

3. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. – 2-е изд. – /СПб, 1995. – Кн.2. – С. 46-52.
4. Тихомиров А.Л. Роль воспаления в пусковых механизмах формирования лейомиомы матки // Охрана здоровья матери и ребенка. Сб. тезисов, М., 2000. – С. 306-307.

5. Раковская И.В. Микоплазмы человека и микоплазменные инфекции (Лекция Часть 1) // Клиническая лабораторная диагностика. – 2005. – № 2. – С. 25-32.

Поступила 04.03. 2019

УДК: 616.711-007.271: 616.8-07-08

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗОМ ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА

²Адамбаев З.И., ¹Киличев И.А.

¹Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской Академии

²Частная неврологическая клиника "Global Med System", г.Ташкент.

✓ Резюме,

Проведена консервативная терапия у 243 больных со стенозом позвоночного канала и выявлена эффективность предложенной терапии по клиническим (по шкалам) и нейрофизиологическим показателям (ЭНМГ и вызванные потенциалы).

Ключевые слова: стеноз позвоночного канала, консервативная терапия, тракционная терапия, электронейромиография, вызванные потенциалы.

УМУРТҚА КАНАЛН СТЕНОЗИ БИЛАН БЕМОРЛАРДА КОНСЕРВАТИВ ДАВОНИ САМАРАДОРЛИГИ

²Адамбаев З.И., ¹Киличев И.А.

¹Ташкент Тиббиёт Академияси Ургенч филиали

²"Global Med System" хусусий неврологик клиникаси, г.Ташкент.

✓ Резюме,

Умуртқа канали стенози билан 243 беморларда консерватив даво ўтказилди. Клиник (шкалалар бўйича) ва нейрофизиологик кўрсаткичларга (ЭНМГ ва чақирилган потенциаллар) асослаб таъсия қилинган консерватив даво самарадорлиги аниқланди.

Калит сўзлар: умуртқа каналнинг стенози, консерватив даво, тракцион терапия, электронейромиография, чақирилган потенциаллар.

EFFICIENCY OF CONSERVATIVE THERAPY IN PATIENTS WITH SPINAL CANAL STENOSIS

²Adambaev Z.I., ¹Kilichev I.A.

¹Urgench branch of the Tashkent Medical Academy

²Private Neurological Clinic "Global Med System".

✓ Resume.

Conservative therapy was performed in 243 patients with spinal stenosis. Revealed the effectiveness of the proposed therapy for clinical (on scales) and neurophysiological indicators (ENMG and evoked potentials).

Keywords: spinal canal stenosis, conservative therapy, traction therapy, electroneuromyography, evoked potentials.

Актуальность

Частота стеноза позвоночного канала (СПК) на поясничном уровне составляет 11,5 случаев на 100 тыс. населения в год [10]. Под стенозирующим процессом позвоночного канала понимают любой патологический процесс, приводящий к сужению его просвета с компрессией нервных структур на любом уровне [2]. Наиболее часто встречающимися поражениями позвоночника, приводящими к стенозу позвоночного канала, являются дегенеративно-дистрофические заболевания [1]. Удельный вес неврологических проявлений дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника составляет 60-95% среди всех заболеваний периферической нервной системы. В общей структуре инвалидности от заболеваний костно-суставной системы дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника составляет 20% [9].

Цель исследования:

Выявить эффективность консервативной терапии у больных со стенозом позвоночного канала.

Материал и методы

Было проведено проспективное наблюдение за 243 больными с вторичным относительным СПК шейной (78 больных) и поясничной (165 больных) локализации, находившихся на лечении в неврологической клинике "Global Med System" за период с 2016-2018 гг. В исследовании применяли: клинко-неврологические, оценку состояния пациентов по шкалам: визуальной аналоговой шкале (ВАШ), Лийдской шкале (LANSS), мышечно-тонического синдрома (МТС), Суммарной клинической шкале балльной оценки вертеброневрологических симптомов (СКШБОВНС) и

Швейцарскую шкалу (SSSS), шкала Бэка; нейрофизиологические исследования: электронейромиография (ЭНМГ), соматосенсорные вызванные потенциалы (ССВП), ВНС-метрия с определением кожно-гальванических вызванных потенциалов (КГВП) и вышние корковые функции, исследуя когнитивные вызванные потенциалы (КВП), КТ и МРТ позвоночника и статистические методы.

