

ПЕРИФЕРИК АСАБ ТИЗИМИ ПАТОЛОГИЯСИДА ФАРМАКОПУНКТУРА ВА ИГНАТЕРАПИЯНИ БИРГАЛИҚДА ҚЎЛЛАШНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

З.Ф. МАВЛЯНОВА, Ш.Т. НИЁЗОВ, А.Т. ДЖУРАБЕКОВА, Г.Х. УТАГАНОВА,
А.К. БАЗАРОВА

Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

Резюме. Полинейропатия ташхиси билан даволангунгача ва даводан сўнг даво муолажасига игнотерапия ҳамда церебролизин билан фармакопунктура қўлланилган 8 дан 14 ёшгача бўлган беморларнинг клиник-нейрофункционал текшириш натижалари келтирилган. Ўтказилган текширишларнинг таҳлил натижалари, церебролизин дори воситасини биологик фаол нукталарга қилиниши полинейропатиянинг патогенетик қаторига таъсир қилиб, ушбу даво муолажа усули периферик асаб тизими касалликларида энг самарали усул бўлиб ҳисобланиши аниқланди.

Калит сўзлар: периферик нерв системаси, игнарефлексотерапия, самарадорлик.

THE EFFECTIVENESS OF ACUPUNCTURE THERAPY WITH APPLICATION OF THE PHARMACOPUNCTURE PATHOLOGY OF PERIPHERAL NERVOUS SYSTEM

Z.F. MAVLYANOVA, S.T. NIYOZOV, A.T. DJURABEKOVA, G.H.UTAGANOVA,
A.K. BAZAROVA

Samarkand State medical institute, Samarkand

Resume. It has been represented the results of clinical and neuro-functional investigation of 43 sick children at the age from 8 to 14 years old with diagnosis of polyneuropathy before and after treatment with the use of acupuncture and pharmacopuncture with cerebrolisine. The analyses of the results of the performed treatment showed that injection of cerebrolisine in the biologically active points have influence to the pathogenetic parts of the polyneuropathy, this method of treatment is more effective method of treatment of such pathology of the peripheral nerve system.

Key words: peripheral nervous system, acupuncture, efficiency

Долзарблиги. Болалардаги периферик нерв тизимининг инфекцион касалликлари муаммоси бугунги кунда долзарблигича қолмоқда. Ушбу касалликларнинг кўплаб келиб чиқиш сабаблари охиригача ўрганилмаганлиги учун даво чоралари самарадорлиги паст, шу муносабат билан янги даво усуллари ўйлаб топишга тўғри келмоқда. Енгил аниқланувчи, лекин даволаш қийин бўлган ва кўплаб асорат берувчи касалликлардан бири полинейропатиядир.

Полинейропатия - бир вақтнинг ўзида кўплаб периферик нервларнинг зарарланиши, лоқайд фалажлик ва оёқ қўлларнинг дистал қисмида сезгининг бўзилиши, баъзан бош мия нервларининг зарарланиши билан характерланувчи касалликдир.

Полинейропатияни ўрганиш 1816-йилда Гийен, Барре ва Штротлар томонидан ушбу касалликнинг икки марта қайд этилганлиги тўғрисидаги мақолалардан бошланди, мақолада касаллик хавфсиз, ўткир тетрапарез кўринишида намоён бўлиши ва ликвор суюқлигида узлуксиз оксил – хужайра диссоцияцияси билан кечиши батафсил намоён этилган.

Бугунги кунда полинейропатия билан касалланиш 100 мингта аҳолига 1,7 тага тўғри келади. Ўлим курсаткичи ушбу касалликда хали анча юқори (2- 5 % гача), ногиронлик 3% дан 10%гача, меҳнат қобилиятини вақтинча йўқотиш 7% дан 22% гача (4,5).

Ушбу ишнинг мақсади, полинейропатия билан касалланган беморларда иглорефлексотерапия билан биологик фаол нукталарга церебролизинни юбориш даво самарадорлигини баҳолашдан иборатдир.

Текшириш усуллари ва воситалари: 8 ёшдан 14 ёшгача бўлган 43 та полинейропатия билан касалланган беморлар текширилди. Улардан 20 таси – ўғил болалар (46,5%), қизлар- 23 та (53,5%). Беморларни текшириш шiori: 8 дан 14 ёшгача бўлган қатлам; тасдиқланган полинейропатия ташхиси; қуйидаги полинейропатия сабабларининг инкор этилиши: онкологик, ирсийлик, қон тизимли касаллиги. Барча болаларга қуйидаги диагностик текширувлар ўтказилган: невролог кўриги, ЭЭГ, ЭНМГ, умумий қон таҳлили, умумий сийдик таҳлили, ЭКГ, ички аъзоларнинг УТТ, кўрсатмага кўра қонда қанд миқдорини аниқлаш.

