

КЕКСА ЁШДАГИ БЕМОРЛАРДА ЮЗ СОҲАСИДАГИ ОҒРИҚЛАР. КЛИНИКАСИ ВА ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ



Мачанов Ғойрат Шавкатович, Ниёзов Шухрат Ташмирович
Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

ЛИЦЕВЫЕ БОЛИ У ПОЖИЛЫХ. КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Мачанов Ғойрат Шавкатович, Ниёзов Шухрат Ташмирович
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

FACIAL PAIN IN THE ELDERLY. CLINIC AND TREATMENT

Machanov Goyrat Shavkatovich, Niyozov Shuchrat Tashmirovich
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: shucrat@mail.ru

Резюме. Оғриқ пароксизмалари юқори интенсивлик билан ажралиб туради, кўпинча локализация инфраорбитал соҳада қайд этилади, бу эса ўз навбатида ташхисотни қийинлаштирувчи прозопалгиядир. Оғриқ синдроми нутқни, чайнашни қийинлаштиради, оғриқ пароксизмлари ён томонга бош ва бўйин соҳасига тарқалади. Алфлутон ва алендра дори воситаларини биргаликда қўллаш узоқ муддатга ижобий натижа беради, шунингдек юқори интенсивликдаги оғриқ пароксизмлар такрорланиш эҳтимолиятини бартараф этади.

Калит сўзлар: кекса ёшдаги беморлар, юздаги оғриқ, уч шохли нерв невралгияси, алфлутон, алендра.

Abstract. Pain paroxysms are characterized by high intensity, most often localized in the infraorbital region, which makes it difficult to diagnose with prosopalgia. The pain syndrome makes it difficult to speak, chew, radiates to the head and neck on the side of the painful paroxysm. The use of the drug Aflutop combined with the drug Alendra gives a long-term positive effect of pain relief, and as a result, eliminates the possibility of repeated pain paroxysms of high intensity.

Keywords: elderly patients, facial pain, trigeminal neuralgia, aflutop, alendra.

Оғриқлар бўйича ўтказилган халқаро анжуманда шу нарса маълум бўлдики, юз соҳасидаги оғриқлар, юз оғриқлари ҳамда орофациал оғриқлар билан азият чекадиганлар сони бутун дунё аҳолисининг 20% ни ташкил этади (1,5). Гендер фарқлари бўйича ушбу аҳоли орасида аёллар сонининг эркеклар сонига нисбати 2:1 га тенг. Охирги 10 йиллар мобайнида олимларнинг олиб бorgan батафсил эпидемиологик текширишлари асосида (2,6) шу нарса маълум бўлдики, юз соҳасидаги оғриқларнинг асосий қисмини тригеминал невралгия ташкил этади (3,7). Юз соҳасидаги сурункали оғриқларни кенг масштабда ўрганиш натижасида кўшимча олиб борилган тадқиқотлар (ЛАСП 2019) шуни кўрсатдики, юз соҳасидаги оғриқларнинг 6% ни юздаги доимий идиопатик оғриқлар ташкил этади (4,8). Бундай ноаниқлик, биринчи навбатда, юзнинг жуда мураккаб анатомо- топографик тузилиши, кўп сонли мускул-скелет системасининг ўзига хос

хусусиятлари, кон томир тутамларининг тузилиши, шунингдек, индивидуал ирсий мойилликка боғлиқ. Юз соҳасидаги оғриқлар турли соҳа мутахассислари томонидан: стоматолог, юз-жағ жаррохлари, неврологлар, психиатрлар, травматологлар, оториноларингологлар томонидан ўрганилиши, ушбу касалликнинг анниқ бир нозологиясини шакллантиришни қийинлаштиради (3,4,6). Кўпгина олимларнинг фикрига кўра, юз соҳасида вужудга келадиган оғриқларнинг асосий патомеханизми бу, ушбу соҳадаги суяк ва мускул системасининг ўзаро анатомик жихатдан бирига номутаносиблиги, ўзаро яқин жойлашган бўғимларнинг окклюзияси, психоэмоционал лабиллик, жағ соҳасининг ёш билан боғлиқ бўлган деформацияси, парадонтоз ва бошқалар (94). Касалликнинг оғриқ синдромлари ҳам бир хил эмас, жараённинг сурункали босқичга ўтиш муддати, сурункали тарзда шаклланиши, касаллик бўйича рецидивларнинг учраш частотасининг

