

ТАРҚОҚ СКЛЕРОЗ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ОҒРИҚ СИНДРОМЛАРИ

Давронов Шохакбар Зайниевич

Вобкент туман тиббиёт бирлашмаси

Пўлатов Садриддин Сайфуллаевич

DSc, Бухоро давлат тиббиёт институти

Аннотация.

Тарқоқ склероз — марказий асаб тизимининг сурункали иммун-нейродегенератив касаллиги бўлиб, турли неврологик симптоматика билан намоён бўлади. Унинг энг кўп учрайдиган клиник кўринишларидан бири оғриқ синдромларидир. Тарқоқ склерозда оғриқ кўпинча анъанавий анальгетик терапияга резистент бўлади, беморларнинг ногиронлик даражасини оширади ва ҳаёт сифатига салбий таъсир кўрсатади. Тарқоқ склерозли беморлар орасида оғриқ синдромларининг тарқалганлиги 29–86% ни ташкил этиши ушбу муаммонинг долзарблигини белгилайди. Мақолада тарқоқ склероз билан оғриган беморларда учрайдиган оғриқ синдромларининг хусусиятларига бағишланган адабиётлар таҳлили келтирилган. Таҳлил натижасида тарқоқ склерозда энг кўп скелет-мушак (ноцицептив) оғриқ синдромлари учраши, нейропатик оғриқлар эса камроқ кузатилишига қарамасдан, беморларни кўпроқ дезадаптация қилиши аниқланди. Тарқоқ склерозда оғриқ синдромларини даволаш индивидуал ёндашувни, оғриқнинг патогенетик хусусиятлари ва асосий касалликнинг кечишини ҳисобга олишни талаб қилади.

Калит сўзлар: тарқоқ склероз, оғриқ синдромлари, скелет-мушак оғриқлари, нейропатик оғриқ, оғриқли мушак спазмлари.

Кириш.

Тарқоқ склероз (ТС) — марказий асаб тизимининг сурункали иммун-опосредстваланган касаллиги бўлиб, турли неврологик симптомлар билан тавсифланади ва касаллик прогрессияси давомида беморларнинг ногиронлигига олиб келади. Оғриқ синдромлари тарқоқ склерозли беморлар учун жиддий муаммо ҳисобланади, чунки улар кўпинча даволашга етарли жавоб бермайди ва ҳаёт сифатига сезиларли таъсир кўрсатади.

ТСда оғриқнинг тарқалганлиги 29–86% ни ташкил қилади. Адабиёт маълумотларига кўра, ушбу касалликда доимий қўл-оёқ оғриқлари, уч шохли нерв невралгияси, Лермитт феномени, спастикликка боғлиқ оғриқли тоник спазмлар, кўрув нерви неврити билан боғлиқ оғриқлар, мушак-скелет оғриқлари, мигреноз оғриқлар ва даволаш билан боғлиқ оғриқлар кузатилади.

Муҳокама.

