



Хакимова Сохиба Зиядуллоевна

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

#### ҲАР ХИЛ ГЕНЕЗЛИ НЕВРАЛГИЯЛАРДА ЮЗДАГИ ТИПИК ОҒРИҚЛАР

Хакимова Сохиба Зиядуллоевна

Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

#### TYPICAL FACIAL PAIN IN NEURALGIA OF VARIOUS GENESIS

Khakimova Sohiba Ziyadulloevna

Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: [jalolmedic511@gmail.com](mailto:jalolmedic511@gmail.com)

**Резюме.** Мақсад: оғриқнинг табиатини ва пароксизмал нейроген прозопалгия курсининг клиник ва неврологик хусусиятларини ўрганиши. Материаллар ва усуллар: Тадқиқот пароксизмал нейроген прозопалгиядаги ўткир оғриқли 42 беморни ўз ичига олди. Олинган натижалар: беморлар ўткир, ўқ отиши, пенетрацион, ёниши ва чидаб бўлмас оғриқлардан шикоят қилишди. Беморлардан қаралганда - "жим" юз ифодалари, чайнаш мушакларидаги ҳаракатларни чеклаш ва суҳбатни чеклаш. Тетик нуқталар кўзнинг ички бурчагига яқинроқ, бурун қанотлари яқинида, назолабиал бурмада, лаблар шиллиқ қаватида, шунингдек, иякда жойлашган. Сезувчанлик гиперпатия элементлари билан оғриқлар билан, гипалгезия тури билан безовталанади. Натижалар. Бизнинг натижаларимиз тригеминал асаб толаларининг чуқурлиги, унинг демелинацияси ва оғриқ интенсивлиги ўртасидаги боғлиқликни тасдиқлайди.

**Калит сўзлар:** ўткир оғриқ, невралгия, прозопалгия, демелинация.

**Abstract.** Purpose: to study the nature of pain and clinical and neurological features of the course of paroxysmal neurogenic prosopalgia. Methods: The study included 42 patients with acute pain in paroxysmal neurogenic prosopalgia. Results: the patients complained of sharp, shooting, penetrating, burning and excruciating pains. When viewed from patients - "silent" facial expressions, restriction of movements in the masticatory muscles and restriction in conversation. Trigger points are located closer to the inner corner of the eye, near the wings of the nose, nasolabial fold, on the mucous membrane of the lips and also on the chin. Sensitivity is disturbed by the type of hypalgesia, with pain with elements of hyperpathy. Conclusions. Our results confirm the relationship between the depth of the trigeminal nerve lesion, its demyelination, and pain intensity.

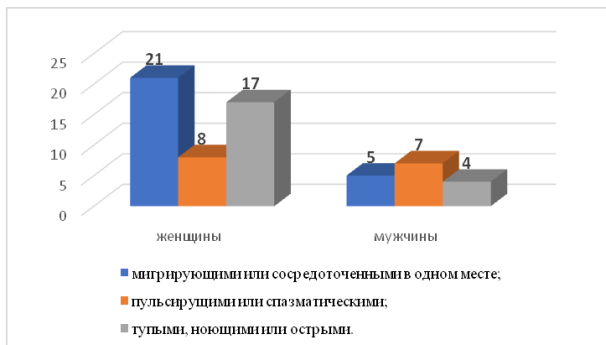
**Key words:** acute pain, neuralgia, prosopalgia, demyelination.

**Введение.** Прозопалгия, то есть лицевая боль, это клинический термин, объединяющий все болевые синдромы, локализующиеся в области лица. Прозопалгии представляют собой интенсивную, жесточайшую боль, приносящие больному невыносимые, тяжелые испытания [1, 3]. Различают типичные прозопалгии, которые включают невралгии черепных нервов, боль от которых не снимается анальгетиками, а эффективны противоэпилептические и противосудорожные препараты [2].

**Целью исследования** является изучение клинико-неврологических особенностей типичных пароксизмальных нейрогенных прозопалгий.

**Метод и материал исследования.** Нами было обследовано 52 больных с острой болью в области лица, из которых 36 (69,2%) женщин и 16 мужчин (30,8%).

На рисунке 1 отображено распределение больных по полу. Средний возраст женщин составил 40 лет причем максимальный возраст – 64, минимальный – 18 лет. Средний возраст мужчин был 41 год, максимальный возраст – 58, минимальный – 20 лет.

