

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ БУХОРО ДАВЛАТ
ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

"ТАСДИҚЛАЙМАН"

Илмий-техник раиси Кенгаш,

Соғлиқни сақлаш вазирлиги

_____ **Ш.К. Атажанов**

" _____ " _____ 2026 Г.

ЎРИНОВ МУСО БОЛТАЕВИЧ

**ЖИНС ВА ГЕНДЕР ТАЪСИРИНИ ҲИСОБГА ОЛГАН ҲОЛДА
ПРОЗОПЛЕГИК ВА ПРОЗОПАЛГИК СИНДРОМЛАРНИНГ КЛИНИК-
ПАТОГЕНЕТИК ТАҲЛИЛИ
(монография)**

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ БУХОРО ДАВЛАТ
ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

УРИНОВ МУСО БОЛТАЕВИЧ

**ЖИНС ВА ГЕНДЕР ТАЪСИРИНИ ҲИСОБГА ОЛГАН ҲОЛДА
ПРОЗОПЛЕГИК ВА ПРОЗОПАЛГИК СИНДРОМЛАРНИНГ КЛИНИК-
ПАТОГЕНЕТИК ТАҲЛИЛИ
(монография)**

Бухоро – 2026

УДК:616.831-005.8:616.12-008.331.1

Автор: Ўринов М.Б - Бухоро давлат тиббиёт институти неврология кафедраси профессори, DSc.

Рецензентлар:

Абдуллаева Н.Н – Самарқанд Давлат тиббиёт университети кўп тармоқли клиникаси Бош шифокори, т. ф. д., профессор.

Рахматова С.Н - тиббиёт фанлари номзоди (DSc)., Бухоро давлат тиббиёт институти Неврология кафедраси доценти.

Монография БухДавТИ илмий Кенгаши йиғилишида тасдиқланди

30. 05. 2025 Протокол №. 10



Ўринов Мусо Болтаевич- DSc., профессор, Бухоро давлат

тиббиёт институти неврология кафедраси доценти, DSc.,

70 дан ошиқ илмий ишлар маҳаллий ва хорижий журналларда чоп этилган.

Анотация

Монография ҳозирги замоннинг долзарб муаммоларидан бири бўлган прозоплегик ва прозопалгик синдромларнинг клиник-патогенетик хусусиятлари жинс ва гендер омиллари нуқтаи назаридан таҳлил қилинган. Беморларда бошқа неврологик ва соматик касалликларни истисно қилган ҳолда, фасциал ва периферик нерв тизими фаолияти ҳамда оғриқ синдромлари алоҳида ўрганилган. Прозоплеги́к синдром (фасциал ва бўғин мушаклари ҳаракат бузилишлари) кўпинча эркакларда оғирроқ кечади, паретик белгилари узоқ давом этади. Прозопалгик синдром (юз ва бошда оғриқ, парестезия ва гиперестезия) аёлларда кўпроқ кузатилади ва психоэмоционал ҳамда гормонал омиллар билан боғлиқ. Шу асосда эркак ва аёл беморларда индивидуаллаштирилган реабилитация ва терапевтик ёндашув зарур.

Монография муаллифнинг кўп йиллар давомида бажарган илмий-тадқиқот ишларининг натижаси бўлиб, олинган натижалар ташхис ва даволаш жараёнида ва инсултни амбулатор шароитда иккиламчи профилактикасини муҳим аҳамиятга эга эканлиги кўрсатилган.

Монография Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти илмий-тадқиқот ишлари режасига асосан бажарилган.

Монография неврологлар, умумий амалиёт врачлари ва тиббиёт олийгоҳининг неврология ихтисослиги бўйича клиник ординатор ва магистрлари учун мўлжалланган.

Аннотация

Монография посвящена клинико-патогенетическим особенностям прозоплегического и прозопалгического синдромов с точки зрения влияния пола и гендерных факторов. У пациентов, с исключением других неврологических и соматических заболеваний, отдельно изучались функции фасциальной и периферической нервной системы, а также болевой синдром. Прозоплегический синдром (нарушения движений фасциальных и суставных мышц) чаще протекает тяжелее у мужчин, паретические проявления сохраняются длительное время. Прозопалгический синдром (боль, парестезии и гиперестезии в области лица и головы) наблюдается чаще у женщин и связан с психоэмоциональными и гормональными факторами. На этом основании требуется индивидуализированный подход к реабилитации и терапевтическому ведению как у мужчин, так и у женщин. Монография является результатом многолетних научно-исследовательских работ автора, показывающих значимость полученных данных для диагностики, лечения и вторичной профилактики инсульта в амбулаторных условиях.

Работа выполнена в соответствии с планом научно-исследовательских работ Бухарского государственного медицинского института имени Абу Али ибн Сины.

Монография предназначена для неврологов, врачей общей практики, клинических ординаторов и магистрантов по специальности «Неврология».

Abstract

The monograph is dedicated to the clinico-pathogenetic features of prosoplegic and prosopalgy syndromes from the perspective of sex and gender factors. In patients, with exclusion of other neurological and somatic diseases, the functions of the fascial and peripheral nervous systems, as well as pain syndromes, were studied separately.

Prosoplegic syndrome (disorders of facial and joint muscle movements) is more often severe in men, with paretic manifestations persisting for a long time. Prosopalgy syndrome (pain, paresthesia, and hyperesthesia in the face and head region) is more frequently observed in women and is associated with psycho-emotional and hormonal factors. Based on this, an individualized approach to rehabilitation and therapeutic management is required for both men and women.

The monograph represents the results of the author's many years of scientific research, demonstrating the significance of the findings for diagnosis, treatment, and secondary prevention of stroke in outpatient settings.

The work was carried out in accordance with the scientific research plan of the Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina.

The monograph is intended for neurologists, general practitioners, clinical residents, and master's students specializing in Neurology.

МУНДАРИЖА

Фойдаланилган қисқартмалар рўйхати.....		9
Кириш.....		10
I-БОБ. НЕВРОЛОГИЯДА ЖИНС ВА ГЕНДЕР МУАММОСИ.....		11
§1.1	Эркаklar ва аёллар ўртасидаги фарқларни белгиловчи омиллар	12
§1.2.	Жинс, гендер ва юз неврологияси.....	20
1.2.1	Учлик нервнинг невралгияси. (Фотергилнинг юз оғриқлари, оғриқли тик, невралгик прозопальгия).....	23
§13	Жинс, гендер ва патологиянинг латерализацияланган шакллари	31
§14	Юз нерви невропатияси.....	36
II-БОБ. ТАДҚИҚОТ УСУЛЛАРИ ВА МАТЕРИАЛЛАРИ.....		44
§2.1.	Клиник-неврологик текширишларнинг ўзига хосликлари.....	44
§2.2.	Тадқиқот усуллари.....	47
§2.4.	Статистик усуллар.....	
III БОБ. БУХОРО ВИЛОЯТИДА ИДИОПАТИК ПРОЗОПАЛГИЯ ВА ПРОЗОПЛЕГИЯНИНГ ТАРҚАЛИШИ ҲАМДА КЛИНИК КЕЧИШИ....		53
IV БОБ. ПРОЗОПЛЕГИК ВА ПРОЗОПАЛГИК СИНДРОМЛАРНИНГ КЛИНИК ЎЗИГА ХОСЛИГИНИ ЖИНСГА ВА КАСАЛЛИК КЕЧИШ ЖОЙИГА БОҒЛИҚЛИГИ.....		60
§4.1.	Прозоплегиялар. Жинс ва ёшга боғлиқ ҳолда клиник-неврологик тавсиф.....	61
§4.2.	Жинс ва латерализация жараёни.....	
§4.3.	Жинс, ёш ва ППЛда динамик жараёнлар.....	70
§4.4.	Эркаklar ва аёллардаги ППЛда фаллопиев каналининг ҳолати..	75
V БОБ. ЖИНС ВА ГЕНДЕРГА БОҒЛИҚ ХОЛДА ПРОЗОПАЛГИЯ ВА ПРОЗОПЛЕГИЯДА ЭМОЦИОНАЛ НЕЙРОВЕГЕТАТИВ ФАРҚЛАР....		83
VI БОБ. ЭРКАКЛАР ВА АЁЛЛАРДАГИ ПРОЗОПЛЕГИЯ ВА		105

ПРОЗОПАЛГИЯДА ҲАЁТ СИФАТИ.....	
ХОТИМА.....	118
ХУЛОСАЛАР	126
АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР	129
ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ	131

Фойдаланилган қисқартмалар рўйхати

ВДС	- вегетатив дисфункция синдроми
ЧПЖБ	- чакка-пастки жағ бўғими
ЧП	- чақирилган потенциаллар
БО	- бош оғриғи
ММК	- мимика мушаклар контрактураси
КТ	- компьютер томографияси
ЮН	- юз нерви
ШХ	- шахсий хавотир
МРТ	- магнит-резонанс томография
МСКТ	- мультиспиральная компьютер томографияси
УНН	- учлик нерв невралгияси
ЮНН	- юз нерви нейропатияси
ППА	- прозопалгия
ППЛ	- прозоплегия
РХ	- реактив хавотир
СҚСИ	- серотониннинг қайтар селектив ингибиторлари
ССЧП	- соматосенсор чақирилган потенциаллар
СПГ	- сурункали пароксизмал гемикрания
ЮҚС	- юрак қисқаришлар сони
ЭНМГ	Электронеуромиография
ЭЭГ	Электроэнцефалография

КИРИШ

Дунёда периферик нерв касалликлари ичида энг эътибор талаб этувчи патологиялардан бири прозоплегия (ППЛ) ва прозопалгия (ППА) бўлиб ҳисобланмоқда. Ушбу касалликдан азият чекувчилар сони кундан-кунга ортиб бормоқда. «Юз нерви невропатияси яъни прозоплегия ҳар 100000 аҳолига Европа мамлакатларида 20 та ҳолат, Японияда 30 та ҳолатни ташкил этади»¹. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра «юз нервнинг мононевропатияси энг кўп тарқалган касаллик ҳисобланади ва периферик нерв тизими касалликлари орасида иккинчи ўринни эгаллайди. Уч шохли нерв невралгияси яъни прозопалгия ЖССТ маълумотида кура 10000 аҳолига 2-4 касал тугри келиб, купрок карияларда учраши аниқланган»². Периферик нерв касалликлари таркибида уч шохли нерв невралгияси учраш частотасига кура иккинчи ва учинчи ўринларни эгаллайди. Бу касаллик фақатгина бемор турмуш тарзига эмас, балки ижтимоий-маданий, иқтисодий ва турмуш сифатини пасайишига ҳам ўз таъсирини кўрсатмасдан қолмайди.

Бугунги кунда жаҳон микёсида жинслар орасидаги муаммоларни аниқлаш, уларни эрта аниқлаш ва даволаш тактикасига ёндошувининг юкори самарадорлигига эришишга қаратилган илмий-тадқиқотларга алоҳида эътибор қаратилмоқда. Бу борада, эркак ва аёллар миясида морфологик фарқлар мавжудлиги аниқлаш жинсий дифференциацияни эътиборга олиб касаллик асоратларини олдини олиш, учраш даражаси ва ривожланиш омилларини аниқлаш, касаллик замирида, нейропсихологик, нейровегетатив дезадаптацияни бартараф этиш, касаллик келиб чиқишида генетик мойилликни аниқлаш, даволашга замонавий ёндашиш ҳамда беморларда ривожланиши мумкин бўлган асоратларнинг олдини олиш чораларини белгилаш долзарб масалалардан ҳисобланади. Прозоплегик ва прозопалгик

¹Игрунова Н.А., Куташов В.А. Невропатия лицевого нерва // Центральный научный вестник. 2016. Т. 1. № 2 (2). С. 9-10.

²Weekly epidemiological record of WHO // N369, 2017, 93, 521-540.

синдромларга жинс ва гендерга боғлиқ холда клиник-патогенетик жихатдан ёндашиш, барвақт ташхислашни оптималлаштиришга қаратилган чора-тадбирлар комплексини ишлаб чиқиш ва асоратларни олдини олишга қаратилган даволаш тизимини яратиш каби муаммоларни ҳал қилишда узига хос аҳамият касб этади.

I БОБ. НЕВРОЛОГИЯДА ЖИНС ВА ГЕНДЕР МУАММОСИ

Амалий жихатдан дунёнинг барча мамлакатларида эркак ва аёлларнинг биологик, психологик ва ҳуқуқий профилини ўрганиш бўйича катта сондаги тадқиқотлар олиб борилмоқда ва улар ўртасидаги сезиларли фарқлар шубҳасиз ўз исботини топган. Илмий адабиётларда тақдим этилган маълумотлар ҳам эркак ва аёлларни кўпгина касалликларга бўлган мойиллиги, клиник кўринишларни намоён бўлиши, даволаш чора-тадбирларини организмга кўрсатадиган таъсири, соғайиш муддатлари, башорати ва бошқалар бўйича фаоқланишини тасдиқлади [231, 212; с. 142-147, 298; с. 1638-1642, 287; с. 689-698].

Бироқ, олимларнинг мазкур йўналишдаги сезиларли муваффақиятига қарамасдан, турли касалликлар, улар қаторида неврологик касалликларда ҳам ташхислаш ва даволаш алгоритмларини қўлланилишида жинсий омиллар доим четлаб ўтилган. Ушбу ёндошув инсонни организмга янги тиббий воситаларни фармакологик таъсирини ўрганишда жуда кўп марта қузатилган. Тадқиқотлар фақат кўнгилли эркак жинсидаги шахсларда амалга оширилган, дори воситаларининг аёллар организмга кўрсатадиган махсус таъсири ҳисобга олинмаган [187; с. 328, 193; с. 960-962, 198; с. 263-267, 192; с. 1464-1471, 304; с. 70-72, 306; с. 72-79].

Демак, кўплаб манбаларда биринчидан текширилувчиларнинг жинсий фарқига кўрсатмалар мавжуд эмас. Иккинчидан, «тажриба софлиги» га риоя этиш мақсадида аёллар тажрибага онгли равишда киритилмаган. [169; с. 37-42, 216; с. 3792-3794, 219; с. 45-49, 224; с. 17-25]. Шу билан бир вақтда сўнгги йилларда жинсга боғлиқ холда касалликнинг махсуслиги [60; с. 72-

74], даволаш натижалари, яқин ва узоқ асоратлар [301; с. 1-68, 248; с. 1519-1527, 292; с. 161-162, 188; с. 31-36, 194; с. 670-679] ишончли равишда исботланди.

Жинсий фарқлар муаммосини ўрганиш бўйича ҳақиқий портлаш, ўн йил олдин, амалиётга магнит резонанс томография кенг жорий этилиши билан бошланди ва ўшанда эркеклар ва аёллар миёсида морфологик фарқлар аниқланди. турли мутахассислик олимлари ўз тадқиқотларида жинсий фарқларни аниқладилар ва аниқ ҳолда тасдиқладилар [238; с.6-47, 218; с. 263-267, 294; с. 690-697, 271; с. 1198-1202, 300; с.865-872]. Аммо неврологияда бу каби тадқиқотлар амалий жиҳатдан ўтказилмади ва ҳозирги кунда мавжуд бўлган ишлар ҳам унча катта қисмни ташкил этмайди. Айниқса маҳаллий неврологияда вазият бу борада жуда ҳам ачинарлидир. Мазкур мавзунини камраб олган илмий иш амалда мавжуд эмас. Бу ушбу йўналишни келгусида давом эттиришни талаб этади.

§1.1. Эркаклар ва аёллар ўртасидаги фарқларни белгиловчи омиллар.

Тадқиқотчилар томонидан эркеклар ва аёллар ўртасидаги фарқни аниқлаш бўйича бир қатор аҳамиятли омиллар белгиланди, булар:

1. Биологик омиллар (жинсий махсус ўзига хосликлар): анатомик, гормонал, иммун, аёлларнинг фарзанд кўриш билан боғлиқ бўлган омиллари, генетик.
2. Руҳий (хулқий) ва ижтимоий (маданий) омиллар (гендер ўзига хосликлар): индивидуал, шахслар аро, макроижтимоий.

Шундай деб ҳисобланадики, эркеклар ва аёллар ўртасидаги асосий фарқ репродуктив тизимнинг ўзига хослиги бўлиб ҳисобланади. Бироқ, организмни эркеклик ёки аёллик типи бўйича ривожланишини белгиловчи орган бўлиб бош миёна ҳисобланади [120; с. 171-183]. Бластогенез даврида миёна эркеклик ёки аёллик типи бўйича дифференцияланиши амалга ошади, бу маълум анатомик, морфологик ўзига хосликлар, миёнадаги турли

алоқаларни ўрнатишда рецепторларни турлича тақсимланишида намоён бўлади. бу натижада эркаклар ва аёллар миясини ўз вазифасини бажаришдаги фарқларни белгилаб беради.

Ўз навбатида бош мия эркаклар ва аёллардаги барча орган ва тизимларни (нафакат репродуктив, балки иммун, нейроэндокрин ва ҳ.к.) дифференциал ривожланишини белгилаб беради. Маълум маънода мияни жинсий орган деб ҳисоблаш мумкин, чунки унинг ривожланишидан инсоннинг ўзини идентификация қилиши (эркак/аёл) боғлиқ бўлади. бунда «жинсий дифференциация» дан фарқли равишда миянинг дифференциацияси дихотомик бўлиб ҳисобланмайди, яъни мия «кўпроқ эркак» ёки «камроқ эркак» бўлиши мумкин. Дифференциация даражасига боғлиқ холда (кўпроқ ёки камроқ аёллик ёки эркаклик мияси) «аёллик» ва «эркаклик» миясининг функционал фарқланиш даражаси ва мос холда эркак ва аёл организми ўртасидаги фарқлар аниқланади. С. Ward (1972) нинг каламушларда олиб борилган тадқиқотларини кўрсатишича, ҳомиладор урғочи каламушни стрессга учратилса, бу ҳолат ҳомиладорлик охирига бориб, тестостерон кўтарилишини бузилишига олиб келади. пренатал стресс эркак жинсидаги ҳомилаларни феминизациясига олиб келди: бундай каламуш болаларида (туғилгандан сўнг) нотўғри копулятив ҳуқ, тажовузкорликги пасайиши ва ҳ.к.лар кузатилди [297; с. 232-234, 274; с. 79-81, 269; с. 352-358]. Бошқа тадқиқотларда эса аёл ҳомилаларда пренатал стрессни маскулин самараси кўрсатилди [230; с. 244-249, 223; с. 5-13, 279; с. 749-753, 196; с. 329-339]. Перенатал стресс ўтказган аёллардан туғилган ўғил болаларда гендер ориентациясининг бузилишлари (дисфорик гендер бузилишлар, гомосексуализм, транссексуализм ва бошқалар) тўғрисидаги маълумотлар мавжуд [40; 194 с.]. Жинсий ҳуқнинг ижтимоий қўлланилувчи шакллари гендер ориентациясида қандай ўзгаришларга олиб келиши мумкинлиги ҳозирги кунгача ўрганилмаган.

Шундай қилиб, мияни дифференциация даражаси (маскулин/феминин йўналиши) нафақат организмнинг биологик ўзига хослигини, балки индивидуумни руҳий-ижтимоий ривожланишини ҳам белгилаши мумкин.

Илмий адабиётларда эркалар ва аёллар ўртасидаги фарқни ажратиш учун кўпинча синоним сифатида қўлланилувчи «жинс» ва «гендер» термини қўлланилади. баъзи тадқиқотчилар ушбу икки тушунчани ажратишни таклиф этадилар [53; 512 с., 72; с. 64-67]. «Жинс» термини организмнинг биологик детерминланган (генетик, анатомик, гормонал, физиологик) ўзига хосликлари тўғрисида гап кетганда қўлланилса, «гендер» термини эса шахснинг эркалик («маскулинлик») ва аёллик («фемининлик») тавсифини белгилаш учун қўлланилади. Кўп ҳолларда гендерлик тавсифи муҳитнинг ижтимоий-маданий таъсири, яъни жамиятда мавжуд бўлган эрка ва аёл жинсига хос бўлган шахсий сифатлар (руҳий ҳуққий паттерн) билан боғлиқдир [157; 21 с., 168; с. 751-755].

Инсонлар анъанавий гендерлик ролларига турли даражада мойилдирлар. Маълум реакцияларда аёллар ва эркалар ўртасидаги фарқ, жумладан оғриқ таъсирлантирувчиларига реакциялар кўп ҳолатларда нафақат эркалар ва аёллардаги биолригик ўзига хосликлар билан, балки улардаги маскулинлик ва фемининликнинг турли даражада намоён бўлиши билан боғлиқдир. Кўпроқ феминин бўлган эркалар ва кўпроқ маскулин бўлган аёллар ҳам учрайди. Кўплаб руҳий ва ижтимоий омиллар бир жинсдаги индивидуумлар учун улардаги маскулинлик ёки фемининлик сифатларини намоён бўлишига боғлиқ ҳолда турли даражадаги аҳамиятга эга бўлиши мумкин. Ҳозирги кунга қадар, клиник вазиятларда гендер тавсифининг ролига оид тадқиқотлар депрессия ва алкоголизм бўйича бир нечта ишлар билан чегараланган ҳолос [193; с. 960-962, 257; с. 319-327]. Оғриқ синдромлари, жумладан бош оғриқларида гендер фарқларининг контекстида руҳий ва ижтимоий омилларнинг ролини ўрганиш келажакда ниҳоятда муҳим аҳамиятга эга бўлган ишлардан бири бўлиши мумкин.

Биологик боғлиқ бўлган фарқлар. Бўй баландлигининг юқори бўлиши, катта мушак массаси ва куч эркаклар тўғрисида умум қабул қилинган тассавурлардир. 100 йил илгари Von Bishoff (1886) ва Merchand (1902) эркаклар миясининг оғирлиги ва ўлчамларини ишончли даражада юқори белгиларга эга бўлишини аниқладилар. Буни A.S. Dekaban ва D.S. Sadowsky (1978) томонидан олиб борилган тадқиқотлар тасдиқлади: эркаклар ва аёллар миясининг ўртача нисбати 1,09 ни ташкил этди. Мия ўлчамларидаги фарқ ҳомила давридаёқ кузатилади – эркак жинсидаги ҳомилада у катта кўрсаткичга эгадир. Мия ўлчами бўй баландлигига ҳам боғлиқ бўлади: кўрсатилганки, инсонни бўй баландлигини 10 см га ортиши мия оғирлигини мос ҳолда тахминан 50-60 граммга ортишига олиб келади [254; с. 127-135]. Бўй баландлиги/мия оғирлиги нисбатини баҳолашда кўрсаткичлар аёлларда бир неча марта кичик -0,77га тенг бўлди, эркакларжа эса бу кўрсаткич 0,79 г тенг бўлди [174; с. 82-90, 178; с. 31-33, 65; с. 38-42, 101; с. 62-67].

Махсус замонавий усуллар жинсга боғлиқ ҳолда мия тузилмасининг ўзига хосликларини аниқлашга имкон берди [102; с. 113-139, 105; с. 117-118]. Демак Rabinowicz (1998) нинг кўрсатишича эркакларда аёлларга нисбатан солиштирилганда гипоталамус ядроларида нейронларнинг миқдори ва ўлчами икки марта юқоридир. Баъзи маълумотлага кўра эркакларда қадоқсимон тана ҳам худди чакка пластинасининг Сильвиев водопроводи горизонтал тешиги каби каттадир [228; с. 591-592, 221; с. 101-104, 199; с. 37-41, 241; с. 559-563]. Paug (1996) цингуляр эгатча билан (хажм аёлларда юқори кўрсаткичларга эга бўлди) ва парацингуляр эгатча (хажми эркакларда юқори бўлди) боғлиқ бўлган кулранг модда хажмини ишончли жинсий фарқларини намойиш этди.

Courten-Mayers (1990) либ борган морфометрик тадқиқотлар мия пўстлигининг жинсий деформизми тўғрисида қўшимча гувоҳликлар тақдим этди: нейронларнинг ўртача зичлиги аёлларга нисбатан эркакларда каттадир (мос ҳолда 1 мм³ да нейронлар 116, 500±30, 667 ва 101, 167±25, 667, $p<0,02$;

бу фарқлар ўнг ярим шарларда янада яққол намоён бўлади-эркаклар ва аёлларда кўрсткичлар нисбати ўнг томонда $1,18 \pm 0,11$, чап томонда эса $1,13 \pm 0,09$ ни ташкил этди, $p < 0,05$). Эракак жинсли ҳайвонларда асаб хужайраларининг миқдорий устун бўлиши ҳайвонларда ўтказилган тажрибаларда ҳам аниқланган [236; с. 125-130, 231].

Баён этилганлардан келиб чиқадики, эракаклар миясидаги юқори зичлик ва асаб хужайраларининг катта миқдорда бўлиши миянинг катта ўлчамдалиги ва катта оғирликка эга бўлиши билан ассоцирланади. Аёллардаги етишмаётган асаб хужайраларини компенсацияси дендритларни арборизацияси (тармоқланиши) билан таъминланади, шунинг учун уларда асаб боғламлари ва асаб тугунлари кўпдир [111; с. 44-49, 103; с. 39-49, 65; с. 38-42]. Аёллардаги мия қон айланишини тезлиги ва глюкоза метаболизми даражасини юқорилиги шунингдек, мия пўстлоғида нерв алоқалар тармоғини юқори даражада тармоқланганлиги билан тушунтирилади (80% глюкоза хужайра мембраналари бўйлаб ион градиентини ушлаб туриш учун сарфланади, дендритлар эса хужайраларни 90% рецептив майдонини ташкил этади). [202; с. 533-534, 227; с. 520-524, 163; с. 23-28].

Бўшлиқ ориентациясида энг аҳамиятли фарқланиш-уч ўлчамли объектлар ёки расмлар билан ишлашда зарур бўлган предметлар, уларнинг шакли, жойлашган ўрни ва пропорциясини акс эттириш қобилиятидир. Фақат 25% аёлларгина шунга мос бўлган тестларни ўртача статистик эракаклардан яхшироқ бажариш қобилиятига эгадир. Мактаб давридаёқ ўғил болалар теориялар ва ўзаро алоқалар, бўшлиқнинг абстракт концепциялари киритилган математик масалаларни қизларга нисбатан яхши ечадилар. Математикага алоҳида қобилиятли бўлган болалар орасида 1 та қиз болага 13 нафар ўғил бола тўғри келади, бунда энг яхши қиз боланинг натижалари доим энг яхши ўғил бола натижаларидан пастроқдир. 15 йил давомида ушбу масалани ўрганган Benbow (1988) берган маълумотлари мазкур фарқларнинг биологик асоси тўғрисида гувоҳлик беради. Ўғил болаларда қўл-кўз-

координация ўқи бўйича кўникмалар яхши ўзлаштирилади, бу копток билан ўйналадиган ўйинларда муҳим аҳамиятга эгадир. Эркаклар географик карталарни яхши ўқийдилар, шахматни яхши ўйнайдилар. Эркаклардаги ўнг ярим шарлар ҳисобига юзага келадиган нейронларнинг янада юқори зичлиги ва янада яққолроқ намоён бўлган ассимметрияси мия пўстлоғини ўз вазифасини бажаришидаги фарқлар билан боғлиқ бўлиши мумкин, шундай деб ҳисобланадими, бўшлиқдаги ориентация ва математик қобилият юқори даражада ўнг ярим шарлар билан назорат қилинади [196; с. 329-336, 95; с. 34-37, 122; с. 79-83].

Бироқ, аёллар мияси сезги стимулларига янада нозик жавоб қайтаради. Аёллар вербал тестларни яхшироқ бажарадилар [195; с. 521-527, 117; с. , 90; с. 29-31, 31; с. 35-41]. Демак, янги туғилган қиз чақалоқлар одамлар ва уларнинг юз ифодаси билан кўпроқ қизикадилар, ўғил болалар учун эса уларни олдида турган предметларни ўзи етарлидир. Қизлар қисқа сўзларни эрта айтадилар, ўқийдилар, граматик конструкцияларни яхши тузадилар, пункткация ва тўғри ёзишда аниқликка эгадирлар, хорижий тилларни ўрганишга яхши қобилиятни намоёиш этадилар. Дудуқланиш ва нутқдаги бошқа нуқсонлар ўғил болаларда қизларга нисбатан кўпроқ кузатилади, қизларда мусиқага қобилият яхши ривожланган (ўғил ва қиз болалардаги яхши мусикий қобилият нисбати 1:6ни ташкил этади), қизлар товуш тембри ва баландлигидаги сезиларсиз ўзгаришларга ҳам янада сезувчандирлар. Кўриш қобилиятида ҳам фарқлар намоён бўлади. эркаклар кундузги ёруғликда яхши кўрадилар, туйнук кўриш қобилияти, олдиндан кўра билиш сезгиси яхши ривожланган. Аёллар қоронғида яхши кўрадилар, спектрнинг қизил соҳасига янада сезувчандирлар, кўриш билан эслаб қолиш қобилияти яхши ривожланган. Бундан ташқари уларда периферик кўриш яхши ривожланган, бу кўз тўр пардасининг периферик зоналарида фадахча ва таёқча хужайраларнинг кўп миқдордаги сони билан тушунтирилади, шунинг учун аёллар ёнбош зарбадаги автомобил ҳодисаларига сезиларли даражада

кам учрайдилар. Таъм билиш масалаларига келсак, аёллар аччиқ таъмга сезгирдилар, масалан хининга ва улар ширинликларни афзал биладилар, эркаклар эса шўр таъмни яхши фарқлайдилар; умуман олганда аёллар таъм билишга жуда сезгирдир. Аёлларда шунингдек ҳид билиш ҳам яхши ривожланган. Барча санаб ўтилган ўзига хосликлар маълум даражада эркаклар ва аёллардаги мия тузилмаларини анатомик ташкил этилиши ва ўз вазифасини бажаришидаги фарқлар билан боғлиқдир [203; с. 300-301, 202; с. 533-534, 206; с. 112-114, 117; с. , 180; с. 11-16, 48; с. 64-69].

Жинсий деморфизм когнетив функцияларни жалб этиш билан тавсифлонувчи касалликларни кўриб чиқишда ҳам намоён бўлади, уларга-ақлий қобилятни ортида қолиши, таълим олишни бузилиши, катта ёшда юзага келадиган демензация ва афазияни юзага келтирадиган мияни шикастланиши [68; с. 38-39, 19; с. 115-117, 94; с. 134-137, 99; 19 с.] киради. Кексалик даврида аёлларда деменция, жумладан Альцгеймер касаллиги ривожланишини янада юқори ҳавфи мавжуд [196; с. 329-336]. Ёш бўйича бир хил бўлган гуруҳда Альцгеймеркасалиги кўпроқ аёлларда учрайди. Аёллардаги Альцгеймер касаллигида когнетив функцияларни бузилиши эркакларга нисбатан кескинроқ номоён бўлади, Альцгеймер билан оғриган аёлларнинг қариндошлари эркакларнинг қариндошларига нисбатан деменцияни ривожланишини юқори ҳавфи остида бўлади. Аёлларда нерв хужайраларининг сони кам, уларнинг ҳар бири катта миқдордаги нерв алоқаларига эга ва кўп сонли вазифаларни бажариша жавобгардир. Шунинг учун бир хил миқдордаги асаб хужайраларини нобуд бўлиш ҳолатида эркакларга нисбатан аёллар мияси кўпроқ азият чекади.

Эркаклар ва аёлларда макро- ва микроскопик энг юқори даражадаги фарқлар ўнг ярим шарларда ва қадоқсимон танада аниқланади. Бу эркаклар ва аёллардаги мия асаб йўллари баъзи фарқлари ва вазифасини бажаришини белгилайди [193; с. 960-962]. Бу ўзига хослик пўстлоқ шикастланишлари, айниқса нутқ функциясига нисбатан қабул қилишдаги

якқол намоён бўлган деформизм устидан жавобгар бўлиши мумкин. McGlone (1980) аниқладики, эркакларда чап ярим шарлар шикастланган эркакларда аёлларга нисбатан афазия 3 марта кўпроқ учрайди. D. Kimura (1987) маълумотларига кўра, афазия чақирадиган мия инфарктларида аёлларга нисбатан эркакларда уларни жойлашган ўрни бир неча марта бошқача анатомик жойлашувга эга бўлади.

Эркакларда гипоталамуснинг баъзи ҳудудларининг ўлчами каттадир. Гипоталамуснинг маълум ҳудудларининг ўлчамлари гендерли идентификацияга ва жинсий ориентацияга боғлиқ бўлади [200; с. 76-80]. Демак, шу нарса кўрсатилдики, олд гипоталамуснинг интерстициал хужайраларининг ўлчами (жинсий ҳуқ ва гендер ориентациясига жавобгар бўлган миянинг соҳаси) назорат гуруҳи эркакларига нисбатан солиштирилганда транссексуалларда кичик ўлчамга эга бўлди [212; с.142-147].

Эркак ва аёллар бош миясининг ўзига хосликлари маълум турдаги неврологик бузилишларни учраши, юзага келиш ҳавфи ва натижаларининг турли туманлигини белгилаши мумкин.

Мазкур муаммонинг жинсий ва гендерлик нуқтаи назаридан баҳолашни долзарблиги равшандир.

Шундай қилиб, эркаклар ва аёллар организмнинг анатомик тузилиши, вазифасини бажаришидаги кўп сонли фарқларни аниқланиши кўрсатдики, касаллик этиологияси ва патогенезида, клиник кўринишларда ва даволашга бўлган жавобда нафақат биологик, балки ижтимоий маданий омиллар ҳам муҳим рол ўйнаши мумкин. Шу билан бир вақтда жинсга боғлиқ ҳолда касалликни кечиши ва ривожланишига биологик ҳамда руҳий ижтимоий омилларни қўшган ҳиссасининг аҳамияти ишлаб чиқилмаган ҳолда қолмоқда. Цереброваскуляр касалликларни эркакларга нисбатан аёлларда янада оғир клиник кечишига оид масалалар ўз ечимини топмасдан қолмоқда.

Бош мия қон томир касалликлари бўйича нашр этилган қўлланмаларда гендер омилининг ролини аниқлаш бўйича клиник тадқиқотлар мавжуд эмас.

§1.2. Жинс, гендер ва юз неврологияси.

Кўп сонли кузатувлар ва тадқиқотлар натижасида олинган маълумотлар бўйича аниқландики, аёллар оғриққа янада кучлироқ сезгирдирлар ва эркакларга нисбатан кўпроқ оғриқ синдромидан азият чекадилар [193; с. 960-962, 114; 109 с., 93; с. 29-31, 34; 29 с.]. Масалан, ноцицептив флексор рефлекс маълумотларига кўра, аёлларда эркакларга нисбатан янада паст оғриқ бўсағаси аниқланади, бу аёлларда оғриқни янада паст толерантлигидан гувоҳлик беради. Аёлларда диффуз ва сурункали оғриқ синдромини катта сонлари кўрсатилган. Бироқ, эркакларда кўпроқ учрайдиган оғриқ синдромлари (кластерли бош оғриғи, эритромиелалгия ва бошқалар) мавжуддир. Шунингдек аёлларда кўпроқ тунги оғриқлар қайд этилади. Яқин ўртада олиб борилган илмий ишларда намоёиш этилдики, аёллар миёсида серотонинни синтезланиши эркакларга нисбатан 50% паст. Бу маълумотларни аёл жинсидаги шахслар орасида альгик кўринишларни юқори бўлишида асос бўлиши мумкинлиги муҳокама қилинмоқда. Шунингдек оғриқсизлантирувчи дори воситалари таъсирига реакцияларда ҳам фарқлар аниқланди. Демак, аёллардаги оғриқларда карпа-опиоидлар юқори самарали бўлса, эркакларда эса морфинсимон дори воситалари самаралироқдир. Оғриқ синдромларида жинсий фарқларни ўзига хослигини баҳолашда нафақат гормонал таъсирни ҳисобга олиш, балки оғриқни шаклланишига таъсир этувчи бошқа омилларни (руҳий, генетик, маданий ва бошқалар) ҳам инобатга олиш зарур. Ҳозирги кунда оғриқни шаклланиш механизмида сезиларли жинсий фарқлар мавжуд эмас, аёллардаги оғриққа бўлган янада паст толерантлик эса –руҳий омилларни юқори таъсири остида оғриқ перцепцияси ўзгаришларининг натижаси деган нуқтаи назар мавжуд.

Оғриқ синдроми-инсонлардаги кўплаб касалликларда энг кенг тарқалган белгилардан биридир. АҚШ, Англия, Франция, Норвегия, Дания, Финляндия, Швеция, Испания, Россия ва бошқа мамлакатларда сўнгги йилларда олиб борилган эпидемиологик тадқиқотлар шундан гувоҳлик берадики, оғриқдан ахолининг 7 дан 64%гача, сурункали оғриқдан эса 7,6-45% қисми азият чекади [10; с. 33-35].

Оғриқдан азият чекиш ва оғриқни кўтара олишнинг ўзига хосликларига этник хусусиятлар, демографик омиллар, ёш, жинс таъсир кўрсаталди. Ҳозирги вақтда оғриқни хис қилишдаги ёш ва гендер фарқларни ўрганиш ушбу муаммога янгича ёндошувлардан бири бўлиб ҳисобланади.

Жамоатчилик сўровномаларини ўтказилганда оғриқни хис қилишдаги жинсий фарқлар аниқланди. Аёллар эркакларга нисбатан таққосланганда бош оғриғини кўпроқ хис қиладилар, бўғинлардаги, қорин соҳасидаги оғриққа, чакка-жағ оғриқларига ва белнинг куйи қисмидаги оғриқларга кўпроқ шикоят қиладилар [24; с. 278-283, 27; с. 94-99, 28; 278 с.]. А. Bassois ва ҳаммуаллифлар [132; 96 с., 129; с. 90-94, 69; с. 34-38] олиб борган ишларида турли хилдаги оғриқ хисларини тарқалишини ёш ва жинсга боғлиқлиги тўғрисидаги маълумотлар келтирилган: белдаги оғриқлар 50,9% (барча ёш гуруҳларида бир хил тақдим этилган), бош оғриғи 40,2% (кўпроқ ёш аёлларда кузатилади), болдир суяқларининг оғриғи 36, 8% (кекса ёшлиларда кўпроқ кузатилади), сон суягида оғриқлар 21,9% (кўпроқ ёш эркаклар азият чекадилар), мигрень 16,5% (кўпроқ ёш аёллар азият чекадилар). Эркакларга нисбатан солиштирилганда аёллар турли хилдаги вақтинчалик ва такрорланувчи, кучли ва давомли оғриқларга кўпроқ шикоят қиладилар. Баъзида турли тадқиқот натижалари ўзаро мос келмайди. Бир гуруҳ олимлари берган маълумотларга кўра, аёллар жарроҳлик амалиётидан кейинги [21; с. 166-170] ва муолажа оғриқларини [26; с. 94-99] оғир ўтказадилар, бошқа гуруҳ олимлари берган маълумотларга кўра эса ўткир оғриқни хис қилишда ишончли фарқлар аниқланмади [18; с. 150-157, 19; с.

115-117]. Ҳозирги вақтда турли агентлар билан стимуляцияланувчи оғриқларда церебрал фаолликнинг гендерли фарқларини ўрганиш бўйича тадқиқотлар олиб борилмоқда [60; с. 72-74].

Эркаklar ва аёлларда нафақат оғриқни хис қилиш бўйича фарқлар мавжуд, балки уларда когнетив ва хулқий мослашув стратегияларини эгаллаш бўйича ҳам тафуввутлар мавжуддир [20; с. 21, 22; с. 25-28, 26; с. 94-99]. Аёллар оғриққа мослашишнинг турли усулларини (онгли ва онгсиз холда), ижтимоий қўллаб қувватлашга эришиш учун драматизация татикасини қўллаб қувватлайдилар. Аёллар ўзларини оғриққа олдиндан тайёрлашни яхши амалга оширадилар, эркаklar эса уни сезганларидан сўнг бу тўғрисида ўйлашни бошлайдилар [20; с. 21, 22; с. 25-28, 26; с. 94-99]. Бундан ташқари, касаллик вазиятига нисбатан жисмоний ва руҳий ҳолатга боғлиқ холда аёллар ва эркаklarга оғриқ қолдирувчи воситаларнинг турли таъсири ўрнатилган [10; с.33-35, 11; с. 32-34, 15; с. 776-783, 16; с. 52-56].

Оғриқни хис қилишда жинсий фарқлар тўғрисидаги бу ва бошқа маълумотлар кўрсатадики, оғриққа қарши даволаш самарадорлигини ва индивидуал ёндошув тактикасини амалга ошириш учун эркаklar ва аёллардаги оғриқни қабул қилишдаги ўзига хосликни ҳисобга олиш муҳимдир. Шунинг учун гендерли фарқларни ҳисобга олган холда оғриқни дифференцияланган баҳолашни ишлаб чиқиш вазифаси оғриқ клиникасида долзарб руҳий муаммо бўлиб ҳисобланади.

Юз соҳасидаги оғриқ хиссини ўзига хосликлари (прозоналгия) юзнинг хусусий соҳасида ҳам, унинг асаб тизим қисмида ҳам мураккаб тузилмавий-функционал ташкиллаштирилиш билан боғлиқдир. Бу ҳолат оғриқ хиссини юзага келишини турли механизмларини амалга ошириш учун шароит яратади: йўлак-компрессион (учлик нервининг невралгияси), яллиғланишли (одонтоген прозоналгия, бурун олди бўшлиғи касалликлари ва ҳ.к.), рефлексор (миофасциал синдром).

Инсон танаси схемасида юзнинг юқори персонал аҳамияти психоген оғриқнинг катта сонини белгилайди. Кўп ҳолатларда ҳаттоки, жуда кам даражада намоён бўлган патологик жараёнлар невралгик кўринишларгача “ўсади”, буларни прозопалгияни даволашда албатта инобатга олиш зарур.

Хусусий оғриқ феноменининг клиник ўзига хосликлари юз оғриқларини дифференциал ташхислашда асосий таянч пункти бўлиб хизмат қилади. Оғриқларни икки томонлама тавсифи миоген, руҳий ёки соматоген табиатли синдромлар учун энг кўп даражада хосдир.

