



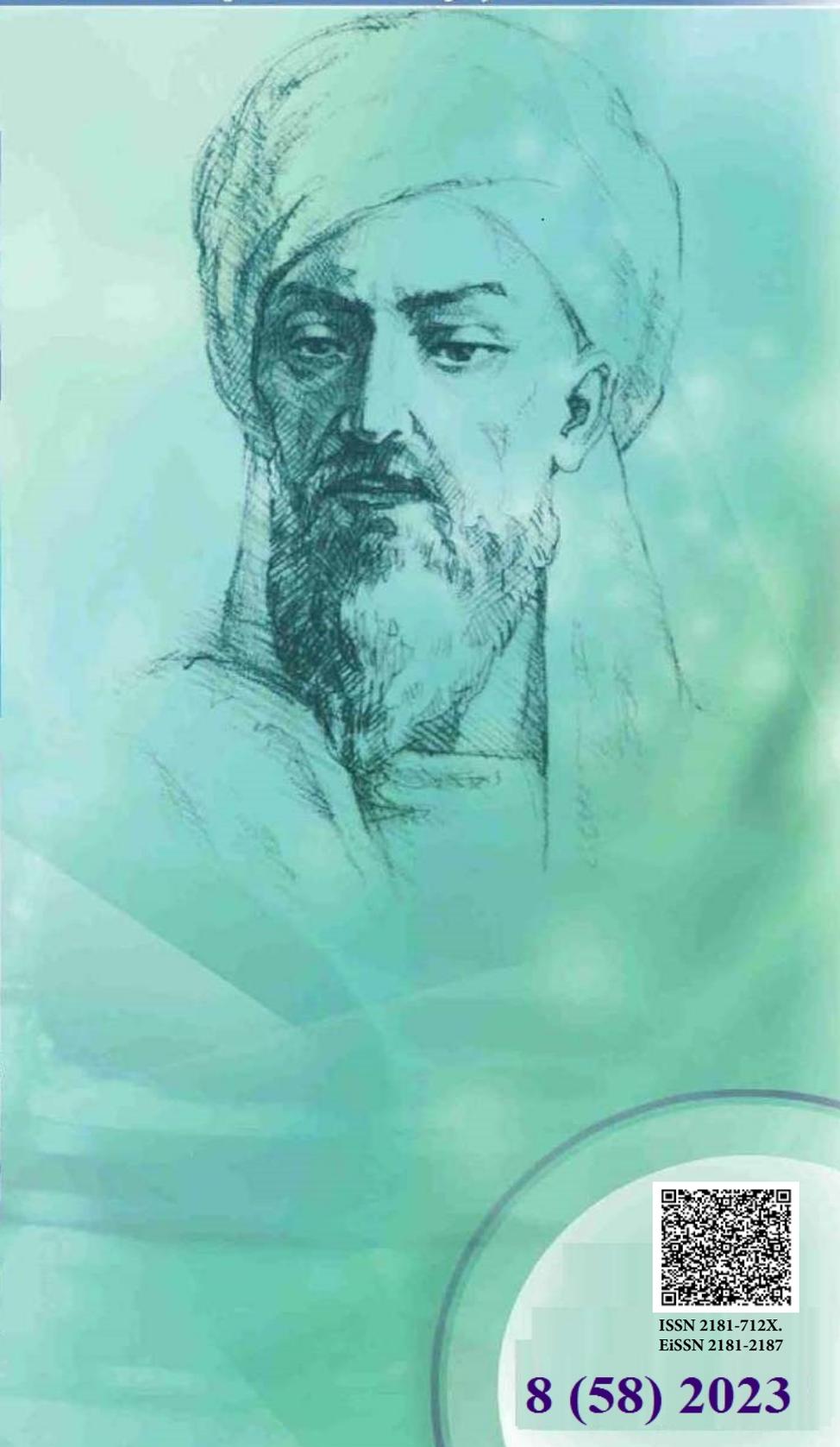
**New Day in Medicine**  
**Новый День в Медицине**

