

ПАРКИНСОНИЗМГА ХОС ОҒРИҚ СИНДРОМИ СИНДРОМИНИНГ ПАТОГЕНЕТИК МЕХАНИЗМИ ВА КЛИНИК ВАРИАНТЛАРИ

Ш. С. Олланова, Н. Н. Абдуллаева, Г. Х. Утаганова

Самарқанд давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон

Таянч сўзлар: паркинсонизм, оғриқ, диагностика, мотор, номотор симптомлар.

Ключевые слова: паркинсонизм, боль, диагностика, моторные, немоторные симптомы.

Key words: parkinson's, pain, diagnostics, prevention, motor and non-motor symptoms.

Мақолада Паркинсонизм касаллигига хос бўлган белгилар ривожланиб боровчи мотор ва кўплаб номотор клиник симптомларнинг ўзига хос индивидуал тарзда кечиши туфайли, узоқ муддат уролог, офталмолог, терапевтлар қабулида бўлиб, касалликнинг кеч диагностика қилинишига сабаб бўлишади. Ўз вақтида диагностика қилинмаслиги туфайли, бу симптомлар ривожланиб, беморларни госпитализацияга ва ҳаёт сифат тарзининг пасайишига олиб келади.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ И КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ПАРКИНСОНИЗМЕ

Ш. С. Олланова, Н. Н. Абдуллаева, Г. Х. Утаганова

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Основными чертами болезни Паркинсона являются прогрессирующий характер и разнообразие симптомов моторного и немоторного характера. Развивается ряд многообразных немоторных симптомов, которые часто остаются незамеченными неврологами и приводит пациента к таким специалистам как - урологи, офтальмологи, терапевты. Будучи недиагностированными, эти симптомы нарастают, приводя к частым госпитализациям и снижая качество жизни больных.

PATHOGENETIC MECHANISMS AND CLINICAL VARIANTS OF PAIN SYNDROME IN PARKINSON'S DISEASE

Sh. S. Ollanova, N. N. Abdullaeva, G. X. Utaganova

Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

The main features of Parkinson's disease are the progressive nature and variety of motor and non-motor symptoms. A number of diverse non-motor symptoms develop, which often go unnoticed by neurologists and lead the patient to such specialists as urologists, ophthalmologists, therapists. Undiagnosed, these symptoms escalate, leading to frequent hospitalizations and reducing the quality of life of patients.

Паркинсон касаллиги айнан ҳаракат тизимининг бузилишлари билан кечувчи касаллик деб ҳисобланилади. Касалликка хос бўлган, ҳаракат тизимидаги ўзгаришлар — гипокинезия, ригидлик, тинч ҳолатдаги тремор стриатумда дофамин танқислиги натижасида келиб чикувчи, қора моддадаги дофаминэргик нейронларнинг дегенерацияси туфайли юзага келади.

Касалликнинг кечишида касаллик белгилари авж олиши билан бирга, номотор бузилишлар юзага чиқиб, устунлик қила бошлайди ва касалликнинг кечиши, ҳамда оқибатига, салбий таъсир этади.

Касалликнинг давомийлиги ва жараённинг босқичидан қатъий назар, номотор бузилишлар деярли барча беморларда юзага келади ва беморларнинг ҳаёт сифат тарзига ўз таъсирини кўрсатади [1,5]. Касаллик кечишида ҳаракат билан боғлиқ бўлмаган, қуйидаги клиник белгилар юзага келиши мумкин:

- оғриқ;
- асаб-руҳий бузилишлар (эмоционал, хулқ-атворнинг ўзгариши, когнитив, психотик);
- уйқу ва уйғокликнинг бузилиши;
- вегетатив бузилишлар ;
- сенсор бузилишлар;
- номотор бузилишлар, нодофаминэргик нейронлар дисфункцияси ва уларнинг ўзаро алоқаларининг бузилиши натижасида келиб чиқади.

Уларнинг кўпчилиги касаллик авж олиши билан, бирга юзага чиқса, оғриқ синдроми,

депрессия каби номотор бузилишлар, касалликка хос бўлган мотор симптомлардан анча олдинроқ юзага келади ва касалликнинг премотор босқичига хос бўлган белгилар жумласига киради [2,7].

Оғрик синдроми Паркинсон касаллиги асосида энг етакчи ўринни эгаллайди, келтирилган статистик маълумотларга кўра, 65-74% ташкил қилади. Олиб борилган кўплаб илмий тадқиқотлар ва кузатувлар натижаларига кўра, оғрик ва депрессия ўзаро боғлиқлиги, яъни, оғрик натижасида депрессия юзага келиши келтирилган.