Бир томонлама юз оғриқлари эса одамда невроген ёки томирли келиб чиқишга эга бўлади.

Юздаги оғриқ феноменини бошқа муҳим тавсифи бўлиб, унинг перманентлиги ва пароксизмаллиги ҳисобланади. перманент оғриқлар- (доимий характердаги, кучаяувчи)-юздаги миофасциал синдромни типик намоён бўлиши, кулоқ, кўз, бурун, тишлар ва ҳ.к. касалликлар фонида юзага келувчи психоген оғриқлар ёки иккиламчи симптоматик оғриқлар (соматоген касалликлар) ҳисобланади. параксизмал оғриқлар невроген (учлик нервининг невралгияси) ёки томирли (боғламли бош оғриқлари) табиатига эга бўлади. бир қатор ҳолатларда оғриқ хуружи вақтида ёрқин вегетатив кузатув қайд этилади (бурун битиши, ринорея, кўздан ёш оқиши, кўз конъюнктивасининг инъекцияси ва ҳ.к.) бу сегментар вегетатив ҳосилаларни жалб этилиши билан ҳам, сегментар усти назорати келиб чиқишини бузилиши билан ҳам боғлиқ бўлиши мумкин. Юздаги вегетатив бузилишлар келиб чиқиши томирли оғриқлар учун: боғламли бош оғриқлари (ББО), сурункали параксизмал гемикрания (СПГ) учун хос бўлган белги ҳисобланади.

1.2.1. Уч шохли нерв невралгияси. (Фотергиллнинг юз оғриқлари, оғриқли тик, невралгик прозопальгия).

Бош мия чаноғининг нервлари шикастланиши билан боғлиқ бўлган невроген оғриқ синдромлари орасида уч шохли нерв невралгияси (УНН)

асосий ўринни эгаллайди. УНН- юз соҳасидаги энг кўп тарқалган неврологик касалликлардан бири бўлиб, у фақат юз нерви невропатиясига ўз ўрнини бўшатиб бериши мумкин. Касаллик бош оғриқларининг бошқа турлари орасида 3-7% ҳолларда учрайди. Кўпроқ 40 ёшдан катта бўлган аёллар (5:3) касалланадилар. УНН ўзининг оғир кечиши ва етарли даражадаги даволаш усуллари мавжуд эмаслиги билан фарқланади.

Орқа мианинг қуйи шохлари сингари орқа ми ядроси оғриққа «дарвоза назорати» ни амалга оширувчи ядроси желатиноз субстанция хужайраларини ўз ичига олади. Учлик нерви юзнинг асосий сезувчи нерви бўлиб ҳисобланади, у юз терисини кенг юзасини, бурун, оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватлари, тиш жағ тизими, кўз олмаси, мушаклар, пайлар, йирик томирлар, ми ядросининг васкуляризацияланган ҳудудларини бошқаради. Бу уч шохли нервни морфофункционал ташкил этилишида акс этмасдан қолмади. Унинг орқа ми ядроси бир неча ядрочалардан ташкил топган бўлиб, ўзида махсус сезгир ва номахсус ретикуляр нейронлар сақлайди. Уч шохли нерв ми асоси, ми ядроси, лимбик тизим билан фақат унга хос бўлган бой алоқа тизимига эгадир. Ниҳоят у ми пўстлоғига муҳим фаоллаштирувчи таъсир кўрсатади. Санаб ўтилган морфофункционал ўзига хосликлар шундай деб ҳисоблашга имкон берадики, Уч шохли нерв невралгиясида периферия билан узоқ вақт бўладиган патологик импульсация таъсири остида (тунел-компрессион таъсир натижасида) орқа ми ядросининг орал субядросида эпилептик сингари «фокус» шаклланади. Бу механизмлар желатиноз субстанциясида нейронал жараёнлар функционал фаоллигини ўзгариши натижасидагина амалга ошириши мумкин. Орқа ми ядросида жойлашган желатиноз субстанция нейронлари худди дарвоза каби фаолият кўрсатади, у марказий асаб тизимига боровчи нервлар импульслари оқимини кўпайтириши ёки камайтириши мумкин. Дарвоза механизмларига йўғон ва ингичка толалар фаоллигининг нисбий катталиги таъсир кўрсатади: йўғон толалар фаоллиги импульсларни ўтказилишини тормозлайди (дарвозани

ёпади), бунда ингичка толалар фаоллиги эса ўтказилишни енгиллаштиради (дарвозани очади). УННли беморларда периферик тунел-компрессион таъсир натижасида йўғон миелинизирланган толаларни танлаб нобуд бўлиши қайд этилади. Бизнинг фикримизча беморларнинг ёши ҳам маълум аҳамиятга эга бўлади. Кекса ёшда УННни юзага келиши А типдаги йўғон миелинлашган толаларни демиелинизацияга учраши билан боғлиқ бўлиши мумкин ва 65 ёшга бориб мазкур типдаги толаларнинг 30%и нобуд бўлади. Шундай қилиб, афферент оғриқ оқими оғриқ хиссини чақиришдан ва жавоб реакциясидан олдин дарвозаларнинг (желатиноз субстанция) модулирловчи таъсирига учрайди.

Шикастланган томонда тригеминал чақирилган потенциалларни (ЧП) тадқиқ қилишда эрта компонентлар латент даврини узайиши ва уларнинг амплетудасини қисқариши шунингдек уларнинг тўлиқ йўқолишида алоҳида ҳолатлари қайд этилади, бу уч шохли нерв тизимида тузилмавий органик бузилишлар белгиси бўлиб ҳисобланади ҳамда касалликни периферик, тунелл-компрессион келиб чиқишини тасдиқлайди. Шунинг учун тригеминал ЧП усули УНН ни ташхислашда ва уч шохли нерв тизимини шикастланиш даражасини аниқлашда қўлланилиши мумкин. Бундан ташқари, узлуксиз юзага келувчи пароксизмлар билан оғриқ даврида олиб бориладиган динамик кузатишлар, сўнгра ўтказиладиган даволаш фонида уларни камайиб бориши кўрсатдики, кўп сонли қўшимча сигналлар ҳисобига амплетудаларни ортиши, одатий камфигурацияни камайиб бориши касалликни зўрайган вақтида кузатилади ва функционал характерга эга бўлади.

Шундай қилиб, соматосенсор чақирилган потенциаллар (ССЧП) усули УНН генезини ҳам периферик, ҳам марказий механизмларда иштирокини тасдиқлайди. УННда даволаш тактикасини танлаб олишни аниқлашда энг асосий масалалардан бири бўлиб, уни шикастланиш даражасини аниқлаш ҳисобланади.

Постгерпетик невралгия- тригеминал тугун ганглионитининг энг кўп учрайдиган асорати бўлиб, у шунингдек Гассеров тугуни ганглионитини бошидан ўтказган 10% беморларда ҳам шаклланиши мумкин. Неврлогик оғриқлар тошмалар пайдо бўлгандан сўнг бир ойдан кейин юзага келиши мумкин. Бундай ҳолатларда гап ўткир постгерпетик невралгиялар тўғрисида кетади. Герпетик шикастланишнинг ўткир бошланишидан 6 ой ўтиб ҳам оғриқлар масаймаса, бундай ҳолатларда сурункали постгерпетик невралгия тўғрисида гапириш мумкин. Алоҳида ҳолатларда постгерпетик невралгия Гессеров тугуни герпетик шикастланиши билан оғриган беморларда оғриқсиз ҳолда ўтган ижобий ораликдан сўнг ривожланади. Оғриқлар уч шохли нервнинг биринчи тармоғи соҳасида қайд этилади, герпетик инфекция билан шикастланган жойларда ўрнашади ва теридаги ўзгаришлар йўқолгандан сўнг юзага келади. Постгерпетик невралгия билан оғриган беморлар одатда турли хилдаги оғриқ хиссларини баён этадилар, уларга: доимий оғриқлар (чуқур, ёндирувчи); невралгик оғриқлар (ўткир, тўсатдан, худди ўқ отгандек, электр зарбаси типиди); аллодиния (ўткир оғриқ, терининг механик стимуляцияси томонидан чақириладиган). Беморларнинг кўпчилигида депрессив характердаги эмоционал бузилишлар аниқланади.

Бош оғриқлари, краниал невралгия ва юз оғриқларининг халқаро таснифи (Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain) биринчи бор 1988 йилда нашр этилди, 1992 йилда ЖССТ томонидан қабул қилинди ва МКБ-10 таркибига киритилди. 2004 йилда бош оғришининг Халқаро таснифи иккинчи (245.) марта нашр этилди. тасниф бош оғришлари, краниал невралгия ва юз оғриқларининг асосий типларини қамраб олгандир. У ўз таркибига ташхислаш мезонларининг ўзига хос рўйхатини киритган бўлиб, уни қўллаган ҳолда даволовчи шифокор кейинчалик зарур бўлган текширишларни ўтказиш ва энг мақбул даволаш усулини қўллаш учун беморда оғриқ синдромининг у ёки бу шаклини аниқлаши мумкин. Мазкур таснифга мос ҳолда БОнинг мустақил патологик

шакллари ажратилади (мигрень, кластер БО, сурункали пароксизмал гемикрания, зўриқиш натижасида юзага келган БО) ва симптоматик бош оғриқлари. А.М.Вейн ва ҳаммуаллифлар (1982, 1999) берган маълумотларга кўра одамлар энг кўп зўриқиш натижасида юзага келган ва мигрен бош оғриқларидан азият чекадилар.

Ушбу таснифнинг 11 пунктида бош, бўйин, кўз, кулоқлар, бурун, кулоқдаги суяк ўсимталари, тишлар оғиз ва бошқа органлар патологияларидаги бош ва юз оғриқлари санаб ўтилган. 11.6 кичик пунктида эса тишлар, жағлар ва улар билан боғлиқ бўлган тузилмалар билан патогенетик алоқадор юз оғриқлари ажратиб кўрсатилган. 11.7 кичик пунктида эса мустақил оғриқ сифатида чакка, пастки жағ бўғими (ЧПЖБ) патологиялари билан боғлиқ оғриқлар ажратилган. Мос бўлган терминологияни қўллаш принципиал аҳамиятга эга бўлади, чунки нотўғри терминология касаллик сабабларини излашга ва муваффақиятли даволашни олиб боришга тўсқинлик қилади.

Сурункали невроген пароксизмал прозопалгияларга уч шохли нервнинг типик невралгияси, уч шохли нервнинг постгерпетик невралгияси, даврий мигреноз невралгия, кластер-тик-даврий мигреноз ва тригеминал невралгиялар киради [100; 1016 с., 101; с. 62-67].

Умуман олганда прозопалгиянинг ҳар хил турларида у ёки бу тизимни бузилиши устунлик қилади. Масалан, уч шохли нервнинг постгерпетик невралгиясида ноцецептив тизимлар периферик бўғинидаги бузилишлар етакчи бўлиб ҳисобланса, даврий мигреноз невралгияларда ва SUNCT-синдромида серотонинергик тизимларнинг функционал етишмаслиги устунлик қилади, кластер-тикда эса оғриқни амалга ошишини периферик ва марказий механизмларининг бирга келиши муҳим аҳамиятга эга бўлади. Бироқ, прозопалгиянинг ҳар хил турларида ноцецептив тизимларнинг барча бўғинлари у ёки бу даражада шикастланган ҳолда бўлади [160; с. 16-18].

Ҳозирги кунга келиб, юз оғриқларининг жумладан умуман оғриқлар физиологиясининг этиологияси, патогенези тўғрисидаги кўп ёки кам даражада асосланган бир қатор теориялари тўпланган. Аммо барча саволларга жавоб берувчи ягона оғриқ теорияси ҳозиргача мавжуд эмас. Энг аҳамиятлилари орасида «дарвоза назорати» теориясини, томир теориясини, томир-ўзак компрессияси теорияларини қайд этиш мақсадга мувофиқдир.

Сўнгги йилларда тадқиқотчиларнинг аксарият қисми турли оғриқ синдромларини, жумладан юз оғриқларини ривожланишини «дарвоза назорати» теорияси билан тушунтирадilar [263; с. 175-180, 264; с. 1231-1234, 261; с. 795-800, 266; с. 44-49], бунда сенсор оқим желатиноз субстанция нейронлари томонидан бошқарилади, уларнинг функционал ҳолати эса ингибирловчи рол ўйнайдиган миелинланган йўғон толалар бўйлаб ўтадиган импульс оқимининг намоён бўлишига ва ноцицептив стимулларга олиб келувчи миелинланмаган ингичка толаларга боғлиқ бўлади. Тизимларнинг марказий кўтарилмайдиган назорат оғриқлари муҳим рол ўйнайди, улар орасидан эндоген опиатив, серотонинергик ва Гамэргик тизимларни алоҳида ажратиш мақсадга мувофиқ бўлиб, улар импульсацияни чиқувчи афферент тизимлардан олади, шу йўл билан «қайта алоқа»нинг муҳим механизми шаклланади [269; с. 352-358, 255; с. 258-265, 115; с. 10-14].

Прозопалгия патогенезининг баъзи турларида ташқи уйқу артерияси томирлар тизимининг вегетатив иннервациясини бузилиши муҳим аҳамиятга эга бўлади [168; с. 751-755].

Невроген пароксизмал прозопалгиялар вақт ўтиши билан ривожланувчи депрессияга ўтади, «тахликали кутиш» синдромида эса оғриқ прозопалгиянинг клиник кўринишида марказий ўринлардан бирини эгаллайди [168; с. 751-755, 118; с. 442-446].

Қон томирли теория оғриқни ривожланиш механизмини уч шохли нерви тизимларининг алоҳида бўғинларини қон айланиши ёмонлашиши, жумладан периферик тармоқларда (ташқи уйқу артерияси тизимлари қон

айланиши), гассеров тугуни ва учлик нервнинг бош мия ичи бўлими (ички уйку артерияси тизимлари қон айланиши), уч шохли нервнинг келувчи йўллари ва ядролари (асосий артерия тизими) нуктаи назаридан кўриб чиқади [109; с. 62-67, 46; с. 124-125, 151; с. 94-95]. Бу билан кўплаб муаллифлар кекса ёшли шахсларда нейростоматологик касалликлар сонини ортишини тушунтирадилар.

Хорижий тадқиқотчилар орасидаги энг машхур теориялардан бири бўлиб ҳисобланадики, прозопалгиянинг сабабларидан бири, яқин турувчи томирлар билан, айнан юқори миёча артерияси патологик эгри бугри халқаси ёрдамида уч шохли нерв пўстлоғини эзилиши ҳисобланади. Кекса ва нуроний ёшдаги одамларда тригеминал невралгияни юзага келиши, бу ёшда патологик эгри бугри томирларни ҳосил бўлишига мойиллиги билан тушунтирилади. Кўз ости каналини томография қилишнинг махсус ишлаб чиқилган усули О.Н.Савицкаяга (1973) биринчи бор уч шохли нервнинг II тармоғи невралгияси билан оғриган 31% беморларда касалликни кўз ости каналини туғма ёки ортирилган торайиши билан боғлиқлигини аниқлашга имкон берди. В.А.Карлов, О.Н.Савицкая (1989) ларнинг ҳисоблашича, кўз ости нерв канали ва нерв-томир боғлами диаметрлари ўртасидаги мос келмаслик тунелл синдроми типи бўйича оғриқларни юзага келишини бевосита сабаби бўлиб ҳисоблаади. тригеминал невралгия патогенези тўғрисидаги муҳим замонавий тассавурлардан бири бўлиб, касалликни бирламчи-периферик генези тўғрисидаги маълумотлар ҳисобланади [84; с. 62-65, 77; с. 112-114, 8; с. 118-121, 49; с. 17-20].

В.А.Карлов (1991) тақдим этган маатериалларда ёритилган маълумотлар бўйича маълум бўладики, пароксизмни амалга оширишнинг марказий механизмлари, периферия билан патологик афферентацияси таъмири остида иккиламчи қўшилади, шунинг учун ҳам уч шохли нервнинг морфофункционал ўзига хосликларини ҳисобга олмасдан туриб мазкур механизмларни тушуниш мумкин эмас. Уч шохли нерв боғламлари бой

тизимига эгадир, бу унинг ҳам периферик, ҳам марказий бўлимларига тегишлидир. Уч шохли нерв ядросида катта микдорда интеннейронлар сақланади, уларга афферент оқимнинг сезиларли қисми проекцияланади, бу эса бошқа ўзак тузилмалар билан ўзаро мураккаб таъсирни амалга оширишга имкон беради. Уч шохли нерв ретикуляр формация ва миёча билан яқин ўзаро алоқага эга бўлиб, миё пўстлоғига катта фаоллаштирувчи таъсир кўрсатади.

Юқорида кўрсатилган шикастловчи омилларнинг имкон даражасидаги аҳамиятини кўриб чиққан ҳолда, шуни ёдда тутиш лозимки, чакка суяги III дан XI гача бўлган бош миё нервлари билан ўзаро алоқага эгадир. Кўзни ҳаракатлантирувчи ва блоккли нервлар пирамиданинг юқори қирраси бўйлаб, бош миё қаттиқ қобиғи мустаҳкамловчилари орасидан ўтади. Уч бошли нервнинг ганглийси (Гассеров тугуни) Маккел бўшлиғида, пирамида олд-орқа юзасида миёнинг қаттиқ қобиғида жойлашади. Тармоқланувчи Груббернинг тош-пона боғлами ва понасимон суякнинг квадрат пластинкаси четлари орасидан пирамида чўққиси бўйлаб ўтади. Шу жойдан у ҳар икки томондан сиқиб қўйилиши мумкин. Юз нерви ички эшитиш йўлаги орқали чакка суягининг тошсимон қисмига кириб боради, сўнгра сўрғичсимон тешик орқали ундан чиқиб кетади. Эшитиш нерви ички эшитиш йўлагида чиғаноқ ва ички эшик даражасидан ўтади, сўнгра миё бўшлиғидан ташқи эшитиш йўлаги орқали чиқиб кетади. Тил ҳалқум , адашган ва қўшимча нерв бош миё бўшлиғидан орқа титик тншик орқали чиқади [133; 688 с., 138; с. 30-32, 172; с. 776-787].

А.В.Степанченко (1994; 2004; 2005) клиник маълумотларга асосланган ҳолда патологик жараёнга барча тригеминал тизимни, биринчи навбатда уч шохли нерв тизимининг барча пўстлоқ участкасини жалб этилишини тасдиқлайди. Кўп сонли беморларда пароксизмаллик ва оғриқнинг ўзига хос тасвири уч шохли нерв иннервацион тармоқланиш анатомик чегараларида жойлашмайди, нервнинг у ёки бу иннервацияланадиган тери зонасидаги

оғриқ сезгиларини юзага келтириши устидан борадиган мезингиал тригеминал тармоқлар бўйлаб патологик импульсация ирритацияси билан боғлангандир. Бу сиқилишга пўстлоқлар учраган (масалан, юқори миёча артерияси) ҳолатлардагина юзага келиши мумкин. Бунинг натижасида эса пўстлоқ толаларидаги сенсор оқим лемнис тизим йўлаклари бўйлаб жойлашган худди шундай оқим устидан устунлик қилади. Бундай ҳолатларда оғриқ сезгиси дастлаб уч шоҳли нервнинг проксимал (менингиал), сўнгра эса дистал тармоқларида юзага келиши мумкин.

§1.3. Жинс, гендер ва патологиянинг латерализацияланган шакллари.

Юз соҳасидаги оғриқ билан боғлиқ бўлган муаммо тиббиётдаги энг долзарб масалалардан бири ҳисобланади. статистикага мос ҳолда даврий ёки доимий юз оғриқлари ер шарининг катта ёшли аҳолисида 56% гача ташхисланади [229; с. 281-289, 236; с. 125-130]. Замонавий жамиятда юз оғриғидан азият чекувч шахслар сони тобора ошиб бормоқда [264; с. 1231-1234]. Юз оғриқлари орасида учраш сони бўйича биринчи ўринни уч шоҳли нервнинг невралгияси эгаллайди, у бош миёянинг органик шикастланиши белгиси бўлиши ҳам, мустақил нозологик шаклга эга бўлиши ҳам мумкин [87; с. 326-329, 197; с. 2046-2050, 299; с. 479-482]. М.Н.Пузин (2004) нинг ҳисоблашича, юз оғриқлари орасида етакчи бўлиб уч шоҳли нерв тизимининг жароҳатланиши ҳисобланади-77,1% (невралгия ва неврапатия). Юз соҳасидаги оғриқ синдроми ҳужайра ва гуморал тизим иммунитетларида яққол намоён бўлган бузилишлар билан; периферик қонда транзитор Т-ҳужайра иммун танқислиги ва маҳаллий гуморал иммунитетни фаоллашиши билан бирга кечади. Юз оғриқлари патогенези асосида бош миёя қон айланишининг сурункали етишмаслиги ётади, у: атеросклероз, томирларни сиқилиши, томир девори аллергия генезли ўзгариши, шунингдек нейроэндокрин ва иммун жараёнлар каби патологик ҳолатларга боғлиқ

бўлади. жараёни намоён бўлиш даражаси жинсга, ёшга, патологик жараёнинг давомийлигига, касалликни назологик шаклига ва оғриқ синдромини намоён бўлишига боғлиқ бўлади.

Патологик жараёнлар бош мия ярим шарлари функциялари асимметрияси билан жуда бўлмаганда икки усул билан боғланиши мумкин: патология ярим шарлардан биридаги дисфункцияга бевосита алоқага эга бўлиши мумкин, яъни унинг бир (ёки ундан кўп) қобилиятларини бузилиши ёки меъёрдан фарқ қилувчи ярим шарлари асимметриясининг тавсифи билан боғлиқ бўлиши мумкин. Патологик жараён юзага келганда дисфункциянинг ҳар икки тури ҳам ўз ўрнига эга бўлади.

Ярим шарлар қон таъминоти асимметрияси имкониятларини ҳам анатомик, ҳам функционал нуқтаи назардан асослаш мумкин. Мия тўқималари зоналарини қон таъминоти ва функционал фаоллиги узвий боғлиқдир. Бу боғлиқлик динамик мувозанатнинг силжиши кўринишида намоён бўлади: агарда омилларнинг бири етакчи бўлса, унда иккинчи омил ўзгарган талабларни қондириш мақсадида мос ҳолда қайта қурилади. Бундан келиб чиқиб, шундай деб тахмин қилиш мумкинки, нутқ билан боғланган ярим шарлар соҳаси ўнг ярим шарларнинг худди шу соҳасига нисбатан қон билан яхши таъминланади, чунки биринчиси кўпроқ функционал фаолдир [187; с. 328, 145; с. 38-43, 186; с. 5].

Томир тизимининг тузилиши ярим шарлар тузилиши билан боғлиқдир: миянинг аниқ бўлимларидаги нейронал тармоқ, глиия, ретикул ва томирлар тизими ўртасида узвий тузилма-функционал муносабатлар мавжуддир (улар мияни меъёрда ўз ишини бажариши жараёнида ҳам, яшш учун монелик қилмайдиган шикастланишлардан сўнг юзага келадиган тикланишларда ҳам), бу миянинг аниқ бир бўлимини ўзига хос бўлган нейро-глио-томирли тизим кўриш заруриятига олиб келади.

Бундан келиб чиқадики, анатомик жиҳатдан бир хил бўлмаган ярим шарлар, бир хил бўлмаган томирлар тизими тузилмасига эга бўлади [188; с.

31-36, 234; с. 89-94, 209; с. 1320-1322]. Бошқача қилиб айтганда, ярим шарлар қон таъминотининг асимметрияси, анатомик ва функционал асимметриянинг бир қисми бўлиб ҳисобланади.

Латерализацияланган синдромларни юзага келиши учун қуйидаги омиллар аҳамиятга эга бўлади: церебрал патологиялар учун –яромшарлараро ўзаро таъсир ва бош миёя ярим шарларининг махсус функциялари, ярим шарлар қон айланишини анатомо-функционал ўзига хосликлари; периферик синдромлар учун –суяк тизими тузилмасининг ўзига хосликлари, қўл ва оёқларни ривожланиши, ўнг ва чап симпатик ўзакларни функционал фарқланиши, бир қатор висцерал органлар жойлашувининг асимметрияси.

Миёя инсультларида шикастланган миёя томонининг фаоллаштирувчи ва синхронлаштирувчи тизимларини (онг, уйқу тавсифининг турли бузилишларининг клиник намоён бўлиши), хронобиологик ва вегетатив бузилишларни ўзаро таъсир характерини белгилайди.

Чап ва ўнг ярим шарлар тутқаноғи клиник кўриниши ва руҳий физиологик тузилмаси бўйича фарқланади.

Тушларни майда қисмларгача таҳлил қилиш ўсмани бош миёя ярим шарларининг у ёки бу гемисферасида жойлашишига қараб ўзига хосликларга эга бўлишини аниқлади. Чап ярим шарлар ўсмаларида юрак ритмларини ташкил этилиши кўпол равишда бузилади.

Ўнг ва чап томонлама гемикранийнинг баъзи ўзига хос хусусиятлари аниқланди. Сиқилган қийшиқ бўйинликни майда қисмларгача таҳлил қилиш бош ротациясининг ўнг ва чап томон шакллари клиник ўзига хосликларини аниқлади.

Бунда ўнг томон устунликка эга бўлади. гемипаркинсонизм синдромларини тадқиқ қилиш натижасида ўнг томон шакллари кўп сонда учрашини ва уларни чап томонга нисбатан руҳий физиологик фарқ қилишини аниқлади. Уч шохли нерв невралгиясининг ўнг томон шакллари устун бўлиши маълум бўлди. (Вейн А.М.).

Чап томонни устун бўлиши маълум бўлади. Чап томонлама бузилишлар бўйин остеохондрозининг неврологик асоратларида кўпроқ кузатилади (Вейн А.М.).

ЁАСда пирамида синдромини намоён бўлиши кўпинча ҳар икки томонлама яққол намоён бўлган нотекис характерга эга бўлади, бундай латерализациянинг сабаби охиригача ўрналмаган [107; с. 70-74, 116; с. 65-70, 126; 528 с., 268; с. 107-115].

Юз параксизмида (Брейгел синдроми) 80% ҳолатларда чап томонлама сезиларли устунликка эга бўлган, ҳам биринчи бор аниқланишда, ҳам кенгайган босқичда учрашида гипокинезлар асимметриясига эга бўлади.

Латерализациялашган психоген сенсомотор камчиликларни тадқиқ қилиш чап томонлама шаклларнинг катта сонини аниқлади: ЭЭГнинг ўзига хосликларини, ўнг томонлама синдромларда соматосенсор потенциаллар чақирган эрта компонентлар амплетудаларини пасайиши.

Юз гемиспазмнинг чап томонлама шакллари (90% гача ҳолатларда) кескин устун бўлиши ва гемиспазм томонларига боғлиқ ҳолда маълум руҳий физиологик фарқларнинг мавжудлиги қайд этилди.

Биринчи навбатда мимик асимметрия яримшарлараро асимметрия билан аниқланди. Маълумки миянинг турли ярим шарлари тананинг икки ярмидаги моторика ва сенсорикани турлича бошқаради, шунинг учун юз турли томонларидаги мимик фаоллик бир неча марта фарқ қилади. Аммо шу нарса маълум бўлдики, ҳар бир одам мимиканинг қабул қилиниши яримшарлараро ўзаро таъсирнинг ҳолатига боғлиқ бўлади. шунинг учун агарда шифокор беморнинг юзига қараб уни асимметрик деб ҳисобласа, у адашиши мумкин: бошқа одам худди шу юзга қараб, ўзининг яримшарларидаги ўзаро таъсирни ўзига хос кучига таянган ҳолда бошқа ҳолатни кўриши мумкин. Демак, юз ифодаси субъектив ва уни қабул қилиш ҳам субъективдир. Фақат асимметриямавжудлигини субъектив констанцияси баъзи ҳолатларда етарли бўлмайди.

Тананинг морфофункционал асимметрияси скелетнинг ўзига хосликлари билан, юз-суяклар, тоғайлар, пайларнинг тузилиши ва бош мушаклари билан боғлиқдир. Асимметриянинг бундай кўриниши меъёр варианты тўғрисида тассаввур уйғотади, аммо у ҳам органик сабабларни рад этиш учун таҳлилни талаб этади. Юз мимик асимметриясини кўриб чиқишда асосий муаммолар блокинн неврологик касалликлар-юз нервнинг шикастланиши, гиперкинезлар, юз соҳасидаги оғриқлар ташкил этади.

Ҳозирда яримшарлар аро ўзаро таъсир механизмлари мианинг асосий иш принципи сифатида тан олинган. Бу соҳада мавжуд бўлган илмий тадқиқотлар баъзи патологик ҳолатларда, жумладан неврозларда ва мианинг органик касалликларида дезадаптация ҳолатлари билан яримшарлар асимметриясининг ўзига хосликлари орасидаги алоқнр икўрсатади. Бироқ, яримшарлараро ўзаро таъср муаммолари ва унинг перифери кўринишлари кам ўрганилган соҳалигича қолмоқда.

Шундай қилиб, неврология ва уч бошли нервнинг невропатиясидаги оғриқ синдромини келиб чиқишида тажриба тадқиқотлари натижасида олинган маълумотларга кўра ноцицептив тузилмалар мувозанатининг бузилиши билан уч шохли нервнинг ҳам марказий, ҳам периферик бўлимлар иштирок этади. Фарқлар биринчисининг паст фаоллиги ва иккинчисининг гиперфаоллик даражасига келтирилади.

Уч шохли нерв невропатияси дистал бўлимларидаги тузилмавий ўзгаришларнинг юқори даражаси билан боғлиқ бўлган махсус ноцицептив ҳосилаларнинг гипофаоллиги билан кўп даражада боғлиқдир. Уч хохли нервнинг неврологияси бош мианинг патологик кучайган импульсациясидаги чуқур тузилмалар ва ўзакларни шаклланиши билан номахсус тузилма гиперфаоллиги ҳисобга юзага келади.

Бир қатор тадқиқотлар берган маълумотларга кўра, аёллар юз соҳасидаги оғриқ синдромларини устун бўлиши билан юзага келувчи касалликлар генези унинг эндокрин тизимларида янада яққол намоён бўлган

Ўзгаришлар билан ва уларга хос бўлган эндокринологик метаболик бузилишлар дисбаланси билан боғлиқдир. Шунингдек этиб бўлмайдик, прозоплегия ва прозопальгия патогенезининг асосида турли патологик жараёнлар: атеросклероз, томирлар сиқилиши, аллергия генезли томир деворидаги ўзгаришлар, шунингдек нейроэндокрин ва иммун жараёнлар билан боғлиқ бўлган бош миёна қон айланишининг сурункали етишмаслиги ётади. Касалликни намоён бўлиш даражаси жинсга ёшга, патологик жараённинг давомийлигига, нозологик шаклга ва оғриқ синдромини намоён бўлишига боғлиқдир.

§1.4. Юз нерви невропатияси.

Юз нерви невропатияси ҳозирги кунда периферик асаб тизимининг ниҳоятда долзарб патологияларидан бири бўлиб ҳисобланади. ушбу касалликдан азият чекувчилар сони мунтазам равишда ортиб бормоқда. Юз нерви невропатиясининг сони масалан европа давлатларида ҳар 100 минг аҳолига 20 ҳолатни, Японияда 30 ҳолатни ташкил этади. ЖССТ берган маълумотларга кўра энг кенг тарқалган тури бўлиб, юз нерви мононевропатияси ҳисобланади, у периферик нерв тизими касалликлари орасида учраш сони бўйича иккинчи ўринни эгаллайди. Касалланиш турли мамлакатлар аҳолисининг ҳар 100 минг нафарига 8 дан 240 бўлган ҳолатгача ўзгариб туради [291; с. 484-486, 119; с. 110-114]. Айнан юз нерви шикастланишини нисбатан юқори сони унинг топографик-анатомик ўзига хосликлари билан боғлиқдир [291; с. 484-486, 139; с. 837-845]. Юз нерви иккита нервни бирлаштиради: ҳаракат асаб толаларидан ҳосил бўлган, хусусий юз нерви ва таъмин билиш ҳамда вегетатив (парасимпатик) нерв толаларидан ташкил топган оралик нерв. Чакка суяги фаллопиев каналидаги юз нервдан учта тармоқ ажралиб чиқади: катта тошли нерв, ноғора парда, узанги нерв. Бигиз сўрғичсимон тешиқдан чиққандан сўнг юз нервдан мимик мушакларга кўплаб ҳаракат толалари кетади.

Оралик нерви унинг сезувчан ядросига боровчи афферент толалар (таъмни сезувчи) ва унинг вегетатив ядросидан чикувчи эфферент (секретор, парасимпатик) толалар сақлайди [153; 528 с., 121; 1035 с.].

И.Я.Сендульский бўйича юз нерви суяк каналининг лабиринтли (қоя ичи), ноғора пардали (ноғора парда ичи), ноғора парда-сўрғичсиман (оралиқ) ва сўрғичсиман қисмлари фарқланади.

Узунлиги 3 мм бўлган лабиринт қисм ички эшитиш тешигидан юз нервнинг тирсакли каналига ўтади. У ички эшитиш йўлаги тубидаги юқори тешигининг медиал қисмидан бошланади, сўнг пирамиданинг олд юқори юзаси бўйлаб кетади. Бу ерда канал юқориги ярим айлана канал ампуласи ва чиғаноқнинг асосий бурмаси ўтиш жойи ўртасидан ўтади. Каналнинг бу қисми пирамида ўқиға перпендикуляр ҳолатда горизонтал йўналишга эга бўлади. каналнинг қоя ичи қисми лабиринт яқинида жойлашган бўлвади, бу эса лабиринт патологияларида шикастланишнинг ҳавфлилигини белгилайди.

Ноғора парда қисми юз нерви каналининг тирсагидан то пирамидал бўртиқчага бўлган ораликни эгаллайди. Унинг узунлиги 8-11 мм ни ташкил этади. У пирамида ўқиға паралел йўналмайди, балки олдинга, юқорига – орқага ва пастга кетади. Унинг бошланиш жойи қошиқсимон ўсимта билан ёпилган бўлади. бу бўлимнинг асосий қисми овал дарча ва ташқи ярим айлана каналнинг юқорига кўтарилган қисми ўртасидан ўтади. Худди шу жойда юз нервнинг горизонтал қисми пастга тушувчи қисмга (Шварце бўйича), бурчак остида (иккинчи тирсак) ўтади. Юз нервнинг канали ноғора бўшлиғига лабиринт девори орқали ўтиб, адитуснинг қуйи медиал томонини ҳосил қилади (бўсаға). Ноғора бўшлиғи грануляциясини олиб ташлаш вақтида қулоқларда ўтказиладиган радикал жарроҳлик амалиётида юз нервнинг шикастланиши айнан шу жойда юзага келади. Ноғора парда-сўрғичсимон бўлим-пирамидал кўтарилиш чегарасидаги ноғора парда бўшлиғининг орқа деворида бўлган юз нерви каналининг қисмидир.

Каналнинг бу қисми ногора парда бўшлиғи билан ҳам, сўрғичсиман ўсимта билан ҳам чамбарчас боғлиқдир. Канал орқа девор томондан пирамидал юқорига кўтарилувчи қисм билан ёпилган. Юз нерви каналининг сўрғичсимон қисми пирамидал бўртиқдан то бигиз сўрғичсимон тешиккача бўлган орқлиқни эгаллайди. Унинг узунлиги 12,0-13,5 мм га яқиндир. Бу бўлим Шварце бўйича юз нерви каналининг пастга тушувчи қисмига мос келади. Каналдан ўтишнинг учта типи мавжуд: 1-тип-оддий вертикал, 2-тип-нишаб жойлашган, 3-тип-ўрта қийшиқ. Юз нервининг канали қанча кескин пастга тушса, у суякда шунчалик чуқур ётади ва аксинча. Юз нервининг канали ташқи эшитиш йўлаги суягининг орқа деворидан 1-10 мм масофагача орқага чекиниши мумкин. Аммо сезиларли даражадаги кўп ҳолатларда каналнинг йўналиши тик кўтарилган бўлиб, ундан то ташқи эшитиш йўлагининг орқа деворигача бўлган масофа одатда 2-4 мм дан ошмайди. Юз нерви каналининг дистал бўлимининг сўрғичсимон қисми бўйинтуруқ венаси илдизидagi жарроҳлик амалиётлари ва сўрғичсимон ўсимта учки қисмини резекциясида жароҳатланиш ҳавфига учрайди [153; 528 с., 235; с. 179-195]. Юз нерви каналининг анамал ҳолати жуда кам учрайди, аммо муҳим жарроҳлик аҳамиятига эга бўлади. Kettel томонидан юз нервида ўтказган 125 жарроҳлик амалиётида юз нервини меъёрий жойлашишидан силжишларини учта вариантини баён этган. Юз нервини қон билан таъминланиши фаллопиев канали орқали ўтувчи бигизсўрғичсимон артерия орқали амалга оширилади. Қон айланиши бузилиши нерв патологиясида катта аҳамиятга эга бўлади [235; с. 179-195]. Юз нервининг жароҳатланишига кўплаб сабаблар бўлиши мумкин. Буларнинг орастида биринчи ўрин яллиғланиш омили эгаллайди, уларга: неврит, отоген шикастланишга киради. Иккинчи ўринни ятроген сабаблар эгаллайди, бу бир томондан юз нерви топографик анатомиясининг мураккабликлари билан боғлиқ бўлса, бошқа томондан-бош мия чаноғи асоси ва қулоқдаги хосилаларнинг ўсишини ўзига хосликлари билан боғлиқдир. Отологик жарроҳлик амалиётларида юз нерви

шикастланишларининг сони 0,2 дан 10%гача ўзгариб туради. Баъзи ҳолатларда унинг ўз вазифасини бажариши унинг анатомик бутунлигини сақланиб қолишига қарамасдан турғун ҳолатда бузилади. Жарроҳлик амалиётигача мимик мушаклар парезининг мавжуддиги, шунингдек ҳавфли ўсма ўлчамини 3 смдан ортиқ бўлиши юз нерви функциясини сақланиб қолишига нисбатан ёмон башоратли белги ҳисобланади. Ҳозирги кунда кўприкмиёча бурчаги ҳавфли ўсмаларини олиб ташлашда микрожарроҳлик техникасини қўлланилиши кўп сонли беморларда юз нерви анатомик бутунлигини сақланишига имкон беради, бироқ унинг ўз вазифасини сақлаб қолиши ёки тикланиши фақат 50%дан кўп бўлмаган беморларда кузатилади. Юз нерви шунингдек кўпинча бўйинда ўтказиладиган жарроҳлик аралашувларида, жағ-юз жарроҳлик амалиётларида ва кулоқ олди сўлак безларида ўтказиладиган жарроҳлик амалиётларида шикастланади, чунки у кулоқ олди чигалини ҳосил қилию, унинг тўқималари орасида жойлашади [184; 238 с.]. Юз нервини жароҳатлардан кейинги шикастланиши учинчи ўринни эгаллайди. Юз нервининг шикастланиши чаноқ-мия жароҳатлари ва бош мия чаноғи асосининг синишлари бўлган тахминан 15% беморларда юзага келади. Юз нервининг шикастланишли жароҳатланиши уни барча шикастланишларини 5-7%ини ташкил этади. Чакка суяги пирамидасининг кўндаланг синишида юз нервини шикастланиши билан асоратланиши 30-50% ҳолатларда, узунасига синишида -10-25% ҳолатларда кузатилади, бироқ юз нерви парезларининг 70-90% ҳолати мустақил ҳолатда тикланади. Шунингдек юз нерви юз ва бўйиннинг ёпиқ шикастланишларида ва яраланишларида ҳам жароҳатланиши мумкин. Бошнинг шикастланишлари орасида юз-жағ соҳасидаги жароҳатлар сони 16,5%ни ташкил этади. Умумий шикастланиш даражасининг юқорилиги ва уни ўсиш тенденциясини ҳисобга олган ҳолда юз нервининг жароҳатли шикастланиш муаммоси шубҳасиз долзарб ва ижтимоий аҳамиятли бўлиб ҳисрбланади [41; 456 с.]. Юз нервининг барча шикастланишларни 6,5% ҳолати ўз асосида жуда кам,

фақат якка тартибда учрайдиган сабабларга эга бўлади, улар орасида-кам учрайдиган юқумли касалликлар, МАС касалликлари, метастатик шикастланишларни учратиш мумкин [235; с. 179-195, 41; 456 с.].

Шуни таъкидлаш лозимки, айнан юз нервнинг шунчалик кўп шикастланишига бир қатор анатомик шароитларлар мавжуд: филогенетик нерв энг ёш чанок-бош мия нерви ҳисобланиб, суяк каналида давомли ва эгри бугри тузилишга эгадир, нервнинг қон таъминотининг ўзига хосликлари шундаки, тор суяк йўли шароитида магистрал томирлар ўзини ўзини худди томрлар охири каби тутди [127; с. 110-114, 184; 238 с.]. Демак, этиологик жиҳатдан юз нерви шикастланишининг қуйидаги турларини ажратиш мумкин:

- Идеопатик невропатия ёки Белл фалажи (75% гача ҳолатни ташкил этувчи –энг кўп учрайдиган шакл), аниқ этиологик сабабларни аниқлашнинг имкони мавжуд эмас. Ушбу шакл учун мавсумийлик хос бўлиб, касаллик совуқ қотгандан сўнг ва оддий шамоллашдан кейин ривожланади;

- Отоген невритлар (15% ҳолатгача), юз нерви ўзаги кўпинча ўрта кулоқдаги жарроҳлик амалиётларида шикастланади (умум бўшлиқ жарроҳлик амалиётлари, йирингли мастоидитлар сабабли сўрғичсимон ўсимтада олиб бориладиган жарроҳлик амалиётлари);

- Нисбатан кам учрайдиган инфекцион невритлар: Herpes zoster (Ханта синдроми), полиомиелитлар, грипп, тепки ва бошқалар.