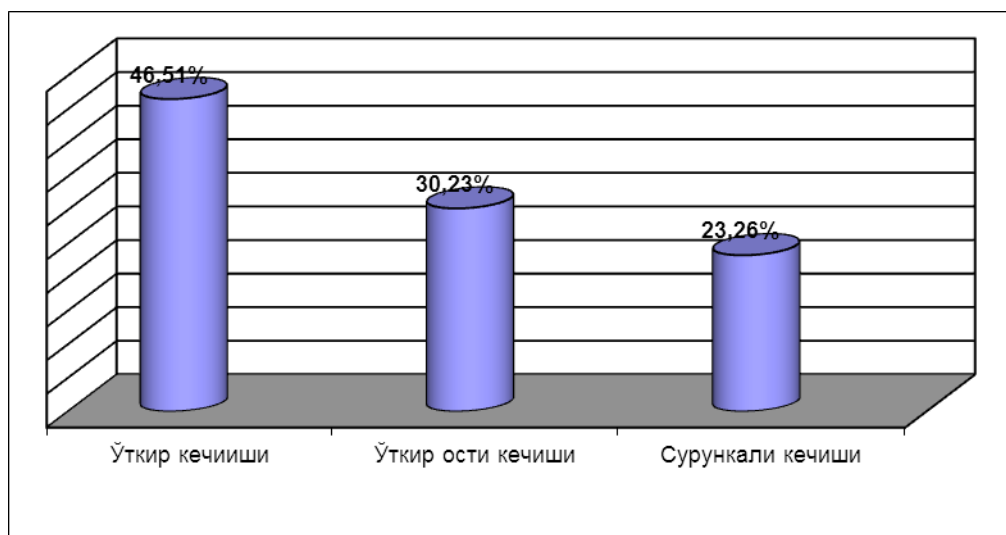
Ўтказилган даво самарадорлигини баҳолаш учун қуйидаги шкала қўлланилган: нейропатиянинг оёқлардаги белгилари В.Брил буйича 1999; функционал неврологик белгилар шкаласи П.Ж.Дак буйича 1988. Оғриқ синдроми интенсивлигини баҳолаш учун оғриқ синдроми объектив баҳолаш методикаси қўлланилган.

Периферик нейромотор аппаратнинг функционал фаолиятини баҳолаш учун мотор, сенсор стандартлар ва стимуляцион элекродларни қўллаган ҳолда стимуляцион электромиографик усул қўлланилган. Стандарт ЭНМГ усули ёрдамида ўрта, катта ва кичик болдир нервларининг мотор тоалари, ўрта нервнинг сенсор тоалари текширилди.

Текшириш натижалари ва муҳокамалари: 20 та ҳолатда касаллик ўткир кечган (46,51%), камроқ ҳолларда полинейропатия ўткир усти кечган 13 та (30,23%), 10 та ҳолатда касаллик сурункали тус олган (23,26%).

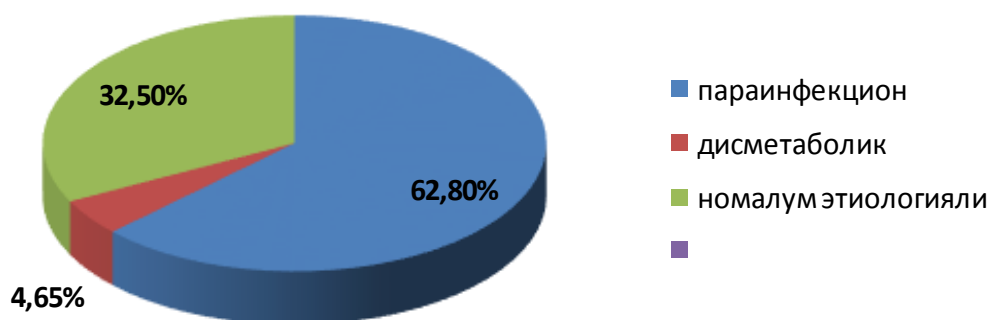
Нерв устунлари аксонларининг демиелинизацияси ва дегенерацияси даражаси полинейропатиянинг сабабига боғлиқ. Инфекцион полинейропатиянинг асосида бевосита инвазив инфекция ётмай, балки иммунологик бўзилишлар ҳам алоҳида аҳамият касб этади. Кузатишлардан 27 тасида (62,8%) полинейропатия инфекцион касалликлар билан (УРВИ, кўпинча зотилжам фонида камроқ энтеровируслар) боғлиқ, бундай ҳолатда полинейропатия параинфекцион турга таснифланади. (2 та ҳолатда 4,65%) полинейропатия КД фонида ривожланган. (дисметаболик полинейропатия), 14 та ҳолатда (32,5) полинейропатия «номаълум сабабга» кўра ривожланган (ота-онасининг сўзидан).

