



УДК: 616.711.6/ 616.711.7+ 616.833.24-002

**ВЕРТЕБРОГЕН ОҒРИҚ СИНДРОМИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ, КЛИНИК
ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ (АДАБИЁТЛАР ШАРХИ)**

Ўринов Мусо Болтаевич

urinov.muso@bsmi.uz <https://orcid.org/0009-0007-1852-5744>

Дагаева Дилфуза Ботировна

<https://orcid.org/0009-0004-9892-390X>

Абу Али Ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти

Резюме: *Вертеброген бел-думғаза радикулопатияси меҳнатга лаёқатли аҳоли орасида кенг тарқалган, юқори ижтимоий-иқтисодий аҳамиятга эга бўлган неврологик касаллик бўлиб, асосан умуртқалараро диск протрузияси ёки чурраси ҳамда дегенератив-дистрофик ўзгаришлар натижасида асаб илдизчаларининг компрессияси билан боғлиқ ҳолда ривожланади. Аҳолининг 70–80% ҳаёти давомида бел оғриғини бошдан кечиради, уларнинг 10–15% ида радикулопатия шаклланади; айрим ҳолларда оғриқ сурункали тус олиб, меҳнат қобилиятининг пасайиши ва ҳаёт сифати ёмонлашишига олиб келади. Касаллик клиник кечишида гендерга хос фарқлар мавжуд бўлиб, аёлларда гормонал ўзгаришлар ва остеопороз, эркакларда эса жисмоний юкланиш ва касбий омиллар муҳим аҳамиятга эга. Вертеброген оғриқлар кўпинча ҳаёт учун хавфли патологиялар билан боғлиқ бўлмасада, жиддий касалликларни истисно қилиш диагностикада ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Замонавий ёндашувларга мувофиқ, оғриқ патогенезини баҳолашда анатомик, психологик ва ижтимоий омилларни комплекс ҳисобга олиш, “диагностик триада” ва биопсихо-ижтимоий модель асосида индивидуаллаштирилган даволаш ҳамда реабилитация стратегияларини қўллаш клиник натижаларни яхшилашнинг асосий шарти ҳисобланади.*

Калит сўзлар: *вертеброген оғриқ, бел-думғаза радикулопатияси, умуртқалараро диск чурраси, скелет-мушак оғриқлари, гендер фарқлари, сурункали бел оғриғи, диагностика триадаси, биопсихо-ижтимоий модель, реабилитация.*

Вертеброген бел-думғаза радикулопатияси меҳнатга лаёқатли аҳоли орасида энг кўп учрайдиган ва инсоннинг кундалик ҳаёт фаолиятини жиддий чекловчи неврологик касалликлардан бири ҳисобланади.

У асосан лумбосакрал соҳада жойлашган умуртқалараро дисklarнинг протрузияси ёки чурраси, шунингдек, дегенератив-дистрофик ўзгаришлар натижасида асаб илдизчаларининг сиқилиши туфайли шаклланади.



Эпидемиологик маълумотларга кўра, дунё аҳолисининг тахминан 70–80 фоизи ҳаёти давомида камида бир марта бел соҳасида кучли оғриқни бошдан кечиради.

Ушбу ҳолатларнинг 10–15 фоизи бел-думғаза радикулопатиясига ўтади. Беморларнинг қарийб 30 фоизида оғриқ синдроми 6 ҳафтадан ортиқ давом этади, 30–70 фоиз ҳолатларда эса клиник белгилар бир йилдан кейин ҳам сақланиб қолиши мумкин. Ривожланган мамлакатларда радикулопатия билан оғриган беморларнинг 5–15 фоизида жарроҳлик аралашувига эҳтиёж туғилади.