Тарқоқ склероз билан оғриган беморларда оғриқ синдромларини таҳлил қилишга бағишланган адабиётларда энг кўп эслатмалар оғриқ синдромининг энг кенг тарқалган вариантларидан бири бўлган вертеброген скелет-мушак оғриқларига, шу жумладан носпецифик бел оғриғи (НБО) ва носпецифик бўйин оғриғига тегишли [2, 6, 7]. НБО учраш частотаси 10 дан 52% гача, носпецифик бўйин оғриғига - 41 дан 51% гача. Кўрсатилган оғриқ синдромларининг патогенетик механизмларининг ўхшашлигини, шунингдек, ташхислаш ва даволашга умумий ёндашувларни ҳисобга олган ҳолда, ушбу ҳолатларни вертеброген скелет-мушак оғриқлари (ВСМО) атамаси билан бирлаштириш мумкин. Ўзининг патогенези бўйича ВСМОлар нотситсептив оғриқлар қаторига киради, уларнинг пайдо бўлиши умуртқа поғонасига ноқулай статодинамик юкламалар билан боғлиқ. Умуртқа поғонасининг юмшоқ тўқима тузилмаларининг (бўғим капсулалари, боғламлар, мушаклар) такрорий шикастланиши натижасида оғриқ ретсепторларининг стимуляцияси ва рефлектор мушак спазми билан бирга кечувчи асептик яллиғланиш ривожланади [8, 9]. Тарқоқ склероз билан оғриган беморларда ВСМО ривожланишида умуртқа поғонаси биомеханикасининг бузилиши ва неврологик етишмовчилик фонида патологик ҳаракат стереотипининг шаклланиши муҳим роль ўйнайди. Бу, ўз навбатида, тарқоқ склероз билан оғриган беморларда мавжуд бўлган функционал бузилишларни кучайтиради, бу эса кундалик фаолиятни чеклайди ва беморларнинг ҳаёт сифатини пасайтиради. Умуртқа поғонасининг дегенератив-дистрофик ўзгаришлари бўлган беморлар билан таққослаганда, тарқоқ склероз билан оғриган беморларда вертебрал синдром эрта ёшда, кўпинча бир вақтнинг ўзида умуртқа поғонасининг икки-уч қисмида унинг статикасининг бузилиши фонида шаклланади. Вертебрал синдромнинг оғирлиги ва координатор, пирамидал, тос бузилишларининг даражаси, спинал ўчоқларнинг мавжудлиги (магнит-резонанс томография маълумотлари бўйича), шунингдек, бир қатор иммунологик бузилишлар ўртасида аниқ боғлиқликлар мавжуд.

Аксарият ҳолларда ВСМО катта жисмоний зўриқишдан, "ноқулай" ҳаракатлардан, узоқ вақт ноқулай ҳолатда бўлишдан кейин юзага келади. Беморлар оғриқларни "тўмтоқ," "оғриқли," ўртача интенсивликда деб таърифлайдилар. Оғриқларнинг чекланган жойлашуви, шикастланган анатомик тузилмалар иштирокидаги ҳаракатлар пайтида уларнинг пайдо бўлиши ёки кучайиши ВСМО учун энг характерли ҳисобланади. Кенгроқ локализация ҳам бўлиши мумкин, бу люмбоишиалгия (бел ва сондаги оғриқлар) ва сервикобрахиалгия (бўйин ва елкадаги оғриқлар) хусусиятига эга бўлади [7]. Бунинг сабаби акс этган соматик оғриқлар феномени бўлиб, бунда манбалар умуртқа поғонаси тузилмалари (дисклар, мушаклар, бойламлар, фасет

бўғимлари) бўлиб, оғриқ ҳисси нафақат маҳаллий, балки кўл-оёқларда ҳам қайд этилади. Ушбу ҳодиса марказий сенситизатсиянинг ривожланиши билан боғлиқ бўлиб, бу юқори нотситсептив марказлар даражасида оғриқ манбаини нотўғри талқин қилишга олиб келади. Клиник амалиётда акс этган оғриқлар баъзан радикуляр деб нотўғри баҳоланади, бу эса самарасиз терапевтик тактикага олиб келади. Шунинг учун тутиш керакки, акс этган оғриқлар илдизчалар компрессияси билан боғлиқ эмас, улар учун радикулопатияларнинг типик кўринишлари хос эмас: оғриқларнинг нейропатик ранги, уларнинг кўл-оёқларнинг дистал қисмларига тарқалиши, таранглик, йўтал турткиси, ҳаракат, рефлекс ва сезги соҳаларидан тутиш белгиларининг яққол намоён бўлиши.

