

ТРИГЕМИНАЛ НЕВРАЛГИЯЛАРНИ ДАВОЛАШДА ФИЗИОТЕРАПЕВТИК МУОЛАЖАЛАРНИНГ АҲАМИЯТИ

Абдуллаева М.Б.¹, Чориева Ф.Э.², Ядгарова Л.Б.³

¹ PhD, Асаб касалликлари. Халқ табobati кафедраси доценти, Тошкент давлат стоматология институти, <https://orcid.org/0000-000171975604>

² Асаб касалликлари. Халқ табobati кафедраси ассистенти, Тошкент давлат стоматология институти, <https://orcid.org/0009-0000-7665-7744>

³ Асаб касалликлари. Халқ табobati кафедраси ассистенти, Тошкент давлат стоматология институти, <https://orcid.org/0009-0003-1452-8869>

АННОТАЦИЯ

Ўткир ва сурункали оғриқни даволашда паст интенсивликдаги лазер нурланишининг таъсири ҳозирда кўплаб тадқиқотларда аниқланган. Тригеминал невралгия-бу нерв шохлари орқали ўтадиган оғриқ ва унинг қўзғатувчиси терида ёки шиллиқ қаватида жойлашган бўлиб, бу қўзғатувчи стимул мавжуд бўлганда оғриққа олиб келиши мумкин. Оғриқда тригеминал нервнинг шохлари иштирок этади, бу баъзида беморларни бир неча йил давомида даволанишга олиб келади. Ҳозирги вақтда оғриқни йўқотиш учун турли хил даволаш усуллари қўлланилади, уларнинг аксарияти толерантлик ва турли хил ножўя таъсирларни келтириб чиқаради. Ушбу мақола ушбу турдаги лазерларнинг тригеминал невралгияга таъсирини ўрганади, бу маълум бўлган энг оғриқли касалликлардан биридир. Турли тадқиқотларда лазер терапиясининг таъсири плацебо нурланиши ёки дори ва жарроҳлик муолажалар билан таққосланган. Паст интенсивликдаги лазер терапияси (ЛРТ) - бу битта тўлқин узунликдаги ёруғлик манбасидан фойдаланадиган даволаш стратегияси. Лазер нурланиши ва монохроматик ёруғлик хужайралар ва тўқималарнинг фаолиятини ўзгартириши мумкин. Бироқ, кўпгина тадқиқотларда лазер терапияси бошқа даволаш стратегияларига нисбатан оғриқ интенсивлиги ва частотасининг сезиларли даражада пасайиши билан боғлиқ эди ва бир нечта тадқиқотлар шуни кўрсатдики, лазер гуруҳи ва плацебо гуруҳи ўртасида аналгетик таъсир жиҳатидан сезиларли фарқ йўқ эди. Тригеминал невралгияни ҳеч қандай ножўя таъсирларсиз даволашда паст интенсивликдаги лазер терапиясини кўриб чиқиш мумкин.

Калит сўзлар: тригеминал нерв, невралгия, лазер, паст даража.

Иқтибослик келтириш учун:

Абдуллаева М.Б., Чориева Ф.Э., Ядгарова Л.Б. Тригеминал невралгияларни даволашда физиотерапевтик муолажаларнинг аҳамияти. *Интегративная стоматология и челюстно-лицевая хирургия*. 2024;3(2):244–254. <https://doi.org/10.57231/j.idmfs.2024.3.2.030>

IMPORTANCE OF PHYSIOTHERAPEUTIC PROCEDURE IN THE TREATMENT OF TRIGEMINAL NEURALGIA

Abdullaeva M.B.¹, Chorueva F.E.², Yadgarova L.B.³

¹ PhD, Associate Professor of the Department of Nervous Diseases. Folk Medicine Tashkent State Dental Institute, <https://orcid.org/0000-000171975604>

² Assistant, the Department of Nervous Diseases. Folk Medicine, Tashkent State Dental Institute, <https://orcid.org/0009-0000-7665-7744>

³ Assistant, the Department of Nervous Diseases. Folk Medicine, Tashkent State Dental Institute, <https://orcid.org/0009-0003-1452-8869>

ABSTRACT

The effect of low-intensity laser radiation in the treatment of acute and chronic pain has now been established in many studies. Trigeminal neuralgia is pain that passes through the branches of the nerve and its trigger is located in the skin or mucous membrane, which can lead to pain in the presence of a trigger stimulus. Branches of the trigeminal nerve are involved in the pain, which sometimes causes patients to seek treatment for several years. Currently, various treatments are used to relieve pain, most of which cause tolerance and various side effects. This article examines the effects of these types of lasers on trigeminal neuralgia, which is one of the most painful diseases known. In various studies, the effect of

laser therapy has been compared with placebo irradiation or drug and surgical treatments. Low-intensity laser therapy (LRT) is a treatment strategy that uses a single wavelength light source. Laser radiation and monochromatic light can alter the function of cells and tissues. However, in most studies, laser therapy was associated with a significant reduction in pain intensity and frequency compared to other treatment strategies, and several studies showed that there was no significant difference between the laser group and the placebo group in terms of analgesic effect. Low-intensity laser therapy can be considered in the treatment of trigeminal neuralgia without any side effects.

Keywords: trigeminal nerve, neuralgia, laser, low level.