**NDM**



# **TIBBIYOTDA YANGI KUN**

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



**AVICENNA-MED.UZ**



ISSN 2181-712X.  
EiSSN 2181-2187

**8 (58) 2023**

**Сопредседатели редакционной коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,  
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

*Ред. коллегия:*

М.И. АБДУЛЛАЕВ  
А.А. АБДУМАЖИДОВ  
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ  
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ  
Л.М. АБДУЛЛАЕВА  
М.М. АКБАРОВ  
Х.А. АКИЛОВ  
М.М. АЛИЕВ  
С.Ж. АМИНОВ  
Ш.Э. АМОНОВ  
Ш.М. АХМЕДОВ  
Ю.М. АХМЕДОВ  
Т.А. АСКАРОВ  
М.А. АРТИКОВА  
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)  
Е.А. БЕРДИЕВ  
Б.Т. БУЗРУКОВ  
Р.К. ДАДАБАЕВА  
М.Н. ДАМИНОВА  
К.А. ДЕХКОНОВ  
Э.С. ДЖУМАБАЕВ  
Н.Н. ЗОЛотова  
А.Ш. ИНОЯТОВ  
С. ИНДАМИНОВ  
А.И. ИСКАНДАРОВ  
С.И. ИСМОИЛОВ  
Э.Э. КОБИЛОВ  
Д.М. МУСАЕВА  
Т.С. МУСАЕВ  
Ф.Г. НАЗИРОВ  
Н.А. НУРАЛИЕВА  
Б.Т. РАХИМОВ  
Х.А. РАСУЛОВ  
Ш.И. РУЗИЕВ  
С.А. РУЗИБОВЕВ  
С.А. ГАФФОРОВ  
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)  
Ж.Б. САТТАРОВ  
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)  
И.А. САТИВАЛДИЕВА  
Д.И. ТУКСАНОВА  
М.М. ТАДЖИЕВ  
А.Ж. ХАМРАЕВ  
А.М. ШАМСИЕВ  
А.К. ШАДМАНОВ  
Н.Ж. ЭРМАТОВ  
Б.Б. ЕРГАШЕВ  
Н.Ш. ЕРГАШЕВ  
И.Р. ЮЛДАШЕВ  
Д.Х. ЮЛДАШЕВА  
А.С. ЮСУПОВ  
М.Ш. ХАКИМОВ  
Д.О. ИВАНОВ (Россия)  
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)  
DONG JINCHENG (Китай)  
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)  
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)  
В.А. МИТИШ (Россия)  
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)  
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)  
А.А. ПОТАПОВ (Россия)  
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)  
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)  
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)  
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)  
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

[www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)

<https://newdaymedicine.com>

E: [ndmuz@mail.ru](mailto:ndmuz@mail.ru)

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН  
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ  
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал  
Научно-реферативный,  
духовно-просветительский журнал*

**УЧРЕДИТЕЛИ:**

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский  
исследовательский центр хирургии имени  
А.В. Вишневского является генеральным  
научно-практическим  
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных  
изданий, рецензируемых Высшей  
Аттестационной Комиссией  
Республики Узбекистан  
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)  
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)  
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)  
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)  
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)  
У.К. КАЮМОВ (Ташкент)  
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)  
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)  
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)  
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)  
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

**8 (58)**

**2023**

*август*

Received: 20.07.2023, Accepted: 05.08.2023, Published: 10.08.2023.

УДК 616.71-007.234:615.8

## ОСОБЕННОСТИ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ДОРСОПАТИИ С КОМОРБИДНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ

Рахматова Санобар Низамовна <https://orcid.org/0009-0009-5082-5450>

Уринов Мусо Болтаевич <https://orcid.org/0009-0007-1852-5744>

Усманов Мехриддин Мухиддинович <https://orcid.org/0009-0002-9479-9863>

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан, г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

### ✓ Резюме

*О значении упомянутых факторов в развитии коморбидности свидетельствует, и тенденция к нарастанию частоты встречаемости данной сочетанной патологии в последние годы среди женщин. Известно, что как дорсопатии, так и ЖКТ традиционно чаще встречаются среди мужчин. Ранее было показано, что число сочетанных заболеваний существенно повышается с возрастом, коморбидность повышается с 10 % в возрасте до 19 лет, до 80 % у лиц 50 лет и старше.*