Йигилган анамнез маълумотларига кўра охириги гуруҳдаги болаларда полинейропатиянинг ривожланиши овқатланишнинг бўзилиши билан боғлиқ (В1,В12 вит.етишмовчилиги).



Расм 1. Текширилаётган болаларда полинейропатиянинг кечиш таҳлили

Полиневропатиянинг этиологик омиллари



Расм 2. Текширилаётган болаларда полинейропатия ривожланишининг этиопатогенетик механизми.

Ўткир аксонал полинейропатиянинг клиник манзараси 2-4 кунда намоён бўлиб, сўнг бир неча hafta давомида ривожланиб, одатда бу «номаълум сабабли» полинейропатияга хос ва ойлаб давом этиши мумкин. Сурункали полинейропатия узок 6 ойдан ва ундан кўп вақтда ривожланади. В гуруҳ авитаминозлар ва қандли дииабетда кўпроқ ривожланади. Маълумки, сабабига кўра полинейропатияларда ҳаракат нервлари (мушаклар ҳаракатига жавобгар) сезги нервлари ёки мия нервлари ҳам зарарланиши мумкин. Зарарланган сохага кўра белгилар ҳам ривожланади.

Ўткир полинейропатия белгилари тўсатдан бошланиб, аввал оёқдан бошланиб сўнг тананинг бошқа сохаларига тарқалади. Полинейропатиянинг илк белгилари – холсизлик, санчиш белгилари ёки сезгининг йўқолиши 20 та ҳолатда кузатилган (46,5%).

Сурункали полинейропатияда барча беморларда факат сезги бўзилади. Илк белгилар 2 та беморда оёқларида, 1 та беморда қўлида бошланган: бу белгилар санчиқ, қарахтлик, қизишиш, оёқ-қўллар ҳолатининг сезишининг бўзилиши. Охириги белгига кўра енгил ҳаракатлар – масалан юриш ҳам қийин бўлиб қолади. Қандли диабет фонида ривожланаётган полинейропатиянинг ўзига хос белгиси кафт ва товонларда санчиқ ёки қизишиш белгиси (дистал полинейропатия ҳолати), оғриқ кўпинча кечга, бирор нарсга тегиб кетганда, харорат узгарганда кучаяди.

Кузатилган беморларда полинейропатиянинг клиник белгилари адабиётларда таъриф этилганидан деярли фарқ қилмади. Ўткир ости сурункали кечишида касаллик секин-аста бошланган. Ўткир кечишда иситма билан бошланади. Бир неча кунда (ўткир, кам холларда ўткир ости кечишда) оёқ-қўлларнинг алоҳида сохаларидаги мушакларида симметрик фалажликлар, тонусининг пасайиши ва атрофияси каби белгилар пайдо була бошлайди ва сунади (мушак пайларини тез ёзганда ёки кузгатишга жавобан мушакнинг киска кискариши). Ҳаракат бузилишларинг даражаси – енгил парез (13 та бола 30,23%) дан плегиягача (11 та ҳолат 25,58%) 3. Расм.

Баъзи холларда (12 беморда 27,9%) билан – кафт ва товон сохаларида қуриш, терининг юпкалашуви ва кипиклашиши, кўп терлаш, тирноқларнинг синувчанлиги, бармоқларнинг учлардаги терининг шиши ва ёрилиши кўринишидаги трофик ва вегетатив бузилишлар кузатилган. Баъзан эса бу белгилар устунлик қилган ушбу ҳолатларни вегетатив

полинейропатия деб ҳам аташ мақсадга мувофиқ бўлади.

Полинейропатияда организмни рефлектор фаолиятини (сўлак ажратиш, сийиш, хазм қилиш, қон босими, пульс) бошқарувчи автоном нерв системаси (вегетатив) зарарланиши хисобига, беморларда шунга хос белгилар – ич қотиш (12 та беморларда 27,9%), сийдик ахлат тутолмаслик (8 та бемор 28,6%), қон босимининг ўзгариши – 9,3% (кўпроқ ортостатик гипотензия, вертикал ҳолатда артериал қон босимининг тушиши).

Беморларга ташхис касалликка хос белгилар (неврологик текширишда) ва махсус текширишлар асосида қўйилади. Утказилган электромиография асосида мушакларнинг электрофизиологик хусусиятлари сезги ва ҳаракат толалари кузгалишнинг тарқалиш тезлигини текширилди.

Полинейропатияни даволаш комплекс булиши керак. Касаллик ривожланишида кўпинча аутоиммун жараён рол уйнаганлиги учун эртарок глюкокортикоидлар ва иммун тизимини сундирувчи воситаларни буюриш керак. Бир вақтнинг ўзида калий тузлари оксилли пархез, В гуруҳ витамини катта дозада, С витаминини, антигистамин воситалари (тавигил, супрастин ва б.к.), шунингдек нерв мушак утказувчанлигини яхшиловчи воситалар (прозерин) ҳам буюрилади.

