

**ПАРКИНСОН КАСАЛЛИГИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА
ОҒРИҚНИНГ КЛИНИК ВА НЕВРОЛОГИК ХИЛМА-ХИЛЛИГИНИ
ТАҲЛИЛИ**

Олланова Шахноза Сирлибоевна

Самарқанд Давлат тиббиёт университети

Неврология кафедраси PhD, ассистент

shaxnoza.ollanova1990@mail.ru

Муртозоева Ўғилой Сайдулла қизи

Аннотация. *Паркинсон касаллиги (ПБ) билан хасталанган беморларда оғриқнинг клиник ва неврологик хилма-хиллиги катта аҳамиятга эга, чунки оғриқ симптоми касалликнинг ўзидан ва унинг даволашидаги кўплаб омиллардан келиб чиқиши мумкин. Паркинсон касаллигида оғриқнинг турли шакллари ва уларнинг неврологик хусусиятлари беморларнинг кундалик ҳаётига сезиларли таъсир кўрсатади.*

Калит сўзлар: *Паркинсон касаллиги (ПБ), мотор бузилишлар, акинетик-ригид, номотор бузилиш, гипокинезия, ригидлик*

Беморларда оғриқнинг клиник ва неврологик хилма-хиллиги турли омилларга боғлиқ, шунинг учун оғриқнинг сабабини тўғри аниқлаш ва индивидуал даволаш режасини ишлаб чиқиш муҳим аҳамиятга эга. Оғриқни комплекс баҳолаш ва бошқариш беморлар ҳаётининг сифатини сезиларли даражада яхшилаши мумкин. Паркинсон касаллиги билан хасталанган беморларда оғриқ синдромининг клиник ва неврологик хусусиятларини баҳолаш орқали дифференциал ёндашувни оптималлаштиришдан муҳим масаладир.

Тадқиқотнинг материал ва методлари: 45 ёшдан 75 ёшгача бўлган 107 нафар беморлар олинган, назорат гуруҳини 29 нафар амалий соғлом инсонлар ташкил қилган.

Тадқиқотнинг натижалари: ОС билан 38 (59,4%) нафарида касаллик кечишида мотор бузилишлар (гипокинезия ва ригидлик) ифодаланган томонида ёки мотор бузилишлар кўпроқ намоён бўлган томонда оғриқлар кузатилди. 2 (3,1%) беморларда эса оғриқ касаллик белгилари ифодаланган томонга қарама-қарши томонда кузатилди. 9 (14,1%) нафарда эса оғриқ икки томонлама намоён бўлди.

TA'LIM, TARBIYA VA INNOVATSIYALAR

VII son, Iyun

Текширишдан ўтказилган беморларнинг 64,5% эркак ва бундан кўриниб турибдики эркаклар аёлларга нисбатан 1,8:1 нисбатда кўпроқ ПК билан оғрир экан. Касаллик клиник шакллари бўйича таҳлил қилинганда акинетик-ригид ва аралаш шакли деярли бир хилда 1,1:1 нисбатни ташкил этди.

ПК билан оғриган беморларда касаллик клиник шакллари ва босқичлари жинсга боғлиқ ҳолда таҳлил қилинганда жадвалдан кўринадикки, барча клиник шаклларда 3-босқич кўп учраган: акинетик-ригид шаклида 42,5%, титроқ шаклида 50% ва аралаш шаклида 37,8%. Жинсга боғлиқ ҳолда таҳлил ўтказилганда: 1-босқичда 16 (44,5%) эркак, 9 (25%) аёл; 2-босқичда 26 (72,8%) эркак, 10 (27,3%) аёл; 3-босқичда 27 (78,1%) эркак, 19 (52,2%) аёл ташкил қилди (1-жадвал).

1 - жадвал

Беморлар касаллик босқичлари бўйича жинсга боғлиқ ҳолда тарқалиши.