**Ключевые слова:** Коморбидность, ЖКТ. Женщины.

## КОМОРБИД КАСАЛЛИКЛАР БИЛАН ДОРСОПАТИЯНИНГ ПАЙДО БЎЛИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Рахматова Санобар Низамовна <https://orcid.org/0009-0009-5082-5450>

Ўринов Мусо Болтаевич <https://orcid.org/0009-0007-1852-5744>

Усманов Мехриддин Мухиддинович <https://orcid.org/0009-0002-9479-9863>

Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш., А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

### ✓ Резюме

*Ушбу омилларнинг коморбидлик ривожланишидаги аҳамияти сўнгги йилларда аёллар орасида ушбу комбинацияланган патологиянинг пайдо бўлиш частотасини ошириш тенденциясидан ҳам далолат беради. Маълумки, дорсопатия ҳам, ошқозон-ичак тракти ҳам анъанавий равишда эркалар орасида кенг тарқалган. Илгари, комбинацияланган касалликлар сони ёшга қараб сезиларли даражада ошиши, коморбидлик 10 ёшдан 19 ёшгача, 80 ёш ва ундан катта одамларда 50% гача ошиши кўрсатилган еди.*

**Калит сўзлар:** Коморбидлик, ошқозон-ичак тракти, аёллар.

## FEATURES OF THE OCCURRENCE OF DORSOPATHY WITH COMORBID CONDITIONS

Rakhmatova Sanobar Nizamovna <https://orcid.org/0009-0009-5082-5450>

Urinov Muso Boltaevich <https://orcid.org/0009-0007-1852-5744>

Usmanov Mehrididin Mukhiddinovich <https://orcid.org/0009-0002-9479-9863>

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina Uzbekistan Bukhara, A.Navoi st. 1 Tel: +998(65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

### ✓ Resume

*The importance of these factors in the development of comorbidity is also evidenced by the tendency to increase the frequency of occurrence of this combined pathology in recent years among women. It is known that both dorsopathy and gastrointestinal tract are traditionally more common among men. Previously, it was shown that the number of combined diseases increases significantly with age, comorbidity increases from 10% under the age of 19 years, to 80% in people 50 years and older.*

**Key words:** Comorbidity, gastrointestinal tract. women.

## Актуальность

В современной клинике отмечается рост сочетанной патологии, которая существенно влияет на течение и исход заболеваний [1, 3,8,9,10]. В настоящее время сочетанная патология чаще рассматривается в рамках понятия коморбидности. Коморбидность определяется как сочетание у одного больного двух и/или более синдромов или заболеваний, патогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени у одного пациента вне зависимости от активности каждого из них [1]. Среди лиц с коморбидностью отмечаются более высокие показатели смертности, более высокий риск госпитализации, более низкое качество жизни и сниженные функциональные возможности [8; 9]. В связи с чем повышается значение разработки новых медицинских технологий по диагностике, лечению и реабилитации пациентов с коморбидными состояниями [1]. Для чего необходимо изучения особенностей их формирования, в частности динамики встречаемости, зависимости от возраста, пола и других составляющих.

Одним из наиболее частых в клиническом отношении сочетаний хронических неинфекционных заболеваний является дорсопатия позвоночника, и патология верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Дорсопатия позвоночника является широко распространенной неинфекционной патологией костно-мышечной системы и соединительной ткани, одной из причин инвалидности и поводом обращения за медицинской помощью [7]. В последние годы отмечается также рост заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта, распространенность которых среди взрослого населения составляет до 40 % [2]. Дорсопатии и заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта имеют общие патогенетические механизмы, одним из которых является нарушение нейрогуморальной регуляции, связанное с дисбалансом вегетативной нервной системы [5]. Общность патогенетических механизмов повышает вероятность развития данной коморбидности.

В связи с изложенным, изучение особенностей формирования дорсопатии позвоночника сочетанной с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта является обоснованным и актуальным.

