

УДК 616.831

BIRLAMCHI ZO`RIQISH BOSH OG`RIG`NING NEVROLOGIK XUSUSIYATLARI VA RIVOJLANISH MEX- ANIZMI

Ergashova Husnnora Faxriddin qizi

Tibbiyot fakulteti assistenti

Alfraganus University

Annotatsiya

Turli xil ilmiy tekshiruvlar va tadqiqotlarga qaraganda zo`riqish bosh og`rig`i umumiy populyatsiyada 30% dan 70% gacha uchraydi aniqlangan ya`ni aholining har 3 tasidan bittasida uchraydi.

Braziliya aholisining 52,8% ida bosh og`rig`i uchraydi.

Ushbu ko`rsatkich arab davlatlaridan Qatarda 72,5% va Ummonda 83,6 % ni tashkil etadi. Zambiya davlatida 61,6% ni tashkil etsa, Tailandda esa 54,% ni tashkil etadi.

Kalit so`zlar: migren, sefalgiya, epizodik, surunkali, serotonin, dofamin ,antisiseptiv, nosiseptiv, GAMK, perikraial mushaklar, gipotalamus.

Аннотация

Согласно различным научным исследованиям и исследованиям, головные боли напряжения встречаются от 30% до 70% в общей популяции, то есть у каждого третьего человека. Головные боли встречаются у 52,8% населения Бразилии. Из арабских стран этот показатель составляет 72,5% в Катаре и 83,6% в Омане. В Замбии она составляет 61,6%, а в Таиланде - 54,%.

Ключевые слова: мигрень, цефалгия, эпизодическая, хроническая, серотонин, дофамин, антисептическая, несептическая, ГАМК, перикраниальные мышцы, гипоталамус.

Annotation

According to various scientific studies and studies, it has been established that tension headaches occur in 30% to 70% of the general population, i.e., in one in every 3 inhabitants. Headaches occur in 52.8% of Brazil's population. Among Arab countries, this figure is 72.5% in Qatar and 83.6% in Oman. In Zambia, it is 61.6%, and in Thailand - 54.%.

Keywords: migraine, cephalgia, episodic, chronic, serotonin, dopamine, antiseptic, nociceptive, GABA, pericranial muscles, hypothalamus.

Kirish. Bemorlarni tibbiy yordamga murojaatiga eng ko`p sabab bo`ladigan klinik

simptomlardan biri-bosh og`rig`i(sefalgiya) hisoblanadi.

Oxirgi yillarda bosh ogʻrigʻi aholini sogʻligiga va sotsial-iqtisodiy holatiga salbiy taʼsir koʻrsatmoqda. Xalqaro bosh ogʻrigʻi klassifikatsiyasiga koʻra sefalgiya oʻrtacha 300 ga yaqin kasalliklarning klinik simptomidir. Faqatgina 8% hollarda sefalgiya ogʻir organik kasalliklar: oʻsma, anevrizma, bosh miya jarohatlari va infeksiyon kasalliklar sababli paydo boʻladi.

Birlamchi bosh ogʻrigʻi termini bemor-
da bosh ogʻrigʻi simptomi boshqa kasalliklar bilan bogʻliq boʻlmagan holatda paydo boʻluvchi alohida kasallik. Eng koʻp uchraydigan birlamchi bosh ogʻriqlariga zoʻriqish bosh ogʻrigʻi va migren kiradi. Zoʻriqish bosh ogʻrigʻi turli yoshlarda eng koʻp 30-60 yoshlarda uchraydi. Surunkali bosh ogʻrigʻining jins boʻyicha tarqalishi 5:4 ni tashkil etadi, ayollar va erkaklar orasida bir xil foizda uchraydi.

Klassifikatsiyasi va klinik simptomlari:

Xalqaro bosh ogʻrigʻi klassifikatsiyasiga koʻra birlamchi bosh ogʻrigʻi quyidagi turlarga ajratiladi:

1. Epizodik- 1 oyda 15 kundan ortiq boʻlmagan holatda paydo boʻluvchi (yoki yiliga 180 kundan koʻp emas)

2. Surunkali-1oyda 15 kundan koʻp davom etuvchi davomiyligi oʻrtacha 3 oydan koʻp (yoki yiliga 110 kundan koʻp davom etuvchi)

Epizodik bosh ogʻrigʻi oʻz navbatida uchrash chastotasiga koʻra tez-tez uchrovchi va kam uchraydigan (yiliga 12 kundan koʻp emas) turlarga shuningdek 2 ta podtipga: perikranial mushaklarning zoʻriqish mavjudligi va mavjud emasligiga qarab boʻlinadi.