Клиник шакллар	босқич	эркаклар		аёллар		жами	
		м	%	м	%	м	%
Акинетик-ригид N=40	1-бос.		15				
	2-бос.	6	22,5	3	7,5	9	22,5
	3-бос.	9	22,5	5	12,5	14	35
	4-бос.	9	22,5	8	20	17	42,5
Титроқ N=30	1-бос.		13,3				
	2-бос.	4	13,3	2	6,7	6	20
	3-бос.	7	23,3	2	6,7	9	30
	4-бос.	11	36,7	4	13,3	15	50
Аралаш N=37	1-бос.		16,2				
	2-бос.	6	16,2	4	10,8	10	27,3
	3-бос.	10	27,3	3	8,1	13	35,4
	4-бос.	7	18,9	7	18,9	14	37,8

TA'LIM, TARBIYA VA INNOVATSIYALAR

VII son, Iyun

жами		69	64, 4	38	35, 6	107	100
------	--	----	----------	----	----------	-----	-----

Асосий мотор бузилишлар асосан хар икки гуруҳда ҳам ўхшаш натижаларни қайд этди.

ПКОС билан беморлари гуруҳида ПКОСсиз беморлари гуруҳига нисбатан тинчликдаги треморнинг юқори фоизларда ифодаланиши 87,6% бу белгининг асосан ПК оғриқ синдроми мотор флюктуциялар билан боғлиқлигини тасдиқлайди. (2-жадвал.)

2 - жадвал

Паркинсон касаллиги оғриқ синдроми билан ва Паркинсон касаллиги оғриқ синдромисиз беморлар гуруҳида неврологик симптоматиканинг намоён бўлиши

	ПКОС билан (n=64)		ПКОС сиз (n=43)	
	м	%	м	%
Тинчликдаги тремор	43	67,19±5,87	3 7	86,05±5,28 *
Гипосмия/аносмия	37	57,81±6,17 **	3 3	76,74±6,44 *
Гипомимия	53	82,81±4,72 *	3 9	87,3±2,76
Постурал бузилишлар	38	59,38±6,14 **	3 4	79,07±6,20 *
Псевдобульбар синдром	9	14,06±4,35	11	* 25,58±6,65
Чуқур рефлекслар ассиметрияси	37	57,81±6,17	2 6	60,47±7,46 ***
Ригидлик ва гипокинезия	49	76,56±5,30 ***	3 8	88,37±4,89

Изоҳ * ишончли фарқ (* – p<0,05; ** – p<0,01; *** – p<0,001).

Номотор бузилишларнинг кузатилиши. Хар икки гуруҳда ҳам сўровнома (NMS Quest) орқали таҳлил қилинди. Беморларда етакчи бўлган номотор симптомлар асосан, оғриқ, ич қотиши, уйқучанлик, хотиранинг пасайиши, гипергидроз, оғиз қуриши, тахикардия, қўрқув, тез чарчаш, парестезиялар, чаноқ абзолари фаолиятининг бузилиши билан кузатилди. ОС билан 60,9%

беморда ғамгинлик, 56,3% беморда кундузги уйқучанлик, 70,3% беморда хотира пастлиги, 70,3% гипосмия, умумий гипергидроз 48,4% беморда, 42,2% бемода ортостатик гипотензия, сўлак оқиши 45,3% беморда аниқланди. ОСсиз гуруҳимизда эса қабзият 79,1% беморда, ғамгинлик 72,1% беморда, хотира пастлиги 76,7% беморда, 60,5% беморимизда гипосмия учради. Номотор симптомларнинг келиб чиқиши касалликнинг босқичига боғлиқ равишда кузатилади. Касалликнинг I босқичида тез чарчаш, оғрик, хавотир ва тахикардия, ич қотишлар; II босқичида тез чарчаш, пешоб ажралишининг бузилиши, кўрқув; III босқичда эса сўлак оқиши, когнитив бузилишлар кузатилди. (NMS Quest)

Оғрик синдромининг локализацияси. 43 та беморда оғрик синдроми ($35,94 \pm 6,0\%$) мотор белгилар яққол ифодаланган қўл ёки оёқда кузатилди (гипокинезиялар ва ригидлик). 9 та беморда (14,1%) оғрик синдроми қарама-қарши томонда кузатилди. Беморларнинг тўртдан бир қисмида 12 (18,8%) сурункали оғрик синдроми ҳар икки томонлама кузатилди.