Нами была предложена консервативная терапия в виде комплекса лечебных мероприятий - медикаментозный (НПВС, миорелаксанты, витамины группы В, антихолинэстеразные средства, антигипоксиканты в сочетании с метаболическими средствами в сочетании с физиотерапией (с включением тракции позвоночника, электрофореза с лекарственными препаратами вытяжки дынного дерева Папайи и массаж) в строгой последовательности выполнения проводимых процедур. В связи с этим все больные были распределены нами на 6 групп: больные со СПК поясничной локализации (основная группа - ОГ-1 и 3 группы сравнения - ГС-1, ГС-2, ГС-3) и шейной локализации (основная группа - ОГ-2 и группа сравнения - ГС-4). В ОГ1 и ОГ2 применялась фоновая терапия, вытяжение позвоночника и электрофорез (или УЗТ) Карипазима 350 ПЕ, в ГС1 - фоновая терапия и электрофорез (или УЗТ) Карипазима 350 ПЕ, в ГС2 - фоновая терапия и вытяжение позвоночника, ГС3 и ГС4 - фоновая терапия.

Результат и обсуждение

Во всех 6 группах сравнения до лечения клинические (по шкалам) и нейрофизиологические показатели (ЭНМГ и вызванные потенциалы) были сопоставимы и достоверно не отличались друг от друга, что наглядно видно по табличным данным.

В ходе лечения интенсивность боли по шкалам ВАШ и LANSS и показатели ИМС во всех группах достоверно ($p < 0,001$) уменьшилась. Однако, у больных ОГ1 и ОГ2 интенсивность боли по ВАШ была достоверно ($p < 0,001$) ниже, чем у пациентов ГС1, ГС2, ГС3 и ГС4 (табл.1).

Далее мы проанализировали эффективность предложенного нами лечения по шкале SSS и СКШБОВНС. При оценке эффективности считается, что чем меньше баллов по шкале SSS - тем лучше результат лечения. Так, после лечения выявилось, что у пациентов ОГ1 и ОГ2 баллы по шкале SSS были достоверно ($p < 0,05$), ниже, чем у пациентов ГС1, ГС2 и ГС3 и ГС4 (табл.1). В ходе лечения показатели СКШБОВНС во всех группах достоверно ($p < 0,001$) уменьшились. Однако, у больных ОГ1 и ОГ2 эти данные были достоверно ($p < 0,05$) ниже, чем у пациентов ГС1 ($p < 0,05$), ГС2 ($p < 0,05$) и ГС3 ($p < 0,001$), ГС4 ($p < 0,001$) (табл.1).

В опроснике шкале SSS есть данные о наличии у больных нейрогенной преобладающей хромоте (НПХ), измеряемая в метрах. После лечения у больных ОГ1, ОГ2 и ГС1 это расстояние достоверно ($p < 0,05$) увеличилось, а у больных ГС2, ГС3 и ГС4 увеличение расстояния было недостоверное.

В ходе лечения уровень депрессии по шкале Бэка во всех группах уменьшилась: в ОГ1 - достоверно ($p < 0,001$), в ГС1 и ГС2 - достоверно ($p < 0,05$), в ГС3 - недостоверно. Однако, у больных ОГ1 и ОГ2 уровень депрессии по шкале Бэка были достоверно ниже, чем

у пациентов ГС1 ($p < 0,05$), ГС2 ($p < 0,05$) и ГС3 ($p < 0,001$), ГС4 ($p < 0,001$) (табл.1).

Таким образом, как показал сравнительный анализ динамики клинических проявлений, определяемые по шкалам, получены положительные результаты эффективности проводимого лечения во всех группах исследования различной выраженности. Однако, наиболее значимая положительная динамика была выявлена в ОГ1 и ОГ2 больных, получавших базовое лечение с применением тракции позвоночника и электрофореза с препаратами папайи. При отдельном применении этих методов лечения в ГС1 и ГС2 эффективность от проводимой терапии были намного ниже. И самые низкие показатели эффективности лечения были в ГС3 и ГС4.

