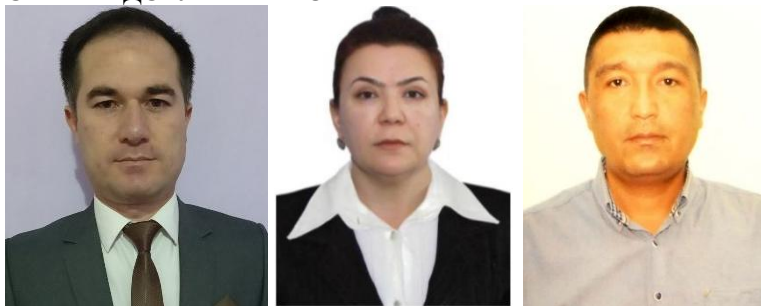


КЕКСА ЁШЛИ БЕМОРЛАРДА УЧ ШОХЛИ НЕРВ НЕВРАЛГИЯСИНИНГ ПАТОГЕНЕТИК ХУСУСИЯТЛАРИ ВА КЛИНИК-НЕВРОЛОГИК БЕЛГИЛАРИ ҲАМДА ТЕРАПИЯСИНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШ



Мачанов Гойрат Шавкатович, Джурабекова Азиза Тахировна, Ниёзов Шухрат Ташмирович Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ОСОБЕННОСТЬ И КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА С ОПТИМИЗАЦИЕЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ КАТЕГОРИИ

Мачанов Гойрат Шавкатович, Джурабекова Азиза Тахировна, Ниёзов Шухрат Ташмирович Самарқандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарқанд

PATHOGENETIC FEATURES AND CLINICAL AND NEUROLOGICAL SIGNS OF TRIGEMINAL NEURALGIA WITH OPTIMIZATION OF THERAPY IN PATIENTS OF OLDER AGE CATEGORY

Machanov Goyrat Shavkatovich, Djurabekova Aziza Takhirivna, 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 таххисотни қийинлаштирувчи прозопалгиядир. Оғриқ синдроми нутқни, чайнашни қийинлаштиради, оғриқ пароксизмлари ён томонга бош ва бўйин соҳасига тарқалади. Алфлутоп 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, алфлутоп, 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.

Невралгия 65 ёшдан ошган одамларда учрайдиган иккинчи даражали патология бўлиб, остеопороз, остеохондроз каби асосий касалликлар фониди юзага келади. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, касалланиш 10 минг аҳолига 2-4 кишини ташкил қилади. Касалликнинг барча кенг тарқалган турлари орасида уч шохли нерв невралгияси ажралиб туради, кучли тиш ва бош оғриғи билан кечади, бунда беморлар гапира олишмайди ва чайнашда қийинчиликларга дуч келишади. Кексаликда УШНН жуда оғир кечади (1, 5, 9). Касалликнинг давомийлиги унинг намоён бўлишидан бошлаб, ойлар ва ҳатто йиллар давом этади, уйқу бузилиши, вазн йўқотиш, юрак-қон томир ва овқат ҳазм қилиш тизими касалликларининг кўзғалиши билан бирга келади, бир сўз билан айтганда ҳаёт сифати ёмонлашади ва руҳий ҳолатида ўз аксини топади. Невралгик пароксизмни кўзғатишдан қўрқиб кекса беморларни фақат оғизнинг соғлом ярми билан чайнашга мажбур қилади, бу эса юзнинг қарама-қарши қисмининг мушакларининг зичлашиш пайдо бўлишига олиб келади. Адабий манбаларга кўра, маҳаллий демиелинация ва гиперкўзғалиш ўчоғининг пайдо бўлиши ўртасидаги боғлиқликни тушунтирувчи бир қанча назариялар мавжуд (4, 8, 12). Биринчисида улар импульсларнинг

