

YUZ SOHASIDAGI ATIPIK OG'RIQLAR (ATIPIKPROZOPALAGIYALAR)

*Qo'qon universiteti Andijon filiali Tibbiyot
fakulteti Pediatriya yo'nalishi
2-kurs 24.04-guruh talabasi*

Turg'unboyeva Mahliyo Hojimurod qizi.

Ilmiy raxbar: Archibayeva Xurmatoy Baxtiyor qizi

Email; hmamadaliyev117@gmail.com

ANNOTATSITA. Ushbu maqolada yuz sohasidagi atipik og'riqlar haqida malumot keltirib o'tilgan. Shuningdek bu kasallik bilan yashovchi bemorlar uchun maslahatlar ham berib o'tilgan. Kasallik 30–60 yoshlarda rivojlanadi va ayollarda ko'p uchraydi. Atipik prozopalgiiyalar stomatologik operatsiyalardan so'ng paydo bo'ladi. Bunday og'riqlar ko'pincha yuqori va pastki jag' tishlarini o'zgartirgan va ularga protezlar qo'ydirgan odamlarda ko'p kuzatiladi. Ushbu ishda yuz va jag' sohasida uchraydigan og'riq sindromlarining muhim klinik shakllari — atipik odontalgiya, dental pleksalgiya, yuzning psixogen og'riqlari hamda chakka arteriiti (Xorton sindromi) atroflicha yoritilgan. Mazkur patologiyalarning kelib chiqish sabablari, klinik belgilari, og'riqning xususiyatlari va differensial diagnostik jihatlari tahlil qilingan. Ayniqsa, stomatologik muolajalardan so'ng rivojlanadigan uzoq davom etuvchi og'riqlarning nevrologik va psixogen mexanizmlariga alohida e'tibor qaratilgan. Shuningdek, chakka arteriitining uch shoxli nerv nevrалgiyasidan farqlovchi klinik belgilari bayon etilgan. Ushbu ish tibbiyot talabalari, stomatologlar va nevrologlar uchun yuz og'riqlari diagnostikasida muhim amaliy ahamiyatga ega.

Kalit so'zlar. Atipik odontalgiya, dental pleksalgiya, yuz og'riqlari, psixogen og'riqlar, nevrалgiya, stomatologik muolajalar, vegetativ simptomlar, dizesteziya, chakka arteriiti, Xorton sindromi, differensial diagnostika.

Kirish. Atipik prozopalgiiyalar – yuzning bir yoki ikkala tomonida kuzatiladigan doimiy og'riq va paresteziyalar. Kasallik 30–60 yoshlarda rivojlanadi va ayollarda ko'p uchraydi. Atipik prozopalgiiyalar stomatologik operatsiyalardan so'ng paydo bo'ladi. Bunday og'riqlar ko'pincha yuqori va pastki jag' tishlarini o'zgartirgan va ularga protezlar qo'ydirgan odamlarda ko'p kuzatiladi. Atipik prozopalgiiya klinikasi kranial nevrалgiya yoki nevropatiyalar klinikasiga o'xshasada, obyektiv nevrologik simptomlar (giperesteziya, gipesteziya) kuzatilmaydi. Yuzda trigger sohalar bo'lmaydi. Stomatologik muolajalar o'tkazilgan joylar chuqur tekshirilganda ham, ENMG tekshiruvlari o'tkazilganda ham nervlarda organik buzilishlar aniqlanmaydi. Og'riq va paresteziyalar nafaqat operatsiya o'tkazilgan joyda, balki yuzning boshqa sohalarida ham kuzatiladi. Kasallik uchun qisqa muddatli og'riq xurujlari xos emas,