При ЭНМГ исследовании, проводимых до и после лечения, оценивалась динамика показателя "блок F-волны". После лечения выявилось, что у пациентов ОГ1 и ОГ2 показателя "блок F-волны" были достоверно ($p < 0,001$) ниже, чем до лечения. Также у больных групп сравнения после лечения процент "блок F-волны" в ГС1 и ГС2 был достоверно ($p < 0,05$), а в ГС3 недостоверно ниже, чем до лечения. При сравнении с показателями "блок F-волны" ОГ1 и ОГ2 и групп сравнения после лечения выявилось, что этот показатель был достоверно ($p < 0,05$) ниже, чем у пациентов ГС1, ГС2 и ГС3 и ГС4 (табл.2).

При анализе полученных данных ССВП при СПК поясничного отдела проводимых до и после лечения, оценивалась латентность и амплитуда N22, а также интервал N22-P38. После проведенного лечения было выявлено, что показатели латентности N22 и интервал N22-P38 в подгруппах недостоверно уменьшились, однако, у пациентов ОГ1 группы эти показатели были достоверно ($p < 0,05$) лучше, чем у пациентов ГС3 и недостоверно ниже, чем у пациентов ГС1 и ГС2 групп (табл.2). Показатели амплитуды N22 в подгруппах до и после лечения достоверно не отличались друг от друга, и в то же время изменения показателей амплитуды после лечения имели разнонаправленный и недостоверный характер.

При анализе полученных данных ССВП при СПК шейного отдела проводимых до и после лечения, оценивалась латентность и амплитуда N9 и N13, а также интервал N9-P13. После проведенного лечения было выявлено, что у больных ОГ2 наблюдалось достоверное снижение латентности N9 и N13, укорочение интервала N9-N13 и увеличение амплитуды N9 и N13. У больных же ГС4 после лечения показатели ССВП имели такую же тенденцию, но эти изменения не были достоверными, кроме латентности N13. При сравнении показателей ОГ2 и ГС4 после лечения между собой было выявлено достоверное ($p < 0,001$) снижение латентности N9 и N13 в ОГ2 (табл.3).

При исследовании вегетативной нервной системы, исследуя КГВП, было выявлено, что у наших больных имеет место преобладание повышенной как парасимпатической (амплитуда A1), так и симпатической (амплитуда A2), активности надсегментарных центров. В результате проведенного лечения показатели КГВП у всех больных имели тенденцию к уменьшению как парасимпатического (амплитуда A1), так и симпатического (амплитуда A2) надсегментарного тонуса (табл.2). Однако, в большей степени снижался симпатический тонус, по сравнению с парасимпатическим. При исследовании показателей КГВП в под-

группах было также выявлено уменьшение как парасимпатического, так и симпатического надсегментарного тонуса. Так, снижение парасимпатического тонуса в подгруппах имело различную выраженность, с преобладанием снижения его у больных ГС1. При изучении же показателей симпатического тонуса после лечения было выявлено достоверное снижение симпатического тонуса во всех группах. Причем, более выраженное снижение его отмечалось у больных ОГ1. Однако, при сравнении данных снижения симпатического тонуса между группами после лечения было выявлено достоверное ($p < 0,05$) ее снижение у больных ОГ1 по сравнению с ГС1 и ГС2, и недостоверное снижение с ГС3.

При исследовании данных КВП, проводимых до и после лечения, оценивалась латентность и амплитуда Р300. После лечения во всех группах латентность Р300 достоверно снизилась: в ОГ1 и в ОГ2 ($p < 0,001$), а в ГС1, ГС2, ГС3 и ГС4 ($p < 0,05$). При сравнении показателей латентность Р300 после лечения между группами выявилось, что у пациентов ОГ1 показателя латентности Р300 были достоверно ($p < 0,05$) ниже, чем у пациентов ГС2 и ГС3 и недостоверно ниже, чем у пациентов ГС1 (табл.2). Показатели амплитуды Р300 после лечения у всех больных достоверно увеличились: у больных ОГ1, ОГ2, ГС3 и ГС4 ($p < 0,001$), а в ГС1 и ГС2 ($p < 0,05$). Однако, у больных ОГ1 увеличение амплитуды Р300 после лечения были достоверно больше, чем у больных ГС3 ($p < 0,001$) и ГС2 ($p < 0,05$), и недостоверно больше, чем у больных ГС1. И показатели амплитуды Р300 у больных ОГ2 после лечения достоверно ($p < 0,001$) были больше, чем у больных ГС4 (табл.2).