Курсатмага кўра қонни гемосорбция ва плазмофорез усулида тозаланади.

Адабиётлардаги таҳлил натижалари курсатишича неврологик касалликларни комплекс даволашда анъанавий усуллар билан бир қаторда иглорефлексотерапия, электропунктура, магнитопунктура, КВЧ – терапия қурилишидаги рефлексотерапияни ҳам қўллаш мумкин.

Иглорефлексотерапияни қўллаш тўғрисидаги фикрлар турлича, лекин адабиётлардаги маълумотларга кўра комплекс давочораларнинг бир компоненти сифатида қўллаш самарали экан. Дори воситасини иглорефлексотерапия усули билан нукталарга юбориш яъни инъекция қилиш – фармакопунктура усулидир. Бу усулда дори воситаси кам микдорда қўлланилади. Метамер рефлектор таъсир рецептор ёки триггер сохалар ёки дерматомер, миомер, склеромер нукталар, яъни одам организмдаги зарарланган сохага жавобгар сегментлар орқали амалга оширилади.

Бир томондан акўпунктура нуктасига игна билан таъсир қилиш сунъий доминантани ҳосил қилади, доминанта патологик импульсни ўзига олиб патологик реакция компонентларини

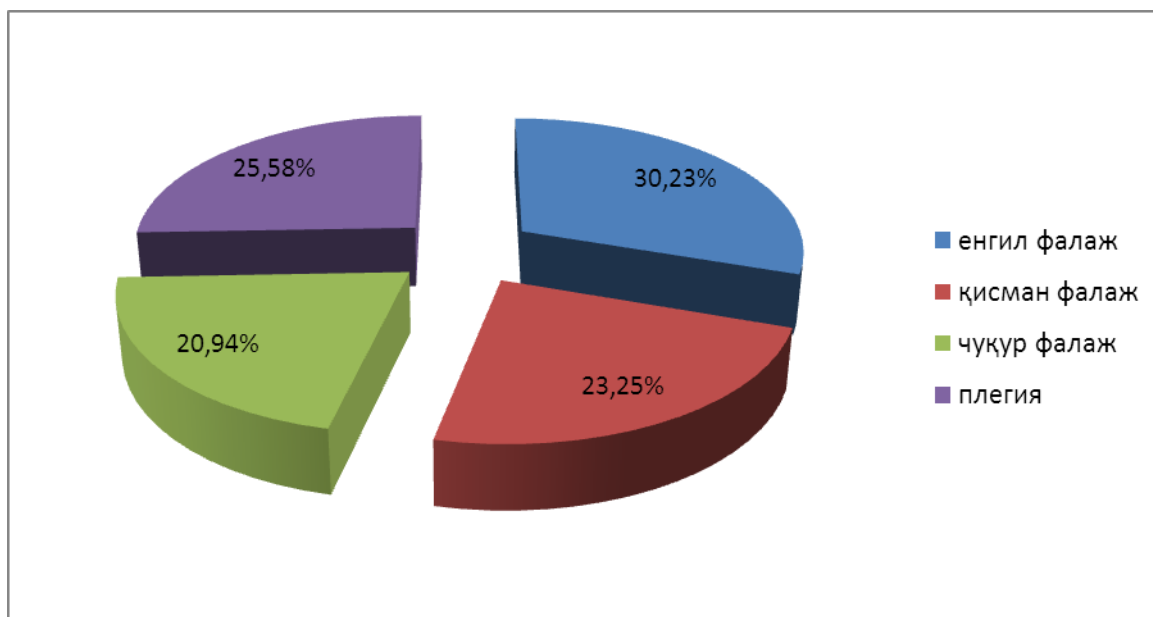
бузади. Натижада нерв тизими нормал фаолият юрита бошлайди. Айни вақтда акўпунктура нукталарга дори воситаларни юбориш оркали, уларнинг таъсир кучи ва давомийлиги ошади. Шунингдек шу усулда маълум таъсирда юборишда дори воситаси кон айланиш тизимида секин аста утиб туради ва бутун организмга таркалиб беморнинг умумий ахволини ҳам яхшилади. Шунинг учун биз болалардаги полинейропатияни даволашда фармакопунктурани иглорефлексотерапия билан бирга қўллашни маъқул деб топдик.

