

**ИНСУЛЬТДАН КЕЙИНГИ ОҒРИҚ СИНДРОМИ ТАРҚАЛИШИ,
ЎРГАНИЛГАНЛИГИ**

Дилбар ХОДЖИЕВА¹, Дилафрўз АХМЕДОВА², Мадина ОХУНЖАНОВА³

¹Бухоро давлат тиббиёт институти DSc, профессор

²Кармен плюс клиникаси неврологи, PhD

³Бухоро давлат тиббиёт институти ассистенти

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ИЗУЧЕНИЕ
ПОСТИНСУЛЬТНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА**

Дилбар ХОДЖИЕВА¹, Дилафрўз АХМЕДОВА², Мадина ОХУНЖАНОВА³

¹ DSc, профессор Бухарского государственного медицинского института

²Клиника Кармен Плюс Невролог, PhD

³ассистент Бухарского государственного медицинского института

PREVALENCE OF POST-STROKE PAIN SYNDROME, STUDIED

Dilbar KHODJAEVA¹, Dilyafruz AKHMEDOVA², Madina AKHUNJANOVA³

¹DSc, Professor of Bukhara State Medical Institute

²Carmen Plus Clinic Neurologist, PhD

³Assistant of Bukhara State Medical Institute

АННОТАЦИЯ

Инсультдан кейинги оғриқ синдроми кенг тарқалган бўлиб, улар бош оғриғи, елкадаги оғриқ, қўл- оёқдаги оғриқ белгилари билан намоён бўлади. Инсультдан кейинги оғриқларни даволаш долзарб муаммо бўлиб, ханузгача дунё олимлари томонидан ўрганилмоқда ва замонавий даволаниш ишлари олиб борилмоқда. Қуйида келтирилган мақоламизда жаҳон адабиётлари ўрганилиб, инсульт касаллигидан кейинги оғриқ синдроми беморларнинг 12-55% ида учраши аниқ бўлди. Оғриқ синдроми когнитив бузилишлар, апатия, депрессия ва ҳавотир ҳисси билан кечиши аниқланди. Мақолада инсультдан кейинги оғриқ синдроми тарқалганлиги ва ўрганилганлик даражаси ёритилган. Шунингдек инсультдан кейинги оғриқ синдромини даволашда қўлланиладиган фармакологик ва нофармакологик усуллар кўриб чиқилган. Беморлар ҳаёт сифатини аниқлаш учун ишлатиладиган сўровномалар ҳақида батафсил маълумотлар келтирилган

Калит сўзлар: инсультдан кейинги оғриқлар, оғриқ синдроми, медикаментоз, номедикаментоз

АННОТАЦИЯ:

Постинсультный болевой синдром встречается часто и характеризуется головной болью, болью в плече, болью в конечностях. Лечение постинсультной боли – актуальная проблема, которая до сих пор изучается учеными всего мира и разрабатываются современные методы лечения. В следующей статье была изучена мировая литература и установлено, что постинсультный болевой синдром возникает у 12-55% больных. Установлено, что болевой синдром связан с когнитивными нарушениями, апатией, депрессией и тревогой. В статье описаны распространенность и выраженность постинсультного болевого синдрома. Также рассмотрены фармакологические и немедикаментозные методы лечения постинсультного болевого синдрома. Приведена подробная информация об опросниках, используемых для определения качества жизни пациентов.

Ключевые слова: постинсультная боль, болевой синдром, медикаментозное, немедикаментозное.

