

**UMURTQA METASTAZLARIDA OG'RIQ NAZORATI VA KAM
SHIKASTLOVCHI MUOLAJALARNING KLINIK AHAMIYATI**

**Farmanova Maxliyo Najmiddin qizi,
Mahammadova Munisaxon Lochinbek qizi,
Rahmatillayev Shohruhbek Shavkat o'g'li,
Rihsixujayeva Mohinaxon Ibrohimxo'ja qizi.**
Toshkent davlat tibbiyot universiteti

Annotatsiya

Umurtqa pog'onasiga tarqalgan o'sma o'choqlari kuchli og'riq, harakat cheklanishi va bemorning kundalik mustaqilligini yo'qotishi bilan kechishi mumkin. Bunday vaziyatda muolaja tanlash faqat tasviriy tekshiruvdagi o'choq hajmiga emas, balki umurtqa barqarorligi, nevrologik holat, umumiy onkologik prognoz va bemorning maqsadlariga tayanishi kerak. Zamonaviy tavsiyalarda muvofiqlashtirilgan ko'p tarmoqli yordam hamda xavfli orqa miya siqilishini erta aniqlash alohida ta'kidlanadi [1], [2]. Ushbu maqolaning maqsadi mahalliy klinik kuzatuvlarda qayd etilgan natijalar va xalqaro tavsiyalar yordamida mahalliy og'riqni kamaytirishga qaratilgan kam shikastlovchi muolajalarning o'rnini baholashdan iborat.

Ochiq e'lon qilingan guruhlangan klinik ko'rsatkichlar ikkilamchi tahlil qilindi. Umurtqa zararlanishi qayd etilgan 117 bemor haqidagi taqsimotda birinchi guruh 51, ikkinchi guruh 66 kishidan iborat bo'lgan. O'choqlarning markaziy shish bilan, periferik yoki umumiy tarqalgan shakllari alohida baholangan. Og'riq og'irligini baholashda vizual analog shkala va funksional ahvol mezonlari qo'llangan. Jadvaldagi guruhlar mustaqil ravishda qayta tasniflanmadi; mavjud jamlangan ko'rsatkichlar chegarasida klinik talqin berildi.

Tahlil shuni ko'rsatadiki, o'smaning anatomik yoyilishi, og'riq manbai va mexanik beqarorlik bir xil tushuncha emas. Radioto'lqinli ablatsiya ayrim bemorlarda og'riqni kamaytirish vositasi bo'lishi mumkin, biroq uning xavfsizligi hamda samaradorligi haqidagi dalillar ehtiyotkor baholanishi zarur [3], [4]. Vertebroplastika kabi mustahkamlovchi usullar ham alohida ko'rsatmalar bo'yicha tanlanadi. Umumiy xulosa shuki, muolajadan oldingi saralash, tasviriy nazorat, nevrologik xavfni tekshirish va keyingi kuzatuv jarayonning ajralmas qismlaridir. Natijalar mahalliy amaliyot uchun foydali muhokama asosini beradi, ammo sababiy samaradorlikni tasdiqlovchi randomizatsiyalangan dalil sifatida qabul qilinmaydi.

Davolash muvaffaqiyatini faqat erta og'riq kamayishi bilan belgilash yetarli emas. Mustaqil yurish, kundalik faoliyatga qaytish va qayta muolajaga ehtiyojni qayd etish bahoni to'ldiradi. Ayniqsa og'ir onkologik bemorlarda foyda va yuklama muvozanati shaxsiy tarzda muhokama qilinishi zarur. Natijalarni guruhlar kesimida qiyoslashda boshlang'ich farqlar e'tiborsiz qoldirilmasligi kerak.