For citation:

Abdullaeva M.B., Chorlieva F.E., Yadgarova L.B. Importance of physiotherapeutic procedure in the treatment of trigeminal neuralgia. *Integrative dentistry and maxillofacial surgery*. 2024;3(2):244–254. <https://doi.org/10.57231/j.idmfs.2024.3.2.030>

Тригеминал невралгияларнинг учраши ЖССТ маълумотларига кўра ҳар йилига 100 000 аҳолига 3-5 ҳолатни ташкил қилади, ўртача 4.5:100 000 (Лове С Соакҳман Ҳ.Б. 2001).

Трегеминал невралгияларнинг классик (бирламчи) ва иккиламчи турлари мавжуд. Классик тригеминал невралгиялар қисқа муддатли (бир неча сониядан 2-3 дақиқагача) электр токи уриши каби чидаб бўлмас оғриқларнинг бир томонлама хуружлари билан тавсифланади. Кўпинча тригеминал нервнинг иккинчи ва учинчи шохлари соҳасида ва жуда камдан-кам ҳолларда биринчи (Бош оғриғининг халқаро таснифи (3-нашр, бета-версия (МКГБ-3), 2013)) шохида кузатилади. ТН оғриқли пароксизмларнинг интенсивлиги ва частотаси одамнинг ақлий ва жисмоний чарчашига олиб келади, уни нормал иш ва шахсий ҳаётдан маҳрум қилади, кўпинча уни ишдан бўшатади (Закржевска Ж. М. ва бошқ, 2017).

Бугунги кунга қадар классик тригеминал невралгия патогенези бўйича мунозаралар давом этмоқда. Баъзи муаллифлар (Рай Б. Ва бош., 2005; Туббс Р.С. ва бош., 2009; Щедренко В.В. и др., 2014; Константинос Нацис ва бош., 2015; Лиур. Ва бош., 2016). Тригеминал нерв (ТН) чиқиш тешикларининг торайиши патогенетик аҳамиятга эга деб ҳисоблайди. Классик тригеминал невралгияларга бағишланган барча асарларда касаллик кекса ёшдаги беморларнинг кўпчилигида бошланиши таъкидланган, аммо бу факт учун ҳеч қандай изоҳ берилмаган.

Классик тригеминал невралгияларда нейроваскуляр тўқнашувда (НВК) иккита анатомик тузилма иштирок этади: тригеминал

нерв илдизи (ТНИ) ва артерия (кўпинча юқори церебелляр артерия (ЮЦА), камроқ пастки олд церебелляр артерия (ПОЦА) ва базиляр артерия (БА)). НВК пайдо бўлиши ушбу тузилмаларнинг кескин яқинлашиши ва артериянинг нейроваскуляр конфликтга травматик таъсирининг ошиши билан содир бўлади. Артериянинг нейроваскуляр конфликт урилиш кучи гидродинамиканинг физик қонунларига бўйсунди. Кексалиқда, эластиклигини йўқотган томирда, пулс тўлқинининг кучи томир диаметрини оширишга эмас, балки дистал елкаси ҳар бир систола билан нейроваскуляр конфликтга урилиб, демиелинизация механизмини ишга туширадиган артериал ҳалқани кенгайтиришга сарфланади (Балязина Е. В., 2015).

Ўз навбатида, қон томир деворларининг ригидлиги ошган атеросклеротик томир модификацияси эндотелиал дисфункция билан осонлашади (Дзау В.Ж., Гиббон Г.Н., 1991). Бундан ташқари, нейроваскуляр конфликт туфайли тригеминал нервнинг шишиши ва шунингдек, зиддиятли артерия деворлари шишиши мавжуд бўлиб, бу сиқилган томир томонидан нерв шикастланишининг ривожланишига, демиелинизацияланган нерв толалари сонининг кўпайишига ёрдам беради ва кучли оғриқ синдромининг пайдо бўлиши ва сақланишига сабаб бўлади.

Сабаби аниқланганда, даволаниш сабабни бартараф этишни ўз ичига олади. Бироқ, идиопатик ҳолатларда тиббий ва жарроҳлик даволашнинг турли усуллари кўриб чиқиш керак. Дори муолажаларига карбамазепин, фенитоин, баклофен, габапентин, окскарбазепин, ламотрижин, пимозид ва

тизанидин гидрохлориди киради.

Дори-дармонлар даволашнинг биринчи йўналиши бўлса-да, даволаниш даврида толерантлик ривожланиши мумкин ва дозани қўшимча ошириш керак бўлиши мумкин, бу эса кўпроқножўя таъсирга олиб келади. ТН мавжуд беморларининг тахминан 50% оғриқни тўлиқ назорат қилмаслик ёки дори-дармонларни қабул қилиш билан боғлиқ ножўя таъсирлар туфайли дори терапиясидан етарли натижа бўлмайди. Уйқучанлик, чарчоқ, бош айланиши, кўнгил айланиши, нистагмлар, хотирани йўқотиш ва чарчоқ карбамазепиннинг кенг тарқалган ножўя таъсири бўлиб, муқобил даволашни излашни талаб қилади.

Паст интенсивликдаги лазер терапияси (ПИЛТ) - бу битта тўлқин узунликдаги ёруғлик манбасидан фойдаланадиган даволаш стратегияси. Лазер нурланиши ва монохроматик ёруғлик хужайралар ва

тўқималарнинг фаолиятини ўзгартириши мумкин.