Таким образом, можно заключить, что предлагаемая нами консервативная терапия СПКПО является эффективным методом лечения, оказывающим благоприятным воздействием на функциональное состояние корешков, спинного и головного мозга в виде: уменьшения % блоков F-волны (улучшение нервно-мышечной проводимости в нервах и конском хвосте), увеличению скорости проведения импульсов по спинному и головному мозгу (снижение латентности N22, N9, N13 и интервалов N22-P38, N9-N13), достоверного снижения симпатического тонуса у больных (по данным КСВП), а также улучшения когнитивных свойств (уменьшение латентности Р300).

Как показал сравнительный анализ динамики эффективности предлагаемой нами консервативной терапии по клиническим и нейрофизиологическим результатам получены положительные результаты во всех группах исследования. Однако, наиболее значимая положительная динамика была выявлена у больных ОГ1 и ОГ2, получавших базовое лечение с применением тракции позвоночника и электрофореза с препаратами папайи. При отдельном применении этих методов лечения в ГС1 (базовое лечение и тракция позвоночника) и ГС2 (базовое лечение и электрофорез с препаратами папайи) эти показатели были намного ниже. И самые низкие показатели эффективности лечения было в ГС3 и ГС4, получавших только медикаментозное лечение и массаж.

В настоящее время в механизмах формирования неврологических нарушений при дегенеративных заболеваниях позвоночника и стенозе позвоночного канала большое внимание уделяется венозному статусу [7]. Расстройства кровоснабжения спинного мозга

и корешков у большинства больных связаны с венозным застоем в спинномозговом канале, который приводит к развитию артериальной гипоксии, так как происходит сброс крови через артериовенозные шунты [5].

Нормализация спинального венозного кровообращения, а также нормализация тонуса вен приводит к полному или частичному восстановлению гемодинамики, что является одним из неоспоримых аспектов терапии неврологических осложнений вертеброгенной патологии [6]. Одним из наиболее эффективных и, наряду с этим распространенным и доступным венотоником, является эуфилин [4].

Учитывая вышеизложенное эффективность предлагаемой нами консервативной терапии при стенозе позвоночного канала можно объяснить правильной последовательностью применяемых физиотерапевтических факторов. По-нашему мнению, проводимое в начале лечения тракционное воздействие на позвоночно-двигательный сегмент приводит к незначительному втягиванию грыжевого выпячивания (за счет "эффекта вакуума") - при грыжах и протрузиях, увеличение спинномозгового пространства, уменьшению компрессии спинномозгового корешка, а также уменьшению компрессии радикуло-медуллярных сосудов. Это в свою очередь приводит к уменьшению отека и восстановлению микроциркуляции в зоне поражения. Восстановление микроциркуляции увеличивает биологическую доступность лекарственных препаратов доставляемых физиотерапевтическими методами (электрофорез с ферментными препаратами) и вводимых энтерально.

Воздействие электрическим током при электрофорезе обладает противовоспалительным, обезболивающим, противоотечным, сосудорасширяющим, миорелаксирующим и секреторным (выработка биологически активных веществ) свойствами [8].

Препарат папайи обладает повышенной протеолитической активностью, в связи с чем, особенно, эффективен при межпозвонковых грыжах размерами более 5 мм и при лечении келоидных рубцов. Дополнительно препарат оказывает мощное противовоспалительное и противоотечное действие за счет расширенного ферментативного состава, способствует регенерации межпозвонковых дисков и хрящевых тканей, улучшает микроциркуляцию в тканях [3].

В конце сеанса лечения, проводимый массаж, усиливает кровообращение, устраняет мышечный дефанс и выравнивает мышечный дисбаланс, уменьшая тем самым болевой синдром. Такое "каскадное" воздействие на ПДС, когда каждый последующий физиотерапевтический фактор усиливает действие предыдущего, позволяет достигать максимального терапевтического эффекта.