ANNOTATION:

Post-stroke pain syndrome is common and is characterized by headache, shoulder pain, and pain in the limbs. Treatment of post-stroke pain is a topical issue that is still being studied by scientists around the world and modern treatments are being developed. In the following article, the world literature was studied and it was found that post-stroke pain syndrome occurs in 12-55% of patients. Pain syndrome has been found to be associated with cognitive impairment, apathy, depression, and anxiety. The article describes the prevalence and extent of post-stroke pain syndrome. Pharmacological and nonpharmacological methods used in the treatment of post-stroke pain syndrome are also considered. Detailed information is provided on the questionnaires used to determine the quality of life of patients

Keywords: post-stroke pain, pain syndrome, medication, non-medication

Ўзбекистонда инсультдан кейинги оғриқ синдромига етарлича аҳамият берилмаётганлиги, касаллик кечиш хусусияти, ташхислаш ва реабилитация тадбирлари оқсаётганлиги, инсульт касаллигидаги оғриқ синдроми беморда депрессия, хавотир билан бирга кечишини эътиборга олмаслик, оғриқ синдромини ташхислашда махсус сўровномалардан фойдаланмаслик, оғриқ қолдириш мақсадида анальгетиклар ва ностероид яллиғланишга қарши дори воситаларидан фойдаланилаётганлиги, бу дори воситаларининг инсультдан кейинги оғриқларда натижаси пастлиги оқибатида беморлар узоқ йиллар мобайнида оғриқ билан яшашга маҳкум бўлмоқда ва ҳаёт сифати пасайиши кузатилмоқда. Инсультдан кейинги оғриқларни ташхислаш учун махсус сўровномалардан фойдаланиш ортиқча харажатларсиз ташхис қўйиш ва мақбул даво чоралари белгилаш имконини беради.

Инсультдан кейинги оғриқларни даволашда ностероид яллиғланишга қарши воситаларнинг етарли натижа бермаслиги самарали даволаш услубларини кўриб чиқишни ва дорисиз даволаш услубларига аҳамият қаратишни тақозо қилади.

Шу сабабли инсультдан кейинги оғриқларни ташхислаш ва даволашда алгоритмларни такомиллаштириш ҳозирги замон талабидир.

Инсультдан кейинги оғриқлар шифокорга мурожаат қилаётган беморларнинг энг кўп учрайдиган шикояти бўлиб, шу сабабли кўпгина тадқиқотчиларни қизиқтиради. Бу борада кўплаб чет эл ва Россия тиббий нашрларида кўрсатиб ўтилган (Sanchis M.N., 2016; Костенко Е.В., 2017; Гудкова В.В. ва ҳаммуаллифлар., 2017; Кукушкин М.Л., 2017; Солиев И.М., 2022).

Инсультдан ўлим даражаси пасайишига қарамай (ривожланган давлатларда 37%, ривожланаётган давлатларда 20%), инсульт оқибатида келиб чиқаётган ногиронлик даражаси ортиб бормоқда (Feigin et al., 2003, 2016). Бугунги кунга келиб, дунё миқёсида 15 млндан ортиқ инсульт билан касалланганлар бўлса, уларнинг 5 млн нафари узоқ муддатли ногиронликка учрамоқда, айти меҳнатга лаёқатли ёшда ногиронликнинг келиб чиқиши

мазкур муаммонинг муҳим тиббий- ижтимоий аҳамиятга эгалигини кўрсатади (Ковальчук В.В. ва ҳаммуаллифлар., 2016, 2018; Помников В.Г. ва ҳаммуаллифлар., 2017; Помников В.Г., Коробов М.В., 2017; Сковрцова В.И. ва ҳаммуаллифлар., 2018; Дудайте В.В. ва ҳаммуаллифлар., 2019; Ноздрюхина Н.В. ва ҳаммуаллифлар. 2020). Инсультдан кейинги биринчи йилда касалланганларнинг атиги 20%и ишга қайтади, 31% и ўзгалар кўмагига муҳтож бўлади, 20%и мустақил ҳаракатлана олмайди, 55%и ҳаёт сифатидан қониқмайди (Помников В.Г. ва ҳаммуаллифлар., 2017). Бу ҳолат мамлакат иқтисодиёти, аҳоли кайфиятига салбий таъсир қилади, касалликни даволаш ва реабилитациясига юқори маблағлар кетади (Сковрцова В.И. ва ҳаммуаллифлари., 2018).