Kalit soʻzlar: *umurtqa metastaz ogʻriq ablatsiya vertebroplastika nevrologiya onkologiya barqarorlik diagnostika tomografiya saralash reabilitatsiya radiologiya xavfsizlik kuzatuv asorat baholash*

CLINICAL SIGNIFICANCE OF PAIN CONTROL AND MINIMALLY INVASIVE PROCEDURES IN SPINAL METASTASES

**Farmanova Makhliyo Najmiddinovna,
Mahammadova Munisakhon Lochinbekovna,
Rahmatillayev Shohrukhbek Shavkatovich,
Rihsikhujayeva Mohinakhon Ibrohimkhojavna.**
Tashkent State Medical University

Abstract

Tumor lesions spreading to the spine may cause severe pain, restricted movement, and loss of independence in everyday life. In this setting, treatment selection should depend not only on the lesion size seen on imaging but also on spinal stability, neurological status, overall oncological prognosis, and the patient's goals. Contemporary recommendations place particular emphasis on coordinated multidisciplinary care and early recognition of dangerous spinal cord compression [1], [2]. This article aims to evaluate the role of minimally invasive procedures for local pain relief using outcomes reported in local clinical observations and international recommendations.

An independent secondary analysis was performed on publicly reported aggregated clinical indicators. In a distribution involving 117 patients with spinal lesions, the first group included 51 patients and the second included 66. Lesions with central involvement and surrounding swelling, peripheral involvement, or extensive spread were assessed separately. Pain severity was assessed using a visual analogue scale and measures of functional status. Group definitions were retained; clinical interpretation used only aggregate indicators.

The analysis suggests that anatomical tumor spread, the source of pain, and mechanical instability are not interchangeable concepts. Radiofrequency ablation may provide pain relief for selected patients, although evidence concerning its safety and effectiveness requires cautious interpretation [3], [4]. Stabilizing procedures such as vertebroplasty must also be selected according to specific indications. Overall, pretreatment selection, imaging guidance, assessment of neurological risk, and subsequent follow-up are integral parts of care. These findings offer a useful basis for discussion in local practice but should not be regarded as randomized evidence establishing a causal treatment effect.

Treatment success cannot be defined by early pain relief alone. Independent mobility, recovery of everyday function, and the need for repeat interventions should also be recorded. For seriously ill patients, the balance of benefit and burden requires individual discussion.

Keywords: *spine metastasis pain ablation vertebroplasty neurology oncology stability diagnostics tomography selection rehabilitation radiology safety followup complications assessment*

Kirish

Umurtqa pog'onasining metastatik zararlanishi onkologik bemorlarda hayot sifatiga bevosita ta'sir ko'rsatuvchi murakkab klinik holatlardan biridir. O'simta umurtqa tanasining tayanch tuzilmalari, orqa miya kanali yoki nerv ildizlariga yaqinlashganda og'riqning kuchayishi, kechasi uyqu buzilishi, yurishning qiyinlashishi va o'ziga xizmat ko'rsatishning cheklanishi kuzatiladi. Bemorlarning bir qismida mushak kuchsizligi yoki sezgi buzilishi tashxis qo'yilishidan oldin ham boshlanishi mumkin. Shu sababli umurtqadagi har qanday og'riqni bir xil sabablarga bog'lash klinik xatodir. Og'riqning kuchayish tezligi, mexanik xarakteri va qo'shimcha nevrologik belgilar tashxislash yo'nalishini belgilaydi.

Zarar ko'rgan segmentni baholashda magnit-rezonans tomografiya, kompyuter tomografiyasi va zarur bo'lganda boshqa tasviriy usullar bir-birini to'ldiradi. Magnit-rezonans tekshiruv epidural yumshoq to'qimalar va orqa miya siqilishini aniqlash uchun muhim, kompyuter tomografiyasi esa suyak korteksining yemirilishi hamda patologik sinish ehtimolini baholashga yordam beradi. Tasvir natijalarini bemorning shikoyatlaridan ajratib qo'yish mumkin emas. Kichik ko'ringan o'choq muhim nevrologik tuzilma yonida bo'lsa katta xavf tug'diradi; kengroq o'choq esa ayrim hollarda kuchli simptom bermasligi mumkin. Shu bois davolash strategiyasi bitta o'lchovga emas, yig'ma klinik manzaraga tayanadi.