Юқоридагиларни ҳисобга олиб кузатувдаги болалар ёши ва жинсига қараб икки гуруҳга бўлинди. I-гуруҳ 23 бемор бўлиб, уларда анъанавий даво чоралари билан бирга фармакопунктура ва иглорефлексотерапия қўлланилди. Иглорефлексотерапия схема бўйича килинди: махаллий, сигментар муҳим ва узок нукталарни кузатиш. Алоҳида эътибор белнинг I чи чизигидан паравертебрал жойлашган сийдик пуфаги меридиани бўлган «Шу» нуктасини стимуляция қилишга қаратилди, бунда орқа мианинг бўйин ва бел кенгаймалари орқа миё сегментар апаратининг муҳим қисми эканлигини ҳисобга олиб фармакопунктура учун церебролизин ишлатилди. Зеро болаларда периферик нерв тизими орқа миё патологияси билан бирга келади. Шунингдек бу дори воситаси яхши узлаштирилади, огриксиз, аллергик реакция кам учрайди. Церебролизин – чучка миёсидан олинган пртеолитик пептид фракция бўлиб, нерв хужайралари фаолиятини стимуллади ва яхшилади химоя ва тикланиш

механизмини фаоллаштиради. Церебролизин шунингдек нейронал ва синаптик пластикликка бевосита таъсир қилади, айнан шу жиҳати полинейропатияни даволашда муҳим ҳисобланади. Церебролизин таъсирида антитела ҳосил бўлмайди, анафилактик реакция кузатилмайди, гистамин рецепторларни китикламайди ва эритроцитлар гемагглютинациясини чақирмайди.

Стандарт ЭНМГ методлар ёрдамида урта, кичик болдир ва катта болдир нервларининг мотор тутамлари ва урта нервнинг сенсор тутамлари текширилади.

Куйидаги курсаткичлар таҳлил қилинди: қўл ва оёқ қафти мусқўлларининг М-жавоб амплитудаси; супрамаксимал стимуляцияда мусқўллар М-жавоби ёзилди: m.medianus иннервация қилувчи митти бармоқни қарама – қарши қўлловчи; n.peroneus profundus иннервация қилувчи шёқ бармоқларини ёзувчи қиска мусқўл; n.tibialis иннервация қилувчи оёқнинг бош бармоғини узоклаштирувчи мусқўл; оёқ ва қўл мусқўллар М-жавобининг амплитудаси негатив фазада улчанади; улчадиқ: урта, кичик болдир ва катта болдир нервларининг дистал қисмлари ҳаракат толаларининг кузғилишининг тарқалиш тезлиги; дистал яширинлик – оёқ ва қўллар миеланизациялашмаган соҳаларида нерв импульсларининг утиш тезлигини; I-гуруҳ беморларида церебролизинни биологик актив нукталарга юбориш ҳам объектив ҳам субъектив клиник ижобий симптомлар билан келди.



Расм 3. Полинейропатия билан касалланган болаларда ҳаракат бўзилишлари характери.

Даволашнинг эффективлиги ЭНМГ текшируви оркали бахоланди. Полинейропатиянинг ўткир формасида электрофизиологик курсаткичлар яхшиланди ва огрик синдроми камайди: n.medianus: М-амплитудаси даволашга кадар 5,6 МВ, даволашдан сўнг 7,1 МВ, латент даврда 4,2 м/с, даволашдан сўнг 3,3 м/с, n.peroneus: М- жавоб

амплитудаси даволашга кадар 2,1 МВ, даволашдан сўнг 3,2 МВ, даволашга кадар латент даврда 5,3 м/с, даволашдан сўнг 4,1 м/с; n.tibialis: М-жавоб амплитудаси даволашгача 2,8 МВ, даволашдан сўнг 3,9 МВ, даволашгача латент давр 4,9 м/с, даволашдан сўнг 3,2 м/с (1-жадвал).

1-жадвал.

1-гурухдаги ўткир полинейропатия билан даволанган беморларда даволаниш динамикаси.

Кўрсаткичлар	n. medianus	n.peroneus	n. tibialis
СРВ, м/с			
Даволангунча	48,4	40,2	40,6
Даводан сўнг	53,1	43,1	42,3
М-жавоб амплитудаси, мВ			
Даволангунча	5,6	2,1	2,8
Даводан сўнг	7,1	3,3	3,9
Латент давр, мс			
Даволангунча	4,2	5,3	4,9
Даводан сўнг	3,3	4,2	3,2

2-жадвал.

1-гурухдаги ўткир полинейропатия билан касалланган беморларда даволаниш динамикаси.

Кўрсаткичлар	n. medianus		n.peroneus		n. tibialis	
	Даволангунча	Даводан сўнг	Даволангунча	Даводан сўнг	Даволангунча	Даводан сўнг
СРВ, м/с	49,6	52,1	39,1	41,3	41,2	42,5
М-жавоб амплитудаси, Мв	5,9	7,4	2,9	3,8	3,4	4,7
Латент давр, мс	4,2	2,9	5,4	4,3	4,7	3,6

3-жадвал.

Полинейропатиянинг сурункали формасида 1-гурухдаги беморларнинг даволаш динамикаси.

Кўрсаткичлар	n. medianus		n.peroneus		n. tibialis	
	Даволангунча	Даводан сўнг	Даволангунча	Даводан сўнг	Даволангунча	Даводан сўнг
СРВ м/с	46,7	49,2	39,9	40,5	39,1	40,0
М-жавоб амплитудаси, Мв	4,7	6,7	1,3	2,9	3,1	4,1
Латент давр, мс	4,9	3,6	5,3	4,1	5,1	3,9

4-жадвал.