Инсультдан кейинги оғриқ синдроми беморларнинг 12-55% ида учраб, уларнинг 70% и ҳар кунги оғриқларни ҳис қилади. Инсультдан кейинги марказий оғриқлар 1-12% ни ташкил қилади, ишемик инсульт ўтказган беморларда геморрагик инсультларга нисбатан оғриқ синдроми кўпроқ кузатилади (Костенко Е.В., 2017; Кукушкин М.Л., 2017). Оғриқ синдроми бўлган беморлар 2 марта секин тикланади, ҳаёт сифати паст бўлиб, кўпинча когнитив бузилишлар, апатия, депрессия ва ҳавотир билан бирга кечади. Оғриқ синдромининг яққоллиги бевосита когнитив бузилишлар, депрессия ва ҳавотир даражаси кучига боғлиқ (Sanchis M.N.,2016; Костенко Е.В., 2017; Гудкова В.В. ва ҳаммуаллифлар., 2017; Кукушкин М.Л., 2017). Оғриқ синдромини даволаш эрта бошланиши реабилитация натижавийлиги ошишига олиб келади (Harrison R.A., 2015).

Узоқ йиллар мобайнида инсультдан кейинги марказий оғриқлар 1-2% ҳолатда учрайди деб ҳисобланди [10]. Кейинроқ 200 дан ортиқроқ беморда ўтказилган тадқиқотда марказий оғриқ 8% учраши ўрганилди [1]. Марказий оғриқ кўп учрайдиган ҳолат бўлиб, айниқса афазияси бор беморларда чуқур таҳлил ўтказиш лозимдир. Ноцицептив тизим исталган тизими шикастланишида бу турдаги оғриқлар кузатилиши мумкин. Бунда шикастланиш ўчоғи ўлчами марказий оғриққа олиб келишга сабабчи

бўлмайди [4]. Бемор ёши, жинси ва шикастланиш тарафи марказий инсультдан кейинги оғриқлар ривожланиши доимий предикторлари ҳисобланмайди [5]. Марказий оғриқлар бош мия соматосенсор тизим исталган қисми, жумладан узунчоқ мия, таламус ва катта ярим шарлар шикастланишида келиб чиқади. Қатор тадқиқотлар зунчоқ мия латерал қисми ёки таламус орқа вентрал қисми шикастланишида чақирилишини кўрсатди [6, 7]. Мия устуни инфаркти натижасида келиб чиққан Валленберг – Захарченко синдромида спиноталамик тракт кичик шикастланишлари марказий постинсульт оғриқларига олиб келиши аниқланди [7]. Орқа мия дорсал шохи, таламик ядролар, бош мия катта ярим шарлари соматосенсор қисмиорасидаги қўзғалувчанлик механизмлари назорати бузилиши оғриққа олиб келади. Марказий асаб тизимида ноцицептив нейронлар ҳалокати синаптик ёриққа глутамат ва нейрокининлар юқори миқдорда тушиши ва цитотоксик таъсир этиши билан боғлиқ [8]. Орқа мия дорсал шохи, таламик ядролар, бош мия катта ярим шарлари соматосенсор қисмида транссинаптик дегенерация ривожланиб, халок бўлган нейронлар ўрнини глия эгаллайди, бу нейронлар деполяризациясига ва қўзғалувчанлик ошишига олиб келади. Бундан ташқари опиоид-, глицин- и ГАМКергик тормозланиш жараёнларида бузилиш кечиб, узоқ вақт давом этувчи патологик фаоллик келиб чиқади. Марказий инсультдан кейинги оғриқлар ўлчамига кўра кичик (кўл), йирик (тана ярми) турга бўлинади. Мия устуни шикастланганда оғриқ тананинг қарши томонида ва шикастланган томондаги юз соҳасида кузатилади, шунингдек периорбитал оғриқлар ҳам адабиётларда ёритилган [9]. Гемитип шаклидаги оғриқлар таламик шикастланишларга хосдир [13]. Инсультдан кейинги марказий оғриқлар цереброваскуляр шикастланиш ўчоғига мос сезги бузилишлари соҳасига қисман ёки тўлиқ мос келади [15]. Кўпгина невропатик оғриқларга хос белги бу оғриқ жойлашган соҳада сезги пасайиши ёки гипералгезия билан бирга келишидир [15]. Марказий постинсульт оғриққа хос феноменлардан бири механик ёки ҳарорат таъсир этганда оғриқнинг кучайишидир [10]. Марказий инсультдан кейинги марказий