У больных с БНС также изучались коморбидные заболевания. Среди больных с БНС сопутствующие заболевания имел 80,0% пациентов, из них значительная доля обследованных пациентов имела 3 и более различных сопутствующих патологических состояний. Среднее число сопутствующих заболеваний на одного госпитализированного пациента составило  $3,6 \pm 0,9$ . Нами установлена зависимость среднего числа сопутствующих заболеваний среди больных с дорсопатиями от пола и от возраста пациентов.

Причем нужно отметить, что среди пациентов с БНС процент больных с коморбидным фоном был выше как в целом, так и по отдельным нозологиям. При исследовании корреляций между тем или иным заболеванием и характеристик БНС тесных связей не выявлено. Как и предполагалось, с возрастом пациентов спектр сопутствующих заболеваний увеличивался, и у таких больных был более выражен и по интенсивности, и по длительности болевой синдром, были частые обострения и сроки лечения также были длительными.

Обращает на себя внимание существенное повышение частоты встречаемости сочетания дорсопатий с ЖКТ во временном интервале с 2018–2020 гг. по сравнению со всеми предыдущими периодами. Данные изменения выявлены как среди мужчин, так и женщин. У мужчин данная коморбидность в период с 2018 по 2020 гг. возросла по сравнению с 1-м; 2-м и 3-м периодами (в 4,2 раза; 13,2 раза и в 9,9 раз соответственно). У женщин, по сравнению с мужчинами отмечалась более выраженный в 1,7–2 раза, рост этой сочетанной патологии. У них ее частота в интервале с 2018 по 2020 гг. возросла по сравнению с 1-м; 2-м и 3-м периодами (в 7,4 раза; 27 раз и в 13,5 раза соответственно).

Среди пациентов мужского пола среднее число сопутствующих заболеваний увеличивалось с  $1,3 \pm 0,2$  заболевания на 1 больного в возрасте 18 – 40 лет до  $2,1 \pm 0,4$  – в возрасте 50 лет и старше. Среди больных женского пола также отмечена тенденция увеличения среднего числа коморбидной патологии – с  $2,6 \pm 0,5$  в возрасте 18 – 40 лет до  $3,8 \pm 0,7$  в возрасте более 50 лет.

У женщин чаще встречались коморбидные состояния, спектр заболеваний был шире по сравнению с мужчинами. Степень коморбидности (Индекс коморбидности Чарлсона, баллы) (ИК) у женщин была очень значимой - средняя и высокая степень коморбидного индекса вместе составила 82,6% (таб 1, рис.1)

**Таблица 1. Коморбидные заболевания у пациентов с БНС**

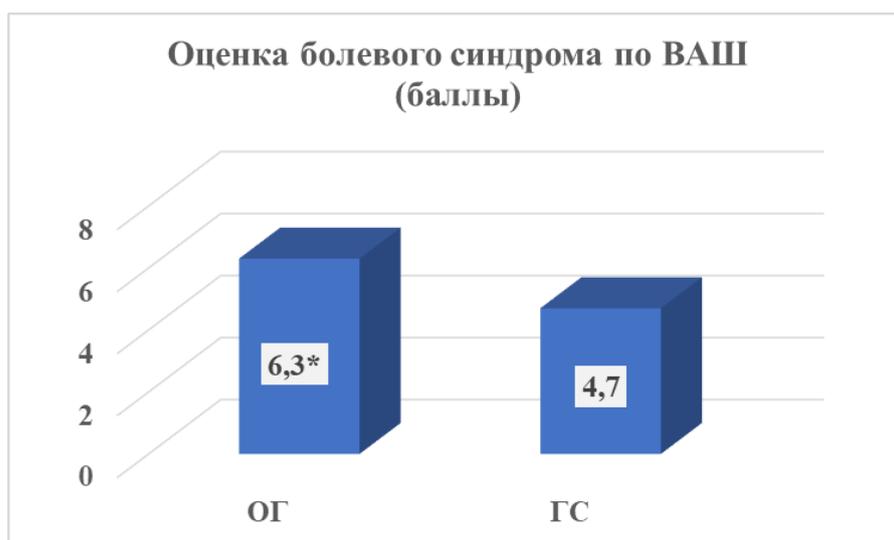
Коморбидные заболевания	ОГ		ГС		всего	
	абс	%	абс	%	абс	%
Гипертоническая болезнь	22	31,9%	12	21,4%	34	27,2%
ИБС	14	20,3%	8	14,3%	22	17,6%
Цереброваскулярная патология	35	50,7%	21	37,5%	56	44,8%
Метаболический синдром	48	69,6%	23	41,1%	71	56,8%
Сахарный диабет 2 типа	18	26,1%	12	21,4%	30	24,0%
ХОБЛ	12	17,4%	18	32,1%	30	24,0%
Болезни ЖКТ	41	59,4%	37	66,1%	78	62,4%
Болезни мочеполовой системы	18	26,1%	11	19,6%	29	23,2%



