

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ТАЪЛИМ, ФАН ВА
ИННОВАЦИЯЛАР ВАЗИРЛИГИ
БУХОРО ИННОВАЦИОН ТАЪЛИМ ВА ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ**

ҲОТАМОВ БЕКЗОДЖОН ФАРҲОДОВИЧ

**ЗЎРИҚИШДАГИ БОШ ОҒРИҚЛАРИДА ПСИХОВЕГЕТАТИВ
ЎЗГАРИШЛАР ВА ПОСТУРАЛ БУЗИЛИШЛАР**

МОНОГРАФИЯ

Бухоро - 2025

МУНДАРИЖА

ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ:	4
КИРИШ	7
I БОБ. ЗЎРИҚИШДАГИ БОШ ОҒРИҚЛАРИДА ПСИХОВЕГЕТАТИВ ЎЗГАРИШЛАР ВА ПОСТУРАЛ БУЗИЛИШЛАРНИНГ ЗАМОНАВИЙ ТАЛҚИНИ	9
Зўриқишдаги бош оғриқлари, тарқалиши ва патогенези	9
Зўриқишдаги бош оғриқлари ташхислаш, даволаш, қиёсий ташхис ва олдини олишга оид замонавий қарашлар	19
Психовегетатив ўзгаришлар ва постурал бузилишлар	26
II БОБ. ЎРГАНИЛГАН ГУРУҲЛАРДАГИ БЕМОРЛАРНИНГ УМУМИЙ ХУСУСИЯТЛАРИ	33
Клиник-лаборатор ва инструментал текширув усуллари	38
Даволаш усуллари	44
Статистик усуллар	44
III БОБ. ЗЎРИҚИШДАГИ БОШ ОҒРИҚЛАРИДА КЛИНИК-НЕВРОЛОГИК, НЕЙРОФИЗИОЛОГИК, НЕЙРОВИЗУОЛОГИК ҲОЛАТ, ПСИХОВЕГЕТАТИВ ЎЗГАРИШЛАР ВА ПОСТУРАЛ БУЗИЛИШЛАРНИ УРГАНИШ	46
Беморларнинг клиник-неврологик хусусиятлари	46
Вегетатив нерв система тонуси текширув натижалари	56
Беморлар психоэмоционал ҳолати текширув натижалари	57
Постурал бузилишларни гуруҳлар орасида солиштирма баҳоланиши	59
Лаборатор, нейровизуал, нейрофизиологик текшириш усуллари натижалари.	62
IV БОБ. ЗЎРИҚИШДАГИ БОШ ОҒРИҒИНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ	66
Зўриқишдаги бош оғриқларини даволашда беморлар кузатув динамикасидаги ўзгаришлари	66

Зўриқишдаги бош оғриқлари даволашдаги нейрпсихологик ва вегетатив ўзгаришлар динамикасини баҳолаш.....	76
Зўриқишдаги бош оғриқлари даволашдаги нейрофизиологик ўзгаришлар динамикасини баҳолаш.....	78
Зўриқишдаги бош оғриқлари беморлари ҳаёт сифати	79
Зўриқишдаги бош оғриқларида вегетатив ва постурал бузилишларни даволаш алгоритми.	81
ХОТИМА.....	82
ХУЛОСАЛАР	85
ИЛОВАЛАР	86
АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ.....	91

ҚИСҚАРТМАЛАР РҰЙХАТИ:

АБ - артериал босим

БО - бош оғриғи

БҚА - биологик қайта алоқа

Б/С - билатерал- синхрон

ВАШ - визуал - аналогик шкала

ВНС - вегетатив нерв системаси

ГВ - гипервентиляция

ЗБО - зўриқишдаги бош оғриқ

КТ - компьютер томография

МНТ - марказий нерв тизими

МРТ - магнит-резонанс томография

НЯҚВ – ностероидли яллиғланишга қарши восита

СЗБО - сурункали зўриқишдаги бош оғриқ

ТҚДГ - транскраниал доплерография

ЭЭГ - электроэнцефалография

ИРТ – игнарефлексотерапия

Аннотация

Монография зўриқиш бош оғриғи (ЗБО) билан оғриган беморларда психовегетатив ўзгаришлар ва постурал бузилишларни ўрганишга бағишланган. ЗБО шаклланишининг патофизиологик механизмлари, жумладан, вегетатив асаб тизимининг номутаносиблиги, мушак-тоник реакциялар ва психэмотсионал ҳолатнинг бузилиши кўриб чиқилади. Психэмотсионал омиллар, сурункали стресс, постурал дисфункциялар ва оғриқ синдромининг шаклланиши ўртасидаги боғлиқликларга алоҳида эътибор қаратилган.

Ишда психовегетатив ўзгаришлар ва постурал бузилишларни тахислашнинг замонавий усуллари, шу жумладан клиник, инструментал ва психометрик ёндашувлар тақдим этилган. Дори-дармонсиз технологияларни (постурал терапия, релаксацион усуллар, психотерапия), шунингдек, комплекс реабилитация дастурларини ўз ичига олган самарали тузатиш усуллари тақлиф этилган. Монография неврологлар, реабилитологлар, психотерапевтлар ва сурункали оғриқ синдромларини даволаш бўйича мутахассислар учун мўлжалланган.

Аннотация

Монография посвящена изучению психовегетативных изменений и постуральных нарушений у пациентов с головными болями напряжения (ГБН). Рассматриваются патофизиологические механизмы формирования ГБН, включая дисбаланс вегетативной нервной системы, мышечно-тонические реакции и нарушения психэмоционального статуса. Особое внимание уделено взаимосвязи между психэмоциональными факторами, хроническим стрессом, постуральными дисфункциями и формированием болевого синдрома.

В работе представлены современные методы диагностики психовегетативных изменений и постуральных расстройств, включая клинические, инструментальные и психометрические подходы. Предложены

эффективные методы коррекции, включающие немедикаментозные технологии (постуральная терапия, релаксационные методики, психотерапия), а также комплексные реабилитационные программы. Монография предназначена для неврологов, реабилитологов, психотерапевтов и специалистов по лечению хронических болевых синдромов.

ANNOTATION

The monograph is devoted to the study of psychovegetative changes and postural disorders in patients with tension headaches (THC). The pathophysiological mechanisms of THC formation are considered, including an imbalance of the autonomic nervous system, musculotonic reactions and disorders of the psychoemotional status. Special attention is paid to the relationship between psychoemotional factors, chronic stress, postural dysfunctions and the formation of pain syndrome.

The paper presents modern diagnostic methods for psychovegetative changes and postural disorders, including clinical, instrumental, and psychometric approaches. Effective correction methods are proposed, including non-drug technologies (postural therapy, relaxation techniques, psychotherapy), as well as comprehensive rehabilitation programs. The monograph is intended for neurologists, rehabilitologists, psychotherapists and specialists in the treatment of chronic pain syndromes.

КИРИШ

Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти маълумотига кўра, бош оғриғи меҳнатга лаёқатсизликка олиб келувчи касалликлар орасида 3-ўринни эгаллайди. Дунёнинг турли мамлакатларида ушбу касаллик катта ёшли аҳоли орасида 50%гача учрайди, сурункали бош оғриқларидан 1,7-4% катта ёшли аҳоли азият чекади. Дунё миқёсида сўнгги 25 йил ичида неврологик касалликлар салмоғи аҳоли сони ошиши ва яшаш давомийлиги ошиши ҳисобига ўсди. Зўриқишдаги бош оғриғи энг кўп тарқалган неврологик бузилиш бўлиб, дунё бўйича 1,5 миллиард аҳоли азият чекади деб баҳоланади. Турли муаллифлар берган маълумотларга кўра зўриқишдаги бош оғриғи тарқалиши 20,6% дан 78% гача кўрсаткични ташкил қилади. Бош оғриғи сурункали шакли эпизодик шаклга нисбатан бемор дезадаптациясига олиб келувчи узоқ муддатли ҳолат деб баҳоланади.

Бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотига кўра, 18 ёшдан 65 ёшгача бўлган аҳолининг тўртдан уч қисмида сўнгги бир йил ичида камида бир марта бош оғриқ хуружи кузатилади, сурункали бош оғриқлари эса 2-3% аҳолида кузатилади. Исталган оғриқ синдроми психовегетатив бузилишлар билан кечиши маълум. Шу сабабли жаҳон миқёсида бош оғриқлари бирламчи шаклларида психовегетив ўзгаришлар ва постурал бузилишларни олдини олиш ва даволашнинг самарали усуллари йўлга қўйиш бўйича бир қатор илмий изланишлар олиб борилмоқда.

Дунёда олиб борилган кўп тармоқли изланишлар шуни кўрсатадики, зўриқишдаги бош оғриғида иммун тизим ва вегетатив тизимда ўзгаришлар динамикада турлича намоён бўлади, ҳамда ўзига хос симптомокомплекс билан намоён бўлади. Шунинг ҳисобига олган ҳолда, зўриқишдаги бош оғриқлари тез-тез эпизодик ва сурункали турида беморлардаги клиник-неврологик, нейропсихологик, психовегетатив, постурал бузилишлар, нейрофизиологик ва нейровизуал ўзгаришларни солиштирма ташхиси, беморларни эрта ташхислаш, этиопатогенетик асосланган даволаш ва профилактика

усулларини таклиф этиш, даволаш самарадорлигини баҳолаш усулларини ишлаб чиқишни такомиллаштириш алоҳида аҳамият касб этади.

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш ва уни жаҳон талабларига тенглаштириш борасида мақсадли ва амалий тадбирлар амалга оширилмоқда, шу жумладан зўриқишдаги бош оғриғи мавжуд беморларда касалликни эрта ташхислаш ва комплекс даволашнинг самарадор усулларини ишлаб чиқиш, ҳар томонлама ва тўғри ёндашиш бўйича чора-тадбирлар амалга оширилмоқда. Бу борада «...тиббий ёрдамнинг самарадорлиги, сифати ва оммабоплигини ошириш, шунингдек, тиббий стандартлаштириш тизимини шакллантириш, ташхис қўйиш ва даволашнинг юқори технологик усулларини жорий этиш...»³ каби вазифалар белгиланган. Ушбу вазифалар беморларда зўриқишдаги бош оғриғини комплекс баҳолашда психовегетатив бузилишлар ва постурал бузилишларни ҳисобга олиш, даволашда ҳар томонлама ёндашиш долзарб илмий йўналишлардан бири бўлиб ҳисобланган.

I БОБ. ЗЎРИҚИШДАГИ БОШ ОҒРИҚЛАРИДА ПСИХОВЕГЕТАТИВ ЎЗГАРИШЛАР ВА ПОСТУРАЛ БУЗИЛИШЛАРНИНГ ЗАМОНАВИЙ ТАЛҚИНИ

Йил давомида Европа катта ёшли аҳолисининг 50% и, ҳамда камида 90%и умрида ҳеч бўлмаганда бир марта бош оғриғидан шикоят қилади. Касаллик ЖССТ томонидан ногиронликка олиб келадиган 10 та касалликдан бири деб тан олинган. Бош оғриқларида ногиронликнинг юқори кўрсаткичи беморларда қўшилиб келадиган бир қанча патологиялар билан боғланади. Уларга рухий бузилишлар, бўйинда оғриқ, вестибуляр симптомлар ва мувозанат бузилишларини, мигренда мияча патологияларини келтиришимиз мумкин. Касаллик ҳақида тўлиқ маълумотга эга бўлиш, патологик жараён шаклланишининг механизмларини билиш, ҳамда мақбул даволаш тадбирини белгилаш имкониятини беради. Зўриқишдаги бош оғриқлари (ЗБО) патогенетик механизми, вегетатив бузилишлар ва постурал ўзгаришлар ханузгача ўрганилмоқда ва муҳокамаларга сабаб бўлмоқда.

Зўриқишдаги бош оғриқлари, тарқалиши ва патогенези

ЗБО катта ёшли инсонлар орасида кенг тарқалган касалликлардан бўлиб, 30% дан 78% гача аҳоли ундан азият чекади, мазкур кўрсаткич дунё бўйлаб ўзгариб туради. Европа аҳолиси орасида тарқалганлик 60% ни ташкил этади, бу кўрсаткич аёллар орасида юқори (4:5 нисбатда). Тарқалганлик нафақат ёш, балки ирқ ва таълим даражасига ҳам боғлиқ.

ЗБО ҳозирги замон тиббиётининг энг долзарб муаммоларидан биридир. Жаҳон соғлиқни сақлаш маълумотида кўра ЗБО неврологик касалликлар орасида энг кенг тарқалган бўлиб, меҳнатга лаёқатсизликка олиб келувчи сабаблар орасида 3-ўринни эгаллайди. Илмий адабиётларда ушбу патология билан аҳолининг 85% и даврий бош оғриқларини ҳис этишади, уларнинг 40% и ижтимоий ва меҳнат фаоллиги сусайишини ҳис этишади ва бу малакали тиббий ёрдамни талаб қилади деб келтирилган. Россия цефалгологлари маълумотида кўра ЗБО учраши 78% ни ташкил қилади.

Ўрта ёшлиларда эпизодик зўриқишдаги бош оғриқлари (ЭЗБО) 18 % учраши аниқланган. 30- 39 ёшдаги аҳолининг учдан бир қисмида зўриқишдаги бош оғриқлари (ЗБО) кузатилиши турли тадқиқотларда аниқланган. Бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотига кўра, 18 ёшдан 65 ёшгача бўлган аҳолининг тўртдан уч қисмида сўнгги бир йил ичида камида бир марта бош оғриқ хуружи кузатилади, сурункали зўриқишдаги бош оғриқлари аҳолининг 2-3% ида кузатилади. ЗБО аёлларда эркакларга нисбатан 3 баробар кўп учраши аниқланган. Аҳоли орасида бош оғриқларнинг кенг тарқалганлигига қарамай, биринчи марта шифокорга мурожаат қилинганида ЗБО ташхиси атиги 1% ҳолда қўйилади.

ЗБО эпизодик шакллари йирик тиббий ёки ижтимоий муаммо ҳисобланмасада, СЗБО беморнинг кундалик ҳаёт фаолияти ва ҳаёт сифатини бузиб, турли коморбид бузилишлар-депрессия, уйқунинг бузилиши, соматоформ бузилишлар билан бирга кечади. Самарали муолажа танлаш қийинлиги СЗБО ни мураккаб ижтимоий-тиббий муаммо даражасига олиб чиқади.

