF PRIMARY HEALTH CARE

14.00.13- Neurology

ABSTRACT

of dissertation of doctor of philosophy (PhD) in medical sciences

Bukhara – 2022

The topic of the dissertation of the Doctor of Philosophy (PhD) in medical sciences is registered in the Higher Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan under number №B2021.4.PhD/Tib1186

The dissertation was completed at the Bukhara State Medical Institute.

The abstract of the dissertation in three languages (Uzbek, Russian and English (summary)) is available on the website of the Science Council ([www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)) and in the information and educational portal «ZiyoNet» ([www.ziyo.net](http://www.ziyo.net)).


<b>Supervisor</b>	<b>Gafurov Baxtiyar Gafurovich</b> Doctor of Medical Sciences, professor
<b>Official opponents:</b>	<b>Djurabekova Aziza Takhirovna</b> Doctor of Medical Sciences, professor <b>Urinov Muso Boltaevich</b> Doctor of Medical Sciences, dots.
<b>Lead Institution:</b>	<b>Kazakh National medical university named after S.D. Asfendiyarov</b>


The defense of the dissertation will take place on 1 of March, 2022 14:30 at a meeting of the Scientific Council PhD 04/13.05.2020.Tib.93.02at the Bukhara State Medical Institute (Address: 200118, Bukhara, str. Navoi, house 1. Tel / fax: +99865 223 00-50, Website: [www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz), e-mail: [buhme@mail.ru](mailto:buhme@mail.ru)).

The thesis can be found in the Information Resource Center of the Bukhara State Medical Institute (registered under No 23). (Address: 200118, Bukhara, Navoi str., Building 1. Tel / fax: +99865 223 00-50, Website: [www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz), e-mail: [buhme@mail.ru](mailto:buhme@mail.ru)).

This abstract has been sent on 11 of February, 2022  
(Mailing protocol register No 25 from 11 of February, 2022).



  
**D.T. Xodjievna**  
Chairman of the Scientific Council on awarding of the scientific degrees, Doctor of medical sciences (DSc), assistant professor

  
**N.N. Karimova**  
Scientific Secretary of the Scientific Council on Award of Scientific degrees, Doctor of medical sciences (DSc), assistant professor.

  
**G.A. Ikhtiyarova**  
Chairman of the Scientific Seminar of the Scientific Council on awarding of the scientific degrees, Doctor of Medical Sciences (DSc), professor



## INTRODUCTION (abstract of the PhD dissertation)

**The aim of the research:** Low back pain (dorsalgia) today is not only a clinical, but also a serious socio-economic problem and is considered the most common complaint among patients visiting a neurologist, therapist or general practitioner. Low back pain is one of the urgent problems in clinical neurology. In 2015, according to the World Health Organization, patients with low back pain ranked first in the world for health reasons, reduced life expectancy due to chronic course.

**The object of study:** to analyze the incidence and clinical structure of pain in the lower back in the practice of a primary care physician and develop an algorithm for the examination and treatment of these patients by a general practitioner

**Scientific novelty of the study** are as follows:

for the first time, the prevalence of dorsalgia syndrome among the urban and rural population, among women and men, among the organized and unorganized population, as well as the clinical and pathogenetic structure of pain syndrome in the lower back in the urban and rural population, was studied for the first time;

for the first time, the principles of modern management of back pain were introduced for a primary care physician, which contributes to the further introduction of scientific approaches into their work.

**Implementation of the research results:**

Based on the scientific results obtained in the development of algorithms for the diagnosis and treatment of low back pain at the primary health care level, the following were prepared:

methodological recommendation "Diagnostics of back pain, treatment of syndromes and symptoms at the level of primary health care" (approved by the conclusion of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan dated October 12, 2021 No. n8n-r/912). This recommendation has enabled the diagnosis of low back pain and the use of syndromes and symptom management at the primary health care level;

methodological recommendation "Optimization of measures for the detection, diagnosis, treatment and prevention of lower back pain" (approved by the conclusion of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan dated November 2, 2021, No. 8n-r/1023). This recommendation allowed the use of methods of diagnosis, treatment and optimization of preventive measures for low back pain;

the results of the study were applied in the practice of family clinics No.3 and 8 of the Bukhara City Medical Association (conclusion of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan dated November 18, 2021, No. 8n-z/439). The implementation of the results in practice made it possible to identify patients with low back pain, reduce the number of complications and disability, and improve the quality of life of patients.

**The structure and volume of the dissertation.** The dissertation work consists of an introduction, five chapters, conclusions, conclusions, practical recommendations and a list of used literature. The volume of the thesis is 148 pages.