эҳтимоллиги ёшга ҳамда иқлимга боғлиқ эмас (1,5,7). Юз соҳасидаги оғриқлар муаммоси кўп томонлама эканлиги, ҳар хил табиатга эга бўлиши, аниқ бир тасниф яратишга тўсқинлик қилади. Бундан ташқари оғриқ турларининг турли тарзда намоён бўлиши ҳам стандарт терапия яратишга йўл қўймайди. Шунинг учун ҳам бугунги кунга келиб, ушбу касалликнинг диагностикаси, клиникасида ва вужудга келган саволларга тўғри ечим топиш неврологиянинг долзарб муаммосига айланмоқда.

Мақсад. Тригеминал невралгияда юз оғриғининг клиник ва дифференциал диагностикасини таҳлил қилиш, сўнгра даволаш алгоритмини ишлаб чиқиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Олиб борилган тадқиқотларни тўғри баҳолаш мақсадида Самарқанд шаҳридаги хусусий неврологик клиникада 2019-2020 йиллар мобайнида юз соҳасидаги оғриқлар билан шикоят қилган беморлар асос қилиб олинди. Тадқиқот мезони сифатида юз соҳасидаги оғриқлар олинди. Аксинча истисно қилиш мезонларига эса туғма юз суяклари аномалиялари, анамнезида онкологияси бор бўлган беморлар, ковид ўтказган беморлар ҳамда 3 ой олдин тишларида протезлаш ва штив ўстириш амалиётини ўтказган беморлар киритилди. 3 йил давомида мурожат қилган умумий беморлар сони, 112 тани ташкил этади. Анамнезларни чуқур йиғиш давомида тадқиқотлар учун 59 та бемор танлаб олинди. Кўпгина ҳолларда шикоят билан мурожат қилган беморларнинг асосий қисмини юз соҳасидаги оғриқларга дахли йўқлиги ёки ушбу оғриқнинг комфорбит фон билан кечаётгани ва бундай беморлар кўп тармоқли стационарларга (қон босими юқори, қандли диабет, сурункали бронхит ва бошқар) муҳтожлиги аниқланди.

Олиб бораётган тадқиқотимизда аёллар сони 39 тани эркеклар сони эса 20 тани ташкил этиб, уларнинг ўртача ёши 63 ± 3 деб қабул қилинди. Қўйилган мақсад асосида тадқиқотни исботлаб бериш учун 26 таққослаш гуруҳи олинди. Ушбу гуруҳдаги аёллар сонининг эркеклар сонига бўлган нисбати адабиётларда кўрсатилганидек (2,5,7,6) ёши ва гендрлиги бўйича 2:1 ни ташкил этади. Текширув учун олинган беморларда касалликнинг давомийлиги 1 ойдан 9 йилгача эканлиги аниқланди ва касалликнинг ўртача давом этиш муддати беморларда $6,5 \pm 3,5$ йил деб топилди. Қиёсий ташхисот учун энг зарурий омиллар деб: бемор шикоятларини чуқурроқ таҳлил қилиш, анамнез, неврологик статус ва диагностика методлари олинди. Тадқиқот учун керакли бўлган маълумотларни яъни: юз соҳасидаги оғриқларга олиб келувчи омилларни, оғриқ хуружининг давомийлигини ва оғриқ бемор томонидан (уй шароитида) бартараф этишни,

мустақил тузилган сўровномалар асосида тўплаш мумкин. Оғриқнинг давомийлиги ва табиатини аниқлаш мақсади текширишнинг кейинги боқичи ҳисобланмиш ВАШ (визуал аналог шкаласи), Мак-Гелла шкаласи ва БНТ шкаласидан фойдаланилди. Параклиник методлардан эса бош мия МРТ (МСКТ), бўйин умуртқалари рентгени, қон томирлардаги ультратовуш, ЭНМГ лар жалб қилинди. Тиш-жағ патологияларини баҳолаш ва дифференциал диагностика қилишда тест (ГАМБУРГ) ишлатилди. Материални қайта ишлаш, индивидуал компютерларда стандарт кўрсаткич ҳисобланмиш Стюдент мезони асосида амалга оширилди.