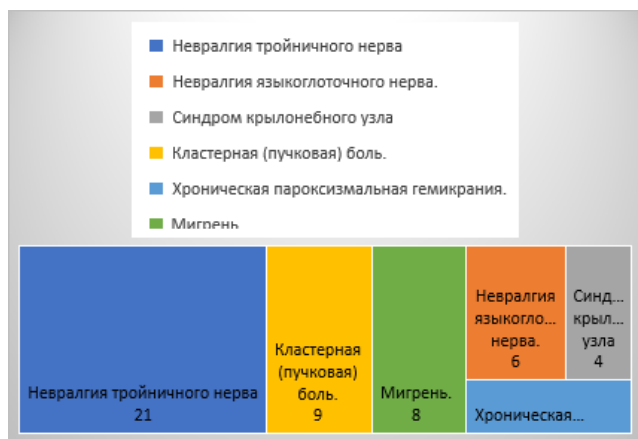


**Рис. 1.** Распределение по характеру болевых ощущений

Основными жалобами всех больных была острая, не выносимая, жгучая боль, по характеру болевых ощущений: мигрирующими или сосредоточенными в одном месте у 21 (40,4%) женщины и 5 (0,9%) мужчин; пульсирующими или спазматическими: у 8 (15,4%) женщины и 7 (13,4%); тупыми, ноющими или острыми - у 17 (32,3%) женщины и 4 (7,7%).

Основные диагнозы, которые были поставлены больным с прозопалгиями: невралгия тройничного нерва – 26 (50%); невралгия языкоглоточного нерва - 8 (15,4%); синдром крылонебного узла – 3 (5,8%); кластерная (пучковая) боль – 6 (11,5%); хроническая пароксизмальная гемикрания – 4 (7,7%); мигрень – 5 (9,6%).

В шейном отделе 14 больных (17%) отмечали боль по типу «прострела», чаще всего начинающаяся по утрам, усиливающаяся при чихании, кашле, подъеме и отведении руки, резком движении головой, дающая ощущение скованности в мышцах шеи. Боль в шейном отделе возникала внезапно и иррадиировала в предплечье – 10 (12,2%) и надлопаточную область – 8 (9,8%). Характерно ощущение парестезий в пальцах рук - 13 (15,9%) и предплечье – 6 (7,3%). В поясничном отделе позвоночника характер боли был тупой – у 45 (54,9%) больных и ноющий – 39 (47,6%), усиливающийся при длительном нахождении в неудобном положении – 21 (25,6%), а также после статистической нагрузки – 3 (3,7%).



**Рис. 4.** Диагнозы прозопалгий



**Рис. 2.** Диагнозы больных с прозопалгиями

Болевыми симптомами, сопровождающими лицевые боли также часто бывают отёчность лица и асимметрия, нарушение сенсорной чувствительности, чаще в виде онемения кожи лица, заложенности носа и ощущения насморка, мышечные спазмы и тики, утрата обонятельных ощущений и вкусовых различий, нарушения зрения в виде снижения, головокружение и шум в ушах, гиперемия и зуд кожных покровов.

Характер болевых ощущений в лице также различный и может быть в виде мигрирующих болей или болей, сосредоточенных в одном месте, болей в виде спазмов, либо пульсирующих. Виды болей могут быть острыми, тупыми и ноющими.

Неврологическая боль в области лица может развиваться в результате компрессии, когда сдавливаются нервные волокна и ганглии при не правильном формировании анатомических структур лицевой области, врожденном сужения костных и межмышечных нервных каналов. Сдавление также может быть в результате травматических или онкологических повреждений. Компрессионную этиологию может иметь сосудистая прозопалгия, например, поражения каротидной системы при поражении сосудов.

Рефлекторный механизм возникновения болевого синдрома часто реализуется при одонтогенной боли в сочетании с неврогенной лицевой болью. Причиной таких болей в подобных случаях является патологическая рефлекторная импульсация, поступающая от хронических инфекционных очагов. Примером такого случая рассматривается невралгия ушного узла.

Миогенная, или мышечная лицевая боль рефлекторного генеза бывает при миофасциальных синдромах в области шеи и плечевого пояса. Иными причинами миогенной прозопалгии могут выступать дисфункция ВНС (синдром Костена), бруксизм, миофасциальный синдром в жевательных мышцах.

Нередко встречаются лицевые боли психовегетативного характера, которые бывают у людей мнительных, эмоционально лабильных, после тяжелого труда, психических нагрузок, или вследствие возникшего ситуационного невроза.

Ятрогенные виды лицевых болей тоже являются проблемными, особенно у челюстно-лицевых хирургов, офтальмологов и стоматологов. К ним относятся: синдром Оппенгейма, который развивается вследствие офтальмологических операций; либо удаление зубов и другие стоматологические вмешательства могут спровоцировать развитие дентальной плексалгии или атипичной одонталгии. Нередко после операций в лицевой области у больных остается неврогенная лицевая боль, где бывает повреждение нервных структур. Не надо упускать из виду ситуации, когда причина лицевых болей не ясна. Сюда относятся неврологические цефалгии, такие, как кластерная головная боль, не типичные боли лица и головы.

