

ДОРСОПАТИЯДА СУРУНКАЛИ ОҒРИҚ СИНДРОМИ БЕМОРЛАРНИНГ КЛИНИК ВА НЕВРОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ



Ҳакимова Соҳиба Зиядуллаевна, Ҳамдамова Бахора Комилжоновна, Қодиров Умид Арзиқулович, Музаффарова Наргиза Шухратовна
Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ ПРИ ДОРСОПАТИЯХ

Хакимова Сохиба Зиядуллоевна, Ҳамдамова Бахора Комилжоновна, Қодиров Умид Арзиқулович, Музаффарова Наргиза Шухратовна
Самарқандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарқанд

CLINICAL AND NEUROLOGICAL FEATURES OF PATIENTS WITH CHRONIC PAIN SYNDROME IN DORSOPATHY

Khakimova Sohiba Ziyadullaevna, Hamdamova Bakhora Komiljonovna, Kodirov Umid Arzikulovich, Muzaffarova Nargiza Shuxratovna
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: jalolmedic511@gmail.com

Резюме. Компрессион ва ишемик дорсопатия билан боғлиқ касалликлар катта ёшли беморларнинг 40% ортигини ташкил қилади. Биз дорсопатияни сиқшиш ва ишемик генезли сурункали оғриқ синдроми бўлган 82-та беморни ўрганиб чиқдик. Биз клиник самарадорлик ва оғриқ синдромини баҳолаш учун ЭНМГ ва визуал аналог шкаласидан (ВАШ) фойдаландик.

Калит сўзлар: радикулопатия, дорсопатия, астения, ишиорадикулоалгия, ЭНМГ.

Abstract. Diseases associated with compress and ischemic dorsopathies make up more than 40% of adult patients. We examined 82 patients chronic pain syndrome with dorsopathy compression and ischemic genesis. We used ENMG and visual analogue scale (VAS) to assess clinical effectiveness and pain syndrome.

Key words: radiculopathy, dorsopathy, asthenia, ischioradiculopathy, ENMG.

Долзарблиги. Компрессион-ишемик генезиснинг дорсопатиялари (КИД) мушаклар корсетининг мунтазам равишда узайган статик кучланишига, бир хил турдаги ҳаракатларга, оёқ-қўлларнинг мажбурий ҳолатига, чуқур эгилишларга, шунингдек узоқ вақт тик туришга олиб келадиган ҳаракатлар ёки ўзгармаган ҳолатда ўтириш натижасида ривожланади. Юқоридаги ҳаракатлар дистрофик таъсирланган диск соҳасидаги дисфиксация билан боғлиқ бўлган компрессион-ишемик генезиснинг дастлабки намоён бўлишига олиб келади, унинг толали ҳалқасининг яхлитлиги сақланиши ёки бузилиши мумкин. Таъсирланган диск ҳудудида микроциркуляция қон айланиши бузилган тақдирда, ишемияни кўзғатадиган ва синувтертебрал нерв рецепторларини сиқиб