Тадқиқот натижаси. Юздаги оғриқларнинг клиник табиати ўзининг полиморфизмлиги билан ажралиб туради. Оғриқнинг ўртача давомийлиги тадқиқотга кирган беморларда кунига бир неча соатдан то 3 (4) ойгача бўлган вақт оралиғида давом этган. Беморлар ўзларидаги оғриқ синдромларининг аниқ бир сабабларини тушунтириб бера олмадилар ва фақат 20% ҳолатларда касалликни совуқ қотиш (чўмилишдан кейин, иссиқ хоналардан ташқарига чиққанларидан кейин) билан боғлаганлар. 90% ҳолатларда беморлар юз соҳасидаги оғриқларнинг тўсатдан вужудга келганини ва оғриқ табиатини худди юздаги “хан-жарсимон оғриқлар” ёки “электр токи ургандек” баҳолайдилар. Оғриқ хуружлари беморларда кундузи ҳам кузатилган, аммо кечга келиб бу хуружлар кучайган. Бунинг оқибатида беморлар турли чекловлар (кам гапириш, чайнашни чеклаш) ўрнатганлар. Бундай ҳолатларда беморлар ўзларига турли хил малҳамлар, оғриқ қолдирувчи препаратлар ва айримлари компресслардан фойдаланганлар. Кўрик давомида оғриқнинг юқори интенсивлиги, ВАШ шкаласи бўйича 7-9 балл оралиғида бўлган. 50% ҳолатларда беморлар оғриқни фақат юзнинг маълум соҳаларини босиб кўрилгандагина ҳис этганлар. 100% ҳолатларда оғриқ симптомлари тригеминал нервнинг чиқиш зоналарига тўғри келади. 62% ҳолатда бу зоналар юқириги ёноқ чегараси ва 10% ҳолатларда эса бурун атрофга тўғри келади. Қолган беморларда эса оғриқ симптомлари бутун юзнинг ярмида акс этган. Шунинг учун бундай беморларнинг юз соҳасига тегиниш сўралганда беморлар ёки кўрққан ёки рад жавобини берган. Юз соҳасидаги сезги тизими текширилганда эса юзда 100% гипестезия кузатилган. Шу муносабат билан оғриқни тўғри баҳолаш учун Мак-Гелла шкаласидан фойдаланилди. Чунки ушбу шкала асосида сенсор бузилишларни аниқлаш ётади. Ушбу шкаладан олинган натижаларга кўра, оғриқ интенсивлигининг кўрсаткичи $7 \pm 2,1$ чегарани ва оғриқ интенсивлигининг умумий кўрсаткичи эса $16 \pm 4,5$ чегарани кўрсатади. Шундай қилиб, тригеминал невралгия билан оғриган беморларнинг

ёши ўртача 60 ёшдан ошди, бундан ташқари, ВАШ шкаласи бўйича интенсивлиги 8 баллдан ошди, аммо оғриқ оралиғи 5 дақиқадан ошмади; оғриқнинг ирриодацияси тригеминал нервнинг чиқиш нуқталарига тўғри келади, шу билан бирга оғриқ синдромининг ўзига хос хусусияти эмоционал лабилликдир. Мак-Гилл шкаласи бўйича юқори сезувчанлик ва юқори даражадаги оғриқ интенсивлиги кўрсаткич бўлиб хизмат қилди. Буларнинг барчаси симптоматик, параклиник ва диагностика чора тадбирларини қўллаш ва кейинги даволаш тактикасини ишлаб чиқаришни белгилайди.

