



QARIYALARDA YUZ OG'RIG'INI ANIQLASH VA DAVOLASH YONDASHUVLARI

UDK: 616.853.432-092

Amonova Zaxro Kaxramonovna

*Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti, Nevrologiya kafedrasi Dotsenti,
tibbiyot fanlari nomzodi*

Amonova Zilola Kaxramonovna

EMU, Stomatologiya fakulteti, 3-bosqich talabasi

Annotatsiya: Mazkur ilmiy ishda yuz sohasidagi og'riqlar, ayniqsa keksa yoshdagi bemorlarda uchraydigan uch shoxli nerv nevrалgiyasi (USHN)ni tashxislash va davolashga ko'p tarmoqli yondashuv yoritilgan. Tadqiqot 2019–2020 yillarda Samarqand shahridagi xususiy nevrologik klinikaga yuz og'rig'i shikoyati bilan murojaat qilgan 59 nafar bemor holatiga asoslangan. Kompleks diagnostika ishlari olib borilgan: nevrologik tekshiruv, maxsus tuzilgan so'rovnomalar, og'riq baholash shkala (VAS, Mak-Gill), MRT va UZDG. Tadqiqotda bemorlarning klinik belgilarida og'riqning yuqori intensivligi, gipersezuvchanlik va emotsional beqarorlik aniqlangan. Shuningdek, og'riq davomiyligi bilan miya tuzilmalaridagi morfologik o'zgarishlar o'rtasida bog'liqlik kuzatilgan. Ikki xil davolash usuli (Aflutop va Diprospan bilan terapiya, lokal blokadalar bilan steroidlar) solishtirildi. Aflutop va Diprospan bilan uzoq muddatli davolash samarali bo'lib, og'riqni kamaytirishi, antikonvulsantlar va analgetiklarga ehtiyojni kamaytirishi, og'riqning qaytalanishini oldini olishi aniqlangan. Mualliflar yuz og'rig'ini davolashda bemor yoshi va kasallikning rivojlanish mexanizmini inobatga olgan holda kompleks yondashuv zarurligini ta'kidlaydilar.

Kalit so'zlar: yuz og'rig'i, uch shoxli nerv, keksa bemorlar, nevrалgiya, Aflutop, Diprospan, lokal blokada, ko'p tarmoqli yondashuv, MRT, surunkali og'riq.



УДК: 616.853.432-092

Амонова Захро Кахрамоновна

Доцент кафедры неврологии Самаркандского государственного
медицинского университета, к.м.н.

Амонова Зилола Кахрамоновна

Студентка 3го курса Стоматологического факультета ЕМУ

Мультидисциплинарный подход к лечению лицевых болей у пожилых

Аннотация: В представленной работе рассматривается мультидисциплинарный подход к диагностике и лечению лицевой боли у пожилых пациентов, преимущественно обусловленной невралгией тройничного нерва (НТН). Исследование основано на анализе 59 клинических случаев пациентов, обратившихся с жалобами на лицевую боль в частную неврологическую клинику г. Самарканда в 2019–2020 гг. Проведена комплексная диагностика, включающая неврологическое обследование, анкетирование, шкалы оценки боли (ВАШ, Мак-Гилл), МРТ и УЗИ. Выявлены типичные клинические признаки, характерные для пожилых пациентов: высокая интенсивность болевого синдрома, гиперчувствительность, эмоциональная лабильность. Установлена связь между стажем заболевания и выраженностью морфологических изменений в структурах мозга. В сравнительном анализе эффективности двух терапевтических подходов (инъекции Афлутона с Дипроспаном и местные блокады с лидокаином и дексаметазоном) выявлено, что первая схема обеспечивает более стойкий эффект, снижая потребность в анальгетиках и предотвращая рецидивы боли. Авторы делают акцент на необходимости комплексного подхода к терапии с учетом патофизиологических особенностей заболевания и возраста пациента.