Паст интенсивликдаги лазер терапия тригеминал невралгияларни даволашда ҳеч қандай ножўя таъсирсиз ишлатилади. Клиник тадқиқотлар натижалари шуни кўрсатадики, паст интенсивликдаги лазер нурлари шикастланган нерв толасига таъсири натижасида нерв толаси функцияси яхшиланиши ва миелин ишлаб чиқариш фаолияти фаоллашувига олиб келади. Лазер терапиясининг аниқ тафсилотларини ўз ичига оладиган усуллар билан олиб борилган тадқиқотимиз натижаларини кўриб чиқамиз.

Клиник тадқиқотимиздан 100 нафар бемор иштирок этиб, уларнинг ўртача ёши 23-80 ёшни ташкил қилган. Беморларнинг ёши ва жинси бўйича тафовутлари 1-жадвалда тасвирланган.

1-жадвал

Беморларнинг ёши ва жинси бўйича кўрсаткичлари

Ёши	Эркаklar		Аёллар		Жами	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
20-29 ёш	6	15	5	8,3	11	11
30-39 ёш	10	25	2	3,3	12	12
40-49 ёш	1	2,5	8	13,3	9	9
50-60 ёш	8	20	20	33,3	28	28
61-70 ёш	8	20	20	33,3	28	28
71-80 ёш	7	17,5	5	8,3	12	12
Жами	40		60		100	

1-жадвалга асосан эркаklar 40%, аёллар 60% ни ташкил қилиб, эркаklarга нисбатан аёллар 1.5 барабар кўпроқни ташкил қилади. 70% беморлар катта ёшдаги ва кекса ёшдаги беморлар бўлиб, эркаklar ўртача $50,8 \pm 19,05$ ёшда, аёллар эса ўртача $55,5 \pm 13,03$ ёшда бўлган.

Соматик ҳолатни текшириш шуни кўрсатадики, 70 (70%) беморда соматик патологиялар кўринишида артериал гипертензия 65 (65%) та беморда, 28 нафар беморда ишемик юрак касаллиги (28%) кўринишида намоён бўлган (3 нафари илгари миокард инфарктига учраган). 4 (4%) кузатувларда қандли диабет касаллиги қайд этилган.

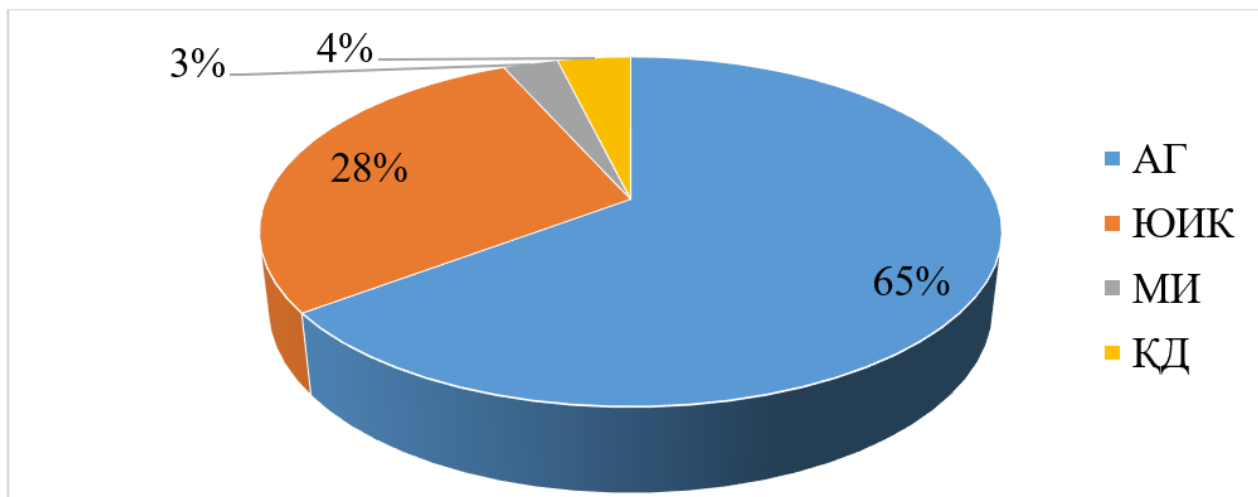
Шуни таъкидлаш керакки, худди шу беморда

икки ёки ундан ортиқ соматик касалликлар комбинацияси бўлиб, бу айниқса юрак-қон томир касалликларига хос.

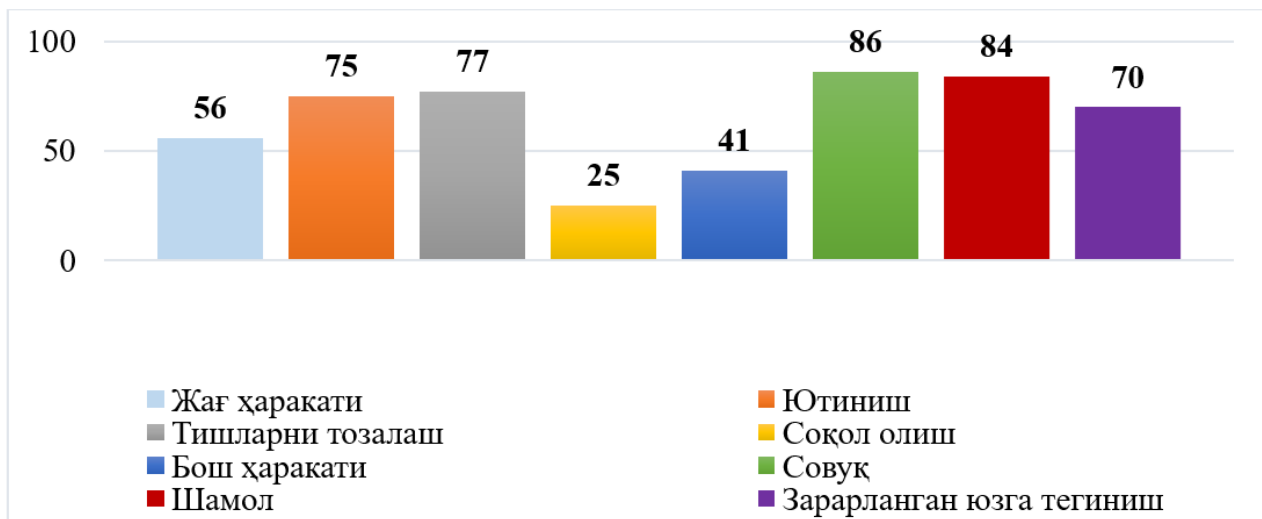
Ёшга оид таҳлилда кекса ва кекса ёшдаги соматик патология деярли 75% ҳолларда содир бўлиши қайд этилди.