Вывод

Таким образом, предложенный нами комплекс лечебных мероприятий - медикаментозный (НПВС, миорелаксанты, витамины группы В, антихолинэстеразные средства, антигипоксанта и метаболический препарат) в сочетании с физиотерапией (с включением тракции позвоночника, электрофореза с лекарственными препаратами вытяжки дынного дерева Папайи и массаж) в строгой последовательности выполнения проводимых процедур является эффектив-

Таблица 1

Динамика клинических показателей по шкалам у больных с СПКв результате лечения (Мѐм)

Клинические показатели по шкалам		ОГ1, n=48 (ФТ+трак+ЭФ)	ГС1, n=39 (ФТ+ЭФ)	ГС2, n=39 (ФТ+трак)	ГС3, n=39 (ФТ)	ОГ2, n=39 (ФТ+трак+ЭФ)	ГС4, n=39 (ФТ)
ВАШ	До лечения	7,0±0,1	6,5±0,1	6,4±0,2	6,6±0,1	6,08±0,2	6,05±0,1
	После лечения	2,3±0,1#	3,4±0,1#*	3,9±0,1#*	4,7±0,1#*	2,1±0,1 #	3,36±0,1#*
Опросник LANSS	До лечения	16,5±0,3	15,4±0,3	15,6±0,4	15,9±0,3	15,69±0,3	15,62±0,3
	После лечения	5,8±0,2#	7,9±0,3#*	9,1±0,2#*	10,8±0,3#*	6,7±0,2 #	9,36±0,2#*
Индекс мышечного синдрома	До лечения	10,9±0,2	10,1±0,2	10,1±0,2	10,4±0,2	10,3±0,3	10,45±0,2
	После лечения	3,9±0,1#	4,6±0,2#°	4,9±0,2#*	5,8±0,2#*	3,9±0,1 #	5,85±0,2#*
Шкала SSS	До лечения	34,4±1,0	34,7±0,9	34,3±1,1	34,7±1,0	31,9±1,0	33,0±0,9
	После в баллах	47,7±1,1#	50,5±1,1#°	50,8±1,3#°	53,4±1,2#°	45,2±1,1 #	50,6±1,1#°
	После в %	38,66%	45,53%	48,1%	53,89%	41,69%	53,33%
НПХ, метры	До лечения	291,2±56,7	330,0±48,3	288,7±74,0	245±92,9	325,5±114,7	270,0±59,4
	После лечения	514,6±65,9*	472,5±44,9*	386,7±85,6	273,1±91,7°	572,7±156,3	342,5±67,1
	После в %	76,71%	43,18%	33,94%	11,47%	75,94%	26,85%
СШВНС	До лечения	10,9±0,2	10,1±0,2	10,1±0,2	10,4±0,2	9,13±0,3	9,15±0,2
	После лечения	3,9±0,1#	4,6±0,2#°	4,9±0,2#°	5,8±0,2#*	5,7±0,2 #	7,15±0,2#*
	После в %	64,22%	54,46%	51,49%	44,23%	37,36%	21,74%
Шкала Бэка	До лечения	12,3±0,6	12,2±0,6	12,4±0,7	12,5±0,6	13,13±0,6	13,0±0,6
	После лечения	8,5±0,3#	10,6±0,6*°	10,7±0,6*°	11,7±0,7*	8,7±0,4 #	11,4±0,6*°
	После в %	30,9%	13,1%	13,71%	6,4%	33,59%	12,3%

ФТ - фоновая терапия, трак - тракционная терапия, ЭФ - электрофорез, НПХ - нейрогенная преходящая хромата.