**Рисунок 1. Индекс Чарлсона**

Таким образом, в различные временные интервалы, как среди мужчин, так и среди женщин высокая частота встречаемости дорсопатий, сочетанных с ЖКТ формировалась за счет возрастной группы 40–59 лет.

Клинический симптомокомплекс обследуемых пациентов был представлен: болевым синдромом, умеренными двигательными нарушениями соответствующего миотома, выпадением или снижением проприорефлекса, чувствительными расстройствами преимущественно по типу выпадения в соответствующем дерматоме, наличием положительных симптомов натяжения.



**Рисунок 2. Показатели уровня боли по ВАШ в баллах у пациентов с БНС**

Наиболее часто встречающейся жалобой всех обследованных больных была боль, локализуемая в пояснице или ягодице с иррадиацией в нижнюю конечность, которая усиливалась при движениях в поясничном отделе позвоночника, статической нагрузке на позвоночник или нижние конечности. Для объективизации степени выраженности болевого синдрома с целью выявления межгрупповых различий и возможности оценки динамики болевого синдрома использовалась цифровая визуальная шкала боли ВАШ, позволяющая количественно выразить интенсивность болевого синдрома.

Характер боли у лиц женского пола (основная группа-ОГ) был более выражен по сравнению с группой сравнения (ГС) по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) боли 6,3 и 4,7 баллов соответственно, невропатический характер боли исследовался по шкале DN4 – результаты по данной шкале в ОГ были 16,1 балла, а в ГС -9,3 балла ( $p<0,05$ ). (рис.2).

**Таблица 2. Характеристики боли в зависимости от наличия коморбидной патологии, (M±σ).**

ОГ				
Коморбидные заболевания	возраст (лет)	ВАШ (баллы)	длительность заболевания (дни)	рецидив, %
одно	32,1±4,7	4,1±0,7	5,1±1,2	16,2%
два	44,8±2,1	5,4±1,1	7,2±0,9	28,3%
больше двух	62,7±3,4	6,2±0,5	9,7±0,7	38,2%
ГС				
Коморбидные заболевания	возраст (лет)	ВАШ (баллы)	длительность заболевания (дни)	рецидив, n/%
одно	36,7±2,4	3,8±0,6	4,8±1,3	12,30%
два	49,1±1,8	4,7±1,4	6,5±0,9	24,70%
больше двух	68,5±1,8	5,9±1,1	7,3±0,8	31,50%

По таблице-2. видно, что с возрастом пациентов спектр сопутствующих заболеваний увеличивался, и у таких больных был более выражен и по интенсивности, и по длительности болевой синдром, были частые обострения и сроки лечения также были длительными. У женщин эти показатели были более выражены.

В ОГ боль была локальная без иррадиации в 13,0% случаях, в ГС в 21,4% случаях. В ОГ больше в бедро 18(26,1%) и голень 25(36,2%), в ГС в паховую область 9(16,1%), в ягодичную область 12(21,4%) и в голень 14(25%) (таб.3).

В группе женщин боль была по количественной оценке (ВАШ) боле выраженной, коррелировала с коморбидным индексом, давностью заболевания, иррадиация была чаще в бедро и голень. Боль в большинстве случаев снималась таблетированными или инъекционными НПВС, реже принимались курсы терапии и ИРТ. Но достаточно большой процент пациентов и в ОГ, и в ГС отмечали плохую эффективность традиционного лечения. Боль становилась хронической.