Отоген генезли юз нерви шикастланишининг катта сонда эканлигини ҳисобга олган ҳолда мазкур муаммони нафақат неврологлар учун, балки отолорингологлар учун ҳам долзарб деб ҳисоблагш мақсадга мувофиқдир. Юз нерви анатомияси, топографияси ва қон таъминоти нинг ўзига хосликларини билиш топик ташхисни тўғри қўйишда ва ўз вақтида, тўғри даволашни буюришда ёрдам беради, бу эса асоратлар сонини пасайишига олиб келади.

Юз нерви шикастланиш даражасини баҳолаш учун Хаус-Браакман шкаласи қўлланилади (№1 Жадвал).

Мимик мушакларнинг фалажланиши нафақат косметик нуқсонларга ва беморларнинг оғир рухий кечинмаларига олиб келади, балки ютиш ва чайнаш, шунингдек товуш чиқишини бузилишига ҳам олиб келади. Юз нерви шикастланиши бўлган беморларда лагофталъм ва кўз ёши ажралишини бузилишиша хизмат қилувчи нейропаралитик кератит сабабли шоҳ пардаги чандикланиши, кўзни кўриниши пасайиши, хатто кўрликкач олиб келади. Шундай қилиб, юз нервининг шикастланиши беморларнинг ҳаёт сифатини сезиларли пасайтиради. Турли даражаларда нерв шикастланишини топиқ ташхислаш перферик фалажлик ва бошқа белгиларни аниқлашга асосланади. Юз нерви ядроси шикастланишида ўчоқ томонида мимик мушакларнинг периферик фалажланиши қарама қарши томондаги спастик гемипарез билан бирга келиши мумкин. Агарда потологик ўчоқ юз нервининг ички тирсагига тарқалган бўлса, кетувчи нерв ядросининг функцияси ҳам бузилади. Бунда Фовиллянинг альтернирловчи синдроми ҳам ривожланади: ўчоқ томонида – мимик мушаклар ва кўзнинг ташқи тўғри мушакларининг фалажланиши, қарама қарши томонда эса –спастик гемиплагия. Мияча кўприги учбурчагидаги юз нерви пўстлоғининг шикастланишида мимик мушаклар фалажланишига уч шоҳли, олиб кетувчи ва эшиколди чиғаноқ нервлари функцияларини бузилиш белгилари ҳам қўшилади. Ички қулоқ йўлагида юз нерви шикастланишларида мимик мушакларнинг фалажланиши тилнинг олд учдан икки қисмида таҳъм билишни бузилиши, кўзларни қуриши ва қулоқларни эшитмаслиги билан бирга келади. Суяк каналидаги катта тошсимон нервни совуқ қотиш натижасида юз нервини шикастланиши натижасида тилнинг олд учдан икки қисмида таъмни бузилиши , кўзларни қуриши ва гиперакузия кўринишидаги прозоплегия номоён бўлади. Стремен мушаклардан қочиш даражасининг устидан юз каналидаги юз нервининг шикастланиши кўзлардан ёш оқиши, гиперакузия ва таъмни бузилиши билан

бирга кечади. Бигизсўрғичсимон тешик орқали чиқиш даражасида юз нервнинг шикастланишида клиник кўриниш фақат мимик мушакларнинг фалажланиши ва кўздан ёш оқиши билан бирга кечади. Баъзи ҳолатларда патологик жараён нафақат юз нервига, балки уч шохли нерв тармоқларига ҳам тарқалади. Бундай ҳолатларда мимик мушакларнинг периферик фалажланиши юзнинг ён соҳаларида азобли оғриқлар билан бирга кечади. Пўстлоқ ядро толаларини фақат бир томонглама шикастланишида қарама қарши томондаги фақат қуйи мимик мушакларнинг фалажланиш ривожланади [139; с. 837-845, 184; 238 с.].

1-жадвал

Хаус Брокман шкаласи бўйича юз нерви шикастланиш даражасини баҳолаш

Босқич	Вазифа	Баён этилиши
1	Меъёр	Барча тармоқларнинг меъёрдаги вазифаси
2	Енгил меъёрдан четлашиш	А. Узоқ вақт текшириш давомида аниқланадиган енгил ҳолсизлик, сезиларсиз синкенезия қайд этилиши мумкин. Б. Тинч ҳолатда симметрик юз, юзнинг одатий ифодаси. В. Ҳаракат: 1) пешона соҳаси: сезиларсиз ўртача ҳаракат; 2) кўз соҳаси: куч билан тўлиқ ёпилади; 3) оғиз соҳасида: сезиларсиз асимметрия.
3	Ўртача меъёрдан четлашиш	А. Кўриниб турган, аммо бошқарилмайдиган асимметрия. Яққол намоён бўлмаган синкенезия аниқланади. Б. Ҳаракат: 1) пешона соҳаси: сезиларсиз ўртача ҳаракат; 2) кўз соҳаси: куч билан тўлиқ ёпилади; 3) оғиз соҳасида: максимал) пешона соҳаси: сезиларсиз ўртача ҳаракат; 2) кўз соҳаси: куч билан тўлиқ ёпилади; 3) оғиз соҳасида: максимал куч ишлатишда енгил ҳолсизлик.
4	Ўртача оғирликдаги меъёрдан четлашиш	А. Яққол намоён бўлган ҳолсизлик ва/ёки бошқариладиган асимметрия. Б. Ҳаракат:

		1) пешона соҳаси: мавжуд эмас; 2) кўз соҳаси: тўлиқ ёпилмайди; 3) оғиз соҳасида: максимал куч ишлатишда асимметрия.
5	Оғир меъёрдан четлашиш	А. Юз мушаклари ҳаракатининг жуда оз даражада сезилиши. Б. Тинч ҳолатда юз асимметрияси. В. Ҳаракат: 1) пешона соҳаси: мавжуд эмас; 2) кўз соҳаси: тўлиқ ёпилмайди;
6	Тотал фалажланиш	Ҳаракат мавжуд эмас.

II-БОБ. ТАДҚИҚОТ УСУЛЛАРИ ВА МАТЕРИАЛЛАРИ

§2.1. Клиник-неврологик текширишларнинг ўзига хосликлари

Турли даражаларда юз нерви тузилишининг фарқларини ҳисобга олган ҳолда бир қатор муаллифлар томонидан таклиф этилган, юз нерви касаллигини топик ташхислаш схемасига асосланган. В.М.Бехтерева (1926), Бинга (1929, Нюссман (1926), Эрба (1873)) схемалари энг кенг тарқалгандир. Энг замонавий схемалар эса [226; с. 413-417, 232; с. 13-21, 301; с. 1-68, 165; 23 с.] iBoyes ва Hardner, McGowern, FitzHugh маълумотларига асосланган ҳолда Michlke (1960) томонидан тузилган [76; с. 369-382, 106; с. 89-93, 274; с. 79-81, 309; с. 235-238].

Бу ерда юз нервнинг турли даражадаги шикастланишларидаги асосий белгилар комплексини тавсифловчи Эрбанинг топик ташхислашнинг энг кенг тарқалган схемаси ўтказилади (2.1-жадвал).

2.1-жадвал

Турли даражада юз нервнинг шикастланиш белгилари

Юз нервнинг шикастланиш даражаси	Белгилар комплекси
Фаллопиев канали сўрғичсимон ўсимта ноғора пардасини дистал сурилиши	Юз нервнинг касалланиш томонидаги барча мушакларнинг ҳаракат фаланжланиши. Умумий сезувчанлик ва тер ажралишини бузилиши.
Юз нерви ўзаги билан ноғора пардани бирикиш жойидаги юз нерви ҳудуди ва n.stapedius ни силжиши	Тўлиқ ҳаракат фалажланиши. Таъм билиш сезувчанлигини бузилиши
Тиззасимон эгарча ва n.stapedius ўртасидаги силжиш майдони	Юз мушакларининг ҳаракат фалажланиши. Тилнинг олд 2/3қисмида таъм билишнинг мавжуд эмаслиги, сўлак ажралишини камайиши, эшитишни бузилиши.

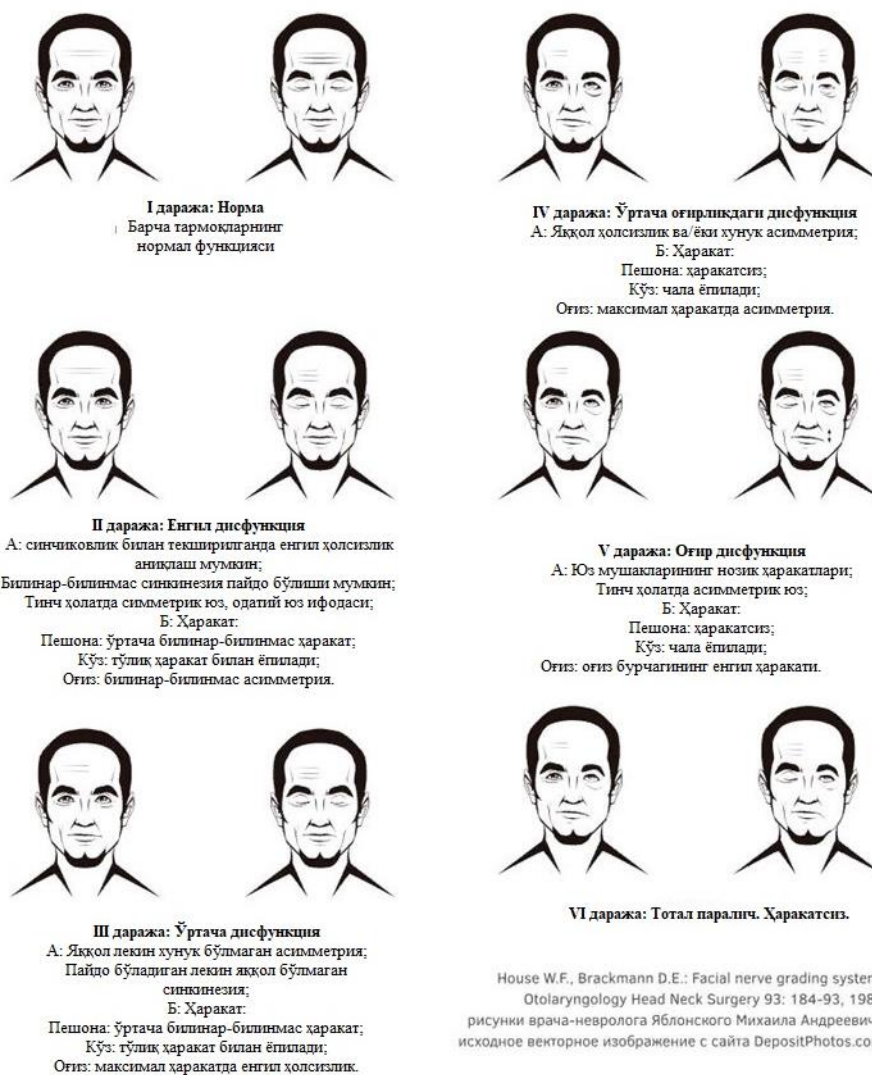
Тиззасимин эгарча соҳаси	Юз мушакларининг ҳаракат фалажланиши. Тилнинг олд 2/3 қисмида таъм билишнинг мавжуд эмаслиги, сўлак ажралишини камайиши, эшитишни, рефлектор сўлак ажралишини бузилиши, баъзида вестибуляр бузилишларни юзага келиши.
Ички эшитиш йўлагидаги тиззасимон эгарчадан юқоридагши юз нерви майдони (Эрбу бўйича ички бўлим)	Худди 4 банд каби, аммо таъм билиш сезувчанлигисиз. Рефлектор ва аффектив сўлак ажралишини йўқолиши.

2.2-жадвал

Fonseca K.M., Mourão A.M. (2015) бўйича Хаус-Брокман (1985) шкаласини қўллаган ҳолда мимика мушакларини вазифасини баҳолаш

Шикастланиш даражаси	Умумий тавсиф	Тинч ҳолатда	Ҳаракат		
			Пешона	Кўз	Меъёр
I	Меъёр	Меъёр	Меъёр	Меъёр	Меъёр
II	Енгил бузилишлар	Тонус меъёрда, симметрик сақланиб қолган	Ҳаракат сақланиб қолган ёки енгил бузилишлар	Кам куч билан тўлиқ ёпилади	Енгил асимметрия
III	Аниқ, аммо бўғувчи асимметрия	Тонус меъёрда, симметрик сақланиб қолган	Ҳаракатнинг сезиларсиз ёки кам даражадаги бузилишлари	Куч билан тўлиқ ёпилади	Мимик мушакларнинг максимал кучайишида енгил асимметрия
IV	Мимик мушакларнинг сезиларсиз ҳаракати сақланиб қолган	Асимметрия	Ҳаракат мавжуд эмас	Тўлиқ ёпилмайди	Сезиларсиз ҳаракат
V	Ҳаракат мавжуд эмас	Ҳаракатнинг мавжуд эмаслиги	Ҳаракат мавжуд эмас	Ҳаракат мавжуд эмас	Ҳаракат мавжуд эмас

Сўнгги йилларда 1985 йилда юз нервнинг шикастланишини ўрганиш бўйича House-Brackmann Facial Nerve Grading Scale Қўмитаси томонидан маъқулланган шкала энг юқори даражадаги машхурликка эга бўлди. Шкала 6 даражадан ташкил топган бўлиб, ҳар бир даражага мушакларнинг кучсизлиги, симметриялиги, синкенезия ва мимик контрактурнинг мавжудлик кўрсаткичлари мос келади. Шундай қилиб, мазкур шкалани касалликнинг клиник кўринишида патологик синкенезия ва мимик мушаклар (ММ) контрактурасини ривожланиши юқори ўринларни эгаллаган ҳолатларда юз нервни нотўлиқ тикланиши билан оғриган беморлар учун қўллаш мумкин.



2.1-расм. Юз нерви функциясини Хаус – Брокман (1985) шкаласи билан баҳолаш

ЮНН асорати сифатида мимик мушакларнинг шаклланиб бўлган контрактураларини (ММК) ташхислаш клиник усулда амалга оширилди.

Контурларнинг оғирлик даражаси модифицирланган шкала бўйича баҳоланди [78; 544 с., 83; с. 13-17, 91; с. 68-72, 116; с. 65-70, 119; с. 110-114, 148; с. 18-19, 170; 272 с., 183; с. 200-204, 189; с. 82-85].

Енгил даража- юз асимметрияси тинч ҳолатда – аниқланмайди, фақат функционал синамаларда антқланиши мумкин. Синкenezия жуда оз даражада. Қандайдир бир мушакларда гипертонуслар пальпацияланади, спонтан оғриқлар мавжуд эмас, шикастланган мушак чўзилганда кучсиз оғриқ аниқланади.

Ўрта даража- тинч ҳолатда юз асимметрияси аниқланади, жуда оз даражадаги эркин ҳаракатлар юзни кескин буришишига олиб келади. Яққол намоён бўлган синкenezия аниқланади. ёнма-ён турган бир неча мушакларда гипертонуслар аниқланади; гипертонусларда оғриқ тинч ҳолатларда ҳам аниқланади, мушаклар чўзилганда у сезиларли кучаяди.

Оғир даража- барча белгилар яққол намоён бўлган. Юз мушакларининг спонтан гиперкинезияси аниқланади. эмоционал бузилишлар кўшилади. Барча мушак гуруҳларида гипертонуслар аниқланади, тинч ҳолатда уларда кескин оғриқ сезилади. Синкenezия феноменологияси ва гиперкинезлар мавжудлиги аниқланади.

§2.2. Тадқиқот усуллари.

Вегетатив асаб тизимини комплекс тадқиқ қилиш икки гуруҳ усуллари ўз таркибига олади: биринчи усул сигментлар усти бўлимини, иккинчиси сегментар бўлим ҳолатини баҳолаш имконини беради. Сегментар усти бўлимини текшириш вегетатив тонусни, реактивликни ва фаолиятни таъминлашни аниқлашни ўз ичига олади. Сегментар бўлим ҳолати ички органларни ва организмнинг физиологик тизимларини ўз вазифасини бажариши даражаси бўйича баҳоланади. Бунда вегетатив тизимнинг қайси

бўлимлари (симпатик ёки парасимпатик) ни азият чекиши ва унинг қайси бўлимлари (афферент ёки эффераент) шикастланиши аниқланади.

Вегетатив тонусни текшириш

1. Кердонинг вегетатив индексини ҳисоблаш:

$$ВИ=(1-Д/ЮҚС)*100 \text{ (2.1)}$$

Бу ерда ВИ-вегетатив индекс, Д-диастолик босим катталиги; ЮҚС-1 дақиқадаги юрак қисқаришларининг сони.

Талқин: тўлиқ вегетатив мувозанатда (эйтония) юрак қон томир тизимида $ВИ=0$. Агарда коэффициент ижобий бўлса, унда симпатик таъсир устунликка эга бўлади; агар коэффициентнинг рақамли белгилари айирув белгиси остида олинса, бунда парасимпатик тонус ошган бўлади.

Кердо индекси болаларда, нафақа ёшидаги шахсларда ва спортчиларда ишламайди.

2. Вейн-Соловьева жадвали.

Вейн жадвали вегетатив асаб тизимининг симпатик ва парасимпатик фаоллиги нисбатини аниқлашнинг энг тўлиқ, ҳаммабоп усули бўлиб ҳисобланади. яна шуниси ҳам қулайки, бундай нисбат организмнинг турли тизимларида ҳам кўриб чиқилган.

3. Вегетатив ўзгариш белгиларини аниқлаш учун саволнома

Текширилувчи мос бўлган «Ҳа» ёки «Йўқ» жавоблариги тагига чизади. Мавжуд бўлган белгиларни микдорий баҳолаш учун ВДС (вегетотомир дистония синдроми) нинг турли белгилари орасида унинг нисбий оғирлиги бўйича ҳар бир белгини баллаш йўли билан вегетатив белгилрни эксперт баҳолаш ўтказилди. Шу асосида ҳар бир белги учун мос бўлган саволга ижобий жавоб олинган ҳолатларда мос бўлган баллар (1 дан 10 гача) қўйилди.

Саволнома бўйича белгиларни ўрганишда олинган балларнинг умумий йиғиндисисоғлом шахсларда 15 дан ошмаслиги лозим, агар ошган ҳолатлар бўлса, ВДСнинг мавжудлиги тўғрисида гапириш мумкин (2-илова).

Вегетатив реактивликни ўрганиш

Кўз-юрак рефлекси (Даньин-Ашнер)

Синамани ўтказиш техникаси: 15 дақиқа давомида тинч ҳолатда ётгандан сўнг 1 дақиқа давомида ЮҚС ҳисобланади (дастлабки фон). Сўнгра кўл бармоқлари билан енгил оғриқ хисси пайдо бўлгунча ҳар икки кўз олмаси босилади. 15-25 сониядан сўнг 20 сония давомида ЮҚС қайд қилинади.

Меъёрга кўз олмаси босилишидан бир неча сония ўтиб ЮҚС 1 дақиқа давомида ҳисоблаганда 6-12 зарбага секинлашади.

Талқин: ЮҚСни меъёрга секинлашиши –меъёрий вегетатив реактивлик; кучли секинлашиш (парасимпатик, вагаль реакция)-юқори даражадаги вегетатив реактивлик; кучсиз секинлашиш-пасайган вегетатив реактивлик; секинлашишнинг мавжуд эмаслиги-бузилган вегетатив реактивлик (симпатик реакция).

ЮҚСни турли якуни билан боғлиқ ҳолда (1 дақиқада 70-72 зарбадан кўп ёки кам) Гал формуласи ёрдамида ҳисоблаш ўтказиш лозим. Гал формуласи бўйича пульсни секинлашиши тенг:

$$X=100 \cdot \text{СЮҚС} / \text{ЮҚЯС} \quad (2.2)$$

Бу ерда СЮҚС-сигамадаги юрак қисқаришлари сони; ЮҚЯС-юрак қисқаришларининг якуний сони; 100-ЮҚСнинг шартли сони.

Меъёр сифатида $Af \pm 0$ белгисини қабул қилиш мақсадга мувофиқ деб ҳисоблаймиз, бу ерда М-текширилаётган гуруҳда беморларнинг 1 дақиқадаги ЮҚСни ўртача катталиги; 0-М дан ўртача квадрат оғиш. $M \pm a$ белгиси юқори бўлганда юқори даражадаги вегетатив фаоллик тўғрисида гапириш мумкин (симпатик ва парасимпатик), 0-дан кичик бўлган ҳолларда эса вегетатив реактивликнинг пасайганлиги тўғрисида сўз юритса бўлади. Вегетатив реактивликка қўйиладиган бошқа синамаларда ҳам худди шу каби ҳисоблаш ўтказиш зарур деб ҳисоблаймиз.

Кўз-юрак рефлекс учун $M \pm a$ нинг меъёрий белгиси $-3,95 \pm 3,77$ га тенгдир.

Психологик усуллар

Шахсий хавотир даражаси Ю.А.Ханин (Ханин Ю.А., 1970) томонидан модификация қилинган Спилбергер (Spilberger C.D. 1970) тести ёрдамида аниқланади. Шахсий хавотир даражаси бемор 30 баллдан кам тўплаган холларда – паст деб, 31-44 балл тўплаган холларда-ўрта деб, 45 баллдан юқори тўплаган холларда эса юқори деб баҳоланди.

Сўнгги йилларда тиббий адабиётларда «саломатлик билан боғлиқ бўлган ҳаёт сифати» термини кўп қўлланилмоқда. Бунда айнан ҳаёт сифати беморлардаги мослашувчанлик чора тадбирлари самарадорлигини баҳолашда оринтир олиш лозим бўлган интеграл тавсиф сифатида кўрилади. «Ҳаёт сифати» тушунчаси саломатликни тавсифловси: жисмоний, руҳий, ижтимоий мезонлар гуруҳини акс эттиради. Ҳар бир гуруҳ ўз таркибига кўрсаткичлар жамланмасини олган бўлиб, уларни қабул қилишнинг ҳам объектив ҳам субъектив даражасида баҳолаш мумкин. Касаллик оқибатлари ўзаро боғлиқдир: шикастланишлар ҳаёт сифатини бузилишига сабаб бўлади, у эса ўз навбатида ижтимоий чегараланишларга ва ҳаёт сифатини бузилишига олиб келади.

Ҳаёт сифати саломатлиги билан боғлиқ бўлган саволномалар беморнинг жисмоний ва руҳий эмоционал соҳасини, унинг маиший ва ижтимоий ҳаёт фаолияти даражаларини қамраб олади. Мазкур тадқиқотларда турли ҳаёт фаолияти соҳасидаги беморларни ўз ўзини баҳолаш учун 3-балли SF-36 универсал шкаласи қўлланилди.

Гендерни ўрганиш бўйича тест (Радим Спектор, 2012).

Ушбу тест шахснинг гендер тавсифини ва гендерга мослик нуктаи назаридан феминизмга муносабатини аниқлашга имкон беради.

Гендерга мослиги- ижтимоий мосликнинг базавий тузилмаси, у инсонни эркаклик ёки аёллик гуруҳига талуклилиги нуктаи назаридан

тавсифлайди, бунда инсон ўзини ким деб ҳисоблаши ниҳоятда катта аҳамиятга эгадир. Гендерлик мослиги-эркаклик ва аёлликни маданий аниқланиши билан боғлиқ бўлган ҳолда ўзини англашидир. Бошқа омиллар билан ўзаро алоқа натижасида юзага келган, гендер мослиги эркаклик ёки аёллик қирраларининг руҳий интерпритациясини субъектив тажрибалари сифатида намоён бўлади.

Маскулинлик ва фемининлик остидаги гендерлик таҳлилида аёл ва эркак тавсифи тўғрисидаги ижтимоий тасаввур меъёрлари, шунингдек қўлланиладиган жинсий истаклар, шунингдек нафақат кутилаётган тавсиф балки фаолият соҳаси ҳам киритилган ҳулқнинг маданий-символик сценарийси ҳам тушунилади.

Бемор 30 саволга жавоб бериши лозим (барча тест учун тахминан 10-12 дақиқа). Бемор таклиф этилган жавоб вариантларидан баён этилган вазиятдаги унинг ўрни ёки уни энг кўп тавсифланиш даражаси бўлган ҳолатни танлайди. Жавоблар устида узок ўйлаш тавсия этилмайди (5-илова).

Интерпритация

«Фемининлик» (аёллик типи). Руҳий-сиз юз фоиз аёлсиз. Ҳозирги кунда бу жуда кам учрайдиган одамлар типи. Агар сиз овқат тайёрлашни, уй-рўзғор ишлари ва болалар тарбияси билан шуғулланишни яхши кўрсангиз, сиз юмшоқ табиатли ва итоаткор бўлсангиз, у ҳолда сиз эркаклар идеалидаги аёлни гавдалантирувчи қобилиятга эгасиз. Ҳақиқий эркак сизни вқандай бўлсангиз шундайлигингизча қабул қилади, фақат у сизни севиб қолишини ўзини етарлидир. Агарда сиз эркак бўлсангиз –сизнинг ҳолатингизга ҳавас қилиб бўлмайди.

Аралаш тип. Заруриятга боғлиқ ҳолда юмшоқликни қарор қабул қилиш билан ҳамда аъсирчанликни донолик билан бирга олиб борган ҳолда эркакларга хос бўлган қирраларни ҳам, аёлларга хос бўлган классик қирраларни ҳам ўзингазда топасиз. Балки баъзида ҳаётини вазиятлар қарама қарши жинс вакилларига кўпроқ хос бўлган қарорларни қабул қилишни

талаб этар, аммо шунга қарамасдан сиздаги мослашиш қобилияти ва юқори даражадаги руҳий эгилувчанлик ҳар қандай вазиятларда сизнинг иттифоқдошингиз бўлади.

«*Маскулинлик*» (эркаклик типи). Руҳий-сиз юз фоиз эркаксиз. Қарор қабул қилиш, мустақиллик, эркинлик-мана сизнинг кучли томонларингиз. Бошқалар учун таянч бўлишни биласиз ва бу дунёда нима учун яшаётганингизни яхши англайсиз. Сизнинг ҳаёт принципларингиз бошқа кўплаб одамларда сизга нисбатан ҳурматни юзага келтиради. Агар сиз эркак бўлсангиз, у ҳолда сизнинг жавобларингиз хусусий эркаклик ва жинс масалаларини тушунишдаги баъзи схематиклик ва стереотиплик тўғрисида жиддий ўйлантиради. Аммо агарда сиз аёл бўлсангиз –сиз ўзингиздан қониқасизми?

«**SF-36 Health Status Survey**» ҳаёт сифатини (ХС) баҳолаш учун махсус саволнамага киради, АҚШ ва Европа мамлакатларидан кенг тарқалган бўлиб, ҳаёт сифатини тадқиқ қилишда қўлланилади. усулни рус тилидаги таржимаси ва апробацияси «Клиник-фармакологик тадқиқотлар институти» томонидан ўтказилди (Санкт-Петербург). SF-36 саволномаси АҚШнинг умумий популяцияси ва Австралия, Франция, Италиянинг репрезентатив танловлари учун меъёрланди. АҚШ ва Европа мамлакатларида алоҳида популяциялар учун тадқиқотлар ўтказилди ва соғлом аҳоли учун ҳамда турли сурункали касалликлар билан оғриган беморлар учун меъёрлар бўйича натижалар олинди. (ёш ва жинс бўйича гуруҳларни ажратиш билан).

III БОБ. БУХОРО ВИЛОЯТИДА ИДИОПАТИК ПРОЗОПАЛГИЯ ВА ПРОЗОПЛЕГИЯНИНГ ТАРҚАЛИШИ ҲАМДА КЛИНИК КЕЧИШИ

Клиник неврологияда прозопалгик ва прозоплегик синдромларни ташхислаш ва даволаш сифатини яхшилаш ва зарур бўлган ташкилий моментларни аниқлашда аҳоли ўртасида ўткир тавсифланувчи прозоплегия ва прозопалгияни тарқалишини ўрганиш муҳим аҳамиятга эга. Шунингдек Бухоро кўп тармоқли клиник касалхонасининг, шунингдек ООО Қаҳрамон-Раҳимжон хусусий неврологик клиникасининг неврологик бўлимига мурожат қилган беморларидан шахсан ўзимиз томонидан олинган проспектив материаллари хизмат қилди. Олинган натижалар қуйида келтирилган жадвалларда кўрсатилган.

3.1-жадвал

7 йил давомида Бухоро вилоятидаги ППА беморларининг сони (5,0:100000)

Кўрсаткич		Жами	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ҳолатлар сони	абс	625	96	91	89	86	93	88	82
	%	100	15,4	14,6	14,2	13,8	14,8	14,1	13,1
Эркаклар	абс	241	31	35	40	33	39	29	34
	%	38,7	12,8	14,5	15,6	13,7	16,2	12,0	14,1
Аёллар	абс	384	65	56	49	53	54	59	48
	%	61,3	16,9	14,6	12,8	13,8	14,1	15,4	12,5

Биринчи навбатда 7 йил давомида ўрганилган ЮН ва УНН патологиялари билан оғриган беморларнинг сони тўғрисида. Бизнинг маълумотларимиз кўрсатишича, уч шохли нерв невралгиясининг ўртача

учраш сони йилига юз минг аҳолига 5 ҳолатни ташкил этади. ЮН шикастланишларини учраш сони йилига юз минг аҳолига 6 ҳолатни ташкил этади. Йиллар бўйича тадқиқот натижалар кўрсатдики, тадқиқ қилинган 7 йил давомида прозопалягия билан ҳам ва прозоплегия билан ҳам оғриган беморларни амалий жиҳатдан бир хилда тақсимланиши қайд этилди.

3.2-жадвал

7 йил давомида Бухоро вилоятидаги ППЛ беморларининг сони (5,94:100 000)

Кўрсаткич		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ҳолатлар сони n=748	абс	101	109	115	112	109	98	104
	%	13,5	14,6	15,4	4,9	4,7	3,1	3,9
Эркаклар n=326	абс	47	47	46	52	50	42	42
	%	14,4	14,4	14,1	15,9	15,3	12,1	12,1
Аёллар n=422	абс	94	62	69	60	59	56	62
	%	22,3	14,7	16,3	14,2	14,0	13,3	14,7

Аммо бунда шу нарса диққатни жалб этадики, уч шохли нерв невралгияси аёллар гуруҳида эркаклар гуруҳига нисбатан 1,5 марта кўп учрайди. Худди шу каби тенденция 7 йилнинг барчасида йиллар бўйича амалий жиҳатдан тенг тақсимланишни сақлаб қолган. Адабиётларда УНН аёл жинсили шахсларда бир неча бор кўпроқ учраши тўғрисидаги маълумотлар келтирилган. ЮН невропатиясига келсак, патологиянинг ушбу турини тақсимланиши бу ерда 2010 йилдан 2016 йлгача йил давомида тахминан бир текисда бўлиши аниқланган. Прозоплегия билан оғриган беморлар гуруҳининг маълумотларида аёл жинсидаги шахсларнинг кўрсаткичлар эркакларга нисбатан солиштирилганда статистик сезиларсиз унча катта бўлмаган устунликни қайд этди, бунда ҳар йили пропорция ушбу умумий маълумотларни кўпайтиради. Шундай қилиб, бизнинг эпидемиологик тадқиқотларимизнинг ушбу қисмини кўрсатишича, касаллик жуда ноёб эмас,

деярли ҳар йили турғун ҳолда тарқалиш билан учрайди. Бундан ташқари, шуни таъкидлашни хоҳлардикки, олинган маълумотлар беморларнинг мурожаатларига асосланган ва шуни ишонч билан айтиш мумкинки, касалликни ҳақиқий тарқалиши юқори даражададир, чунки бир қатор ҳолатларда беморлар ҳеч қаерга қайд қилинмаган ҳолда уйда даволанадилар. Шунинг учун айтиш мумкинки, бизлар томонимиздан расмий манбалардан олган маълумотларимиз касалланишнинг ҳақиқий кўринишига нисбатан бир неча марта пастдир. Олинган маълумотларни бошқа муаллифлар томонидан олинган маълумотлар билан таққослаш шундан дарак берадики, улар ўртасида катта фарқ мавжуд эмас. Гарчи ушбу шакл патологияларини, яъни прозопалгик ва прозопелгик синдромларни тарқалишини ўрганишга жуда кам эътибор қаратилган. Яна шуни таъкидлаш лозимки, гарчи муаммо жиддий бўлса ҳам, нафақат бизнинг соғлиқни сақлаш вазирлигимизнинг статистик ҳисоботларида, балки жаҳон статистик ҳисоботларида прозопалгия тўғрисидаги алоҳида бўлим мавжуд эмас, бизнинг диссертацион ишимизда юқорида келтириб ўтилганидек, муаммо нафақат тиббий балки ижтимоий аҳамиятга ҳам эга, чунки инсон том маънода ўз юзини йўқотади ва шу билан ўзини жамият олдида сзитарли стигматизацияга учратади. Икки оғиз сўз билан нима учун аёллар орасида ЮНнинг невропатияси ва ҳатто УНН кўпроқ учраши тўғрисида муҳокама қилиш лозим. эҳтимол, бу эркалар организмига нисбатан аёллар организмнинг баъзи анатомо-физиологик хусусиятлари билан боғлиқдир, аммо бундан ташқари руҳий ҳолатлар ҳам мавжуд бўлади, чунки аёллар эркаларга нисбатан ўз юзларига кўпроқ эътибор қаратадилар, унда юз берган кичик ўзгаришлар ҳам эмоционал реакцияни чақиради ва аёлларни шифокор кўригига боришга мажбур қилади. Нафақат тарқалишига тааллуқли бўлган, балки биринчи навбатда психология аспектларининг клиник ўзига хосликлари, жинс ва гендерга оид масалалар янада тўлиқроқ бизлар олиб борган ишимизнинг кейинги бўлимларида

муҳокама қилинади. Мазкур масала бизнинг диссертациямизнинг асоси бўлиб ҳисобланади.

Бизлар муҳокама қилишни хоҳлаган кейинги масала, бу жинс ва ЮН ва УНН невропатиясида шикастланиш томони, жинс ва йил мавсумлари, яъни прозопалгик ва прозопалгия прозоплегик мавсум аспектларида учраш сониدير. Ушбу маълумотлар қуйида келтирилган жадвалларда ёритиб берилган.

3.3-жадвал

Жинс, йил мавсуми ва ППЛ ва ППАнинг учраш сони.

Фасл		ППЛ n=748			ППА n=625		
		Жами	Эркаклар n=326	Аёллар n=422	Жами	Эркаклар n=241	Аёллар n=384
Баҳор	абс	209	95	124	159	70	89
	%	27,9	45,4	54,6	25,4	44,0	56,0
Ёз	абс	156	77	79	158	79	79
	%	20,8	49,3	50,7	25,3	50,0	50,0
Куз	абс	183	77	106	160	69	91
	%	24,5	42,1	57,9	25,7	43,1	56,9
Қиш	абс	200	106	94	148	70	78
	%	26,8	53,0	47,0	23,6	47,3	52,7

3.4-жадвал

Ёш, жинс ва ППЛда шикастланиш томони.

Ёш		Жами n= 748	Аёллар			Эркаклар		
			Умум. n=422	D n=198	S n=224	Умум. n=326	D n=188	S n=138
16-24	Абс	302	176	79	97	126	78	48
ёш	%	40,4	41,7	39,9	43,3	38,6	41,5	34,8
25-44	Абс	213	117	68	49	96	56	40

ёш	%	28,5	27,7	34,3	21,9	29,5	28,8	29,0
45-59	Абс	176	103	41	62	73	39	34
ёш	%	23,5	24,4	20,7	27,7	22,4	20,7	24,6
60-75	Абс	57	26	10	16	31	15	16
ёш	%	7,6	6,2	5,0	7,1	9,5	8,0	11,6

3.5-жадвал

Ёш, жинс ва ППАда шикастланиш томони.

Ёш		Жами n= 625	Аёллар			Эркаклар		
			Умум. n=384	D n=181	S n=203	Умум. n=241	D n=137	S n=104
16-24	Абс	112	48	23	25	39	23	16
ёш	%	17,9	13,7	12,7	12,3	16,1	16,7	15,3
25-44	Абс	224	120	61	59	65	38	27
ёш	%	35,8	31,2	33,7	29,0	26,9	27,8	25,9
45-59	Абс	213	154	69	85	96	55	41
ёш	%	34,0	40,1	38,1	41,8	39,8	40,1	39,4
60-75	Абс	76	62	28	34	41	21	20
ёш	%	12,1	16,1	15,4	16,7	17,0	15,3	19,2

Демак, УНН ва ЮН невропатиясида жинс ва шикастланиш томони муҳим аҳамиятга эга бўлади. Жадвалдан кўриниб турибдики, умуман олганда ЮН ва УНН невропатиясини учраш сони эркаклар ва аёлларда умумий тенденцияни акс эттиради. Аммо жараёни латерализациясини ўзаро таққосланиши ўзининг ўзига хосликларига эга: жумладан аёллар гуруҳида эркаклар гуруҳига нисбатан, юзнинг ўнг томонини латерализацияловчи ЮН невропатияси деярли 1,5 марта кўп учрайди. Уч шохли нервнинг невралгиясига келсак, бу ерда тескари кўриниш намоён бўлади: аёллар гуруҳида бир неча бор кўп аммо статистик ишончсиз чап томонлама

прозопалгик латерализацияси учрайди, эркаклар гуруҳида эса шунингдек статистик аҳамиятсиз фарқлар билан чап томондан прозопалгик синдромнинг латерализацияси бир неча бор фарқлар билан қайд этилди.

Энди сўз йилнинг мавсумийлиги ва прозопалгиянинг ҳам, прозоплегиянинг учраш сони тўғрисида. Умуман олганда кутилган натижалар олинди, жумладан 3.3-жадвалдан кўриниб турибдики, ЮН невропатияси ва УНН йилнинг совуқ мавсумларида-баҳор, куз ва қишда кўп статистик ишончсизроқ учрайди. Бу фарқлар кўп даражада ЮН невропатиясига таалуқлидир. УННга келсак, бу ерда йил мавсумлари бўйича касалликнинг учраш сони амалий жиҳатдан фарқ қилмайди, яъни учраш сони бўйича тахминан тенгдир. Бу шундан дарак берадики, уч шохли нерв невралгиясини зўрайишида экзоген омиллар эмас, организмнинг ўзидаги ўзгаришларнинг эндоген лаҳзалари катта аамиятга эга бўлади. Жумладан, аллақачон қайд этилганки, уч шохли нерв невралгияси кўпинча артериал босим ўзгарганда ва турли стресс вазиятлар билан боғлиқ холда кучаяди. Сабабсиз кучайишлар жуда кам холларда юзага келади, бу эҳтимол организмдаги эндокрин пертрубациялар билан боғлиқ бўлиши мумкин. Бунда, прозопалгия ва прозоплегияни тарқалиши бўйича маҳаллий маълумотларга кўра йил мавсумлари бўйича эркак ва аёл жинсидаги шахслардан олинган маълумотларда, жумладан эркак жинсли шахсларда ЮН невропатияси холатлари йилнинг қиш даврида кўп учрайди. Аёллар гуруҳида эса, ЮН невропатияси холатини куз ойларида баъзи учтунликка эга бўлиши қайд этилди. Аммо умуман олиб қаралганда йил мавсумлари бўйича ЮН невропатияси бир текис тақсимланган холда юзага келади.

УННга келсак, бу ерда йил мавсумлари бўйича алоҳида фарқлар аниқланмади, фақат истисно тариқасида шуни айтиш мумкинки, аёллар гуруҳида учраш сони бўйича касалликни учраши йилнинг баҳор ва куз ойлари даврида унча катта бўлмаган устунликка эга бўлади. Бу ердан шундай хулоса қилиш мумкинки, умуман олганда йил мавсумлари касалликни

айниқса ЮН невропатиясини учраш сонига, эркак ва аёл жинсидаги шахслар учун ушбу патологияларни учраш сонига сезиларли жиддий таъсир кўрсатмайди. Яъни экзоген ҳавф омиллари касалликни учраш сонига деярли бир хил таъсир кўрсатади ва бундан келиб чиқадики, касалликни шаклланиши ва кечишида бизлар шрганаётган эндоген омиллар катта аҳамиятга эга бўлади. Ва ниҳоят, муҳим -прозопа́лгик ва прозо́плегик синдромларда ёш, жинс ва шикастланиш томони масаласидир. Қуйида келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики, ЮН невропатияси 44 ёшгача бўлган ёш кесимидаги ёшлар орасида кўпроқ учрайди. УНН эса ёш кесими 45-75 ёшни ташкил этган катта ёшли шахслар орасида кўпроқ учрайди. Натижада ўз ўзидан шу нарса маълум бўладики, ёшга боғлиқ бўлган турли ўзгаришлар, жумладан суяк каналларини ёшга боғлиқ бўлган торайиши ЮН невропатиясида каналларнинг аатомо-физиологик ўзига хосликлари фонида нисбатан УНН генезида катта аҳамиятга эга бўлади, жумладан фаллопиев канали. Гормонал ва психологик қаторнинг экзоген ва эндоген омиллари маълум расмийлаштирувчи аҳамиятга эга бўлади.

Жадвал маълумотлари ушбу дефиницияни ёшга боғлиқ бўлган аспектларини кўрсатади, жумладан ЮН невропатияси катта ёшлилар гуруҳида чап томондла юзага келадиган шакллар кўринишида маълум даражада ошган сонда қайд этилади, шу вақтда ўрта ёшли гуруҳда эса ўчоқнинг ўнг томонлама латерализацияси бир неча марта кўп учрайди, гарчи статистик белгилар ўртасида фарқлар мавжуд эмас. Эркаклар гуруҳидаги ёш ва ўрта ёшли беморлар орасида ЮН невропатиясининг чап томонда учрайдиган шаклга нисбатан ўнг томонда учрайдиган шакллари сони баъзи баъзи устунликка эга бўлиши қайд этилди. уч шохли нерв невралгиясига келсак, тақдим этилган жадваллардан кўриниб турибдики, айтиқса аёллар гуруҳи орасида ўнг томондаги шаклни учраш сони маълум даражада устунликка эгадир. Мазкур гуруҳда ушбу касалликни учраши кекса ва нуруний ёшда (75 ёшдан катта) учрашини устун бўлиши қайд этилади.