кўндаланг интераксонал узатилишининг пайдо бўлиш қобилятини қайд этадилар, иккинчидан, патологик афферент импульслар мия асосидаги уч шохли нерв ядроларининг зарарлинига сабаб бўлади, учинчи назарияда эса, зарарланиш жойида аксонларнинг регенерация тескари йўналишда давом этади (Е.В. Балязина, 2014). Хорижий муаллифларнинг замонавий нейровизуализация усуллари қўллаган ҳолда ўтказган кўплаб тадқиқотларида ҳеч қачон юз оғриғидан азият чекмаган, илгари топилмаган одамларнинг катта қисмида УШНН белгиларини топишган (3, 7, 11). Шундай қилиб, МРА магнит-резонанс ангиографиясига кўра, бу частота 10 дан 30% гача бўлган диапазонда аниқланади, аммо УШННнинг ўзи тарқалиши йилига 100 минг аҳолига 5 ёки 0,005% ни ташкил қилади. Бундан шуни англаш мумкинки, ўртача минг кишидан атиги 9 киши одатий УШННдан азият чекади. Бу эса ўз навбатида, аҳоли орасида кенг тарқалган, бошқача клиникага эга бўлган УШНН патомеханизмига қизиқиш долзарб ва шубҳасиз илмий қизиқиш уйғотади (2, 6, 10). Мутахассислар орасида УШНН муаммоси энг мунозарали бўлиб, патогенезда нейроваскуляр номуносорбликнинг роли ҳақида мунозаралар олиб борилди, тадқиқотчилар уч шохли нервнинг шохлари ўтадиган каналлар ва тешикларнинг

ўлчамларини ўрганишни бошладилар; овал тешиклари, инфраорбитал ва мандибуляр каналлар, супраорбитал, инфраорбитал ва аклий тешикларнинг ўлчамлари, ҳажми, диаметри ўрганилди (Щедренко В.В. и соавт. 2013; Sepahdari A.R., Mong S., 2013; Kavitha Kamath B., Vasantha K., 2014; Liu P. et al., 2016; Mohebbi A. et al., 2016). Россиялик тадқиқотчилар таъкидлашларича, 50 ёшдан ошганида илдизнинг қайтмас бузилиши юз беради, бунда ҳам трофик тузилишда, ҳам ёшга боғлиқ ҳолда босилиш таъсирида заифлик даражасида содир бўлади (Афанасьева Е.В., 2008). Шу билан бирга, бу аҳолининг қариши, амбулатор даволаш-профилактика муассасалари ва кўп тармоқли шифохоналарнинг ихтисослаштирилган клиникаларида беморларнинг умумий таркибида кексалар ва қариялар салмоғининг ортиб бориши билан боғлиқ ҳолда жуда муҳимдир. Ушбу йўналишда В.В.Щедренко (2012-2014) ва унинг ҳамкасблари тадқиқотларини давом эттирдилар, улар инфраорбитал тешикнинг торайиши УШНН ривожланишининг сабаби эканлигини аниқладилар, бу омил УШНН шохлари чиқадиган тешикларнинг торайишининг патогенетик асоси сифатида кўриб чиқилди. Изланиш, УШНН учун даволаш самарадорлигини оширишни аниқлаштириш Исаханова Т.А. (2018) ни тадқиқотга ундади, бунда остеопороз туфайли думалок, овал ва суборбитал тешикларда ҳосил бўлган туннел компоненти касалликнинг ривожланиши учун мавжуд хавф омилларидан бири бўлиши мумкинлигини кўрсатди. Юқорида айтилганларнинг барчаси ушбу клиник тадқиқотни ўтказиш зарурлигини келтириб чиқарди.

Тадқиқот мақсади. Катта ёш гуруҳидаги одамларда уч шохли нерв невралгиясининг кечиш хусусиятларини ўрганиш ва даволаш самарадорлигини ошириш.