Замонавий ташхислаш усуллари ишлаб чиқилиши натижасида ЗБО нейроморфологияси ва нейрофизиологиясига нисбатан қарашлар ривожланди. ЗБО ларнинг бугунги кунга келиб шакллари фарқланмоқда. Бу борада олиб борилган ва олиб борилаётган кўплаб тадқиқотларга қарамай касаллик патогенези борасида ҳанузгача муҳокамаларга сабаб бўладиган жиҳатлар кўп. Бугунги кунда ЗБО асосий патогенетик механизмлари сифатида томир, нейроген, психоген, биокимёвий ва миофасциал назариялар қаралмоқда. ЗБО атамаси 1963-йилда Н.Wolff томонидан фанга киритилган бўлиб, беморда ҳавотир оқибатида бош ва скелет мушакларидаги давомли таранглашиш кузатилишини касаллик сабаби қилиб кўрсатган. Давомли спазм оқибатида бошда босилиш, эзилиш, “шлем” кийиш хисси кузатилган. Таранглашган мушак томир спазмига олиб келиб, ишемияга, ҳамда нохуш хисларнинг кучайишига олиб келган. Қон айланиш бузилишлари веноз димланиш кўринишида бўлиб, бузук доирани шаклланишига олиб келади.

Натижада мушак қон билан яхши таъминлана олмайди, унинг таранглашиши оқибатида метаболизм қолдиқ маҳсулотлари тўпланади, улар вена оқими орқали чиқиб кета олмасдан мушак яна шишади, оғриқ кучаяди. ЭМГ текширувлари БО мавжуд инсонларда соғлом инсонларга қараганда электромиографик фаоллик юқорилигини кўрсатади. Мушак таранглиги БО мавжуд соҳада юқори ифодаланади. СЗБО шаклланишига мушак таранглашуви биринчи аҳамиятга эга эканлиги айнан ЭМГ хулосаларига асосланади. СЗБО шаклланишида муҳим ўринни мушак таранглиги ва цервикоген омиллар тутати. БО тарқалиш соҳаси ва маълум мушак орасидаги алоқалар мавжудлиги миофасциал оғриқларга тўғри келади. Миофасциал оғриқлар ЗБО, мигрень, цервикоген бош оғриқлар учун хосдир. Шунингдек БО шаклланишида тригеминоваскуляр ва тригеминоцервикал механизмлар ҳам муҳимдир. Фергюсон Л.У. ва ҳаммуаллифлари (2020) фикрича, катта энса нерви триггер тизимга эга бўлиши, пешона- чакка соҳада оғриқ генерализацияланишига олиб келиши мумкин. Учта юқори бўйин илдизчаларига 3 шохли нерв афферент толалари коллатераллари тушади. Шундай қилиб, С1-С3 таъсирланишида 3 шохли нерв ҳам таъсирланиб, оғриқ билан намоён бўлади, шу сабабли, СЗБО шаклланиши периферик механизмларидан бирини ташкил қилади. Умуртқа устунни, мушак ва пай, илдизчалар ва нерв устунлари ноцицепторлари фаоллашуви натижасида цервикокраниал соҳа оғриқ белгилари кузатилади, энса нерви невралгияси ва ЗБО перикраниал мушаклар зарарланиш белгилари билан бирга намоён бўлади. ЗБО сурункалига ўтиш патогенезида мушак-тоник синдромнинг муҳим аҳамиятини ҳисобга олган ҳолда ортиқча таранглашган перикраниал мушакларни даволаш тадбирлари асносида ҳисобга олиш лозим. Қатор илмий ишларда фронтал мушаклар тонуси ошиши ва БО интенсивлиги орасида узвий алоқа мавжудлиги исботланмаган, шу сабабли муаллифлар мушак таранглиги ЗБО патогенезида аҳамиятга эга эмас деб ҳисоблашган. D.A. Marcus (2015) томонидан олиб борилган тадқиқотлар ЗБО ва соғлом инсонлар юз ва бўйин мушаклари электромиограммаси орасида сезиларли

тафовутлар мавжуд эмаслигини кўрсатди. Т.А. Ahles ва ҳаммуаллифлари (2017) томонидан ўтказилган тадқиқот БО турли типларида мушак таранглиги орасида сезиларли тафовутлар йўқлигини кўрсатди. V. Pfaffenrath ва W. Gerber томонидан (2018) ўтказилган тадқиқотлар ЗБО мавжуд беморларнинг бир қисмида экстракраниал мушакларда таранглашиш йўқлигини, бошқа гуруҳида эса у стрессга реакция ёки бевосита БО оқибатида келиб чиққанлигини кўрсатди. А. Hopkins ва D. Ziegler тадқиқотлари (2020) бошнинг юқори қисми мушаклари ЗБО ташхисини кўйишга асос бўла олмаслигини кўрсатди. Бунга асос қилиб, мигренда электромиографик фаоллик ЗБО га нисбатан юқори чиққанини кўрсатишди. Фикрлардаги қарама-қаршиликлар ЗБО беморларини 2 гуруҳга бўлишга: перикраниал мушаклар таранглашуви билан ва перикраниал мушаклар таранглашувисиз кечадиган типларга ажратишга асос бўлди.

Перикраниал мушаклар таранглашуви ЗБО мавжуд беморлар аксарият қисмида ноцицептив афферентация, ҳамда оғриқ манбаи бўлиб хизмат қилди. М.В. Рябус, О.А. Колосова, Е.Я. Строчунская (2017) ишларида электромиографик фаолликни хусусиятларини ўрганишди. СЗБО беморларида ЭМГ текширувида орал мушаклар потенциали ошиши кузатилди. Р.Шерман ва ҳаммуаллифлари (2019) томонидан ўтказилган тадқиқотлар оғриқ доим ҳам мушак таранглашган вақтда кузатилмаслигини, ҳамда таранглашиш ўтгандан кейин оғриқ доим ҳам камаймаслигини кўрсатди. Мушак таранглашуви ва оғриқ ўртасидаги алоқа мураккаб ва давомли эканлигини кўрсатди. Ҳатто кучли бўлмаган мушак таранглашуви ҳам биологик фаол моддалар ажралишига, натижада бош оғриқ кучайишига олиб келиши мумкин. Яқин жойлашган йирик мушаклар: трапециясимон мушакнинг аҳамиятини инобатга олиш лозим. Муаллифлар фикрича, мушаклар давомли таранглашуви оқибатида калий миқдори ошади, натида хеморецепторлар таъсирланиб, бош оғриғи юзага келади. Вазоконстрикторлар қўлланилганда, уйқу артериялари босилишида ишемик сабабга кўра БО кузатилади. Беморларда интракраниал артериялар торайиши

кузатилади.

Муаллифлар ЗБО шаклланишида томир компоненти ахамияти мавжуд деб ҳисоблашади. Артериал ва веноз церебрал гемодинамика бошқарилишининг бузилиши, айниқса ҳаёт учун хавфли стресс вазиятларда кузатилганда компенсатор мушак спазми билан асоратланади, натижада вена оқими ёмонлашади. Якубенко Ю.В. (2017) тадқиқотлари СЗБО мавжуд беморларда томирлар парадоксал реакциясини-қон оқими чизиқли тезлиги пасайишини кўрсатди. Мазкур ҳолат сурункали давом этган дистресс ва компенсатор мушак спазми оқибатида бош мия томирлари ауторегуляцияси бузилиши мавжудлигини кўрсатади. Асосий субкортикал тизимларнинг замонавий морфологик текшируви тригемино-васкуляр тизимга серотонин ва норадреналин тизимларининг таъсири мавжудлигини кўрсатди. Нейронлар аксонлари тригеминоваскуляр комплекс хужайралари билан бирга мия қаттиқ пардаси томирлари билан алоқадор бўлиб, нафақат сенсор информацияни етказиб беради, шунингдек мия қон айланиши интенсивлигига ҳам таъсир этади. Нейронлар фаоллигининг ошиши натижасида менингеал томирлар кескин тораяди, уч шохли нерв сенсор охирлари таъсирланади, томир тонусини меъёрга келтириш учун компенсатор томир кенгайтирувчи моддалар ажралиб чиқади, асептик яллиғланиш кузатилади. V. Pfaffenrath ва W.Gerber (2017) тадқиқотлари ЗБО патогенезида лимбик-ретикуляр тизим реактивлиги ўзгариши ва антиноцицептив назорат эндоген механизмлари дисфункцияси ётишини кўрсатди. Антиноцицептив тизим марказий асаб тизими турли қисмларида жойлашган бўлиб (жўмрак атрофи кулранг моддаси (РАГ), мия устунни ядроси, ретикуляр формация ядроси, таламус ядроси, ички капсула, мияча, орқа мия орқа шохлари интернейронлари ва б.қлар), орқа мия дорсал шохидан келадиган ноцицептив афферент тўлқинларни тормозлаш таъсирини кўрсатади. БО да серотонин, норадреналин, ГАМК, опий тизимлари иштирок этади. ЗБО шаклланишида ноцицептив ва антиноцицептив тизимлар иштирок этиши психовегетатив бузилишилар,