Беморларнинг эркаклар гуруҳини ташкил этувчи ярмида баъзи тескари кўриниш тенденцияси сезилади, яъни умуман олганда уч шохли нерв невралгияси ўнг томонлама шаклини баъзи устунликлари мавжуд, аммо бу ҳолат ёш, етилган ва ўрта беморларгша нисбатан солиштирилганда ўрта ва катта ёшли беморлар гуруҳида янада яққол сезилади. Шундай қилиб, ишнинг ушбу қисми бўйича олинган маълумотлар кўрсатдики, учраш сонининг ёш аспекти, патологияни ривожланиш ҳавфи маълум даражада аҳамиятга эга бўлади, аммо прозопалгик ва прозоплегик синдромларда бир хил аҳамиятга эга эмас. Умуман олганда, прозоплегия ёшлар гуруҳидаги беморлар учун янада кўпроқ хосдир. Шу билан бир вақтда катта ёшли беморлар орасида прозопалгия-биринчи ўриндаги тенденциядир. Иккинчи тенденция шундан иборатки, аёллар гуруҳидаги уч шохли нерв невралгиясининг устун бўлиши, катта ёшли гуруҳни ташкил этувчи беморларга хосдир. Эркаклар гуруҳидаги ёш беморлар орасида ЮН невропатиясининг чап томонлама шаклланган кўринишини янада кўпроқ намоён бўлиши ўзига хосдир.

Шундай қилиб, бизлар олиб борган ишимизнинг умумий эпидемиологик қисми бўйича маълумотлардан аниқландики, биринчидан, Ўзбекистон Республикасининг Бухоро вилоятида мурожатлар бўйича ўтказилган прозопалгия ва прозоплегияни учраш сони бўйича тадқиқотлар умуман олганда бошқа муаллифлар томонидан бошқа минтақалардан олинган маълумотлардан сезиларли фарқга эга эмас; иккинчидан, ушбу фонда мазкур патология шакллари учрашини жинс ва ёшга боғлиқ бўлган ўзига хосликлари, шунингдек патологик жараён латерализациясининг ўзига хосликлари мавжуд.

Бу эркаклар ва аёлларда прозопалгик ва прозоплегик синдромларни баъзи патогенетик ва этиологик таҳлиллари учун жуда ҳам қизиқарлидир.

IV БОБ. ПРОЗОПЛЕГИК ВА ПРОЗОПАЛГИК СИНДРОМЛАРНИНГ КЛИНИК ЎЗИГА ХОСЛИГИНИ ЖИНСГА ВА КАСАЛЛИК КЕЧИШ ЖОЙИГА БОҒЛИҚЛИГИ.

7 йил давомида Бухоро вилоятида аниқланган ППА ва ППЛли беморларнинг умумий 1373 нафаридан бизлар томонимиздан 408 нафари янада чуқур неврологик ва параклиник текширувлар учун ажратиб олинди. Жумладан ППЛли 210 нафар ва ППАли 198 нафар. ППЛли беморлар гуруҳини 102 нафар эркаклар ва 108 нафар аёллар ташкил этди. ППА гуруҳни эса 94 нафар эркаклар ва 104 нафар аёллар ташкил этди (4.1-жадвал).

4.1-жадвал

**Жинс ва жараён латерализацияси бўйича перспектив текширилган
беморлар сони.**

Латерализация	ППЛ=210				ППА=198			
	Эркаклар		Аёллар		Эркаклар		Аёллар	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Жами	102	48,5	108	51,5	94	47,5	104	52,5
Ўнг (D)	54	52,9	59	54,6	47	50,0	57	54,8
Чап (S)	48	47,1	49	45,4	47	50,0	47	45,2

§4.1. Прозоплегиялар. Жинс ва ёшга боғлиқ холда клиник- неврологик тавсиф.

Клиник белгиларни ривожланишида тўрт даврни ажратиш мумкин. Қисқа биринчи давр (24-48 соатдан 10 кунгача)-касалликни шаклланиш даври юз нервини озиқлантирувчи сўрғичсимон артерия тизимидаги қон айланишини ўткир бузилишига мос келади. У эрталаб, тонгда тунги уйқудан кейин юзага келувчи клиник прозопарез (юзни қийшайиши) билан намоён бўлади, қулоқ ортида, яъни фаллопиев канали проекция зонасида оғриқлар билан кузатилиши мумкин, мимик мушаклар функциясини тикланиши

даражасида оғриқлар камаяди. Иккинчи давр- (эрта тикланиш 10-30 кун) ўз вақтида бошланган даволашда нервдаги шиш ва ишемия белгилари сезиларли даражада камаяди, бу клиник кўринишларда ҳолатнинг турғунлашиши ва белгиларни тикланиши кўринишида намоён бўлади: юз мушакларида биринчи фаол ҳаракатлар пайдо бўлади, оғриқлар камаяди. Учинчи давр (кечки тикланиш)ни шартли равишда икки босқичга бўлиш мумкин: тикланиш темпининг секинлашиш босқичи (30 кундан 90 кунгача), бу даврда ремиелинизацияни сектнлашиши ва контрактурларнинг шаклланишини бошланғич фазаси кетади ва жараёнга қўшимча компенсатор механизмлар киритилади (90 кундан 120 кунгача). Сўнгги босқичда соматик нейрон бўйлаб импульсларни ўтказилишининг бузилиши билан боғлиқ ҳолда ушбу вазифани қисман симпатик периаартериал чигали ўзига олиши мумкин. Бундай ҳолатларда прозопорез фонида ёноқ мушакларини қалинлашиши (Дюшенн симптоми), юзда «чўзилиш» ҳисси, овқат истеъмол қилиш вақтида мос бўлмаган ҳолда кўздан ёш ажралиши пайдо бўлиши мумкин. 4 даврда- (4-6 ойликдан бошлаб) постневротик контрактура қайд этилади, у юзнинг шикастланган ярмидаги мушакларни ўзига хос бўлган қисқариши билан намоён бўлади. контрактура томонида кўз ёриғининг торайиши, энгак соҳасида майда фибриляция типидagi спонтан гиперкинезлар, юздаги патологик синкинезия, мимик мушакларнинг қолдиқ парези аниқланади [29; с. 4-9, 41; 456 с.].

ММларнинг турғун нуқсони ҳар тўртинчи-бешинчи беморда шаклланади, ҳар еттинчи соғайган беморда эса кейинчалик касалликнинг қайталаниши кузатилади [145; с. 38-43].

ЮНН ни энг кўп учрайдиган асоратлари орасида патологик синкенезия ва мимик мушаклар контрактураси фарқланади. Баъзи муаллифлар мазкур клиник шакллар ўртасида фарқларни ажратмасдан, уларни битта термин билан «контрактура» деб атайдилар. Бироқ, шуни ҳисобга олиш лозимки, эслатиб ўтилган ҳар бир кўриниш индивидуал реабилитацион ёндошувни

талаб этади ва турли патогенезга эга бўлади [14; с. 24-26, 67; 688 с., 76; с. 369-382].

ЮННда асоратларнинг энг асосий башоратли мезони бўлиб мимик мушаклар фалажланишининг давомийлиги ҳисобланади. Агарда тўрт ва ундан ортиқ ҳафта давомида спонтан ёки индуцирланган даволашда тикланиш бошланмаган бўлса ёки у жуда ҳам сезиларсиз даражада бўлса, бундай ҳолатларда контрактур ёки синкенезиянинг ривожланиши жуда ҳам юқоридир.

Кўпинча контрактура Белл фалажининг тўлиқ тикланмаган фонида юзага келади. Жараён чуқурлашиб кетган ҳолатларда беморни кўриқдан ўтказилаётганда шундай хис пайдо бўладики, бемор юзининг касалланган томони эмас, балки соғлом томони фалажлангандек. Контрактуранинг куйидаги белгилари аниқланади: кўз ёриғи янада торайган, тинч ҳолатда бурунлаб бурмаси яққолроқ кўринади, майда «фибриляр» спонтан гиперкинезиялар, энгак ва қовоқлар учиши кузатилади. Юзнинг шикастланган томонидаги чўзилганлик хисси айниқса ҳаяжонланганда, совуқ қотганда, жисмоний в аклий юкламаларда кучаяди. Уқалаш вақтида соғлом томонга нисбатан касалланган томондаги ёноқни қалинлашганлиги яққол сезилади [101; с. 62-67, 149; с. 36-42].

Мушаклар реиннервацияси жараёнида яна бир бошқа нохуш феномен-патологик синкенезия пайдо бўлиши мумкин. Уларнинг генез жуда мураккаб ва кинезитерапевтик машқлар асосида ётувчи физиологик синкенезия билан ҳеч қандай умумийликка эга эмас. Бизнинг фикримизча у миелиннинг алохидаловчи хусусиятининг бузилиши билан боғлиқ, нетижада асаб толаси бўйлаб электрик импульслар бир толадан иккинчи толага кабелда юзага келадиган алохидалашнинг узилишлари каби қисқа туташув кўринишида тарқалади. Клиник вазиятда бу масалан лаблар кулгуга чўзилганда беихтиёр кўз ёриғинини сиқилиши юзага келади, кўз юмилганда эса ёноқ ёки лунж мушакларининг қисқаришига сабаб бўлиши мумкин. Энг кўп қовоқ-лаб,

қовоқ–пешона, қовоқ-плазма, қовоқ-қулоқ, Гюйе синкенезияси, лаб-пальпобрал, пешона-лаб, «тимсоқнинг кўз ёшлари» (юзнинг шикастланиш томонидаги кўздан чайнаганда ёки пастки жағни қимирлатганда ёшни оқиши) кузатилади. Ушбу феномен патологик мотор-висцерал синкенезиянинг намунаси бўлиб ҳисобланади.

Йўлдош вегетатив ва сенсор кўринишлар ЮН шикастланишлари даражасини баҳолаш учун ориентир бўлиб хизмат қилади ва у фаллопиев канали ичидаги ҳамда чакка суяги пирамидаси нерв толаларини шикастланиши учун хосдир (4.2-жадвал) [40; 194 с.].

4.2-жадвал

Юз нерви шикастланишининг турли даражаларида клиник белгилар (В.А. Карлов бўйича)

Шикастланишнинг локализация	Тилнинг олд 2/3 қисмида таъм биланишнинг бузилиши	Эшитишнинг бузилиши	Кўз ёш ажралишини бузилиши
Пўстлоқ (кўприк-мияча бурчаги)	Кузатилади	Кузатилади	Қуруқ кўзлар
Ўзак (Юз каналидан кўз ёш толаларигача силжиш)	Кузатилади	Карлик, эшитишнинг пасайиши, гиперкузия	Қуруқ кўзлар
Ўзак (юз каналининг пастки тиззасимон тугунидан stapedius nerve гача силжиш)	Кузатилади	Карлик, эшитишнинг пасайиши, гиперкузия	Кўзёш оқиши
фасциал нерв (nervus facialis)нинг ствол қисми	Кузатилмайди	Кузатилмайди	Кўзёш оқиши

Нервни $\frac{3}{4}$ дан ортиқ кузатишлардаги шикастланиш даражаси-кулок пардасидан чиқиш жойидан пастда (шикастланишнинг канал шакллари ва нерв ўзагини foramen stylomastoideus дан чиқиш жойида шикастланиши) [49; с. 17-20].

Қайталаувчи ППЛ-карама қарши ЮН ёки ўша нервнинг ўзини вақт бўйича кечиккан шикастланиши. Бу касаллик доимо клиницистларнинг диққат марказида бўлган, сабаби биринчидан учраш сонининг ҳаддан ташқари юқори сонда эканлиги-ЮННнинг барча ҳолатларини 3 дан 17%гачасини [147; с. 68-72, 150; с. 60-64] ташкил этади ва иккинчидан қолдиқ резидуал ва косметик нуқсонлар билан оғриган беморларнинг сезиларли сонда эканлиги натижасидир. Қайталанишнинг сабаби ва юзага келиш механизмлари аниқ эмас [142; с. 127-128, 155; с. 280-285].

Яқин вақтгача кўплаб муаллифлар қайталанувчи невропатияни турли соматик касалликларда генераллашган неврал етишмовчиликни намоён бўлиши сифатида қарар эдилар. Агарда соматик патология аниқланса ва невропатияни такрорланиши билан уни мос бўлган ассоциациясини аниқлашга эришилмаган бўлса, унда қайталанувчи кўринишлар клиницистлар томонидан ўтказилган консерватив даволашнинг самарасиз кўриниши сифатида баҳоланди [103; с. 39-49, 109; с. 62-67].

Бошқа тадқиқотчилар остеогеезнинг ирсий нуқсонларидан, ривожланиш анамалияларида, шунингдек сиқилган нервлар ўтувчи каналларнинг ирсий торлигидан сабабларни изладилар [42; с. 31-33, 156; с. 98-107]. Адабиётларда келтирилган биринчи баёнлардаёқ такрорланувчи невропатиялар орасида оилавий ҳолатларнинг нисбатан катта улушига эътибор қаратилган ва 1954 йилдаёқ ирсийлик ва уни ривожланишидаги роли тўғрисидаги масала кўтарилган эди. Молекуляр генетиканинг ривожланиши периферик нервларнинг такрорий шикастланишини ривожланишидаги ирсий омилларни иштироқи тўғрисидаги масалаларга янгича қарашга имкон берди [109; с. 62-67, 127; с. 110-114]. Ҳозирги кунда кафт тунел синдромини

оилавий ҳолатига жавобгар бўлган генетик нуқсон маълумдир [100; 1016 с., 113; с. 1198-1199]. Илгари сиқилишдан фалажланишга мойил бўлган ирсий невропатиянинг молекуляр нуқсони очилди, унинг клиник ядроси бўлиб, айнан такрорланувчи невропатия ҳисобланади [132; 96 с.].

ЮН шикастланиши оғирлик даражасини баҳолаш учун Я.С.Балабанов томонидан таклиф этилган 5-балли тизим, House-Brackmann нинг олти даражали таснифи ва К. Roslerнинг мимик мушакла парези даражасини аниқлаш учун таснифлар қўлланилади. Улар ЮН фалажи ва парезини баҳолашни стандартлаштириш учун жуда ҳам фойдали бўлиб ҳисобланади, аммо маълум кўникма ва малакани, шунингдек шифокор томонидан вақтни талаб этади, шу сабабли у амалий тиббиётда ҳозиргача кенг миқёсда қўлланилмайди [10; с. 33-35, 20; с. 21, 30; с. 77-82, 124; с. 67-69].

§4.2. Жинс ва латерализация жараёни.

Касалликнинг клиник белгилари ва оқибатларини янада майда қисмларгача баҳолаш учун бизлар томонимиздан эркак ва аёл жинсидаги шахсларда шикастланган томонни ҳисобга олган ҳолда текширилган кўрсаткичлар таҳлил қилинди. Ушбу маълумотлар қуйида келтирилган жадвалларда кўрсатилган (4.3-жадвал).

4.3-жадвал

Хаус-Брокман шкаласи бўйича жинс ва латерализация жараёнига боғлиқ ҳолда прозоплегияда клиник динамика кўрсаткичлари

Кўрсаткич	Эркаклар, умум. гр.	Аёллар, умум. гр.	Эраклар		Аёллар	
			D	S	D	S
Дастлабки баллар	5.4	5.0	52	56	5.2	4.8
1 ойдан кейинги баллар	3.1*	3.9*	2.9*	3.2*	4.6*	3.2*
3 ойдан кейинги баллар	2.4*	2.9*	2.2*	2.6*	2.7	3.1
6 ойдан кейинги баллар	1.9	2.1	1.4*	2.4*	2.5*	1.7*

Оғрик синдроми ва сезувчанликни бузилиши	18%*	26%*	10%	8%	10%*	16%*
--	------	------	-----	----	------	------

4.4-жадвал

**Жинс ва латерализация жараёнига боғлиқ холда юз нерви
невропатиясида неврологик етишмовчиликни тикланиш кўрсаткичлари**

Кўрсаткич	Эркаклар	Аёллар	Эркаклар		Аёллар	
			D	S	D	S
6 ойдан кейинги якуний натижалар	69%*	43%*	31%*	38%*	23%	20%
Тўлиқ тикланиш	31%*	57%*	14%	17%	34%*	23%*
Тўлиқ бўлмаган тикланиш	21%*	36%*	16%*	5%*	15%*	21%*
Контрактура, синкенезия	20%	29%	13%*	7%*	13%	16%
Вегетатив бузилишлар	76%*	100%*	37%	39%	61%*	39%*

4.5-жадвал

**Жинс ва латерализация жараёнига боғлиқ холда Фаллопиев каналидаги
юз нерви шикастланиши.**

Шикастланиш даражаси	Эркаклар	Аёллар	Эркаклар		Аёллар	
			D	S	D	S
Вестибуляр	15%*	21%*	9%	6%	7%*	14%*
Тимпаник	59%*	47%*	30%	29%	20%	27%
Мастоидал	26%*	52%*	16%	10%	29%	23%

Тақдим этилган жадвал маълумотларидан кўриниб турибдики, эркак ва аёл жинсидаги ЮН невропатияси билан оғриган беморлар ўртасида бир қатор кўрсаткичлар бўйича фарқлар мавжуд. Биринчи навбатда, шу нарса

Ўзига диққатни жалб этадики, косметик нуқсонни баллда намоён бўлиши аёлларга нисбатан таққослаганда эркаклар гуруҳида ўзиб кетиш темпида аста секин ривожланиб бормоқда. Бу касаллик бошлангандан бир ойдан сўнг ва 3 ойдан сўнгги тадқиқот натижаларидан кўриниб турибди. Бу тенденция касаллик ўтказилгандан кейинги ярим йилдан сўнг ҳам сақланиб қолади, аммо энди ишончли фарқлар мавжуд эмас. Оғриқ белгиларининг мавжудлиги билан юз нерви сезгир қисмларини жалб этилиш белгилари ва Рамзай-Хант минтақасидаги гипестезия, бизнинг маълумотларимизга кўра статистик ишончли фарқлар билан аёл жинсидаги шахсларда янада яққолроқ намоён бўлган. Ва ниҳоят, касаллик якуни бўйича маълум фарқлар аниқланди, жумладан ўрнатилдики, ўтказилган патологиядан сўнг 6 ой ўтиб эркак жинсидаг беморлар орасида тўлиқ тикланиш билан бўлган беморлар худди шундай кўрсаткичдаги аёллар гуруҳи билан таққосланганда ишончли равишда кўпчилиكنи ташкил этди. Тўлиқ бўлмаган тикланишли беморлар гуруҳига келсак, бу ерда аёл жинсидаги шахслар етакчи (деярли икки марта) бўлди.

Кейинчалик аёл жинсидаги шахсларда эркакларга нисбатан солиштирилганда касалликни контрактуралар билан асоратланиши ишончли равишда кўп учрайди. Ва ниҳоят, патологиянинг энг оғир кўринишларидан бири бўлган синкенезияда ишончли фарқлар мавжуд эмас, аммо шунга қарамай, аёл жинсидаги шахслар гуруҳида эркак жинсидаги шахсларга нисбатан синкенезия кўпроқ учрайди.

Таҳлил учун кейинги кўрсаткич бўлиб, шикастланиш даражаси ҳисобланди. Маълумки, фаллопиев каналининг давомийлиги бўйлаб юз нервининг шикастланиш даражаси вестибюляр даражага-бу юз нервини ички эшитиш йўлаги бўйлаб кириш соҳасига, тимпаник даража-сўрғичсимон ўсимта даражаси ва ноғора парда проекцияси, ҳамда мастоидал даража-юз нервини фаллопиев каналидан чиқиш даражасига бўлинади. Жадвалда тақдим этилган натижалар кўрсатадики, аёл жинсидаги шахслар орасида юз

нервининг сиқилишини вестибюляр даражаси билан оғриган беморлар ишончли равишда кўп учраса, эркак жинсидаги шахслар орасида эса юз нервини тимпаник ва мастоидал шикастланиши билан оғриган беморлар ишончли равишда кўп аниқланади.

Нихоят, вегетатив бузилишлар, жумладан вазоматориканинг бузилиши, юзнинг ярмида гипергидрозни устун бўлиши бизнинг эътиборимизни ўзига жалб этди. Бизнинг маълумотларимизга кўра бу бузилишлар аёл беморлари гуруҳида ишончли фарқ билан яққол намоён бўлган ҳолда мавжуд бўлди. Шунини алоҳида таъкидлаш лозимки, аёллар гуруҳидаги вегетатив бузилишлар 100% ҳолатда аниқланган бўлса, эркак жинсидаги шахслар гуруҳида эса бу кўрсаткич 76% ҳолатни ташкил этди. Хаус-Брокман шкаласи бўйича мимик нуқсонларни намоён бўлиш даражаси, асоратлар, шикастланиш даражаси, вегетатив бузилишлар каби киритилган барча санаб ўтилган кўрсаткичларни бизлап патологик жараённинг латерализациясига боғлиқ ҳолда таҳлил қилдик. Жадвалдан кўриниб турибдики, якуний натижалар бир биридан сезиларли фарқ қилмади. Тикланиш динамикаси бўйича аниқ фарқлар аниқланди, улар эркаклар гуруҳида жараёни чап томонда жойлашишида мимик мушаклар вазифасини тикланишини ишончли равишда ўзиб кетувчи темпда бўлиши билан тавсифланди, аёллар гуруҳида эса тўғри қарама қарши тенденция аниқланди, уларда айнан патологик жараённинг ўнг томонда жойлашиши кузатилган гуруҳда тикланишни янада тезроқ намоён бўлиши аниқланди.

Бу тенденция ўтказилган невропатиядан сўнг бир ой, 3 ой ва 6 ойдан кейин ҳам кузатилади. Рамзай-Ханта минтақасида сезувчанликни бузилиши ва оғриқ синдромини устунлик қилиш фонида бу белгилар аёллар гуруҳида айниқса, патологик жараёни чап томонда латерализация бўлишида ишончли равишда яққолроқ намоён бўлди. Касаллик якунинг тавсифи патологик жараённинг латерализациясига боғлиқ бўлди, жумладан эркаклар гуруҳида мимик мушаклар вазифасини тўлиқ тикланиш ҳолатлари латерализация

жараён чап томонда бўлганда устунликка эга бўлди, аёллар гуруҳида эса сезиларли фарқ аниқланмади; шу билан бир вақтда аёллар гуруҳида жумладан латерализация ўчоғи ўнг томонда бўлганда ММ вазифасини нотўлиқ тикланиши билан оғриган беморлар ишончли равишда кўпчиликни ташкил этди, патологик жараён латерализацияси чап томонда бўлган гуруҳда эса ММ контрактураси мавжуд бўлиши билан оғриган беморлар ишончли устунликка эга бўлди. Аёллар гуруҳида патологик синкенезия юқорида кўрсатилганидек кўп учради, аммо патологик жараённинг латерализацияси бўйича сезиларли фарқлар аниқланмади. Ва ниҳоят, фаллопиев каналида юз нервнинг сиқилишини даражаси бўйича латерализация жараёнига боғлиқ бўлган маълум фарқлар аниқланди, жумладан аёллар гуруҳида вестибюляр даражада юз нерви сиқилиш даражаси билан оғриган беморлар деярли икки марта устунликка эга бўлди, эркаклар гуруҳида эса бу каби фарқлар аниқланмади. Кейинги тимпаник даражага келсак, бу ерда аёллар кичик гуруҳида чап томонлама шикастланиши бўлган беморларни маълум даражадаги устунлигининг тенденцияси кузатилади, мастоидал даражага келсак, бу ерда у гуруҳда ҳам, бу гуруҳда ҳам патологик жараён латерализациясининг ўнг томонлама шаклига эга бўлган шахслар устунликка эга бўлди.

Ва ниҳоят, вегетатив бузилишлар. Аёллар гуруҳида вегетатив бузилишларни устун бўлиш фонида патологик жараённинг бу бузилишлари патологик ўчоқ латерализациясини ўнг томонда бўлиши сезиларли устунликка эга бўлади.

§4.3. Жинс, ёш ва ППЛда динамик жараёнлар.

ММ нуқсонини пайдо бўлишини ўсмирларда, ёшларда, ўрта ва кекса ёшдаги беморларда алоҳида ўрганилди.

Ўсмир ёшдаги беморларда ППЛнинг ўткир даврида ҳаракатни бузилишларини ўзига хосликлари.

**Ёш гуруҳлари бўйича жинс аспектида ППЛ беморларининг
тақсимланиши**

ЮНН	Эркаклар n=102		Аёллар n=108		Жами	
	абс	%	абс	%	Абс	%
Ўсмирлик даври (16-24 ёш)	27	12,8±3,6	32	15,2±3,5	59	28,1±2,7
Ёшлик даври (25-44 ёш)	45	21,4±4,4	38	18,1±3,9	83	39,5±3,1
Ўрта ёшлик (45-59 ёш)	15	7,1±2,8	21	10,0±4,1	36	17,1±2,3
Қарилик (60-75 ёш)	15	7,1±2,6	17	8,1±2,9	32	15,2±2,9

4.6-жадвалдан кўриниб турибдики, эркак жинсидаги беморлар гуруҳида 27 (12,8±3,6) ҳолати ўсмир ёшдаги беморларга тўғри келган бўлса, 32 (15,2±3,5%) аёллар сонига тўғри келди. Агар ўсмирлик ёши 16 дан 24 ёш кесими билан аниқланишини ҳисобга олсак, мана шу ҳаётнинг 8 йиллик даврига касалликларнинг энг юқори сони тўғри келади (яъни эркаклар гуруҳидаги касалликларнинг $\frac{1}{4}$ қисми ва аёллар гуруҳидаги $\frac{1}{3}$ касалланиш ҳолатлари).

Эркак ва аёл жинсидаги шахслар орасида ҳаракат бузилишларининг оғирлик даражаси бўйича қиёсий таҳлил қуйидагларни кўрсатди.

Касалликнинг ўткир даврида ҳаракат бузилишларининг енгил даражаси аёл жинсидаги шахслар ўртасида ишончли равишда кўп аниқланди ($P<0,05$) (4,7 жадвал), ҳаракат бузилишларнинг ўрта ва оғир даражалари эркакларда ҳам, аёлларда ҳам амалий жиҳатдан бир хил миқдорда кузатилди. Ҳар икки гуруҳда ҳам ҳарпкат бузилишларининг оғир даражаси билан оғриган беморлар катта сонни ташкил этди (20,3±2,4% ва 20,3±3,1% мос ҳолда эркаклар ва аёлларда).

Жинс ва ёш аспектида (ўткир давр) прозопарез даражаси

Ёш гуруҳлари	Жинс	Оғирликни нг енгил даражаси (4-3 балл)	Оғирликни нг ўрта даражаси (2 балл)	Оғирликни нг оғир даражаси (1-0 балл)	Жами
Ўсмирлик даври (16-24 ёш)	э	5 8,47±2,2	10 16,9±3,0	12 20,3±2,4	27 45,8±3,5
	а	9 15,2±2,7	11 18,6±2,3	12 20,3±3,1	32 54,2±4,3
Ёшлик даври (25-44 ёш)	э	12 14,5±2,7	19 22,9±3,8	14 16,9±3,5	45 54,2±4,7
	а	3 3,6±1,3*	16 19,3±3,1	19 22,9±3,2	38 45,8±4,3
Ўрта ёш (45-59 ёш)	э		10 27,8±2,1	5 13,9±2,3	15 41,7±3,1
	а	1 3,12±1,3	9 28,1±2,2	11 34,4±2,9	21 58,3±3,3
Қарилик (60-75 лет)	э		9 28,1±2,5	6 18,7±2,5	15 46,9±2,9
	а		9 28,1±2,6	8 25,0±2,4	17 53,1±3,6

Изоҳ: * – Жинслар орасида маълумотлар ишончилиги ($P < 0,05$).

Ёш беморлардаги ППЛнинг ўткир даврида ҳаракат бузилишларининг ўзига хослиги. Бизнинг тадқиқотларимиздаги ППЛ кузатувларининг энг катта сони ёшлик даврига тўғри келди (жами 83 ҳолат). Эркаклар гуруҳида 45 (54,2±4,7%) ҳолатга, аёллар эса -38 (45,8±4,3%) ҳолатга тўғри келди. Ёшлик давридаги ҳаракат бузилишларининг енгил даражаси аёллар гуруҳига нисбатан солиштирилганда ёш эркаклар гуруҳида

ишончли равишда кўп кузатилади ($P<0,01$). Худди шундай тенденция, фақат кузатишларнинг камроқ сони билан ҳаракат нуқсонларининг ўртача оғирлик даражаси билан кузатилган ҳолатларда сақланиб қолди эркекларда ($22,9\pm3,8\%$, аёлларда $19,3\pm3,1$) .

Ҳаракат бузилишларининг оғир даражаси ҳолатлари аёл жинсидаги беморлар гуруҳида эркек жинсидаги беморлар билан таққосланганда катта кўрсаткичларга эга бўлди (мос ҳолда $22,9\pm3,2\%$ ва $16,9\pm3,5\%$).

Шундай қилиб, жинсий фарқлар бўйича ёш беморларда ЮННн оғирлигини намоён бўлиши бўйича икки қарама қарши тенденцияни кузатишимиз мумкин: ҳаракат бузилишларининг енгил даражаси эркек жинсидаги шахслар орасида ишончли равишда кўп кузатилади; ППЛдаги ҳаракат бузилишларининг оғир даражаси эса аёл жинсидаги шахсларда кўп қайд этилади.

Ўрта ёшдаги беморларда ППЛнинг ўткир даврда ҳаракат бузилишларининг ўзига хосликлари. Бизнинг кузатишларимиз бўйича беморларнинг умумий сони орасида ўрта ёшдаги беморлар 36 (17,1%) ни ташкил этди. Улардан 15 нафари ($41,7\pm3,1\%$) эркек жинсидаги беморларни ва 21 нафари ($58,3\pm3,3\%$) аёл жинсидаги беморларни ташкил этди, бу аёл жинсидаги беморлар устунлигини кўрсатади (ишончилилик $P<0,05$).

Бизлар ҳаракат бузилишининг енгил даражасини аёл жинсидаги беморларнинг бир ҳолатида кузатдик, ўрта ёшдаги эркек жинсидаги гуруҳда эса прозопарезнинг енгил даражаси аёнланмади. Эркек жинсидаги беморларда оғир шаклга нисбатан солиштирилгандаги ҳаракат бузилишининг ўрта даражаси ишончли равишда кўп кузатилди ($P<0,01$), бу ҳолат аёл жинсидаги беморларга хос бўлмади.

Прозопарезнинг оғир шакллари ва прозоплегиянинг ишончли устунлиги ($P<0,01$) ўрта ёшдаги эркекларга нисбатан аёлларда устунликка эга бўлди.

Кекса ёшдаги беморларда ППЛнинг ўткир даврда ҳаракат бузилишларининг ўзига хосликлари. Бизнинг кузатишларимиз бўйича эркакларда ҳам, аёлларда ҳам бу ёшга беморларнинг энг кам сони (31 ҳолат) тўғри келди (15 ва 17 ҳолатга мос ҳолда).

Эркак ва аёл жинсидаги гуруҳларда ҳаракат бузилишлар оғирлигини ўрта ва оғир даражасили беморларни тақсимланиши ишончли фарқларга эга бўлмади ва амалий жиҳатдаг бир текис ҳолат кузатилди, бизлар томонимиздан кекса ёшли беморларда ЮН ҳаракат бузилишларининг енгил даражаси аниқланмади.

Юқорида бизлар томонимиздан юз нерви канал ичи сиқилишини латерализацияси ва турли даражадаги қўшимча белгилар таҳлил қилинди. Бизлар ушбу белгиларни янада тўлиқ таҳлил қилдик ва баъзи хулосаларга келдик (4.8-жадвал).

4.8-жадвал

ППЛ қўшимча белгиларини клиник динамикаси

Қўшимча клиник симптомлар	ОП (10 кунгача)		РВП (10-30 кун)		ПВП 30-120 кун		ПО 4 ойдан кўп	
	э	а	э	а	э	а	э	а
Кулоқ соҳасида ва кулоқда оғриқ	54 56,8±5, 1	59 60,2±4,9 *	12 12,6±3,4 ^	31 31,6±4,7 *^	0 0,0±0,0	5 5,1±2,2^	0 0,0±0,0	1 1,0±1,0^
Гиперакузия	57 60±5,0	55 56,1±5,0	20 21,0±4,2 ^	14 14,3±3,5^	7 7,4±2,7^	2 2,0±1,4^	2 2,1±1,5 ^	0 0,0±0,0
Кўз ёш оқиши	77 81,0±4, 0	80 81,6±3,9	52 54,7±5,1 ^	65 66,3±4,8	29 30,5±4,7 ^	42 42,8±4,9 ^	6 6,3±2,5 ^	13 13,3±3,4 ^
Ксерофталмия	3 3,1±1,8	6 6,1±2,4	2 2,1±1,5	4 4,1±1,9	2 2,1±1,5	3 3,1±1,7	2 2,1±1,5	2 2,0±1,4^
Гипогевзия	66 69,4±4, 7	57 58,1±4,8	12 12,6±3,4 ^	23 23,4±4,3^	0 0,0±0,0	5 5,1±2,2^	0 0,0±0,0	2 2,0±1,4^

Ксеростомия	66	57	0	0	0	0	0	0
	69,4±4, 7	58,1±4,8	0,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0	0,0±1,4

Изох: * - жинслар орасидаги маълумотларнинг ишончилиги ($P < 0,05$), ^ - жинсга боғлиқ холда даврлар орасидаги маълумотларнинг ишончилиги ($P < 0,05-0,01$)

Бизлар олиб борган кузатишларнинг кўрсатишича, ППЛнинг қўшимча белгилар семиологиясининг клиник динамикаси жинс бўйича маълум фарқларга эга бўлади. ксеростомия, гипогевзия, оғриқ синдроми, гиперакузия, кўздан ёш оқиши, ксерофтальмия каби белгилар агарда касалликни ўткир даврида ўзининг намоён бўлиш сони бўйича эркак ва аёл жинсидаги шахслар ўртасида ўхшаш кўринишга эга бўлса, касалликнинг кейинги даврларида эса кўпгина белгилар бўйича ишончли фарқ кузатилади. Масалан, ППЛдаги эрта тикланиш даврида (ЭТД) оғриқ синдроми ва ксеростомия эркак жинсли шахсларда аёл жинсидаги беморларга қиёслаганда яхши регрессга эга бўлди. Бундай кўриниш гарчи ҳар икки белгининг кечишида яхши тенденция кузатилса ҳам кўздан ёш оқиши ва гиперакузияни қиёсий таҳлилида кузатилмайди. ЭТДнинг охирига келиб кўз ёши оқишини максимал даражада тез тикланиши кузатилади. ЮННнинг энг турғун ва оғир белгиларидан бири бўлиб ксерофтальмия ҳисобланади, у эркакларда янада турғунроқ намоён бўлиш хусусиятига эгадир, аммо ППЛнинг ўткир даврида у аёл жинсидаги беморларда икки марта кўпроқ кузатилади.

§4.4. Эркаклар ва аёллардаги ППЛда фаллопиев каналининг ҳолати.

Чакка суяги ва у орқали ўтган фаллопиев канали мураккаб тузилишга эга бўлиб, шубҳасиз ўрганиш учун мураккаб объект ҳисобланади. Эгри бугриликларнинг (букалишлар) мавжудлиги билан боғлиқ холда фаллопиев каналининг битта кесмада унинг турли тасвирларини бутунлигича олиш имконсиз бўлиб ҳисобланади. Ҳар бир юзадан канал қисмларини ўрганиш билан фақат ярим позицион КТ унинг жойлашишини ўзига хосликлари,

унигг жойлашуви, чакка суягининг бошқа тузилмалари билан ўўзаро муносабати, каналнинг суяк деворларини тузилмавий мавжудлиги ёки ўзгаришлари тўғрисида тўлиқ тассавурга эга бўлишга имкон беради.

Бизла томонимиздан 48 нафар юз нерви невропатияси билан оғриган беморларда (22 нафар аёл ва 26 нафар эркак) фаллопиев каналини тадқиқ қилиш учун МСКТ ўтказилди. Бизлар барча ҳолатларда каналнинг визуал тасвирини олдик. Тадқиқотнинг мақсади бўлиб, жинс ва жараён латерализациясига боғлиқ ҳолда канал кенглигидаги ўзгаришларга оид масалаларни ўрганиш бўлиб ҳисбланди.

Линган натижалар кўрсатдики, кўп ҳолатларда шикастланган томондаги фаллопиев канали яхши кўринган, унинг кенглиги эса турли хил йўналишларга ўзгарган. 20 нафар беморда канал кенглигининг асимметрияси унинг бўшлиғини кенгайтириши билан тавсифланган, бу шиш билан боғлиқ бўлиши мумкин. 16 нафар беморда канал тешигининг сезиларли асимметрияси аниқланмади. Шу билан бир вақтда олиб борилган 12 та кузатишларда шикастланган томондаги канал қисқарган бўлиб чиқди, буни канал томирларининг қисқариши билан тушунтириш мумкин. Жинсга боғлиқ ҳолда мазкур ўзгаришларда баъзи ишончсиз фарқлар аниқланди. Жумладан, аёллар гуруҳида каналнинг кенгайтириш белгиларининг устун бўлиши кузатилган бўлса, эркаклар гуруҳида эса асимметриясиз ёки каналнинг торайиши аниқланган беморлар устунликка эга бўлди. Бу фарқлар миқдорий жиҳатдан 4.9-жадвалда келтирилди.

4.9-жадвал

Жинсга боғлиқ ҳолда ППЛда фаллопиев канали ўзгаришларини МСКТ ўзига хосликлари

Характер изменения	Всего	Мужчины	Женщины
Расширение	20	8	12
Нет асимметрии	16	10	6
Сужение	12	8	4

CT/DERIVED/SECONDARY/MPR TEMPLATE
QOSIMOV, MIRJON
3827
5/4/1997 M

Fedorovich Klinika
CT - MONOCHROME2
Study ID 15318
301
Zoom 100%



L 600
W 4095



CT/DERIVED/SECONDARY/MPR TEMPLATE
ABDULLAYEV, ULUGBEK
3700
4/9/1951 M

Fedorovich Klinika
CT - MONOCHROME2
Study ID 15168
10296
Zoom 100%



L 600
W 4095





4.1-расм. Фаллопиев каналининг МСКТ тасвирлари. Юқоридаги расм-шикастланиш томонидаги каналнинг торайиши ва деформацияси. Қуйида турган тасвирларда-шикастланган томонда фаллопиев каналининг кенгайиши

Шикастланиш томонига боғлиқ холда аниқланган ўзгаришларни ўзаро таққослаш алоҳида қонуниятларни аниқлаб бермади.

Фаллопиев каналидаги аниқланган ўзгаришлар тўғрисида бизлар келтириб ўтган изоҳлардан келиб чиққан холдашундай деб тахмин қилиш мумкинки, аёллардаги идеопатик ЮНН генезида шиш катта аҳамиятга эга бўлса, эркакларда ишемик жараён устунликка эга бўлади.

4.10-жадвал

ПШАда жинс, шикастланиш томони ва клиник ўзига хосликлар.

Кўрсаткич	Эркаклар	Аёллар	Эркаклар		Аёллар	
			D	S	D	S
Битта тармоқнинг зарарланиши	11 (12.2)	13 (12.5)	7 (63.6)	4 (36.4)	8 (61.5)	5 (38.5)
Иккита тармоқнинг	83(87.8)	91(87.5)	47(56.6)	36(43.4)	54(59.3)	37(40.7)

зарарланиши						
Хуружлар сони: 2-4 кунда	57(60.6)	64(61.5)	33(57.8)	24(42.2)	38 (59.3)	26(40.7)
5-10 кунда	23*(24.4)	28*(26.9)	10*(43.4)	13*(56.6)	16*(57.1)	12*(42.9)
10 кундан кўп	14(15)	12(11.6)	11(71.4)	13(28.6)	8(66.6)	4(33.4)
Вегетатив бузилишлар	86*(91.4)	98*(94.2)	48*(55.8)	38*(44.2)	57*(58.1)	41*(41.9)
Сезгининг бузилиши	90*(95.7)	101*(97.1)	50(55.5)	40(44.5)	50(49.5)	51(50.5)
Тиклар	41*	71*	29*	12*	36	35
Беморлар сони	94 (100)	104 (100)	54(57.4)	40(42.6)	62(59.6)	42(40.4)

Жинс, шикастланиш томони ва уч шохли нерв невралгиясининг клиник ўзига хосликлари. Эркаклар ва аёллар гуруҳида қиёсий аспектда қуйидаги кўрсаткичлар таҳлил қилинди: шикастланган тармоқлар сони, суткадаги хуружлар сони, вегетатив бузилишларнинг мавжудлиги, сезувчанликни бузилиши, оғриқ тики. Шунингдек эркаклар ва аёллар кичик гуруҳларида оғриқ синдромининг турли латерализацияси аниқланди. Тақдим этилган жадвал атериалларидан кўриниб турибдики, эркаклар ва аёллар гуруҳи ўртасида шикастланган тармоқлар ва хуражлар сони бўйича, аниқроқ қилиб айтганда шикастланган тармоқлар сони бўйича сезиларли фарқлар мавжуд эмас, аммо шу билан бир вақтда сутка давомидаги хуружлар сони бўйича фарқлар мавжуддир.