Паркинсон касаллиги билан беморларда сурункали оғрик синдромининг учраши 40 - 70%, умумий популяцияда бу кўрсаткич 10 - 40% ташкил қилади [3,10].

Сурункали оғрик синдроми билан амбулатор яшаш жойида поликлиникаларга мурожаат қилишган, беморларнинг 37% ида Паркинсон касаллигининг премотор даврига хос бўлган, клиник симптомлар аниқланди [14].

10% беморларда мавжуд бўлган оғриклар келгусида юзага келиши мумкин бўлган мотор бузилишлар томонида юзага келиши исботланган [4,9].

Паркинсонизмга хос оғрик синдроми локализациясининг ўзига хос хусусиятлари:

1. Оғрик қўл-оёқда жойлашиб, касаллик эрта даврида қўлларнинг проксимал қисмида жойлашади, лекин Паркинсонизмга хос дастлабки белгилар, қўлларнинг дистал қисмида жойлашади. Елка-курак соҳасидаги мушаклар, кўпроқ, икки бошли мушакда оғрик ифодаланган бўлади .

Оғрикнинг патогенетик аспектларига келадиган бўлсак, дофамин оғрик таъсиротларини асаб тизимининг бир неча структуралари орқали, яъни орқа миядан, тала-мус, базал ганглийлар ва белбоғсимон эгат пўстлогига соҳа сатҳида идрок этилади [5,12].

Францияда ўтказилган, DOPAMIP (Douleur et maladie de Parkinson en Midi-Pyrenees), тадқиқотлари аҳоли ўртасида сурункали оғрик синдроми билан ёш ва жинс бўйича ажратилиб, 450 та беморларни ўрганилиб таҳлил қилишганда, 52% беморларда оғрикнинг рангбаранг ва ўзига хос тарзда кечиши кузатилди [6,16]. Оғрикнинг интенсивлиги визуал-аналогли шкала бўйича, (ВАШ) ўртача 100 мм дан 60 мм ташкил қилди.

Паркинсонизмга хос бирламчи (марказий) оғриклар ҳам кузатилиб, 19 % скелет-мушак патологияси, мушак тонусининг локал ўзгаришлари, леводопа препарати самарадорлигининг ўзгаришлари билан боғлиқ эмас Ушбу оғрикларнинг ўзига хос жиҳатлари:

- локализациясининг ноаниқлиги;
- оғрик таъсиротининг чуқур жойлашуви ва симилловчи характери;
- оғрик интенсивлигининг юқорилиги билан характерланади (ВАШ шкаласи бўйича ўртача 7,4 балл);
- субъектив сенсор шикоятлар, асосан қўл-оёқнинг жонсизланиши ёки парестезиялар;
- оғрик синдроми билан беморларни клиник кўригида ва рентгенография ёки МРТ текширувида скелет-мушак патологияси туфайли келиб чиқади, умуртқа поғонасидаги дегенератив-дистрофик ўзгаришлар туфайли, ва 17,9% беморларда сурункали оғриққа сабаб бўлади [8,15].

Паркинсонизмга қарши ўтказилган терапия оғрик синдромига таъсир қилади. Паркинсонизм симптомларининг коррекцияси мақсадида, леводопа препаратининг дозаси оширилиши, кўпгина беморларда оғрикнинг камайишига олиб келади.

Касаллик бутун давомийлигида оғрик синдроми кузатилиб, елка бўғимида касалликнинг премотор фазасидаек бошланиб, оғрик локализацияси касалликнинг клиник формасига боғлиқ бўлган. Оғрик синдромининг патоморфози касалликнинг кечки босқичларида кузатилган. Миофасциал оғрик синдромида Паркинсонизмга қарши терапия фонида оғрик таъсиротларининг ривожланганлиги елка соҳасида 50% дан 45% гача, спондилоартритик оғриклар ва елка курак периартропатиялари билан беморларда оғрикнинг интенсивлиги 35% га камайди [11,13].

Оғрик характери ва локализациясига кўра, паркинсонизмга қарши препаратлар билан коррекция ўтказилиши, оғрикнинг таъсиротлари интенсивлигининг камайишига, ҳамда,

ҳаракат тизимидаги нуксонга сабаб бўлди, ҳулоса қилиш мумкинки, сурункали оғриқ синдроми айнан касалликнинг ўзи билан боғлиқ ҳисобланади. Оғриқ касаллик дебюти ривожланиши, ёки Паркинсонизм симптомларининг ривожланиши билан боғлиқдир. Оғриқ локализацияси бўлғуси мотор бузилишлар келиб чиқадиган соҳада кузатилади.