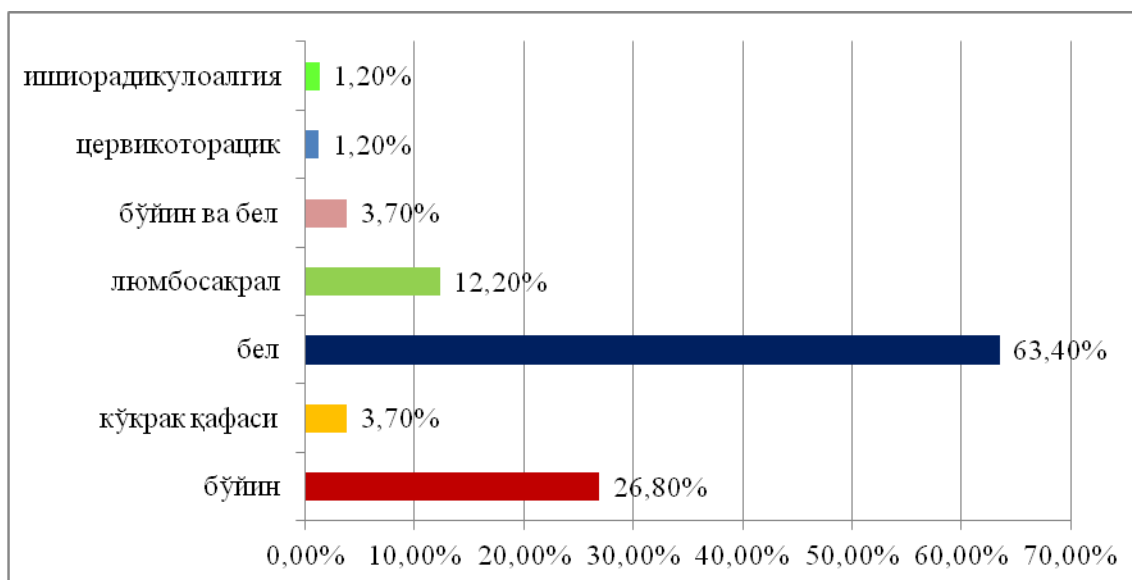
чиқарадиган дискни ўраб турган тўқималарнинг пастозлиги, дисгемия кузатилади.

Тадқиқотнинг мақсади: компрессион-ишемик дорсопатияни келиб чиқиши сурункали оғриқ синдроми бўлган беморларда ЭНМГ текшируви натижаларининг хусусиятларини ўрганиш.

Тадқиқот усули ва материали:

Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси неврология бўлимида дорсопатия билан оғриган 82 нафар беморни текширдик, улардан 46 нафари (56,1%) аёллар ва 36 нафари (43,9%) эркаклар.

Аёлларнинг ўртача ёши 40 ёш, максимал ёши 70, минимал ёши эса 18 ёш эди. Эркакларнинг ўртача ёши 41 ёш, максимал ёши 60, минимал ёши 20 ёш эди.



Расм 1. Беморларда сурункали оғрикни жойлашиши

Барча беморларнинг асосий шикоятлари сурункали оғриқлар бўлиб, локализацияга кўра 22 (26,8%) беморда бўйни, кўкрак қафаси - 3 (3,7%), бел - 52 (63,4%), люмбосакрал - 10 (12, 2%), бўйин ва бел - 3 (3,7%), цервикоторащик-1 (1,2%) умуртка поғонаси ва 1 (1,2%) беморда ишиорадикулоалгия кузатилди.

Баъзи ҳолларда беморларда бошга - 13 (15,8%), қўллар - 11 (13,4%) ва оёқларга - 48 (58,5%) тарқаладиган оғриқ бор эди. Оғрик синдроми ҳар куни давом этди ва давомийлиги 3 ойдан ортиқ.

Бўйин соҳасида 14 бемор (17%) "санчувчи" типдаги оғрикни қайд этди, кўпинча эрталаб бошланади, аксирганда, йўталганда, қўлни кўтарганда ва кулни узоқлаштирганда, бошнинг ўткир ҳаракатлантирганда, оғрик ҳисси пайдо бўлиши кучаяди. Оғрик бўйни соҳасида тўсатдан пайдо бўлиб, билакка - 10 (12,2%) ва кўрак устига - 8 (9,8%) радиация беради. Бармоқларда парестезиянинг характерли ҳисси - 13 (15,9%) ва билак - 6 (7,3%). Умуртка поғонасининг бел соҳасида оғрикнинг табиати тумтоқ - 45 (54,9%) беморларда симмиловчи - 39 (47,6%), ноқулай ҳолатда узоқ вақт давомида турганда - 21 (25,6%), шунингдек, статик зурикишдан кейин - 3 (3,7%).

CV илдизи шикастланган беморларда 2 (2,4%), бу бўйин, елка-камар ва юқори елканинг олд юзаси бўйлаб оғриқлар билан намоён бўлди.