Умurtқа поғонасининг бўйин ва бел қисмларидаги ҳаракатлар, юриш ва тинч ҳолатда БМҚАЎБнинг кучайиши ва камайиши "хавфсиз" носпецифик БМҚАЎБни специфик генезли вертеброген оғриқлардан (спондилитлар, спондилоартритлар, онкопатология, умurtқа синишлари туфайли) ажратиш турадиган муҳим хусусият бўлиб, улар учун тинч ҳолатда ва тунда оғриқ синдромининг сақланиши ва ҳатто кучайиши хосдир. ЮБМШ диагностикаси асосан оғриқ синдромининг клиник кўринишига асосланади. Шикоятлар, анамнез ва жисмоний текширувларни тўплашда оғриқ синдромининг ўзига хос этиологиясини шубҳа қилишга имкон берадиган аломатлар - "қизил байроқлар"ни аниқлаш муҳим вазифа ҳисобланади [10]. Нейроортопедик текширув натижалари оғриқ импульсатсияси манбаини тахмин қилиш имконини беради (дисклар, фасет бўғимлари, мушаклар ва бошқалар). Ўткир ВСМОнинг типик клиник кўринишида инструментал текширув усулларини (рентгенография, компьютер томографияси, умurtқа поғонаси МРТси) ўтказиш тавсия этилмайди, бироқ "қизил байроқлар" мавжуд бўлганда, тўрт ҳафта давомида терапия фонида ижобий динамика кузатилмаганда, шунингдек, ВСМОнинг сурункали кечишида ташхисни аниқлаштириш ва оғриқ синдромининг ўзига хос этиологиясини истисно қилиш учун мажбурий ҳисобланади.

Ўткир ВСМОни даволашдан мақсад оғриқни тез ва тўлиқ бартараф этиш бўлиб, бу беморнинг ҳаёт сифатини сақлаб қолиш, меҳнатга лаёқатсизлик муддатини қисқартириш ва сурункали оғриқ синдроми шаклланиши эҳтимолини камайитириш имконини беради. Прогноз ва профилактика учун шифокорнинг бемор билан суҳбати катта аҳамиятга эга бўлиб, унда оғриқ сабаблари, ижобий прогноз ва жисмоний, ижтимоий ва касбий фаолликни сақлаб қолиш мақсадга мувофиқлиги тушунтирилади. Ҳозирги вақтда тарқоқ склероз билан оғриган беморларда ВСМОни даволаш бўйича ишлаб чиқилган тавсиялар мавжуд эмас, шунинг учун фармакотерапия ва дори-дармонсиз даволаш усулларини ўз ичига олган анъанавий ёндашувлардан фойдаланилади. Дори-дармонлар билан

даволашни иложи борица эртароқ бошлаш керак, у ўткир ЮТН нинг асосий патогенетик механизмлари - асептик яллиғланиш ва мушак спазмига қаратилган. Биринчи қатор препаратлари ностероид яллиғланишга қарши дорилар (НЯҚД) [11] ҳисобланади. Гастроинтестинал ва юрак-қон томир хавфсизлигининг комбинацияланган оптимал профилига эга ЯҚНДВни танлаш алоҳида аҳамиятга эга. Бундай препаратлардан бири селококсиб бўлиб, у оғриқни қолдириш учун, шу жумладан ЮМШда кенг қўлланилади. Селикоксиб селектив НЯҚДларга киради ва носелектив НЯҚДларга қараганда ошқозон-ичак трактига нисбатан хавфсизлиги билан ажралиб туради [2, 11].

ВСМОни даволаш учун марказий таъсирга эга миорелаксантларга тизанидин, толперизон, сиклобензаприн ва орфенадрин (диклофенак билан белгиланган комбинацияда) киради [12]. Уларнинг ўткир БМВда самарадорлиги кўп сонли рандомизатсияланган клиник тадқиқотлар билан тасдиқланган. Терапевтик таъсир "оғриқ - мушак спазми" нуксонли доирасига таъсир қилиш билан ҳам, ўзининг анальгетик хусусиятлари билан ҳам боғлиқ бўлиши мумкин. Ўткир ВСМОда анальгетик таъсирни кучайтириш учун миорелаксантларни ностероид яллиғланишга қарши дорилар билан биргаликда қўллаш оқилона ҳисобланади. ЯҚНДВ ва миорелаксантлардан ташқари, ўткир ЮҚТКни даволашда парацетамол ва опиоид анальгетиклар (трамадол), шунингдек, доридармонсиз усуллар - даволаш гимнастикаси, массаж, мануал терапия, игнарефлексотерапия, кинезиотейплаш қўлланилиши мумкин [13, 14].