**Таблица 3. Иррадиация боли**

Иррадиация боли	ОГ		ГС	
	абс	%	абс	%
Пояснично-крестцовая область без иррадиации	9	13,0%	12	21,4%
Пояснично-крестцовая область с иррадиацией :				
Паховая область	8	11,6%	9	16,1%
Ягодичная область	12	17,4%	12	21,4%
Бедро	18	26,1%	5	8,9%
Голень	25	36,2%	14	25,0%
Стопа	11	15,9%	8	14,3%

**Таблица-4**

**Частота встречаемости сочетания дорсопатии и болезней верхних отделов желудочно-кишечного тракта у пациентов в разные годы госпитализации в зависимости от возраста (% ± sp)**

Годы госпитализации	возраст	18-44	45-59	60-74	
		1	2	3	
2018-2020	Женщина	1,0 ± 0,4	1,7 ± 0,3	0,4 ± 0,2	2-3 = 0,007
	Мужчина	0,3 ± 0,2	0,9 ± 0,2	0,3 ± 0,1	2-3 = 0,04
2021-2022	Женщина	1,3 ± 0,4	2,7 ± 0,4	0,5 ± 0,2	2-3 < 0,0001
	Мужчина	0,5 ± 0,3	1,7 ± 0,3	0,9 ± 0,2	1-2 = 0,03; 2-3 = 0,04
2022-2023	Женщина	12,8 ± 2,7	18,7 ± 2,1	14,5 ± 1,9	
	Мужчина	8,7 ± 2,0	13,3 ± 1,2	21,9 ± 1,6	2-3 < 0,0001

Можно было бы предположить, что увеличение данной коморбидности связано с применением современных методов диагностики, однако проведенное нами исследование было осуществлено в одной клинике, при участии одних и тех же врачей, без существенной изменений диагностической базы. Поэтому полученные результаты отражают объективную клиническую реальность, которая характеризуется высокими показателями полиморбидности и их интенсивным увеличением. Нельзя исключить и объективный рост заболеваемости, связанный с повышением уровня социально – обусловленного психоэмоционального стресса среди населения [6]. Как дорсопатии, так и ЖКТ имеют факторы риска и патогенетические механизмы, связанные с повышением уровня психоэмоционального стресса и последующим нарушением функций основных регуляторных систем организма (центральной, вегетативной нервной, эндокринной систем), что влечет за собой нарушение регуляции сосудистого и мышечного тонуса и обменных процессов [4;5]. Кроме того, необходимо учитывать и влияние других традиционных факторов риска (гиподинамии; нерационального питания с увеличением потребления насыщенных жиров, рафинированных углеводов, недостаточным употреблением микронутриентов и т.д.), способных оказывать неблагоприятное влияние на метаболические процессы организма и развитие сочетанной патологии. О значении упомянутых факторов в

развитии коморбидности свидетельствует, и тенденция к нарастанию частоты встречаемости данной сочетанной патологии в последние годы среди женщин. Известно, что как дорсопатии, так и ЖКТ традиционно чаще встречаются среди мужчин [3]. Ранее было показано, что число сочетанных заболеваний существенно повышается с возрастом, коморбидность повышается с 10 % в возрасте до 19 лет, до 80 % у лиц 50 лет и старше. При этом число хронических заболеваний варьирует от 2,8 у молодых пациентов до 6,4 и выше у лиц старших возрастных групп [8]. Вместе с тем, в нашем исследовании выявлено повышение частоты встречаемости дорсопатий, сочетанных с ЖКТ среди лиц среднего трудоспособного возраста (40–59 лет). И лишь в последние годы среди женщин частота встречаемости была выше в старшей возрастной группе 50 лет и более. Полученные результаты также указывают на возможное значение внешних факторов, связанных с профессиональной и социальной деятельностью обследованных лиц, возможным развитием психоэмоционального стресса, что требует дальнейших целенаправленных исследований для уточнения общих патогенетических механизмов развития данной сочетанной патологии и разработки мероприятий по ее первичной и вторичной профилактике, лечению и реабилитации, учитывая необходимость восстановления и поддержания здоровья трудоспособного населения страны.