Материаллар ва тадқиқот усуллари. Тадқиқотга ёзма розилик билан 2022-2024 йиллар давомида СамДТУ (Самарқанд ш.) кўп тармоқли клиникаси неврология бўлимига мурожаат қилган 60 ёшдан ошган 100 нафар бемор иштирок этди, аёллар/эркаклар нисбати 3/1 ни ташкил қилди, юз соҳасидаги оғриқлардан шикоятчи беморларни касалхонага ётқизиш учун асос бўлиб хизмат қилди. Тадқиқотнинг ишончлилигини таъминлаш учун, ёши ва жинси бир хил бўлган 23 нафар соғлом кўнгиллилар назорат гуруҳи сифатида танлаб олинди. Беморларнинг ўртача ёши $63,6 \pm 2,9$ ёшни ташкил этди. Касалликнинг давомийлиги (тиббий тарихга кўра) 1 ойдан 9 йилгача бўлган, эркаклар 58% ва аёллар 42% ни ташкил қилди. Асосий гуруҳнинг беморларига (100) бош оғриғининг халқаро таснифига кўра, уч шохли нерв невралгияси ташхиси қўйилган (3-нашр, 2013 йил). Неврологнинг асосий стандарт сўрови ва текширувидан ташқари, беморлар офталмолог, оториноларинголог, стоматолог ва терапевт томонидан тўлиқ текширувдан ўтказилди. Қўшимча равишда барча тадқиқот учун танланганларга оғриқ синдромининг даражаси ташхисланди, бу ерда оғриқнинг интенсивлиги ва табиати ВАШ шкаласи ва ЛИДС шкаласи ёрдамида баҳоланди. Бундан ташқари, тадқиқот барча

текширилганлар учун, бош мия ва калла суягининг нейровизуализацияси (КТ/МРТ), қон томир ТҚДГ, остеоденситометрия усули, қон таркибида микроэлементларни (кальций) аниқлашни ўз ичига олади. Статистик ишлов бериш индивидуал компьютерда, стандарт маълумотларни қайта ишлаш дастурларини ўз ичига олган ҳолда ва Стьюдента мезонлари бўйича ишончлиликини баҳолаш усулини анъанавий қўллаш билан амалга оширилди.

Тадқиқот натижаси. Асосий гуруҳнинг текширилган беморларида юз оғриғининг ўзига хос хусусияти полиморфлилиги бўлиб чиқди. Шу билан бирга, оғриқнинг ўртача давомийлиги кунига бир неча соатдан 3 (4) ойгача, биринчи хурждан бошлаб касалликнинг давомийлиги 1 ойдан 9 йилгача бўлган (ремиссиялар кўринишидаги даврий танаффуслар шаклида). Беморлардан оғриқ пайдо бўлишининг сабабини ва нима сабабдан пайдо бўлганини сўрашганда, беморлар касалликка таъсир қилувчи омилларни аниқ аниқлай олмадилар, 20% ҳолларда бу гипотермия билан боғлиқ (кондиционернинг узок муддатли таъсири, машина ойнасининг очиклиги). Деярли барча ҳолатларда оғриқ синдроми "ханжарсимон оғриғи" ёки "электр токи уриши" га ўхшаш тўсатдан пайдо бўлди.

Оғриқ хислар кун давомида беморларга ҳамроҳ бўлиб, жағнинг ҳаракатланиши (гапириш, овқатланиш) билан кучайган, аммо текширилганлар таъкидлаганидек, оғриқнинг энг юқори интенсивлиги кечкурун ва тунда содир бўлган. Текширув давомида асосий тарқалиш триггер зоналари аниқланди, бу ерда триггер зоналарининг асосий қисми (33%, 34%) кўз косаси, юқори лаблар (28,2%, 27,6%), ёноқ соҳасида (17,4%, 16,8%) жойлашган, қолган зоналар пастки чегара ҳисобланади. Адабиётларни ўрганиш натижалари атеросклероз туфайли қон томирларининг эластиклигининг пасайиши ёки қон томирлари деворларининг ёшга боғлиқ қалинлашиши ва уларнинг қийшиқлигининг кўпайиши натижасида УШННдаги ёшга боғлиқ ўзгаришларнинг хусусиятларини қайд этилди. Илмий тадқиқотнинг ягона манбалари суяк тузилишидаги ёшга боғлиқ остеопороз жараёнини кўрсатади, бу нервларнинг чиқиш тешикларининг модификациясини кучайтиради ва уч шохли асабнинг илдизига босим туфайли УШННни келтириб чиқаради ва шу билан оғриқ хуружини кўзгатади. ВАШ шкаласи бўйича оғриқнинг интенсивлиги 7 дан 9 баллгача бўлган. 50% ҳолларда текширилган беморлар оғриқни фақат уч шохли асабнинг чиқиш жойларини "босганда" хис қилишди.