**НАШР ҚИЛННГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ  
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ  
LIST OF PUBLISHED WORKS**

**I бўлим (Часть I; Part I)**

1. Gafurov B., Babadjanova Z., Khalimova D. Acute back pain: diagnosis and treatment //European Journal of Molecular & Clinical Medicine. 2020. No 2. –P. 2521-2525(Scopus).
2. Khalimova D.J. Development of diagnostic and treatment algorithms at the primary health care level of the Republic of Uzbekistan//International journal of psychosocial rehabilitation 2020.No6 (24).–P.4132-4137(Scopus).
3. Khalimova D.J. Analysis of development of diagnostic algorithms in the healthcare union of the republic of Uzbekistan //JCR. 2020. No7(5).-P.848-849(Scopus).
4. Babadjanova Z.K., Khalimova D.J., Musaeva R.K. A modern view of the etiopathogenesis of back pain and patient management approaches//International Journal of Pharmaceutical Research, 2019.No11/3.-P.873-877(Scopus).
5. Бабаджанова З.Х., Халимова Д.Ж., Худойкулова Н.И. Организация специализированной помощи больным с болью в спине//Проблемы биологии и медицины 2019, №4.2(115).–С.204-207(14.00.00.№19).
6. Бабаджанова З.Х., Хамидова З.Н., Халимова Д.Ж/, Нарзуллаева Д.С. Диспансеризация больных с неврологическими заболеваниями в сельских врачебных пунктах//Тиббиётда янги кун. 2020.№1(29).-С158-160 (14.00.00. №22).
7. Babadjanova Z.H., Khalimova D.J, Hodiyeva O.I. Prospective study of chronic back pain in men and women of working age//Тиббиётда янги кун. 2020.№4(34).–С.110-112(14.00.00.№22).
8. Халимова Д.Ж. Боль в спине и пояснице после Covid-19.//Центрально-азиатский журнал медицинских и естественных наук. 2021.№2 (5).–С.329-334(14.00.00.№22).

**II бўлим (Часть II; Part II)**

9. Халимова Д.Ж., Хамидова З.Н., Хамдамова Г.Р. Постковидное синдромное поражение костно-суставной системы // Центрально-азиатский журнал медицинских и естественных наук. 2021.№2 (5).–С.488-493.
10. Khalimova D.J. Modern Approaches to the Treatment of Back Pain and Radiculopathy //Annals of the Romanian Society for Cell Biology.2021.-P.5216-5223.
11. Халимова Д.Ж. Results research of lower back pain using the original low back pain characterization questionnaire //Узбекский медицинский журнал. 2021.№9.-С.30-34.
12. Gafurov B.G., Babadjanova Z.Kh., Khalimova D.J. Pain in the Lower Back: a Differentiated Therapy. JournalNX.2020.No7.-P. 335-338.

13. Babadjanova Z.K., Khalimova D.J. Современные принципы ведения пациентов с болью в нижней части спины//Биология и интегративная медицина. 2020. №2 (42). –С.24-43.

14. Khalimova D.J. Боль в области спины у спортсменов тяжелоатлетов Узбекистана // Биология и интегративная медицина. 2020. №3 (43). –С.36-44.

15. Khalimova D.J. Movements in the Lumbar Spine are not Restricted, but There is Pain When Extending //International Journal of Progressive Sciences and Technologies. 2020.№2(23).-P.505-507.

16. Khalimova D.J. Evidence-based medicine and clinical practice //Academia: An International Multidisciplinary Research Journal. 2020. No.6. – P.1086-1089.

17. Khalimova D.J. Diagnostic and therapeutic algorithms//Academia: an international multidisciplinary research journal. 2021. No1(11).-P.316-320.

18. Khalimova D.J. Back pain in children and adolescent's algorithm of non-invasive examination and modern therapy//Academia: an international multidisciplinary research journal. 2021. No1(11). –P.387-390.

19. Babajanova Z.K., Khalimova D.J., Kodirov M.D. Back Pain – The causes of the appearance, what diseases occur and diagnosis// Journal for innovative development in pharmaceutical and technical science (JIDPTS) 2021. No4(5).-P.55-57.

20. Erkinova N.E., Babadjanova Z.Kh., Halimova D.Zh., Musaeva R.Kh. Changes in the gastrointestinal tract in cerebral pathology// European Journal of Business & Social Sciences.2019. No 5.-P.1015-1023.

21. Khalimova D.J. Algorithms for diagnosing and treating back pain.//JournalNX, 2020-P. 47-51.

22. Khalimova D.J. Belning pastki qismida ogriqni radiologik diagnostika qilishning zamonaviy usullari//Scientific-methodical journal of "Scientific progress" The 21<sup>st</sup> Century Skills for Professional Activity.2021.-P.90-91.

23. Khalimova D.J. Bel ogriqi: epidemiologiya va xavf omillari //scientific-methodical journal of "Scientific progress" The 21<sup>st</sup> Century Skills for Professional Activity.2021.-P.112-113.

24. Khalimova D.J. Development of diagnostic algorithms and treatment of back pain in the primary health care unit of the republic of Uzbekistan//of the XVI international scientific and practical conference //Science and civilization-2020/7(30) pp.86-88.

26. Khalimova D.J. A patient with back pain at a doctor's appointment// Научные исследования и разработки: проблемы развития и приоритетные направления //Сборник научных трудов по материалам Междисциплинарного форума speed-up 2020.-P.43-51.

27. Халимова Д.Ж., Гафуров Б.Г. Белдаги огрикларни бирламчи tibbiy b'gunchilarda tashxislash, sindrom va simptomlarini davolash. Uslubiy tavsifnomasi. 2021.166.

28. Халимова Д.Ж., Рахматова С.Н. Белдаги огрикларни аниқлаш, ташxislash, davolash va profilaktik chora-tadbirlarni optimallashtirish. Uslubiy tavsifnomasi. 2021.236.

29. Бабалжанова З.Х., Халимова Д.Ж., Тухтаева Х.Х. Орда огрикми аниқлаш ва асосий соғлиқни сақлашни даражасида бошқаруа тактикасини тинлаш учун дастур (ЭҲМ )2021.№ DGU 12028,