ЭМГ маълумотлари билан тасдиқланади. Периферик ноцицепторлар таъсирланиши бевосита олий асаб тизими функционал ҳолати билан боғлиқ. ЗБО да депрессия ва ҳавотир юқори фоизларда учрайди. Вейн А.М. тадқиқотлари (2019) ЗБО шаклланишида сурункали эмоционал стресс катта аҳамиятга эгаллигини кўрсатди. Эмоционал стресс маълум шахс хусусиятларига эга инсонларда психологик ҳимоя механизмлари яхши ишламаганда, антиноцицептив тизим яхши ишламаса ЗБО га олиб келади. Муаллиф фикрича жараёнга лимбик тизим ва устун ноцицептив тизими кўшилиши вегетатив-эндокрин ва психомотор фаоллашувга олиб келади, мушак тонуси ошиши, ишемия, мушакларда шиш ва биокимёвий ўзгаришлар билан намоён бўлади. А.М.Вейннинг (2019) фикрлари келгусида бошқа тадқиқотчилар ишларида ўз аксини топди. Е.Я. Страчунская (2017) ЗБО шаклланишида шахс невротик хусусияти ва сурункали стресс мавжудлиги лимбик-ретикуляр тизим функционал ҳолати бузилишига олиб келади деган ҳулосага келган. Бош оғриқлар ноцицептив ва антиноцицептив тизим фаолияти ўзгариши, ҳавотирли-депрессив синдроми ва тиргеминоваскуляр тизим ўзгаришлари оқибатида перикраниал ва мимик мушаклар гипертонуси ва гипоксиясидан келиб чиқади. N.Marlowe ва ҳаммуаллифлари (2020) соматосенсор чақирилган потенциалларни баҳолаш орқали БО марказий механизмларини ўрганишган. Тадқиқот натижалари ЗБО беморларида Р-1-Н-1 амплитудаси соғлом инсонларга қараганда юқорилигини кўрсатган. БО мавжуд беморларда хуруж ва хуружлар оралиғида Н-1-Р-2 ўрганилганда бирор ўзига хос ўзгариш аниқланмаган. Шунингдек, мигрень ва ЗБО беморларида ҳам тафовутлар аниқланмади. Кузнецова Е.А. ва Якупова Э.З. тадқиқотлари (2020) кўрув, акустик, соматосенсор, когнитив, тригеминал чақирилган потенциаллар натижаси СЗБО да сегмент усти тизимлари фаолияти ўзгаришини, шунингдек ёшга хос ўзгаришларни кўрсатди. Лапина С.Е. ва Беляков К.М. (2021) ЗБО мавжуд беморларда чақирилган тери симпатик потенциалларини текширишди. Шунингдек, Накатани усулида вегетатив нерв тизими бошқарилишида ўзига хос хусусиятларни баҳолашди.

Тадқиқот натижалари ЗБО мавжуд беморларда парасимпатик нерв тизими устунлик қилиши, симпатик нерв тизими фаолияти пасайишини кўрсатди. Вегетатив дисрегуляция сегмент усти ўзгаришларига боғлиқдир. 3 шохли нерв сенсор ядроси нейронлари эндоген антиноцицептив тизим устун тизимларига тўғри келади. Улар ўз навбатида тригеминаваскуляр оғриқ оқимининг пастга тушишига олиб келади. Шу ўринда жўмрак олди кулранг модда vIPAG вентролатерал қисми ва узунчоқ мия вентролатерал соҳаси, ретикуляр йирик хужайрали ядронинг альфа қисми муҳим ахамият касб этади. Бош оғриқлар лар патогенезида vIPAG муҳим ўрин тутди, у барча антиноцицептив тизим фаолиятини назорат қилиб, сегмент даражасида ноцицептив тизимни доимий назорат қилади. vIPAG оғриқ сезгисининг 3 шохли нерв тизимида спинал даражада ўтишини кучайтиради, шунингдек вентромедиал соҳада икки томонлама анастомозлар ҳосил этиб, оғриқ ўтишини бошқаради. PAG нинг эфферент нейронлари ГАМКэргик ва глутаматергик бўлиши мумкин. Улар бир томондан ГАМК-интеронейронлари орқали ингибирланса [86], бошқа тарафдан глутаматэргик тизим орқали кўтариловчи спиномезэнцефал йўл ва тригемино ва спиноталамик йўллар орқали фаоллашади. PAG да шунингдек энкефалинергик ауторегулятор интеронейронлар ваи эндорфин-сақловчи хужайралар аниқланган. Шунинг эвазига тормозловчи ва фаоллаштирувчи таъсирлар намоён бўлади. PAG га кирувчи оғриқ оқими кучайиши сегментар антиноцицептив назорат кучайиши орқали намоён бўлади. PAG электрстимуляцияси мигренсимон оғриқ хуружларини чақирганлиги аниқланган. БО психоэмоционал ва вегетатив бузилишлар тарзида кузатилган . Бош оғриқ ва юз соҳасида оғриқ кузатилган беморларда мазкур муолажа ахвол яхшиланишига олиб келган. PAG нафақат антиноцицептив тизим сифатида ишлаши, балки унинг фаоллашуви тормозланиш тарзида ҳам намоён бўлиши мумкинлигини кўрсатди. Тормозланиш кузатилганда оғриқ ўтказилиши камайиши сегментар даражада бўлади ва бу тригемино- васкуляр тизим якуний функционал ҳолатига боғлиқ бўлади. Тадқиқотчилар