Аксарият тадқиқотда иштирок этган беморларда коморбид касалликлари мавжуд эди: юрак қон-томир касалликлари: юрак ишемик касаллиги 14 (14%); гипертензия – 31 (31%); семизлик – 23 (23%); атеросклероз – 25 (25%); диабет – 2 (2%); ошқозон-ичак тракти касалликлари бўлса-4 (4%); қалқонсимон касаллик – 1 киши (1 %).

2-расмдан кўриниб турибдики, ҳар иккала гуруҳ беморларида оғриқ хуружини қўзғатувчи омиллар қуйидагилардан иборат



1- расм. Тадқиқот ўтказилган беморларнинг соматик статуси



2-расм. Оғриқ хуружини қўзғатувчи омиллар

бўлган: жағ ҳаракати (56%), ютиниш (75%), тишларни тозалаш (77%), соқол олдириш (25%), бошни буриш (41%), совуқ (86%), шамол (84%), юзнинг зарарланган ярмига тегиниш (70%).

Тригеминал невралгияли беморларни объектив текширув беморларнинг 100% да неврологик органик микросимптомларнинг мавжудлигини аниқлади. Неврологик ҳолат таҳлили 60 (60%) беморда назолабиал бурмаларнинг ассиметриясини аниқлади. Тригеминал асаб тармоқлари иннервацияси соҳасида периферик турдаги сезувчанлик йўқолиши белгилари орофациал минтақада сенсор етишмовчилиги ҳолатлари 91,5% аниқланди ва 41 (41%) беморларда оёқ ва қўллар юқори қисмида ҳарорат ва оғриқ

сезгиси йўқолиши, 33 (33%), 36% беморларда акрогипергидроз ва акрогипотермия белгилари топилган.

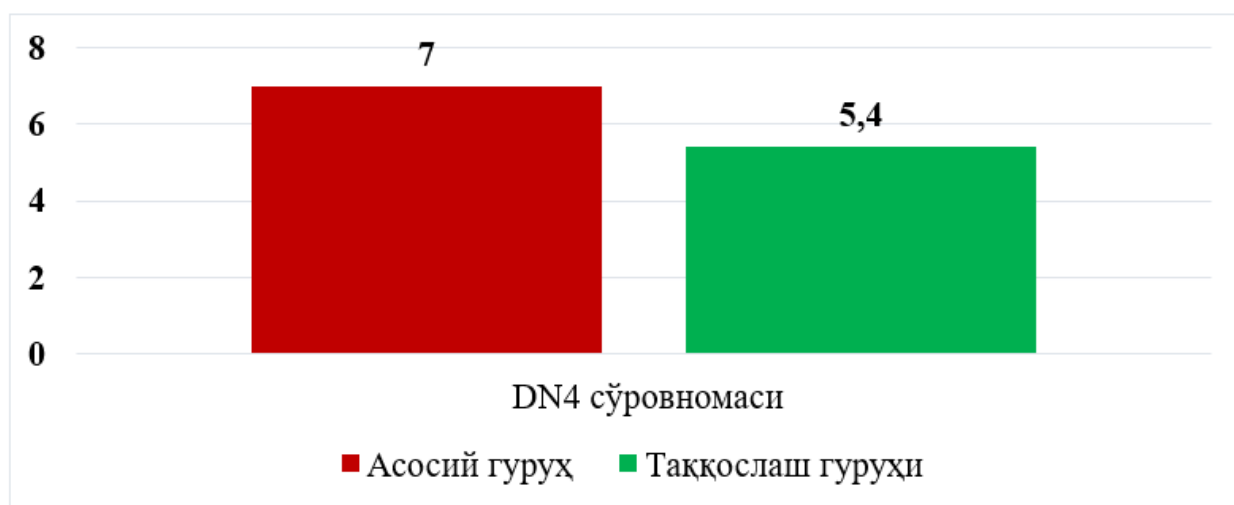
Оғриқ синдромини ўрганиш ва баҳолаш учун, шунингдек, катамнестик тадқиқотлар ўтказиш учун визуал аналогли шкала (ВАШ) ва Паин Детест ҳамда Мак-Гилла оғриқни аниқлаш сўровномаси учун ишлатилган. Узоқ муддатли натижалар беморларни диспансер назорат даврида касалликнинг рецидив даврида анкета саволларига жавоб бериш орқали беморларни кузатиш орқали баҳоланди.

3-жадвалда шкала ва сўровномалар бўйича тадқиқот гуруҳларининг натижалари келтирилган.