Уч ойдан ортиқ давом этадиган ёки такрорланадиган оғриқ сурункали ҳисобланади. ЮҚТКнинг сурункали қайталанувчи кечишида хуружларни бартараф этиш ўткир ЮҚТКни даволаш билан бир хил тамойиллар бўйича амалга оширилади; ЯҚНДВ ва миорелаксантлар билан бир қаторда глюкокортикостероидлар ва маҳаллий анестетиклардан фойдаланган ҳолда маҳаллий инексион терапия қўлланилади. Клиницистларнинг алоҳида эътиборини тарқоқ склероздаги нейропатик оғриқлар жалб қилади, чунки улар сурункали кечади, беморларни кўпроқ мослаштирмайди, коморбид бузилишлар (хавотир, тушкунлик, уйқучанлик) билан бирга келади ва одатда даволашга яхши жавоб бермайди [15]. Нейропатик оғриқлар соматосенсор асаб тизимининг касаллиги ёки шикастланиши натижасида юзага келадиган оғриқлардир. Улар 14-64% беморларда учрайди, кўпинча касалликнинг дастлабки босқичларида ташхисланади ва уларнинг энг кенг тарқалган варианты оёқ-қўллардаги доимий оғриқлардир. Оёқ-қўллардаги доимий оғриқлар беморларнинг 12-28 фоизиди ривожланади, асосан оёқларнинг дистал қисмларида доимий куйдирувчи оғриқлар сифатида намоён бўлади, тарқоқ склерознинг бирламчи прогрессив ва кучайиб боровчи кечишида кузатилади ва беморларнинг янада яққол ногиронлиги билан боғлиқ [16].

Қўл-оёқларда доимий оғриқларнинг пайдо бўлиши кўтариловчи спиноталамокортикал трактларнинг шикастланиши ва уларнинг ўзига хос клиник хусусиятлари ва сурункали табиатини белгилайдиган марказий сенситизациянинг шаклланиши билан боғлиқ. Оғриқларнинг дистал жойлашуви марказий асаб тизимида асосан болдир ва оёқлардан афферент импульс ўтказувчи йўللарни шикастловчи демиелинизация ўчоқларининг жойлашуви хусусиятлари билан боғлиқ. Қўл-оёқлардаги доимий оғриқлар нейропатик тусга эга: беморлар уларни "куйиш," камроқ - "электр токи," "санчиш," "қичишиш" ва "уйқусизлик" ҳисси сифатида тасвирлайдилар; бир вақтнинг ўзида бир нечта дескрипторларнинг мавжудлиги одатий ҳолдир. Оғриқлар кўпинча стресс, ҳарорат омиллари ва жисмоний зўриқишлар таъсирида кучаяди. Характерли белгиси оғриқ сезгиларининг гипестезия зонаси ичида жойлашишидир.

Тарқоқ склерозда нейропатик оғриқ синдромлари демиелинизацияловчи ўчоқларнинг локализациясига қараб тананинг ҳар қандай қисмида пайдо бўлиши мумкин, шунинг учун "тана ва оёқ-қўллар соҳасидаги марказий нейропатик оғриқлар" атамаси қўлланилади. Нейропатик оғриқ синдромларининг диагностикаси асосан клиник маълумотларга асосланади. Шунинг ҳисобга олиш керакки, тарқоқ склероз билан оғриган беморларда ҳиссий ва когнитив бузилишлар оғриқни талқин қилиш ва тавсифлашни, шунингдек, сезувчанлик бузилишларини баҳолашни қийинлаштириши мумкин. Нейропатик оғриқлар касаллик авж олган даврда ҳам, ундан бир неча ҳафта ва ҳатто бир неча ой ўтгач ҳам ривожланиши мумкин. Уларни аниқлашни осонлаштириш учун DN4, Pain Detect ва LANSS каби махсус сўровномалар ва шкалалардан фойдаланиш мумкин. Қўшимча текширув усуллари, биринчи навбатда МРТ, марказий асаб тизимининг органик шикастланишини тасдиқлаш учун муҳимдир, аммо оғриқнинг нейропатик хусусиятини аниқлашга имкон бермайди [14].