CVI илдизи шикасланишининг ўзига хос белгиси 6 (6,7%) беморларда топилган, бунда оғриқлар елканинг ташқи юзасини, 1, 2 - бармоқларнинг ва билакнинг ташкилатерал юзасини безовта қилган.

CVII илдизининг шикастланиши - 5 (6,1%) беморларда оғрик билакнинг орқа юзаси бўйлаб, қўлнинг 3 ва 4 бармоқларигача узатилган оғриқлар билан бирга келган.

3 беморда (3,7%) CVIII илдизи шикастланиши аниқланди, бу елка ва билакнинг мэдидал юзаси бўйлаб оғрик билан бирга келди.

1 (1,2%) беморда CVIII-Th1 цервикоторащик дорсоалгия ташхиси қўйилган, шикоятлари елка кураклари орасидаги оғриқлар, елка ва билакнинг мэдидал юзасига ва қўл остига чўзилган.

Шунингдек, 1 (1,2%) беморни кўкрак қафасидаги Th8 - Th9 жароҳатлари билан кузатдик, уларнинг шикоятлари белдан то туш суягигача бўлган белбоғсимон оғриғ, елка кураклари орасидаги оғрик, қўлтиқ остигача берилиши.

Шунингдек, 1 (1,2%) беморни кўкрак қафасидаги Th8 - Th9 жароҳатлари билан кузатдик, уларнинг шикоятлари белдан то кўкракгача бўлган белбоғ оғриғи, курак орасидаги оғрик, қўлтиқ ости бўшлиғига берилиш эди.

Оғрикнинг бошланиши бел соҳасида тарқалган, носимметрик тарзда икки томонлама характерга эга бўлиб, кейин маълум соҳага тарқалади. Оғрик 54,9% беморларни безовта қилди. Тўсатдан ҳаракатларни амалга оширишда оғрик - 12 (14,6%), куйдирувчи характерда - 6 (7,3%), "ўқлар шаклида" - 14 (17%), "зарба оқими" каби - 9 (11%) кузатилди. Беморларнинг бир қисмида оғир юк кутарганда оғрик кучайиши - 41 (50%), олдинга эгилганда - 25 - (30,5%), йўталганда - 21 (25,6%), аксирганда - 16 (19,5%). Беморлар тез - тез уйғонишдан шикоят қилган сони - 42 (51,2%), ва уйқусизлик - 67 (81,7%), кейинчалик асаб тизимининг астенизацияси билан, уйқу пайтида ноқулай ҳаракатлар оғрикни келтириб чиқарди ва қулай ҳолатга ўтишга олиб келди.

Икки нафар (2,4%) беморда L1-L3 илдизи соҳасида зарарланиш, уларнинг шикоятлари соннинг ички ва олд юзасида ўткир оғриқлар кузатилди. Бел умуртқаларнинг L4-L5 даражасида

шикастланиши билан - 50 (61%) беморлар соннинг ташқи юзасида, оёқнинг олдинги ташқи юзаси оғригидан шикоят қилишган.

L5-S1 даражасида умуртқа поғоналарининг шикастланиши билан 8 (9,8%) беморлар кузатилган, уларнинг шикоятлари сон ва пастки оёқнинг ташқи орқа четида бел ва думбадан тўпикқа қадар оғриқлар эди. 3-тасида (3,7%) - оғриқ оёқнинг ички четига ва биринчи бармоққа эди, 4-тасида (4,8%) - товонда туриш қийинлиги. Анамнездан касаллик нотўғри бажарилган ҳаракатлар, мушакларнинг статик кучланиши, шунингдек, ўзгармаган ҳолатда узоқ вақт туриш ёки ўтириш натижасида аста-секин бошланган.