Жумладан аёллар гуруҳида сутка давомида хуружларнинг ўртача сонда 5 тадан 10 тагача бўлиши билан устунликка, эркакларга нисбатан солиштирилганда ишончли фарққа эга бўлиши аниқланди. Шу билан бир вақтда эркаклар ва аёллар гуруҳлари ўртасидаги аниқ фарқ вегетатив бузилишларни намое бўлишини мавжудлиги бўйича аниқланди. Вегетатив бузилишлар оғриқ жойлашган соҳадаги гиперемия, даврий юзага келувчи

гипергидреоз, ёки шикастланган тармоқлар соҳасида терининг қуриши, терини қипиқланиши кўринишида намоён бўлади. Шунингдек аёллар гуруҳини эркеклар гуруҳига нисбатан солиштирилганда юза сезувчанликни бузилиши билан азият чекувчи шахслар сони ишончли устунликка эга бўлди. Жумладан, булар уч шохли нервнинг шикастланган тармоқлари билан бошқарилувчи зоналарда гипестезия, гиперпатия, дизестезия аниқланган беморлар ва ниҳоят оғриқ тиклари мавжуд бўлган беморлар сони аёллар гуруҳида эркеклар гуруҳига нисбатан ишончли устунликка эга бўлди. Шикастланиш томонига боғлиқ ҳолда эркеклар ва аёллар гуруҳи ўртасидаги клиник ўзига хосликларни таҳлили кўрсатдики, эркеклар гуруҳида кўпроқ чап томонлама шикастланишларда сутка давомида ўртача сондаги оғриқ хуружлари кузатилди ва аксинча аёллар гуруҳида бу каби ҳолат ўнг томонлама шикастланишда кузатилди. Уч шохли нервнинг ўнг томонлама невралгияси билан оғриган беморларда хуружлар сони ишончли равишда юқори бўлди. Бундан ташқари, беморларнинг икки кичик гуруҳлари натижалари солиштирилиши шуни кўрсатдики, оғриқ тиклари ўнг томон шикастланиши билан оғриган эркек беморлар гуруҳида ишончли устунликка эга бўлди, қолган кўрсаткичлар бўйича уч шохли нерв ва унинг тармоқларини ўнг томонлама шикастланишида ишончли фарқлар билан вегетатив бузилишлар кузатилган ҳар икки гуруҳда устунликка эга бўлиши қайд этилди.

4.11-жадвал

ППАда жинс, ёш ва ВАШ бўйича оғриқ синдромининг жадаллиги.

	ВАШ, баллар		16-24 ёш		25-44 ёш		45-59 ёш		60-75 ёш	
			эркак	аёл	эркак	аёл	эркак	аёл	эркак	аёл
1	5-6	n	0	0	1	6	2	5	3	7
		%	0±0	0±0	3,0 ±3	9,0 ±3,5	8,3 ±5,8	7,6 ±3,3	12* ±6,6	46,7* ±13,3

2	7-8	n	5	6	14	38	7	41	16	4
		%	33,3± 12,6	26,1 ±9,4	42,4 ±8,7 **	56,7 ±6,1 **	29,2* ±9,5	62,1* ±6,1	64* ±9,8	26,7*± 11,8
3	9-10	n	10	17	18	23	15	20	6	4
		%	66,7± 12,6	73,9 ±9,4	54,6 ±8,8 **	34,3 ±5,9 **	62,5* ±10,1	30,3* ±5,7	24 ±8,7	26,6 ±11,8

Эркаклар ва аёллар ўртасида оғриқ синдроми жадаллигидаги аниқланган фарқларни ҳисобга олган ҳолда, бизлар қайси ёш гуруҳида бу фарқларнинг устунлигини аниқлашга қарор қилдик. Натижалар 4.11-жадвалда келтирилди, ундан кўриниб турибдики, визуал аналог шкала бўйича 5 дан 6 баллгачани ташкил этувчи ўртача жадалликдаги оғриқ синдроми 60-75 ёш гуруҳидаги аёллар кичик гуруҳида ишончли устунликка эга бўлди. Ўртача жадалликдаги оғриқ синдроми ўртача 7 дан 8 баллгача бўлиши 45 ёшдан катта бўлган аёллар кичик гуруҳида ишончли равишдаги юқори кўрсаткичларга эга бўлди. Ўрта даражадаги оғриқ синдроми 60-75 ёшдаги ккса ёшли эркаклар гуруҳида ишончли устунликка эга бўлди. 5 дан 10 баллгача бўлган оғриқ синдроминанинг ўртача жадаллиги эркаклар ва аёллар гуруҳлари ўртасидаги статистик аҳамиятли фарқлар билан 25 дан 44 ёшгача бўлган кичик гуруҳида, шунингдек 45 ёшдан 56 ёшгача бўлганларда (гуруҳдаги ўртача ёш) аниқланди. Гарчи катта ёш гуруҳида (60 ёшдан катта) шунингдек оғриқ синдроми юқори интенсивлигидаги беморлар учради, аммо бу ҳолатда эркаклар ва аёллар ўртасида сезиларл фарқ аниқланмади. Шундай қилиб, биз шундай хулосага келишимиз мумкинки, ўртача жадалликдаги оғриқ синдроми 60 ёшдан катта бўлган аёллар гуруҳида устунликка эга бўлди. Ўртача жадалликдаги оғриқ синдроми янада ёшроқ беморлар гуруҳи ўртасида ишончли фарқ билан қайд этилади, юқори жадалликдаги оғриқ

синдромини эркеклар ва аёллар ўртасидаги фарқи ёш гуруҳидаги беморлар ўртасида аниқланади, яъни оғриқ синдроми қанча жадал бўлса, ёш беморларда у шунча ўткирроқ ҳис этилади.

Бироқ, оғриқ синдромини турли жадаллигидаги беморлар сони бўйича қарама қарши йўналганлик факти катта ёш гуруҳида (60 ёшдан юқори) ишончли равишда аёлларнинг устунлиги билан 45-59 ёш кесимида ва эркекларда 60-75 ёш кесимида аниқланганди.бу шу тўғрисида гапиришга имкон берадики, ўрта ёшдаги аёллар гуруҳидаги беморлар оғриқларга кам толерант бўлса, эркеклар гуруҳидаги кекса ёшдаги беморлар оғриққа кам толерантдир.

V БОБ. ЖИНС ВА ГЕНДЕРГА БОҒЛИҚ ХОЛДА ПРОЗОПАЛГИЯ ВА ПРОЗОПЛЕГИЯДА ЭМОЦИОНАЛ НЕЙРОВЕГЕТАТИВ ФАРҚЛАР.

Инсон организмидаги эмоционал ва вегетатив жараёнлар бир бири билан узвий боғлқдир. Бу айниқса жинс ва гендер нуктаи назаридан муҳим. Бизлар томонимиздан гендер фарқлари Радим Спектор саволномаси (2012) бўйича ўрганилди. Олинган натижалар қуйида келтирилган жадвалларда берилган.

5.1-жадвал

Эркаклар ва аёлларда ППЛнинг вегетатив ўзига хосликлари ва шикастланиш томони

Тадқиқот усули		Эркаклар (ўртача балл)		Аёллар (ўртача балл)		Умумий ўртача балл	
		ўнг	чап	ўнг	чап	Эркак	Аёл
СВД	анкета	33,8	30,8	45,6*	50,6*	32,3*	48,1*
	схема	41,5*	36,1*	58,0*	64,8*	38,8*	61,4*
Спилбергер	РХ	40,0	37,9	36,1	39,6	39,0	37,8
	ШХ	45,4*	39,8*	38,0*	43,6*	42,6	40,8

Бизнинг тадқиқотларимизнинг энг муҳим қисми бўлиб, ЮН невропатиясида ҳам ва уч шоҳли нерв невралгиясида ҳам беморлардаги рухий вегетатив ўзгаришларни баҳолаш бўлиб ҳисобланди. Қуйида келтирилган жадвалларда ЮН невропатияси билан оғриган беморлардаги рухий вегетатив статус ўзгаришларина оид маълумотлар келтирилган. Келтирилган маълумотларда кўриниб турибдики, вегетатив дистония синдромининг балларда намоён бўлиши анкета, махсус схема ва Спилбергерггер тести бўйича реактивликни намоён бўлиш даражаси ҳамда

шахсий хавотир кўринишида баҳоланди. Таққослвнувчи гуруҳлар ўртасида маълум ва бир қатор ҳолларда ишончли фарқлар аниқланди.

Дастлаб таққосланувчи гуруҳларда жинсга боғлиқ ҳолда ўзаро фарқлар тўғрисида гапирсак. Тақдим этилган маълумотлардан кўриниб турибдики, умуман олганда вегетатив дистония синдромининг балларда намоён бўлиши эркаклар гуруҳига нисбатан солиштирилганда ишончли фарқлар билан аёллар гуруҳида юқори бўлди. Шу билан бир вақтда ҳам реактив хавотир маълумотларига кўра, ҳам шахсий хавотир маълумотларига кўра хавотирни намоён бўлиш даражасини умумий баҳолаш бўйича сезиларли фарқлар аниқланмади. Бироқ, вегетатив дистония синдромини намоён бўлиш даражасини кўрсаткичлари бўйича ва хавотир самарасини намоён бўлиши бўйича аёллар гуруҳи ва эркаклар гуруҳида яримшарлараросезиларли фарқлар аниқланди. Биринчи навбатда, эркаклар гуруҳидаги жараённи ўнг томонлама жойлашувида янада ишончли ҳолда яққол намоён бўлган вегетатив бузилишлар тўғрисидаги маълумотлар ўзига диққатни жалб этса, аёллар гуруҳида эса жараённи чап томондаги жойлашуви янада яққолроқ намоён бўлади. Аёлларнинг бу гуруҳида анкета маълумотларига кўра чап ярим шарлардаги шикастланишларда ўзгаришларнинг устун бўлиш тенденцияси бўйича ишончли фарқлар аниқланди.

Умуман олганда олинган маълумотлар Спилбергернинг психологик тести бўйича олинган маълумотлар билан мос келади. Жумладан, ҳам реактив, ҳам шахсий хавотир бўйича хавотирнинг намоён бўлиш даражасини маълум даражада қарама қарши йўналганлиги аниқланди, бунда тадқиқот натижаларига кўра шахсий хавотир бўйича ишончли фарқлар аниқланди. Булар шундан иборат бўлдики, эркаклар гуруҳидаги шахсий хавотир ҳолати намоён бўлган беморлар жараённи ўнг томонлама латерализациясида ишончли равишда юқори бўлди, аёллар гуруҳида эса латерализация жараёни чап томонда бўлган юқори натижаларни кўрсатди. Умуман олганда бу маълумотлар вегетатив соҳада олиб борилган тадқиқот маълумотлари билан

мос келади, мантиқан олиб қаралганда, хавотир ва вегетатив силжишлар янада кучли намоён бўлган, бу шундай ҳам бўлиши керак эди, бу ҳолат бизлар томонимиздан ҳам тўғри аниқланган. Олинган маълумотлар бўйича ҳулоса қиладиган бўлсак, шундай деб айтиш мумкинки, улар вегетатив бошқарув масалалари бўйича яримшарларнинг функционал махсуслигининг ўзига хослиги, эркаклар ва аёллар ўртасидаги эмоционал бошқарув билан боғлиқдир. Жумладан, эркаклар гуруҳидаги хавотир ва вегетатив силжишлар тўғрисидаги маълумотлар жараённинг ўнг томонлама латерализациясида устунликка эга бўлади, бу чап ярим шарлар аспекти билан боғлиқдир, буни эркаклар гуруҳида мавжуд бўлган нуқсонни англаш вазиятни мантикий таҳлил қилишда чап ярим шарлардаги жараёнларни катта даражадаги устунлик роли билан тушунтириш мумкин. Невропатиянинг чап томонлама латерализацияси шикастланишида вегетатив ва эмоционал силжишлар устун бўлган аёллар гуруҳида эса вазиятни баҳолашда ўнг ярим шарлар иштирок этиши тўғрисида гапириш мумкин. Умуман олганда умумий маълумотлар билан шу нарсага келишиладики, эркакларда кўп ҳолатларда вазиятни мантикий таҳлил қилишда чап ярим шарлар типини устунликка эга бўлади, аёллар гуруҳида эса юзага келган вазиятни образли таҳлил қилишда фикрлашнинг ўнг ярим шарлар типини устунликка эгадир.

5.2-жадвал

Жинс, ёш ва латерализацияга боғлиқ ҳолда ШПЛли беморларнинг рухий-вегетатив ўзига хосликлари

Беморлар ёши ва сони	Эркак (ўртача балл)		Аёл (ўртача балл)	
	РХ	ШХ	РХ	ШХ
12-20 ёш Э – 48, А - 73	38,4	41,5*	40,2	44,2*
21-45 ёш Э – 97, А - 85	41,4	44,0	40,5	45,2
46-60 ёш Э – 46, А - 24	40,2*	44,8	35,6*	37,8
61-75 ёш	35,8	40,1	35,2	36,1

Э – 25, А - 41				
Жами Э – 243, А - 223	39,0	42,6	37,8	40,8

Сўнгра бизлар ёшга боғлиқ холда ЮН невропатияси билан оғриган беморларнинг эмоционал соҳадаги ҳавотирини намоён бўлиш даражасини таҳлил қилдик. Келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики, эркаklar ва аёллар ўртасида маълум фарқлар аниқланди; шу билан бир вақтда аёллар гуруҳида 20 ёшгача бўлган бемор аёллар орасида шахсий ҳавотирни устун бўлиши ишончли натижаларни кўрсатди. Бироқ, шу бўйи билан биргаликда катта ёшда (46 ёшдан юқори) жинслар ўртасида ишончли фарқлар аниқланди, аммо бунда реактив ҳавотир аёл жинсидаги шахслар билан таққосланганда эркаklar гуруҳида устунликка эга бўлди. Тақиқотнинг ушбу қисми бўйича олинган маълумотлар асосида шундай хулоса қилиш мумкинки, ёш ва ўсмирлик давридаги беморларда юзага келган касаллик бўйича ҳавотир устунлик қилади. Жумладан, шахсий ҳавотир аёл жинсидаги шахсларда устунликка эга бўлса, катта ёшли эркаklar жинсидаги шахсларда реактив ҳавотирлик ишончли устунликка эга бўлади. Эҳтимол бу фарқлар ёшлик даврида ташқи кўринишни ўзгариши билан юзага келадиган ўткир ҳавотир, катта ёшли эркаklar гуруҳидаги беморларда эса янада жиддий касалликлардан кўрқиб, жумладан инсульт тўғрисидаги фикрлар ушбу ҳавотирларни туғилишига замин яратиши билан боғлиқдир.

5.3-жадвал

Эркаklar ва аёлларда ППЛда Спилбергер тестининг натижалари

Беморлар ёши ва сони	Эркаklar (ўртача балл)						Аёл (ўртача балл)					
	РХ			ШХ			РХ			ШХ		
	Умум.	ўнг	чап	Умум.	ўнг	чап	Умум.	ўнг	чап	Умум.	ўнг	чап
12-20 ёш	38,4	39,0	37,8	41,5	43,5	39,5	40,2	38,6	41,8	44,2	40,9	47,5

21-45 ёш	41,4	42,6	40,2	44,0	47,6	40,4	40,5	37,8	43,2	45,2	41,1	49,3
46-60 ёш	40,2	41,8	38,6	44,8	49,0	40,6	35,6	33,5	37,7	37,8	35,6	40,0
61-75 ёш	35,8	36,6	35,0	40,1	41,7	38,5	35,2	34,6	35,8	36,1	34,6	37,6
Бутун гуруҳ	39,0	40,0	37,9	42,6	45,4	39,8	37,8	36,1	39,6	40,8	38,0	43,6

Жинсга боғлиқ ҳолда хавотирни намоён бўлиш даражаси тўғрисидаги олинган маълумотларнинг давоми сифатида бизлар ЮН невропатиясида патологик жараённинг латерализациясини ҳисобга олиш билан мазкур маълумотларни таҳлил қилдик. Натижалар жадвалда келтирилган бўлиб, ундан кўриниб турибдики, умуман олганда хавотир аффекти эркаклар гуруҳига нисбатан солиштирилганда барча ёш гуруҳидаги аёллар ўртасида устунликка эга. Бироқ, барча ёш тоифасидаги аёллар гуруҳида жараённи чап томонлама латерализациясида ҳам шахсий ҳам реактив хавотирни устун бўлишини яққол тенденцияси аниқланди; тахмин сифатида шуни таъкидлаш лозимки, жараённинг чап томонлама латерализациясида ишончли фарқлар барча текширилган гуруҳлардаги 12 ёшдан 75 ёшгача бўлган ёш кесимида бўлган беморларда кузатилади, реактив хавотир бўйича фарқлар эса катта ёшли беморлар гуруҳидагина (60 ёшдан 75 ёшгача) ишончли фарқларга эга бўлмайди. Эркаклар гуруҳида хавотир аффектининг устун бўлиши жараённи чап томонлама латерализациясида кузатилади, шахсий хавотир эса –барча ёш гуруҳларида аниқланади, реактив хавотир бўйича ишончли фарқлар 46 дан 60 ёшгача бўлган ёш кесимидаги беморлар ўртасида қайд этилади. Умуман олганда олинган маълумотлар юқорида олиб борилган вегетатив тадқиқот натижалари билан мос келади, улар аёллар гуруҳида ўнг ярим шарларнинг

иштироки билан кечувчи чап томонлама латерализация жараёнларида психовегетатив бузилишларни устун бўлишидан ва аксинча эркаклар гуруҳида чап ярим шарлардаги кетувчи жараёнлар сабабли жараён латерализациясидан гувоҳлик беради. Катта ёшли беморлар гуруҳи мустасно сифатида баҳоланади, чунки уларда мазкур тенденция камроқ намоён бўлгандир.

5.4-жадвал

ППЛли беморларда (аёллар) Спильбергер тестининг натижалари.

Ёш	Сони	Даража	РХ		ШХ	
			Сони	%	Сони	%
14-20	73	паст	0	0	0	0
ёш	(32,7)	ўртача	10	13,7	15	20,5
		юқори	63	86,3	58	79,4
21-45	85	паст	0	0	0	0
ёш	(38,1)	ўртача	7	10,6	6	7,0
		юқори	6	89,4	79	92,9
46-60	24	паст	5	20,8	0	0
ёш	(10,8)	ўртача	13	54,2	14	58,3
		юқори	6	25,0	10	41,7
61-75	41	паст	12	29,3	11	26,8
ёш	(18,9)	ўртача	21	51,2	25	61,0
		юқори	8	19,5	5	12,2
Жами	223	паст	17	7,6	11	4,9
		ўртача	53	23,8	60	26,9
		юқори	153	68,6	152	68,2

5.5-жадвал

ППЛли беморларда (эркаклар) Спильбергер тестининг натижалари.

Ёш	Сони	Даража	РХ	ШХ
----	------	--------	----	----

			Сони	%	Сони	%
14-20	48	паст	11	22,9	6	12,5
ёш	(19,7%)	ўртача	15	31,3	13	27,1
		юқори	22	45,8	29	60,4
21-45	97(40,0%)	паст	6	6,2	4	4,1
ёш		ўртача	12	12,4	9	9,3
		юқори	79	81,4	84	86,6
46-60	46(18,9%)	паст	8	17,4	3	6,5
ёш		ўртача	13	28,3	21	45,7
		юқори	25	54,3	22	47,8
61-75	52(21,4%)	паст	17	32,7	30	57,7
ёш		ўртача	22	42,3	17	32,7
		юқори	13	25,0	5	9,6
14-20	243	паст	42	17,3	43	17,7
ёш		ўртача	62	25,5	60	24,7
		юқори	139	57,2	140	57,6

Шуни таъкидлаш зарурки, хавотирни намоён бўлиш даражасини ўртача кўрсаткичлари баъзи маълумотларни бир неча марта ниқоблайди, шунинг учун бизлар Спилбергер тестининг мезонлари бўйича хавотириланишни паст, ўрта ва юқори даражасига кўра беморларни гуруҳлашни ҳисобга олган ҳолда ЮН невропатияси беморларни хавотирланишини намоён бўлиш даражасини таҳлил қилишга қарор қилдик. Бу маълумотлар юқоридаги жадвалларда келтирилган бўлиб, улардан кўриниб турибдики, умуман олганда барча ёш гуруҳларда беморларнинг юқори хавотирдаги гуруҳлари устунликка эгадир. Шу билан бир вақтда шуни таъкидлаш зарурки, хавотирланишнинг юқори даражаси айниқса ёш ва ўрта ёш гуруҳидаги беморларда аниқ намоён бўлади. катта ёш гуруҳларида эса

хавотирланишнинг намоён бўлиш даражаси бир неча марта камаяди ва 46-60, 61-75 ёш кесимларида хавотирланишнинг ўртача даражасидан азият чекувчи беморлар улуши устунликка эга бўлади, бунда эркаklar ва аёллар гуруҳлари ўртасида сезиларли фарқлар аниқланмади. Умуман олганда бу тенденция аёллар гуруҳида янада яққолроқ сақланиб қолади, бунда ушбу таҳлил реактив хавотирланишни ҳам, шахсий хавотирланишни ҳам юқори даражаси билан азият чеккан беморлар улушини паралел равишда ортиб бориши ўз ўрнига эга эканлигини кўрсатди. Хавотирланишнинг ўрта ва паст гуруҳларида шахсий хавотирланиш кўрсаткичлари реактив хавотирланиш кўрсаткичларига нисбатан солиштирилганда юқори кўрсаткичларга эга бўлди. Бу ердан шундай хулоса қилиш мумкин: шахсий хавотир эмоционал бузилишларни расмийлаштиришда катта аҳамиятга эга бўлади, аммо бу хавотирни намоён бўлишини умумий даражаси ўртача ҳолатда бўлган беморлар тоифаси билан юқори даражада боғлиқдир. Хавотирнинг юқори даражасида ҳам реактив, ҳам шахсий хавотирнинг намоён бўлишининг даражалари ўртасидаги фарқ ўз ўзидан ўчиб кетади.

5.6-жадвал

Шикастланиш томони ва ёшга боғлиқ ҳолда эркаklar ва аёллар гуруҳидаги ППЛли беморларда ВДС.

Ёш	Эркаklar ВДС (ўрт. баллар)						Аёллар ВДС (ўрт. баллар)				
	анкета			схема			анкета				
	Умум	ўнг	чап	Умум	ўнг	чап	Умум	ўнг	чап	умум	чап
Бутун гуруҳ	32,3	33,8	30,8	38,8	41,5	36,1	48,1	45,6	50,6	61,4	64,8
12-20 ёш	33,3	34,7	31,9	39,2	39,1	39,3	50,0	47,3	52,8	65,7	68,8
21-45 ёш	36,2	39,4	33,0	44,6	49,3	39,8	54,8	49,7	59,8	69,3	75,0
46-60 ёш	31,0	32,1	30,0	36,4	41,5	31,3	47,4	46,2	48,6	59,3	63,0
61-75 ёш	28,6	29,0	28,2	35,0	36,1	34,0	40,3	39,2	41,4	51,2	52,4

Юз нерви невропатиясида ёшга боғлиқ ҳолда эркаklar ва аёллар ўртасида рухий вегетатив силжишларнинг фарқларини тўлақонли баҳолаш учун мазкур маълумотларни нафақат хавотирнинг намоён бўлиш даражаси

билан, балки беморнинг вегетатив бузилишларини намоён бўлиш даражаси билан ҳам таҳлил қилиш зарурдир. Ушбу маълумотлар қуйидаги жадвалларда келтирилган, улардан кўриниб турибдики, катта ёш гуруҳидан ташқари қолган барча ёш гуруҳларида, аёллар гуруҳида тўлдирилган анкеталар бўйича ҳам, схема бўйича ҳам жараёни чап томонлама латерализациясида вегетатив бузилишларни намоён бўлиши билан азият чеккан беморлар устунликка эга бўлади. Эркаклар гуруҳида эса ўчоқни чап томонлама латерализациясидаги вегетатив бузилишларнинг намоён бўлиши устунликка эга бўлади. Аммо бу тенденция эркаклар гуруҳида камроқ аниқликка эга ва асосан ёш ҳамда ўрта ёш гуруҳидаги беморларга тааллуқлидир ҳамда улар анкета маълумотлари бўйича аниқроқ натижаларга эгадир. Бошқача қилиб айтганда, аёллар гуруҳида ёш таҳлили бўйича вегетатив бузилишларни устун бўлишининг умумий тенденцияси кузатилади, аммо шу билан бир вақтда катта ёшли беморлар гуруҳида ҳар икки гуруҳ беморларидаги ушбу фарқлар йўқолади. Бу яримшарлар аро фарқлар ёш ва ўрта ёшдаги беморлар гуруҳида яққол намоён бўлишидан, катта ёш гуруҳидаги беморлар орасида эса маълум даражада нивелирланишидан гувоҳлик бериши мумкин.

5.7-жадвал

Гендерга боғлиқ ҳолда клиник динамика кўрсаткичлари.

Прозопалгия ва гендер (Э – 102, А - 108)

Кўрсаткич	Эркаклар, маск			Эваклар, фем			Аёллар, маск			Аёллар, фем		
	Ум.	D	S	Ум.	D	S	Ум.	D	S	Ум.	D	S
Хаус–Брокман шкаласи бўйича дастлабки баллар	5.0*	4.1	5.9	5.8*	5.1	6.5	4.9^	4.9	4,9	5.1^	5.8	4.4
Хаус–Брокман шкаласи бўйича	2.8*	2.4	3.2	3.3*	2.7	3.9	3.6^	2.6	4.6	4.2^	4.0	4.4

1 ойдан кейинги баллар												
Хаус–Брокман шкаласи бўйича 3 ойдан кейинги баллар	2.2*	1.9	2.5	2.6*	2.3	2,9	2.7^	1,9	3.5	3.1^	3.9	2.3
Хаус–Брокман шкаласи бўйича 6 ойдан кейинги баллар	1.6*	1.4	1.8	2.2*	1.9	2.5	2.5	2,1	2.3	2.7	2.0	1.4
Оғриқ синдроми ва сезгининг бузилиши	8 %	8%	8 %	10%	12 %	8 %	10% ^	9%	11 %	16%^	12%	20%
6 ойлик натижалар:	33%	28 %	38 %	36%	32 %	40 %	20%	20%	20 %	23%	25%	21%
Тўлиқ тикланиш												
Тўлиқ бўлмаган тикланиш	14%	12 %	16 %	17%	16 %	18 %	26%	29%	23 %	31%	38%	24%
контрактура	16%	18 %	14 %	5%*	4%	6%	16% ^	15%	17 %	20%^	26%	14%
синкинезия	13%	10 %	16 %	7 %	6,8 %	7,2 %	13% ^	12 %	14 %	16%^	13 %	19 %

Гендер ва жинс нуқтаи назаридан эркаклар ва аёллар гуруҳлари, шунингдек ушбу гураҳлар ичида маскулинлик ёки фемининликнинг мавжуд бўлган ҳолларида гендерга боғлиқ ҳолда ЮН невропатиясида ММ вазифаларининг тикланиш даражаси кўрсаткичларини қиёслаш муҳим аҳамият касб этади. Патологик жараён латерализациясига боғлиқ ҳолда ўрганилаётган кўрсаткичлар ўртасидаги фарқни аниқлаш учун бизлар томонимиздан қуйидаги кўрсаткичлар қиёсий аспектларда: ММ вазифасини бузилиши намоён бўлишини Хаус-Брокман шкаласи бўйича ўткир даврда,

шунингдек 1,3 ва 6 ойдан сўнг динамикада ўрганилди. Бундан ташқари, бизлар оғриқ синдроми, сенсор бузилишлар ва ўтказилган касалликдан кейинги 6 ой давомидаги касалликни кечиш динамикаси каби кўрсаткичларнинг мавжудлиги таҳлил қилинди. Натижалар кўрсатдики, умуман олганда ММ вазифасининг тикланиш темпи гендернинг маскулин типидagi эркеклар гуруҳида ўзиб кетиш даражасида юқори бўлади. бу Хаус-Брокман шкаласи бўйича баллар ўртасидаги ишончли фарқлар бўйича ва ўткир даврда, шунингдек 1, 3 ва 6 ойдан кейинги динамикада кўриниб турибди. Аёллар гуруҳида тикланиш жараёнларининг динамикаси тескари тавсифга эга бўлди: мазкур гуруҳда гендернинг феминин типидagi аёллари орасида мимик мушаклар вазифасини тикланишини ўзиб кетувчи темпда кетди. Бу динамикадаги ва ўткир даврдаги статистик ишончли фарқлар бўйича, шунингдек ўтказилган касалликдан сўнг 1-3-6 ойдан кейинги фарқлардан кўриниб турибди. Оғриқ синдромининг мавжудлиги ва сезувчанликнинг бузилиши билан боғлиқ ҳолда қизиқарли маълумотлар аниқланди. Тақдим этилган маълумотлардан кўриниб турибдики, эркеклар гуруҳидаги оғриқ синдромида ишончли фарқлар аниқланмади, аёллар гуруҳида эса гендернинг феминин типидagi шахсларда оғриқ синдроми ишончли равишда устунликка эга бўлди.

Шунингдек касаллик оқибатларини қийслаш ҳам эркек ва аёллар гуруҳидаги гендер ва жинс ўртасида фарқларни аниқлади. Жадвалдан кўриниб турибдики, мимик мушаклар вазифасини нотўлиқ тикланиши маскулин типидagi эркеклар гуруҳида ишончли равишда кўп кузатилди, бунда аёллар гуруҳида гендернинг феминин типидagi шахслар маълум устунликка эга бўлди.

Шунингдек мимик мушакларнинг синкенезияси ва контрактураларини тақдим этилиши бўйича фарқлар аниқланди, жумладан эркеклар гуруҳида мимик мушаклар контрактураси кўпинча маскулин типидagi шахсларда учрайди, аёллар гуруҳида эса гендернинг феминин типидagi шахслар

устунликка эгадир. Синкенезия кўринишидаги қолдиқ ҳолатларга келсак, бизлар бу ерда эркаклар гуруҳидаги маскулин типидagi шахслар орасида синкенезияни учраш сонини устунлигини аниқладик, аёллар гуруҳида эса тескари вазият ўз ўрнига эга бўлди, яъни: синкенезия гендернинг феминин типидagi шахсларда кўпроқ кузатилди. Шундай қилиб, гендернинг маскулин типини устун бўлиш ҳолатидаги эркаклар ва аёллар гуруҳида касаллик динамикасини камроқ нохуш ҳолатда кечиши кўринишидаги умумий ҳолат кўз олдимизга келади. Оғриқ синдроми ва сезувчанликни бузилишининг мавжудлиги каби ўзига хосликлар, шунингдек бизнинг маълумотларимизга кўра гендернинг феминин типидagi шахсларнинг ҳар икки гуруҳида устунликка эга бўлди. Қолдиқ ҳолатларни тақдим этилиши бўйича фарқларга келсак, бу ерда синкенезия, эркак жинсидаги шахслар орасида гендернинг маскулин типи билан ва аёл жинсидаги шахслар орасида гендернинг феминин типи шахслари орасида контрактура каби қолдиқ ҳолатларни устун бўлиши аниқланди. Мазкур фарқлар фонида бизлар томонимиздан эркак ва аёллар гуруҳи ичида қизиқарли фарқлар аниқланди. Патологик жараённинг турли латерализациясида аниқландики, маскулин типидagi эркаклар гуруҳида жараённинг чап томонлама латерализациясида касалликни кам ижобий кечиш типи қайд этилади, бу Хаус-Брокман шкаласи бўйича мимик мушаклар вазифасини тиклданиш динамикаси бўйича ҳам, тақдим этилган қолдиқ ҳолатлар сони бўйича ҳам, шунингдек тикланиш жараёнларининг темпи бўйича ва касаллик оқибатларининг ўзига хосликларига оид маълумотлар бўйича ҳам кўриниб турибди. Бу гендернинг маскулин типидagi эркакларга ҳам тегишлидир. Гендернинг феминин типидagi шахслар гуруҳида, шунингдек патологик жараённинг чап томонлама латерализацияси мавжуд бўлган гуруҳида ҳам кам ижобий ҳолат намоён бўлди. Умуман олганда аёллар гуруҳида ўчоқнинг чап томонлама латерализациясидаги маскулин гуруҳида касалликни кам ижобий кечиш белгилари ва тикланиш жараёнларини бир томонлама кўриниши аниқланди.

Феминин гуруҳида эса касалликни кам ижобий ҳолатда кечишини бир хил бўлган динамикаси патологик жараён ўнг томонлама жойлашган феминин типигаги шахслага хос бўлди. Умуман олганда олинган маълумотлар шундан гувоҳлик берадики, жинс ва гендерга боғлиқ ҳолда ЮН невропатиясида касалликни кечиши ва тикланиш жараёнлари маълум даражада ўзига хосликларга эгадир. Бунда ҳар икки гуруҳ учун умумий бўлган ҳолат шундан иборатки, касалликни кам ижобий ҳолатда кечиши ҳам эркаклар гуруҳидаги, ҳам аёллар гуруҳидаги феминин типигаги шахслар учун хосдир. Шу билан бир вақтда ўчоқнинг чап томонлама латерализацияси ҳар икки гуруҳда кечиш бўйича кам ижобий бўлди, аммо бу фақат эркакларнинг ҳам маскулин, ҳам феминин типи учун тегишли бўлиб, аёллар учун фақат маскулин типига хос бўлди. Гендернинг феминин типигаги аёллар гуруҳида касалликнинг кам ижобий кечишини тескари кўриниши аниқланди. Касаллик патологик жараёни ўнг томонлама латерализацияси учун хос бўлди. Бундан келиб чиқадики, нафақат жинс, балки гендер ҳам касалликни кечишига маълум даражада таъсир кўрсатади. Бундан ташқари, патологик жараёнинг латерализацияси ҳам, шунингдек жинс ва гендердан қатъий назар кўп сонли тадқиқ қилинувчи гуруҳларда ўчоқни чап томонлама латерализациясида патологик жараёнларни нисбатан кам ижобий кечишини аниқланиши каби фактлар ҳам аҳамиятга эгадир. Бу шундан гувоҳлик берадики, мимик мушаклар вазифалари устидан ўнг томонлама назорат жуда ҳам нозикдир, ўнг томонлама бошқарувда жараёнинг чап томонлама латерализациясида эмоционал экспресс бузилади. Умуман олганда ярим шарларнинг функционал махсуслаштрилиши ва эмоционал фаолиятда ўнг ярим шарларнинг етакчи ўрни тўғрисидаги маълумотлар билан мос келади. Аммо шу билан бир вақтда феминин аёллар гуруҳидаги мазкур фонда касалликни ноҳуш кечишига чап томонлама назоратнинг катта аҳамиятга эга бўлган ҳолатларида патологик жараёнинг ўнг томонлама латерализацияси кўпроқ хосдир. Эҳтимол, бу феминин аёллар гуруҳида чап ярим шарларнинг етакчи

даражадаги устунлиги билан боғлиқдир, бундан келиб чиқадики, мимик экспрессия онгли фикрлаш фаолиятининг юқори даражаси билан боғлиқдир. Бундан келиб чиқадики, феминин гуруҳидаги аёл умуман олганда мскулин типидagi аёлдан мимик мушаклар устидан чап ярим шарлар назоратини баъзи устунликлари билан ажралиб туради.

5.8-жадвал

Жинс ва латерализацияга боғлиқ холда прозопалгияларда клиник динамика кўрсаткичлари (Э – 102, А – 108)

Кўрсаткич	Эркаклар, умум. гр.	Аёллар, умум. гр.	Эркаклар		Аёллар	
			D	S	D	S
Хаус–Брокман шкаласи бўйича дастлабки баллар	5.4	5.0	5.2	5.6	5.2	4.8
Хаус–Брокман шкаласи бўйича 1 ойдан кейинги баллар	3.1*	3.9*	2.9*	3.2*	4.6*	3.2*
Хаус–Брокман шкаласи бўйича 3 ойдан кейинги баллар	2.4*	2.9*	2.2*	2.6*	3.1*	2.7*
Хаус–Брокман шкаласи бўйича 6 ойдан кейинги баллар	1.9	2.1	1.4*	2.4*	2.5*	1.7*
Оғриқ синдроми ва сезгининг бузилиши	18%*	26%*	10%*	8%*	10%	16%
6 ойлик натижалар: Тўлиқ тикланиш	69%	43%	31%	38%	23%	20%
Тўлиқ бўлмаган	31%*	57%*	14%	17%	34%*	23%*

тикланиш	21%*	36%*	16%*	5%*	15%*	21%*
контрактура						
синкинезия	20%	29%	13%*	7%*	13%	16%
Фаллопиев	15%*	21%*	9%	6%	7%*	14%*
каналида юз						
нервининг						
зарарланиш	59%	47%	30%	29%	20%	27%
даражаси:	26%*	52%*	16%*	10%*	29%	23%
вестибуляр						
тимпаник						
мастоидал						
Вегетатив	76%*	100%*	37%	39%	61%*	39%*
бузилишлар						

5.8-жадвалда тикланишнинг клиник динамикаси кўрсаткичлари, шунингдек шикастланиш томони ва жинсга боғлиқ холда ЮННли беморларда динамика бўйича қшгимча белгилар келтирилган. Такдим этилган маълумотлардан кўриниб турибдики, биринчи навбатда бизлар Хаус-Брокман шкаласи бўйича мимик мушаклар вазифасини тикланишини динамикада таҳлил қилдик. Натижалар кўрсатдики, касалликнинг ўткир даврида эркаклар ва аёллар ўртасида, шунингдек мимик мушакларнинг ўнг ва чап томонлама латерализацияси бўлган беморлар гуруҳлари ўртасида сезиларли фарқлар аниқланмади. Фақат эркаклар гуруҳида мимик мушаклар парезини юқори даражада намоён бўлишининг баҳзи тенденциялари, жумладан чап томонлама жойлашув ўчоқларини таъкидлаш лозим, аёллар гуруҳида эса шикастланиш ўчоқларини ўнг томонлама латерализациясида мимик мушаклар парезини устун бўлишини баъзи устунликка эга бўлиши аниқланди. Бироқ, 1, 3 ва 6 ойдан сўнг динамикада бир қатор кўрсаткичлар бўйича олинган сезиларли фарқлар статистик ишончли бўлди. Жумладан,

эркаклар ва аёллар гуруҳидаги маълумотларни қиёслашда аёллар гуруҳида касаллик бошлангандан сўнг бир ой ўтиб мимик мушаклар вазифасини тикланишини ортда қолишини аниқлади, бу тенденция эса 3 ойдан сўнг ишончли фарқлар билан кузатилади, аммо 6 ойдан сўнг фарқлар камайиб кетади.

Патологик жараён латерализациясига боғлиқ ҳолда эркаклар ва аёллар гуруҳи ичида мимик мушаклар вазифасини тикланиш темпи ва тавсифини қиёслаш жинслар ўртасида диаметрал қарама қарши сезиларли тенденцияни аниқлади. Жумладан, эркаклар гуруҳида биринчи ойнинг охирига келиб мимик мушаклар вазифасини тикланишини аста секин ортда қолиши ва биринчи ҳолатларда ўчоқ латерализациясини чапда, иккинчи ҳолатда ўнгда тикланишини ўзиб кетиш тенденцияси қайд этилади. Бу фарқларнинг сезиларли даражасига касаллик бошлангандан кейинги 6 ой охирига келиб эришилади. Жумладан эркаклар гуруҳида қолдиқ ҳолатлар патологик ўчоқнинг чап томонлама латерализациясида устунликка эга бўлади. Шу билан бир вақтда аёллар гуруҳида мимик мушаклар вазифасини тикланиш темпининг қарама қарши тенденцияси: парезнинг чап томонлама латерализациясини устун бўлиши аниқланди, шу билан бир вақтда мимик мушаклар парезини инамоён бўлишини баллар бўйича статистик ишончли ортда қолиши ва янада кўпроқ секинлашиши ўнг томонлама латерализацияда қайд этилди.

Мимик мушаклар парезини намоён бўлиш даражасини якуний баҳолаш натижаларига кўра шу нарса маълум бўлдики, эркак ва аёл беморлар гуруҳлари ўртасида тўлиқ тикланишли беморлар фоизида ҳам шикастланиш ўчоғининг турли латерализациясида ҳам сезиларли фарққа эга бўлмайди. Бироқ алоҳида мимик мушакларнинг кучсизланиши, шунингдек синкенезия ва мимик мушаклар контрактураси каби йўлдош асоратларнинг мавжудлиги нотўлиқ тикланиш фоизларининг сезиларли миқдори аниқланди. Ўрнатилдики, тўлиқ бўлмаган тикланиш ҳолатлари аёллар гуруҳида ишончли

устунликка эга бўлди. Бу устунлик жараённинг ўнг томонлама жойлашувида якқол намоён бўлгандир. Мимик мушаклар контрактурасига келсак, бу ҳолат ҳам аёллар гуруҳида ишончли равишда кўп аниқланди. Бу ҳам патологик жараёни ўнг томонлама латерализациясида устунликка эга бўлди. Синкенезияга нисбатан бизлар жинслар ўртасида сезиларли фарқларни аниқламадик, аммо эркалар гуруҳида патологик синкенезия патологик жараёни ўнг томонлама латерализациясида ишончли равишда кўп кузатилиши аниқланди.

Бизлар томонимиздан Рамзай-Ханта минтақасида оғриқ синдромини намоён бўлиш даражаси, шунингдек сезувчанликни бузилиши ва сезувчанликни бузилишини учраш сони латерализациятаҳлил қилинди. Натижалар кўрсатдики, сезувчанликни бузилиши аёллар гуруҳида ишончли равишда кўп аниқланади, бунда ўчоқнинг чап томонда жойлашувида ушбу бузилишларнинг устун бўлиш тенденциясини аниқланиши қайд этилган бўлса, эркалар гуруҳида эса патологик жараённинг ўнг томонлама жойлашувида бузилишлар устунлигини қарама қарши тенденцияси аниқланди. Шунингдек бизлар томонимиздан кўздан ёш оқиши, вазомоториканинг бузилиши, шикастланган томондан терни ажралиши кўринишидаги вегетатив бузилишларнинг мавжудлиги ва намоён бўлиши таҳлил қилинди. Натижалар кўрсатдики, аёллар гуруҳида юқори даражадаги ишончли вегетатив бузилишлар аниқланди, эркалар гуруҳида эса ўнг ва чап томондаги патологик жараёни латерализациясида кўрсатилган вегетатив бузилишларни намоён бўлиши ўртасидаги фарқ аниқланмади, бунда аёллар гуруҳида патологик жараёни ўнг томонлама жойлашувида кўрсатилган вегетатив бузилишларни устун бўлиши қайд этилди.