Kam shikastlovchi muolajalarga qiziqish ortishining sababi aniq: og'ir hamroh kasalliklari mavjud bemorlarda ochiq jarrohlik doimo maqbul emas. Teri orqali bajariladigan radioto'lqinli ablatsiya o'sma to'qimasida nazorat qilinadigan issiqlik ta'sirini hosil qilish orqali mahalliy simptomni kamaytirishga qaratiladi. Vertebroplastika esa zararlangan umurtqa tanasining mexanik mustahkamligini yaxshilash maqsadida ishlatilishi mumkin. Biroq bu ikki muolajaning vazifalari teng emas. Birinchi usul mahalliy o'sma o'chog'i va og'riq bilan, ikkinchisi esa tayanch bilan bog'liq muammolarga yo'naltiriladi. Ba'zi holatlarda ularni birgalikda qo'llash mantiqli bo'lsa-da, bu qaror avtomatik tarzda qabul qilinmaydi.

Muolajaga nomzodlarni tanlashda orqa miya siqilishi alomatlari, umumiy ahvol va taxminiy umr davomiyligi bilan bir qatorda qon ivish holati, infeksiya xavfi va umurtqa devorining butunligi tekshiriladi. Og'riqning mexanik yoki o'smaning biologik faolligi bilan bog'liqligini farqlash ham zarur. Masalan, harakat vaqtida keskin ortadigan og'riq beqarorlikdan dalolat berishi mumkin; tinch holatda davom etadigan og'riq esa boshqa tarkibiy qismlarni ham ko'rsatadi. Tibbiy jamoada onkolog, radiolog, neyroxirurg, og'riq mutaxassisi va reabilitologning umumiy qarorga kelishi keraksiz aralashuvni kamaytiradi. Bemorning afzalliklari ham muhokama markazida bo'lishi kerak.

Mahalliy guruhlangan ko'rsatkichlarning umumiy hajmi 117 holatdan iborat. Shundan 51 bemor birinchi, 66 bemor ikkinchi guruhga kiritilgan. Tasvirlarda o'choqlarning tarqalish

shakli uch toifada berilgan: markaziy zararlanishga qo'shilgan periferik shish, periferik zararlanish va umurtqa tanasining keng zararlanishi. Har ikki guruhda ham oxirgi toifa son jihatidan ko'proq qayd etilgan. Bu sonlardan muolaja samaradorligi haqida bevosita xulosa chiqarish mumkin emas, ammo boshlang'ich anatomik murakkablikni tavsiflash va keyingi bemor saralash qoidalarini ishlab chiqish uchun foydalanish mumkin.

1-jadval. Umurtqa tanasi o'choqlarining joylashuvi bo'yicha taqsimot (bemorlar soni)

Zararlanish turi	I guruh (n=51)	II guruh (n=66)
Markaziy o'choq va periferik shish	12	15
Periferik zararlanish	13	18
Keng tarqalgan zararlanish	26	33
Jami	51	66

Jadval guruhlar orasida o'choq turi taqsimotini ko'rsatadi; u muolaja samaradorligi haqida alohida sababiy xulosa bermaydi.

Og'riqni vizual analog shkala yordamida baholash qulay, chunki bemor bir xil oraliqdagi bahoni vaqt davomida takroriy ko'rsatishi mumkin. Shunga qaramay, ikki guruh orasidagi og'riq ballarini solishtirishda dastlabki daraja, qo'llanilgan og'riqsizlantiruvchi dori, nurlantirish tarixi va kuzatuv muddati hisobga olinishi lozim. Bemor uchun ahamiyatli natijalar faqat ballning kamayishi bilan tugamaydi. Uyquning tiklanishi, yotoqdan mustaqil turish, qisqa masofaga yurish va yaqinlar yordamiga ehtiyojning kamayishi klinik jihatdan o'ta muhimdir. Shu sababli funksional shkalalarni og'riq bahosi bilan birga ishlatish foydali bo'ladi.