2 жадвал

Тадқиқот гуруҳларининг шкала ва анкеталар бўйича кўрсаткичлари

Сўровнома ва шкала	1 гуруҳ	2 гуруҳ	Ишончилилик даражаси (p)
ДН4 сўровномаси	7±1,21	5,46±1,23	>0,05
ВАН (вербал баҳо шкаласи)	2,98±0,62	2,46±0,61	<0,05
ВАН (оғриқнинг мимик шкаласи)	7,6±1,89	5,84±1,8	<0,05
Паин Детест оғриқ сўровномаси	24,14±3,54	21,68±4,72	<0,05
Бек депрессия шкаласи	37,82±11,36	22,7±15,26	<0,05



3-расм. ДН4 сўровномаси натижалари

3-расмдан кўриниб турибдики, ДН4 сўровномага асосан оғриқ асосий гуруҳида 7±1.21 ва таққослаш гуруҳида 5.4 ±1.23 балл бўлган. Йиғилган баллар оғриқ пароксизми невропатик типдагилигини кўрсатади. Турли

гуруҳлардаги беморлар ўртасида сезиларли фарқлар йўқ эди.

Таққосланган гуруҳларнинг вербал баҳолаш шкаласи бўйича натижалари 4-жадвалда келтирилган.

3 жадвал

ВАН (вербал баҳолаш шкаласи)

Кўрсатмалар	Асосий гуруҳ (n=50)		Таққослаш гуруҳи (n=50)	
	Беморлар сони	%	Беморлар сони	%
1-кучсиз оғриқ	-	-	1	2
2-ўртача оғриқ	10	20	27	54
3-кучли оғриқ	31	62	20	40
4-жуда кучли оғриқ	9	18	2	4
Жами	50	100	50	100

4-жадвалда мимик шкала бўйича оғриқни баҳолаш натижалари тасвирланган.

5-жадвалда Паин Детек бўйича оғриқ сўровномаси натижалари тасвирланган.

4 жадвал

ВАШ (Оғриқни баҳолаш мимик шкаласи)

Баллар	Асосий гуруҳ (n =50)		Таққослаш гуруҳи (n =50)	
	Беморлар сони	%	Беморлар сони	%
4	7	14	20	40
6	7	14	16	32
8	25	50	12	24
10	11	22	2	4
Жами	50	100	50	100

5 жадвал

Паин Детект бўйича оғриқ сўровномаси

Баллар	Асосий гуруҳ (n =50)		Таққослаш гуруҳи (n =50)	
	Беморлар сони	%	Беморлар сони	%
13-18	6	12	12	24
≥ 19	44	88	38	76
Жами	50	100	50	100

СПР, АПР, ЭПР, МПР ва ПРИ иккала гуруҳ учун қийматлар натижалари 7-жадвалларда келтирилган. Биринчи гуруҳдаги сезги компонентининг ўртача қиймати 12.02 ± 2.61 , иккинчисидан эса 10.8 ± 2.17 баллни ташкил этди. Биринчи гуруҳдаги сезги компоненти учун ўртача қиймат 11.32 ± 2.35 ва иккинчи гуруҳда

10.5 ± 2.15 баллни ташкил этди. Биринчи гуруҳдаги аралаш компонентнинг ўртача қиймати 7.86 ± 1.94 , иккинчисидан эса 7.24 ± 1.79 баллни ташкил этди. Биринчи гуруҳдаги оғриқ кўрсаткичи $33.56 = 7.07$ баллда, иккинчи гуруҳда эса $30.32 = 5.9$ баллни ташкил этди.

6 жадвал

Мак-Гилл оғриқ сўровномаси

Шкала сўровномаси	1 гуруҳ	2 гуруҳ	Ишончлилик даражаси (p)
СПР	12.02 ± 2.61	10.8 ± 2.17	<0.05
АПР	11.32 ± 2.35	10.5 ± 2.15	<0.05
ЭПР	2.54 ± 0.95	2.32 ± 0.71	<0.05
МПР	7.86 ± 1.94	7.24 ± 1.79	<0.05
ПРИ	33.56 ± 7.07	30.32 ± 5.9	<0.05
ИБС	2.64 ± 1.08	2.48 ± 0.73	<0.05

Асосий гуруҳ учун Мак-Гилл шкаласи параметрларининг қийматлари 7-жадвалда кўрсатилган. Биринчи гуруҳда, беморларнинг кўпчилиги (80%) 25 баллдан ортиқ, 20% респондентлар 20 дан 25 баллгача тўплади.

Таққослаш гуруҳи учун Мак-Гилл шкаласи параметрларининг қийматлари 8-жадвалда

кўрсатилган. Иккинчи гуруҳда, 15 - 20 балл жами беморларнинг 8%да, 20 25 балл 25% беморларда қайд этилди, ва кўпчилик (70%) беморларда 35 дан ортиқ балл мавжуд эди.