томонидан ЗБО нинг сурункалига айланиши марказий механизмлари тасдиқланган бўлиб, бу Buchgreitz L. ва ҳаммуаллифлари (2018) ишларида ўз тасдиғини топган. Муаллифлар томонидан ўтказилган тадқиқотларда сурункали мигрень ва СЗБО мавжуд беморларда босим, игна бўсағаси пасайиши, ноцицептив флексор рефлекс, “wind-up” феномени ошиши аниқланган. Буларнинг бари бош оғриқ турли типларида сурункалига айланиш марказий механизмлари аҳамиятли эканлигини кўрсатиб беради. Қатор муаллифлар қон таркибидаги серотонин миқдори ва оғриқ синдроми давомийлиги орасида корреляция мавжудлигини кўрсатишади. ЗБО эпизодик шакли ва мигренда қон таркибида серотонин миқдори соғлом инсонларникидан фарқ қилмаган, цефалгия сурункали шаклларида эса унинг миқдори ишончли камайганлиги аниқланган. Серотонин антиноцицепцияда муҳим ўрин тутди, аффектив реакцияларни бошқаради, уйқу ва уйғоқликни назорат қилади, вегетатив фаолиятда қатнашади, айнан шу ҳолатлар серотонин алмашинуви бузилиши клиник белгиларини беради. Бош оғриқ патогенезида иштирок этадиган сегмент усти тизимларидан бири гипоталамус бўлиб, вегетатив, эндокрин, ҳуққий реакцияларда марказий ўрин тутди. Гипоталамус ноцицепция марказий жараёнида қатнашади, қирувчи соматовисцерал оғриқ оқими интеграциясига, ҳамда эфферент автоном таъсирларга хизмат қилади. Бу унинг таламус, РАГ, ретикуляр формация, лимбик тизим, вегетатив преганглионар нейронлар билан қўп сонли икки томонлама алоқалари эвазига келиб чиқади. Паравентрикуляр ядро нейронлари фаоллашуви кортикотроп-рилизинг омили секрецияси ошиши билан бирга келади, буйрак усти стресс гормонлари миқдори ошиб, организмнинг оғриққа компенсатор химоя-мосланиш реакцияси кузатилади. Муаллифлар томонидан ўтказилган тадқиқотлар ЗБО ва мигрен мавжуд беморларда суткалик плазма, ликвор ва сўлак таркибида пролактин, мелатонин, ўсиш омили, тестостерон, орексин А ва кортизол миқдори ўзгаришларини кўрсатди. Бу ҳолат гипоталамо-гипофизар-буйрак усти беи фаолиятида ўзгаришлар мавжудлигини кўрсатади. Тадқиқотлар репродуктив

ёшдаги аёллар гипофизар- тухумдон тизими функционал ҳолати ва ЗБО орасида ишончли патологик алоқалар мавжудлигини кўрсатди. Деревянко Х.П. ва Сперанского В.В. томонидан (2019) ўтказилган тадқиқотлар ЗБО да хайз циклининг босқичларига боғлиқ ҳолда жинсий гормонлар ва кортизол орасида яққол дисбаланс мавжудлигини кўрсатди. Бу гипотеза ЗБО шаклланишида томир ва нейроэндокрин назариянинг тасдиғи бўлиб ҳизмат қилади. ЗБО ривожланишида иммун ва оғриқ сезгиси борасида назариялар ҳам мавжуд бўлиб, А.П. Рачина ва А.А. Логвинова томонидан, шунингдек Г.Н. Крыжановская ва ҳаммуаллифлари (2018) тадқиқотларида оғриқ синдромининг барча босқичларида периферик гипералгезиядан эмоционал ва ҳулқий белгилар намоён бўлишига қадар ёритиб берилган. Карпова М.И. тадқиқотлари (2021) БО мавжуд беморлар цитокин статусида ўзгаришлар мавжудлигини кўрсатди, ҳамда қўшимча иккиламчи иммунтанқислик йўқлигини тасдиқлади. ЗБО да IL-1 α ва TNF α билан оғриқ кунлари орасида мусбат корреляция мавжудлигини кўрсатди. IL-1 α ва TNF α миқдори ошиши иммунтанқисликнинг лаборатор белгиси сифатида қаралади. Айни вақтда TNF α даражаси иммун тизим патологияси клиник белгилари бўлмаганда ҳам ошади. Эпизодик ЗБО да цитокинлар миқдори соғлом инсонлар кўрсаткичидан юқори бўлмаган. Цитокин дисбалансининг сабаби генетик мойиллик, дорили абзус, стресс ва депрессия ҳам бўлиши мумкин. Бош оғриқ ривожланишида иммун тизим ўрни, махсус иммун реакциялар очилган, ҳамда келгуси ўрганишларга муҳтож. Энг сўнгги маълумотлар ЗБО периферик ва марказий механизмларга эгаллигини кўрсатмоқда. Ҳозирги кунга қадар ЗБО патофизиологик механизмлари ўрганиб келинмоқда. Мазкур кўп омилли касалликни ўрганиш, олинган маълумотлар асосида ташхислаш ва даволашда қўллаш имконини беради. Касаллик сабаби сифатида асосан бош ва бўйин мушаклари, стресс ва марказий сенсibiliзация кўрсатилади. Периферик миофасциал ноцицепторлар мушак оғриғи ва ЗБО ўткир эпизоди ривожланишида мушак оғриғи эпизодларининг такрорланиши марказий асаб тизими сезгирлигини оширади, ЗБО

зўрайишига олиб келади. Мушак таранглашуви касалликнинг ҳам эпизодик, ҳам сурункали кечишида кузатилади. ЗБО ҳам енгил оғриқлар билан, ҳам ногиронлик белгилари билан кечиши мумкин. Белгилар оғирлашуви иш кунлари йўқотилишига, бемор ижтимоий фаоллиги пасайишига, бемор депрессив ҳолатига сабаб бўлиши мумкин [21;139-147]. ЗБО шаклланишида стресс ва ҳавотир ҳам аҳамиятга эга бўлиши мумкин. Safiri et al. (2019) тадқиқотлари яқин шарқ ва шимолий афтрик давлатларида рухий муаммолар ошиши оқибатида ЗБО кўрсаткичлари ошганлигини кўрсатди. Айнан шу давлатларда ҳавотир, стресс ва депрессия дунё миқёсидаги ўртача кўрсаткичлардан 30% га юқори. Муаллифлар томонидан келтирилган маълумотларга кўра, мазкур ҳудудларда ЗБО ўртача кўрсаткичи 20,5% ни ташкил қилади. Бошқа муаллифлар томонидан ўтказилган тадқиқотларда триггер нуқталар ЗБО мавжуд беморларда гендер фарқларни ўрганилганда, аёлларда триггер нуқталар айниқса фаол эканлиги аниқланган, ҳамда ушбу нуқталарнинг чакка ва энса соҳаларида юқори эканлиги кўрсатиб ўтилган. Бу нуқталарда сезгирлик бўсағаси ҳам эркакларга нисбатан юқорилиги аниқланган.

ЗБО эпизодик тури бир вақтнинг ўзида бир нечта триггер таъсирланиши натижасида сурункали шаклга айланиши мумкин деб қаралади. Мушак стресси, релаксациянинг йўқлиги, қад қоматнинг тик эмаслиги, уйқу бузилиши, дори воситаларини ҳаддан зиёд кўп миқдорда истеъмол қилиш БО сони ошишига, ҳатто ЗБОнинг сурункалига айланишига олиб келиши аниқланган.

Бугунги кунда касалликнинг сурункалига айланишини тушунтиришнинг энг кенг тарқалган модели сенсбилизацияга асосланган. Бу моделгеа мувофиқ периферик ноцицепция C1-C3 юқори бўйин сегментларида фаол миофасциал триггер нуқтадан (трапециясимон мушак юқори қисми, энса мушаги) ва 3 шохли нерв (чакка мушаги, чайнов мушаги) келиб чиқади. Агар бу концепция тўғри бўлганда бўйин- 3 шохли нерв ядроси орқали тўхтовсиз оғриқ хуружлари келиб чиқиб, марказий асаб тизими

сенсibiliзациясига олиб келган бўлар эди. Бундан ташқари фаол миофасциал триггер нуқталар субокципитал, юкори трапециясимон, чакка, тўш-ўмров-сўрғичсимон ва кўз атрофи мушакларида босим натижасида гиперсезгирлик кузатилишига олиб келади .