og'riqlar goh zo'rayib, goh kamayib turadi. Atipik prozopalgia yuzning idiopatik og'riqlari deb ham ataladi. Atipik prozopalgianing yana bir klinik turi – bu atipik odontalgia. Tish olingan joyda uzoq vaqt saqlanadigan og'riqlarga atipik odontalgia deb aytiladi. Atipik odontalgida ham obyektiv nevrologik simptomlar bo'lmaydi. Bu sindrom tish oldirib, tish qo'ydirgan bemorlar yoki uzoq vaqt davom etgan stomatologik muolajalarda ko'p kuzatiladi. Tishlar olingan joyda kuydiruvchi va boshqa tishlarga irradiatsiya qiluvchi og'riqlar bir oygacha, ba'zida undan ham ko'p vaqt saqlanib qoladi. Bu og'riqlar aksariyat bemorlarda ovqatlanayotgan paytda kamayadi, ruhiy-hissiy zo'riqlashlarda, sovuqda yoki yuziga biror narsa tegib ketsa kuchayadi. Atipik odontalgia klinikasi dental pleksalgia klinikasiga o'xshab ketadi, biroq unga qaraganda yengil kechadi. Dental pleksalgia – yuqori va pastki jag'larning nerv chigallari ta'sirlantirilganda kuzatiladigan og'riqlar. Dental pleksalgianing asosiy sabablari – bular yuqori va pastki jag' tishlarida o'tkazilgan stomatologik muolajalar. Og'riqlar vegetativ simptomlar bilan birgalikda namoyon bo'ladi, chunki bu yerdagi nerv chigallari vegetativ gangliylar bilan chambarchas bog'langan. Dental pleksalgida yuz sohasida og'riqlar va dizesteziyalarning bo'lsa-da, obyektiv nevrologik simptomlar (gipesteziya, giperesteziya) kuzatilmaydi. Dental pleksaliyalar, odatda, oylab davom etadi, ba'zida bir yildan oshadi. Uzoq davom etuvchi og'riqlar reaktiv nevrotik buzilishlarga olib keladi. Bemorni tinchlantirish va bu belgilarning vaqtinchalik ekanligiga ularni ishonitirish o'ta muhim. Agarda vrach buni uddalay olsa, kasallik belgilari 1–2 oy ichida o'tib ketadi. Yuzning psixogen og'riqlari. O'tkir yoki doimiy ruhiy zo'riqlashlardan so'ng yuzda paydo bo'ladigan og'riqlarga psixogen og'riqlar deb aytiladi. Bunday og'riqlar, asosan, depressiya, nevrasteniya va isteriyalarda kuzatiladi. Psixogen og'riqlar nevralgidan farqli o'laroq, yuzning ikkala tomonida ham uchraydi, nerv yo'llari bo'ylab irradiatsiya qilmaydi, trigger sohalari aniqlanmaydi (yuzning qaysi sohasini bossa, o'sha joy ham og'riyveradi). Bemor bir tomondan og'riqni chidab bo'lmas darajada kuchli deb ifodalaydi, ikkinchi tomondan qachondan buyon vrachga uchrashishga vaqt topa olmayotganini aytadi. Og'riqlar nafaqat yuz sohasida, balki boshning boshqa sohalari ham kuzatiladi. Nevralgiya bilan kasallangan bemor vrach bilan suhbatda iloji boricha kam gapirishga harakat qilsa, psixogen og'riqlarda esa bemor so'zamlanib bo'ladi, og'riq tafsilotlarini batafsil so'zlab berishga intiladi. Ko'p so'zlash nevroz va isteriya uchun xos alomatlardan biridir. Chakka arteriiti (Xorton sindromi). Chakka arteriyasi – tashqi uyqu arteriyasi (a.carotis externa) tarmoqlaridan biridir. Chakka arteriiti avtoimmun kasallik bo'lib, asosan, 50 yoshdan oshganlarda uchraydi. Chakka arteriiti klinikasi uch shoxli nerv nevralgiasiga o'xshab ketsada, uning farq qiluvchi klinik va paraklinik belgilari bir qancha. Chakka arteriitining asosiy belgisi ham chakka-peshona sohasida uchraydigan.