Агар оғриқ синдроми 12 ойдан ортиқ давом этса, беморларнинг тахминан учдан икки қисмида касаллик сурункали шаклга ўтиши эҳтимоли юқори. Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти ва Global Burden of Disease (GBD) таҳлилларига мувофиқ, Жануби-Шарқий Осиё мамлакатларида бел оғриғининг тарқалиши 100 000 аҳолига 5 400–5 800 ҳолатни ташкил этади. 2020–2021 йиллар учун GBD маълумотларига кўра, Марказий Осиё минтақасида бел оғриғининг ёшга қараб стандартлаштирилган тарқалиши 9,05% ни (95% ишонч оралиғи: 8,01–10,1%) ташкил этган. Йиллик касалланиш кўрсаткичи эса ўртача 9,45–11,6% атрофида баҳоланади, бу радикулопатия тарқалишини баҳолашда муҳим индикатор ҳисобланади.

Бел-думғаза радикулопатиясининг асосий хавф омили ёш бўлиб, касаллик умуртқа поғонасидаги дегенератив ўзгаришлар фонида ривожланади. Эркакларда клиник белгилари кўпинча эртароқ — тахминан 40 ёшда намоён бўлса, аёлларда 50–60 ёш оралиғида кузатилади. Касаллик аксарият ҳолларда атравматик бошланади. Қўшимча хавф омилларига автомобил бошқариш (айниқса, кескин ҳаракатлар билан), оғир юк кўтариш, жисмоний оғир меҳнат, орқа жароҳатлари, бўйнинг баланд бўлиши, чекиш, ортиқча тана вазни, ҳаракатсиз ҳаёт тарзи, кўп марталик ҳомиладорлик, ортиқча меҳнат юки, сурункали йўтал ҳамда жинс омиллари киради.

Маълумотларга кўра, атроф-муҳит омиллари бел радикулопатия ҳолатларининг тахминан 80 фоизини ташкил этади. Гарчи айрим ҳолларда оилавий мойиллик, жумладан умуртқалараро диск чуррасига ирсий тенденция қайд этилган бўлса-да, бел диск чурраси ҳар доим ҳам радикулопатия билан намоён бўлавермайди. Касалликнинг ривожланиши унинг анамнези, давомийлиги, босқичлари ҳамда клиник траекторияси билан белгиланади.

Умуртқалараро диск патологияси билан боғлиқ бел радикулопатияси кўпчилик беморларда нисбатан қулай прогнозга эга. Тадқиқотлар шуни кўрсатадики, нисбий дам олиш ва консерватив ёндашувлардан сўнг 4–6 ҳафта ичида беморларнинг 70–80 фоизида оғриқ синдроми ва функционал чекловлар сезиларли даражада камаяди. Шимолий Америка умуртқа поғонаси жамияти маълумотларига кўра, радикулопатия билан кечувчи бел диск чуррасида, даволаш усулидан қатъи назар, беморларнинг катта қисмида аҳвол яхшиланади.



Вақт ўтиши билан чуррали дисклар кўп ҳолларда регрессияга учрайди ва бу клиник яхшиланиш билан боғлиқ бўлади.

Шу билан бирга, айрим тадқиқотларда беморларнинг тахминан 30 фоизда бир йил давомида доимий оғриқ синдроми ҳамда меҳнат ва дам олиш фаолиятининг чекланиши сақланиб қолгани қайд этилган. Дастлабки функционал чекловлар юқори бўлишига қарамасдан, беморларнинг фақат 1–10 фоизда консерватив даволаш самарасизлиги сабабли жарроҳлик аралашувига эҳтиёж туғилади. Катта ҳажмли диск чурраси мавжуд бўлган беморларда ҳам вақт ўтиши билан чурра ҳажмининг камайиши кузатилиб, бу клиник симптомларнинг енгиллашиши билан узвий боғлиқдир.

Бел-думғаза радикулопатияси меҳнат қобилиятининг вақтинча ёки узоқ муддатга пасайишига, жисмоний фаолликнинг чекланишига ҳамда беморларнинг ҳаёт сифати ёмонлашишига сабаб бўлади. Касалликнинг клиник кечишида эркаклар ва аёллар ўртасида муайян фарқлар мавжуд бўлиб, бу фарқлар патогенетик механизмлар, клиник симптомлар, даволашга жавоб реакцияси ва реабилитация жараёнларида намоён бўлади. Хусусан, аёлларда гормонал ўзгаришлар, остеопороз ва боғлам аппаратининг гипермобиллиги радикулопатия кечишини оғирлаштирувчи омил сифатида аҳамиятга эга. Эркакларда эса асосан юқори жисмоний юкланиш ва касбий фаолият билан боғлиқ ҳолда такрорий микро- ва макрошикастланишлар кўпроқ учрайди.