Оғрик синдроми қўлларнинг дистал қисмига нисбатан, проксимал қисмида кўпроқ намоён бўлди. 31 та беморда ($48,44 \pm 6,25\%$) проксимал қисмда, 9 та беморда ($14,06 \pm 4,35\%$) – дастлабки кунларданок, қўлларнинг дистал қисмида кузатилди. ($p < 0,001$). Оғрик бел соҳасида 23 та беморда (32,8%), сон соҳасидаги оғрик 17 та беморда (25,1%), тизза соҳасида - 12 та беморда (17,6%), оёқ панжасида - 10 та беморда (14,7%) аниқланди. Диффуз оғрик 21 та беморда (31%) кузатилди. АГ беморларида оғрик синдромининг бошқа симптомлар билан комплекс учраши ўрганиб чиқилди, улар асосан брадикинезия, ригидлик, тремор ва дистония билан биргаликда намоён бўлди.

Беморлардаги бел соҳасидаги оғрик ўртача $7,1 \pm 0,6$ баллни, бош оғриғи $5,3 \pm 1,1$ баллни, диффуз оғрик $6,9 \pm 0,7$ баллни ташкил қилди. Шу билан бир қаторда ОС интенсивлиги 1 босқичдаги беморларда $5,1 \pm 0,6$ баллни, 2 босқичдаги беморларда $6,8 \pm 0,8$ баллни, 3 босқичдаги беморларда $7,5 \pm 0,3$ баллни кўрсатди. (3-жадвал.)

3 - жадвал

**Касалликнинг турли босқичида оғрик синдромининг интенсивлиги
ВАШ бўйича**

Касаллик босқичи	1-1,5 босқич	2 босқич	2,5-3 босқич
ОС	$5,1 \pm 0,6$	$6,8 \pm 0,8$	$7,5 \pm 0,3$ балл

TA'LIM, TARBIYA VA INNOVATSIYALAR

VII son, Iyun

интенсивлиги	балл	балл	
Акинетик-ригид шакли	7,2±0,9 балл	7,1±1,1 балл	7,2±0,8 балл
Титроқ шакли	5,3±0,7 балл	5,8±0,6 балл	5,9±0,4 балл
Аралаш шакли	5,8±0,6 балл	6,4±0,9 балл	6,9±0,9 балл

Оғриқнинг интенсивлиги касаллик шаклига кўра ўзгариб борди, ВАШ бўйича акинетик-ригид шаклида бошқа шаклларга нисбатан баланд кўрсаткичларни қайд қилдик.

Оғриқ синдромининг хусусиятлари. Беморлардаги бел соҳасидаги оғриқ ўртача 7,1±0,6 баллни, бош оғриғи 5,3±1,1 баллни, диффуз оғриқ 6,9±0,7 баллни ташкил қилди. Шу билан бир қаторда ОС интенсивлиги 1 босқичдаги беморларда 5,1±0,6 баллни, 2 босқичдаги беморларда 6,8±0,8 баллни, 3 босқичдаги беморларда 7,5±0,3 баллни кўрсатди. Оғриқ интенсивлиги касаллик босқичи ошиб борган сари аёл ва эркакларда ошиб борди.

Оғриқ синдромининг интенсивлиги ВАШ бўйича 1,7 до 8,3 балл оралиғида ва ўртача 5,5 ±1,6 баллни ташкил қилди. Максимал дискомфорт мушак спазми ва дистонияда намоён бўлди. Мак-Гилл (The McGill Pain Questionnaire) сўровномаси бўйича оғриқнинг сенсор-дискриминатив ва аффектив-мотивацион компонентлари ўртача балли 24,4±22,5.(4-жадвал) Невропатик оғриқ диагностикаси натижаларига кўра ҳам объектив ҳам субъектив баҳоловчи ДН4 сўровномаси натижасига кўра ўртача 5,0±2,6 баллни ташкил этди.

Бу сўровномада оғриқ синдроми аниқланган 64 нафар беморимиз иштирок этди. Хар бир беморларда касаллик босқичига кўра гуруҳларга ажратилди. Ушбу сўровнома нафақат оғриқ интенсивлиги балки, оғриқнинг ҳам аффектив, ҳам сенсор компонентларини аниқлашга ёрдам берди.