9-жадвалда Бек депрессия шкаласи бўйича тадқиқот гуруҳларида беморларни текшириш натижалари келтирилган. Асосий

7 жадвал

1-гурӯх беморларнинг Мак-Гилл оғриқ сўровномаси параметрлари

Баллар диапазони	СПР	%	АПР	%	ЭПР	%	МПР	%	ПРІ	%
< 5	-	-	-	-	50	100	6	12	-	-
$5 \leq x < 10$	14	28	17	34	-	-	38	76	-	-
$10 \leq x < 15$	30	60	29	58	-	-	5	10	-	-
$15 \leq x < 20$	4	8	2	4	-	-	-	-	-	-
$20 \leq x < 25$	-	-	-	-	-	-	-	-	10	20
≥ 25	-	-	-	-	-	-	-	-	40	80

8 жадвал

2-гурӯх беморларнинг Мак-Гилл оғриқ сўровномаси параметрлари

Баллар диапазони	СПР	%	АПР	%	ЭПР	%	МПР	%	ПРІ	%
< 5	-	-	-	-	5	100	10	20	-	-
$5 \leq x < 10$	26	52	24	48	-	-	38	76	-	-
$10 \leq x < 15$	22	44	26	52	-	-	2	4	-	-
$15 \leq x < 20$	2	4	-	-	-	-	-	-	4	8
$20 \leq x < 25$	-	-	-	-	-	-	-	-	11	22
≥ 25	-	-	-	-	-	-	-	-	35	70

гурӯҳда энгил депрессияга учраган 3 бемор (6%) 10-15 баллдан, таққослаш гуруҳида эса 26 бемор (52%) тўпланди. Ўртача депрессия

16-19 баллдан тўплаган 12 та беморда (24%), таққослаш гуруҳида эса 16 (32%) кузатилган.

9 жадвал

Бек депрессия шкаласи

Сўровнома шкаласи	Асосий гуруҳ (n=50)		Таққослаш гуруҳи (n=50)	
	Беморлар сони	%	Беморлар сони	%
Энгил депрессия	3	6	26	52
Ўртача депрессия	12	24	16	32
Оғир депрессия	35	70	8	16
Жами	50	100	50	100

10-жадвалда кузатиш гуруҳларидаги Бек депрессия шкаласи ва ВАШ шкаласи ўртасидаги боғлиқлик кўрсатилган.

11-жадвалдан кўриниб турибдики, олинган маълумотларни таҳлил қилишда Бек депрессияси шкаласи бўйича текширилган беморларнинг умумий популяциясида (n=100) олинган маълумотлар натижалари ва ВАШ шкаласи ўртасида сезиларли боғлиқлик аниқланган. Яъни, биз сурункали оғриқ синдроми интенсивлигини баҳолаш учун ишлатиладиган Бек депрессия шкаласи ва ВАШ шкаласи ўртасида яқин муносабатни

топдик ($P_s = 0.738$ ($p < 0.001$)).

Шундайқилиб, турлиёшдаги беморлар оғриқ синдромига турлича муносабатда бўладилар. Оғриқ синдромининг интенсивлигини Бек ва ВАШ депрессия шкаласи бўйича баҳолаш мумкинлигини олинган маълумотлар асосида исботладик. Тадқиқотимизда ишлатилган Бек депрессия шкаласи ва ВАШ оғриқ шкаласи, айниқса, таққослаш гуруҳида ўткир оғриқнинг объектив тасвирини акс эттирмайди. Бироқ, катта ёшдаги беморлар, ёндош касалликлар билан ва умуртқа артерияларнинг стенози билан кўпроқ оғриқни бошдан кечиради.

Биз оғриқ синдроми билан оғриган беморларнинг текширилган популяциясида Бек депрессияси шкаласи ва ВАШ бўйича олинган маълумотлар орасида коррелятсияни топдик, бу эса ушбу беморларда бу икки усулни алоҳида қўллашга имкон беради.

Тадқиқотимизда иштирок этган беморларимизни икки гуруҳга бўлиб асосий гуруҳ (50 нафар бемор) ва иккинчи гуруҳ (50

нафар бемор), уларда оғриқ пароксизмини қолдириш учун асосий гуруҳимиз беморларига стандарт даво билан бирга лазеротерапия усулини қўлладик. Иккинчи гуруҳ беморларимизга эса фақат стандарт даво усуллари қабул қилишган.

Тадқиқотимизда иштирок этган беморларнинг даволашдан кейинги натижалари:

10 жадвал

Бек депрессия шкаласи ва ВАШ шкаласи ўртасидаги боғлиқлик

Корреляция				
			Бек депрессия шкаласи	ВАШ (оғриқни баҳолашнинг мимик шкаласи)
Р ₀ Спирмена	Бек депрессия шкаласи	Коррелятсия коефитсенти	1,000	0,738**
		Сезиларли. (икки томонлама)		0,000
		Н	100	100
	ВАШ (мимик шкаласи)	Коррелятсия коефитсенти	0,738**	1,000
		Сезиларли. (икки томонлама)	0,000	
		Н	100	100

** . Корреляция 0,01 (икки томонлама) ҳолатида ишончли

11 жадвал

Бек депрессия шкаласи ва ВАШ шкаласи ўртасидаги боғлиқлик

Сўровнома ва шкала	1 гуруҳ		2 гуруҳ	
	Даволашгача	Даволашдан сўнг	Даволашгача	Даволашдан сўнг
DN4 сўровномаси	7±1,21	6±0,84	5,46±1,23	4±0,56
ВАШ (вербал баҳо шкаласи)	2,98±0,62	1,90±0,26	2,46±0,61	1,80±0,25
ВАШ (оғриқнинг мимик шкаласи)	7,6±1,89	5,2±0,73	5,84±1,8	4,8±0,67
Pain Detect оғриқ сўровномаси	24,14±3,54	22,14±3,13	21,68±3,06	20,6±2,91
Бек депрессия шкаласи	37,82±5,34	35,6±5,03	22,7±3,21	20,8±2,94

Оғриқ синдроми ўрганиш ва баҳолаш учун, шунингдек, катмнестик тадқиқотлар ўтказиш учун визуал аналогли шкала (ВАШ) ва Паин Детек ҳамда Мак-Гилла оғриқни аниқлаш сўровномаларининг даволашдан кейинги натижалари 11-жадвалда кўрсатилган.