Ҳулоса. Ҳозирги кунда, оғриқ нерв системасининг турли тузилмаларининг дисфункцияси - периферик нерв толаларидан, бош мия пўстлоғигача бўлган соҳада кузатилиши мумкин. Базал ганглийлар сенсор информацияни қайта ишлашни бажариб, бу тугунлар дисфункцияси, эса, дофаминэргик системанинг етишмовчилиги туфайли, соматосенсор оғриқ йўлларида импульс ўтказилишини таъминловчи тормозловчи йўллардаги етишмовчиликлар, туфайли юзага келади. Оғриқ синдроми ва оғриқ сезгиси бўсағасининг пасайиши, дофаминэргик терапия натижасида патологик жараён нормаллашуви кузатилади.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Голубев В. Л. Болезнь Паркинсона и синдром паркинсонизма / В. Л. Голубев, Я. И. Левин, А. М. Вейн. — М. : МЕДпресс, 1999. — 416 с.
2. Залялова З. А. Болевой синдром при болезни Паркинсона / З. А. Залялова, Л. А. Яковлева, Р. А. Алтунбаев // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2011. — Вып. 111, № 3, С. 79-81.
3. Крыжановский Г. Н. Болезнь Паркинсона (этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика) / [Г. Н. Крыжановский, И. Н. Карабань, С. В. Магаева, В. Г. Кучеряну, Н. В. Карабань]. — М. : Медицина, 2002. — 335 с.
4. Литвиненко И. В. Боль и депрессия при болезни Паркинсона: новые терапевтические возможности прамипексола / И. В. Литвиненко, М. М. Одинак, В. И. Могильная // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2008. — № 11. — С. 36-38.
5. Махнев С. О. Хронические болевые синдромы при болезни Паркинсона / С. О. Махнев, О. С. Левин ; [в кн.: Болезнь Паркинсона и расстройство движений. Руководство для врачей] ; под ред. С. Н. Иллариошкин, О. С. Левин. — М., 2011. — С. 83-87.
6. Экстрапирамидные расстройства: руководство по диагностике и лечению ; [под ред. В. Н. Шток, И. А. Иванова-Смоленская, О. С. Левин]. — М. : МЕДпресс-информ., 2002. — С. 87-124.
7. Brefel-Courbon C. Payoux P, Thalamas C. et al // Movement disorders, 2005 – V, 20 – P 1557-1553
8. Chaudhuri K.R. Non-motor symptoms of Parkinson's disease: diagnosis and management / K.R. Chaudhuri, D.G. Healy, A.H. Schapira [for the National Institute for Clinical Excellence] // Lancet Neurol. — 2006. — V. 5. — P. 235-245.
9. Chaudhuri K. R pain in Parkinson's // PDS information sheet. – September 2002, - V 17 – P 105-115.
10. Chronic pain and Parkinson's disease. In: Non-motor symptoms of Parkinson's disease / [O. Rascol, L. Negre-Pages, C. Brefel-Courbon et al.] ; Eds: K. R. Chaudhuri, E. Tolosa, A. Schapira, W. Poewe. — Oxford University Press, 2009. — P. 287-295.
11. Chudler E.H. The role of the basal ganglia in nociception and pain / E.H. Chudler, W.K. Dong // Pain. — 1995. — V. 60.— P. 3-38.
12. Clifford T.J, Warsi M.J, Burnetti C.A, Lamey P.J, // Gerodontology. — 1998 – V. 15 N_o 2. –P 73-78.
13. Djaldetti R. Shifrin A. Rogowski Z. et al. // Neurology, 2004 - V 62 N-o 12 – P 2171-2175.
14. Non motor symptoms as presenting complaints in Parkinson's disease: a clinicopathological study / [S.S. O'Sullivan, D.R. Williams, D.A. Gallagher et al.] // Mov Disord. — 2008.— V. 23. — P. 101-106.
15. Overt versus covert treatment for pain, anxiety, and Parkinson's disease / [L. Colloca, L. Lopiano, M. Lanotte, F. Benedetti] //Lancet Neurol. — 2004.— V. 3.— P. 679-684.
16. Relationships among pain, depression, and sleep alterations in Parkinson's disease / [C.G. Goetz, R.S. Wilson, C.M. Tanner, D.C. Garron] // Adv Neurol. — 1987. — V. 45. — P. 345-347.
17. Rizaev J.A., Raimova M.M., Boboev K.K., Buranova D.D., Kenjaev G.S., Abdullaev M.B. Analysis Of Anamnestic And Clinical Neurological Data Of Patients With Parkinson's Disease In Tashkent Region // Solid State Technology. Volume: 63 Issue: 6. Publication Year: 2020. P. 15246-15254