Ключевые слова: *лицевая боль, тройничный нерв, пожилые пациенты, невралгия, Афлутон, Дипроспан, региональная блокада, мультидисциплинарный подход, МРТ, хроническая боль.*

UDC: 616.853.432-092

Amonova Zakhro Kakhramonovna Doctor of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Neurology, Samarkand State Medical University

Amonova Zilola Kakhramonovna 3rd year student at the Faculty of Dentistry of the EMU

Approaches to the Diagnosis and Treatment of Facial Pain in the Elderly

Annotation: This study focuses on a multidisciplinary approach to the diagnosis and treatment of facial pain, particularly trigeminal neuralgia (TN) in elderly patients. The research is based on the analysis of 59 clinical cases from patients who presented with facial pain at a private neurological clinic in Samarkand during 2019–2020. A comprehensive diagnostic process was carried out, including neurological assessments, specially developed questionnaires, pain rating scales (VAS, McGill), MRI, and Doppler ultrasound. The study revealed that patients often experienced high-intensity pain, hypersensitivity, and emotional lability. A correlation was observed between the duration of symptoms and structural brain changes. Two therapeutic approaches were compared: long-term treatment with Aflutop and Diprosan versus local steroid injections (blockade therapy). The first approach provided more sustained relief, reduced the need for anticonvulsants and analgesics, and minimized recurrence of pain. The authors emphasize the importance of a comprehensive treatment strategy tailored to the pathophysiology and age-related specifics of the condition.

Keywords: *facial pain, trigeminal nerve, elderly patients, neuralgia, Aflutop, Diprosan, local blockade, multidisciplinary approach, MRI, chronic pain.*



МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ЛИЦЕВЫХ БОЛЕЙ У ПОЖИЛЫХ

Боль в области лица, лицевая боль или орофациальная боль, по данным Международного сообщества по вопросам боли, составляет около 20% всего населения планеты (1, 5). В гендерном различии соотношение женщин по отношению к мужчинам в пределах 2:1. Детальное эпидемиологическое исследование ученых за последние 10 лет (2, 6), указывают на причину боли в лице (3, 7), в большинстве своем, невралгия тригеминального нерва. Параллельные исследования в этой области (LASP, 2019), представлены по результатам масштабного изучения хронической боли в лице, доказав существование идиопатической персистирующей лицевой боли, встречающаяся практически более 6% из всех лицевых болей (4, 8). Такая неоднозначность, связана прежде всего, достаточно сложным анатомо-топографическим строением лица, с большим количеством костно-мышечных особенностей, извилистой структурой сосудистых пучков, зависящих еще и от индивидуально наследственной предрасположенности. Вопросами лицевой боли занимаются специалисты различного профиля: стоматологи, челюстно-лицевые хирурги, неврологи, психиатры, травматологи, оториноларингологи и т.д., что затрудняет формирование четкой нозологии данного заболевания (3, 4, 6). Многие ученые склоняются к тому, что основным патомеханизмом болей в лице, является нарушением взаимоотношений нескольких параметров мышц, кости, окклюзий, прилегающих суставов, психоэмоциональной лабильности, возрастной деформации челюсти, пародонтоз и т.д. (94). Характер самого болевого синдрома, также не однозначный, хронизация процесса по срокам формирования, как и частота рецидивов заболевания, независимых от возраста, климатических условий (1, 5, 7). Мультидисциплинарность проблемы затрудняет формирование четкой классификации, а противоречивость типов боли, мешают возможности проведения терапии в рамках стандартных



ограничений. Следовательно, поиск новых ответов на поставленные вопросы диагностики, клиники, новых подходов терапии, является актуальной проблемой неврологии.

Цель. Проанализировать клинико-дифференцированную диагностику лицевой боли при невралгии тригеминального нерва с последующей разработкой алгоритма лечения.