Тадқиқот гуруҳларимиз беморларида оғриқ интенсивлигини баҳолаш учун ишлатилган ВАШ (вербал баҳолаш шкаласи) натижалари лазеротерапия олган беморлар

гуруҳларимизда оғриқ интенсивлиги сезиларли камайганлигини кўрсатади.

ВАШ (Оғриқни баҳолаш мимик шкаласи) натижалари ҳам ҳар иккала гуруҳда 2-гуруҳ устунлиги билан яхшиланганлигини ифодалайди.

Тадқиқот гуруҳларимизда даволашдан сўнг ўтказилган сўровномаларимиздаги ўзгаришлар 14-жадвалда ифодаланган. Унга асосан DN4 сўровномаси ўзгаришлари ҳар

иккала тадқиқот гуруҳларимизда нейропатик оғриқни камайиши ва негатив сенсор симптом аллодиниянинг камайиши кузатилди. 2-гуруҳ

беморларимизда бу кўрсаткичлар яққол намоён бўлган.

12 жадвал

ВАН (вербал баҳолаш шкаласи)

Кўрсатмалар	Асосий гуруҳ (n=50) абс (%)		Таққослаш гуруҳи (n=50), абс(%)	
	Даволашгача	Даволашдан сўнг	Даволашгача	Даволашдан сўнг
1-кучсиз оғриқ	-	4 (8%)	1 (2%)	6 (12%)
2-ўртача оғриқ	10 (20%)	16 (32%)	27(54%)	17 (34%)
3-кучли оғриқ	31(62%)	27 (54%)	20(40%)	26 (52%)
4-жуда кучли оғриқ	9(18%)	3 (6%)	2(4%)	1(2%)
Жами	50(100%)	50	50(100%)	50

13 жадвал

ВАН (Оғриқни баҳолаш мимик шкаласи)

Баллар	Асосий гуруҳ (n=50) абс (%)		Таққослаш гуруҳи (n=50), абс(%)	
	Даволашгача	Даволашдан сўнг	Даволашгача	Даволашдан сўнг
4	7(14%)	17 (34%)	20(40%)	21 (42%)
6	7(14%)	18 (36%)	16(32%)	20 (40%)
8	25(50%)	10 (20%)	12(24%)	8 (16%)
10	11(22%)	5 (10%)	2(4%)	1 (2%)
Жами	50(100%)		50(100%)	

14 жадвал

Pain Detect бўйича оғриқ сўровномаси

Баллар	Асосий гуруҳ (n=50)		Таққослаш гуруҳи (n=50)	
	Даволашгача	Даволашдан сўнг	Даволашгача	Даволашдан сўнг
13-18	6(12%)	16 (32%)	12(24%)	20 (40%)
≥ 19	44(88%)	34 (68%)	38(76%)	30 (60%)
Жами	50(100%)	50	50(100%)	50

15 жадвал

Мак-Гилл оғриқ сўровномаси

Шкала сўровномаси	1 гуруҳ		2 гуруҳ	
	Даволашгача	Даволашдан сўнг	Даволашгача	Даволашдан сўнг
SPR	12,02±2,61	10,2±1,44	10,8±2,17	8,9±0,25
APR	11,32±2,35	19,3±2,72	10,5±2,15	8,8±1,24
EPR	2,54±0,95	1,8±0,25	2,32±0,71	1,6±0,22
MPR	7,86±1,94	6,8±0,96	7,24±1,79	6,0±0,84
PRI	33,56±7,07	30,6±4,32	30,32±5,9	28,0±3,96
ИБС	2,64±1,08	1,8±0,25	2,48±0,73	1,6±0,22

16 жадвал

Мак-Гилл оғриқ сўровномаси

Шкала сўровномаси	1 гуруҳ		2 гуруҳ	
	Даволашгача	Даволашдан сўнг	Даволашгача	Даволашдан сўнг
SPR	12,02±2,61	10,2±1,44	10,8±2,17	8,9±0,25
APR	11,32±2,35	19,3±2,72	10,5±2,15	8,8±1,24
EPR	2,54±0,95	1,8±0,25	2,32±0,71	1,6±0,22
MPR	7,86±1,94	6,8±0,96	7,24±1,79	6,0±0,84
PRI	33,56±7,07	30,6±4,32	30,32±5,9	28,0±3,96
ИБС	2,64±1,08	1,8±0,25	2,48±0,73	1,6±0,22

ХУЛОСА

Тригеминал невралгия (ТН) кўпинча соматик ва неврологик патология фонида катта ёшдаги ва кекса одамларда ривожланади. Тригеминал невралгия ўрта ёшли ва кекса беморларда кўпроқ учрайди, бу 70% ҳолатларга тўғри келади. Беморлар орасида аёллар 60% билан устунлик қилади. ТН клиник белгилари зарарланишларининг симптом мажмуаси билан белгиланади ва энг ўзига хос белгилари 97% беморларда қайд этилган оғриқ ривожланишининг триггер зоналари мавжудлигидир. Иккинчи (32.5%) ва бир вақтнинг ўзида жараённинг ўнг томонлама локализатсияси (42.5%) бўлган иккинчи+учинчи тармоқлари (53%) зарарланиши кўпинча кузатилади.