Шу боис, беморларнинг гендер хусусиятларини инобатга олган ҳолда клиник-патогенетик таҳлил ўтказиш ва реабилитация чора-тадбирларини индивидуаллаштириш зарурати туғилади. Бундай ёндашув нафақат даволаш самарадорлигини оширади, балки касалликнинг қайта ривожланиш хавфини камайтиради, беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга ва уларнинг ижтимоий фаол ҳаётга қайта мослашувига хизмат қилади. Шу нуқтаи назардан, ушбу муаммони тадқиқ этиш клиник амалиёт билан бир қаторда соғлиқни сақлаш тизимида профилактика ва реабилитация чораларини такомиллаштириш учун ҳам долзарб аҳамият касб этади.

Вертеброген оғриқ синдромлари инсон ҳаётига жиддий таъсир кўрсатувчи мураккаб тиббий-ижтимоий муаммо ҳисобланади. Тадқиқотлар натижаларига кўра, эркаклар ва аёллар ўртасида вертеброген оғриқлар тарқалиши деярли бир хил бўлиб, аҳолининг тахминан 75 фоизи бир йил давомида камида бир марта бел оғриғи эпизодини бошдан кечиради, деярли барча аҳоли эса ҳаёти давомида камида бир марта вертеброген оғриққа дуч келади.

Вертеброген оғриқлар тарқалиши ёш ўтиши билан ортиб боради ва айниқса 30–59 ёш оралиғидаги меҳнатга лаёқатли аҳолининг 75 фоизигача қисмида учрайди. Одатда, беморларнинг 80 фоизидан ортиғи 3 ой ичида меҳнат фаолиятига қайтади. Аммо тузалиш жараёнининг узоққа чўзилиши тиббий реабилитациянинг қўшимча курсларини талаб қилиб, соғлиқни сақлаш тизими учун катта иқтисодий харажатларни келтириб чиқаради. Шу сабабли,



вертеброген оғриқлар вақтинчалик меҳнатга лаёқатсизлик билан боғлиқ энг кенг тарқалган ва энг қиммат сабаблардан бири ҳисобланади.

Клиник қўлланмаларда “вертеброген оғриқлар” атамаси кўпинча умуртқа поғонасида аниқ морфологик шикастланишлар (спондилолистез, остеопороз, ўсмалар, спондилоартропатиялар ёки диск чурралари) аниқланмаган ҳолда юзага келадиган скелет-мушак тизимида оид оғриқ синдромларини ифодалаш учун қўлланилади. Бундай ҳолатларда белнинг пастки қисмидаги оғриқлар “хос бўлмаган” вертеброген оғриқлар сифатида баҳоланади.

Вертеброген оғриқлар натижасида юзага келадиган вақтинчалик меҳнатга лаёқатсизлик кўпинча объектив клиник ёки инструментал кўрсаткичлар билан тасдиқланмайди. Шу сабабли, ушбу ҳолатларни кўпроқ психоэмоционал ва функционал бузилишлар нуқтаи назаридан баҳолаш мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Бел оғриқларининг аниқ сабаби бўлган ўсмалар, инфекциялар, спондилоартропатиялар, умуртқалар синиши ёки умуртқалараро диск чурралари фақат 20 фоиз ҳолатларда аниқланади. Шу билан бирга, касаллик этиологиясини аниқлаш мақсадида эҳтимолий тузилмавий бузилишларни излаш катта вақт ва моддий ресурсларни талаб қилиши мумкин.