Уч шохли асабнинг чиқиш нуқталарининг траекторияси бўйлаб жойлашган ҳудудда оғриқ белгиси қуйидагича кузатилди: 62% да бу юқори ёноқ ҳудудида, 10% ҳолларда бурун атрофидаги майдонида. Шунинг таъкидлаш керакки, деярли барча беморларда оғриқ нуқталарига тегиб кетишдан "қўрқиш" бор эди. Шу муносабат билан, ЛИДС сўровномаси ёрдамида оғриқни баҳолашни ўрганиш зарурати туғилди, бу ерда эмоционал бузилишлар дастлабки ҳолатда намоён бўлади.

Жадвал 1. УШНН да цереброваскуляр реактивлик ва қон оқими тезлиги кўрсаткичлари

Асосий гуруҳ	58,1±0,6	1,05±0,14	0,62±0,13	46,5±0,4	1,06±0,12	0,56±0,12
Назорат гуруҳ	56,0±1,8	1,01±0,12	0,53±0,12	47,5±0,8	0,88±0,10	0,52±0,12

Шундай қилиб, ЛИДС сўрономасига кўра, оғриқ интенсивлигининг сенсорли регистрида $4,2 \pm 2,1$ чегараси бор эди ва оғриқ интенсивлигининг умумий регистрининг кўрсаткичлари бўйича $22 \pm 4,5$ ни ташкил этди. Юқорида таъкидлаб ўтилганидек, кексаликда қон томир омил кўпгина ўзгаришларга олиб келиши мумкин, шунга кўра, артерияларнинг анатомик хусусиятларини, уларнинг ўтказувчанлигини ва қон оқимининг миқдорий кўрсаткичларини баҳолаш учун ТКДГни ўрганиш керак эди. УШНН билан оғриган беморларнинг иккала гуруҳидан (асосий ва назорат) олинган Допплерметрик кўрсаткичлари мия қон томирлари реактивлиги даражасининг информатив кўрсаткичи ва таъсирланган томонда ИМА интракраниал сегментларида қон оқими тезлигининг пасайиши йўқлигини кўрсатди ва гуруҳларда таҳлил қилинган параметрларда орасида сезиларли фарқ кузатилмади.

УШНН билан касалланган беморларни комплекс текшириш натижасида иккитомонлама доплерометрик мониторинг таҳлиллари асосида, бош мия ярим шарларининг функционал ҳолати, бош миянинг магистрал томирлари ҳолати ва уч шохли нерв невралгияси ривожланиши бор беморларда мия қон айланишининг бошқариш механизмлари патологик ўзгаришлар йўқлигини аниқланди, бу эса биз тадқиқот ўтказётганларда УШНН ривожланишида нейроваскуляр номутонолик патологик омил эмаслиги тўғрисида маълумот олиш имконини берди.

Текшириш ва ташхислаш жараёнида бош мия МРТ маълумотлари асосида аниқланган кўрсаткичларда яққоллик кўринди. Демак, УШНН биринчи шох чикадиган канал F.supraorbitalis нинг ўнг томондаги диаметри 2 гуруҳда $0,19 \pm 0,08$ см, назорат гуруҳда бу кўрсаткич $0,34 \pm 0,06$ см ни ташкил қилди. Бу ердан кўришиб турибдики, назорат гуруҳдаги соғлом одамларга нисбатан асосий гуруҳдаги УШНН билан касалланган беморларда думалоқ тешик диаметри 2 баробар кичиклашган. F.supraorbitalis нинг чап томонидаги ҳам деярли шундай кўрсаткич аниқланди, диаметр асосий гуруҳда $0,18 \pm 0,07$ см, назорат гуруҳда бу кўрсаткич $0,34 \pm 0,05$ см ни ташкил қилди, тешик диаметри назорат гуруҳдагиларга нисбатан 1,5 баробарга кичиклашган. F.infraorbitalis нинг ўнг томондаги диаметри асосий гуруҳда $0,28 \pm 0,09$ см, назорат гуруҳда бу кўрсаткич $0,37 \pm 0,07$ см ни ташкил қилди, тешиклар диаметри ўртасидаги ўртача фарқ $0,09$ см ва $0,07$ см ни ташкил қилади, яъни нормадан кичиклашган. Бунда F.infraorbitalis нинг чап томондаги диаметри асосий гуруҳда $0,28 \pm 0,09$ см, назорат гуруҳда бу кўрсаткич $0,38 \pm 0,07$ см ни ташкил қилди. Бу ерда тешик диаметри ўртасидаги ўртача фарқ $0,09$ см ни ташкил қилади, яъни нормадан кичиклашган. УШНН учинчи шох чикадиган канал F.mentalis нинг ўнг томондаги диаметри асосий гуруҳда $0,28 \pm 0,07$ см, назорат гуруҳда бу кўрсаткич $0,35 \pm 0,05$ см ни ташкил қилди. Бу ердан тешик диаметри ўртача $0,07$ см га кичиклашган. F.mentalis нинг чап томондаги диаметри асосий гуруҳда $0,30 \pm 0,08$ см, назорат гуруҳда бу кўрсаткич $0,36 \pm 0,05$ см ни ташкил қилди. Бу ерда тешик диаметри ўртасидаги ўртача фарқ $0,06$ см ни ташкил қилади, яъни диаметрнинг нормасидан фарқ қилади. Шундай қилиб, нейровизуализация усули (МРТ диагностика)