1- гурух болаларда полинейропатияни фармакопунктура ва иглорефлексотерапия усули билан даволашни баҳолаш.

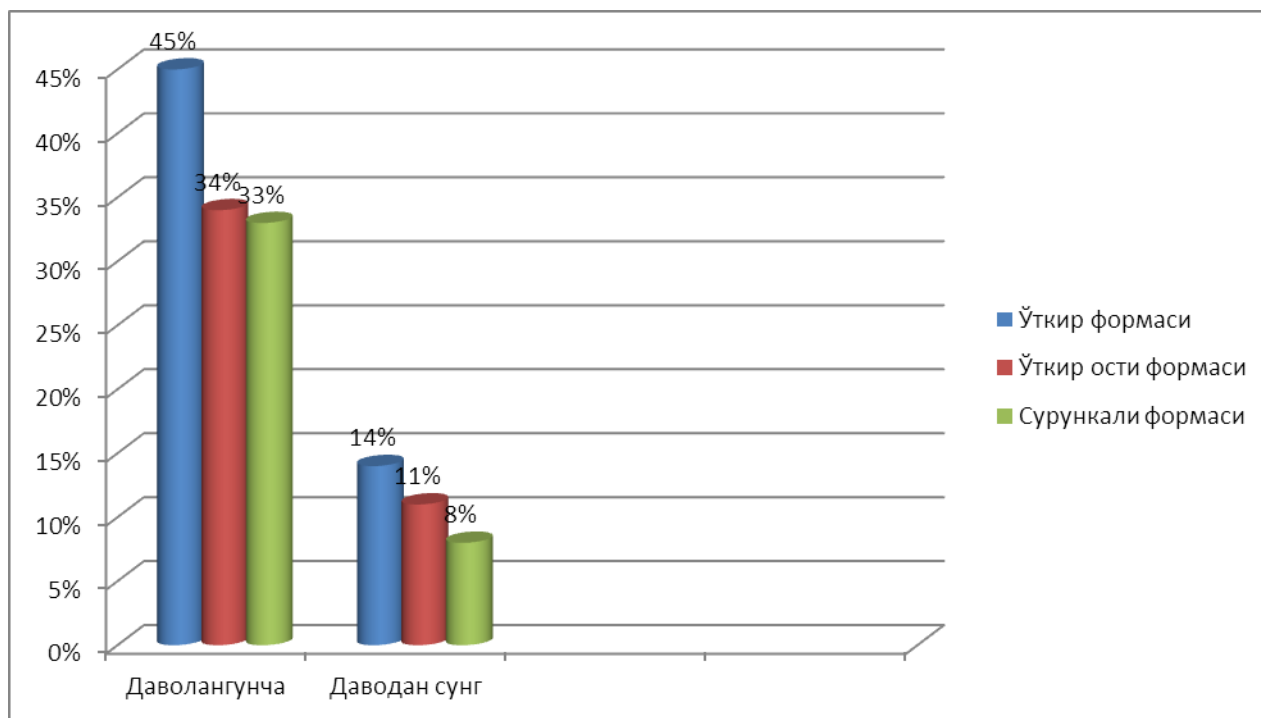
Кўрсаткичлар	Текширилувчи нерв					
	n. medianus		n.peroneus		n. tibialis	
	Даволангунча	Даводан сўнг	Даволангунча	Даводан сўнг	Даволангунча	Даводан сўнг
СРВ, м/с	47,2±1,2	50,3±1,1	39,8±1,2	41,1±1,2	39,9±1,1	42,2±1,1
М-жавоб амплитудаси, Мв	5,8±1,1	6,9±1,2	6,8±1,1	5,9±1,2	2,8±1,2	3,9±1,1*
Латент давр, мс	4,7±1,3	3,4±1,2*	5,3±1,2 *	4,1±1,1*	4,9±1,3	3,4±1,2*

Изох: *-даволашдан олдин ва кейинги курсаткичларнинг фарки ($p<0,05$)

5-жадвал.