Нейропатик оғриқ асаб тизимининг шикастланиши оқибати эканлигини ҳисобга олсак, асосий касалликнинг патогенетик терапияси муҳим аҳамиятга эга. Эҳтимол, глюкокортикостероидлар билан ўз вақтида ва етарли пульс-терапия, шунингдек, тарқоқ склерознинг кечишини ўзгартирувчи дори-дармонлар билан даволаш нейропатик оғриқ синдромларининг ривожланиш хавфи ва кечишига сезиларли таъсир кўрсатиши мумкин [17]. Шунга қарамай, уларни бартараф этишда антиконвулсантлар ва антидепрессантлар билан симптоматик терапия, камроқ даражада опиоид анальгетиклар асосий роль ўйнайди; Нейропатик оғриқда ЯҚНДВ самара бермайди. Рандомизацияланган клиник тадқиқотлар маълумотларининг чекланганлиги сабабли, тарқоқ склерозда нейропатик оғриқ синдромларини даволаш бўйича тавсиялар умумий қабул қилинган ёндашувларга асосланган. Антиконвулсантлар (габапентин, прегабалин, карбамазепин), тритсиклик антидепрессантлар, каннабиноидлар ва опиоидлар

қўлланилади. Дори-дармонсиз усуллар, жумладан, психотерапия ва тери орқали электронейростимулятсия, шунингдек, функционал нейрохирургия - орқа миёна сурункали стимулятсия қилиш самарадорлиги ҳақида маълумотлар мавжуд. Нейропатик оғриқни бартараф этиш учун қўпинча габапентин қўлланилади, у оғриқ медиаторларининг ажралишини камайтиради, НМДА ретсепторларини ингибирлайди ва марказий сенситизатсияни бостириб, пастга йўналган антиноцицептив импульсни кучайтиради [18-20].

Тарқоқ склероз билан оғриган беморларда яна бир кенг тарқалган муаммо оғриқли мушак спазмлари бўлиб, улар мушакларнинг қисқа муддатли, такрорланувчи, стереотипик, беихтиёр оғриқли қисқаришидир. Уларнинг тарқалиши 6-11% ни ташкил этади ва қўпинча касалликнинг бирламчи ва иккиламчи прогрессив кечишида, кекса ёшдаги беморларда ва сезиларли ногиронликда кузатилади [4]. Спазмлар ўз-ўзидан пайдо бўлиши ёки ҳаракатлар, тегинишлар, жисмоний зўриқиш, гипервентиляция ва ҳиссий реакциялар натижасида юзага келиши мумкин. Патогенези бўйича улар пирамида йўллариининг ўчоқли зарарланиши ва эктопик фаолликнинг ривожланиши билан боғлиқ бўлган аралаш оғриқ синдромларига киради. Оғриқли мушак спазмларини даволашда антиконвулсантлар, биринчи навбатда карбамазепин етакчи роль ўйнайди; каннабиноидларнинг самарадорлиги ҳам исботланган [22].

Хулоса

Тарқоқ склерозда оғриқ синдромларини даволаш мураккаб вазифа бўлиб, индивидуал ёндашувни талаб қилади. Даволаш тактикаси оғриқнинг тури, касалликнинг босқичи, ҳамроҳ касалликлар ва беморнинг умумий ҳолатини ҳисобга олган ҳолда белгиланиши лозим. Фармакологик ва ноифармакологик усулларни биргаликда қўллаш тарқоқ склерозли беморларда ҳаёт сифати яхшиланишига хизмат қилади.

Адабиётлар рўйхати.

1. Никофоров А. С., Гусева М. Р. Офтальмоневрология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 647 с.
2. Российское межрегиональное общество по изучению боли. Клинические рекомендации МЗ РФ. Диагностика и лечение скелетно-мышечных болей в нижней части спины. Коды по МКБ-10 М54.5. Возрастная категория: взрослые. – 2021. – 47 с.
3. Макшаков Г. С., Мазур А. П., Садовских М. О. Реабилитация нарушений ходьбы и баланса при рассеянном склерозе с помощью прогрессивной тренировки: контролируемое исследование // Вестник восстановительной медицины. – 2023. – Т. 22. – С. 17–22.