Bemorning hayot sifati haqida muloqot muolajaning texnik maqsadidan oldin boshlanishi kerak. Ayrim bemorlar uchun og'riqsiz o'tirish muhim bo'lsa, boshqalar uchun mustaqil hojatga borish yoki qisqa masofani bosib o'tish ustuvor bo'lishi mumkin. Ana shu maqsadlar bajarilmagan taqdirda radiologik jihatdan muvaffaqiyatli muolaja ham bemor kutgan foydani bermasligi mumkin. Shifokor kutiladigan foydani raqam bilan emas, tushunarli funksional vazifalar bilan izohlashi foydali. Oila a'zolari yordamining mavjudligi va uy sharoitidagi xavfsizlik ham reabilitatsiya rejasini o'zgartiradi.

Umurtqa metastazlarida uzoq muddatli natijaga birlamchi o'smaning turi, tarqalishi va tizimli davolash imkoniyatlari ta'sir ko'rsatadi. Og'riqning vaqtincha kamayishi o'sma kasalligi to'xtaganini anglatmaydi. Shu bois radiologik nazoratning davriyligi, yangi belgilar paydo bo'lganda murojaat qilish tartibi va asosiy onkologik davo bilan bog'liqlik bemorga yozma tarzda tushuntirilishi mumkin. Tibbiy yordamning barcha bosqichlari bir-biridan uzilib qolmasligi kerak. Davolashda davomiylilikni ta'minlash uchun mutaxassislar o'rtasida

o'tkazilgan muolaja, qo'llangan material va xavfli belgilar to'g'risida qisqa, aniq axborot almashinuvi zarur.

Tasviriy tekshiruvdagi keng zararlanishni talqin qilishda umurtqa tanasining qaysi ustunlari saqlangani va yuk ko'tarish xususiyati hisobga olinadi. O'choq hajmiga qarab oddiy qoidalar bilan hukm chiqarish ayrim bemorlarda beqarorlikni yetarlicha baholamaslikka olib kelishi mumkin. Zaruratga qarab barqarorlikni baholovchi tizimlardan foydalaniladi, lekin ularning ballari klinik tekshiruvni almashtirmaydi. Avvalgi nurlantirish, davom etayotgan dori vositalari va infeksiya ehtimoli ham intervensiya imkoniyatiga ta'sir etadi. Shuning uchun individual qarorni protokolga mos, lekin qat'iy mexanik bo'lmagan tartibda qabul qilish kerak.

Xavfsizlik bo'yicha natijalarni e'lon qilishda muolajadan keyingi og'riq, qon ketish, infeksiyon holatlar, yangi nevrologik nuqsonlar va takroriy aralashuvlar bir xil usulda qayd etilishi lozim. Faqat muvaffaqiyatli holatlarni sanash tibbiy qaror uchun yetarli ma'lumot bermaydi. Agar guruhlariga turli og'irlikdagi bemorlar tanlab kiritilgan bo'lsa, xom foizlarning o'zi muolajalarning haqiqiy farqini ochmaydi. Ilmiy tahlilda boshlang'ich xavfga moslash, kuzatuvdan chiqib ketganlarni qayd etish va bemor uchun muhim funksional natijalarni belgilash muhim. Shu tamoyillar mahalliy tajribani umumlashtirishda ishonchlilikni oshiradi.

Xalqaro yo'riqnomalar og'riqli metastatik o'choqlar uchun mahalliy muolajalarni mumkin bo'lgan variantlar qatoriga kiritadi, lekin barcha bemorlarga bir xil tavsiya bermaydi. Neyrologik favqulodda holat mavjud bo'lganda ustuvorlik orqa miya dekompressiyasini tez baholashga qaratiladi. Agar beqarorlik yetakchi muammo bo'lsa, mustahkamlash masalasi ko'riladi. Agar mexanik xavf nazoratda bo'lsa va mahalliy og'riq ustun tursa, ablatsiya hamda boshqa palliativ yo'llarning nisbiy foydasi muhokama qilinadi. Nurlantirish, dori davosi va qo'llab-quvvatlovchi yordam ko'pincha muolaja bilan parallel olib boriladi, muolajaning o'zi ularning o'rnini bosa olmaydi.