Полинейропатияни анъанавий даволашдаги кечиши. (M±m) даволашдан олдин ва кейинги курсаткичларнинг фарқи (p<0,05)

Кўрсаткичлар	Ўткир формаси					
	n. medianus		n. peroneus		n. tibialis	
	Даволан-гунча	Даводан сўнг	Даволан-гунча	Даводан сўнг	Даволан-гунча	Даводан сўнг
CPB, м/с	49,3±1,1	49,8±1,2	39,5±1,1	39,2±1,1	40,1±1,2	40,2±1,1
М-жавоб амплитудаси, Мв	5,7±1,2	5,9±1,2	3,9±1,2	4,4±1,2	2,9±1,1	3,1±1,2
Латент давр, мс	4,5±1,2	4,3±1,1	5,4±1,2	5,2±1,2	4,8±1,2	4,5±1,1
Ўткир ости формаси						
	Даволан-гунча	Даводан сўнг	Даволан-гунча	Даводан сўнг	Даволан-гунча	Даводан сўнг
CPB, м/с	50,1±1,1	50,7±1,1	38,9±1,1	39,1±1,2	40,9±1,2	41,2±1,1
М-жавоб амплитудаси, Мв	5,8±1,1	6,2±1,2	2,3±1,2	2,4±1,2	3,0±1,2	3,2±1,2
Латент давр, мс	4,3±1,2	4,2±1,1	5,6±1,2	5,3±1,1	4,6±1,1	4,5±1,1
Сурункали форма						
CPB, м/с	47,8±1,5	48,1±1,1	38,7±1,2	38,9±1,1	39,5±1,2	39,8±1,1
М-жавоб амплитудаси, Мв	4,9±1,1	5,0±1,1	3,4±1,2	3,8±1,1	3,1±1,1	3,3±1,2
Латент давр, мс	4,8±1,2	4,6±1,2	5,9±1,2	5,8±1,2	5,3±1,2	5,1±1,1



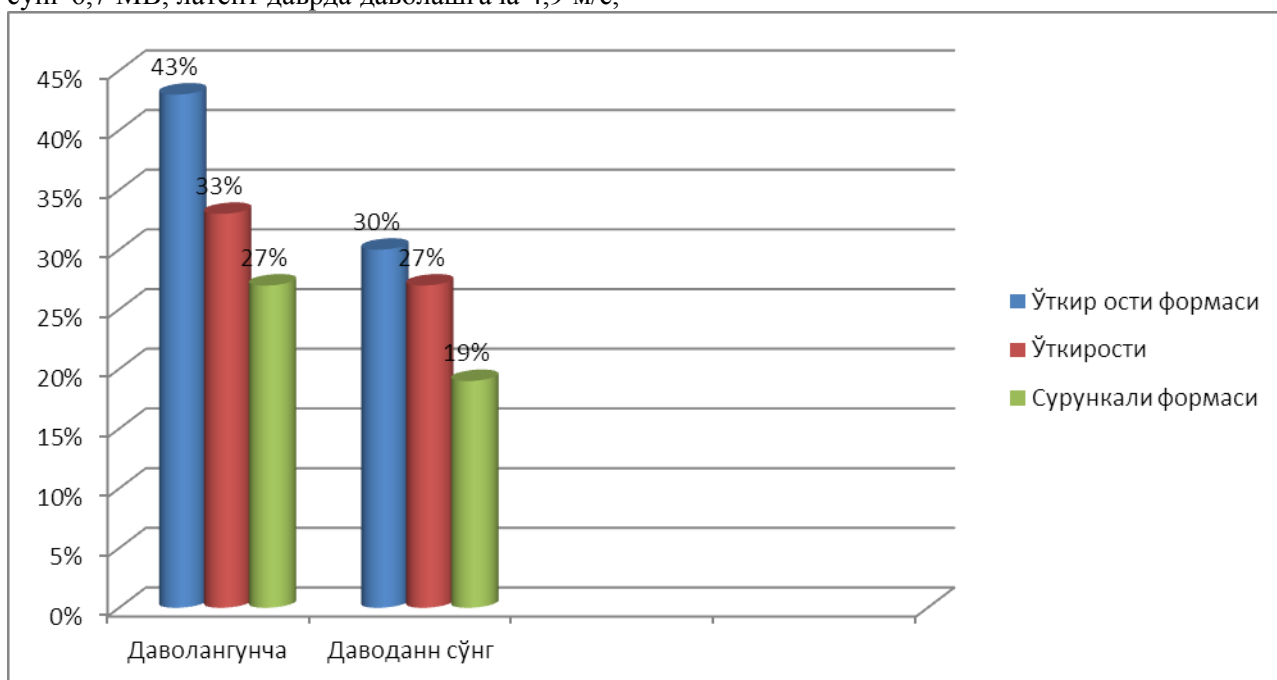
Расм 4. Даволашгача ва даволашдан кейин оғрик синдромини объектив баҳолаш натижалари динамикаси (%).

Биринчи гуруҳда ўткир ости полинейропатия периферик нервларда CPB, М-жавоб амплитудаси ошди, латент давр ва оғрик синдроми интенсивлиги коэффиценти камайди.