Davolash. Nevralgiyalar bilan kasallangan bemorlarni davolashda bugungi kungacha karbamazepin (finlepsin, tegretol) asosiy dori sifatida qo'llab kelinmoqda. Hatto karbamazepinning tavsiya etilishi nevrалgiyani boshqa turdagi og'riqlar bilan qiyoslash uchun ham yordam beradi. Chunki karbamazepin boshqa turdagi og'riqlarga qaraganda nevrалgiyalarni davolashda juda samaralidir. Karbamazepin 1957-yili Shindler tomonidan sintez qilingan va 1963-yili Blum tomonidan uch shoxli nerv nevrалgiyasini davolash uchun qo'llanilgan. Karbamazepinning og'riq qoldirish xususiyati batafsil o'rganilmagan. Uning og'riq qoldirish mexanizmlaridan biri nosiseptiv reaksiyalarda ishtirok etuvchi neyronlar membranasi o'tkazuvchanligining pasayishi bilan bog'liq. Buning natijasida uch shoxli nervning zararlangan qismida paydo bo'lgan og'riq impulslari yuqoriga, ya'ni V nervning spinal yadrosiga, undan esa talamusga tarqalishi keskin pasayadi. Karbamazepin gippokampning glutamatergik sistemasiga tormozlovchi ta'sir ko'rsatadi. Bu esa nafaqat og'riqlar, balki affektiv va vegetativ buzilishlarning pasayishiga ham olib keladi. Karbamazepin 200 va 400 mg li tabletkalarda ishlab chiqariladi. Karbamazepinni tavsiya etishda uning ta'sirini kuchaytiruvchi yoki pasaytiruvchi dorilarni e'tiborga olish zarur. Masalan, diltiazem, verapamil, nikotinamid, eritromisin kabi dorilar karbamazepin ta'sirini kuchaytiradi, valproatlar, galoperidol, fenobarbital kabi dorilar esa pasaytiradi. Karbamazepinni tavsiya etish tartibi: davolashning 1-2-kunlari 100 mg dan kuniga 3 mahal ichishga buyuriladi (kundalik dozasi 300 mg); 3-kundan boshlab 200 mg dan kuniga 2 mahal ichishga (kun- dalik dozasi 400 mg); 5-kundan boshlab 200 mg dan kuniga 3 mahal ichiladi (kundalik dozasi 600 mg); 7-kundan boshlab 200 mg dan kuniga 4 mahal ichish tavsiya etiladi (kundalik dozasi 800 mg). Dorini icha boshlagan kundanoq og'riq darrov kamaymaydi, u keyinchalik kamaya boshlaydi. Agarda dorining dozasi ma'lum bir miqdorga yetkazilganda og'riqlar to'xtasa yoki keskin pasaysa, uning kundalik dozasi ushbu miqdorda 4–6 hafta mobaynida ushlab turiladi va asta-sekin kamaytirib boriladi. Biroq, aksariyat hollarda karbamazepinni uzoq vaqt, ya'ni 6–12 oy mobaynida ichish tavsiya etiladi. Tibbiy amaliyotda karbamazepinni asossiz ravishda kam dozada berish yoki uni erta to'xtatish tez-tez uchrab turadi va bunga ko'pincha dori sababli paydo bo'ladigan bosh aylanishi ro'kach qilinadi. Ba'zida vrach karbamazepinni 1 tabletkadan (200 mg) 3 mahal ichishni uzoq vaqt tavsiya etadi va dorining dozasini oshirmaydi. Bunday paytlarda bemorda og'riq kamayadi, biroq butunlay yo'qolmasligi mumkin. Bemorning nevrалgiyadan uzoq vaqt tuzalmay yurishining asosiy sabablaridan biri bu karbamazepinni kam dozada tavsiya etishdir. Bunday paytlarda dorining dozasini oshirib borish o'rniga vrach «Sizga bu dori yordam bermadi» deb uni ichishni to'xtatishni buyuradi yoki boshqa doriga o'zgartiradi. Bu, albatta, noto'g'ri yo'l. Chunki nevrалgiyalarda yetarli dozada berilgan karbamazepin, albatta, yuqori darajada samara beradi. Zaruratga qarab dorining kundalik dozasini 2100 mg ga yetkazish mumkin. Karbamazepin bosh aylanishi,