4 - жадвал

Мак-Гилл (The McGill Pain Questionnaire) сўровномаси бўйича кўрсаткичлар

Касаллик босқичи	Оғриқ интенсивлиги	Сенсор- дискриминатив компонент	Аффектив- мотивацион компонент
---------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

TA'LIM, TARBIYA VA INNOVATSIYALAR

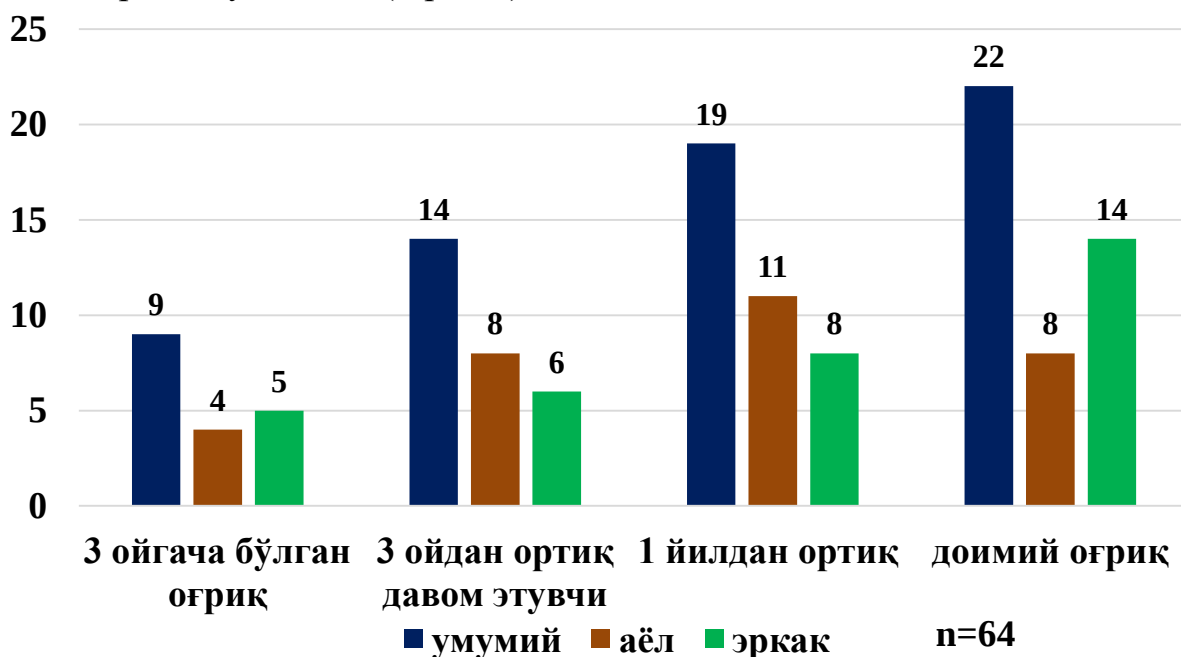
VII son, Iyun

	(баллар)	(баллар)	(баллар)
1-1,5	2,2	11,3	6,8
2-2,5	3,6	14,8	4,7
3	4,5	14,9	7,7

ДН4 сўровномаси невропатик оғриқни ташҳислаш учун фойдаланилди. Оғриқ синдромини патофизиологик механизмларининг ривожланишини ташҳислашда ёрдам берувчи умумлашган шкала бўлиб, субъектив ҳамда объектив неврологик симптомларни баҳолай олди ва касаллик босқичига боғлиқ ҳолда ўзгариб борди.

UPDRS нинг III қисми бўйича ўртача баҳо оғриқ синдроми бўлган беморларда $30,9 \pm 10,4$ баллни, оғриқ синдроми бўлмаган беморларда $25,5 \pm 8,8$ бални ташкил этди. UPDRS нинг III қисми бўйича ўртача баҳо оғриқ синдроми бўлган беморларда баланд, шу билан биргаликда группалар ўртасида тремор ва ригидлик интенсивлиги бўйича ишончли фарқ аниқланмади.

64 нафар беморнинг 14 нафарида ($21,9 \pm 5,2\%$), 6 нафар эркак ва 8 нафар аёлда уч ойдан ортиқ давом этувчи сурункали оғриқ синдроми, 19 тасида ($29,7 \pm 5,7\%$) 1 йилдан ортиқ давом этган оғриқ синдроми аниқланган. Сурункали оғриқ синдромининг доимий варианты 22 ($34,4 \pm 5,9\%$) беморда, 9 ($14 \pm 4,35\%$) беморда 3 ойдан кўп бўлмаган ремиссиялар кузатилган такрорий оғриқ синдроми кузатилди (1-расм).