Қатор тадқиқотларда вертеброген оғриқлар патогенезида қўшимча омиллар — руҳий ҳолат, жисмоний меҳнат оғирлиги, меҳнат шароити ва ишдан қониқиш даражаси муҳим аҳамиятга эгалиги кўрсатилган. Бел соҳасидаги сурункали оғриқлар кўп ҳолларда тиббий сабаблардан кўра ижтимоий ва психологик омиллар билан узвий боғлиқ бўлиши мумкин. Депрессия ва соматик касалликлар асоратлари вертеброген оғриқларнинг ўткир шаклдан сурункали босқичга ўтишида ҳал қилувчи омил сифатида қаралади.

Белнинг пастки қисмидаги оғриқлар қовурғаларнинг ўн иккинчи жуфти билан думба қатламлари оралиғида жойлашган соҳада кузатилади. Халқаро касалликлар таснифининг 10-таҳрири (МКБ-10)га мувофиқ, белнинг пастки қисмидаги хос бўлмаган оғриқлар умуртқа поғонасидан келиб чиқадиган вертеброген оғриқлар сифатида турли кодлар остида таснифланади ва, одатда, механик, дегенератив ёки бошқа патологик жараёнлар билан боғлиқ ҳолда ривожланади.

МКБ-10 таснифига мувофиқ, вертеброген оғриқ синдромларини ифодаловчи бир қатор асосий кодлар мавжуд. Хусусан, М54 – дорсалгия орқа соҳасидаги турли оғриқ ҳолатларини қамраб олади. Унинг ичида М54.1 – радикулопатия (радикулит) бўлиб, у кўпинча бел ёки бўйин соҳасида нерв илдизларининг сиқилиши билан боғлиқ ҳолда ривожланади. М54.2 – цервикалгия бўйин соҳасидаги оғриқларни, М54.4 – люмбалгия бел соҳасидаги оғриқни, М54.5 – бел-сакралгия эса бел ва сакрум соҳаси оғриқларини ифодалайди. М54.6 – ишиалгия (седалищный нерв бўйлаб оғриқ) белдан оёққа тарқалувчи оғриқ синдроми билан тавсифланади. М54.9 – аниқланмаган дорсалгия эса сабаби аниқ бўлмаган орқа оғриқларини ўз ичига олади. Шунингдек, М47 – спондилоз умуртқалардаги



дегенератив ўзгаришларни англатади, M47.2 – радикулопатия билан кечувчи спондилоз эса диск ва фасет бўғимлардаги ўзгаришлар натижасида нерв илдизларига таъсир кўрсатилиши билан характерланади.

Вертеброген оғриқ синдромлари замонавий жамиятда энг кенг тарқалган шикоятлардан бири бўлиб, шифокорга мурожаат қилишнинг етакчи сабабларидан ҳисобланади. Катта ёшдаги аҳолининг тахминан 6–9 фоизи бир йил давомида шу сабабли тиббий ёрдамга мурожаат қилади. Инсон ҳаёти давомида бел-думғаза соҳасидаги оғриқлар 70 фоиздан ортиқ аҳолида кузатилади, оғриқларнинг энг юқори частотаси эса 35–55 ёш оралиғига тўғри келади.

Касалликнинг такрорий кучайишлари 24–80 фоиз ҳолатларда қайд этилади. Вертеброген оғриқлар кўпинча ўрта ёш даврида энг юқори чўққига етиб, 60–65 ёшгача юқори даражада сақланади, кейин эса аста-секин камаяди. Россия поликлиникаларида ўтказилган сўров натижаларига кўра, беморларнинг қарийб 25 фоизи вертеброген оғриқ сабабли мурожаат қилган бўлиб, иштирок этганларнинг ярмидан ортиғини сўнгги бир йил ичида белнинг пастки қисмидаги оғриқ безовта қилган. Аксарият беморларда оғриқ синдроми 1–3 ой ичида камаяди, бироқ оғир оғриқ эпизодини бошдан кечирган шахсларнинг 60–80 фоизида бир йил давомида даврий оғриқ ёки ноқулайлик сақланиб қолади. Оғриқ сабабли вақтинчалик меҳнатга лаёқатсизликка чиққан беморларнинг 40 фоизигача қисмида такрорий меҳнатга лаёқатсизлик ҳолатлари кузатилади.