Встречаемость дорсопатий с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта в целом, независимо от возраста была выше среди женщин, чем среди мужчин за исключением возрастной группы 60 лет и старше. Наиболее высокая частота встречаемости, данной коморбидности выявлена в возрастной группе 40–59 лет, лиц трудоспособного возраста за исключением временного интервала, когда среди женщин наибольшая частота встречаемости данной патологии была выявлена в возрастной группе 50 лет и старше. Выявленные особенности динамики частоты встречаемости данной сочетанной патологии и зависимости от возраста и пола требуют дальнейших углубленных исследований для изучения общих патогенетических механизмов ее формирования с целью разработки мероприятий по первичной и вторичной профилактике, лечению и реабилитации.

#### СПИСОК ЛИТИРАУТРЫ:

1. Аверченкова А.А. Клинико-психологический и нейрофизиологический профиль пациентов с хронической люмбагией / А.А. Аверченкова, В.А. Парфенов // Российский журнал боли. 2015;1(44):59.
2. Алтунбаев Р.А. Боль в спине: наиболее общие принципы классификации, диагностики и терапии / Р.А. Алтунбаев, О.С. Хайрутдинова // Неврологический вестник. 2014;XL/VI(4):37-43.
3. Аухадеев Э.И. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (рекомендованная ВОЗ) - новый этап в развитии реабилитологии / Э.И. Аухадеев // Казанский медицинский журнал. 2007;88(1):5-9.
4. Аухадеев Э.И. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: учеб.-метод. пособие / Э.И. Аухадеев, Р.А. Бодрова, И.В. Тихонов.-Казань: //КГМА, 2014;226.
5. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / А.Н. Белова; под ред. А. Н. Беловой, О. И. Щепетовой. - /М.: Антидор, 2002;440.
6. Бодрова Р.А. Активная медицинская реабилитация больных с травматической болезнью спинного мозга: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук / Р.А. Бодрова. - /Москва, 2017;48.
7. Буйлова Т.В. Международная классификация функционирования как ключ к пониманию философии реабилитации / Т.В. Буйлова // Медиаль. 2013;2(7):26-31.
8. Вакуленко С.В. Роль базовых физических качеств в формировании дорсопатий и связанных с ними болевых синдромов / С.В. Вакуленко, М.А. Еремушкин, Ю.И. Колягин, Е.И. Чесникова // Российский медицинский журнал. 2017;25(13):950-953.
9. Васенина, Е.Е. Боль в спине: базисная и дифференцированная терапия / Е.Е. Васенина, О.С. Левин // Лечащий врач. 2014;4:2-8.
10. Васильев А.С. Комплексный подход к ведению пациентов с болями в нижней части спины / А.С. Васильев, В.В. Васильева // Кремлевская медицина. 2009;4:50-53.
11. Власов А.А. ДиаДЭНС-ПК при остеоартрозе коленных суставов / А.А. Власов, Е.Ю. Кадочникова, О.М. Лесняк // Уральский медицинский журнал. 2009;2(56):27-31.