Материал и методы исследования. Основание для оценки результата работы послужили пациенты, обратившиеся в частную неврологическую клинику г.Самарканда с жалобами на боли в лице, за период 2019-2020 гг. Критерием для включения в исследование было наличие боли в области лица. Критериями для исключения в исследование, явились врожденные аномалии лицевой кости; пациенты имеющие в анамнезе онкологическое заболевание; пациенты перенесшие COVID-инфекцию; пациенты, которым в течение 3-х месяцев ранее, провели протезирование и наращивание на штифт зубов. Общее количество обратившихся пациентов за 3 года составило 112 человек. Путем углубленного сбора анамнеза, пациенты были отобраны для исследования в количестве 59 человек. В большинстве случаев обращение оказалось не профильным или на данный период имели коморбидный фон, нуждающийся в лечение многопрофильного стационара (артериальная гипертензия, сахарный диабет, хронический бронхит и т.д.). Женщин в группе обследования 39, мужчин 20 человек, средний возраст обследованных составил 63 ± 3 года. С учетом поставленной цели, для доказательности проведенного исследования, взята на рассмотрение группа сравнения 26, по идентичному возрасту и гендерной принадлежности, где женщины составили разницу 2:1, что совпадает с литературными данными за последние десятилетие (2, 5, 7, 8). Продолжительность заболевания у обследованных занимает объемную переменную от 1 месяца до 9 лет, в связи с этим пациентам определили среднюю величину стажа заболевания на момент осмотра $6,5 \pm 3,5$ лет. Важной составляющей для дифференциальной диагностики, необходимость глубокого



анализа жалоб; анамнеза; неврологического статуса пациентов, что было первостепенным этапом из методов диагностики. Уточнение факторов приведенных к лицевой боли, длительность приступов боли, особенность индивидуального (ранее, в домашних условиях) купирования боли, проводилось с помощью анкетирования, составленного произвольно, конкретно для данной работы. Следующим этапом обследования, проводилось определение характера и интенсивности боли по шкалам: шкала ВАШ (визуально-аналоговая шкала), шкала Мак-Гелла (VHQ), шкала BNT(). Параклинические методы исследования включали МРТ (МСКТ) головного мозга, шейного отдела позвоночника; УЗИ сосудов, ЭНМГ. Тест (Гамбургского) в сомнительных случаях использовали для оценки и дифференциального анализа зубо-челюстной патологии. Статистическая обработка материала обрабатывалась на индивидуальном компьютере, со стандартными показателями критерий Стьюдента.

Результат исследования. Клинический характер боли в лице, отмечался полиморфностью. Продолжительность боли в среднем у представителей вошедших в исследование имел промежуток от нескольких часов сутки до 3 (4) месяцев. Фактором, способствующему болевому синдрому, пациенты четко не могли определить, в 20% случаях объясняли переохлаждением (в особенности, после купания в бане или долгим нахождением в теплом помещении, душном салоне автомобиля). В 90% случаях пациенты отмечали внезапное начало боли, по типу «кинжальной боли», или «укол острым предметом», «удара током». Боль присутствовала в дневное время, но к вечеру усиливалась. Пациентам приходилось ограничивать себя в разговоре (при открывании рта, болевой синдром обострялся). Прибегали к помощи мазей, обезболивающих препаратов лекарственных, кому-то помогал компресс. На момент осмотра высота интенсивности боли по шкале ВАШ находилась в пределах от 7 до 9 баллов. В 50% случаях, обследованные больные ощущали боль, только при



«надавливание» на лицо. В 100% случаях, траектория точек выхода тройничного нерва указывала на болевой признак. В 62% эта зона верхнечелюстной области, вокруг носа в 10% случаях; остальные пациенты описывали болевые зоны во всей половине лица, то есть, сам факт прикосновения пугал больных; просьба на осмотр зоны болевой воспринимался эмоционально, чаще отказом. Исследование чувствительности в 100% случаях, выявила гиперчувствительность. В связи с этим, было необходимо изучить оценку боли по опроснику Мак Гилла, где на первичном уровне выступают сенсорные расстройства. Так, по данным опросника, сенсорный регистр интенсивности боли показал предел $7 \pm 2,1$, а суммарный регистр интенсивности боли, по показателям $16 \pm 4,5$. Таким образом, возраст пациентов с невралгией тройничного нерва превышал средний, за 60 лет, помимо этого, интенсивность боли по ВАШ превышала цифры 8 балла, но промежуток боли не превышал 5 минут; иррадиация боли, находилась в пределах точек выхода тройничного нерва, в то же время, характерной особенностью болевого синдрома считается эмоциональная лабильность, гиперчувствительность и высокий уровень регистра интенсивности боли по Мак-Гиллу. Все это сочетание обуславливает проведение симптоматического параклинического диагностического выбора и дальнейшей тактики лечения.