оғриқлар ва бошқа марказий, ҳамда периферик оғриқлар клиник белгилари ўхшаш [14]. Инсультдан кейин невропатик оғриқлар билан бир қаторда суяк- мушак оғриқлари (40%), елкада оғриқ (20%), бош оғриғи (10%), мушаклар спастикаси сабабли юзага келувчи оғриқлар (7%) ҳам кузатилиши мумкин. Марказий постинсулт оғриқлар патогномоник хусусияти ёки кўрсаткичи йўқ, у бирдан ўз- ўзидан ёки бирор таъсирловчи натижасида келиб чиқади. Дизэстезия 85% беморда кузатилиб, ўртача интенсивлиги ўн балли шкала бўйича 3 баллдан 6 баллгача кўрсаткични беради [2]. Қатор тадқиқотларда шикастланиш ўчоғи бош мия устунни ёки таламусда жойлашганда юқори интенсивликдаги оғриқлар юзага келишини кўрсатган бўлса [15], қолган маълумотларга кўра инсультдан кейинги марказий оғриқлар яққоллиги таламик ва ноталамик шикастланишларда фарқланмаслиги кўрсатиб ўтилди [2]. Спонтан оғриқлар интенсивлиги кўп ҳолларда қатор ички ва ташқи омиллар, жумладан совуқ, иссиқда кучайиб, дам олганда ёки диққат бошқа нарсага жалб қилинганда пасайганлиги аниқланган [15]. Доимий спонтан оғриқлар бемор томонидан кўпинча ачиштирувчи, куйиштирувчи, совуқ, босувчи сифатида таърифлаб берилса, даврий оғриқлар ёрувчи ва отувчи хусусиятга эгадир [12, 15]. Инсультдан кейинги марказий оғриқлар бемор ҳаёт сифати бузилишига олиб келади, реабилитацияни қийинлаштиради, уйқунинг ёмонлашувига олиб келиб, бемор руҳиятига салбий таъсир этиши оқибатида суицид ҳолатларига олиб келиши мумкин [7, 8]. Невропатик оғриқлар ўз- ўзидан бемор ухлашига таъсир этолмайди, бироқ беморлар кучли оғриқ таъсирида бирдан уйқудан уйғонишига олиб келиши мумкин. Оғриқ соҳасида бемор териси, тери ости ёғ клетчаткаси, соч, тирноқда трофик ўзгаришлар кузатилиши, мушак тонуси ўзгаришлари ёки маҳаллий вегетатив бузилишлар бўлиши мумкин.

Инсулт ва инсультдан кейинги марказий оғриқлар пайдо бўлиш вақти турлича бўлиши мумкин. Оғриқ инсультдан кейин дарҳол кузатилиши ёки бир неча йиллардан кейин кузатилиши мумкин, бироқ кўп ҳолларда оғриқ инсулт ўтказгандан кейинги биринчи бир неча ойда пайдо бўлади [13].