Шундай қилиб, олнган натижалар шундан гувоҳлик берадики, юз нерви невропатиясининг клиник семиологияси бўйича ушбу касалликни эркалар ва аёлларда ривожланиши сезиларли фарққа эга бўлади. Тақдим этилган маълумотлар орасида шу нарса диққатни жалб этадики, аёллар гуруҳида

мимик мушакларнинг ўз вазифасини бажаришни тикланиш темпларини ортида қолиши , вегетатив бузилишларнинг устунлиги, шунингдек мимик мушаклар контрактураси каби қолдиқ ҳолатлар ўз ўрнига эга бўлади. патологик жараённинг латерализациясининг тавсифи бўйича ҳам фарқлар аниқланди. Бу ерда ҳам маълум ўзига хосликлар ҳам мавжуд. Жумладан, мимик мушакларнинг вазифасини тикланиш темпи эркеклар гуруҳидаги жараённинг ўнг томонлама жойлашувида янада секинроқ эканлиги, аёллар гуруҳида эса чап томонлама эканлиги маълум бўлди. Эркаклар ва аёллар гуруҳи ўртасида фаллопиев канали ичидаги юз нерви шикастланишининг даражалари ўртасидаги фарқ ҳам диққатни жалб этади. Жумладан, аёллар гуруҳида шикастланишнинг вестибуляр даражаси устунликка эга, эркеклар гуруҳидаги шикастланишнинг вестибуляр ва мастоидал даражаларида юз нерви сиқилишини тимпаник жойлашувини учраш сони бўйича устунликка эришишнинг баъзи тенденциялари қайд этилади. Бу маълумотлар бир томондан эҳтимол эркеклар ва аёлларда юз нервининг сезувчан, ҳаракатлантирувчи ва вегетатив толаларини ўзаги ичида бир хилда тақдим этилмаганлигидан, балки вегетатив ва сезувчан толаларнинг баъзи устунликка эга бўлишидан гувоҳлик беради. Жараёни латерализацияси бўйича белгиларни аниқлаш ўртасидаги фарқ шундан гувоҳлик берадики, бу ўзига хосликлар эркекларда чап томонда устунликка, аёлларда ўнг томонлама устунликка эга бўлади. Бошқа томондан олиб қаралганда, эркеклар ва аёллар ўртасидаги эмоционал реакцияни фарқларини тавсифловчи, касалликка нисбатан бўлган эмоционал реакция жуда катта аҳамиятга эга. Бу шу билан боғлиқки, эркеклар учун руҳий фаолликнинг эмоционал ва фикрлашга маъсул бўлган чап ярим шарлар типичроқ хос бўлса, аёлларда эса ўнг ярим шарлар типичроқ хосдир.

5.9-жадвал

Прозопалгияда руҳий-вегетатив ўзига хосликлар (шикастланиш томони ва жинс)

Кўрсаткич	Эркаклар (94)	Аёллар (104)	Эркаклар		Аёллар	
			D(47)	S (47)	D(57)	S(47)
Битта тармоқнинг зарарланиши	11 (12.2)	13 (12.5)	(63.6)	4(36.4)	8(61.5)	5 (38.5)
Иккита тармоқнинг зарарланиши	83 (87.8)	91 (87.5)	7 (56.6)	36 (43.4)	54* (59.3)	37* (40.7)
Кунда хуружлар сони: 2-4	57* (60.6)	64* (61.5)	33 (57.8)	24 (42.2)	38* (59.3)	26* (40.7)
5-10	23 (24.4)	28 (26.9)	10 (43.4)	13 (56.6)	16* (57.1)	12* (42.9)
10дан кўп	14 (15)	12 (11.6)	11 (71.4)	13 (28.6)	8* (66.6)	4* (33.4)
Вегетатив бузилишлар	86* (91.4)	98* (94.2)	48* (55.8)	38* (44.2)	57* (58.1)	41* (41.9)
Сезгининг бузилиши	90* (95.7)	101* (97.1)	50 (55.5)	40 (44.5)	50 (49.5)	51 (50.5)
Тиқи	41*	71*	29*	12*	36	35
Беморлар сони	94 (100)	104 (100)	54 (57.4)	40 (42.6)	62 (59.6)	42 (40.4)

Кейинги жадвалларда жинс ва шикастланиш томонига боғлиқ ҳолда уч шохли нерв невралгиясида касалликнинг бир қанча тавсифларига оид маълумотлар тақдим этилган. Олинган натижалар таҳлили эркаклар ва аёллар ўртасида қуйидаги фарқларни аниқлади. Аёллар гуруҳида невралгиянинг янада юқори сондаги, суткасига -2 тадан 4 тагача хуружларининг

тенденциясини, шунингдек 5 тадан 10 тагача бўлган аммо ишончли фарқларга эга бўлмаган хуружларни қайд этди.

Аёллар гуруҳида хуруж вақтида ҳам ва хуружлар ўртасидаги даврда ҳам вегетатив бузилишларнинг ишончли устунликка эгаллиги диққатни қаратишни талаб этади. Ушбу вегетатив бузилишлар айниқса хуружлар вақтида зўраювчи гиперемия, шикастланган тармоқлар минтақасидаги гипергидреоздан иборатдир. Бундан ташқари, аёллар гуруҳида гиперпатия, гиперэстезия, Валл нуқталарини пальпациясида оғриқни кескин кучайишини тавсифловчи сезувчанликни бузилишини устунликка эга бўлиши, шунингдек аёлларда триггер нуқталарни кўп кузатилиши аниқланди. Хуруж вақтида кўп сонли беморларда оғриқ тиклари, мимик мушакларнинг тиксимон учиши кузатилди, келтириб ўтилган жадвал маълумотларидан кўриниб турибдики, тиклар кўпинча аёллар гуруҳида кузатилади.

Патологик жараённинг латерализацияси тўғрисида гапирсак, умуман олиб қаралганда аёллар гуруҳида неврологик оғриқларнинг ўнг томонлама латерализацияси билан оғриган шахслар устунликка эга, эркаклар гуруҳида эса маълум тенденция мавжуд, аммо махсус ишончли фарқлар билан эмас. Бизнинг натижаларимизга кўра, ўнг томонлама невралгия билан оғриган беморлар сонини аёллар гуруҳидаги устунликка эга бўлишидаги ишончли фарқлар барча кичик гуруҳларда уларнинг сутка давомидаги микдоридан қатъий назар сутка давомида кўп сондаги неврологик хурумлар қайд этилади. Яна шуни ҳам таъкидлаш лозимки, ўнг томонлама устунликка эга бўлиш уч шоҳли нерв невралгияси шакллариини шикастланш зоналари бўйича янада кўпроқ тарқалиши ўз ўрнига эга бўлди (2 ва ундан лортиқ тармоқларни шикасиланишида). Бундан ташқари, аёллар гуруҳида ҳам, эркаклар гуруҳида ҳам патологик жараённинг ўнг томонлама латерализациясида вегетатив бузилишларнинг устун бўлиши ўз ўрнига эга бўлди. Тиклар масаласига келсак, маълум бўлдики, аёллар гуруҳига нисбатан солиштирилганда

эркаклар гуруҳида ўнг томонлама латерализация жараёнлари ишончли равишда устунликка эга бўлди.

Шундай қилиб, умуман олганда олинган маълумотлар шундан гувоҳлик берадики, уч шохли нерв невралгиясида маълум фарқлар бўлиб, улар аёллар гуруҳида невролгик хужумларнинг янада юқори сонда бўлиши, вегетатив бузилишларнинг устунлигига эга бўлган триггер минтқаларнинг мавжудлиги билан сезувчанликнинг бузилиши, шунингдек оғриқ тиклари билан тавсифланади. Аёллар гуруҳини ярим шарлараро таққосланганда кўпинча ўнг томонлама латерализация аниқланди ва уружлар сонининг юқори суткалик сони аниқ устунликка эга бўлди. Шу билан бир вақтда вегетатив бузилишлар ўчоқнинг ўнг томонлама латерализациясида эркаклар ва аёллар гуруҳлари учун хос бўлди. Эркаклар гуруҳида ўчоқнинг ўнг томонлама латерализацияси учун оғриқ тиклари янада кўпроқ характерлидир, аёллар гуруҳида эса ишончли фарқлар аниқланмади.

Адабиётларда ўнг томонлама уч шохли нервнинг невралгияси сонини устунлиги тўғрисидаги маълумотлар мавжуд, аммо улар интерпритациясиз фактларни констацияси билан чегараланади холос. Бизлар ушбу маълумотларни фақат шу нуқтаи назардан интерпритация қилишимиз мумкинки, чап ярим шарлар доминантлигида назорат қилинувчи юзнинг ўнг ярми эҳтимол ҳам эмоционал экспрессияда, ҳам мимик эспрессияда муҳим рол ўйнайди. Бошқа томондан бу феноменни яна шу нарса билан тушунтириш мумкинки, юзнинг ўнг томони оғриққа янада сезгирдир, унда антиноцицептив механизмлар кам ривожланган бўлиши эҳтимолдан холи эмас, аммо бу маълумотни мос ҳолда текшириш талаб этилади.

Қуйида келтирилган жадвалларда жинс ва гендерга боғлиқ ҳолда УННда клиник тавсиф маълумотлари келтирилган. Олинган маълумотлардан кўриниб турибдики, маълум гендерли фарқлар аёллар гуруҳи ичида ҳам, эркаклар гуруҳи ичида ҳам мавжуддир. Жумладан бир ёки икки тармоқни жалб этилиши билан патологик жараённи тарқалиши ва хуружлар сони

гендернинг маскулин типигаги аёллар учун ҳам, эркаклар учун ҳам хосдир. Шу билан бир вақтда сезгирликнинг бузилиши, тиклар каби вегетатив бузилишлар феминин типигаги эркаклар ва аёлларнинг ҳар икки типи учун янада кўпроқ хос бўлиб чиқди.

Шикастланиш томонига боғлиқ ҳолда маълум фарқлар аниқланди. Олинган маълумотларни умумий баҳолаш шундан дарак берадики, жараёни ўнг томонлама жойлашувида касалликни янада генераллашган кечишини ва учрашнинг янада юқори сони феминин типигаги эркаклар ва аёллар гуруҳлари учун янада кўпроқ хосдир. Маълум фарқлар билан ўнг томонлама латерализация гендернинг фемининлик типига кўпроқ кузатилади. Умуман олганда олинган маълумотларни баҳолаб шундай хулосага келиш мумкинки, уч шоҳли нервнинг невралгияси феминин типигаги эркаклар гуруҳида ва маскулин типигаги аёллар гуруҳида оғир кечади. Жараёни ўнг томонлама устунликка эга бўлиши феминин типигаги аёллар учун юқори даражада хосдир. Шундай қилиб, юз оғриқларига сезувчанлик типи эркаклар гуруҳида ҳам, аёллар гуруҳида ҳам ўзига хосликларга эга бўлади, оғриқни феминин типигаги эркаклар ва маскулин типигаги аёллар оғир ўтказадилар.

5.10-жадвал

Жинс ва гендерга боғлиқ ҳолда прозопалгиянинг кечиши.

Кўрсаткич	Эркаклар, Маск (66) абс/%			Эркаклар, фем.(28) абс/%			Аёллар Маск (39) абс/%			Аёллар Фем (65) абс/%		
	М	D (37)	S (37)	М	D (12)	S (8)	М	D (21)	S(12)	М	D (22)	S (49)
Битта тармокнинг зарарланиши	7 10,6 6	4 (57.1)	3 (43.9)	414, 3	3 (75)	1 (25)	615, 4 [^]	3 (50)	3 (50)	710,8 ^	5 (71,4)*	2 (28,6)*
Иккита тармокнинг зарарланиши	59 89,4	33 (55,9)*	26 (44,1)*	25 89,3	14 (56)	11 (44)	33 84,6	16 (48,5)	17 (51,5)	58 89,2	38 (65.5)*	20 (34,5)*
Кунда хуружлар сони: 2-4	40 60,6	24 (60)*	16 (40)*	17 60,7	9 (52,9)	8 (47,1)	26 66,7 ^	16 (61,5)*	10 (38,5)*	38 58,5 [^]	22 (57,9)*	16 (42,1)*

5-10	17 45,9 ^	7 (41,2)*	10 (58,8)*	6 21,4 ^	3 (50)	3 (50)	9 23,1 ^	6 (66)*	3 (34)*	19 29,2^	10 (52,6)	9 (47,4)
10дан кўп	9 13,6	7 (77,8)*	2 (22,2)*	5 17,8	4 (80)	1 (20)	4 10,2	3 (75)	1 (25)	8 12,3	5 (62,5)*	3 (37,5)*
Вегетатив бузилишлар	55 83,3	29 (52,7)	26 (47,3)	28 100	19 (61,3)	12 (38,7)	33 84,6	21 (63,6)*	12 (36,4)*	65 78,5	36 (55,4)	29 (44,6)
Сезгининг бузилиши	60 90,9	33 (55)	27 (45)	28 100	17 (56,7)	13 (43,3)	33 84,6 ^	21 (52,7)	19 (47,3)	51 78,5^	29 (56,9)*	22 (43,1)*
Тики												
Беморлар сони	66 (70.3)			28 (29.7)			39 (37.5)			65 (62.5)		

VI БОБ. ЭРКАКЛАР ВА АЁЛЛАРДАГИ ПРОЗОПЛЕГИЯ ВА ПРОЗОПАЛГИЯДА ҲАЁТ СИФАТИ

Инсонларнинг ҳаёт сифати- бу етарли даражадаги кенг тушунчадир, аммо патология шароитида у катта аҳамиятга эга бўлади, чунки жуда кўп омиллар шахснинг руҳий қайта қурилишида, хавотир депрессив ва бошқа эмоционал бузилишлар билан боғлиқдир. Инсон эркинлигини чегараловчи омиллар мажмуаси кўпинча касаллик жараёнида юзага чиқади. Патологиянинг турли шакллари ҳаёт сифатига турлича таъсир кўрсатади. Юз патологияси- мимик мушакларнинг фаланжланиши, юз оғриқлари алоҳида вазиятни тақдим этади. Меъёрий шароитларда инсоннинг юзи унинг ички оламини белгилаб беради. Патология юз ифодасини ўзгартиради, оғриқ хиссини юзага келтиради, бу эҳтимол кўпроқ ҳаёт сифатига таъсир кўрсатади ва ҳаёт сифатининг ўзгариши билан кетадиган бошқа касалликларга нисбатан катта руҳий резонанс беради. Аммо эҳтимол бу юқори даражада ҳаёт сифатининг жисмоний компонентлари, ҳаракат фаолияти режасидаги эркинликни чегараланиши ва ҳ.к. билан боғлиқдир. Ҳаёт сифатини тадқиқ қилишнинг жуда кўп усуллари мавжуд, улар орасида SF-36 тести энг машҳур ва кўпроқ апробация қилинган усул ҳисобланади, у ҳаёт сифатини ўрганиш учун клиник амалиётда бошқа усулларга нисбатан кўпроқ қўлланилади.

Қуйидаги жадвалларда назорат гуруҳ кўрсаткичлари келтирилган бўлиб, улардан сифатни аниқлаш учун бизлар томонимиздан асосий гуруҳ беморларига ёш бўйича мос келувчи эркак ва аёл жинсидаги периферик юз касалликлари билан оғриган беморлар танлаб олинди. Беморлар ёши 25 дан 50 ёш ўртасида ўғариб турди. SF-36 тестининг барча кўрсаткичлар бўйича натижалари тадқиқ қилинганда умуман олганда бир қадар кутилмаган вазият юзага келди: биринчидан умуман олганда шу факт диққатни ўзига қаратадики, эркаклар ва аёллар гуруҳида бир қатор кўрсаткичлар бўйича 00% ҳаёт сифати ўз ўрнига эга бўлди. Айниқса бу саломатликнинг умумий

ҳолати, шунингдек ижтимоий вазифалар ва руҳий саломатлик бандларига талуклидир.

Бизлар эркаклар ва аёллар гуруҳини Радим спектор тести бўйича феминин ва маскулин типларига бўлдиқ. Бу ерда ҳам кутилмаган натижалар олинди. Умуман олганда SF-36 тести учун феминин гуруҳ эркаклари ва феминин гуруҳ аёлларида амалий жиҳатдан барча бандлар бўйича янада юқори кўрсаткичлар тенденцияси аниқланди. Бу эҳтимол, фемининлик ижобий эмоционал фонни белгилаб бериши, ҳам эркак, ҳам аёл маскулин шахсларда эса ўзининг ташқи кўринишига, жамиятдаги ўз ўрни ва ҳулқига юқори даражадаги талабчанликдан гувоҳлик беради, шунинг учун SF-36 тестидаги жисмоний ва бошқарув фаолияти ҳам киритилган ҳолда барча кўрсаткичлар бўйича янада юқори кўрсаткичлар кузатилади. Жисмоний, руҳий саломатлик ва эмоционал ҳолат бўйича янада юқори кўрсаткичлар маскулин билан солиштирилганда феминин шахсларида устунликка эга бўлди.

6.1-жадвал

Назорат гуруҳида SF-36 (The Short Form-36) сўровномасининг натижалари.

SF-36 (The Short Form-36)	Кўрсаткич	Эркаклар		Аёллар	
		фемин.	маскул.	фемин.	маскул.
1. Саломатликнинг жисмоний компоненти (Physical Health- (PH).	Жисмоний фаолият. (PF)	100.00	75.00	100.00	50.00
	Жисмоний ролга асосланган фаолият (RP)	100.00	75.00	100.00	75.00
	Оғриқнинг жадаллиги (BP)	100.00	51.00	100.00	100.00
	Саломатликнинг	62.00	52.00	52.00	80.00

	умумий ҳолати.(GH)				
	Жами баллар	60.00	52.00	70.00	68.00
2. Саломатликнинг психологик компоненти (Mental Health- (MH).	Ҳаёт фаоллиги (VT)	75.00	30.00	80.00	70.00
	Ижтимоий фаолият (SF)	87.50	62.50	66.67	100.00
	Руҳий ҳолатга асосланган фаолият (RE)	100.00	66.67	75.00	33.33
	Руҳий саломатлик (MH)	60.00	52.00	70.00	68.00
	Жами баллар	47.32	38.23	46.35	47.45

Гендерга боғлиқ ҳолда юз нерви невропатияси билан оғриган беморлар натижалари ва ва прозопарез, патологик жараённи латерализациясини ҳисобга олган ҳолда ҳаёт сифатини тадқиқ қилиш натижалари қуйида келтирилган жадвалларда тақдим этилган.

6.2-жадвал

Латерализация ва жинс бўйича прозоплегияли беморларда SF-36 (The Shopt Form-36) сўровномасининг натижалари (Э-102, А-108).

SF-36 кўрсаткичи	Эркаклар, умум. гр.	Аёллар, умум. гр.	Эркаклар		Аёллар	
			D	S	D	S
Жисмоний фаолият	91	72	90	92	63	79
Жисмоний ролга асосланган фаолият	71	39	73	69	36	42
Оғриқнинг жадаллиги	91	81	92	90	78	84

Саломатликнинг умумий ҳолати	69	32	61	77	28	36
Саломатликнинг жисмоний компонентлари умумий баллари йиғиндиси	45.16	41.82	42.90	47.10	42.10	39.70
Ҳаётий фаоллик	60	30	58	64	26	38
Ижтимоий фаолият	64	31	63	65	28	34
Руҳий ҳолатга асосланган фаолият	71	39	70	72	32	46
Руҳий саломатлик	62	29	58	66	23	35
Саломатликнинг руҳий компонентлари умумий баллари йиғиндиси	34.00	23.30	35.40	32.61	24.42	22.18

Умуман олганда биринчи навбатда шу маълумотлар диққатни ўзига жалб этадики, SF-36 шкаласининг барча асосий кўрсаткичлари бўйича соғлом шахсларнинг назорат гуруҳига нисбатан беморларнинг ҳаёт сифати анча паст бўлади. бу SF-36 шкаласининг амалий жиҳатдан барча бандларига талукли бўлиб ҳисобланади, бу кичик гуруҳлар бўйича таҳлил кўрсатадики, феминин типдаги эркаклар гуруҳида патологик жараённинг латерализациясига боғлиқ ҳолда алоҳида фарқлар мавжуд эмас. Шу билан бир вақтда маскулин типдаги ушбу эркаклар гуруҳида қайд этиладики, ўнг томонлама латерализацияда ҳаёт сифати кўрсаткичларининг тартиби, мимик мушакларнинг ўнг томонлама парезида чап томонга нисбатан

солиштирилганда алоҳида ишончли фарқлар билан бири неча марта юқоридир. Алоҳида кўрсаткичлар бўйича феминин гуруҳидаги аёлларда жараённинг чап томонлама латерализациясида ҳаёт сифати даражасини баъзи пасайишлари қайд этилди, маскулин типидagi аёллар гуруҳида эса муҳим фарқлар қайд этилмади, феминин типидagi аёллар гуруҳи билан солиштирилганда кўрсаткичларнинг унча катта бўлмаган тақсимланиши кузатилди.

Бу маълумотлар шундан гувоҳлик берадики, умуман олганда гендер ва ўчоқнинг латерализацияси ҳаёт сифатига таъсир этади, аммо унчалик сезиларли эмас. Шу маълумотлар диққатни жалб этадики, маскулин гуруҳидаги эркеклар ва феминин гуруҳидаги аёллар ўртасида унча катта бўлмаган ўхшашлик мавжуд, у чап томонлама латерализацияда янада паст ҳаёт сифатини кўрсатади. Маскулин типидagi эркеклар гуруҳида ва феминин типидagi аёллар гуруҳида беморларнинг руҳий ҳолати ўртасидаги фарқ тўғрисидаги маълумотлар шундан дарак берадики, эркеклар гуруҳидаги жараёни ўнг томонлама латерализациясида ва аёллардаги жараёни чап томонлама латерализациясида руҳий бузилишлар янада яққолроқ намоён бўлгандир. Бу фарқлар маскулин типидagi эркеклар ва феминин типидagi аёллар учун кўпроқ хосдир.

6.3-жадвал

Гендер ва прозоплегия билан оғриган беморларда SF-36 (The Short Form-36) сўровномасининг натижалари (Э-102, А-108).

SF-36 кўрсаткичи	Эркеклар, фем.	Эркеклар, маск.	Аёллар, фем.	Аёллар, маск.
Жисмоний фаолият	86	96	76	68
Жисмоний ролга асосланган фаолият	65	77	43	35
Оғриқнинг жадаллиги	86	96	88	74
Саломатликнинг	65	73	36	28

умумий ҳолати				
Саломатликнинг жисмоний компонентлари умумий баллари йиғиндиси	42.47	47.85	37.30	46.35
Ҳаётий фаоллик	56	64	37	23
Ижтимоий фаолият	58	70	42	20
Руҳий ҳолатга асосланган фаолият	68	74	43	35
Руҳий саломатлик	59	65	34	24
Саломатликнинг руҳий компонентлари умумий баллари йиғиндиси	24.60	43.40	22.69	23.87

Қуйидаги жадвалда жинс ва гендернинг таъсирини юз нерви невропатияси билан оғриган беморларнинг ҳаёт сифатига таъсири тўғрисидаги маълумотлар тақдим этилган. Тақдим этилган маълумотлардан кўриниб турибдики, умуман олганда беморларнинг ҳаёт сифати бир қатор кўрсаткичлар бўйича назорат гуруҳи билан таққосланганда сезиларли даражада паст бўлади. гендерликнинг ўзига хосликлари билан боғлиқ бўлган маълум фарқлар қайд этилади. Умуман олганда SF-36 нинг алоҳида кўрсаткичлари бўйича балларнинг таҳлили аниқлайдики, эркаклар гуруҳидаги маскулин кичик гуруҳида ҳаёт сифати бир неча марта устунликка эга бўлади, феминин типидagi иаёллар гуруҳида эса ҳаёт сифатининг янада юқори кўрсаткичлари аниқланади. гендерлик фарқлар касалликка нисбатан бўлган шахснинг реакцияларига таъсир этади, шу йўл билан ҳаёт сифатини чегараланиш даражасини белгилайди. Худди кутилганидек бу юқори

даражада аёллар гуруҳидаги маскулинлик ва эркаклар гуруҳидаги фемининлик билан боғлиқдир. Бошқача қилиб айтганда жинсга талукли бўлиш ва шу билан бир вақтда янада юқори бошқарув функциялари эркаклардаги маскулинлик ва аёллардаги фемининлик билан боғлиқдир, бу касалликнинг ўзини ҳаёт сифатига кам таъсир этишини белгилаб беради.

6.4-жадвал

Гендер ва латерализация бўйича прозоплегияли беморларда SF-36 (The Sshort Form-36) сўровномасининг натижалари (Э-102, А-108).

SF-36 кўрсаткичи	Эркаклар, фем.		Эркаклар, маск.		Аёллар, фем.		Аёллар, маск.	
	<i>D</i>	<i>S</i>	<i>D</i>	<i>S</i>	<i>D</i>	<i>S</i>	<i>D</i>	<i>S</i>
Жисмоний фаолият	90	91	93	89	74	70	69	75
Жисмоний ролга асосланган фаолият	71	70	73	69	42	36	35	43
Оғриқнинг жадаллиги	90	91	94	88	82	80	79	83
Саломатликнинг умумий ҳолати	68	69	71	67	34	30	29	35
Саломатликнинг жисмоний компонентлари умумий баллари йиғиндиси	40.7	44.3	45.85	49.85	35.30	39.45	44.35	48.45
Ҳаётий фаоллик	60	60	62	58	32	28	27	33
Ижтимоий фаолият	64	64	66	62	33	29	28	34
Руҳий ҳолатга асосланган фаолият	70	71	74	68	42	36	35	43
Руҳий саломатлик	62	62	64	60	32	26	25	33

Саломатликнинг рухий компонентлари умумий баллари йиғиндиси	22.60	26.88	42.40	88.78	21.69	23.56	23.87	24.56
--	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Қуйида келтирилган жадвалларда умуман олганда эркаклар в аёллар гуруҳида ҳаёт сифати тавсифидаги ва юз нерви прозоплегия ҳамда невропатия жараёнларининг латерализациясига боғлиқ холдаги фарқлар кўрсатилган. Амалий жиҳатдан аёллар гуруҳида ҳаёт сифати даражасининг барча кўрсаткичлари, эркаклар гуруҳига нисбатан солиштирилганда умуман олганда паст, бунда патологик жараён латерализациясига боғлиқ холда қиёсланганда шу нарса кўринадики, эркаклар гуруҳида патологик жараённинг латерализацияси бўйича сезиларли фарқлар мавжуд эмас, фақат маъдум қонуниятларсиз кўрсаткичларни бетартиб тарқалиши қайд этилади. Шу билан бир вақтда бизлар аёллар гуруҳида жараённинг ўнг томонлама латерализациясида SF-36 тестининг барча кўрсаткичлари бўйича амалий жиҳатдан баъзи пасайишларни аиқ кўришимиз мумкин, бошқача қилиб айтганда мустасно т ариқасида SF-36 тестининг психологик кўрсаткичлари олинади, айнан рухий саломатлик кўрсаткичлари, шунингдек эмоционал ҳолат билан боғлиқ бўлган бошқарув фаолияти муҳим аҳамиятга эгадир. Умуман олганда бу маълумотлар шундан гувоҳлик берадики, аёллар гуруҳида патологик ўзгаришларнинг ўнг томонлама устунлиги кузатилади, прозопарез ҳаёт сифатини аниқлашда катта аҳамиятга эга бўлади, эҳтимол аёллардаги чап ярим шарлар орқали бўладиган назхорат юқори даражада бузилади ва эмоционал экспрессиясининг ташкил этувчи вербал жараёнларни бузилишини белгилаб бериши мумкин.

Қуйида келтирилган жадвалларда уч шохли нерв невралгиясида феминин ва маскулин типдаги эркак ва аёллар гуруҳида оғриқ синдромни латерализациясини ҳисобга олган холда ҳаёт сифатининг фарқлари янада

майда деталларгача тақдим этилди. SF-36 кўрсаткичларини сезиларли тақсимлаш фонида амалий жиҳатдан ушб тестнинг барча бандлари бўйича маълум қонуниятни кўриш мумкин. Жумладан, феминин гуруҳ эркаларида оғриқ синдромини ўнг томонлама латерализациясида ҳаёт сифатининг кўрсаткичлари янада аҳамиятлидир, маскулин типигаги эркалар гуруҳида эса оғриқ синдромининг чап томонлама латерализациясида ҳаёт сифатининг масайиши қайд этилади. Феминин типигаги аёллар гуруҳида оғриқ синдромининг ўнг томонлама латерализациясида ҳаёт сифатининг пасайиши қайд этилса, маскулин типигаги аёллар гуруҳида эса бу тенденция юздаги патолоргик жараённинг ўнг томонлама латерализациясида ўз ўрнига эга бўлади.

Бошқача қилиб айтганда бизлар томонимиздан ҳаёт сифатига неврологик оғриқ синдромини маълум қарама қарши таъсир тенденцияси аниқланди, бунда нафақат гендер талуклилик, балки патологик жараённинг латерализацияси ҳам ҳисобга олинди. Табиий маскулин гендер талукли эркалар гуруҳида чап томонлама латерализацияда ҳаёт сифатини катта миқдорда пасайиши ўз ўрнига эга бўлса, табиий феминин аёллар гуруҳида эса тескари тенденция қайд этилади: оғриқ синдромининг ўнг томонлама латерализациясида ҳаёт сифатининг катта миқдорда пасайиши кузатилади. Бу маълумотлар гендерлик фарқини ҳисобга олган ҳолда эркалар в аёллар гуруҳида эмоционал ва юз экспрессиясига нисбатан ярим шарлар устунлиги ўртасидаги фарқни акс этириши мумкин.

6.5-жадвал

Латерализация ва жинс бўйича прозоплегияли беморларда SF-36 (The Short Form-36) сўровномасининг натижалари (Э – 94, А - 104).

SF-36 кўрсаткичи	Эркалар, умум. гр.	Аёллар, умум. гр.	Эркалар		Аёллар	
			D	S	D	S
Жисмоний фаолият	56	58	58	54	60	56
Жисмоний ролга асосланган фаолият	31.5	29	33.5	28.5	26	32

Оғриқнинг жадаллиги	62.5	63.5	63	62	65	62
Саломатликнинг умумий ҳолати	52.5	48.5	54	51	50	47
Саломатликнинг жисмоний компонентлари умумий баллари йиғиндиси	31,3	29.7	32.4	30.1	32.1	27.4
Ҳаётий фаоллик	59.5	53.5	62	57	57	50
Ижтимоий фаолият	52.5	57	53	52	60	54
Руҳий ҳолатга асосланган фаолият	31.5	29	34	28	30	28
Руҳий саломатлик	34.5	38.5	36	33	40	37
Саломатликнинг руҳий компонентлари умумий баллари йиғиндиси	25.9	24.8	23.6	27.2	23.1	25.4

Прзопалгик синдром гендерликнинг ўзига хосликларига боғлиқ ҳолдаги режага кўра эркаклар ва аёллар ҳаёт сифатига сезиларли таъсир кўрсатади. Бу маълумотлар қуйидаги жадвалларда келтирилган бўлиб, улардан кўриниб турибдики, умуман олганда барча амалий кўрсаткичлар бўйича ҳаёт сифатининг умумий пасайиш фонида бир қатор кўрсаткичлар бўйича ҳаёт сифатини юқори даражада пасайиши, айниқса феминин аёллар гуруҳида ва маскулин эркаклар гуруҳида оғриқ жадаллигини ҳаёт сифатига таъсири бўйича тенденция мавжуд. SF-36 тестининг бошқа кўрсаткичлари бўйича маскулин эркаклар ва феминин аёллар гуруҳида худди шу каби тенденция мавжуддир. Умуман олганда ҳаёт сифати алоҳида кўрсаткичлар

бўйича паст натижаларни кўрсатди ва бу ерда ҳаёт сифатига оғриқ жадаллигини таъсир катталиги билан боғлиқ бўлган оғриқ омили, шунингдек эмоционал ҳолат билан боғлиқ бўлган бошқарув фаолиятида яққол етакчи ўринга чиқади. Бошқача сўз билан айтганда эркаклардаги маскулин гендерлитги ва аёллардаги феминин гендерлик феминин эркаклар ва маскулин аёллар гуруҳи билан таққосланганда ҳаёт сифатини янада паст кўрсаткичларини белгилаб беради.

6.6-жадвал

Гендер ва прозопалгияли беморларда SF-36 (The Short Form-36) сўровномасининг натижалари (Э – 94, А - 104).

SF-36 кўрсаткичи	Эркаклар, фем.	Эркаклар, маск.	Аёллар, фем.	Аёллар, маск.
Жисмоний фаолият	50	62	65	51
Жисмоний ролга асосланган фаолият	25	38	30	28
Оғриқнинг жадаллиги	95	30	32	95
Саломатликнинг умумий ҳолати	55	50	47	50
Саломатликнинг жисмоний компонентлари умумий баллари йиғиндиси	29.37	31.23	35.46	24.46
Ҳаётий фаоллик	62	57	50	57
Ижтимоий фаолият	47	58	62	52
Руҳий ҳолатга асосланган фаолият	35	28	25	33
Руҳий саломатлик	32	37	42	35
Саломатликнинг руҳий компонентлари умумий баллари йиғиндиси	23.84	28.01	25.13	24.61

Энди уч шоҳли нерв невралгияси, прозопальгия синдроми билан оғриган беморларда ҳаёт сифатининг тавсифига ўтамыз. Қуйида келтирилган жадвалларда эркаклар ва аёллар гуруҳида уч шоҳли нерв невралгиясида ҳаёт сифати бўйича умумий фарқлар, шунингдек оғриқ синдромининг латерализацияси билан боғлиқ ҳолда фарқлар кўрсатилган. Умуман олганда шундай дейиш мумкинки, уч шоҳли нерв невралгиясида ҳаёт сифати барча кўрсаткичлар бўйича етарли даражада кўп азият чекади, уч шоҳли нерв невралгияси ёки прозоплегик синдром билан оғриган беморларга нисбатан алоҳида кўрсаткичлар бўйича кўпроқ азият чекадилар. Эркаклар ва аёллар гуруҳидаги ҳаёт сифатларини ўзаро таққослаш алоҳида кўрсаткичлар бўйича маълум тарқоқликнинг мавжудлигини ва сезиларли фарқнинг мавжуд эмаслигини кўрсатади. Жумладан саломатликнинг умумий ҳолати, ҳаётий фаоллик, шунингдек эмоционал ҳолат билан боғлиқ бўлган бошқарув фаолият эркаклар гуруҳига нисбатан аёллар гуруҳида бир неча марта ортда қолади. Шунини айтиш мумкинки, аёллар гуруҳидаги оғриқ синдроми уларнинг ҳаёт сифатини катта даражада чегаралайди. шу билан бир вақтда оғриқ синдромининг латерализациясига боғлиқликни ўзаро таққослаш эркаклар ва аёллар гуруҳлари ўртасида маълум фарқларни кўрсатади. Эркаклар гуруҳи етарли даражада ноаниқ тарқоқликка эга бўлиб, ўзида маълум қонуниятларни сақламайди. Оғриқ синдромининг чап томонлама латерализациясига эга бўлган эркаклар гуруҳида умумий ҳаёт сифатини пасайишининг кучсиз тенденциясинигина таъкидлаш мумкин. Шу билан бир вақтда аёллар гуруҳида оғриқ синдромини ўнг томонлама латерализациясида ҳаёт сифатининг умумий даражасини пасайиши янада аниқроқ номоён бўлади. эркаклар ва аёллар гуруҳида жараён латерализациясига боғлиқ ҳолда ҳаёт сифати ўзгаришини бир неча бор қарама қарши тенденцияси аниқланади: эркаклар учун оғриқ синдромини чап томонлама латерализациясида ҳаёт сифатини пасайиши билан боғлиқлик хос бўлса, аёллар гуруҳида эса ўнг томонлама латерализация хосдир, бу эҳтимол ярим шарлар устунлиги

ўртасидаги фарқни, шунингдек яримшарлар аҳамияти ўртасидаги фарқни ва шахсининг эмоционал экспрессияси ўртасидаги таффовутни акс эттиради.

6.7-жадвал

Гендер ва латерализация бўйича прозопалгия беморларда SF-36 (The Short Form-36) сўровномасининг натижалари (Э – 94, А - 104).

SF-36 кўрсаткичи	Эркаклар, фем.		Эркаклар, маск.		Аёллар, фем.		Аёллар, маск.	
	<i>D</i>	<i>S</i>	<i>D</i>	<i>S</i>	<i>D</i>	<i>S</i>	<i>D</i>	<i>S</i>
Жисмоний фаолият	49	50	64	60	67	63	50	52
Жисмоний ролга асосланган фаолият	24	25	40	36	32	28	24	32
Оғриқнинг жадаллиги	96	93	32	28	34	30	98	92
Саломатликнинг умумий ҳолати	55	52	54	46	49	45	52	48
Саломатликнинг жисмоний компонентлари умумий баллари йиғиндиси	28.37	31.46	31.20	30.08	35.46	34.84	24.40	25.12
Ҳаётий фаоллик	60	62	60	54	53	47	60	54
Ижтимоий фаолият	48	47	62	54	65	59	54	50
Руҳий ҳолатга асосланган фаолият	33	37	32	24	28	22	36	30
Руҳий саломатлик	31	33	40	34	44	40	38	32
Саломатликнинг руҳий компонентлари умумий баллари йиғиндиси	22.84	24. 48	27 .01	26.48	24.13	25.14	24.61	23.62

ХОТИМА

Статистикага мос холда аҳолининг неврологик касалланиш тузилмасида периферик нерв тизим касалликлари цереброваскуляр патологиялардан сўнг учраш сони бўйича иккинчи ўринни эгаллайди. Периферик нерв тизими патологияларининг турли шакллари учраш сони бўйича тақсимланишига келсак, вертеброген патология шаклларида сўнг иккинчи ва учинчи ўринда идеопатик ва симптоматик прозоплегия ва прозопалялар туради. Масаланинг долзарблигига қарамасдан илмий адабиётларда ушбу касалликка оид муаммоларга кам эътибор қаратилади. Сўнгги монографик нашр (В.А.Карлова «Юз неврологияси») 1991 йилда чиққан. Шу билан бир вақтда ушбу муаммо муҳим назарий ва амалий аҳамиятга эгадир.

Юз соҳаси турли йўналишдаги мутахассисларнинг касбий қизиқиш ҳудудидир. Ушбу нозик ва сезгир жойда амалга ошириладиган у ёки бу турдаги аралашувлар беморлар статуси ва комфортида сўзсиз акс этади. Юз-имидж, ижтимоий қиёфанинг ажралмас таркибий қисми бўлиб, инсонни осойишталиги ёки омадсизлигини акс эттирувчидир. «Юзсизлик» термини кўп нарсалар тўғрисида маълумот беради. Шубҳасиз тананинг бир қисмини азоблар ва тўхтовсиз оғриқлар манбаси бўлиш ҳолатининг аҳамияти тушунарлидир. Адабиётларда идеопатик ва пропальгик синдромларни бир сўз билан айтганда туннел синдрми сифатида талқин этилишида янога фикр мавжуд эмас. Мазкур мавзу бўйича жиддий эпидемиологик тадқиқотлар мавжуд эмас, шунинг учун учраш сони ва уни клиник тузилмаси турли характерга эга бўлади.

Баён этиганларни ҳисобга олган холда бизлар аҳоли ўртасида ЮНН ва УНН муаммосини, жинс, гендернинг аҳамияти, жараённинг латерализацияси ва ушбу омилларни беморларнинг ҳаёт сифатига таъсирини ўрганишни латерализация долзарблигини келгусида баҳолашга қаратилган

тадқиқотларни олиб бордик. Бизлар олинган маълумотлар базасида УНН ва ЮНН ни даволашнинг қўшимча имкониятларини ажратишга ҳаракат қилдик.

Бизнинг олдимизда турган биринчи масала ЮНН ва УННнинг эпидемиологияси масаласидир. Тўлиқ ретроспектив ва проспектив тадқиқотлар ўтказилди. ЮНН ва УННларнинг тарқалиши ва клиник тузилмасини 7 йиллик тўлиқ тадқиқот маълумотларига кўра (1378 бемор: 567 эркаклар, 806 нафар аёллар) ўрнатилдики, прозоплегия ва прозопалгия эркаклар гуруҳига нисбатан солиштирилганда аёллар гуруҳида 1,5 марта кўпроқ кузатилади, бу аёлларнинг ўз юз ҳолатига нафақат катта талаби, балки жинслар ўртасидаги анатомио-физиологик, руҳий ва гендер жиҳатдан фарқлар билан боғлиқдир. ЮНН гуруҳидаги касалланиш 100 000 аҳолига 5,94 ни ташкил этди, УНН гуруҳида эса 100 000 аҳолига 5,0 ни ташкил этди. Бизнинг маълумотларимиз баъзи муаллифлар маълумотларига яқиндир (100 000 аҳолига 4,0), гарчи бошқа маълумотларга кўра касалланиш 100 000 аҳолига 0,2 дан 10,0 гача ўзгарди.

Касалланишнинг мавсумийлик тенденцияси (баҳор -куз) ЮНН учун хос бўлган ва УНН учун эса хос бўлмаган хусусият ҳисобланади, буни ЮНН учун экзоген омилларнинг афзалликлари билан ва УНН учун эса эндоген омиллар билан боғлаш мумкин.

ЮННда ёш аёллар гуруҳида прозопалгиянинг латерализацияси бўйича сезиларли фарқлар аниқланмади, бироқ катта ёш гуруҳидаги чап томонлама латерализациясини устунлтигининг аниқланганиши эркаклар гуруҳидаги ёшлар ўртасида ўнг томонлама прозоплегиянинг устун бўлиши билан қарама қарши тенденция ва катта ёшлилар гуруҳида эса латерализация бўйича фарқларнинг мавжуд эмаслиги аниқланди. Бу фарқлар эркак ва аёл жинсли шахслапрдаги юз соҳаси юмшоқ тўқималари ва юз скелетининг онтогонистик ўзига хосликларини мавжудлиги билан боғлиқдир. УННда жараённинг ўнг томонлама латерализацияси янада каттароқ ёшдаги аёллар учун кўпроқ хос, эркаклар гуруҳида эса ҳаммаси аксинча, -ўнг томонлама латерализациянинг

устун бўлиши, айниқса янада ёш беморлар гуруҳида аниқланди. ушбу фарқлар асосида ҳам юқорида кўрсатилган онтогонистик ва анатомо-физиологик ўзига хосликлар ётади.