1 - расм. Оғриқ синдромининг давомийлиги.

Сурункали оғриқ синдроми билан оғриган 64 беморнинг 29 тасида ($45,3 \pm 6,22\%$) оғриқ ҳаракат бузилиши бошланиши билан деярли бир вақтда ёки улардан биров олдин пайдо бўлган, 18 тасида ($28,1 \pm 5,62\%$) касаллик янада ривожланиши билан оғриқ синдроми кўшилган. Касаллик бошланганидан бир йил ичида оғриқ синдроми 7 беморда ($11 \pm 3,9\%$), бир йилдан сўнг 10 нафар беморда ($15,6 \pm 4,54\%$) кузатилган. Паркинсон касаллиги билан оғриган беморларнинг ҳаёт сифати ўрганилганда бир қатор оғриқли бузилиш билан беморлар ва оғриқ намоён бўлмаган беморлар ўртасида сезиларли фарқлар аниқланди. Паркинсон касаллиги билан оғриган беморларнинг 63,4 % оғриқ туфайли фаолиятининг бузилганлиги ҳақида шикоят қилдилар.

Оғриқ типлари. АГ беморларида оғриқ синдроми асосан брадикинезия, ригидлик, тремор ва дистония каби симптомлар ҳамроҳлигида намоён бўлади. Оғриқ синдроми аниқланган беморларни оғриқни баҳоловчи махсус шкалалар, ретгенография, лаборатор, нейрофизиологик текширувлар орқали баҳолаб чиқилди. Олинган натижаларимиз таҳлиliga кўра ПКОС билан беморларда оғриқ синдромининг 5та типлари аниқланди.

Беморларнинг 23 ($35,94 \pm 6,0\%$) нафарида миофасциал оғриқ аниқланди.

Полиневропатиядаги (невропатик оғриқ) куйдирувчи, санчувчи, “чумоли юргандек” каби ифодаланиб, 19 ($29,69 \pm 5,7\%$) нафар беморда учради.

Мушаклар дистонияси билан боғлиқ оғриқлар 12 ($18,75 \pm 4,88\%$) беморда ташхисланиб, бу бир неча дақиқагача давом этадиган қисқа муддатли спазмлар каби намоён бўлди.

Илдизли оғриқлар 6 ($9,38 \pm 3,64\%$) нафар беморда кузатилди. Оғриқ ва ножуя ҳиссиёт асосан умуртка поғонасининг бел соҳаларида аниқланди.

Марказий (бирламчи) нейропатик оғриқлар 4 ($6,25 \pm 3,03\%$) беморда аниқланиб, касалликнинг бевосита таъсири остида пайдо бўлган деб қаралди.

Хулоса. Демак, тадқиқотимизда биз турли хил оғриқ типларини ажратдик. Оғриқ синдромини Паркинсон касаллиги билан боғлиқлигини аниқлаш учун куйидаги мезонлардан фойдаландик:

1. Оғриқ синдроми касалликнинг бошланиши билан бир вақтда ёки мотор белгиларининг кучайиши фонида пайдо бўлган;
2. Оғриқнинг мотор симптомлар билан бевосита боғлиқлиги аниқланади (касаллик белгилари кўпроқ намоён бўлган томонда оғриқ устунлик қиладими);
3. Касалликга қарши медикаментоз воситалар қўллаш, оғриқ ҳиссиётининг камайишига олиб келади;

4. Оғриқга сабаб бўлувчи бошқа нуқсон бўлмаслиги.

Агар беморларда 3-мезон ва қолган мезонлардан яна бири кузатилса оғриқ синдроми Паркинсон касаллиги билан боғлашимиз мумкин бўлади.

Фойдаланилган адабиётлар.

1. Олланова, Ш. С., & Абдуллаева, Н. Н. ПАРКИНСОНИЗМ КАСАЛЛИГИГА ХОС ОҒРИҚ СИНДРОМИ МУАММОСИГА БЎЛГАН ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШЛАР.

2. OLLANOVA, S. S., ABDULLAEVA, N. N., MAMUROVA, M. M., & IGAMOVA, S. S. (2020). Pathogenetic mechanisms of Parkinson's disease. *International Journal of Pharmaceutical Research* (09752366), 12(3).