Касалликнинг ўртача давомийлиги 4 йил 4 ойни ташкил этди, бу касалликнинг сурункалилигини кўрсатди. Касалликнинг кучайиши йилига бир марта - 6 беморда (7,3%), йилига 2 марта - 48 (58,5%), йилига 3 марта - 28 (34,2%) кузатилди. Қайталанишнинг давомийлиги 10 дан 16 кунгача. Шунинг таъкидлаш керакки, ўрганиш даврида қайталаниш частотаси вақт ўтиши билан аста-секин ўсиб борди ва касалликнинг давомийлиги 16 дан 25 кунгача узоқроқ бўлди. Бундан ташқари қайталаниш интерваллари орасидаги ремиссиялар тўлиқ бўлмаганлигини айтиш керак.

Юкоридаги омилар таҳлили шуни кўрсатди кўпинча (37,8%) оғриқ оғир юк кўтаришдан кейин бошланади; 18,3% ҳолларда оғирликни кўтариш ва совуқотиш омиларининг комбинацияси билан кучайган. Бундан ташқари, 14,6% ҳолларда фақат совуқотиш кузатилган, беморларнинг 2,4% уйку бузилишини қайд этган. Совуқотиш ва стресс каби қўзғатувчи омиларнинг комбинацияси 12,2% ни ташкил этди, оғирликни кўтариш ва стресс - 4,9%, уйку бузилиши ва совуқотиш - 1,2%, шунингдек, 8,5% да нотўғри зуриқиш натижасида кузатилди.

Объектив умумий ҳолати: беморларнинг умумий аҳволи қониқарли, онги равшан, ҳолати пассив, нафас олиш тезлиги дақиқада 16 дан 28 мартагача ўзгариб туради ва ўртача 22, пулс - 65 дан 86 гача, ўртача дақиқада 76 марта, ўртача артериал босим 130/85 мм.ст.рт. Лимфа тугунларининг катталаниши аниқланмаган.

Неврологик ҳолат. Онг аниқ, барча беморларда жой, вақт, вазият ориентация сақланиб қолади. 61 (75%) беморда актив ҳаракатлар оралиғида чеклов аниқланди. Объектив тадқиқот ушбу гуруҳдаги барча беморларда 82 (100%) умуртқа деформациясини аниқлади.

16 беморда (19,5%) буйин умуртқа поғонасининг шикастланиши кузатилди, улардан 14 таси (17%) CVI-CVII даражасида бошни мажбурий ҳолатда ўрнатиш билан бирга келди. Зарарланган юқори қисмларда мушакларнинг кучи 2

балл - 7 бемор (8,5%) ва 3 балл - беш балли тизим билан 9 (11%). 13 (15,9%) ҳолатда икки бошли мушаклари соҳасида гипотензия, шунингдек 3 (3,6%) беморда атрофия кузатилди. CVII-нинг шикастланиши билан елканинг уч бошли мушакларининг атрофияси ва арефлексияси кузатилди.

Гиперлордоз билан беморлар юришдаги ўзгаришларни қайд этдилар: тана орқага эгилган, бўғимларнинг енгил егилиш ҳолатида, бўғимларнинг енгил ёзилиш ҳолатида эди.

Умуртқа поғонаси пастки кўкрак сегментлари зарарланиши беморларда қорин оқ чизиги ва киндик атрофида мушак гипотрофияси аниқланди. 57 беморда (69%) - бел лордознинг текисланиши, 55% - касаллик томонида ёнбош суяги қанотларининг тушиши аниқланди. 43 беморда (52%) юзаки мушакларнинг зўриқиши тик турган ҳолатда ва 34 беморда (41,5%) ётган ҳолатда текширилди. 75 (91%) беморларда паравертебрал соҳаларни палпация қилишда, 41 (50%)-да – паравертебрал мушаклар оғриқ кузатилди. Бир илдизнинг изоляцияланган сиқилиши 7 (8,4%) беморда аниқланган, бирадикуляр синдром - 65 (79,3%), 10 (12,3%) - беморларда икки-тадан ортиқ илдизлар зарарланиши кузатилган. Юришнинг хусусиятлари: сон бўғимларида ҳаддан ташқари чўзилиш ва тўпик бўғимларида ҳаддан ташқари дорсифлексия мавжуд бўлганлиги сабабли гавда бел соҳасида эгилиб, тана орқага ташланади.