Перспектив тадқиқот жараёнида ППЛда жинслар орасида сезиларли клиник фарқлар аниқланди. идеопатик ППЛ классик туннел синдром бўлиб ҳисобланади ва фаллопиев каналида нервни сиқилиш даражасига боғлиқ ҳолда юқори вестибуляр, ўрта мастоидал ва қуйи тимпаник даражаларга ажратилади. Шикастланиш даражаси бўйича жинслар ўртасида фарқ аниқланмади. Улар фаллопиев каналида нерв шикастланишининг ишончли юқори сони билан намоён бўлди, бу аёллар вестибуляр даражада, эркаклар эса мастоидал даражада кузатилади, умуман олганда эркаклар гуруҳида мимик мушаклар (Хаус-Брокман шкаласи бўйича) ўз вазифасини тикланишини ўсувчи темплари, айниқса ўнг томонлама латерализацияси юзага келган бўлса, аёллар гуруҳида эса чап томонлама латерализациясида эса янадас секинроқ тикланиш фонида ишончли равишда кўп марта тикланиш жараёнининг торпидлиги қайд этилади. Вегетатив возомотор бузилишлар аёлларда ишончли устунликка эга, бу кўпинча ўнг томонлама жараёндир. Шубҳасиз кўрсатилган фарқлар шунингдек кўплаб омиллар билан чамбарчас боғлиқдир, улар қаторида аёллар ва эркакларда V ва VI жуфт бош мия нервларини вазифалари ва тузилмаларидаги анатомо-физиологик фарқлар, контрлатерал пўстлоқ назоратининг ўзига хосликлари, шунингдек руҳий-вегетатив ва гормонал фарқларни келтириш мумкин.

Фаллопиев канали ҳолатини МСКТ текшириш, шундай ҳулоса қилишга имкон берадики, эркакларда идеопатик туннел ППЛ патогенезида етакчи ролни ишемик жараён, аёлларда эса шиш ўйнайди.

Касаллик тавсифидаги фарқлар эркаклар гуруҳи билан солиштирилганда аёллар гуруҳида оғриқ синдромини юқори генераллашиши билан намоён бўлади. Бу шунда намоён бўладики, идеопатик ППАда уч шоҳли нервнинг фақат битта тармоғини шикастланиши жинсга боғлиқ

бўлмайди, бироқ иккита тармоқни шикастланиши (2 ва 3) аёллар гуруҳида аниқланса ўнг томонлама латерализацияда ишончли равишда кўп қайд этилади. Аёллар гуруҳида сутка давомида ишончли даражада кўп марта оғриқ хужумлари, вегетатив бузилишлар кузатилади, таъсирланиш белгилари устунликка эга бўлади (оғриқ тиклари). Эркаклар гуруҳида гипестезия кўринишидаги табиий белгилар устунликка эга бўлади.

ППАда уч даражали ВАШ ёрдамида оғриқ синдромини ташхис қилиш кўрсатдики, умуман олганда оғриқ хужумлаининг жадаллиги ёш ва латерализацияга боғлиқ бўлмаган ҳолатда эркакларда юқоридир, бироқ климактерик ёшдаги аёлларда оғриқни энг юқори даражадаги жадаллиги аниқланди (ўртача 9,2 балл).

ППЛда психовегетатив кўрсаткичларнинг таҳлили, аёллар гуруҳида умуман олганда вегетатив дистония синдромини (ВДС) ишончли янада юқори даражасини аниқлади, бунда ВДСнинг балларда намоён бўлиши чап томонлама ли аёллар гуруҳида юқори бўлди, эркаклар гуруҳида эса чап томонлама латерализацияли гуруҳда юқори бўлди. Спильбергер тести бўйича хавотирланиш даражаси (РХ да ҳам, ШХда ҳам) шунингдек аёлларда ишончли равишда юқори бўлди. Латерализация бўйича фарқлар ВДСнинг вегетатив кўрсаткичлари каби тенденцияга эга бўлди. Руҳий вегетатив кўрсаткичларнинг ёш бўйича таҳлили, аёллар гуруҳида ёшига боғлиқ бўлмаган ҳолатларда ВДС ва хавотир кўрсаткичларини ишончли ошганлигини аниқлаган бўлса, эркаклар гуруҳида эса хавотир ва ВДС даражасини янада юқори бўлиши фақат катта ёшлилар гуруҳида (46-60 ёш) ва фақат ўнг томонлама латерализациясига хос бўлди.

ППАда руҳий вегетатив кўрсаткичларнинг таҳлитли аниқладикки, худди ППЛдаги каби, аёллар ёшилдан қатъий назар хавотир ва ВДС даражаси жуда юқори бўлади. эркаклар гуруҳида эса руҳий вегетатив бузилишларнинг устун бўлиши ёш гуруҳдаги беморларда (21-45 ёш) юқори бўлиши ва фақат чап томонлама латерализациясида кузатилади. Барча маълумотларнинг

мажмуаси шу тўғрисида гапиришга имкон берадики, аёлларда касалликнинг алоҳида белгиларини амалга оширишда етакчи ролни ўнг ярим шарлар ўйнайди, эркакларда эса –чап. Бизнинг маълумотларимиз барчага маълум бўлган шу нуқтаи назарни тасдиқлайдики, аёл жинсидаги шахслардаги новербал взибалар устидан олиб бориладиган назоратда, ўнг томон, эркакларда эса чап томон ярим шарлари устунликка эгадир.

Гендергикка талуклига боғлиқ холда эркаклар ва аёллар гуруҳлари ичида жинслар ўртасидаги фарқ таҳлилидаги аниқланган фонда сезиларли фарқлар топилди, улар ППЛда ҳам, ППАда ҳам бир йўналишли тенденцияга эга бўлди. Аниқландики, касалликнинг якуний клиник оғирлиги, тикланиш темплари, руҳий вегетатив бузилишларнинг намоён бўлиши эркаклар гуруҳлари ва феминин гуруҳ аёлларида устундир. Бироқ, маскулин гуруҳ аёллари вегетатив бузилишларга ишончли равишда кам ва феминин гуруҳ эркаклари ва аёлларига нисбатан солиштирилганда хавотирнинг янада паст даражасига эга бўладилар. Юз нерви вазифасини тикланиш темпи ва оғрик синдромининг регрессияси қолган гуруҳларга нисбатан маскулин гуруҳ эркакларида юқоридир.

Шу ерда яна бир марта “жинс” ва “гендер” тушунчаларига аниқлик киритиш ўз ўрнига эгадир. Улар ичидан барча учун асосий ҳолат бўлиб жинс (sex) ва гендер (gender) турли тушунчалари ҳисобланади. жинс-бу инсонларнинг анатомо-биологик ўзига хослигини библирувчи термин бўлиб (асосан-репродуктив тизим) уларнинг асосида одамнинг эркак ёки аёллиги белгиланади. Уни фақат тавсиф ва ҳулққа нисбатан қўзллаш керак, у эркак ва аёл ўртасидаги бевосита биологик фарқдан келиб чиқади. Гендер-бу мураккаб ижтимоий –маданий конструкт; эркак ва аёл ўртасидаги рол, ҳулқ, менталитет, эмоционал тавсиф ўртасидаги фарқ, жамият томонидан яратилади (конструкцияланади).

Ушбу ёндошув доирасида гендер эркак ва аёллар ўртасидаги ижтимоий муносабатларнинг ташкиллаштирилган модели сифатида тушунилади, у

нафақат шахслараро мулоқатни ва оиладаги ўзаро ҳаракатни тавсифлайди, балки жамиятнинг асосий институтларида уларнинг ижтимоий муносабатларини белгилайди (шунингдек улар томонидан белгиоанувчи ёки конструкцияланувчи) . шундай қилиб гендер, жамиятнинг ижтимоий тузилмаларини асосий ўлчамларидан бири сифатида изоҳланади, у бошқа ижтимоий демографик ва маданий тавсифлар билан биргаликда (ирқ, синф, ёш) ижтимоий тизимни ташкил этади. Индивидлар даражасида гендерни англаш ижтимоий юзага чиқариш жинс белгиларига асосланган ижтимоий тузилмани қўллаб қувватлайди. Ўзининг гендер статуси билан боғлиқ ҳолда ўз ҳаракатларида кутишни намоён этиб, индивидлар гендер фарқларини ва бир вақтнинг ўзида улар билан боғлиқ ҳолда ҳокимлик ва бошқарув тизимларини ҳам таъкидлайди. Кўплаб жамиятлада аёллар ва эркекларни нафақат турлича қабул қилади, балки турлича баҳолайди ҳам, бунда гендердаги фарқлар ва улар ўртасидаги ҳокимиятни тақсимланишидаги фарқланиш қобилиятининг турлмча эканлиги ва гендерликнинг ўзига хосликларига асосланади. Джон Скоттнинг сўзларига кўра, “Гендер таллуқлиликини англаш-жинслар ўртасидаги қабул қилинувчи фарқларга асосланган ижтимоий муносабатларнинг яратувчи элементидир, жинс эса – ҳокимият муносабатларини намоёиш қилишни устивор усулидир”. Айтилганларни ҳисобга олган ҳолда, бизлар томонимиздан аниқланган гендерли фарқларни касалликни кечиши ва клиникасидаги жинслар ўртасидаги фарқларга нафақат физиологик, балки руҳий таъсир сифатида кўриш мумкин.

SF-36 тести бўйича ППЛ ва ППА да ҳаёт сифатини тадқиқ қилиш кўрсатдики, прозоплегияда ҳам, прозопалгияда ҳам мазкур тестдаги барча бўлимлар бўйича ҳаёт сифатини сезиларли бузилишлари мавжуддир. Бунда умумий ва ижтимоий фаолликни чегараланиши билан ҳаёт сифатини янада паст кўрсаткичлари жараёни ўнг томонлама бўлган эркеклар учун ҳс бўлса, аёллар учун эса жараёни чап томонлама латерализацияси кузатиладиган

гурухлари учун хосдир. Ҳар икки гурух учун фемининлик кўринишидаги гендерликнинг ўзига хосликлари башоратланиш режасида нохуш омил бўлиб ҳисобланади. Бундан келиб чиқадики, ҳаёт сифати нафақат касалликнинг ўзи билан, балки жинс, жараённинг латерализацияси ва гендер талуқлиликининг фемининлигига боғлиқдир.

Иш жараёнида олинган маълумотлар назарий нуқтаи назардан жинс ва гендер нуқтаи назаридан юз неврологияси тўғрисидаги тассавурларни бойитади, амалий нуқтаи назардан эса УНН ва ЮННда даволаш тактикасини аниқлаштиришга имкон беради.

УНН ва ЮННни комплекс даволашда беморларнинг руҳий вегетатив статусини, шунингдек жараён латерализацияси ва беморларнинг гендерлик талуқлилигини ҳисобга олиш зарур. Ҳар икки нозологияни даволаш учун умумий тавсиялар бўлиб, даволаш схемасига седатив воситаларни ва зарурат бўлганда сератонинини қайта ушланиш селектив ингибитори гуруҳидаги антидеприссантлар (СКУСИ) –медалопромни қўшиш ҳисобланади. бундай ёндошувни аёл жинсидаги шахсларни даволашда феминин шахсларда, шунингдек эркеклардаги жараёни ўнг томонлама латерализация ҳолатларида, аёлларда чап томонлама латерализация ҳолатларида ҳисобга олиш аниқса муҳимдир.

УННда даволаш тактикасини жумладан антиконвульсант терапияни танлаб олишда ЭЭГ маълумотларини ҳисобга олиш зарур. ЭЭГда билатерал синхрон пароксизмал фаолликнинг мавжудлиги антиконвульсантлар (карбамазепин) буюрилишига биринчи навбатдаги кўрсатма бўлиб ҳисобланади. мазкур пароксизмал фаолликнинг регрессияси оғрик синдромини самарали бартораф этилиши кўрсаткичи бўлиб хизмат қилади. МСКТ бўйича эркеклар ва аёлларда фаллопиев канали ҳолати тўғрисидаги маълумотларга асосланган ҳолда (аёлларда шишни, эркекларда эса ишемияни устун бўлиши) ЮННни даволашда аёлларда шишга қарши даволашга урғу

бериш (Л-лизин эцелат) ва эркакларда антиагрегантлар (аспирин, дигеридамол) ни тавсия этиш мумкин.

ХУЛОСАЛАР

ЮНН ва УННни тарқалиши ва клиник тузилмаларини 7 йил давомида тўлиқ текшириш маълумотларига кўра (1379 нафар бемор: 567 эрка, 806 нафар аёл) қуйидагилар аниқланди:

1. ППЛ ва ППА эркаларга нисбатан аёллар гуруҳида тахминан 1,5 марта кўп учрайди, бу нафақат аёлларни ўз юзининг ҳолатига бўлган катта қизиқиши, балки маълум даражадаги анатомио-физиологик, рухий ва жинслар ўртасидаги гендер фарқлари билан боғлиқдир.

2. Касалликнинг мавсумийлиги ППЛ учун хос бўлса, ППА учун хос эмас, бу ППЛ патогенезида экзоген омиллар роли ва ППА патогенезида эса эндоген омиллар ролини устунлиги билан боғлиқдир.

3. ППЛ билан огриган ёш аёлларда латерализация бўйича аниқ фарқлар кузатилмади, бироқ, катта ёш гуруҳида чап томонлама латерализацияни устунлиги яққол ифодаланди, эркалар гуруҳида эса аксинча катта ёшлилар гуруҳида латерализация бўйича фарқларнинг мавжуд бўлмаслиги ва ёшларда эса ўнг томонлама прозоплегияни устун бўлиш тенденцияси аниқланди, бу фарқлар мазкур соҳадаги эрка ва аёлларда юзнинг юмшоқ тўқималари ва юз скелетини ривожланишидаги ўзига хосликлар билан боғлиқдир.

4. ППАда жараёни ўнг томонлама латерализацияси катта ёшли аёллар гуруҳлари учун кўпроқ хос булса, эркалар гуруҳида эса барчаси аксинча-чап томонлама латерализацияни устун бўлиши, айниқса ёшлар гуруҳида кўп учраши аниқланди.

5. ППЛда жинслар ўртасида сезиларли клиник фарқлар Фаллопиев каналининг эркаларда мастоидал, аёлларда эса вестибуляр сатхи жароҳатланиши ишончли катта сонлар билан намоён бўлади, умуман олганда эркаларда айниқса чап томонлама латерализацияда мимик мушакларнинг тикланиши ўзиб кетувчи темпларда бўлиши кузатилса, аёлларда эса янада секин тикланиш фонида ишончли равишда кўп ўнг томонлама

латерализацияда тикланиш жараёнининг торпидлиги қайд этилади. Вегетатив ва возомотор бузилишлар аёлларда чап томонлама жараёнларда ишончли устунликка эга бўлди.

6. Фаллопиев канали ҳолатини МСКТ текширишлари шундай хулоса қилишга имкон бердики, идеопатик туннелли ППЛ патогенезида эркаклар гуруҳида ишемик жараён кўп учраса, аёлларда каналда шиш пайдо бўлиши юқори кўрсаткичларга эга бўлади.

7. Идеопатик ППАда уч шоҳли нервнинг фақат битта тармоғини шикастланиши жинсга боғлиқ бўлмайди, бироқ иккита тармоғини шикастланиши аёллар гуруҳида ишончли равишда қайд этилади, таъсирланиш белгилари устунлик қилиб сутка давомида оғриқ хуружлари, вегетатив бузилишлар кузатилади, айниқса ўнг томонлама латерализацияда. Эркаклар гуруҳида гипестезия кўринишидаги функция пасайиши устунликка эга бўлади.

8. ППАда оғриқ интенсивлиги ва хуружлари ёш ва латерализациядан қатъий назар эркакларда юқори бўлади, бироқ климатерик ёшдаги аёлларда оғриқ жадаллигининг энг юқори кўрсаткичлари аниқланди.

9. ППЛда рухий вегетатив кўрсаткичлар аёлларда ёшига боғлиқ бўлмаган ҳолда ишончли равишда ошади, эркаклар гуруҳида эса ВДС ва хавотир даражасини янада юқори бўлиши фақат катта ёшлилар гуруҳида ва фақат ўнг томонлама латерализациясига хос бўлди.

10. ППАда рухий вегетатив кўрсаткичлар худди ППЛдаги каби, хавотир ва ВДС даражаси аёлларда ёшидан қатъий назар жуда юқори бўлиб, эркакларда эса рухий вегетатив бузилишларнинг устун бўлиши ёшларда ва фақат чап томонлама латерализациясида кузатилади.

11. ППАда ҳам ППЛда ҳам жинслар ўртасида гендерга боғлиқ ҳолда бир йўналишли тенденцияга эга бўлган сезиларли фарқлар аниқланди, бунда касалликнинг клиник оғирлиг даражаси, тикланиш темплари, рухий вегетатив бузилишларнинг намоён бўлиши феминин эркаклар ва феминин

аёллар гуруҳида устунликка эга бўлди, бироқ маскулинли аёллар феминин аёллар ва эркакларга нисбатан солштирилганда хавотирланишнинг янада паст даражасига ва вегетатив бузилишларга ишончли равишда кам эга бўлдилар.

12. ППЛ ва ППА билан огриган беморларнинг ҳаёт сифати умумий ва ижтимоий фаолликни чегараланиши билан бошқа периферик нерв системаси касалликларига нисбатан сезиларли даражада паст булиб, бу жараёни ўнг томонлама бўлган эркаклар ва жараёни чап томонлама латерализацияга эга булган аёллар учун хос булиб фемининларда яккол ифодаланади.

13. Ишда олинган маълумотлар назарий нуқтаи назардан жинс ва гендер томондан юз неврологияси тассаввурларини бойитади, амалий жиҳатдан эса ППЛ ва ППАда даволаш тактикасини аниқлаштиришга имкон беради.

АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР

1. УНН ва ЮННни комплекс даволашда беморларнинг рухий вегетатив статусини, шунингдек жараён латерализациясini ва беморларнинг гнeдерлик талукчилигини ҳисобга олиш зарур. Ҳар икки нозологияни даволаш учун умумий тавсиялар бўлиб, даволаш схемасига седатив воситаларни ва зарурат бўлганда сератонинини қайта ушланиш селектив ингибитори гуруҳидаги антидеприссантлар (СҚУСИ) –медалопромни қўшиш ҳисобланади. бундай ёндошувни аёл жинсидаги шахсларни даволашда феминин шахсларда, шунингдек эркаклардаги жараёни ўнг томонлама латерализация ҳолатларида, аёлларда чап томонлама латерализация ҳолатларида ҳисобга олиш аниқса муҳимдир.

2. УННда даволаш тактикасини жумладан антиконвульсант терапияни танлаб олишда ЭЭГ маълумотларини ҳисобга олиш зарур. ЭЭГда билатерал синхрон пароксизмал фаолликнинг мавжудлиги антиконвульсантлар (карбамазепин) буюрилишига биринчи навбатдаги кўрсатма бўлиб ҳисобланади. мазкур пароксизмал фаолликнинг регрессияси оғриқ синдроми самарали бартороф этилиши кўрсаткичи бўлиб хизмат қилади.

3. МСКТ бўйича эркаклар ва аёлларда фаллопиев канали ҳолати тўғрисидаги маълумотларга асосланган ҳолда (аёлларда шишни, эркакларда эса ишемияни устун бўлиши) ЮННни даволашда аёлларда шишга қарши даволашга урғу бериш (Л-лизин эсценат) ва эркакларда антиагрегантлар (аспирин, диперидамо́л) ни тавсия этиш мумкин.

ФҲЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

1. Аванесян Р.А. Нейрофункциональные методы терапии (Биологическая обратная связь) в комплексном лечении невралгии тройничного нерва: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2009. – 18 с.
2. Алексеев В.В. Диагностика и лечение хронических головных болей // Рус. мед. журн. Болевой синдром. – 2008. – Спец. вып. – С. 51-54.
3. Алексеев В.В., Шанько Ю.Г., Лихачев С.А. Хирургическое лечение идиопатической невралгии тройничного нерва методом микроваскулярной декомпрессии тройничного нерва // Неврология и нейрохирургия. Восточная Европа. – 2017. – № 1. – С. 43-50.
4. Алексеев В.В., Шанько Ю.Г., Лихачев С.А. Хирургическое лечение прозопагии методом высокочастотной ризотомии тройничного нерва // Неврология и нейрохирургия. Восточная Европа. – 2017. – № 1. – С. 51-56.
5. Аминофф М.Дж., Д.А. Гринберг, Р.П. Саймон, Клиническая неврология / Пер. с англ.; Под общ. ред. проф. О.С. Левина. –М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 480 с.
6. Андреева Г.О., Емельянов А.Ю. Комплексная терапия психоэмоциональных расстройств у больных, страдающих невралгией тройничного нерва // Ученые записки СПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова. – 2011. – Т. XVIII, № 4. – С. 19-20.
7. Андреева Г.О., Емельянов А.Ю., Барсуков И.Н. Психопатологические нарушения у больных, страдающих заболеваниями периферической нервной системы, сопровождающимися хроническим болевым синдромом // Вестн. Рос. военно-мед. акад. – 2017. – № 3 (59). – С. 118-121.
8. Артющевич А.С., Руман Г.М., Адашик Н.Ф., Байда А.Г. Клиника, диагностика и лечение невропатий лицевого нерва // Современная стоматология (Минск). –2015. – № 2 (61). – С. 23-28.

9. Артюшкевич А.С., Руман Г.М., Дривотинов Б.В., Адащик Н.Ф. Лицевые боли // Медицинские новости. – 2012. – №1. – С. 33-35.
10. Арутюнов В.А., Пузин М.Н., Боднева С.Л., Аванесян Р.А. Психокоррекция в комплексной терапии больных с невралгией тройничного нерва // Вестн. мед. стоматологич. ин-та. – 2009. – №1. – С. 32-34.
11. Арутюнов С.А., Боднева С.Л. Этиопатогенетические факторы невралгии тройничного нерва: (Обзор) // Клинич. неврология. – 2012. – №1. – С. 53-55.
12. Архипов В.В., Соколов А.В., Родина Т.А., Поздняков Д.Л., Сокова Е.А. Новые подходы к рациональной фармакотерапии невралгии тройничного нерва на основе методологии персонализированной медицины // Ведомости Науч. центра экспертизы средств медицинского применения. – 2015. – № 1. – С. 16-20.
13. Афанасьева Е.В. Фармакотерапия тригеминальной невралгии // Биомедицина. – 2006. – № 3. – С. 24-26.
14. Ахмеджанова Л.Т., Солоха О.А., Строков И.А. Витамины группы В в лечении неврологических заболеваний // РМЖ. – 2009. –Т. 17 (11). – С. 776-783.
15. Ахророва Ш.Б. Возрастные и гендерные клиничко-патогенетические особенности острой невропатии лицевого нерва // Междунар. неврологич. журн. Украина. – 2017. – № 4 (90). – С.52-56.
16. Ахророва Ш.Б. Идиопатик юз нерви невропатияси жинс диморфизми аспектида (клиник-патогенетик таҳлил). – Ташкент, 2018. – 52 с.
17. Ахророва Ш.Б. Невропатия лицевого нерва: клиника и особенности подхода к лечению // XXI век – век интеллектуального поколения: Матер. науч.-практ. конф. мол. ученых. – Ташкент, 2017. – С.150-157.

18. Ахророва Ш.Б. Сроки восстановления лицевого нерва при параличе Белла в зависимости от пола // Неврология. – Ташкент, 2012. – №3-4. – С.115-117.
19. Байрамукова Ф.М. Невропатия лицевого нерва. наиболее частые причины возникновения. Матер. конф. // Успехи современного естествознания. – 2013. – №9. – С. 21.
20. Балязин В.А., Балязина Е.В. Невралгия тройничного нерва. Современные подходы к оперативному лечению // Болевые синдромы в области головы, лица и полости рта: Матер. конф. – Смоленск, 2010. – С. 166-170.
21. Балязин В.А., Сейхвел С.М. Интраоперационная профилактика ликвореи после микроваскулярной декомпрессии корешка тройничного нерва при классической тригеминальной невралгии // Нейрохирургия. – 2012. – № 4. – С. 25-28.
22. Балязина Е.В. Особенности нейроваскулярного конфликта, предрасполагающие к развитию невралгического статуса // Саратов. науч.-мед. журн. – 2012. – Т. 8, № 2. – С. 278-283.
23. Балязина Е.В. Анатомические предпосылки возникновения классической невралгии тройничного нерва // Сб. науч. тр., посвящ. 80-летию неврологической службы в Рязани. – Рязань, 2010. – С. 13-17.
24. Балязина Е.В. Возрастные особенности клиники классической невралгии тройничного нерва // Мед. вестн. Юга России. – 2014. – № 3. – С. 65-70.
25. Балязина Е.В. Диагностика классической невралгии тройничного нерва // Бюллетень Сибирской медицины. – 2010. – Т. 9, №4. – С. 94-99.
26. Балязина Е.В. Классическая невралгия тройничного нерва. – Новочеркасск: Лик, 2015. – 278 с.
27. Балязина Е.В. Терапия классической невралгии тройничного нерва // Мед. вестн. Сев. Кавказа. – 2011. – № 2. – С. 39-41.

28. Балязина Е.В. Этиология и патогенез невралгии тройничного нерва // Неврологич. журн. – 2012. – № 4. – С. 4-9.

29. Балязина Е.В., Балязин В.А., Аксенов Д.П. и др. Имеют ли значение размеры выходных черепных отверстий ветвей тройничного нерва в патогенезе классической невралгии тройничного нерва? // Сиб. мед. журн. – 2015. – Т. 132, № 1. – С. 77-82.

30. Балязина Е.В., Балязин В.А., Бондарева И.Б., Исаханова А.И. В чем причина поздней диагностики вторичной невралгии тройничного нерва? // Нейрохирургия. – 2016. – № 1. – С. 35-41.

31. Балязина Е.В., Исаханова Т.А., Балязин В.А., Бондарева О.И., Балязин-Парфенов И.В., Кадян Н.Г. Физический механизм формирования двух типов нейроваскулярного конфликта у больных классической невралгией тройничного нерва // Неврологич. журн. – 2017. – №4. – С. 190-196.

32. Балязина Е.В., Исаханова Т.А. Эндотелиальная дисфункция у больных невралгией тройничного нерва в стадии обострения // Рос. журн. боли. – 2016. – № 2. – С. 78-80.

33. Балязина Е.В., Исаханова Т.А., Алексеева Н.А. Классическая терапия невралгии тройничного нерва. – Ростов-на-Дону, 2015. – 29 с.

34. Балязина Е.В., Исаханова Т.А., Бондарева О.И., Балязин В.А. Клинические особенности классической невралгии тройничного нерва первого типа в зависимости от топографо-анатомического варианта нейроваскулярного конфликта // Рос. журн. боли. – 2016. – № 1. – С. 36-40.

35. Балязина Е.В., Тарнопольская О.В. Возрастные особенности клиники классической невралгии тройничного нерва // Неврологич. журн. – 2011. – Т. 16, №4. – С. 39-44.

36. Беглярова М.А. Вторичный миофасциальный болевой синдром при невралгии тройничного нерва: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2007. – 27 с.

37. Бектемирова С.Н. Медицинская реабилитация больных невралгией лицевого нерва методами немедикаментозной терапии // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 5.
38. Бер М., Фротшер М. Топический диагноз в неврологии по Петеру Дуусу / Пер. с англ. – М.: Практ. медицина, 2014. – 194 с.
39. Бернадский, Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области. М.: Медицинская литература, 1999. 456 с.
40. Боднева С.Л., Арутюнов В.А. Медикаментозная коррекция невралгии тройничного нерва: (обзор) // Клинич. неврология. – 2016. – № 1. С. 31-33.
41. Боднева С.Л., Пузин М.Н., Кипарисова Е.С., Симакова Т.Г. К вопросу об этиологии невралгии тройничного нерва // Практич. неврология и нейрореабилитация. – 2010. – №1. – С. 44-45.
42. Бондарева О.И., Балязина Е.В. Изменения электроэнцефалограммы до и после устранения нейроваскулярного конфликта у больных классической невралгией тройничного нерва // Рос. журн. боли. – 2016. – № 2. – С. 6-7.
43. Борисова Э.Г. Результаты клинического изучения качества жизни пациентов с постгерпетической невралгией тройничного нерва // Междунар. журн. эксперим. образования. – 2011. – № 3. – С. 100
44. Бурнусус Н.И., Карпов С.М. Реабилитация пациентов после невралгии лицевого нерва // Успехи современного естествознания. – 2013. – № 9. – С.124-125.
45. Василевская Л.А., Нечипуренко Н.И., Алексеев В.В. Нарушения регионарной микрогемодинамики и результаты комплексного лечения пациентов с невралгией тройничного нерва // Известия национальной академии наук Беларуси (Сер. мед. наук). – 2015. – № 4. – С. 44-50.

46. Василевская Л.А., Нечипуренко Н.И., Дик С.К., Терех А.С. Возможности применения лазерной спектр-оптической системы контроля микроциркуляции крови у пациентов с невралгией тройничного нерва // Инновационные технологии в медицине. – 2015. – № 1. – С. 64-69.
47. Верткин А.Л. и др. Гендерные подходы к лечению сердечно-сосудистой патологии: мужчина в центре внимания // РМЖ. Болевой синдром. – 2008. – Спец. вып. – С. 17-20.
48. Гандылян К.С. Современные представления о этиопатогенезе и методах лечения патологии системы тройничного нерва: (обзор литературы) // Междунар. журн. эксперим. образования. – 2015. – № 4-2. – С. 314-317.
49. Гафуров Б.Г., Уринов М.Б. Некоторые клинические и психовегетативные особенности больных невралгией тройничного нерва в аспекте полового диморфизма // Междунар. неврологич. журн. – 2010. – №4. – С. 49-51.
50. Герасимов М.В. Невралгия тройничного нерва: аспекты формирования болевого синдрома, хирургическое лечение с использованием микрокраниотомии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Екатеринбург, 2010. – 32 с.
51. Гервасиева В.Б., Воробьева Н.Л. Иммуноферментный метод количественного определения IgG антител к основному белку миелина // Иммунология. – 2006. – № 2. – С. 52-56.
52. Гиюева Ю.А., Сулейманова Л.М., Гордина Е.С. Многофакторный анализ исследования пациентов с сагиттальными аномалиями окклюзии // Ортодонтия. – 2005. – № 2. – С. 21-25.
53. Глебов М.В. Диагностика и лечение сложного случая вторичной орофациальной боли (клиническое наблюдение) // Рос. журн. боли. – 2016. – № 3-4. – С. 70-73.
54. Глебовская О.И., Приворотская В.В., Шадиева М.М. Клинический пример дебюта идиопатической эпилепсии на фоне

постгерпетической невралгии тройничного нерва // VI Балтийский конгр. по детской неврологии: сб. тез. – Санкт-Петербург, 2016. – С. 85-86.

55. Голяков Д.А. Клинико-этиологические и патогенетические особенности невропатий лицевого нерва у детей и лиц молодого возраста. Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. – М., 2010. – 38 с.

56. Гофман В.Р., Корюкин В.Е., Гайворонский А.В. и др. Отогенный неврит лицевого нерва. – СПб.: Контур М, 1994. – 156 с.

57. Грачёв Ю., Тюрников В.М. Непароксизмальная («невропатическая») тригеминальная боль: механизмы развития, особенности клинических проявлений, медикаментозное и нейрохирургическое лечение. Лекция // Патогенез. – 2014. – Т. 12, № 4. – С. 52-58.

58. Грачев Ю.В. Пароксизмальная лицевая боль // Журн. неврол. и психиатр. – 2011. – № 7. – С. 84-87.

59. Грачёв Ю.В. Патогенетические механизмы и клинические особенности тригеминальных лицевых болей // Журн. неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. – 2009. – № 8. – С. 38-42.

60. Грибова Н.П., Корневская И.А. Цитиколин в комплексной терапии хронической ишемии мозга с синдромом невралгии тройничного нерва (клинико-электронейромиографический анализ) // РМЖ. – 2016. – Т. 24, № 26. – С. 1755-1758.

61. Гусев Е.И. Неврология. Национальное руководство. – М. ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 688 с.

62. Давыдов Б.Н., Герасимова М.М., Гаспарян М.Г. Роль аутоиммунных нарушений в развитии атипичных лицевых болей // Рос. стоматол. журн. – 2009. – № 3. – С. 38-39.

63. Данилов Ал. Б. Новые подходы к лечению пациентов с хронической болью // Лечащий врач. – 2009. – № 4. – С. 34-38.

64. Долгих Л.В., Пузин М.Н., Боднева С.Л., Аванесян Р.А. Психокоррекция в комплексной терапии больных с невралгией тройничного нерва // Вестн мед. стоматол. ин-та. – 2009. – №2. – С. 33-35.
65. Еремина Н.В., Арутюнов В.А., Боднева С.Л. Клинические аспекты тригеминальной невралгии // Клинич. неврология. – 2016. – № 1. – С. 14-18.
66. Еремина Н.В., Арутюнов В.А., Боднева С.Л. Медикаментозная коррекция невралгии тройничного нерва: (Обзор) // Вестн. мед. стоматол. ин-та. – 2012. – №2 (21). – С. 64-67.
67. Журавлев В.П. Этиология, патогенез, диагностика и лечение истинной невралгии тройничного нерва // Стоматология на пороге третьего тысячелетия: сб. тез. – М., 2009. – С. 341-344.
68. Звягина А.В., Шульга А.С., Куташова Л.А. Современные подходы к лечению невралгии тройничного нерва // Центр. науч. вестн. – 2017. – Т. 2, № 7. – С. 10-13.
69. Зенков Л.Р. Клиническая электроэнцефалография (с элементами эпилептологии): рук-во для врачей. – 7-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2016. – 360 с.
70. Ибодуллаев З.Р. Асаб касалликлари. – Тошкент, 2014. – С.369-382.
71. Ивенский В.Н., Ивенский Н.И., Батурин В.А. и др. Лекарственный терапевтический мониторинг карбамазепина при лечении невралгии тройничного нерва // Актуал. вопросы клинич. стоматологии: сб. науч. работ. – Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2015. – С. 112-114.
72. Ильин Е.П. Дифференциальная психофизиология мужчины и женщины. – СПб.: Питер, 2017. – 544 с.
73. Исакова Л.А., Пенина Г.О. Использование электронейромиографии для оценки тяжести параличей БЕЛЛА // BISSA. – 2017. –Т. 6, № 2. – С.12-17.

74. Калина В.О., Шустер М.А. Периферические параличи лицевого нерва. М.: Медицина, 1970. 207 с.
75. Кариев Г.М., Мирзаев А.У. Исследование качества жизни больных с невралгией тройничного нерва после дифференцированной микроваскулярной декомпрессии корешка тройничного нерва // Вестн. нац. медикохирургического Центра им. Н. И. Пирогова. – 2010. – Т. 5, № 2. – С. 94-96.
76. Карлов В.А. Лицевая боль // Журн. неврологии и психиатрии. – 2010. – № 5. – С. 90-100.
77. Карпов С.М., Ивенский В.Н., Саркисов А.Я., Гандылян К.С., Христофорандо Д.Ю. Психосоматическое состояние больных с невралгией тройничного нерва // Неврологич. вестн. Журнал им. В.М. Бехтерева. – 2013. – Т. XLV, №2. – С. 13-17.
78. Карпов С.М., Саркисов А.Я., Гандылян К.С. и др. Качество жизни при невропатии ветвей тройничного нерва // Фундамент. исслед. – 2012. – № 12, (ч. 1). – С. 62-65.
79. Карпов С.М., Саркисов А.Я., Ивенский В.Н., Гандылян К.С., Христофорандо Д.Ю. Вегетативная дисфункция и психосоматическое состояние у пациентов с невралгией тройничного нерва // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 3-2. – С. 298-302.
80. Карпов С.М., Хатуаева А.А., Христофорандо Д.Ю. Вопросы лечения тригеминальной невралгии // Соврем. пробл. науки и образования. – 2014. – № 1. – С. 119.
81. Карпов С.М., Христофорандо Д.Ю., Батурин В.А., Карпов А.С. Новый взгляд на патогенез и лечение невралгии тройничного нерва // Фундам. исслед. – 2012. – № 8. – С. 326-329.
82. Касаткина Л.Ф., Гильванова О.В. Электромиографические методы исследования в диагностике нервно-мышечных заболеваний // Игольчатая миография. – М.: МБН, Медика, 2010. – С. 9-21.

83. Катман М.А. Оценка качества жизни при невралгии тройничного нерва // Научное и образовательное пространство: перспективы развития: сб. матер. IV Междунар. науч.-практ. конф. – Чебоксары, 2017. – С. 42-43.
84. Катман М.А. Современные аспекты в патогенезе и лечении невралгии тройничного нерва // Medicus. – 2015. – № 2. – С. 29-31.
85. Катман М.А. Современные представления о патогенезе и лечении невралгии тройничного нерва // Sciences of Europe. – 2017. – № 11-2. – С. 68-72.
86. Катман М.А. Эффективная методика реабилитации больных с невралгией тройничного нерва // Акад. журн. Запад. Сибири. – 2014. – Т. 10, № 2. – С. 96.
87. Кичерова О.А., Рейхерт Л.И., Усманова М.П. Невралгия тройничного нерва в клинике рассеянного склероза // Университетская медицина Урала. – 2017. – Т. 3, № 1. – С. 29-31.
88. Корневская И.А. Изучение экстероцептивного и тормозного рефлекса как методов электронейромиографии при невралгии тройничного нерва // Смолен. мед. альманах. – 2016. – № 1. – С. 134-137.
89. Корешкина М.И. Невропатическая боль. Проблемы и решения // Нервные болезни. – 2016. – № 4. – С. 34-37.
90. Корнилова Л.Е., Соков Е.Л., Артюков О.П., Нурмагомедова М.С. Изменение психологического статуса пациентов с невралгией тройничного нерва под действием блокады сегментарных остеоцепторов // Фундам. исслед. – 2014. – № 10-8. – С. 1506-1508.
91. Крукки Ж. et al. Рекомендации Европейской федерации неврологических обществ по фармакотерапии невропатического болевого синдрома // НейроNEWS. – 2009. – № 8. – С. 27-35.
92. Курушина О.В. Медицинские и социальные факторы повышения качества жизни пациентов с хронической болью: Автореф. дис. ...докт. мед. наук. – Волгоград, 2011. – 48 с.

93. Лебедева М.А. Отоневрологическая симптоматика при невралгии тройничного нерва и гемифациальном спазме в периоперационном периоде: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2010. – 19 с.
94. Левин О.С., Штульман Д.Р. Неврология: справочник практ. врача. – 7-е изд., доп. и перераб. – М., 2011. – 1016 с.
95. Лейдерман Н.Е., Щекина Р.В. Невропатия лицевого нерва: оптимизация диагностики и лечения // Мед. вестн. МВД. – 2013. – № 1 (62). – С.62-67.
96. Линьков, В.И., Пошивалов И.В. Травматические и нетравматические заболевания лицевого нерва. Современное состояние проблемы (обзор литературы) // Российская оториноларингология. – 2009. – № 3. – С.113-139.
97. Лихачев С.А., Веевник Е.В., Лукашевич В.А. Опыт применения препарата мильгамма в терапии лицевых болей // Неврология и нейрохирургия Восточная Европа. – 2013. – № 2 (18). – С. 39-49.
98. Лихачев С.А., Сидорович Р.Р., Шкут Д.Н. и др. Современные методы хирургического лечения невралгии тройничного нерва // Неврология и нейрохирургия в Беларуси. – 2009. – № 1. – С. 54-60.
99. Лобжанидзе Д.А, Камышан М.А., Елисеева Е.В. Особенности клинико-неврологических проявлений невралгии тройничного нерва // Междунар. студ. науч. вестн. – 2016. – № 4-1. – С. 117-118.
100. Луцкий И.С., Лютикова Л.В., Луцкий Е.И. Витамины группы В в неврологической практике. Междунар. неврол. журнал. 2008. Т. 2. С. 89–93.
101. Мавлютова Р.А., Якупов Р.А., Рашитов Л.З., Гришин С.Н., Маклецов С.В., Захаров А.В. Особенности количественных и качественных показателей мигательного рефлекса и патологической системы у больных тиком // Вестн. современной клинич. мед. – 2017. – Т.10, вып. 3. – С.70-74.
102. Маджидов Н.М., Гафуров Б.Г., Маджидова Ё.Н. Хусусий неврология. – Тошкент – 2009. – С-22.

103. Майер Г., Бернхардт О., Купперс А. Головная боль – междисциплинарная проблема. Стоматологические аспекты функциональной диагностики и лечения // Пародонтология. – 2014. – Т. 19, № 2. – С. 62-67.
104. Максимова М. Ю., Шаров М. Н., Домашенко М. А. и др. Невропатия лицевого нерва // Фарматека. – 2011 – № 14 – С. 46-51.
105. Максимова М.Ю., Суанова Е.Т., Синева Н.А., Водопьянов Н.П. Одонтогенная атипичная невралгия тройничного нерва // Эндодонтия Today. – 2015. – № 2. – С. 44-49.
106. Максимова М.Ю., Шаров М.Н., Водопьянов Н.П. и др. Нейростоматологические заболевания и синдромы: учеб. пособ. для студ. стоматол. факультетов мед. вузов. – М., 2014. – 71 с.
107. Манвелов Л.С., Тюрников В.М., Кадыков А.В. Принципы лечения и ведения больных невралгией тройничного нерва // РМЖ. – 2014. – Т. 22, № 16. – С. 1198-1199.
108. Маркин С.П. Восстановительное лечение больных с заболеваниями нервной системы. – М., 2010. – 109 с.
109. Маркин С.П. Невропатия лицевого нерва // Неврология и ревматология. Приложение к журналу ConsiliumMedicum. – 2010 – № 1 – С. 10-14.
110. Маркин С.П. Поражения лицевого нерва (патогенез, терапия) // J. Neuroscience of B.M. Mankovskyi'. – 2017. – Т.5, № 1. – С.65-70.
111. Мирзаев А.У., Кариев Г.М., Ахмедиев М.М., Тухтаев Н.Х. Хирургическое лечение невралгии тройничного нерва. – Ташкент, 2019. – с.
112. Невропатия лицевого нерва // Частная неврология: учеб. пособ. / Под ред. М.М. Одинака. – М.: Медицинское информационное агентство, 2009. – С. 110-114.
113. Нечипуренко Н.И., Пашковская И.Д., Василевская Л.А. и др. Клинико-биохимические и микрогемоциркуляторные нарушения, оценка

комплексного лечения пациентов с невралгией тройничного нерва // Неврология и нейрохирургия. Восточная Европа. – 2016. – № 2. – С. 171-183.