Ilmiy tadqiqotlarga qaraganda zoʻriqish bosh ogʻrigʻi patogenezaida paydo boʻlishi periferik va markaziy nosiseptiv mexanizmlarga asoslangan miya ustunining antinoseptiv

ingibitorlar yetishmovchiligi, limbik-retikulyar kompleksning segment usti nazorati buzilishi va segment usti strukturalar gipotalamus, asosiy vegetativ, endokrin va affektiv oʻzgarishlar integratsiyasida muhim markaziy rol oʻynaydi.

Zoʻriqish bosh ogʻrigʻi patogenezaida serotonin, noradernergik, GAMKergik va opioidergik sistema asosiy ahamyatga ega. Serotonin mediatorlari affektiv reaksiyalar regulatsiyasi, uyqu-tetiklik siklini va vegetativ vazifalarni nazorat qiladi. Surunkali bosh ogʻrigʻi mavjud bemorlarda serotonin miqdorining kamayishi kuzatiladi. Bundan tashqari bosh miya kulrang moddasida miya poʻstogʻining aktivatsiyasi va tormozlanishini nazorat qiluvchi GAMKergik va glutamatergik efferent neyronlar mavjud boʻlib, ushbu balansning buzilishi yaʼni glutamatergik neyronlarning aktivlashishi spinomezensefal yoʻllar va trigemino va spinotalamik kollateral yoʻllarni faollashtiradi va ogʻriq kelib chiqishiga sabab boʻladi.

Xavf omillari:

Kasallikni qoʻzgʻatuvchi xavf omillariga quyidagilar kiradi.

- emotsional stress va affektiv buzilishlar,
- depressiya,
- kuchli zoʻriqish,
- uzoq muddat boʻyin mushaklari zoʻriqishi,
- uzoq muddat ogʻriq qoldiruvchi analgetiklar isteʼmol qilish,
- tartibsiz ovqatlanish,
- koʻzning haddan tashqari zoʻriqishi,
- umurtqa pogʻonasi skoliozi,
- sirkad uyqu ritmining buzilish
- chakka mushaklar spazmi

Olimlarning tadqiqotlariga qaraganda kamdan kam holatlarda bosh ogʻrigʻi boshlanishi stress va ishdagi surunkali char-

choqdan so'ng kunning ikkinchi yarmida boshlanadi.

T.E.Andreev (2006) zo'riqish bosh og'rig'i, migren va servikal bosh og'rig'i skelet mushaklar spazmini bosh og'rig'iga olib kelishini o'rganib, bo'yin umurtqalari va bo'yin mushaklari lateral va intensiv bosh og'rig'iga sabab bo'lishini o'rgangan.

Zo'riqish bosh og'rig'i odatda ikki tomonlama, yengil yoki o'rtacha intensivlikda (6 ballgacha) siquvchi yoki bosuvchi xarakterdagi kaskasimon yoki halqasimon, jismoniy harakatda zo'raymaydigan, ko'ngil aynish va qayt qilish simptomlari kuzatilmaydi va bemorda kayfiyatning yaxshilaniishi, psixosomatsional holatning bo'shashishi og'riqni yengillashtiradi. Tovush va yorug'likka ta'sirlanish juda kam kuzatiladi. Zo'riqish bosh og'rig'i davomiyligi o'rtacha 30 minutdan 7 kungacha davom etadi. Og'riq qo'zg'alishdan so'ng tez boshlanishi yoki kuchayishi yoki susayishi kun davomida kuzatiladi. Bosh og'rig'ining surunkali shaklida og'riq kuchsiz, kun davomida kuzatiladi va bemor tashqi muhitga moslashishi va ish, hayot sifati buziladi.

Zo'riqish sefalgik og'rig'i o'tib ketuvchi yoki doimiy og'riq va diskomfort hissi asosan ensa, orqa bo'yin va yelka usti, tashqi yuz mushaklari, chaynov va chakka mushaklari sohasida uchraydi. (palto uchun ilgich)

Sefalgiya perikranial mushaklar spazmi natijasida yirik arterial tomirlar torayishi yuz beradi.