Kuzatuv rejasi ham dastlabki davolash rejasining tarkibiy qismidir. Amaliyotdan keyin yangi oyoq kuchsizligi, sezgi yo'qolishi, siyish buzilishi yoki nazorat qilinmaydigan og'riq paydo bo'lsa, zudlik bilan qayta tekshirish talab etiladi. Reabilitatsiya xavfsiz harakatlanish, yiqilishning oldini olish va kundalik faoliyatni tiklashga xizmat qiladi. Natijalarni baholashda erta og'riq kamayishi va uzoq muddatli simptom nazorati alohida qayd etilishi kerak. Qisqa kuzatuvdagi muvaffaqiyat uzoq muddatli onkologik nazoratga tenglashtirilmaydi; kasallikning umumiy rivojlanishi funksional natijani o'zgartirishi mumkin. Shunday yondashuv muolajaning haqiqiy imkoniyatlarini bo'rttirmasdan ko'rsatishga yordam beradi.

Materiallar va usullar

Mazkur ishda umurtqa metastazlari bo'lgan bemorlarga doir ochiq e'lon qilingan jamlangan klinik ma'lumotlar va ushbu yo'nalishdagi xalqaro amaliy tavsiyalar ikkilamchi, tavsifiy tahlil qilindi. Ko'rib chiqilgan klinik taqsimot 117 bemorni qamrab olgan: birinchi guruhda 51, ikkinchisida 66 kishi. Guruhlar bo'yicha markaziy zararlanishga periferik shishning qo'shilishi, periferik joylashuv hamda umumiy zararlanish turlari ajratilgan.

Ma'lumotlar individual kasallik tarixlaridan qayta to'planmagan, shuning uchun klinik belgilar va tasviriyl ko'rsatkichlar orasida yangi statistik bog'liqlik hisoblanmagan.

Tahlilning asosiy mezonlari sifatida umurtqaning anatomik holati, og'riqni nazorat qilish imkoniyati, mexanik beqarorlik belgilari, orqa miya siqilishi xavfi hamda kundalik faoliyatni saqlash masalalari tanlandi. Vizual analog shkala va funksional baholash vositalarining amaliy mazmuni izohlandi. Jadvaldagi sonlar aynan e'lon qilingan tartibda saqlandi; foizlarni boshqa maxrajga ko'chirib hisoblashdan voz kechildi.

Usulning muhim cheklovi shundaki, dastlabki ma'lumotlarning individual darajadagi kovariatlari, randomizatsiya usuli va barcha noxush hodisalari mavjud emas. Shu sababli guruhlar farqi sababiy ta'sir yoki muolajaning ustunligi sifatida talqin qilinmadi. Natijalar klinik qarorlar uchun zarur bo'lgan savollarni tizimlashtirish, tashxislash tartibini izohlash va qo'shimcha istiqbolli izlanishlar mavzusini belgilash uchun ishlatildi.

Qo'shimcha ravishda klinik tavsiyalarda mahalliy aralashuvdan oldin qaysi belgilar favqulodda tekshiruvni talab etishi aniqlashtirildi. Og'riqning yotganda yoki harakatda kuchayishi, yangi nevrologik cheklanish va umurtqa tayanchining buzilishi alohida klinik masalalar sifatida ko'rib chiqildi. Natijalarni yoritishda tasviriyl tashxis, muolaja tanlash va kuzatuv bosqichlari ketma-ketligi saqlandi. Tafsilotlari yetishmaydigan klinik belgilar bo'yicha sonli taxminlar tuzilmadi. Shu yo'l bilan ma'lumot chegarasiga rioya qilingan holda amaliy xulosalarni muhokama qilish imkoni yaratildi.