ЗБО келиб чиқиши 3 та модели фарқланади:

1. Кинезиопатологик модел - ҳаракат ёки одатий туриш ҳолати. Мазкур модел бўйин ва краниал мушаклардаги (пешона, чакка, чайнов, қанотсимон, тўш-ўмро- сўрғичсимон, трапециясимон) қисқариш хусусияти ўзгариши ва биомеханик ўзгаришлар билан боғлиқ. Бугунги кунда ЗБО келиб чиқиш механизми мазкур модел билан тушунтириш мураккаб ва фақатгина мушак таранглашуви билан касалликни баҳолаш хато.

2. Анатомиопатологик модел - марказий ва периферик асаб тизими механизмларини ўзига бириктиради. Периферик даражаси жараёнга қатнашаётган мушак миофасциал триггер нуқталарини назарда тутиб, бош оғриғи айнан триггер нуқталар стимуляцияси ҳисобига келиб чиқади. Бўйин, краниал ва экстракраниал мушакларда оғриққа сезгирлик ошади, оғриқ бўсағаси ва толерантлик бўсағаси пасаяди.

3. Психосоциал модел - стресс руҳий зўриқиш сифатида тушунилади. Ҳаддан ортиқ стресс, руҳий зўриқиш, ҳавотир, негатив фикрлар ва депрессия ЗБОга олиб келади. Шунингдек уйқу бузилишлари ва ЗБО орасидаги алоқа ўрганилганда ЗБО сурункалига айланишига олиб келиши аниқланди. ЗБО ривожланиш бошқа омиллари сифатида сувсизланиш, кофеин, тамаки ва алкоголь воситалари, гормонал бузилишлар, бруксизмни келтириш мумкин. ЗБО бемор ҳаёт сифатини функциялар чекланиши, ишлаб чиқарувчанлик пасайиши ҳисобига пасайтиради. Талабаларда ишлаб чиқариш сифати ЗБО хуружи вақтида 24.4% га пасайиши аниқланган.

Зўриқишдаги бош оғриқлари ташхислаш, даволаш, қиёсий ташхис ва олдини олишга оид замонавий қарашлар

ЗБО ташхислашга оид адабиётлар таҳлил қилинганда бирламчи бош оғриқларини ташхислаш учун қўшимча текшириш усуллари керак эмаслиги

аниқланди. Беморларнинг клиник шикояти, касаллик ва ҳаёт тарихи сўрови ҳамда объектив белгиларига асосан бирламчи бош оғриқлари ташхиси қўйилади.

СЗБО диагностик мезонлари (БОХТ-3, 2018):

А. 1 ойда 15 кундан ортиқ, бир йилда 180 кундан ортиқ бош оғриғи ҳолатлари кузатилади ва В-Д мезонларига тўғри келади.

В. Бош оғриғи бир неча соат давом этади, ёки доимий характерга эга

С. Қуйидагилардан камида икки белги бўлади:

1. Икки томонлама жойлашади.
2. Оғриқ босувчи, қисувчи, пульсланмайдиган хусусиятли.
3. Оғриқ енгил ёки ўрта интенсивликда бўлади.
4. Оғриқ одатдаги жисмоний ҳаракатда кучаймайди (юриш, зинадан кўтарилиш).

Д. Қуйидаги икки белги бўлади:

1. Кўнгил айланиш ёки қусиш бўлмайди (анорексия бўлиши мумкин).
2. Қуйидагилардан фақат биттаси бўлади: фото- ёки фонофобия.

Е. Бош оғриқ БОХТ даги бошқа диагносларга тўғри келмайди.

Бирламчи бош оғриқларида РЭГ, калла суяги рентгенографияси, КТ ва МРТ текширувлари ҳеч қанақа патологик ўзгаришлар бермайди. КТ ва МРТ текширувлари беморнинг неврологик ҳолатида ўзгариш бўлмаганда 2% ҳолатдагина бирор патология аниқланиши мумкин.

Нейроофтальмолог, вертеброневролог, нейрохирург ва психиатр кўриги иккиламчи бош оғриқларини инкор этиш учун зарур.

Кўрувда фокал неврологик белгилар аниқланиши, тизимли касалликлар (иситма, артралгия, миалгия) белгилари, эс-хушдаги ўзгаришлар (эс-хуш хиралашуви, хотира пасайиши ёки йўқолиши) ва бошқа хавф белгилар мавжудлиги қўшимча диагностик текширувлар ўтказишни талаб қилади.

Бирламчи бош оғриқларида қўшимча текширувларни талаб қиладиган ҳолатлар.

1. Бирламчи бош оғриғи ташхисига шубҳа бўлганда (нотипик шикоятлар ёки бош оғриқ кечиши бирламчи бош оғриғига хос бўлмаганда).

2. Ҳавф белгилари мавжуд бўлганда.

3. Симптоматик бош оғриқларига шубҳа бўлганда иккиламчи бош оғриқлари диагностик мезонларига асосан текширув ўтказилади:

- бош оғриғи асосий касаллик бошланиши бошланиши ёки қўзиши билан бевосита боғлиқлиги;

- асосий касаллик клиник белгилари мавжудлиги;

- лаборатор ва инструментал текширув маълумотлари асосий касаллик мавжудлигини тасдиқласа;

- бош оғриғи асосий касаллик ремиссия даврида ёки асосий касалликни даволагандан сўнг йўқолса.

Бемор ва қариндошларининг талабига кўра.

Бош оғриқларни ташхислашдаги ҳатоликлар.

Кўпинча бирламчи бош оғриқларидан мажуд беморларга янглиш “органик” касалликлар ташхиси қўйилади. Одатда бу ташхислар қўшимча текширув усуллари қўлланилиши оқибатида янглиш қўйилади. Энг кўп қўйиладиган янглиш ташхислардан гипертензион-гидроцефал синдром, бўйин умуртқа остеохондрози, бош айланиши қўшилиб келган холларда вертебро- базиляр етишмовчилик, вегетатив - томир дистония синдроми, дисциркулятор, атеросклеротик, гипертоник энцефалопатия ташхисларини келтиришимиз мумкин. Анамнезда бош мия жароҳати ўтказган беморларда бош мия ёпиқ жароҳатидан кейинги асоратлар ва жароҳатдан кейинги арахноидит ташхислари янглиш қўйилган ҳолатлар кузатилган.

Бироқ иккиламчи бош оғриқларни баҳолаш ўз диагностик мезонлари мавжуд. 50 ёшдан ошган ёки препубертат ёшдаги беморда биринчи марта пайдо булган бош оғриғи чакка артериити ёки калла ичи ҳажмий хосиласи белгиси булиши мумкин. Бундай беморлар неврологга йўналтирилади ва келгуси текширув чоралари белгиланади.

Анамнезида онкологик касаллик, ОИВ инфекцияси ёки иммунодефицит ҳолати мавжуд булган беморда биринчи марта пайдо булган бош оғриғи иккиламчи хусусиятли бош оғриғи мавжудлигини билдиради ва терапевтга юборилади.

Бир неча ҳафта давомида зўрайиб боровчи бош оғриқлари бош мия хажмий ҳосиласи мавжудлигини билдиради ва неврологга текширувга юборилади.

Бошдаги кучли ёрувчи хусусиятли оғриқ субарахноидал қон кетиш хавфини билдиради ва неврологга юборилади.

Ўчоқли неврологик белгилар мавжуд ёки тушунарсиз белгилар билан кечувчи бош оғриқли беморлар неврологга юборилади.

Тана ҳолати ўзгариши ёки ҳаракатда кучаядиган оғриқлар калла ичи ўсмаси эҳтимолли белгиси бўлиши мумкин ва неврологга юборилади.

Сабабсиз пайдо булган иситма бош оғриғи билан кечса терапевтга юборилади.

Орал контрацептивлар қабул қилгандан кейинги аура билан кечувчи бош оғриқли беморлар неврологга юборилади.