Рефлексларни ўрганиш 8 беморда (9,7%) (CV-CVI) уч бошли мушакларидан (9,7%) (CVII-CVIII) ва икки бошли мушакларидан гипорефлексия аниқланган. 2 беморда қорин бўшлиғи рефлексларининг ўртача пасайиши (2,4%), кремастер рефлексларининг гипорефлексияси ҳам кузатилди.

CVI зарарланишлари билан - бўйин ёки биллақдан қўлнинг биринчи бармоғигача бўлган гипестезия кузатилди.

CVII зарарланишлари билан-бўйин ва биллақдан таъсирланган қўлнинг иккинчи ва учинчи бармоқларига гипестезия кузатилди.

Пастки кўкрак умуртқасининг шикастланиши бўлган беморларда киндик атрофида сегментар типдаги гипестезия кузатилди.

Палпация пайтида паравертебрал нукталарда зарарланиш даражасида оғриқ аниқланган. Гипестезия тури бўйича соннинг олд юзаси бўйлаб 2-беморда, 21 - беморда пастки оёқнинг ички юзаси бўйлаб L4 зарарланишини, шунингдек, 29 - беморда невритик турдаги сезгирликнинг бузилиши кузатилди. Соннинг ташқи юзаси L-5 шикастланиши билан кузатилди. Ушбу мушакларда палпация пайтида нейродистрофик ва мушак-тоник шикастланишлар аниқланган.

Жадвал 1. Беморларда асосий неврологик симптомларнинг дуч келиш частотаси

Белгилар	Беморнинг умумий сони (N=82)	
	abc.	%
нейропатик оғриқлар	43	52,4
ВАСХ бўйича оғриқ даражаси	53,3	
оёқга ёки қўлга тарқаладиган оғриқ	23	28
ломбер лордознинг текисланиши	57	69
ёнбош суяк қанотларининг тушиши	45	54,9
тик турган ҳолатда юзаки мушакларининг кучланиши	43	52
ясси ҳолатдаги юзаки мушакларининг кучланиши	34	41,5
қўл ёки оёқдаги заифлик	34	41,5
рефлексларни камайтириш	20	24,4
тендон рефлексларини йўқотиш	10	12,2
таъсирланган илдизнинг иннервацияси зонасида сезувчанликни камайтириш	41	50
таъсирланган илдизнинг иннервацияси зонасида гиперестезия	1	19,5
Ласега ижобий белгиси	41	50
Уйкусизлик	26	31,7
Аллодиния	15	18,3
ЭНМГ	45	54,9
Орка мия рентгенографияси-остеохондроз белгилари (артикуляр ёриқнинг торайиши, чекка остеофитларнинг шаклланиши, сариқ лигамент ва интерстициал лигаментларнинг дегенератив-дистрофик ўзгаришлари).	82	100
MPT ва МСКТ протрузия белгилари ва умуртқалараро дисклар чурраси	23	28

Жадвал 2. Беморларнинг ЭНМГ параметрлари

Нервлар	n. peroneus	n. tibialis
Дистал М-жавоб амплитудаси, MV	2.4±0,7*	3,5±0,6*
F-тўлқинининг яширин даври, ms	56,2±4,1*	54,1±4,0*
F-тўлқинининг амплитудаси, mV	259,9±22,4*	285,2±21,1*
SPI, мотор толалари	28,1±5,4*	29,2±5,1*
SPI, сезгир толалар	23,2±5,4*	24,1±4,8*

* бошқа гуруҳлар билан солиштирганда сезиларли фарқ (p<0,05).