- $p < 0,001$ до и после лечения внутри группы - $p < 0,05$ до и после лечения внутри группы

* - $p < 0,001$ между ГС1 и ОГ1, ГС2 и ОГ1, ГС3 и ОГ1 после лечения, между ГС4 и ОГ2 после лечения

° - $p < 0,05$ между ГС1 и ОГ1, ГС2 и ОГ1, ГС3 и ОГ1 после лечения, между ГС4 и ОГ2 после лечения

Таблица 2

Динамика показателей ЭНМГ и вызванных потенциалов у больных с СПК в результате лечения (Мѐм)

Клинико-инструментальные показатели		ОГ1, n=48 (ФТ+трак+ЭФ)	ГС1, n=39 (ФТ+ЭФ)	ГС2, n=39 (ФТ+трак)	ГС3, n=39 (ФТ)	ОГ2, n=39 (ФТ+трак+ЭФ)	ГС4, n=39 (ФТ)
ЭНМГ, % бло- ков F волны	До лечения	15,1±1,0	15,2±0,9	14,9±1,0	15,3±1,0	14,6±0,7	15,0±0,8
	После лечения	10,1±0,7#	12,2±0,7*°	12,7±0,8*°	14,2±0,9°	12,7±0,6*	14,0±0,7
КГВП Ампли-туда А1 (мВ)	До лечения	0,6±0,1	2,4±0,4	1,4±0,4	1,2±0,2	0,54±0,1	1,3±0,2
	После лечения	0,6±0,1	2,0±0,3*	1,3±0,3°	1,1±0,2°	0,57±0,1 #	1,2±0,2°
КГВП Ампли-туда А2 (мВ)	До лечения	3,2±0,3	4,1±0,4	4,1±0,6	3,0±0,4	3,46±0,3	3,3±0,5
	После лечения	2,8±0,2	3,6±0,3°	3,7±0,4°	2,9±0,4	3,01±0,2	3,1±0,4
ССВП до лечения	Амплитуда N22	1,2±0,1	1,1±0,1	1,2±0,1	1,1±0,1	Сведения приведены в табл.3	
	Латент. N 22	22,1±0,4	22,4±0,4	22,5±0,3	23,4±0,4		
	N22-P38	18,5±0,3	18,9±0,5	18,1±0,3	18,4±0,4		
ССВП после лечения	Амплитуда N22	1,2±0,1	1,3±0,2	1,2±0,1	1,1±0,1		
	Латент. N 22	21,8±0,4	22,2±0,4	22,1±0,3	23,2±0,4°		
	N22-P38	18,2±0,4	18,6±0,4	17,9±0,3	18,1±0,4		
КВП Р300 латентность	До лечения	359,8±2,0	361,1±2,5	366,6±3,2	364,6±2,3	361,1±1,9	369,1±2,3
	После лечения	347,7±1,8#	350,4±2,3*	354,1±2,9°	354,8±2,3°	349,9±2,0 #	359,8±2,2*°
КВП Р300 амплитуда	До лечения	8,4±0,1	8,2±0,2	7,9±0,2	7,2±0,1	8,3±0,1	7,1±0,1
	После лечения	9,4±0,1#	9,1±0,2*	8,8±0,2*°	8,1±0,1#*	9,3±0,1 #	8,1±0,1#*

ФТ - фоновая терапия, трак - тракционная терапия, ЭФ - электрофорез,

- $p < 0,001$ до и после лечения внутри группы

- $p < 0,05$ до и после лечения внутри группы

* - $p < 0,001$ между ГС1 и ОГ1, ГС2 и ОГ1, ГС3 и ОГ1 после лечения

° - $p < 0,05$ между ГС1 и ОГ1, ГС2 и ОГ1, ГС3 и ОГ1 после лечения

Динамика показателей ССВП у больных с СПКШО в результате лечения (Мѐм)

Клинико-инструментальные показатели		ОГ2, n=39 (ФТ+трак+ЭФ)	ГС4, n=39
ССВП до лечения	Амплитуда N9	2,9±0,1	3,0±0,1
	Латентность N9	10,1±0,1	10,5±0,1
	Амплитуда N13	1,8±0,1	1,9±0,1
	Латентность N13	15,0±0,2	15,3±0,2
	N9-N13	4,9±0,1	4,8±0,1
ССВП после лечения	Амплитуда N9	3,5±0,1•	3,3±0,1
	Латентность N9	9,8±0,1•	10,4±0,1*
	Амплитуда N13	2,2±0,1•	2,0±0,1
	Латентность N13	14,1±0,1#	14,9±0,2•*
	N9-N13	4,3±0,1•	4,5±0,1