Зўриқишдаги бош оғриқларни даволаш.

Португалия бош оғриқ жамияти ЗБО га тиббий ёрдамни 2 типга ажратади: ўткир даврдаги аралашувлар ва профилактик аралашувлар. Ўткир даврда фармакологик даво чоралари қўлланилади. Профилактик даво эса кризларнинг олдини олишга қаратилган фармакологик ва нофармакологик давони ўз ичига олади.

Кўп беморлар тузалади. бош оғриқни қолдирувчи дори воситалари ва профилактика учун муолажалар қўлланилади. Хуружларни даволовчи воситаларни эҳтиёткорлик билан қўллаш лозим, чунки дори воситаларидан чақирилган бош оғриғига ўтиш хавфи катта.

Зўриқишдаги бош оғриқ хуружларини олиш.

Эпизодик зўриқишдаги бош оғриқлар ҳафтада 2 марта бўлганда, рецептсиз бериладиган анальгетиклар билан симптоматик даволанади.

Эпизодик бош оғриқлари хуружини қолдириш мақсадида ацетилсалицил кислота (аспирин) 600-1000 мг фақат катта ёшли беморларда, ибупрофен танлов воситаси бўлиб, самарадорлиги исботланган А гуруҳ НЯҚВ 400-800 мг, парацетамол 1000 мг берилади, аммо самараси юқоридаги преператларга нисбатан камроқ.

Эпизодик зўриқишдаги бош оғриқларда оғриқ ҳафтада 2 мартадан кўп кузатилса, профилактик даво белгиланади.

Юқорида кўрсатилган дори воситалари сурункали зўриқишдаги бош оғриқларда фойдаси шубҳали ва дори воситасидан чақирилган бош оғриқларга олиб келади.

Зўриқишдаги бош оғриқлари хуружини даволаш принциплари :

- опий сақловчи воситаларни имкон қадар қўлламаслик;
- кодеин ва дигидрокодеин;
- декскетопропоксифен;
- комбинирланган анальгетиклар.

Барбитуратлар зўриқишдаги бош оғриқларни даволашда қўлланилмайди.

Оғриқлар қанча сони кўпайса, дори воситаси чақирган бош оғриқ ҳавфи шунча кўпаяди.

Зўриқишдаги бош оғриқларни дори воситаси билан даволаш.

Профилактика мақсадида амитриптилин 10-100 мг кечкурун, сурункали ва эпизодик зўриқишдаги бош оғриқларни даволашда танлов воситаси бўлиб хисобланади. Нортриптилин антихолинэргик ножўя таъсирларни кам чақиради, аммо натижаси амитриптилиндан камроқ (амитриптилин нортриптилин билан шу дозада алмаштирилиши мумкин).

Профилактика тамойиллари:

Дори воситаси яхши ўзлаштирилиши учун аввал минимал дозада (10мг) сўнг аста-секин ҳар 1-2 ҳафтада 10-25 мгга ошириб борилади. Муолажа натижавийлигини ва дори дозаси мослигини аниқлаш учун календар юритилади. Натижаси йўқ деб баҳоланган профилактика дарҳол

тўхтатилмаслиги зарур, 2-3 ой бу кўринарли терапевтик натижа учун керак бўлган энг кам вақт эканлигини таъкидлаган.

Муолажа натижа бергач, 6 ойдан сўнг дори воситаси секинлик билан дозаси камайтирилади, аммо баъзан узоқ вақт даволанишни талаб қилиши таъкидланган.

Дори воситалари ножўя таъсирларининг кўп кузатилиши, беморларда дори воситасини суиистеъмол қилиши натижасида дори воситасидан келиб чиққан абюзус бош оғриқлари келиб чиқиши, касаллик патогенезида психоэмоционал зўриқишларнинг устунлик қилиши БОни даволаш нофармакологик услубларини кўриб чиқиш долзарблигини кўрсатади. Цефалгологлар дорисиз даволаш услубларига тери орқали электрстимуляция, релаксацион терапия, биологик қайта алоқа, акупунктура, йога билан шуғулланишни келтириб ўтадилар. Бу услубларнинг медикаментоз даволашдан фарқи-организм энергетик жараёнларига мос, табиий хусусиятли, организм ички имкониятларини оширган ҳолда гомеостазни мўътадиллаштиради, турли орган ва тизимлар алмашинув жараёнларига комплекс таъсир қилади, организмнинг резерв имкониятларини ошириб, ножўя таъсирларга эга эмаслиги билан аҳамиятлидир.

ЗБОни даволашда қўлланиладиган дорисиз даволаш усуллари куйидагилардир:

1. Уйқу гигиенаси.
2. Мунтазам спорт машғулотлари.
3. Овқат режимининг тартиблилиги (овқат емай қўймаслик, эрталабги овқатни истеъмол қилиш).
4. Кофеин қабулини чеклаш.
5. Триггерларни аниқлаш ва бартараф этиш.
6. Психотерапевтик коррекциялаш (БҚА (ЭМГ, ЭЭГ, иссиқлик), релаксацион усуллар (прогрессияловчи мушак релаксацияси, гипноз, нафас-релаксацияловчи тренинг, аутоген тренировка), когнитив- хулқий терапия).
7. Игнарефлексотерапия, фитотерапия, ароматерапия.

Мунтазам чиниқтирувчи спорт машғулоти билан шуғулланиш ЗБО га ижобий самара кўрсатади. К. Koseoglu ва ҳаммуаллифлари (2016) мунтазам спорт билан шуғулланиш қон плазмасида эндорфинлар миқдори ошишига, ҳамда клиник яхшиланишга олиб келишини аниқлашди. Кофе ва кофеин сакловчилар, шунингдек энергетик ичимликлар БО ни кўзғатиб, уйку ва хулқ бузилишларига олиб келади, натижада бош оғриқлар частотаси тезлашади. Кофени ичишдан воз кечиш ҳам БО га олиб келиши мумкин. БО профилактикасида муҳим омиллардан бири регуляр овқатланиш ва тарли миқдорда сув истеъмол қилишдир. Биологик қайта алоқа (БҚА) иссиқлик ва миографик усуллари БО да самаралидир. БҚА усулида қон плазмасида β -эндорфинлар миқдори ошади. Тез-тез кузатиладиган БО да психологик ва психотерапевтик коррекция усуллари самаралидир. Биологик қайта алоқа (БҚА) нинг ЗБОда иссиқлик ва миографик усуллари самарадорлиги аниқланган. Тез-тез кузатиладиган ЗБО да психологик ва психотерапевтик коррекция ижобий самараси ҳам таъкидланган. ЗБОда самарадор терапевтик ёндашувдан бири физиотерапевтик усуллари, у бош оғриқ сони, интенсивлигини пасайтириб, кундалик фаолликни оширади, шу орқали бемор ҳаёт сифати яхшиланишига олиб келади. Нофармакологик усуллар ўз ичига постура ва эргономикани ўқитиш, БҚА, мушак релаксацияси машқлари, массаж, даволаш физкультураси, игнарефлексотерапия, физиотерапевтик муолажаларни олади. Мақбул даво тактикасини қўллашдан олдин ташхис тўғри қўйилганлигига ишонч ҳосил қилиш керак. Физиотерапиянинг энг кўп қўлланиладиган усулларида бири мануал терапиядир. Мануал терапия миофасциал триггер нуқталарга босиш орқали оғриқ бўсағаси ошишига олиб келади. Массаж умуртқа поғонасида амалга оширилган манипуляцияга қўшимча тарзда қўлланилиши мумкин. Мануал терапиянинг энг кўп учрайдиган ножўя таъсири бу мушак ригидлиги ва оғриқ пайдо бўлишидир. Игнарефлексотерапия альтернатив даво усулларида бири бўлиб, фармакологик давода қўлланиладиган дори воситаларига нисбатан ножўя таъсири камлиги ва беморлар томонидан осон