Оғриқ синдромининг кечроқ пайдо бўлиши оғриққа сабаб бўлиши мумкин бўлган бошқа сабабларни, жумладан такрорий инсультни инкор этишни талаб қилади. Инсультдан кейинги марказий оғриқлар ишемик ва геморрагик инсультлардан кейин пайдо бўлиши мумкин. Ўтказилган тадқиқотларнинг бирида инсультдан кейинги оғриқлар бўлган беморларнинг 13 тадан 4 нафарида мия ичига қон қуйилишидан кейин кузатилганлиги аниқланган [14]. Муаллифлар бу ҳолатда оғриқ сабаби таламусга қон қуйилиши деган хулосага келишган. Невропатик оғриқлар шаклланиши механизмларини тушуниш борасида сезиларли юксалиш бўлишига қарамай, йиғилган маълумотлар қатор экспериментал тадқиқотлар ва клиник маълумотлар орасида туғиладиган саволларга тўлиқ жавоб бериш имконини бермайди. Шундай қилиб, невропатик оғриқ ноцицептив тизим шикастланишлари барча ҳолатларида ҳам кузатилмаслиги мунозараларга сабаб бўлмоқда. Оғриқ пайдо бўлиши учун фақатгина ноцицептив тизим шикастланиши сабаб бўлиши ҳақидаги маълумотлар нотўғрилигини исботлайди, демак оғриқ сезгиси бошқарилиши ва унинг дезорганизациясига олиб келувчи қанақадир бошқа омиллар ҳам мавжудки, уларни аниқлаш вақт талаб қилади.

Инсультдан невропатик оғриққа қарши курашиш учун медикаментоз ва номедикаментоз усуллардан фойдаланилади. Номедикаментоз усуллардан антиноцицептив тизим фаоллигини кучайтирувчи услублар қўлланилади. Буларга биологик қайта алоқа, тери орқали электронейростимуляция, орқа мия стимуляцияси, физиотерапия, психотерапия киради. Айрим ҳолларда оғриқсизлантирувчи блокада, ҳамда даволашнинг нейрохирургик усуллари (орқа илдизча чиқиш жойини бузиш)дан фойдаланилади. Нейропатик оғриқлар фармакотерапияси сифатида маҳаллий анестетиклар, марказий миорелаксантлар, антиаритмик воситалар, антидепрессантлар ва антиконвульсантлар ишлатилади. GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation) ва Оксфорд тадқиқотлари невропатик оғриқларда қуйидаги дори воситалари самарадорлигини тасдиқлади: трициклик антидепрессантлар, серотонин ва норадреналин

кайта қамраб олиниши ингибиторлари (СИОЗС), прегабалин, габапентин, энакарбил, бошқа антиконвульсантлар (карбамазепин, окскарбазепин, топирамат, лакосамид, зонизамид), трамадол, опиоид анальгетиклар, каннабиноидлар, 5% лидокаинли пластырь, капсаицин, ботулотоксин А типи, NMDA-рецепторлари антогонистлари, мексилетин.

Ўзбекистоннинг ижтимоий- демографик ва иқтисодий хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда аҳоли орасида ўлим кўрсаткичини пасайтириш мақсадида турли дастурлар ишлаб чиқилган (Хайдаров Н.К., 2019; Рўзиев Ш.С., 2021; Бобоқулов Г.Д., 2021). Ўзбекистонда ўтказилган тадқиқотларда инсультдан кейинги оғриқларда дори воситасининг дорисиз даволаш усуллари билан комбинацияси ўрганилмаган. Инсультдан кейинги оғриқлар мавжуд беморларга тиббий ёрдам кўрсатиш сифатини ошириш, реабилитация самарадор усуллари топиш, беморларни олиб боришнинг ягона тамойилини ишлаб чиқиш зарурати ушбу тадқиқот мавзусини танлашимизга асос бўлди.