3. OLLANOVA, S. S., ABDULLAEVA, N. N., MAMUROVA, M. M., & IGAMOVA, S. S. (2020). Pathogenetic mechanisms of Parkinson's disease. *International Journal of Pharmaceutical Research* (09752366), 12(3).

4. Олланова, Ш. С., Тулкиновна, И. Ш., & Мамурова, М. М. (2023). Анализ Эффективности Тмс В Отношении Немоторных Расстройств При Болезни Паркинсона. *Miasto Przyszłości*, 36, 101-106.

5. Эшимова, Ш., Олланова, Ш., Хакимова, С., & Джурабекова, А. (2016). Оценка двигательных нарушений и темп прогрессирования заболевания у больных с эссенциальным тремором. *Журнал проблемы биологии и медицины*, (2 (87)), 147-150.

6. Саттарова С. З., Шарипова О. А., Азизова Р. Б. ОЦЕНКА ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ГИЙЕНА-БАРРЕ //Modern Science and Research. – 2024. – Т. 3. – №. 12. – С. 305-307.

7. Олланова Ш. С., Кенжаева Д. К. Анализ Эффективности ТМС В Отношении Немоторных Расстройств При Болезни Паркинсона //Research Journal of Trauma and Disability Studies. – 2024. – Т. 3. – №. 10. – С. 157-162.

8. Mamurova, M. M., Ollanova, S. S., Kosimov, A. A., & Dzurabekova, A. T. (2019). CHRONIC CEREBROVASCULAR DISEASES CAUSED BY ARTERIAL HYPOTENSION IN YOUNG ADULTS.

9. Ollanova, S. S. (2023). ANALYSIS OF THE EFFICACY OF TMS IN RESPECT OF NONMOTOR DISORDERS IN PARKINSON'S DISEASE. *World Bulletin of Public Health*, 20, 71-75.

10. Олланова, Ш., Эшимова, Ш., Мамурова, М., Джурабекова, А., & Абдуллаева, Н. (2016). Частота и течение хронического болевого синдрома у больных с болезнью паркинсона. *Журнал проблемы биологии и медицины*, (2 (87)), 71-74.

11. Олланова, Ш., & Джурабекова, А. (2018). Результаты клинико-неврологического и электронейромиографического обследования больных с

сосудистым паркинсонизмом. *Журнал проблемы биологии и медицины*, (1 (99)), 85-88.

12. Эшимова, Ш., Джурабекова, А., Олланова, Ш., & Касимов, А. (2018). Динамика клинических проявлений болезни паркинсона на фоне лечения тидомет форте. *Журнал проблемы биологии и медицины*, (2.1 (101)), 142-144.

13. Mamurova, M. M., Ollanova, S. S., Kosimov, A. A., & Dzurabekova, A. T. (2019). Хронические цереброваскулярные заболевания, обусловленные артериальной гипотензией, у пациентов молодого возраста. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*, (3), 101-105.

14. Абдуллаева, Н. Н., Олланова, Ш. С., Исанова, Ш. Т., & Мухтарова, М. А. (2022). БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА. ЖУРНАЛ НЕВРОЛОГИИ И НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ, 3(6).

15. Олланова, Ш., Абдуллаева, Н., & Утаганова, Г. (2021). ПАРКИНСОНИЗМГА ХОС ОҒРИҚ СИНДРОМИ СИНДРОМИНИНГ ПАТОГЕНЕТИК МЕХАНИЗМИ ВА КЛИНИК ВАРИАНТЛАРИ. *Журнал вестник врача*, 1(1), 98.

16. Мамурова, М., Рузиева, Ш., Олланова, Ш., Хакимова, С., & Джурабекова, А. (2015). Клинико-неврологические особенности Хронических цереброваскулярных заболеваний, обусловленных Артериальной гипертензией, у пациентов молодого возраста. *Журнал вестник врача*, 1(4), 39-42.

17. Ollanova, S. S., Abdullaeva, N. N., & Isanova, S. T. (2022). Clinical and neurological manifestations of pain syndrome of parkinson's disease.

18. Ugli I. S. T. et al. UNRAVELING THE NEUROCOGNITIVE UNDERPINNINGS OF IRONY COMPREHENSION: A MULTIDISCIPLINARY PERSPECTIVE //MASTERS. – 2024. – Т. 2. – №. 2. – С. 54-57.