75 - беморда (91%) оёқнинг дорсифлексияси мушаклари кучининг биров пасайиши ёки оёқнинг заифлиги - 34 (41,5%) ва 5 баллик баҳолашда 3 баллини ташкил этди. 32 – беморда (39%) мушак кучи камайди - 3 балл. Тендон рефлексларининг ўзгариши 32 – беморда (39%) пасайиш ва 10 - беморда (12%) йўқотиш характерига эга эди. Оёққа тарқалиши билан белчаноқ дорсопатия билан оғриган беморларда ижобий Ласега симптоми кузатилди - 41 (50%), унинг бурчаги 30-65 ° ораллигида, ўртача 47,4°.

Биз оғриқ даражасини ВАШ (мм) бўйича аниқладик, 30 дан 83 мм гача бўлган, ўртача 53,3. Кўпгина беморларда оғриқ синдроми ўртача даражада, яъни ўртача интенсивлик - ВАШ бўйича 30-59 мм ва 47 (57, 3%) ни ташкил этди, шунга қарамадан, 35 (42,7%) беморда оғриқ синдроми юқори интенсивликда бўлган - 60 дан 83 мм гача ва сезиларли даражада нейропатик характерга эга.

ЭНМГ тадқиқотлар барча ҳолатларда патологик жараёнга сезгир ва восита толаларини

жалб қилишни кўрсатадиган ўзгаришлар аниқланган 68 (82%) беморларда ўтказилди. Импульснинг кечикиш даврида ўсиш, восита ва сезгир нервларда амплитуда пасайиш кузатилди (бу меъёрий кўрсаткичлардан паст эди).

Дистал М-жавобларининг амплитудаси ҳам меъёрий қийматларга нисбатан камайди, бу эса периферик нервларнинг аксонал зарарланишини кўрсатди. Ф-тўлқинининг яширин даври оширилди, Ф-тўлқинининг амплитудаси биров пасайди. Харакатлантирувчи ва сезгир толалар бўйлаб импульс ўтказувчанлиги (ИУТ) тезлигининг пасайиши кузатилди. Олинган барча маълумотлар зарарланишнинг демиелинизациялаш хусусиятидан далолат беради.

Шундай қилиб, беморларни клиник ва неврологик текшириш натижалари шуни кўрсатдики беморларнинг асосий шикоятлари сурункали оғриқлар бўлиб, ҳар куни давом этадиган ва бел оғриғи характерига эга, кўпинча эрталаб бошланади аксириш, йўталиш, қўлни

кўтариш ва тушуриш пайтида кучаяди, бошнинг кескин ҳаракати, бўйин мускулларида қаттиқлик хисси бериш, оёқ-қўлларга тарқалиши кузатилди. Анамнезда нотўғри бажарилган ҳаракатлар, мушакларнинг статик кучланиши, шунингдек, ўзгармаган ҳолатда узоқ вақт туриш ёки ўтириш натижасида ривожланган компрессион-ишемик генезнинг дорсопатияси аниқланди. Беморларда ўткир, баъзи ҳолларда ўткир ости кечиши бор эди. Оғриқнинг бошланиши бел соҳасида тарқалган, носимметрик тарзда икки томонлама характерга эга бўлиб, кейин маълум соҳага тарқалади, бу тўсатдан ҳаракатларни амалга оширишда оғриқ кучаяр эди. Кўпинча оғриқ оғир юкларни кўтариш, совуқотиш, стресс ёки уйқуси бузилишдан кейин бошланади. Объектив текширувда ҳаракатлар чекланганлиги, бел умуртқасининг гиперлордоз, касал томондан ёнбош суяги қанотларининг тушиши, паравертебрал нукталарни пайпаслаганда оғриқ ва паравертебрал мушакларнинг дефансии аниқланган. Оёқнинг дорсифлексия мускуллари кучининг бироз пасайиши, қўл ёки оёқнинг кучсизлиги, зарарланган оёқ-қўлларда гипореклексия ёки арефлексия ва Ласег симптоми мусбат кузатилди. Сезувчанлик гиперестезия, уйқусизлик ва аллодиния билан намоён бўлади. ВАШ (мм) бўйича оғриқ даражаси ўртача 53,3-ни ташкил этди, бу оғриқнинг юқори интенсивлигини кўрсатади. ЭНМГ маълумотлари зарарланишнинг демиелинизациялаш хусусиятидан далолат беради.