ФТ - фоновая терапия, трак - тракционная терапия, ЭФ - электрофорез,

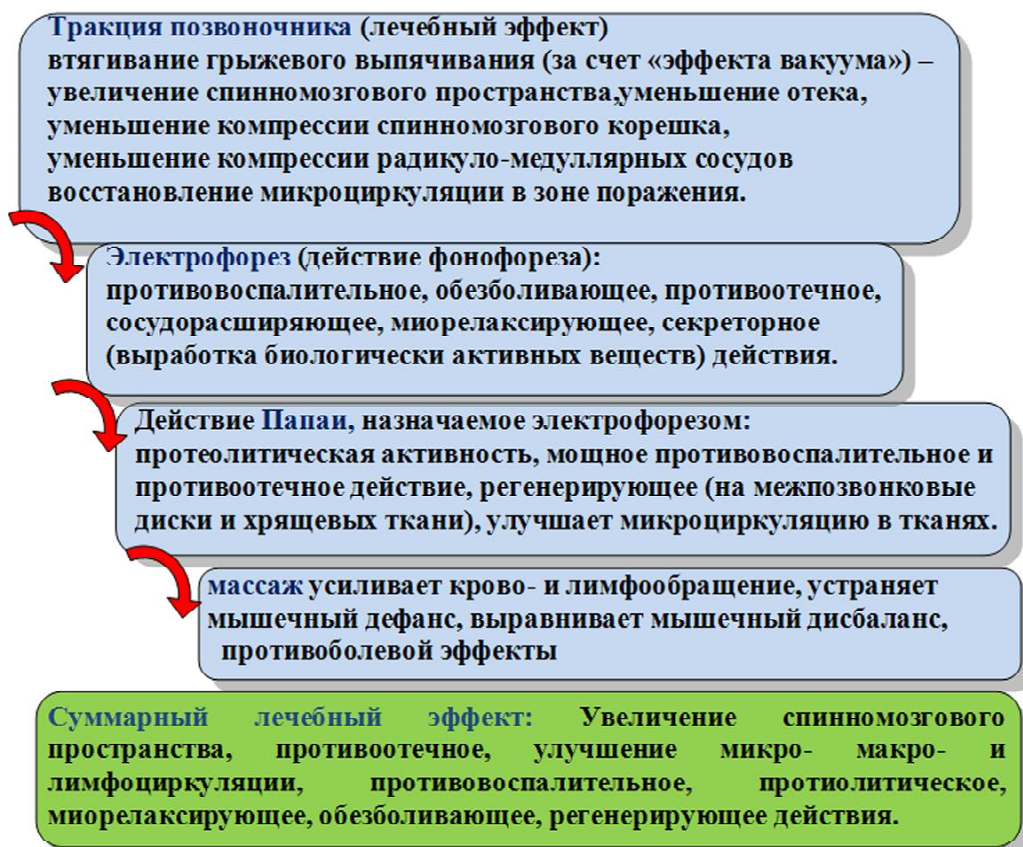
- $p < 0,001$ до и после лечения внутри группы

- $p < 0,05$ до и после лечения внутри группы

* - $p < 0,001$ между ГС4 и ОГ2 после лечения

° - $p < 0,05$ между ГС4 и ОГ2 после лечения

«Каскадный» механизм лечебного действия



ным, патогенетически обоснованным методом в лечении данной категории больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аблязов О.В. Совершенствование методов лучевой диагностики различных вариантов поясничного позвоночного стеноза: /автореф. дис... докт. мед. наук. - Ташкент, 2017. - 60 с.
2. Антипо Л.Э. Стеноз позвоночного канала. - /Воронеж: ИПФ "Воронеж", 2001. - 272 с.
3. Молчановский В.В., Тринитатский Ю.В., Ходарев С.В. Вертеброневрология V. /Фармакологическое лечение больных с неспецифической вертеброневрологической патологией. В 5 ч.- Ростов-на-Дону: Изд-во СКНЦ ВШ ЮФУ, 2014.- 376.
4. Попелянский Я.Ю. Ортопедическая неврология (вертеброневрология) /М.: МЕДпресс-информ, 2003.- 672 с.
5. Скоромец А.А. Лечение поясничных спондилогенных неврологических синдромов / А.А. Скоромец, А.Н. Ахметсафин, Е.Р.