ataksiya, ko'ngil aynishi, bosh og'rig'i, uyquchanlik va terida allergik toshmalar kabi nojo'ya ta'sirlarga ega. Dorining dozasi asta-sekin oshirib borilganda uning nojo'ya ta'sirlari kam kuzatiladi. Karbamazepin tavsiya etilgan bemorlarga har 2 haftada umumiy qon va jigar fermentlari tekshirilishi, EKG qilinishi kerak. Agarda leykopeniya, trombositopeniya, jigar zararlanishi belgilari, atrioventrikulyar qamal paydo bo'lsa, bemorga dori ichishni to'xtatish tavsiya etiladi. Karbamazepindan tashqari bemorlarni davolashda gabapentin 400–600 mg dan kuniga 3 mahal, okskarbamazepin 200–400 mg dan kuniga 3 mahal, klonazepam 2 mg dan kuniga 4 mahal, fenitoin 100 mg dan kuniga 2–3 mahaldan qabul qilish tavsiya etiladi. Og'riq xurujlari kuchli va tez-tez kuzatilgan holatlarda tramal 100 mg dan kuniga 2–3 mahal, diklofenak (voltaren) 50 mg dan kuniga 2–3 mahal, ksefokam (lornoksikam) 8 mg dan kuniga 2 mahal tavsiya etiladi. Shuningdek, trigeminal og'riqlarda kuzatiladigan psixoemotsional buzilishlarni bartaraf etish uchun antidepressantlar va trankvilizatorlar dan foydalaniladi. Antidepressantlardan amitriptilin 25 mg dan kuniga 2–3 mahal yoki fluoksetin (portal, prozak) 20 mg dan kuniga 2–3 mahal, trankvilizatorlardan fenazepam 0,5 mg yoki nozepam (tazepam, oksazepam) 10 mg kuniga 1–2 mahal buyuriladi. Bu dorilar tavsiya etilganda, bemor karbamazepin (finlepsin, tegretol) ichishni to'xtatmasligi kerak. Gerpetik nevralgiyalarda antivirus dorilar (asiklovir, amantadin, remantadin) buyuriladi. Og'riq xuruji kuchayib ketsa, uni bartaraf etish uchun 20 % li 5 ml natriy oksibutirat 0,9 % li natriy xlor yoki 5 % li glukoza eritmasiga qo'shib venadan tomchilatib yuboriladi. Bemorlarni davolashda reflektor terapiya usullari (igna bilan davolash, gidrokortizon fonoforezi) ham qo'llaniladi. Xirurgik davolash usullari. Bugungi kunda uch shoxli nerv nevralgiyasini xirurgik yo'llar bilan davolashning bir qancha usullari mavjud. Bu usullarni qo'llashdan oldin neyrovizualizatsiya tekshiruvlari (MRT, MRA, PET) o'tkaziladi. Arteriyalar uch shoxli nerv ildizchasini haqiqatan ham bosib qo'yganligiga ishonch hosil qilgandan so'ng xirurgik davolash usullari qo'llaniladi.

Xulosa. Birinchi usul – uch shoxli nerv ildizchasining mikrovaskulyar dekompressiyasi. Bu usul miyacha arteriyalari (a. cerebelli superior, a. cerebelli inferior anterior) uch shoxli nerv ildizchasini ezib qo'ygan holatlarda o'tkaziladi. Buning uchun orqa kranial chuqurchaga trepanatsiya yo'li orqali kiriladi. Miyacha arteriyalari bilan uch shoxli nerv ildizchasi bir-biridan ajratiladi va ularning orasiga maxsus to'qimalardan tayyorlangan qatlam qo'yiladi. Bu qatlam keyinchalik arteriyalar bilan nerv ildizchasini bir-biriga tegib qolishi va yana kompressiya holati yuzaga kelishining oldini oladi.

Ikkinchi usul – uch shoxli nerv ildizchasini radioto'lqinlar yor- damida termodestruksiya qilish. Buning uchun tok generatoriga ulangan maxsus elektrod uch shoxli nerv ildizchasi yoniga olib boriladi. Bu elektrod elektr toki yordamida isitiladi

va buning natijasida uch shoxli nerv ildizchasi destruksiya uchraydi. Bu usul birinchi usulgaqara- ganda keng tarqalgan bo‘lib, og‘ir asoratlar bermaydi.

Uchinchi usul – stereotaksik radioxirurgiya (gamma-pichoq) usuli. Tig‘siz davolash usuli bo‘lib, gamma nurlar yordamida uch shoxli nerv ildizchasiga ta’sir o‘tkaziladi va uning destruksiyasiga erishiladi.

To‘rtinchi usul – bosh miyaning motor po‘stlog‘ini ney- rostimulatsiya qilish. Kalla suyagining tagiga, ya’ni qattiq pardaning ustiga maxsus elektrod o‘rnatiladi va u stimulatsiya qilinadi. Og‘riq bir necha daqiqadan so‘ng to‘xtaydi va bir necha kungacha paydo bo‘lmay turadi. Xirurgik usullar konservativ davolash usullari samara bermagan hollarda o‘tkaziladi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Xodjiyev N.X. Karimov A.M.Nevrologiya. — Toshkent: Abu Ali ibn Sino nomidagi tibbiyot nashriyoti, 2018.
2. G‘aniyev R.Sh., Saidov S.B.Stomatologiyada og‘riq sindromlari. — Toshkent: Fan va texnologiya, 2019.
3. Masharipov M.M.Yuz va bosh sohasidagi og‘riqlar differensial diagnostikasi. — Toshkent, 2020.
4. Adams R.D., Victor M., Ropper A.H.Principles of Neurology. — 11th ed. New York: McGraw-Hill, 2019.
5. Brazis P.W., Masdeu J.C., Biller J.Localization in Clinical Neurology. — Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2017.
6. Okeson J.P.Bell’s Orofacial Pains: The Clinical Management of Orofacial Pain. — 7th ed. Chicago: Quintessence Publishing, 2020.