Тадқиқотлар шуни кўрсатдики, тригеминал невралгияни даволашда паст интенсивликдаги лазер терапиясини кўриб чиқиш мумкин. Лазер ҳеч қандай ножўя таъсирларсиз оғриқни енгиллаштиради. Бу, айниқса, дори-дармонларга толерантлик бўлган невралгия билан оғриган беморларда фойдали бўлиши мумкин. Шуни таъкидлаш керакки, невралгияни атипик юз оғриғи каби бошқа сурункали оғриқлардан фарқлаш даволаш самарадорлиги учун муҳимдир.

МАНФААТЛАР Тўқнашув

Муаллифлар ушбу тадқиқот иши, унинг мавзуси, предмети ва мазмуни рақобатдош манфаатларга таъсир қилмаслигини маълум қилади.

МОЛИЯЛАШТИРИШ МАНБАЛАРИ

Муаллифлар тадқиқот олиб бориш давомида молиялаштириш мавжуд бўлмаганлигини маълум қиладилар.

МАЪЛУМОТЛАР ВА МАТЕРИАЛЛАРНИНГ ОЧИҚЛИГИ

Ушбу тадқиқот давомида олинган ёки таҳлил қилинган барча маълумотлар ушбу нашр этилган мақолага киритилган.

МУАЛЛИФЛАРНИНГ ТАДҚИҚОТДАГИ ҲИССАЛАРИ

Барча муаллифлар тадқиқотни тайёрлаш ва унинг натижаларини шарҳлаш, шунингдек, нашрга тайёрлаш ҳисса қўшган. Барча муаллифлар қўлёзманинг якуний версиясини ўқиб чиқишган ва тасдиқлашган.

ЭТИК ЖИҲАТДАН МАЪҚУЛЛАШ ВА ИШТИРОК ЭТИШ УЧУН РОЗИЛИК

Тадқиқот олиб боришга оид барча халқаро, миллий ва/ёки институционал кўрсатмаларга риоя қилинган.

НАШР ҚИЛИШГА РОЗИЛИК

Қўлланилмайди.

НАШРИЁТНИНГ ЭСЛАТМАСИ

"Интегратив стоматология ва юз-жаф жарроҳлиги" журнали чоп этилган хариталар ва институционал мансублик кўрсаткичлари бўйича юрисдикция даъволарига нисбатан нейтрал бўлиб қолади.

Мақола келиб тушган сана: 30.03.2024 й.

Нашрга қабул қилинган сана: 16.04.2024 й.

CONFLICT OF INTERESTS

The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article.

SOURCES OF FUNDING

The authors state that there is no external funding for the study.

AVAILABILITY OF DATA AND MATERIALS

All data generated or analysed during this study are included in this published article.

AUTHORS' CONTRIBUTIONS

All authors contributed to the design and interpretation of the study and to further drafts. All authors read and approved the final manuscript.

ETHICS APPROVAL AND CONSENT TO PARTICIPATE

All applicable international, national and/or institutional ethical guidelines have been followed.

CONSENT FOR PUBLICATION

Not applicable.

PUBLISHER'S NOTE

Journal of *"Integrative dentistry and maxillofacial surgery"* remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Article received on 30.03.2024

Accepted for publication on 16.04.2024

АДАБИЁТЛАР / REFERENCES

1. Чешир В.П.Дж., Уарен Р.Э.Дж. Невралгия тройничного нерва у больного со спонтанной внутричерепной гипотензией. Головная боль. 2009 г.; 49 :770–3.
2. Джайнкиттивонг А, Анексук В, Лангле РП. Невралгия тройничного нерва: ретроспективное исследование 188 случаев в Таиланде. Геродонтология. 2012 г.; 29 : с611–7.
3. Сиддики М.Н., Сиддики СС, Ранасингхе Дж.С., Фурганг Ф.А. Обезболивание: невралгия тройничного нерва. Больничный врач. 2003 г.; 39 :64–70.
4. Фромм Г.Х. Баклофен как вспомогательный анальгетик. J Управление болевым симптомом. 1994 год; 9 :500–9.
5. Бейкер К.А., Тейлор Дж.В., Лилли Дж.Е. Лечение невралгии тройничного нерва: применение баклофена в сочетании с карбамазепином. Клини Фарм. 1985 год; 4 :93–6.
6. Чешир В.П. Невралгия тройничного нерва: диагностика и лечение. Представитель Curr Neurol Neurosci, 2005 г.; 5 :79–85.
7. де Томмазо М. Лазерно-вызванные потенциалы при первичных головных болях и краниальных невралгиях. Эксперт преподобный Нейротер. 2008 г.; 8 :1339–45.
8. Лоренцини Л., Джулиани А., Джардино Л., Кальца Л. Лазерная акупунктура для облегчения острых воспалительных, висцеральных и нейропатических болей: экспериментальное исследование на лабораторных крысах. Res Vet Sci. 2010 г.; 88 : 159–65.
9. Чунг В.Ю., Лю К.Д., Шианг С.И. и другие. Операция гамма-ножом при вестибулярной шванноме: 10-летний опыт 195 случаев. Дж. Нейрохирургия. 2005 г.; 102 Приложение : 87–96
10. Пак Ш., Хван С.К., Кан Д.Х., Пак Дж., Хван Дж.Х., Сон Дж.К. Ретрогассерова зона и зона входа дорсального корешка: сравнение двух нацеливающих методов радиохирургии гамма-ножом при невралгии тройничного нерва. Акта Нейрохир (Вена) 2010 г.; 152 :1165–70.