Вертеброген оғриқлар давомийлигига кўра таснифланади: олти ҳафтадан кам давом этган ҳолатлар ўткир оғриқлар, 6–12 ҳафта давом этгани ўткир ости оғриқлар, 12 ҳафтадан ортиқ сақлангани эса сурункали оғриқлар сифатида баҳоланади. Амалий тиббиётда ўткир оғриқлар ўткир ости ва сурункали шаклларга нисбатан кўпроқ учрайди.

Бел соҳасидаги вертеброген оғриқлар шифокорга мурожаат қилиш ва вақтинчалик меҳнатга лаёқатсизликка чиқиш сабаблари орасида етакчи ўринлардан бирини эгаллаб, жамият учун катта ижтимоий-иқтисодий юкни юзага келтиради. Масалан, АҚШда 2015 йилда вертеброген оғриқлар билан боғлиқ бевосита тиббий харажатлар 86 миллиард доллардан ортиқни ташкил этган.

Кўп ҳолларда вертеброген ўткир оғриқлар ҳаёт учун хавфли касалликлар билан боғлиқ бўлмайди, аммо бундай жиддий патологияларни ўз вақтида истисно қилиш диагностикада ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Хос бўлмаган вертеброген оғриқларнинг нотўғри ёки етарли даражада даволанмаслиги прогнозни ёмонлаштириб, касалликнинг сурункали кечишига ва бемор ҳаёт сифати пасайишига олиб келади.

Ҳозирги вақтда вертеброген оғриқ синдромларини олиб бориш бўйича кўплаб миллий ва халқаро клиник тавсиялар ишлаб чиқилган. Ушбу тавсиялар умумий амалиёт шифокорлари, неврологлар ва нейрохирурглар томонидан



қўлланилиши лозим. Бироқ айрим мамлакатларда, жумладан маҳаллий амалиётда, ушбу тавсияларнинг етарли даражада жорий этилмаслиги даволаш натижаларининг самарадорлигини пасайтиради.

Waddell томонидан таклиф этилган бел оғриқларининг биопсихо-ижтимоий моделига мувофиқ, оғриқ фақат анатомик манбалар билан эмас, балки психологик ва ижтимоий омиллар билан ҳам белгиланади. Ушбу омилларга хавотир-депрессив ҳолатлар, ишдан қониқмаслик, оилавий муаммолар, оғриқни “катастрофизация” қилиш, ипохондрик хусусиятлар, жисмоний фаолликнинг пасайиши ва моддий компенсация омиллари киради. Шу сабабли, когнитив-хулқ-атвор терапияси ва мултидисциплинар ёндашувлар клиник амалиётда муҳим ўрин тутди.

Замонавий қўлланмаларда қабул қилинган “диагностик триада” концепциясига мувофиқ, бел оғриқлари уч гуруҳга ажратилади:

скелет-мушак тизимига оид оғриқлар;

жиддий патологиялар (ўсимталар, инфекциялар, жароҳатлар) билан боғлиқ оғриқлар;

компрессияли радикулопатия натижасида юзага келган оғриқлар.

Клиник амалиётда ҳолатларнинг тахминан 85 фоизда жиддий патология истисно қилинган скелет-мушак ва механик оғриқлар аниқланади. Компрессияли радикулопатия 4–7 фоиз ҳолатда, от думи синдроми эса жуда кам — 0,04 фоиз ҳолатда учрайди. Қолган сабаблар, жумладан ўсмалар, инфекциялар, ревматик ва жароҳатли шикастланишлар умумий ҳолатларнинг 7 фоизидан кам қисмини ташкил этади.