МРТ исследование на сегодняшний день, является золотым стандартом в диагностике. Для исключения нейроваскулярного конфликта и сосудистых аномальных расстройств, мальформации. Помимо этого, возрастной тенд пациентов обязывает исключения хронических изменений мозговой структуры, проведено МРТ головного мозга (целенаправленно на уровень режима ангиографии). При проведении МРТ головного мозга выявлены изменения сосудистого характера, у всех пациентов, дисциркуляторная энцефалопатия; признаки углубления борозд на поверхности конвексимальной (в 70% случаях), интересно, что у пациентов с длительным стажем болевого синдрома, данный признак намного ярче и более



выраженный, практически в 2 раза ($p=0,05$), в области височной в 25% случаях. У одного пациента выявлена киста в височной области, идиопатического генеза (возможно случайная находка). Признаки энцефаломалиции, также были частыми у обследованных пациентов, очаги в субкортикальной и перивентрикулярных областях, в виде изменений вокруг боковых желудочков, не равномерные извитости по оси боковых желудочков в 47,3%; лейкориоз в 56,5% случаях, как рассеянные, так и сливающиеся воедино в структуре белого вещества. В 76,2% отмечены лакунарные очаги инфарктов, с очагами глиоза в 30%, и перифокального отека; опять же, у пациентов с длительным стажем лицевой боли, все признаки выявлены в более углубленном и выраженном ракурсе, и имели корреляционную связь с частотой длительностью и стажем болевого синдрома ($r=0,55$). Таким образом, обнаруженные знаки на МРТ головного мозга, указывают на процесс хронической недостаточности структуры головного мозга, становясь причиной и фактором сосудистой недостаточности неврологии тригеминального нерва у пожилых. Изучение костной структуры лица у пожилых, представляет интерес, как следствие доказательного остеопороза у данной категории больных с лицевой болью. Метод компьютерной (МРТ) ангиографии в формате 3D, данное исследование прошли 19 человек, метод позволил определить уровень размера точек выхода тройничного нерва, где за счет возрастных деформаций и избыточного остеогенеза идет утолщение стенок, сужение канала подглазницей, то есть имеет место факт компрессионно-туннельного синдрома. Прежде чем, приступить к выбору терапевтической тактике, необходимо было изучить уровень гемодинамики церебральных артерий, для этого использовали метод диагностики УЗДГ. В 50% случаях показали уровень снижения кровотока в отделах экстракраниальных, со значимой асимметрией сторон. Снижение ЛСК на основном стволе по правой стороне чаще, снижение кровотока в ПА и асимметрией до 40%. Помимо этого, уровень снижения ЛКС по задней мозговой артерии доходил до 27%, когда по ПА до 21%. Все эти показатели



подтверждают уровень изменения гемодинамики у пожилых пациентов с лицевой болью.

В соответствии с поставленной целью, пациентам пожилого возраста с НТН, было необходимо купирование болевого синдрома. В связи с этим пациенты в равной степени возрастного и гендерного соотношения разделены на две группы. Первая группа пациентов к общему традиционному лечению получала Афлутоп по 2мл в/м через день, в течении 2-х месяцев, и через каждый 14 дней в/м дипроспан, в общей сложности 3 (4) инъекции на курс. Вторая группа, к комплексной терапии, получали инъекции стероидов в малых дозах, в точных заранее определенных как классическая акупунктура, помимо этого, в период острого состояния боли, дополнительно использовали по тем же точкам раствор лидокаина (принцип блокады); Лидокаин 2% 1мл, дексаметазон 0,5мл. Применение изложенных методов лечения указывают зарубежные авторы в своих исследованиях (Mchaonrab A., 2015; Romero-Reyes M., 2014). Повторное исследование проводилось через неделю, и через 3 мес. после проведенной терапии. Во 2 группе интенсивность боли, через неделю уменьшилась, частота болевых приступов уменьшилась на 35%; к концу 3 месяцев, в 49% случаях боль в лице купирована, в 5% соответствовало 2-3 баллам, в остальных случаях болевой синдром сохранялся, особенно в ночное (вечернее) время. Пациентам приходилось использовать таблетизированные анальгетики; карбамазепин (200мг), что вызывало сонливость, нарушалась концентрация внимания. В первой группе, в первую неделю, мало эффективное ощущение, боль составила у всех пациентов в среднем $3,3 \pm 0,9$ балла. Пациенты параллельно прибегали к использованию нестероидных (НПВС) препаратов; приему карбамазепина до 400мг в сутки. К концу 3 месяца, полный регресс ощутили 90% пациентов, интенсивность боли в среднем $1,0 \pm 0,1$ балла по ВАШ, не было необходимости в дополнительном применении анальгитических препаратов, карбамазепина. Оценка по данным опросника Мак-Гилла, показала динамику в лучшую сторону в обеих группах,