ёшга боғлиқ ҳолдаги деформациялар ва уч шохли нерв чиқиш тешиклари диаметрлари даражасини аниқлашга, бу эса мазкур текшириш усулига патогномик белги сифатида қарашга имкон берди. Мазкур усул суяк структурасининг ёшга боғлиқ дисфункциясини кўрсатади, бу эса кейинчалик остеопороз белгиларини бевосита қонда кальция миқдорини ва денситометрия усули билан текшириш, ўрганиш заруратини туғдиради.

Келтирилган натижаларнинг таҳлилига асосланиб, остеопороз эркакларниқига қараганда аёлларда тез-тез кузатилиши аниқланди, бу 50 ёшдан ошган аёллар организмдаги физиологик шароит ва метаболик ўзгаришлар билан бевосита боғлиқ.

Денситометрия натижалари гуруҳларда остеопороз даражасини кўрсатади: ўртача Т индекси асосий гуруҳдаги беморларда $3,07 \pm 0,2$ ни, назорат гуруҳда $1,81 \pm 0,27$ ни ташкил этди, бу эса асосий гуруҳда остеопорознинг юқори даражасининг устуңлигини кўрсатади. Таққослаш гуруҳларда қондаги кальций даражаси бўйича лаборатория кўрсаткичларини параллел равишда ўрганиш тахминини тасдиқлади ва асосий гуруҳда кальцийнинг сезиларли даражада кўпайганлиги аниқланди, олдинги тадқиқот остеопорознинг юқори даражасини аниқлади, бу эса, ўз навбатида, остеопорозни кекса ёшдаги одамларда УШНН учун хавф омил сифатида кўриб чиқиш учун яна бир исботдир. Олинган натижаларга кўра, асосий гуруҳ беморларда даволаш ўтказилди ва УШНН қайталанишларига таъсир қилувчи ўзгарувчиларнинг табиатини ҳисобга олган ҳолда УШНН билан оғриган беморларни комплекс даволашда хондропротекторларнинг (биорегулятор терапия) самарадорлигини таҳлил қилинди.

Терапевтик ёндашув ижобий динамикани кўрсатди, шунинг учун F.supraorbitalis каналининг ўнг томонидаги диаметри, ундан уч томонлама венанинг биринчи тармоғи чикади, 2-кичик гуруҳдаги беморларда $0,19 \pm 0,08$ см дан $0,25 \pm 0,07$ см гача ўзгарди. 1-кичик гуруҳда бу кўрсаткич $0,19 \pm 0,08$ даражасида ўзгаришсиз қолди, назорат гуруҳда эса бу кўрсаткич $0,34 \pm 0,06$ см ни ташкил этди, яъни даволаш кўрсаткичларни тадқиқот давомида таянган меъёрий кўрсаткичларга (соғлом, УШННсиз) яқинлаштирди. Шуни таъкидлаш керакки, 2-кичик гуруҳдаги беморларда даволанишдан кейин натижалар нафақат думалоқ тешикнинг қатталаниши (кенгайиши) шаклида, балки беморлар учун энг муҳим деб ҳисобланадиган оғриқ синдроми хуружларининг қайталаниши, 1 кичик гуруҳларга нисбатан олганда, кузатилмаганлиги билан ҳам ижобий томонга ўзгарди. Даволанишдан сўнг F. supraorbitalis нинг чап томонидаги диаметри 2-кичик гуруҳда $0,18 \pm 0,07$ см дан $0,25 \pm 0,07$ см гача ўзгарган, 1-кичик гуруҳда эса таққослаш қиймати ўзгармаган, бу эса иккинчи кичик гуруҳда терапевтик аралашув самарадорлигини яна бир бор кўрсатади, бу ерда УШНН билан оғриган беморларда тешик диаметрининг даражаси ўсиш (кенгайиш) шаклида ижобий йўналишда ўзгарган, таққослаш кичик гуруҳда эса натижалар ўзгаришсиз қолган.