Бугунги кунга келиб МРТ текшируви диагностиканинг олтин стандарти бўлиб хизмат қилмоқда. Чунки ушбу текширув ёрдамида невровакуляр патология, қон томир аномалиялари ва малформатсиялари бартараф этилмоқда (мақсадли равишда ангиография режими даражасида). Бош мия МРТ текширувида барча беморларда бош мия қон томирларидаги ўзгаришлар, диссиркулятор энсафалопатиялар, конвекситиал юзадаги эгатларда чуқурликлар (70% ҳолатларда) кузатилди. Қизиғи шундаки касаллик узоқ давом этаётган беморларда бундай белгилар 2 баробар кўп кузатилган ($p=0.55$) ва айниқса чакка соҳасида 25 % ҳолларда намоён бўлган. Битта беморда эса чакка соҳасида идиопатик генезли киста (тасодифий топилма) топилган. Текширилаётган беморларда кўп учраб турган белгилардан бири бу-энцефаломалиция ўчоқлари бўлиб, у асосан субкортикал ва перивентрикуляр соҳаларда ён қоринчанинг вертиал ўқи бўйича нотўғри жойлашган (47,3%). 56,5% ҳолатларда эса энцефаломалиция ўчоқлари ҳам тарқоқ ҳам тўпланган ҳолда оқ модда бўйлаб тарқалган. 76,2 % ҳолатларда лакунар инфаркт ўчоқлари, 30% ҳолатда глиоз ўчоқлар ва перифокал шишлар кузатилган. Шунини айтиш жоизки узоқ вақт давомида юз соҳасидаги оғриқлар билан азият чекаётган беморларда ушбу белгилар янада чуқурроқ кўринишда тус олади ва касалликнинг давомийлик муддати билан коррелятсион боғлиқликда бўлади ($p=0.55$). Шундай қилиб МРТ текширувидан кейин бош мия қон томирларининг сурункали етишмовчилиги бу кекса ёшдаги беморларда тригеминал нерв невралгиясининг асосий сабаби деб белгиланди. Юз соҳасидаги оғриқлар билан шикоят қилган кекса ёшдаги беморларнинг юз суякларида остеопароз ҳолатлари кузатилган. 19 та беморда ўтказилган 3Д форматдаги компютер ангиография хулосасига кўра, тригеминал нервнинг чиқиш нуқталаридаги ўлчамлар ёш билан боғлиқ бўлган суяк деформациялари ва шиддатли тарзда кечувчи остеогенез ҳисобига канал деворларининг қалинлашуви ҳамда торайиши маълум бўлди ва бундай беморларда компрессион тунелл синдроми қайд этилди. Терапевтик усулларни тан-

лашдан олдин биринчи навбатда церебрал артерияларнинг гемодинамик даражасини аниқлаш ва бу мақсадда УЗДГ диагности усуллардан фойдаланиш лозим. 50% ҳолатларда экстракраниал қон томирларда қоннинг гемодинамикаси сустлиги аниқланди.

Ўнг томонда асосий магистрал қон томирларда чап уйқу артерияси оқимининг пасайиши тез-тез учрайди, умуртқа артериясида ва ассиметрияда қон оқимининг пасайиши 40% гача етди. Бундан ташқари, ўнг уйқу артериясининг орқа серебрал артерияси бўйлаб пасайиш даражаси 27% га, умуртқа артериясидаги оқим эса 21% га етди. Ушбу кўрсаткичларнинг барчаси юз соҳасида оғриғи бўлган барча кекса беморларда гемодинамиканинг ўзгариши даражасини тасдиқлайди.