114. Никифоров А.С., Гусев Е.И. Клиническая неврология: рук-во для врачей. – М.: Медицина, 2009. – 1035 с.

115. Николаева А.А., Журавлев В.П., Макарова А.Ш. Изучение классификация лицевых болей на основании литературного обзора // Урал. мед. журн. – 2015. – № 10. – С. 79-83.

116. Николаева Т.Я., Разинькова И.С., Ширко О.И., Ушницкий И.Д. Особенности клинических проявлений невралгии тройничного нерва у жителей республики Саха (Якутия) // Эндодонтия Today. – 2013. – №2. – С. 31-33.

117. Новиков Ю.О. Применение остеопатии, акупунктуры и локальной инъекционной терапии при лечении паралича Белла (серия случаев) // Мануальная терапия. – 2015 – №3 (59). – С.67-69.

118. Нурмагомедова М.С., Соков Е.Л., Корнилова Л.Е. Остеогенный механизм развития боли при невралгии тройничного нерва [Электронный ресурс] // <https://scienceforum.ru/2014/article/2014002363>.

119. Одинак М.М., Дыскин Д.Е. Клиническая диагностика в неврологии. Рук-во для врачей. – СПб., 2011 – 528 с.

120. Одинак М.М. Невропатия лицевого нерва. Частная неврология: учеб. пособие. – М.: Медицинское информационное агентство, 2009. – С. 110-14.

121. Орлова О.Р., Мозолевский Ю.В., Саксонова Е.В. Невропатия лицевого нерва (паралич Бэллы) // Лечение заболеваний нервной системы. – 2011. – № 2(7). – С.13-20.

122. Осокин В.В. Возможный электротонический синаптический механизм в патогенезе истинных невралгий тройничного, языкоглоточного и верхнего гортанного нервов // Современ. наука: актуал. проблемы и пути их решения. – 2014. – № 7. – С. 90-94.

123. Петровская А.С., Мелиди Е.Г., Кривошапкин А.Л. Дисфункция антиноцицептивной системы ствола мозга при хроническом болевом синдроме на примере невралгии тройничного нерва // Нейрохирургия. – 2009. – № 2. – С. 46-48.
124. Петровская А.С., Кривошапкин А.Л., Афтанас Л.И., Кривошапкин А.Л. Электрофизиологические исследования и тактика лечения пациентов с невралгией тройничного нерва // Сиб. науч. мед. журн. – 2013. – Т. 33, № 3. – С. 5-11.
125. Пирадов М.А., Максимова М.Ю. Невропатия тройничного нерва. – М.: ООО "Медицинское информационное агентство", 2019. – 96 с.
126. Попп А.Дж., Дэшайе Э.М. Рук-во по неврологии: пер. с англ. / Под ред. Н.Н. Яхно. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 688 с.
127. Практическая неврология: рук-во / Под ред. А.С. Кадыкова, Л.С. Манвелова, В.В. Шведкова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 448 с.
128. Приходько И.Е. Тригеминальные невралгии и одонтогенные поражения системы тройничного нерва: учеб. пособ. / Под ред. В.В. Богатова. – Тверь, 2010. – 67 с.
129. Пузин М.Н. Нервные болезни. – М.: Изд-во МСИ, 2013. – С. 305-318.
130. Пузин М.Н., Боднева С.Л., Симакова Т.Г. Методы лечения невралгии тройничного нерва // Клинич. неврология. – 2010. – №1. – С. 30-32.
131. Пузин М.Н., Боднева С.Л., Симакова Т.Г. Методы лечения невралгии тройничного нерва // Клинич. неврология. – 2010. – № 1. – С. 30-32.
132. Рабиева М.М., Рустамов С.Г., Гончарова О.Ю. Применение препарата катадолон при лечении невропатии лицевого нерва, осложненной контрактурой мимических мышц с патологическими синкенезиями // Вестн. последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2013. – № 2. – С. 113-114.

133. Рахмонов Р.А., Ганиева М.Т., Исокова М.Д., Исрофилов М.О. Нервный тик: Причины, диагностика и лечение // Здоровоохранение Таджикистана. – 2016. – №3. – С. 43-48.

134. Ревегук Е.А., Карпов С.М. Актуальность проблемы невралгии тройничного нерва в неврологии // Успехи соврем. естествознания. – 2013. – № 9. – С. 127-128.

135. Рзаев Д.А., Амелин М.Е., Мойсак Г.И., Амелина Е.В. Вазоневральная компрессия: соотношения сосуда и рез у пациентов с тригеминальной невралгией // Лучевая диагностика и терапия. – 2016. – № 1. – С. 54-57.

136. Рзаев Д.А., Куликова Е.В., Мойсак Г.И. и др. Тефлон-гранулема после микроваскулярной декомпрессии корешка тройничного нерва у больной с рекуррентной тригеминальной невралгией // Вопросы нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко. – 2016. – Т. 80, № 2. – С. 78-83.

137. Рзаев Д.А., Мойсак Г.И., Амелин М.Е., Амелина Е.В., Куликова Е.В. Анатомические факторы в развитии тригеминальной невралгии и ее рецидива после микроваскулярной декомпрессии // Нейрохирургия. – 2015. – № 3. – С. 38-43.

138. Рзаев Д.А., Мойсак Г.И., Зубок Н.А. и др. Личностные и эмоциональные характеристики пациентов с тригеминальной невралгией: изменения в результате хирургического лечения (сообщение 2) // Сиб. науч. мед. журн. – 2016. – Т. 36, № 6. – С. 93-98.

139. Рзаев Д.А., Мойсак Г.И., Куликова Е.В. Применение микроваскулярной декомпрессии при сочетании гемифациального спазма и тригеминальной невралгии: клиническое наблюдение // Нейрохирургия. – 2016. – № 1. – С. 68-72.

140. Руденко П.Г. Первый опыт микроваскулярной декомпрессии при нейроваскулярном конфликт // Соврем. принципы комплексного лечения, реанимации и реабилитации больных с заболеваниями и травмами нервной

системы: сб. науч. тр., посвящ. 90-летию со дня рождения основателя нейрохирург. службы Краснояр. края, д-ра мед. наук, почетного проф. КрасГМУ Дралюк Нины Семеновны / Под ред. П.Г. Шнякин, Н.В. Исаева, М.Г. Дралюк. – Красноярск, 2015. – С. 18-19.

141. Савицкая Н.Г., Супонева Н.А., Остафийчук А.В., Янкевич Д.С. Возможности электромиографии в прогнозировании восстановления при идиопатической нейропатии лицевого нерва // Нервно-мышечные болезни. – 2012. – №4. – С. 36-42.

142. Савицкая Н.Г., Янкевич Д.С., Остафийчук А.В., Павлов Э.В. Электромиография: прогноз и оценка эффективности терапии при параличе Белла // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2011. – № 3. – С.60-64.

143. Саксонова Е.В. Невропатия лицевого нерва // Новая аптека. – 2013. – N 2. – С.94-95.

144. Саксонова Е.В. Функциональная асимметрия нейро-моторного аппарата лица при невропатии лицевого нерва и методы её коррекции: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – М., 2013. – С.5-6.

145. Сапина М.Р. Анатомия человека [электронный ресурс]: учебник: в 2 т. Т. I.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 528 с.

146. Саркисов А.Я., Гандылян К.С., Ивенский В.Н. и др. Оценка состояния мозговой гемодинамики у больных с невралгией тройничного нерва // Клинич. неврология. – 2012. – № 4. – С. 10-12.

147. Свистушкин В.М., Славский А.Н. Невропатия лицевого нерва: современные подходы к диагностике и лечению // РМЖ. – Оториноларингология. – 2016. – № 4. – С. 280-285.

148. Семенов А.В., Рзаев Д.А., Пятайкина Е.И. и др. Опыт лечения невралгии тройничного нерва методом пункционной глицериновой ризотомии // Патология кровообращения и кардиохирургия. – 2016. – Т. 20, № 3. – С. 98-107.

149. Сехвейл, Салах М.М. Оптимизация результатов микроваскулярной декомпрессии корешка тройничного нерва у больных классической тригеминальной невралгией: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Москва, 2013. – 21 с.
150. Соков Е.Л. др. Применение внутрикостных блокад при тригеминальной невралгии // Болевые синдромы в области головы, лица и полости рта: матер. конф. – Ярославль, 2010. – С. 170-172.
151. Стаднюк, Ю. И. Демиелинизирующие заболевания / Ю. И. Стаднюк, Д. С. Лезина, О. В. Воробьева // Лечение заболеваний нервной системы. – 2012. – Т. 2, № 2. – С. 14-21.
152. Степанченко О.А., Шаров М.Н., Максимова М.Ю. и др. Современные подходы к терапии постгерпетической невралгии тройничного нерва // Consilium Medicum. – 2013. – Т. 15, № 2. – С. 16-18.
153. Сулайманов М.Ж., Байматов А.А. Невралгия тройничного нерва: методы хирургического лечения (микроваскулярная декомпрессия тройничного нерва) // Вестн. КГМА им. И. К Ахунбаева. – 2010. – № 2. – С. 105-109.
154. Тесты, шкалы, опросники в неврологической практике: учеб.-метод. пособ. / сост. С.В. Макаров. – Самара, 2013. – 48 с.
155. Тишков Д.С., Бобынцев И.И. Исследование уровня интенсивности болевого синдрома у больных с невралгией тройничного нерва на фоне комплексной физиотерапии // Физиотерапевт. – 2016. – № 2. – С. 23-28.
156. ТОВАЖНЯНСКАЯ Е.Л. Невралгия тройничного нерва: современные аспекты комплексной терапии // Междунар. неврологич. журн. – 2010. – № 3 (33). – URL: <http://www.mifua.com/archive/article/12199>.
157. Топольскова Н.В. Возможности комплексной лучевой диагностики невралгии тройничного нерва для выбора тактики хирургического лечения: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб, 2014. – 23 с.

158. Топольскова Н.В., Каурова Т.А., Щедренко В.В., Иваненко А.В., Могучая О.В. Способы воздействия на периферические ветви тройничного нерва при его невралгии // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. – 2009. – Т. 168, №2. – С. 50-52.

159. Триумфов А.В. Топическая диагностика заболеваний нервной системы: краткое рук-во. – М.: МЕДпресс-информ, 2015. – 264 с.

160. Турбина Л.Г. Сравнительный анализ эффективности комплексной фармакотерапии боли при невралгии тройничного нерва // РМЖ. – 2014. – Т. 22, № 10. – С. 751-755.

161. Тюрников В.М., Метелкина Л.П., Гуца А.О. Ризотомия в хирургии невралгии тройничного нерва и кластерных головных болей // Рос. нейрохирург. журн. им. проф. А. Л. Поленова. – 2013. – Т. 5, № 3. – С. 37-42.

162. Уилсон-Паувелс Л. и др. Черепные нервы. Функция и дисфункция / Пер. с англ.; Под ред. А.А. Скоромца. – М., 2013 – 272 с.

163. Унтевский В.Г., Саркисов Г.А., Саркисов А.Я. Методы оценки психоэмоционального состояния пациента при невралгии тройничного нерва // Междунар. студ. науч. вестн. – 2016. – № 4-1. – С. 124-125.

164. Устюжанцев Н.Е. Возрастные изменения анатомии корешков тройничного нерва в задней черепной ямке и их значение в развитии невралгии тройничного нерва // Science Time. – 2015. – № 4. – С. 776-787.

165. Устюжанцев Н.Е., Баландина И.А. Объективные и количественные диагностические критерии невралгии тройничного нерва при определении показаний к оперативному лечению // Казанский мед. журн. 2010. – Т. 91, №5. – С. 643-648.

166. Устюжанцев Н.Е., Четвертных В.А. Критерии диагностики медикаментозно резистентной формы течения невралгии тройничного нерва // Перм. мед. журн. – 2010. – Т. 27, № 5. – С. 82-90.

167. Устюжанцев Н.Е., Четвертных В.А., Баландина И.А. Морфология зоны входа корешка тройничного нерва в ствол головного мозга, влияющая

на развитие невралгии тройничного нерва // Перм. мед. журн. – 2006. – Т. XXIII, № 5. – С. 94-98.

168. Фармакотерапия в неврологии и психиатрии. Пер. с англ. / Под ред. С.Д. Энна, Д.Т. Койла. – М.: МИА, 2007. – 800 с.

169. Харламова Ф.С., Учайкин В.Ф., Гусева Л.Н. и др. Хроническая постгерпетическая невралгия (постзостерный синдром Рамсея-Ханта) // Педиатрия. – 2016. – Т. 95, № 2. – С. 185-189.

170. Хатуаева А.А. Современные представления об этиологии и патогенезе невралгии тройничного нерва // Междунар. науч.-ислед. журн. 2013. – №10-5 (17). – С. 31-33.

171. Хатуаева А.А., Вышлова И.А., Христофорандо Д.Ю., Карпов С.М. Роль аутоиммунного процесса при невралгии тройничного нерва // Рос. журн. боли. – 2016. – № 3-4. – С. 13-15.

172. Хатуаева А.А., Ивенский Н.И., Ивенский В.Н., Христофорандо Д.Ю. Вегетативная регуляция и психосоматика у пациентов с трегиминальной невралгией // Клинич. неврология. – 2016. – № 3. – С. 11-16.

173. Хатуаева А.А., Карпов С.М., Карпова Е.Н. Вопросы этиологии и патогенеза невралгии тройничного нерва: (литературный обзор) // Клинич. неврология. – 2015. – №1. – С. 30-38.

174. Шаров М., Фищенко О., Шестель Е. Применение пролонгированной формы антиконвульсантов в период эксацербации тригеминальной невралгии // Врач. – 2012. – № 4. – С. 65-68.

175. Шведова Е.А., Короткиева Н.Г., Балязина Е.В. Особенности методики оценки функционального состояния пациентов с невралгией тройничного нерва // Известия ЮФУ. Технические науки. – 2010. – № 8 (109). – С. 200-204.

176. Шелеско А.А. Паралич лицевого нерва. М.: Медицина, 2001 238 с.

177. Шулев Ю.А., Гордиенко К.С., Трашин А.В. и др. Венозная компрессия как причина невралгии тройничного нерва // Вопр. нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко. – 2016. – Т. 80, № 4. – С. 21-30.
178. Щедренок В.В., Топольская Н.В., Могучая О.В. Нейровизуализация при тригеминальной невралгии // Сибирский международный нейрохирургический форум. – Новосибирск, 2012. – С. 5.
179. Щедренок В.В., Топольская Н.В., Чудинаи В.И. Невралгия тройничного нерва // Клиника, диагностика и лечение. – СПб.: ЛОИРО, 2014. – С. 328.
180. Щедренок В.В., Топольскова Н.В., Могучая О.В., Себелев К.И. Алгоритм диагностики невралгии тройничного нерва // Российский нейрохирургический журнал им. профессора А.Л. Поленова. – 2011. – Т.3, №4. – С. 31-36.
181. Якупов Р.А., Якупова А.А., Бусургина Е.А., Назипова А.Я. Электронеурофизиологические критерии прогноза течения острой невропатии лицевого нерва по данным исследования мигательного рефлекса // Вестн. современной клинич. мед. – 2018. – Т.11, вып. 5. – С.82-85.
182. Ahn D.K., Lim E.J., Kim B.C. Compression of the trigeminal ganglion produces prolonged nociceptive behavior in rats // Eur. J. of Pain. – 2009. – Vol. 13, Is. 6. – P. 568-575.
183. Alabas O.A., Tashani O.A., Tabasam G., Johnson M.I. Gender role affects experimental pain responses: a systematic review with meta-analysis. // Eur. J. Pain. – 2012. – Vol. 16, N9. – P.1211-23.
184. Antonini G., Di Pasquale A., Cruccu G. et al. Magnetic resonance imaging contribution for diagnosing symptomatic neurovascular contact in classical trigeminal neuralgia: a blinded case-control study and meta-analysis // Pain. – 2014. – Vol. 155. – P. 1464-1471.

185. Arai Y.C., Hatakeyama N., Nishihara M. et al. Intravenous lidocaine and magnesium for management of intractable trigeminal neuralgia: a case series of nine patients // J. Anesth. – 2013. – Vol. 27, № 6. – P. 960-962.
186. Baad-Hansen L., Benoliel R. Neuropathic orofacial pain: Facts and fiction // Cephalalgia. – 2017. – Vol. 37, № 7. – P. 670-679.
187. Baliazin V.A., Baliazina E.V., Aksenov D.P. Computed Tomography in the Diagnosis of Classical Trigeminal Neuralgia // J. Comput.Assist. Tomogr. – 2017. – Vol.41, №4. –P. 521-527.
188. Bender M.T., Pradilla G., Batra S. et al. Glycerol rhizotomy and radiofrequency thermocoagulation for trigeminal neuralgia in multiple sclerosis // J. Neurosurg. – 2013. – Vol. 18, № 2. – P. 329-36.
189. Berg T., Marsk E., Engstrom M. et al. The effect of study design and analysis methods on recovery rates in Bell's palsy // Laryngoscope. – 2009. – Vol. 119, №10. – P.2046-50.
190. Blackburn D., Randall M.S., Hoggard N. et al. Trigeminal neuralgia: no laughing matter // Pract. Neurol. – 2013. – Vol. 13, № 4. – P. 263-267.
191. Boucher Y., Carstens M.I., Sawyer C.M. et al. Capsaicin avoidance as a measure of chemical hyperalgesia in orofacial nerve injury models // Neurosci Lett. – 2013. – Vol. 543. – P. 37-41.
192. Bovaira M., Penarrocha M., Penarrocha M., Calvo A. Conventional radiofrequency treatment in five patients with trigeminal neuralgia // Med. Oral. Patol. Oral. Cir.Bucal. – 2013. – Vol. 18, № 1. – P. 76-80.
193. Brailo V., Zakrzewska J.M. Grading the intensity of nondental orofacial pain: Identification of cutoff points for mild, moderate, and severe pain // J. Pain. Res. – 2015. – Vol. 8. – P. 95-104.
194. Brisman R. Trigeminal Neuralgia: Diagnosis and Treatment // World neurosurgery. – 2011. – Vol. 76, № 6. – P. 533-534.

195. Broggi G. Trigeminal neuralgia without evidence of neurovascular conflict: microvascular compression or root entry zone exploration? // *World Neurosurg.* – 2013. – Vol. 80, № 3-4. – P. 300-1.
196. Cai J., Xin Zhen-Xue, Zhang Yu-Qiang et al. Diagnostic value of 3D time-of-flight MRA in trigeminal neuralgia // *J. of Clinical Neuroscience.* – 2015. – Vol. 22, Is. 8. – P. 1343-1348.
197. Chen M.J., Gu L.X., Zhang W.J. et al. Electromagnetic Navigation-Guided Radiofrequency Thermocoagulation in Trigeminal Neuralgia: Technical Note with Three Case Reports // *J. Neurol. Surg. A Cent. Eur. Neurosurg.* – 2013. – №10. – P.112-114.
198. Collet C., Haen P., Laversanne S. et al. Trigeminal neuralgia: A new therapy? // *Medical Hypotheses.* – 2013. – Vol. 81, Is. 6. – P. 1088-1089.
199. Dagsdottir L.K., Skytt I., Vase L. Reports of perceptual distortion of the face are common in patients with different types of chronic orofacial pain // *J. Oral. Rehabil.* – 2016. – Vol. 43. – P. 409-416.
200. Dalla C.G., Colombo B., Libera D.D. et al. Parry Romberg Syndrome associated with chronic facial pain // *J. Clin. Neurosci.* – 2013. – Vol. 20. – P. 1320-1322.
201. De Siqueira S.R., Teixeira M.J., de Siqueira J.T. Orofacial pain and sensory characteristics of chronic patients compared with controls // *Oral. Surg. Oral. Med. Oral. Pathol. Oral. Radiol.* – 2013. – Vol. 115, № 6. – P. 37-45.
202. De Toledo I.P., Conti R.J., Fernandes M. et al. Prevalence of trigeminal neuralgia: A systematic review // *J. of the Am. Dental. Assoc.* – 2016. – Vol. 147, № 7. – P. 570-576.
203. Delcanho R.E., Boeddinghaus R. Leprosy presenting as orofacial pain: case report // *J. Orofac. Pain.* – 2012. – Vol. 26, № 2. – P. 142-147.
204. DeSouza D., Hodaie M., Davis K.D. Structural Magnetic Resonance Imaging Can Identify Trigeminal System Abnormalities in Classical Trigeminal Neuralgia // *Front. Neuroanat.* – 2016. – Vol. 10. – P. 95.

205. Diasamidze E.D. Combined treatment of trigeminal neuralgia // Вестник стоматологии. – 2014. – № 2 (87). – С.41-45.
206. Diasamidze E.D. Unconventional treatment of pain sensitivity in trigeminal neuralgia // Вестник стоматологии. – 2014. – №1 (86). – С. 90-92.
207. Domingues R.B., Kuster G.W., Aquino C.C. Treatment of trigeminal neuralgia with low doses of topiramate // Arq. Neuropsiquiatr. – 2017. – Vol. 65. – P. 3792-3794.
208. Doshi J., Irving R. Recurrent facial nerve palsy: the role of surgery // J. Laryngol. Otol. – 2010. – №124. – P.1202-1204.
209. Eller J.L., Raslan A.M., Burchiel K.J. Trigeminal neuralgia: definition and classification // Neurosurg. Focus. – 2015. – Vol. 18, № 5. – P.45-49.
210. Engstrom M., Berg T., Stjernquist-Desatnik A., Axelsson S., Pitkäranta A., Hultcrantz M. et al. Prednisolone and valacyclovir in Bell's palsy: A randomized, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial // Lancet Neurol. – 2008.
211. Erbagci H., Kizilkan N., Sirikci A. et al. Computed tomography based measurement of the dimensions of foramen ovale and rotundum in trigeminal neuralgia // Neurosciences. – 2010. – Vol. 15, № 2. – P. 101-104.
212. Ferreira M., Santos P.C., Duarte J. Idiopathic facial palsy and physical therapy: an intervention proposal following a review of practice // Physical Therapy Reviews. – 2011. – Vol. 16, N 4. – P.237-243.
213. Gilchrist J.M. Seventh cranial neuropathy // Semin Neurol. – 2009. – Vol. 29, №1. – P.5-13.
214. Gorgulho A. Radiation mechanisms of pain control in classical trigeminal neuralgia // Surg. Neurol. Int. – 2012. – Vol. 3, suppl. 1. – P. 17-25.
215. Grosheva M., Wittekindt C., Guntinas-Lichius O. Prognostic value of electroneurography and electromyography in facial palsy // Laryngoscope. – 2008. – Vol. 118, №3. – P.394-7.

216. Guardiani E., Sadoughi B., Blitzner A., Sirois D. A new treatment paradigm for trigeminal neuralgia using botulinum toxin type // J. Laryngoscope. – 2014. – Vol. 124, № 2. – P. 413-417.
217. Haginomori S., Wada S., Takamaki A., Kanazawa A., Nonaka R., Takenaka H., Takubo T. A novel electroneurography method in facial palsy // Acta Oto-Laryngologica. – 2010. – Vol. 130, №4. – P. 520-4.
218. Han H.Y., Lin Y.Q., Wang P.Y. Embedding catgut acupoint and blood-letting at trigger point for 58 cases of primary trigeminal neuralgia // Zhongguo Zhen. Jiu. – 2012. – Vol. 32, № 7. – P. 591-592.
219. Harsha K.J., Kesavadas C., Chinchure S. et al. Imaging of vascular causes of trigeminal neuralgia // J. Neuroradiol. – 2012. – Vol. 39, № 5. – P. 281-289.
220. Hentschel K., Capobianco D.J. Facial pain // Neurologist. – 2005. – Vol. 11, № 4. – P. 244-249.
221. Hodaie M., Chen D.Q., Quan J., Laperriere N. Tractography Delineates Microstructural Changes in the Trigeminal Nerve after Focal Radiosurgery for Trigeminal Neuralgia // PLoS ONE. – 2012. – Vol. 7, №. 3. – e32745.
222. Hodaie M., Coello A.F. Advances in the management of trigeminal neuralgia // J. Neurosurg. Sci. – 2013. – Vol. 57, № 1. – P. 13-21.
223. Hsieh R., Wu C., Wang L., Lee W. Correlates of degree of nerve involvement in early Bell's palsy // BMC Neurology. – 2009. – №9. –P.22-8.
224. Ibrahim S. Trigeminal neuralgia: diagnostic criteria, clinical aspects and treatment outcomes. A retrospective study // Gerodontology. – 2014. – Vol. 31, № 2. – P. 89-94.
225. Jackson C.G., Von Doersten P.G. The facial nerve. Current trends in diagnosis, treatment, and rehabilitation // Medical Clinics of North America. – 2011. – Vol. 83, №1. – P. 179-195.

226. Jagannath P.M., Venkataramana N.K., Bansal A., Ravichandra M. Outcome of microvascular decompression for trigeminal neuralgia using autologous muscle graft: A five-year prospective study // Asian J. Neurosurg. – 2012. – Vol. 7, № 3. – P. 125-130.
227. Jay G.W., Barkin R.L. Neuropathic pain: Etiology, pathophysiology, mechanisms, and evaluations // Disease-a-Month. – 2014. – Vol. 60. – P. 6-47.
228. Jia D.Z., Li G. Bioresonance hypothesis: a new mechanism on the pathogenesis of trigeminal neuralgia // Med. Hypotheses. – 2010. – Vol. 74, № 3. – P. 505-507.
229. John A.A., Abbas M.M., Javali M. et al. A rare presentation of trigeminal neuralgia in lateral medullary syndrome // Neurology India. – 2017. – Vol. 65, № 3. – P. 638-640.
230. Kanai A., Suzuki A., Kobayashi M., Hoka S. Intranasal lidocaine 8% spray for second-division trigeminal neuralgia // Br. J. Anaesth. – 2016. – Vol. 97, № 4. – P. 559-563.
231. Kandil M.R., Darwish E.S., Khedr E.M. A community-based epidemiological study of peripheral neuropathies in Assiut // Egypt. Neurol. Res. – 2012. – Vol.34, №10. – P. 960-966.
232. Kanerva M., Jonsson L., Berg T. et al. Sunnybrook and House-Brackmann systems in 5397 facial gradings // Otolaryngol Head Neck Surg. – 2011. – Vol.144, №4. – P.570-4.
233. Kang H.M., Jung S.Y., Byun J.Y., Park M.S., Yeo S. Steroid plus antiviral treatment for Bell's palsy // J. Int. Med. – 2015. – Vol. 277, Issue 5. – P.532-539.
234. Kanoto M., Hosoya T., Oda A., Honma T., Sugai Y. Focal deformity of the cranial nerves observed on multislice motion-sensitized driven equilibrium (MSDE) in patients with neurovascular compression // J. Comput. Assist. Tomogr. – 2012. – Vol. 36, N 1. – P. 121–124.

235. Kaplan P.W. Neurologic diseases in women. – NY.: Demos Medical Publishing Inc, 2016. – 478 p.
236. Kimyra J. Electrodiagnosis of cranial nerve // *Acta Neurol Taiwan*. – 2016. – №15. – P.2-12.
237. Ko A.L., Lee A., Raslan A.M. et al. Trigeminal neuralgia without neurovascular compression presents earlier than trigeminal neuralgia with neurovascular compression // *J. of neurosurgery*. – 2015. – Vol. 123, Is. 6. – P. 1519-1527.
238. Koes B.W., Scholten R.J., Mens J.M., Bouter L.M. Efficacy of Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs for Low Back Pain-A Systematic Review of Randomised Clinical Trials // *Annals of the Rheumatic Dis*. 1997. Vol. 56 (4). P. 214–223.
239. Kono K., Matsuda Y., Terada T. Resolution of trigeminal neuralgia following minimal coil embolization of a primitive trigeminal artery associated with a cerebellar arteriovenous malformation // *Acta Neurochir. (Wien)*. – 2013. – Vol. 18. – P. 234-243.
240. Ladner T.R., Ehtesham M., Davis B.J. et al. Resolution of trigeminal neuralgia by coil embolization of a persistent primitive trigeminal artery aneurysm // *J. Neurointerv. Surg*. – 2013. – Vol. 3. – P. 1393-1397.
241. Lagares A., Rivas J. J., Jiménez L. et al. Central demyelination in the pathogenesis of trigeminal neuralgia associated with cerebellopontine angle tumors: case report with ultrastructural trigeminal root analysis // *Neurosurgery*. – 2010. – Vol. 66, N 4. – P. 841-842.
242. Laurent B., Keravel Y., Sindou M. Clinical aspects of trigeminal neuralgia // *Neurochirurgie*. – 2009. – Vol. 55, N 2. – P. 181-184.
243. Lee J.K., Kim D.R., Huh Y.H. et al. Long-term outcome of gamma knife surgery using a retrogasserian petrous bone target for classic trigeminal neuralgia // *Acta Neurochir Suppl*. – 2013. – Vol. 116. – P. 127-135.

244. Legatto M.D., Marianne J. Principles of Gender – Specific Medicine Gender in the Genomic Era. – Academic Press, 2017. – P. 258-265.
245. Lenchig S., Cohen J., Patin D. A minimally invasive surgical technique for the treatment of posttraumatic trigeminal neuropathic pain with peripheral nerve stimulation // Pain Physician. – 2012. – Vol. 15, № 5. – P. 46-42.
246. Linder T.E., Abdelkafy W., Caverro-Vanek S. The management of peripheral facial nerve palsy: “paresis” versus “paralysis” and” sources of ambiguity in study designs // Otol. Neurotol. – 2010. – Vol.31, N2. – P.319-27.
247. Liu C., Zhou Z.G., Yuan C.Y. Treatment of primary trigeminal neuralgia with radiofrequency thermocoagulation: report of 648 consecutive cases // Shanghai Kou Qiang Yi Xue. – 2012. – Vol. 21, № 4. – P. 466-469.
248. Liu J., Yuan Y., Zhang L. et al. Hemifacial spasm and trigeminal neuralgia in Chiari’s I malformation with hydrocephalus: Case report and literature review // Clin. Neuroly. Neurosurg. – 2014. – Vol. 122. – P. 64-67.
249. Liu Y., Li J., Butzkueven H. et al. Microstructural abnormalities in the trigeminal nerves of patients with trigeminal neuralgia revealed by multiple diffusion metrics // Eur. J. Radiol. – 2013. – Vol. 8, № 5. – P. 783-786.
250. Marinković S., Gibo H., Todorović V. et al. Ultrastructure and immunohistochemistry of the trigeminal peripheral myelinated axons in patients with neuralgia // Clin. Neurol. Neurosurg. –2009. – Vol. 111, N 10. – P. 795-800.
251. Marques A.M.C., Soares L.G.P., Marques R.C., Pinheiro A.L.B., Dent M. AIP Treatment in Bell's Palsy // Conference Proceedings. – 2011. – Vol. 1364, Issue 1. – P.66-69.
252. Mathieu D., Effendi K., Blanchard J., Séguin M. Comparative study of Gamma Knife surgery and percutaneous retrogasserian glycerol rhizotomy for trigeminal neuralgia in patients with multiple sclerosis // J. Neurosurg. – 2012. – Vol. 117. – P. 175-180.
253. Miller J.P., Acar F., Burchiel K.J. Classification of trigeminal neuralgia: clinical, therapeutic, and prognostic implications in a series of 144

patients undergoing microvascular decompression // J neurosurg. – 2009. – Vol. 111, № 6. – P. 1231-1234.

254. Mistry A.M., Niesner K.J., Lake W.B. et al. Neurovascular compression at the root entry zone correlates with trigeminal neuralgia and early microvascular decompression outcome // World neurosurgery. – 2016. – Vol. 95. – P. 208-213.

255. Mooney T. Diagnosis and management of patients with Bell's palsy // Nursing Standard. – 2013. – Vol. 28, Issue 14. – P.44-49.

256. Ngow H.A., Wan Khairina W.M., Hamidon B.B. Recurrent Bell's palsy in a young woman // Singapore Med. J. – 2008. – № 49. – P. 278-280.

257. Obermann M. Treatment options in trigeminal neuralgia // Therapeutic Advances in Neurological Disorders. – 2010. – Vol. 3, № 2. – P. 107-115.

258. Obermann M., Rodriguez-Raecke R., Naegel S. et al. Gray matter volume reduction reflects chronic pain in trigeminal neuralgia // Neuroimage. – 2013. – Vol. 74. – P. 352-358.

259. Ozgur A., Semai B., Hidir U.U. et al. Which electrophysiological measure is appropriate in predicting prognosis of facial paralysis? // Clin Neurol Neurosurg. – 2010. – P.112:844-8.

260. Pareja J.A., Cuadrado M.L. Lacrimal neuralgia: so far, a missing cranial neuralgia // Cephalalgia. – 2013. – Vol. 33. – P. 1198-1202.

261. Peker S., Sirin A. Primary trigeminal neuralgia and the role of pars oralis of the spinal trigeminal nucleus // Medical Hypotheses. – 2017. – Vol. 100. P. 15-18.

262. Pereira de Moraes N.M., Mascarenhas A.L., Soares-Fernandes J.P., Moreira da Costa J.A. Cranial nerve cavernous malformations causing trigeminal neuralgia and chiasmal apoplexy: Report of 2 cases and review of the literature // Surg Neurol Int. – 2012. – Vol. 3. – P. 105.

263. Prim N., Benito N., Monies G. et al. Human herpesvirus meningoencephalitis after trigeminal neuralgia surgery // J. Infect. – 2013. – Vol. 67, № 1. – P. 79-81.
264. Qin D., Ouyang Zh., Luo W. Familial recurrent Bell's palsy // Neurology India. – 2009. – Vol 57, Issue 6. – P. 783-74.
265. Rafael B., Sorin T., Eli E. Painful traumatic trigeminal neuropathy // Oral Maxillofac Surg Clin North Am. – 2016. – Vol. 28. – P. 371-380.
266. Revant C., Ranjitkumar P., Degwekar Sh.S., Bhowate R.R. Drug Treatment of Trigeminal Neuralgia: A Systematic Review of the Literature // J. Oral and Maxillofac. Surg. –2007. – Vol. 65. – P. 40-45.
267. Rossi V., Nociti V., Palermo C. et al. Erratum to: Both trigeminal autonomic cephalalgia and trigeminal neuralgia in a child // Neurol Sci. – 2014. – Vol. 35. – P. 809.
268. Sandell T., Eide P. K. The effect of microvascular decompression in patients with multiple sclerosis and trigeminal neuralgia // Neurosurgery. – 2010. – Vol. 67, N 3. – P. 749-753.
269. Santos M.M., Freire A.R., Rossi A.C. et al. Trigeminal neuralgia: literature review // J. Morphol. Sci. – 2013. – Vol. 30, № 1. – P. 1-5.
270. Sava A., Furnica C., Petreu T. et al. Trigeminal nerve: MRI anatomy and case presentation of trigeminal neuralgia due to arterial compression // Rom. J. Morphol. Embryol. – 2012. – Vol. 53, № 4. – P. 1097-1102.
271. Savitskaya N.G., Yankevi D.S., Ostafiichuk A.B. et al. Elektromiografi ya: prognoz i otsenka effektivnosti terapii pri paraliche Bella [Electromyography: prognosis and evaluation of the effectiveness of therapy for Bell's palsy] // Nevrologiya, neyropsikhiatriya, psikhosomatika [Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics]. –2011. –№3. – C. 60-64.
272. Seeburg D.P., Northcutt B., Aygun N., Blitz A.M. The Role of Imaging for Trigeminal Neuralgia // Neurosurg. Clin. North. Am. – 2016. – Vol. 27, №. 3. – P. 315-326.

273. Sindou M. Trigeminal neuralgia: a plea for microvascular decompression as the first surgical option Anatomy should prevail // *Acta Neurochir. (Wien)*. – 2010. – Vol. 152, N 2. – P. 361-364.

274. Siqueira S.R., Alves B., Malpartida H.M. et al. Abnormal expression of voltage-gated sodium channels Nav1.7, Nav1.3 and Nav1.8 in trigeminal neuralgia // *Neuroscience*. – 2009. – Vol. 164, № 2. – P. 573-577.

275. Soch K., Purtle D., Ara M., Dabbs K. Do corticosteroids relieve Bell's palsy? // *J. Family Practice*. – 2016. – Vol. 65, Issue 3. – P.44-45.

276. Straube T., Schmidt S., Weiss T., Mentzel H.J., Miltner W.H. Sex differences in brain activation to anticipated and experienced pain in the medial prefrontal cortex // *Hum Brain Mapp*. –2009. – Vol. 30, N2. – P.689-98.

277. Sudahar H., Kurup P.G., Murali V. Dosimetric analysis of trigeminal nerve, brain stem doses in CyberKnife radiosurgery of trigeminal neuralgia // *J. Med. Phys.* – 2012. – Vol.37, №3. – P.124-8.

278. Thomas K.L., Vilensky J.A. The anatomy of vascular compression in trigeminal neuralgia // *Clin. Anat.* – 2014. – Vol. 27, № 1. – P. 89-93.

279. Tinastepe N., Oral K. Neuropathic pain after dental treatment // *Agri*. – 2013. – Vol. 25, № 1. – P. 1-6.

280. Turk U., Ilhan S., Alp R., Sur H. Botulinum toxin and intractable trigeminal neuralgia // *Clin. Neuropharmacol.* – 2015. – Vol. 28, №4. – P. 161-162.

281. Tveitnes P., Ovmar K., Nat S.O. Acute facial nerve palsy in children: how often is it lyme borreliosis? // *Scand. J. Infect. Dis.* – 2007. – V. 5. – P. 425-431.

282. Urano H., Ara T., Fujinami Y., Hiraoka B.Y. Aberrant TRPV1 expression in heat hyperalgesia associated with trigeminal neuropathic pain // *Int. J. Med. Sci.* – 2012. – Vol. 9, № 8. – P. 690-697.

283. Viana M., Tassorelli C., Aliéna M. et al. Diagnostic and therapeutic errors in trigeminal autonomic cephalalgias and hemicrania continua: a systematic review // *J. Headache Pain.* – 2013. – Vol. 14, № 1. – P. 14.
284. Viel M. Pregabalin for the Treatment of Trigeminal Neuralgia // *Am. Family Physician.* – 2008. – Vol. 78, №. 7. – P. 808.
285. Wang J.L., Peizhong J., Xin Xu, Yu Zhang X. Outcomes of Recurrent Facial Palsy in Melkersson Rosenthal Syndrome. *Annals of Otology // Rhinology & Laryngology.* – 2015. – Vol. 124, Issue 3. P.232-234.
286. Wang X., Liang H., Zhou C. et al. Sensitization induces hypersensitivity in trigeminal nerve // *Clin. Exp. Allergy.* – 2012. – Vol. 42, № 11. – P. 1638-1642.
287. Weng Z., Halawa M.A., Liu X. et al. Analgesic effects of preoperative peripheral nerve block in patients with trigeminal neuralgia undergoing radiofrequency thermocoagulation of gasserian ganglion // *J. Craniofac. Surg.* – 2013. – Vol. 24, № 2. – P. 479-482.
288. Wilcox S.L., Gustin S.M., Eykman E.N. et al. Trigeminal Nerve Anatomy in Neuropathic and Nonneuropathic Orofacial Pain Patients // *J. Pain.* – 2013. – Vol. 14. – P. 865-872.
289. Wilson R.G., Davis R.E. Clinical chemistry of vitamin B6 // *Adv Clin Chem.* 1983. Vol. 23. P. 1–68.
290. Woda A., Tubert-Jeannin S. Towards a new taxonomy of idiopathic orofacial pain // *J. Pain.* – 2015. – Vol. 116, № 3. – P. 396-406.
291. Wright K.R. Locating pain // *J. Am. Dent. Assoc.* – 2015. – Vol. 136, № 11. – P. 1556-1559.
292. Xu Z., Zhang P., Long L. et al. Diabetes mellitus in classical trigeminal neuralgia: A predisposing factor for its development // *Clinical. Neurol. Neurosurg.* – 2016. – Vol. 151. – P. 70-72.

293. Yamamoto T., Suzuki M., Esaki T. Trigeminal neuralgia caused by venous angioma: case report // Neurol. Med. Chir. (Tokyo). – 2013. – Vol. 53, № 1. – P. 40-43.

294. Yong H., Xiaofei G., Lin F. et al. Therapeutic efficacy and safety of botulinum toxin type A in trigeminal neuralgia: a systematic review // J. of Headache and Pain. – 2013. – Vol. 14. – P. 72-79.

295. Zakrzewska J.M. Chronic/persistent idiopathic facial pain // Neurosurg. Clin. N. Am. – 2016. – Vol. 27. – P. 345-351.

296. Zakrzewska J.M., Coakham H.B. Microvascular decompression for trigeminal neuralgia: update // Curr. Opin Neurol. – 2012. – Vol. 25, N 3. – P. 296-301.

297. Zhao H., Tang Yi., Zhang X., Li Sh. The Study of Calcium, Phosphonium, Magnesium, and Ferrum Concentration in Serum of Patients With Primary Trigeminal Neuralgia // J. Craniofac. Surgery. – 2017. – Vol. 28, № 3. – P. 235-238.