Терапия лицевой боли должна состоять из диагностики и лечения в первую очередь основного заболевания. Такие заболевания как отит, синусит, пульпит и т. д. сопровождаются различными видами лицевых болей. Выявленный воспалительный генез заболевания требует назначения антибактериальных или нестероидных противовоспалительных препаратов, а также дегидратации. При ишемии нервного волокна назначаются сосудистые препараты в виде никотиновой кислоты, пентоксифиллина, эуфиллина и т.д. Боли, возникающие при невралгиях, поддаются лечению противосудорожными препаратами: карбамазепин и т.д. при ганглионитах уместны ганглиоблокаторы. При выявленной психогенной боли назначаются седативные препараты в первую очередь растительного характера в виде различных сборов. При неэффективности добавляются антидепрессанты. Хорошо себя зарекомендовали физиотерапия, иглотерапия, легкий массаж, электросон и дарсонвализация.

### Литература:

1. Khakimiva S.Z., Atokhodjaeva D.A., Namrokulova F.M. Research Of Motor Function In Patients With Chronic Pain Syndrome At Radiculopathies Of Different Genesis // The American Journal of Applied Sciences October 20, 2020 | Pages: 14-21
2. Samiyev A.S. (2020). Medical and Social Rehabilitation of Patients with Vertogenic Cingulate Radiculopathy// International Journal of Trend in Scientific Research and Development. -. ISSN: 2456-6470.- P.70-72.
3. Алексеев В.В. Диагностика и лечение болей в пояснице //Consiliummedicum. -. - Т.4, №2. - С. 96-102.
4. Барулин А.Е., Курушина О.В., Калинин Б.М., Черноволенко Е.П. Хроническая боль и депрессия. Журнал: Лекарственный вестник. 1 (61) т.10, 2016 года.С.3-8

5. Беляков В.В. Электронейромиография в практике мануального терапевта// Мануальная терапия - №4. - С.22-23.

6. Мавлянова З.Ф., Велиляева А.С. Влияние тяжести двигательных нарушений и уровня социально-бытовой адаптации на нутритивный статус детей с церебральным параличом. / NEUROLOGIYA. -4(84), 2020, с. 32-36

7. Новиков А. Ю., Цыкунов М. Б. Интервенционное лечение боли в нижней части спины. // Российский остеопатический журнал. № 3-4 (2019). - с.44-53.

8. Парфенов В.А. Боли в спине и их лечение Мидокалмом. // РМЖ. Том 17. №3. 2009. С.1018

9. Рачин А.П., Шаров М.Н., Аверченкова А.А., Выговская С.Н., Нувахова М.Б. Хроническая боль: от патогенеза к инновационному лечению. // «РМЖ» №9 от 29.05.2017 стр. 625-631.

10. Самиев А.С. (2020). -Бел соҳаси спондилоген радикулопатияларида реабилитацион тадбирлар// Монография - Самарканд, 104 б.

11. Хакимова С.З., Хакимова Г. К. Особенности психопатологических и вегетативных нарушений у больных с хроническим болевым синдромом при радикулопатиях компрессионно-ишемического генеза // Доктор ахборотномаси № 1 (98) - 2021. С 100-102.

12. Хусинова Ш.А., Нармухамедова Н.А. Роль скрининга в работе врачей общей практики. Proceedings of the 4th International Scientific and Practical Conference «Scientific Horizon in the Context of Social Crises» (June 6-8, 2020). Tokyo, Japan: Otsuki Press, 2020. С.219-223.

### ТИПИЧНЫЕ ЛИЦЕВЫЕ БОЛИ ПРИ НЕВРАЛГИЯХ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Хакимова С.З.

**Резюме.** Цель: изучить характер боли и клинико-неврологические особенности течения пароксизмальных нейрогенных прозопалгий. Материалы и методы: В исследовании включено 42 больных с болями с острой болью при пароксизмальных нейрогенных прозопалгиях. Полученные результаты: больные жаловались на острые, стреляющие, пронизывающие, жгучие и мучительные боли. При осмотре у больных - «молчаливая» мимика лица, ограничение движений в жевательных мышцах и ограничение в разговоре. Триггерные точки расположены ближе к внутреннему углу глаза, у крыльев носа, носогубной складке, на слизистой губ и также на подбородке. Чувствительность нарушается по типу гипалгезии, при боли с элементами гиперпатии. Выводы. Наши результаты подтверждают связь между глубиной поражения тройничного нерва, его демиелинизации и интенсивностью боли.

**Ключевые слова:** острая боль, невралгия, прозопалгия, демиелинизация.