4. Леванова О. Г., Попова Л. И. Вариабельность офтальмологических проявлений рассеянного склероза // Вятский медицинский вестник. – 2018. – № 2. – С. 7–10.
5. Кичерова О. А., Рейхерт Л. И., Кравцов Ю. И. Многообразие клинических проявлений рассеянного склероза (с анализом собственного клинического наблюдения) // Уральский медицинский журнал. – 2018. – № 11(166). – С. 38–42.
6. Киселев Д. В., Спирин Н. Н., Карпова М. С. Болевые синдромы у пациентов с рассеянным склерозом: вопросы патогенеза, дифференциальной диагностики и терапии // Нервные болезни. – 2023. – № 2. – С. 32–43.
7. Головачева В. А., Головачева А. А., Фатеева Т. Г. Клинические принципы диагностики и лечения скелетно-мышечной (неспецифической) боли в нижней части спины // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2021. – Т. 13, № 3. – С. 107–112.
8. Corp N., Mansell G., Stynes S., Wynne-Jones G., Mors L., Hill J. C., van der Windt D. A. Evidence-based treatment recommendations for neck and low back pain across Europe: a systematic review of guidelines // European Journal of Pain. – 2021. – V. 25, Issue 2. – P. 275–295.
9. Solomon D. H., Husni M. E., Wolski K. E., et al. Differences in safety of nonsteroidal antiinflammatory drugs in patients with osteoarthritis and patients with rheumatoid arthritis: a randomized clinical trial // Arthritis & Rheumatology. – 2018. – V. 70, Issue 4. – P. 537–546.
10. Шмидт Т. Е., Рехно Н. Н. Рассеянный склероз. Руководство для врачей. 3-е изд. М.: МЕДпрессинформ, 2017. – 272 с.
11. Каратеев А. Е., Насонов Е. Л., Ивашкин В. Т., и др. Рациональное использование нестероидных противовоспалительных препаратов. Клинические рекомендации. Научно-практическая ревматология. – 2018. – № 56(прил. 1). – С. 1–29.
12. Чурюканов М. В. Циклобензаприн в лечении скелетно-мышечной боли // Российский журнал боли. – 2022. – № 20(1). – С. 71–76.
13. Павлова В. Н., Плотникова П. А., Днейранян С. Д., Тетерлева И. А. Сравнительная оценка немедикаментозных методов лечения хронической боли у пациентов с рассеянным склерозом // Вестник Башкирского государственного медицинского университета. – 2022. – № 1. – С. 167–168.
14. Супонева Н. А., Юсупова Д. Г. Скелетно-мышечная боль: современные подходы к диагностике и терапии // РМЖ. – 2024. – № 4. – С. 46–50.
15. Каракулова Ю. В., Батулева Е. А., Кириченко С. А. Патогенетические механизмы формирования хронической нейропатической боли // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2012. – Т. 2, № 9. – С. 620–621.

- 16.Шмидт Т. Е., Торопина Г. Г. Боль при рассеянном склерозе // Неврологический журнал. – 2003. – Т. 8, № 1. – С. 40.
- 17.Касаткин Д. С. Место препаратов первой линии в лечении рассеянного склероза // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. – 2016. – Т. 116, № 12. – С. 145–151.
- 18.Малик О., Доннелли З., Барнетт М. Рассеянный склероз: краткий справочник. Москва: Практическая медицина, 2015. – 128 с.
- 19.Chisari C. G., Sgarlata E., Arena S., D'Amico E., Toscano S., Patti F. An update on the pharmacological management of pain in patients with multiple sclerosis // Expert Opinion on Pharmacotherapy. – 2020. – V. 21, Issue 18. – P. 2249–2263.
- 20.Massot C., Donze C., Guyot M. A., Leteneur S. Low back pain in patients with multiple sclerosis: a systematic review and the prevalence in a French multiple sclerosis population // Revue Neurologique. – 2021. – V. 177, Issue 4. – P. 349–358.
- 21.Kahraman T., Özdogar A. T., Ertekin O., Ózakbas S. Frequency, type, distribution of pain and related factors in persons with multiple sclerosis // Multiple Sclerosis and Related Disorders. – 2019. – V. 28. – P. 221–225.
- 22.Feketova S., Waczulikova I., Valkovic P., Mares J. Central pain in patients with multiple sclerosis // Journal of Multiple Sclerosis. – 2017. – V. 4. – P. 208–214.
- 23.Зотов П. Б., Аксельров М. А., Аксельров П. М., и др. «Качество жизни» в клинической практике. Тюмень, 2022.