после полного курса лечения, но менее выраженная динамика отмечена во 2 группе.

Таким образом, в случае лечения 2 группы, отмечено быстрый эффект, но интенсивность боли, повторяется через короткий промежуток времени. В 1 группе, изначально, эффективность примененной терапии незначительна, но высокий положительный эффект наблюдается по истечению длительного применения, что позволяет не только обезболить, но и уменьшить прием антиконвульсантов, препаратов НПВС, и главное, позволяет снизить вероятность повторных болевых пароксизмов, осложнений, сохраняет физическую и психоэмоциональную активность

Сопоставление результатов обследованных пациентов в пожилом возрасте с болевым синдромом в лице, неврологией тройничного (тригеминального) нерва, выявлены особенности. Болевые пароксизмы отличаются высокой интенсивностью, чаще всего локализация отмечена в подглазничной области, что затрудняет диагностику с прозоноалгией, связанной стоматологическими причинами. Болевой синдром затрудняет речь, жевание, иррадирует в область головы и шеи на стороне болевого пароксизма. Использование МРТ (КТ ангиографии) позволяет определить изменения и деформацию, связанную с возрастом, наличие и уровень остеопороза, где патологический процесс нарушает объемы отверстия тригеминального нерва, создавая тем самым компрессионно-туннельный синдром, влияющий на характер интенсивности боли. Лечение лицевой боли необходимо проводить с позиции механизма развития. Так, в начальных этапах для быстрого купирования болевого синдрома рекомендуется применение блокады (региональная анестезия), в дальнейшем длительное использование препарата Афлутоп совмещенный с препаратом Дипроспан, дает длительный положительный эффект купирования боли, и как следствие, исключает вероятность повторных болевых пароксизмов высокой интенсивности, уменьшает прием лекарственных препаратов антиконвульсантов



(антидепрессантов); препаратов НПВС. Исследование комплексного подхода к лечению НТН у пожилых, рекомендует включение препарата Афлутоп в базисную терапию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карпов С.М., Хатуева А.А., Христофорандо Д.Ю. Вопросы лечения тригеминальной невралгии // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 1.
2. Раянова Г.Ш., Ахмадеева Л.Р. Дифференциальная диагностика лицевых болей. РМЖ. 2019;9: с. 16-19.
3. Matchanov G.T., NiyozovSh.T., JurabekovaA.T. Clinical and pathogenetic features of neuralgia of trigeminal nerve in patients of the elderly and senile age // **American Journal of Medicine and Medical Sciences 2022, 12(5): 573-578. DOI: 10.5923/j.ajmms.20221205.25**
4. Походенько-Чудакова И.О., Чудаков О.П. Классификация заболеваний системы тройничного нерва // Ж/ Проблемы здоровья и экологии. 2006, с/ 85-90
5. ШаровМ.Н., ФищенкоО.Н., МаксимоваМ.Ю., ШестельЕ.А.Место лицевых болей в структуре неврологических заболеваний: изыскание новых терапевтических возможностей // <https://www.lvrach.ru/2012/10/15435560>
6. Артюшкевич А.С., Руман Г.М., Дривотинов Б.В., Адащик Н.Ф. Лицевые боли// Ж. Современная стоматология, 2011 ,с/ 5-7
7. Гаджиев А.М., Амирчупанов М.Д., Апагуни А.Э., Карпов А.С., Ивлева А.Д., Хатуева А.А. Вопросы классификации и клинической картины лицевых болей в историческом аспекте // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 4.
8. Болевой синдром // РМЖ, 2019 № 9