Белгиланган мақсадга мувофиқ, тригеминал нерв невралгияси билан касалланган кекса беморларда оғриқ синдромини енгиллаштириш керак эди. Шу муносабат билан беморлар, ёш ва жинс нисбати бўйича тенг равишда иккита катта гуруҳга бўлинади. Биринчи гуруҳдаги беморларда анъанавий даво усули мақсадида мушак орасига 20 кун давомида 2.0 микдорда алфлутоп мушак орасига ҳамда 8 кун (хафтада 1 марта) алендра дори воситаси 3 (4) курс қабул қилинди. Иккинчи гуруҳ, комплекс терапия учун, кичик дозаларда стероид инъекциясини олди, классик акупунктур сифатида олдиндан аниқ белгиланган, бундан ташқари, ўткир оғриқ синдроми вақтида, қўшимча равишда, худди шу нуқталарда лидокаин эритмаси (блокада принципи) ишлатилган; (лидокаин 2% 1мл, дексаметазон, 5мл). Кўрсатилган даволаш усулларини хорижий муаллифлар ўзларининг текшириш усулларида кўрсатиб ўтдилар. (Mchaonrab A., 2015; Romero-Reyes M., 2014).

Қайта текшириш терапиядан кейин бир ҳафта ўтгач ва 3 ойдан кейин яна қайтадан амалга оширилди. 2-гуруҳда оғриқнинг интенсивлиги бир ҳафта ўтгач камайди, оғриқ хуружлари частотаси 35% га камайди; 3-ойнинг охирига келиб, 49% ҳолларда юз оғриғи тўхтатилди ва 5% ҳолатларда эса 2-3 баллга тўғри келди, бошқа ҳолларда оғриқ синдроми, айниқса кечаси (кечкурун) давом этди. Беморлар таблеткали аналгетиклардан фойдаланишларига тўғри келди; карбамазепин (200 мг), бу препарат уйқучанликни келтириб чиқарди, диққат эътиборни пасайтиради. Биринчи гуруҳда, биринчи ҳафта давомида, унчалик самарали ўзгариш кузатилмади ва оғриқ интенсивлиги барча беморларда ўртача $3,3 \pm 0,9$ баллни ташкил этди. Беморлар параллел равишда стероид бўлмаган (НСЙК) препаратлардан фойдаланишга тўғри келди; кунига 400 мг карбамазепин қабул қилишга эҳтиёж туғилди. 3-ойнинг охирига келиб, беморларнинг 90 фоизи тўлиқ регрессия ҳолатига ўтди оғриқ интенсивлиги ўртача

1,0+0,1 баллни ташкил этди, аналгетик дориларни ҳамда, карбамазепинни кўшимча ишлатишга ҳожат қолмади. Мак-Гилл сўровномасига кўра, тўғри баҳолаш даволанишнинг тўлиқ курсидан сўнг иккала гуруҳда ҳам динамика яхши томонга ўзгарди, аммо 2-гуруҳда унчалик аниқ бўлмаган динамика қайд этилди.

Шундай қилиб, 2-гуруҳни даволаш тезкор таъсир қайд этилади, аммо оғриқнинг интенсивлиги қисқа вақтдан кейин такрорланади. 1 гуруҳда эса дастлаб қўлланиладиган терапиянинг самарадорлиги аҳамиятсиз, аммо узоқ муддат давомида препаратлардан фойдаланишдан юқори ижобий таъсир курсатди, бу нафақат оғриқсизлантириш, балки антиконвулсантлар, НСЙҚ препаратларини қабул қилишни камайтиришга имкон беради ва энг муҳими, такрорий оғриқ пароксизмалари, камайтиради, жисмоний ва психо-эмоционал фаолликни сақлайди.