Zo'riqish bosh og'rig'ining epizodik turida bemorning mehnatga layoqatliligi va hayot sifati saqlanib qolgan bo'ladi, lekin og'riq surunkali shakliga o'tsa bu ko'rsatkichlar buziladi.

Diagnostikasi

Zo'riqish bosh og'rig'ining diagnostic asosiy tekshiruv usuli bemorning shikoyatlari va

perikranial mushaklar palpatsiyasi hisoblanadi.

Bemorlarni boshini palpatsiya qilib tekshirganda perikranial mushaklardagi og'riqlar ko'krak-to'sh-so'rg'ichsimon sohada 92%, chaynov sohada 90%, lateral sohada 70%, chakka sohada esa 76% kuzatilgan. Biroq bemorda boshqa nevrologik buzilishlar aniqlanmaydi.

Instrumental tekshiruvlar faqat ikkilamchi simptomatik bosh og'rig'iga gumon bo'lganda qilinadi.

Laborator diagnostik tekshiruvlar birlamchi bosh og'riqlar tipik klinik holatini baholash uchun tavsiya etilmaydi. Tekshiruv kasallik haqida hech qanday ma'lumot bermaydi.

Davolash

Epizodik bosh og'rigidan yallig'lanishga qarshi nosteroid dori vositalari samarali yordam beradi. Og'riq intensivligini oshishi og'riqsizlantiruvchi dori vositalari ta'sirini kamayishiga va dori dozasini oshirishga sabab bo'ladi. Dori vositalarini dozasini oshirish kasallikni qaytalanishiga va doridan qayta-qayta foydalanishga bog'liq.

Og'riq qoldiruvchi dori vositalari ta'siri pasy-ganda yoki ta'siri bo'lmiganda bemorlarga standart asosida antidepressant dori vositalari tavsiya etiladi. Minimal dozasi 25-75mg/sut tashkil etadi. Ushbu dori vositalarining ta'siri 2 haftadan keyin boshlanadi. O'rtacha tavsiya etish muddati 2 oyni tashkil etadi.

Bundan tashqari og'riqni qoldirish va davolash effektivligi yuqori dori vositalaridan yana bir guruhi antikonvulsant vositalar hisoblanadi. (topiramat, karbamazepin, gabapentin va b)

Agar bemorlarda perikranial mushaklar spazmi bo'lsa miorelaksant dori vositalari tavsiya etiladi. (tizanidin, baklofen, flupirtin).

Davolash davomiyligi kasallikning kechishiga bog'liq holda 3-6 oyni tashkil etadi.

Xulosa

Birlamchi bosh ogʻrigʻini davolash va oldini olish hozirgi kundagi dolzarb muammolardan hisoblanadi. Kasallikni chastotasi va intensivligi kamayishi va bemorning hayot sifatining yaxshilanishi kompleks davolashning

oliy standartlaridan hisoblanadi. Ushbu standart faqatgina tibbiy davolanish emas, balki bemorning shaxslararo munosabati, psix-oemotsional va sotsial holati katta ahamiyatga ega. Demak kasallikni oldini olishga butun jamiyat eʼtibor qaratishi kerak.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Stovner L., Hagen K., Jensen R. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia*. 2007;27(3):193–210. doi: 10.1111/j.1468-2982.2007.01288.x.
2. Sergeev A. Tension headache: current neuroscience data and treatment options. *Russkii meditsinskii zhurnal*. 2022;6(10):563–570. doi:
3. Якубова, Гродно, Беларусь Головная боль напряжения: классификация, диагностические критерии, принципы лечения
4. Мирошникова В. В., Бабушкин Я. Х., Курушина О. В., Барулин А. Е. Эффективность топирата в превентивном лечении мигрени // Российский журнал боли. – 2015 – № 1 (44). – С.
5. Парфенов В. А., Абдулина О. В., Замерград М. В. Неврологический журнал. – 2007
6. В. В. Мирошникова ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ. ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ВЕСТНИК № 1 (65). 2017 Том 11
7. Рыбак В. А., Мирошникова В. В., Бабушкин Я. Х. Головная боль напряжения // Лекарственный вестник. – 2006 – № 6.
8. Сергеев А. В. Головная боль напряжения: современное состояние проблемы // РМЖ. – 2014 – № 22 – С. 1573