Даволашдан сўнг ижобий натижа УШНН нинг иккинчи шох F.infraorbitalis каналининг ўнг томонининг диаметри бўйича қайд этилган, тармоғи,

бу ерда 2 кичик гурухда 0,05 см га ўсиш аниқланган, 0,28±0,09 см дан 0,33±0,08 см гача ва 1 кичик гурухда 0,30±0,08 см ўзгаришсиз қолган. F.infraorbitalis нинг чап томони диаметри 2-кичик гурухда 0,28±0,09 см дан 0,33±0,08 см гача ошган, таққослаш гурухда эса бу кўрсаткич ўзгармаган ва 0,33±0,09 см ни ташкил қилган.

ЛИДС сўровномаси ёрдамида оғриқни баҳолаш натижаси даволанишдан кейин куйидаги маълумотларни аниқлади: ЛИДС анкетаси шкаласининг бошланғич даражаси 21,91 ± 0,64 ни ташкил этди, 2-кичик гурухдаги беморларда даволашдан кейин 10,44 ± 0,34, 1 кичик гурухда, бошланғич даражаси 20,44±0,36 ни ташкил этди ва даволанишдан кейин деярли ҳеч қандай муҳим натижа бўлмади. Денситометрия бўйича ўрганиш динамикаси, 2-кичик гурухда комплекс даволашдан сўнг, яхши натижани кўрсатади, бу ерда натижалар куйидаги кўрсаткичларга эга: 2-кичик гурухдаги беморларда Т индексининг бошланғич даражаси 3,46 ± 0,2 ни ташкил этган, самарадорлиги оширилган терапиядан сўнг, у сезиларли даражада ўзгарди, натижалар 2,12 ± 0,2 га тенг бўлди, 1 кичик гурухда - дастлабки маълумотлар 3,1 ± 0,16 ва даволашдан кейин маълумотлар 3,0 ± 0,3 чегарасида эди.

Шундай қилиб, уч шохли нерв невралгиясининг ноўжўя таъсири ва асоратлари, айниқса кекса одамларда, коморбид фонни ва кўшимча дори-дармонларни қабул қилишни ҳисобга олган ҳолда нафақат ташхис қўйиш, балки даволаш ҳам қийиндир. Дифференциал диагностиканинг замонавий усуллари орасида нейровизуализация (МРТ) кенг қўлланилади, МРТ нинг асосий максиди ўсмалар, кисталар, демиелинизация жараёнлари, яллиғланиш касалликлари, цереброваскуляр касалликлар ва ривожланиш нуқсонларини истисно қилишдир.

Катта ёшдаги одамларда уч шохли нерв невралгиясининг этиопатогенези ва патомеханизмини тушуниш ва айниқса кейинги даволанишни оптималлаштириш тўғрисида қарор қабул қилиш учун муҳим бўлган калла суяги нервларнинг суяк каналларини ва чиқиш тешиklarининг диаметри даражасини ўрганиш ҳам муҳимдир. Шу муносабат билан, УШНН билан оғриган беморни юритиш, тўғри ташхис қўйиш, таҳлил натижалари, клиник текширув ва кўшимча тадқиқот усуллари, хусусан МРТ маълумотлари асосида касалликнинг коморбид (иккиламчи) фонини кузатиш қодаларига риоя қилиш, дори-дармон терапияни самарадорлигини ошириш вазифаси, нафақат оғриқ синдромини камайтириш ва бартаграф этишда, балки тўлиқ ремиссияга эришиш учун ҳам муҳимдир.