Кекса ёшдаги текширилган беморларнинг натижаларини юздаги оғриқ синдроми, тригеминал асаб неврологияси билан таққослаш, хусусиятлари аниқланди. Оғриқ пароксизмалари юқори интенсивлик билан ажралиб туради, кўпинча локализация инфраорбитал соҳада қайд этилади, бу эса ўз навбатида тиш касалликлари билан боғлиқ прозопалгия ташхисини қийинлаштиради. Оғриқ синдроми нутқни, чайнашни қийинлаштиради, оғриқ пароксизмлари ён томонга бош ва бўйин соҳасига тарқалади. МРТ дан фойдаланиш (Кт ангиографияси) ёшга боғлиқ бўлган ўзгаришларни ва деформацияларни, остеопорознинг мавжудлиги ва даражасини аниқлашга имкон беради, бу ерда патологик жараён тригеминал нерв чиқадиған каналлар ҳажмини бузади ва компрессион-туннель синдромини яратади. Юз оғриғини даволаш патологик жараённинг қай даражада ривожланиш механизми нуктаи назаридан амалга оширилишига қараб даволаниши керак. Шундай қилиб, дастлабки босқичларда оғриқни тезда бартараф этиш учун блокададан фойдаланиш тавсия этилади (махаллий анастезиядан). Кейинчалик алендра дори воситаси билан биргаликда Алфлутоп препаратидан узоқ муддат давомида фойдаланиш оғриқни енгиллаштиришни ва такрорий оғриқ пароксизмаларини йўқ қилишни, антиконвулсантларни (антидепрессантларни) ҳамда НСЙҚ препаратларини қабул қилишни камайтиришни таъминлайди. Кекса ёшдаги беморларда тригеминал нерв невралгиясини даволашда комплекс ёндашувни ўрганиш, Алфлутоп препаратини асосий терапияга киритишни тавсия қилади.

Адабиётлар:

1. Карпов С.М., Хатуева А.А., Христофорандо Д.Ю. Вопросы лечения тригеминальной неврал-

гии // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 1.

2. Раянова Г.Ш., Ахмадеева Л.Р. Дифференциальная диагностика лицевых болей. РМЖ. 2019;9: . 16-19.

3. Matchanov G.T., NiyozovSh.T., JurabekovaA.T. linial and pathogeneti features of neuralgia of trigeminal nerve in patients of the elderly and senile age // Amerian Journal of Mediine and Medial Sienes 2022, 12(5): 573-578. DOI: 10.5923/j.ajmms.20221205.25

4. Ризаев Ж. А., Хакимова С. З., Заболотских Н. В. Результаты лечения больных с хроническим болевым синдромом при дорсопатии бруцеллезного генеза // Uzbek journal of case reports. – 2022. – Т. 2. – №. 3. – С. 18-25.

5. Ризаев Ж. А., Гадаев А. Г., Абдуллаев Д. Ш. Параллели патогенеза заболеваний пародонта и хронической сердечной недостаточности // Dental Forum. – Общество с ограниченной ответственностью "Форум стоматологии", 2017. – №. 4. – С. 70-71.

6. Ризаев Ж. А., Кубаев А. С., Абдукадиров А. А. Состояние риномаксиллярного комплекса и его анатомо-функциональных изменений у взрослых больных с верхней микрогнатией // Журнал теоретической и клинической медицины. – 2020. – №. 3. – С. 162-165.

7. Туйчибаева Д. М., Ризаев Ж. А., Малиновская И. И. Динамика первичной и общей заболеваемости глаукомой среди взрослого населения Узбекистана // Офтальмология. Восточная Европа. – 2021. – Т. 11. – №. 1. – С. 27-38.

8. Тулаганов Б. Б., Ризаев Ж. А., Тухтаров Б. Э. Функциональное состояния организма стоматологов-ортопедов в динамике рабочей недели // Журнал биомедицины и практики. – 2022. – Т. 7. – №. 5.

ЛИЦЕВЫЕ БОЛИ У ПОЖИЛЫХ. КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Мачанов Г.Ш., Ниёзов Ш.Т.

Резюме. Болевые пароксизмы отличаются высокой интенсивностью, нередко отмечается локализация в подглазничной области, что, в свою очередь, вызывает прозопалгию, что затрудняет диагностику. Болевой синдром затрудняет речь, жевание, болевые пароксизмы распространяются латерально в область головы и шеи. Совместное применение препаратов Алфлутоп и Алендра дает длительный положительный результат, а также исключает вероятность рецидивов болевых пароксизмов высокой интенсивности.

Ключевые слова: пожилые пациенты, лицевая боль, невралгия тройничного нерва, алфлутоп, алендра.