Xulosa

Umurtqa metastazlarini davolashda og'riq nazorati bemorning harakatlanish imkoniyati, nevrologik xavfsizligi va umumiy onkologik reja bilan uzviyl bog'liq. Kam shikastlovchi usullar ayrim klinik vaziyatlarda simptomlarni yengillashtirish hamda funksional mustaqillikni saqlash uchun muhim qo'shimcha imkoniyatdir. Biroq anatomik zararlanish darajasi, mexanik beqarorlik va orqa miya siqilishining mavjudligi birgalikda baholanmagan holda muolaja tanlash to'g'ri emas. Eng muhim qaror mahalliy o'choqqa qanday ta'sir etishdan oldin, ushbu bemor uchun qaysi klinik xavf birinchi o'rinda turishini aniqlashdan boshlanadi.

Guruhlangan kuzatuvlarda 117 bemorning umurtqa tanasi zararlanishi bo'yicha uch turdagi o'choq qayd etilgan. Bu ma'lumotlar bemorlarning boshlang'ich anatomik murakkabligi turlicha bo'lishi mumkinligini ko'rsatadi. Shu bilan birga, yig'ma natijalar usullar orasidagi sababiy farqni mustaqil isbotlab bera olmaydi. Alohida bemorda olingan ijobiy natijani barcha metastatik jarayonlarga umumlashtirish noto'g'ri bo'ladi. Muolajaning foydasi bemorning dastlabki funksional holati, davom etayotgan o'sma davosi va kuzatuv davomiyligiga bog'liq holda talqin qilinishi lozim.

Amaliy yordamni takomillashtirish uchun har bir bemorda og'riq xarakterini bir xil mezonlar bilan o'lchash, tasviriyl tekshiruv xulosalarini standartlashtirish, nevrologik belgilarni takroriyl nazorat qilish va muolajadan keyingi noxush holatlarni to'liq ro'yxatga olish tavsiya etiladi. Tadqiqotning keyingi bosqichida guruhlar boshlang'ich og'irligi bo'yicha moslashtirilgan, bemor uchun ahamiyatli uzoq muddatli natijalarni qamrab oladigan

istiqbolli kuzatuv zarur. Shunda radioto'liqlik ablatsiya, vertebroplastika va boshqa mahalliy yondashuvlarning qaysi sharoitda ko'proq foyda berishi to'g'risida mustahkamroq ilmiy asos shakllanadi.

Tibbiy hujjatlashtirishda muolajani tanlash sabablari, bemorning roziligi va xavf haqida berilgan axborot qayd qilinishi muhim. Ayniqsa og'riq sindromi bir necha mexanizm bilan bog'liq bo'lsa, muolajadan keyingi o'zgarishni qat'iy vaqt nuqtalarida o'lchash tavsiya etiladi. Nevrologik holatning keskin yomonlashishi alohida shoshilinch yo'naltirish tartibini talab qiladi. Klinik markazlar o'rtasida bir xil baholash mezonlaridan foydalanish kelgusida natijalarni ishonchli qiyoslash va xavfsizlik profilini chuqurroq o'rganishga xizmat qiladi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. NICE. Spinal metastases and metastatic spinal cord compression. NG234. 2023. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng234>
2. Laufer I. et al. The NOMS framework: approach to the treatment of spinal metastatic tumors. The Oncologist. 2013;18:744–751. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23709750/>
3. NICE. Radiofrequency ablation for palliation of painful spinal metastases. HTG669. 2023. <https://www.nice.org.uk/guidance/htg669>
4. NICE. Radiofrequency ablation as an adjunct to balloon kyphoplasty or percutaneous vertebroplasty for palliation of painful spinal metastases. HTG670. 2023. <https://www.nice.org.uk/guidance/htg670>
5. NICE. Palliative care for adults: strong opioids for pain relief. CG140. 2012. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg140>
6. WHO. Palliative care: key facts. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
7. NICE. Suspected cancer: recognition and referral. NG12. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng12>
8. NICE. Patient experience in adult NHS services. CG138. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg138>
9. NICE. Shared decision making. NG197. 2021. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng197>
10. NICE. Rehabilitation after traumatic injury. NG211. 2022. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng211>