Адабиётлар:

1. Khakimova S.Z., Atokhodjaeva D.A., Namrokulova F.M. Research Of Motor Function In Patients With Chronic Pain Syndrome At Radiculopathies Of Different Genesis // The American Journal of Applied Sciences October 20, 2020 | Pages: 14-21
2. Mulleman D., Mammou S., Griffoul I., Watier H., Goupille P.(2006). Pathophysiology of disk-related sciatica. I. - Evidence supporting a chemical component // Joint Bone Spine. — Vol. 73. – P. 151–158.
3. Samiyev A.S. (2020). Medical and Social Rehabilitation of Patients with Vertogenic Cingulate Radiculopathy// International Journal of Trend in Scientific Research and Development. -. ISSN: 2456-6470.- P.70-72.
4. Zelle B.A. (2005). Sacroiliac joint dysfunction: evaluation and management// Clin. J. Pain.- - Vol.21. - P.446-455.
5. Адамбаев З.И. (2008) Вертебронеурология. - Ташкент. С. 46-69.

6. Алдабергенова А.Б., Бирючков М.Ю. (2002) Магнитно-резонансная томография в диагностике остеохондроза поясничного отдела позвоночника // Журнал теоретической и клинической медицины. - 2000. - №3. - С. 107-108.
7. Алексеев В.В. Диагностика и лечение болей в пояснице // Consilium medicum. -. - Т.4, №2. - С. 96-102.
8. Асадуллаев М.М. (2002). Синдром острой боли в вертебронеурологии и его коррекция // Науч.-практич.журн. Неврология. - 2005. - №1 (25). - С. 5-8.
9. Беляков В.В.Электронейромиография в практике мануального терапевта// Мануальная терапия - №4. - С.22-23.
- 10.Асадова Ф.Д., Джурабекова А.Т., Шмырина К.В., Сафарова Э.С. // Клинико-неврологическая симптоматика и лечение поясничных дорсопатий. // «Достижения науки и образования» № 13(54), 2019 - С.125-128 Дривоотинов Б.В., Полякова Т.Д., Панкова М.Д. (2005) Физическая реабилитация при неврологических проявлениях остеохондроза позвоночника // Учеб. пособие. - Минск - 211 с.
- 11.Новосельцев С.В., Вчерашний Д.Б. (2009). Биомеханические нарушения у пациентов с грыжами поясничных дисков и их остеопатическая коррекция // Мануальная терапия - №3 (35). – С. 64–72.
- 12.Самиев А.С. (2020). -Бел соҳаси спондилоген радикулопатияларида реабилитацион тадбирлар// Монография - Самарканд, 104 б.
- 13.Хакимова С.З., Хакимова Г. К. Особенности психопатологических и вегетативных нарушений у больных с хроническим болевым синдромом при радикулопатиях компрессионно-ишемического генеза // Доктор ахборотномаси № 1 (98) - 2021. С 100-102.

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ ПРИ ДОРСОПАТИЯХ

*Хакимова С.З., Хамдамова Б.К., Кодиров У.А.,
Музаффарова Н.Ш.*

Резюме. Заболевания, связанные с компрессионно-ишемическими дорсопатиями составляют более 40% взрослых пациентов. Нами были обследованы 82 пациента с хроническим болевым синдромом при дорсопатии компрессионно-ишемического генеза. Для оценки клинической эффективности и уменьшения болевого синдрома мы использовали ЭНМГ исследование и визуально-аналоговую шкалу (ВАШ).

Ключевые слова: радикулопатия, дорсопатия, астения, ишиорадикулопатия, ЭНМГ.