Оғриқнинг аниқ анатомик манбаи топилмаган ҳолларда қўлланиладиган “хос бўлмаган оғриқ” атамаси ҳам шифокорлар, ҳам беморлар томонидан турлича талқин қилиниши сабабли кўплаб тушунмовчиликларни келтириб чиқаради. Шу боис, клиник нуқтаи назардан “скелет-мушак оғриқлари” атамасини ишлатиш мақсадга мувофиқроқ ҳисобланади. Hancock M.J., Koes B. ва ҳаммуаллифлар (2011) ўз ишларида ҳозирги кунда оғриқнинг анатомик омилларига етарлича эътибор берилмаслиги, аксинча, руҳий ва ижтимоий омилларнинг ролига ортиқча урғу берилиши тенденцияси мавжудлигини таъкидлайдилар. Бу ҳолат, айниқса, вертеброген оғриқларнинг диагностикасидаги мураккабликлар билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Бел соҳасидаги оғриқнинг биологик таркибий қисмини аниқлаш учун умумий амалиёт шифокори амалиётида “диагностик триада”дан фойдаланиш одатда етарли ҳисобланади. Бироқ ихтисослашган тиббий бўлимлар шароитида, айниқса, узоқ давом этувчи ва қайталанувчи оғриқ синдромларида оғриқ манбаини аниқлаш муҳим вазифа бўлиб, у кейинчалик блокадалар, мануал терапия ёки зарурат туғилганда нейрохирургик аралашувни режалаштириш учун асос бўлади. Кўплаб миллий клиник тавсияларда бел соҳасининг физикал текшируви таърифланган бўлса-да, ҳозирга қадар клиник диагностика учун



ягона “олтин стандарт” мавжуд эмас, қўлланилаётган тестларнинг эса сезгирлиги ва ихтисослиги чекланган.

Скелет-мушак оғриқларининг эҳтимолӣ манбалари қуйидагилардан иборат (Kuslich, 1991; Chou D., 2011): умуртқалараро дискнинг ташқи учдан бир қисмида жойлашган нерв толалари; фасет, сакроилиак ва қовурға-умуртқа бўғимларининг капсулалари; пайлар ва фасциялар; умуртқа суяклари (айниқса суяк пардаси ва қон томирлари соҳасидаги ноцицепторлар); орқа миянинг қаттиқ пардаси, орқа мия тугунлари ва периневрал бириктирувчи тўқималар; шунингдек мушаклар. Deyo R. (2001) маълумотларига кўра, бел соҳасидаги оғриқларнинг энг кўп учрайдиган сабаби (тахминан 70%) мушак тўқимасининг микрожароҳатлари ҳисобланади. Шу билан бирга, кам инвазив диагностик усуллар қўлланилган тадқиқотларда мушак омили кўпинча етарлича ҳисобга олинмаган. Бошқа муаллифлар маълумотларига кўра, оғриқ ҳолатларининг 25–42 фоизи дискоген, 18–45 фоизи фасет бўғимлар билан боғлиқ, 10–18 фоизи эса сакроилиак бўғим манбасига эга бўлган (Manchikanti, 2001, 2009; Hansen, 2007; DePalma, 2011).

Фасет (ёй-ўсимта) бўғимлар умуртқа поғонасининг ягона ҳақиқий синовиал бўғимлари бўлиб, тоғай, синовиал қават, синовиал суюқлик ва бўғим капсуласидан ташкил топган. Бел соҳасида энг катта механик юк L4–L5 ва L5–S1 умуртқа-ҳаракат сегментларига тўғри келади. Тоғай тўқимаси суяк учларини қоплаб, ҳаракат вақтида ишқаланишни камайтиради ва оғриқсиз ҳаракатни таъминлайди. У коллаген, протеогликанлар, сув ва хондроцитлардан ташкил топган бўлиб, қон томирларига эга эмас ва синовиал суюқлик орқали озиқланади.

Тоғай тўқимасининг шикастланиши остеоартрит, травматик жароҳатлар ва хондромалация каби ҳолатларда кузатилади. Бу жараёнлар оғриқ, ҳаракат чекланиши ва функционал бузилишлар билан намоён бўлади. Тоғайнинг тикланиш қобиляти паст бўлгани сабабли, бундай ўзгаришлар кўпинча қайтарилмас хусусиятга эга. Диагностикада магнит-резонанс томография, артроскопия ва айрим ҳолларда ультратовуш текшируви қўлланилади. Умуртқалараро дисклар шикастланганда механик юкланишнинг катта қисми фасет бўғимларга ўтади ва у 47–70 фоизгача етиши мумкин. Бу ҳолат синовиит, тоғай деградацияси, бўғим капсуласининг чўзилиши ва сублюксацияларни ривожлантиради.