12. Воробьева О.В. Алгоритм диагностики и лечения боли в спине / О.В. Воробьева //Русский медицинский журнал. 2013;36:18-40.
13. Гнездилов А.В. Этапная терапия боли и электрофизиологический контроль ее эффективности у больных с патологией шейного отдела позвоночника / А.В. Гнездилов, О.И. Загоруйко, А.В. Сыроевигин, Л.А. Медведева // Российский журнал боли. 2011;2/3:58-59.
14. Голик В.А. Использование международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в экспертной неврологической практике / В.А. Голик, Е.Н. Мороз, С.А. Погорелова // Международный неврологический журн. – 2011;5(43):104-110.
15. Гончаров Д.И. Лечение боли пояснично-крестцовой локализации / Д.И. Гончаров, О.И. Загоруйко, А.В. Гнездилов, Л.А. Медведева // Российский журнал боли. 2015;1(44):63-64.
16. Дадашева М.Н. Ведение пациентов с болью в спине: рекомендации по диагностике и лечению / М.Н. Дадашева, Б.В. Агафонов // Российский медицинский журнал. Неврология. 2016;24:1613-1616.
17. Дамулин И.В. Боли в спине: диагностические и терапевтические аспекты / И.В. Дамулин. - М.: РКИ Соверо пресс, 2007;40.
18. Данилов А.Б. Боль в нижней части спины: диагностика и лечение / А.Б. Данилов, И.Г. Подымова // Справочник поликлинического врача. 2014;11:3-6.
19. Дубинина Т.В. Боль в нижней части спины: распространенность, причины, диагностика, лечение / Т.В. Дубинина, М.С. Елисеев // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2011;1:22-26.
20. Епифанов В.А. Восстановительная медицина: учебник / В.А. Епифанов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012;304.
21. Kakhorovna S.N. (2022). Features of neurorehabilitation itself depending on the pathogenetic course of repeated strokes, localization of the stroke focus and the structure of neurological deficit. 2020.
22. Qahharovna S.N. (2023). Thromboocclusive Lesions of the Bronchocephalic Arteries: Treatment Options and Phytotherapy Options. //American Journal of Science and Learning for Development 2023;2(2):41-46.
23. Salomova, N.K. (2022). Risk factors for recurrent stroke. //Polish journal of science 2022;52:33-35.
24. Salomova N.K. (2023). Kaita ischemic insultlarini klinik potogenitic hususiyatlarini aniklash. //Innovations in Technology and Science Education, 2023;2(8):1255-1264.
25. Salomova N.K. (2021). Features of the course and clinical and pathogenetic characteristics of primary and recurrent strokes. //Central Asian Journal of Medical and Natural Science, 2021;249-253.
26. Rakhmatova S.N., Salomova N.K. (2021). Kaita Takrorlanuvchi Ischemic Va Hemorrhagic Stroke Bemorlarni Erta Rehabilitation Kilishni Optimallashtirish. //Journal Of Neurology And Neurosurgical Research, 2021;2(4).
27. Salomova N. K. (2022). Risk factors for cerebrovascular disease and the beneficial property of unabi in prevention. //Oriental Renaissance: Innovative, Educational, Natural and Social Sciences, 2022;2(2):811-817.
28. Axrorova S.B. (2021). Prevalence and neurological features of diabetic polyneuropathy in type 1 diabetes. //Journal of Neurology and Neurosurgical Research, 2021;2(2).
29. Akhrorova Sh.B. (2021). Diabetic polyneuropathy in type I diabetes mellitus. Journal of Neurology and Neurosurgical Research, (Special 1).20. Ay H., Koroshetz W. et al. Transient ischemic attack with infarction: Aunigie Syndrome? // Ann. Neurol. 2005;57(5):679-686.
30. Rakhmatova D.I. (2022). The effectiveness of neurotrophic therapy of serotonin in ischemic stroke. //Journal of Neurology and Neurosurgical Research, 2022;3(1).
31. Rakhmatova D. I. (2020). Opportunities of acupuncture in treatment of facial nerve neuropathy. //European Journal of Molecular and Clinical Medicine, 2020;7(7):567-572.
32. Gaffarova V.F. (2021). Clinic-eeg correlation somatogenous of conditioned febrile seizures in children. //International Journal of Human Computing Studies, 2021;3(1):114-116.
33. Furqatovna G.V. (2023). Evaluate the Neuropsychological, Clinical-Neurological and Neurophysiological Characteristics of Febrile and Afebrile Seizures. //American Journal of Science and Learning for Development, 2023;2(2):187-192.
34. Zavkiddinovna D.H. (2023). Features of the Course of Cognitive Dysfunction in Patients with Type II Diabetes Mellitus. //American Journal of Science and Learning for Development, 2023;2(3):53-55.
35. Davronova, H. (2023). Cognitive disorders in type 2 diabetes mellitus. //International Bulletin of Applied Science and Technology, 2023;3(5):901-906.

**Поступила 20.07.2023**