1-гуруҳдаги сурункали полинейропатияда периферик нервларда CPB ва М-жавоб амплитудаси камайиши, латент давр ва оғрик синдроми интенсивлиги коэффиценти камайди, n.medianus, CPB даволашга кадар 46,7 м/с,

даволашдан сўнг 49,2 м/с, М-жавоб амплитудаси даволашгача 4,7 МВ, даволашдан сўнг 6,7 МВ, латент даврда даволашгача 4,9 м/с,

даволашдан сўнг 3,6 м/с, p. peroneus СРВ даволашгача 39,9 м/с, даволашдан сўнг 40,5 м/с,



Расм. 5. 2-гурухдаги беморларда даволашгача ва даволашдан кейин огрик синдромини баҳолаш натижалари динамикаси.

М- жавоб амплитудаси даволашга кадар 1,3 МВ, даволашдан сўнг 2,9 МВ, даволашга кадар латент даврда 5,3 м/с, даволашдан сўнг 4,1 м/с; p.tibialis: СРВ даволашгача 39,7 м/с, даволашдан сўнг 40,0 м/с, М-жавоб амплитудаси даволашгача 3,1 МВ, даволашдан сўнг 4,1 МВ, даволашгача латент давр 5,1 м/с, даволашдан сўнг 3,9 м/с. Огрик синдроми коэффиценти даволашгача 53%, даволашдан сўнг 14%. (3-жадвал).

Иккинчи гуруҳда полинейропатиянинг барча формаларида электрофизиологик курсаткичларда айтарли яхшиланиш аникланади. (СРВ периферик нервларда ошиши, М-жавоб амплитудасининг ошиши, латент давр кискариши) ва шунингдек огрик синдроми интенсивлиги коэффиценти камайди. (5-жадвал). Куйида 1- ва 2-гурухдаги беморларда утказилган даво чораларининг таккосланма хулосаси берилган.

4-расмда 1-гурухдаги беморларга церебролизинни фармакопунктура усули билан юбориш натижаларининг объектив баҳоси кўрсатилган. 5-расмда 2-гурухдаги беморларда даволашгача ва даволашдан кейин огрик синдромини баҳолаш натижалари динамикаси кўрсатилган (%).

Хулосалар:

Полинейропатия билан касалланган беморларни фармакопунктура ва иглорефлексотерапия

усули билан даволаш юқори натижалар берди: даволаш охирида 80% беморларда хар хил даражадаги клиник ижобий аломатлар кайд этилди. Даво курсидан сўнг парестезия огрик синдроми камайди, юзаки ва чуқур сезги, харорат, сезги, вибрацион, мушак – бўғим сезгилари яхшиланди. Ҳаракат яхши томонга ўзгарди. СРВ ва М-жавоб амплитудалари периферик нервларда ортди, латент давр ва огрик синдроми интенсивлик коэффиценти камайди. Даво вақтида ва фармакопунктура билан даволашдан сўнг 6 ойгача салбий аломатлар кузатилмади.

Шундай қилиб периферик асаб тизимининг мазкур патологиясида церебролизинни биологик фаол нукталарга юбориш орқали касалликнинг патогенетик механизмига таъсир қилиш самарали усул экан.

Адабиётлар:

1. Агасаров П. Г. Фармакопунктура (фармакопунктурная рефлексотерапия). М.: Арнебия, 2002. – 207 с.
2. Васичкин В.И. Методы китайской акупунктуры. М.: Изд-во Полигон, 2003. -375с
3. Гапонюк П.Я. Карманный атлас акупунктурной терапии. М.: ФИРН М, 1999.-405 с.

4. Киричинская И.А. Инфекционные полирадикулоневриты: метод. письмо. Киев, 1968 г.
5. Левин О. С. Полиневропатии: клинич. рук-во. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. 496 с.
6. Меламуд Э. Е., Нинель В. Г. Методика объективной оценки степени интенсивности хронической боли: метод. рекомендации. Саратов, 1991. 12 с.
7. Электромиография в диагностике нервно-мышечных заболеваний / Б. М. Гехт, Л. Ф. Касаткина, М. И. Самойлов, А. Г. Санадзе. Таганрог: Изд-во ТГРУ, 1997. 369 с.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИГЛОТЕРАПИИ С
ПРИМЕНЕНИЕМ ФАРМАКОПУНКТУРЫ
ПРИ ПАТОЛОГИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ
НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

З.Ф. МАВЛЯНОВА, Ш.Т. НИЁЗОВ,
А.Т. ДЖУРАБЕКОВА,
Г.Х. УТАГАНОВА, А.К. БАЗАРОВА

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд.

Резюме. Приводятся данные клинико-нейрофункционального обследования 43 больных детей в возрасте от 8 до 14 лет с диагнозом полинейропатия до лечения и после лечения с использованием иглорефлексотерапии и фармакопунктуры с церебролизином. Анализ результатов проведенного исследования показал, что ведение церебролизина в биологические активные точки воздействует на патогенетические звенья полинейропатии, этот способ лечения является эффективным методом терапии данной патологии периферической нервной системы.

Ключевые слова: периферическая нервная система, иглорефлексотерапия, эффективность.