- Баранцевич и др.; под ред. Скоромца А.А. //СПб.: Гиппократ, 2001. - 160 с.
6. Скоромец А.А., Бубнова Е.В., Ендальцева С.М. и др. Пути оптимизации лечения пациентов с дискогенно-венозной люмбосакральной радикуломиелоишемией // Журнал неврологии и психиатрии, 2015.- №6.- С.41-47.
 7. Скоромец А.А., Скоромец А.П., Скоромец Т.А., Тиссен Т.П. Спинальная ангионеврология. Руководство для врачей. Санкт Петербург - /М: МЕДпресс информ, 2003. - 608 с., ил. 149.
 8. Физיותרapia: национальное руководство / под ред. Г.Н.Пономоренко.- М.: ГЭОТАР- Медиа.- 2009.- 864 с.- (Серия- "Национальные руководства").
 9. Berney J. Epidemiologie des canaux lombaires etroits // Neurochirurgie. - 1994. - Vol. 40, N 3. - P. 174-178.
 10. Jacodson R.E., Garagano F.P., Rosomoff H.L. Transverse axial tomography of the spin: Axial anatomy of the normal lumbar spine // J. neurosurg. - 1975. - Vol. 42. - P. 406-411.

Поступила 08.05. 2019

УДК: 616.12-008.

СТАНДАРТ ТЕРАПИЯГА РАЦИОНАЛ ЁНДАШУВ

Адилова Д. Р

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Сурункали юрак этишмовчилиги мавжуд 133та аёлда сурункали юрак этишмовчилиги фармакотерапияси таҳлил қилинди. Таҳлиллар натижасига кўра СЮЕ стандарт давосига қирувчи препаратлар қабули барча беморларда тизимли эмаслиги, дори воситалари тури ва гуруҳи, ҳамда терапевтик дозаси етарли эмаслиги, беморларда комплаентлик пастлиги аниқланди.

Калит сўзлар: Сурункали юрак этишмовчилиги, фармакотерапия, комплаентлик.

РАЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ

Адилова Д. Р.

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ Резюме,

Проанализированы результаты фармакотерапии 133 женщин старшего возраста с хронической сердечной недостаточностью (ХСН). В результате исследования были выявлены, что больные с ХСН не регулярно принимают препараты, включенные в стандартную терапию ХСН, а также определены низкая дозировка препаратов и низкая комплаентность к ним.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, фармакотерапия, комплаентность

RATIONAL APPROACH TO STANDARD THERAPY

D.R. Adizova

Bukhara State Medical Institute.

✓ Resume,

Pharmacotherapy analyzed in 133 older women with chronic heart failure (CHF). The study revealed that patients with heart failure do not regularly took drugs included in the standard treatment of CHF, as well as identify the lowest dosage and low compliance to them.

Keywords: chronic heart failure, pharmacotherapy, compliance

Долзарбליги

Сурункали юрак этишмовчилиги (СЮЕ)-нинг замонавий давоси нафақат унинг симптомларини бартараф этишга, балки унинг юзага келиши, ривожланишини олдини олиш, нишон аъзоларни ҳимоялаш, бемор ҳаёт сифатини яхшилаш, госпитализацияни камайтириш, касаллик оқибатини яхшилаб, ўлим кўрсаткичини пасайтиришга қаратилган [2,8]. Шундай бўлсада ривожланган мамлакатларда охирги уч ўн

йилликда эришилган юрак қон томир тизими касалликларидан ўлимнинг камайганлигига қарамадан, СЮЕдан ўлим ва у туфайли госпитализация сони камайиши кузатилмади [1, 12].

Адабиётларда СЮЕ фармакотерапиясидаги ютуқлар ва клиник амалиётда уларнинг қўлланилиши орасида катта фарқ борлиги кўрсатилган [4,7]. ЭПОХА-ХСН и ЭПОХА-О-ХСН текширувлари СЮЕ билан беморлар давоси стационардан амбулатор босқичга ўтганда салбий томонга ўтиши ҳақида гувоҳлик бера-