Патогенезда микро- ва макрожароҳатлар, диск деградацияси фонида юкланишнинг ошиши ва яллиғланишга ўхшаш артритсимон жараёнлар муҳим ўрин тутди. Оғриқнинг шаклланиш механизмлари сифатида бўғим капсуласининг чўзилиши, менискоид тузилмаларнинг қисилиши, остеофитлар билан нерв илдизининг эзилиши ва бўғим ичидаги яллиғланиш кўрсатилади. Кўпинча кўп даражали шикастланишлар кузатилади.

Морфологик тадқиқотлар фасет бўғимлардаги дегенератив ўзгаришлар ёш ўтиши билан ортиб боришини, аниқса L4–L5 ва L5–S1 сегментларида кўпроқ



учрашини кўрсатади. Бироқ бу ўзгаришлар билан клиник оғриқ синдроми ўртасида доимий корреляция мавжуд эмас. Фасет синдроми одатда паравертебрал соҳада бир ёки икки томонлама оғриқ билан намоён бўлиб, оғриқ тизза даражасигача тарқалиши мумкин. У гиперэкстензияда кучаяди, эгилишда эса камаяди, узоқ ҳаракатсизликдан кейин пайдо бўлиб, ҳаракат билан енгиллашади.

Клиник тестларнинг алоҳида ҳолда сезгирлиги паст бўлса-да, бемор шикоятлари ва клиник белгиларнинг комплекс баҳоланиши оғриқ манбаини аниқлашда маълум даражада ёрдам бериши мумкин.

Фасет билан боғлиқ оғриқлар асосан ноцицептив характерга эга бўлса-да, айрим ҳолларда невропатик таркибий қисм ҳам иштирок этиши мумкин, унинг тарқалиш даражаси ва клиник аҳамияти ҳозирча тўлиқ аниқланмаган.

АДАБИЁТЛАР:

1. Heiskanen T, Risto PR, Kalso E. Multidisciplinary pain management – Which patients benefit from it? *Scandinavian Journal of Pain*. 2012; 3 (4):2017
2. Linton S.J. Review of psychological risk factors for back and neck pain. *Spine*. 2008; 25 (9):1148-56.
3. Hoy D., Brooks P., Blythes F., Buchbinder R. Epidemiology of lower back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2015; 24 :769-81.
4. Wassilaki M., Hurvits E.L. A look at public health. *Hawaii J Med Public Health*. 2014; 73 (4):122–26.
5. Akdag B, Cavlak U, Cimbiz A, Camdeviren H. Identification of risk factors for pain intensity among schoolchildren with nonspecific lower back pain. *Med Sci Monit*. 2017; 17 (2):PH12–15.
6. Epker J. Psychometric methods of pain measurement. *Clin Neuropsychol*. 2013; 27 (1):30-48.
7. Tan G, Nguyen Q, Anderson KO, and others. Further review of the inventory of overcoming chronic pain. *J Pain*. 2009; 6 (1):29-40.
8. Kaiser U, Arnold B, Pflingsten M, and others. Multidisciplinary pain treatment programs. *J Pain Res*. 2013; 6 :355–58.
9. Briggs AM, Jordan JE, O'Sullivan PB, et al. People with chronic low back pain have more difficulty engaging in a positive lifestyle than people without back pain: Health Literacy Assessment. *BMC Musculoskeleton Disorder*. 2018;12 :161.10.
10. Pincus T, Kent P, Bronfort G, et al. Twenty—five years of the biopsychosocial model of low back pain - is it time to celebrate? Report from the twelfth International Forum on Primary Health Care Research for Low back pain. *Spine*. 2016; 3 (24):2118–23.
11. Snelgrove S, Lioffi C. Living with chronic low back pain: A metasynthesis of qualitative research. *Chronic Illn*. 2013; 9 (4):283–301.