Литература/ References

1. Амирджанова В.Н. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36. //Научно- практическая ревматология №1, 2008.С. 36-48
2. Закирова Э.Н. Качество жизни больных мигренью и головными болями напряжения: дис. ...канд.мед.наук/ УФА,2009.-126 стр.
3. Илларионова Е.М. Связь качества жизни больных с системным головокружением с наличием тревожности и депрессией. // Журнал неврологии и психиатрии, 8, 2011. Стр 50-53.
4. Ромашкина А.В. Факторы, определяющие качество жизни пациентов с последствиями боевой черепно- мозговой травмы // Вестник Оренбургского университета 2015 №3 (178). Стр. 223-227.
5. Авксентюк А.В. Лорноксикам (ксефокам) – новый нестероидный противовоспалительный препарат с интенсивным и пролонгированным анальгетическим эффектом. Междунар. неврол. журнал, 2005, 3: 39-44.
6. Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В., Теленков А.А. Постинсультные болевые синдромы. Неврология сегодня, 2016, 1: 67-70.
7. Каратеев А.Е., Насонов Е.Л., Яхно Н.Н., Ивашкин В.Т. и др. Клинические рекомендации Рациональное применение противовоспалительных препаратов (НПВП) в клинической практике. Современ. Ревматология, 2015, 1: 4-34.
8. Стаховская Л.В. Осложнения и последствия инсультов. Диагностика и лечение ранних и поздних нарушений функции / под ред. Г.Я.Юнгхельзинга, М.Эндреса ; пер. с нем. под ред.. – М. : МЕДпресс-информ, 2017. – 264
9. Строков И.А., Головачева В.А., Фокина А.С. Прегабалин в терапии болевой диабетической полиневропатии // Русский медицинский журнал. 2013. № 9. С. 422–427.

10. Шевченко Е.В., Пилипович А.А., Данилов А.Б. Лорноксикам (Ксефокам) в терапии болевого синдрома. *РМЖ*, 2012: 23-31
11. Sanchis MN, Lluch E, Nijs J, Struyf F, Kangasperko M. The role of central sensitization in shoulder pain: A systematic literature. *Pain Physician*, 2016 Nov-Dec, 19(8): 565-574.
12. Hoang CL, Salle JY, Mandigout S, Hamonet J, Macian-Montoro F, Daviet JC. Physical factors associated with fatigue after stroke: an exploratory study. *Top Stroke Rehabil*, 2012, 19: 369- 376.
13. Tang WK, Liang H, Mok V, Ungvari GS, Wong KS. Is pain associated with suicidality in stroke? *Arch Rhys Med Rehabil*, 2013, 94: 863-866.
14. Harrison RA, Field TS. Post stroke pain: identification, assessment, and therapy. *Cerebrovasc Dis*, 2015, 39(3-4): 190-201.
15. Sommerfeld DK, Welmer AK. Pain following stroke, intially and 3 and 18 months after stroke, and association with other disabilities. *Eur J Neurol*, 2012, 19: 1325-1330.

УДК: 616.311-004.8 : 576.7-092

ПРИМЕНЕНИЕ КЛЕТОЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕФЕКТОВ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА

(Литературный обзор)

Юлдуз ХУСАНОВА

м.н.с, Ташкентский государственный стоматологический институт

Ташкент, Узбекистан

kh.yulduz31@gmail.com

THE USE OF CELLULAR TECHNOLOGIES IN THE TREATMENT OF DEFECTS IN THE ORAL MUCOSA

(Literature review)

Yulduz KHUSANOVA

j.r. Tashkent State Dental Institute

Tashkent, Uzbekistan

kh.yulduz31@gmail.com

OG'IZ SHILLIQ QAVATIDAGI NUQSONLARNI DAVOLASHDA HUJAYRA TEXNOLOGIYALARIDAN FOYDALANISH

Yulduz KHUSANOVA

к.и.х., Тошкент давлат стоматологик институти

Тошкент, Ўзбекистон

kh.yulduz31@gmail.com

АННОТАЦИЯ

В статье представлены современные направления биотехнологий и рассмотрены значение, классификация, методы получения, культивирования и особенности применения клеток для терапии дефектов слизистой полости