Адабиётлар:

1. Djurabekova Aziza Takhirovna, Bobomurodova Maftuna Hikmatullo Kizi, Amonova Zakhro Kakhramonovna. A comprehensive approach to the treatment of facial neuropathy in children. // Central Asian Journal of Medical and Natural Science, (2024). 5(1), 310-315.
2. Otsu, Y., Kajiwara, S., Hashimoto, A., Sakata, K., Negoto, T., Hasegawa, Y., Nakamura, H., Hirohata, M., & Morioka, M. (2023). Effects of Microvascular Decompression on Pain Relief and Quality of Life in Late Elderly Patients with Trigeminal Neuralgia. Neurologia

medico-chirurgica, 63(6), 236–242.

<https://doi.org/10.2176/jns-nmc.2022-0288>

3. Tan K, Li J, Peng Y, Wu W, Yang Z, Wang Y, Wang Y. Robot-Assisted Percutaneous Balloon Compression in Elderly Patients with Trigeminal Neuralgia. J Pain Res. 2023;16:1161-1168
4. Ruiz-Juretschke, F., Vargas, A. J., Gonzalez-Quarante, L. H., Gil de Sagredo, O. L., Montalvo, A., & Fernandez-Carballal, C. Microsurgical treatment of trigeminal neuralgia in patients older than 70 years: An efficacy and safety study. Tratamiento microquirúrgico de la neuralgia trigeminal en mayores de 70 años, estudio de eficacia y seguridad. Neurologia (Barcelona, Spain), 32(7), 424–430.
5. Rizaev J. A. et al. The use of tenoten for outpatient oral surgery in children //Journal of Modern Educational Achievements. – 2023. – Т. 3. – №. 3. – С. 10-19.
6. Rizaev J. A., Shodmonov A. A. Optimization of the surgical stage of dental implantation based on computer modeling // World Bulletin of Public Health. – 2022. – Т. 15. – С. 11-13.
7. Rizaev J. A., Kuliev O. A. Risk factors of anemia in children and prognosing of it //Электронный инновационный вестник. – 2018. – №. 4. – С. 62-65.
8. Корешкина М.И. "Дифференциальная диагностика и лечение невралгии тройничного нерва" Ремедиум Приволжье, no. 2 (142), 2016, pp. 24-27.
9. Базязина Елена Викторовна. "Терапия классической невралгии тройничного нерва" Медицинский вестник Северного Кавказа, vol. 22, no. 2, 2011, pp. 39-41.
10. Инкарбеков Ж.Б., Косбаева А.Г., Садыков А.Н., Ахметов О.Б., Айтын Б.Ж. Инновационные технологии в комплексном лечении невралгии тройничного нерва // Наука о жизни и здоровье, no. 4, 2018, pp. 34-37.
11. Eshimova Shokhsanam Kenjibayevna; Djurabekova Aziza Takhirovna. Characteristic signs of ophthalmological disorders in patients with degenerative diseases of the cervical spine. Wor.Bul.Pub.Helt. 2024, 34, 58-61.
12. Matchanov G. T., Niyazov Sh. T., Modern Views on the Etiopathogenesis of Three-Horned Nerve Neuralgia, American Journal of Medicine and Medical Sciences, Vol. 14 No. 4, 2024, pp. 1025-1027.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ОСОБЕННОСТЬ И КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА С ОПТИМИЗАЦИЕЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ КАТЕГОРИИ

Мачанов Г.Ш., Джуробекова А.Т., Ниёзов Ш.Т.

Резюме. Болевые пароксизмы характеризуются высокой интенсивностью, чаще всего локализируются в подглазничной области, что затрудняет диагностику прозопагии. Болевой синдром затрудняет речь, жевание, иррадирует в голову и шею на стороне болевого пароксизма. Применение препарата Афлутон в сочетании с препаратом Алendra дает длительный положительный эффект купирования боли и, как следствие, исключает возможность повторных болевых пароксизмов высокой интенсивности.

Ключевые слова: больные пожилого возраста, боль в лице, невралгия тройничного нерва, алфлутон, алendra.