кўтара олиниши туфайли кенг қўлланилади. Классик акупунктурада игна танланган нуқталарга қўйилади, ҳамда қўшимча иссиқлик, жисмоний куч, ёки электр токи орқали кучайтирилиши мумкин. Анъанавий хитой тиббиётида энергия дисбаланси оқибатида касаллик келиб чиқади ва акупунктур нуқталарга қўлланилган игна орқали дисбаланс ҳал қилинади деб ҳисобланади. Мазкур усулдан кўплаб касалликларда, жумладан ЗБО да кенг фойдаланилади. Тадқиқотлар ИРТ дори воситасига талаб камайиши, релаксация ошиши, эндоген опиоидлар чиқишига олиб келиб, жисмоний ва рухий гомеостаз кузатилади. Турли тадқиқот натижалари игнарефлексотерапиянинг ЗБО да самара беришини кўрсатсада, натижаларда карама- қаршилик мавжудлиги ИРТ дан кенг фойдаланишга тўсқинлик қилмоқда. Гирудотерапия самарадорлиги ҳам ўрганилган.

Психовегетатив ўзгаришлар ва постурал бузилишлар

Сўнгги йилларда ўтказилган эпидемиологик тадқиқотлар аҳолининг 80% ида вегетатив дисфункция белгилари мавжуд.

Психовегетатив бузилишларга асосий сабаб сифатида психоижтимоий омиллар кўрсатиб ўтилади. Улардан узоқ давом этган эмоционал стресс, чарчаш, соматик касалликлар, узоқ давом этган очлик, кайфият пастлиги, таъсирчанликни кўрсатиб ўтиш мумкин.

Улар орасида эндокрин-гуморал бошқарув ўзгаришлар (пубертат, климакс), уйқу бузилишлари уҳим ўрин эгаллайди. Бу ҳолатда организм бош мия лимбик-ретикуляр тизими орқали бошқариладиган мослашув функциясини ишга туширади.

Мослашувчанлик организм ва атроф - муҳит орасида ўзаро алоқа ўрната олиш жараёнидир. Турли патологик ҳолатларда организмнинг мослашувчанлик қобилияти издан чиқади. Натижада эмоционал бузилишлар ривожланади. Психовегетатив бузилишлар турли-туман бўлиб, таъсирчанлик, норозилик, қоникмаслик, зўриқиш, хавотирни келтиришимиз мумкин. Вегетатив асаб тизими сегмент усти аппарати дисфункцияси соматик касалликлар, турли неврологик касалликлар, давомли стресс,

гормонал бузилишларда кузатилиши муаллифлар томонидан келтирилган. ХКТ-10 да психовегетатив бузилишлар “Вегетатив асаб тизими соматоформ дисфункцияси” га киритилган. Одатда психовегетатив синдром иккиламчи бўлиб, динамик хусусиятга эга. У икки хил кечиши мумкин: перманент (узоқ), пароксизмал (эпизодик, хуружсимон).

Вегетатив бузилишлар турли-туман бўлиб, полисистем хусусиятга эгаллиги келтирилган. Вегетатив дисфункция учун нефроэндокрин бузилишлар, уйқу бузилишлари, ҳавотир, астеник ҳолатлар ҳослиги муаллифлар томонидан келтирилган. Вегетатив дисфункцияга кардиоваскуляр, гастроинтестинал, нафас бузилишлари ҳосдир. Психовегетатив дисфункция асосий белгиси ҳавотир бўлиб, ички таранглик, таъсирчанлик билан характерланади. Ҳавотир узоқ давом этган стрессга нисбатан организмнинг ҳимоя реакцияси сифатида намоён бўлади. Кўп сонли тадқиқотлар кўрсатишича, ҳавотир барча функционал патологияларнинг 30% ини ташкил қилади.

Стресс эса психовегетатив синдром ривожланишида муҳим ўрин эгаллаши муаллифлар томонидан келтирилган.

Исталган соматик патология организм учун стресс ҳисобланиб, нейроэндокрин ва вегетатив дисбалансга олиб келади.

Ҳавотирдан сўнг депрессия иккинчи ўринни эгаллайди. Муаллифлар томонидан ўтказилган кўп сонли тадқиқотлар депрессия ҳавотирнинг узоқ чўзилишига олиб келади. Организмда кечаётган гормонал, рухий, ҳамда ижтимоий омиллар депрессияни кучайтиради. Депрессия аёлларда эркакларга нисбатан 12-20% кўп учраши юқоридаги фикр тасдиғи сифатида келтирилган. Муаллифлар фикрича депрессия ва ҳавотир коморбид ҳолатлар бўлиб, бир - бирини кучайтиради. Ҳавотирли -депрессив ҳолатлар бемор рухий, ижтимоий, жисмоний ҳолатига салбий таъсир қилиб, ҳаёт сифати пасайишига олиб келади.

Сўнгги йилларда беморлар орасида бош оғриқларининг кучайиши рухий ва соматик дисбалансга олиб келди, шу сабабли ҳам бош оғриғини асаб

касалликлари ва рухий, хулқий бузилишлар бўлимида кўрилишига олиб келди. Муаллифлар томонидан бош оғриғи ва эмоционал бузилишлар орасида узвий алоқа мавжудлиги келтирилган. 55% ҳолатда беморларда вегетатив бузилишлар кузатилгани келтирилган, бунда шахс хавотири ва астеник ҳолат устунлик қилган.

Беморларнинг оғриққа асосий аҳамият қаратишлари ва психовегетатив синдромнинг эътибордан четда қолиши натижасида касаллик сурункали шаклга ўтади. Психоижтимоий омиллар-қоникмаслик, уйқусизлик, таъсирчанлик, чарчоқ ва стресс бош оғриқларига олиб келади. Юқоридагилардан келиб чиқиб, астеник ҳолат, хавотир ва депрессия бош оғриғига олиб келади деб айтиш мумкин. Эпизодик ЗБО да перикранал мушаклар жараёнга қўшилганда эмоционал бузилишлар оғриқ синдромидан олдинроқ пайдо бўлиши муаллиф томонидан келтирилган. Вегетатив асаб тизимининг фаоллиги ошиши ўткир оғриқнинг сурункалига айланишига олиб келиши муаллифлар томонидан келтирилган.

ЗБО беморларида постурал бузилишлар ҳам кузатилиши мумкин. Постурологияда қўлланиладиган усуллардан бири стабилметрия бўлиб, “posture” - тана ҳолати деган маънони англатади. Стабилметрик текширувлар ҳаракат ва координатор бузилишлар топографик жойлашувини аниқлаш мақсадида ишлатилади. Стабилметрия неврология, ортопедия-травматология, оториноларингологияда кенг қўлланилади. Стабилметрия натижасида кўрув, вестибуляр, проприоцептив, соматосенсор тизим дисфункциясини аниқлаш мумкин. Стабилметрия натижасида постурал баланс бузилишларига олиб келадиган ишемик инсульт вестибуляр бузилишлар билан кечиши, болалар бош мия фалажини баҳолаш мумкин. Фронтал ва сагиттал текисликда босим марказини текшириш постурал мушаклар тонусини баҳолаш имконини беради. Фронтал текисликда болдир мушаги босим марказини текшириш катта болдир ва кичик болдир мушаклар фаолиятини баҳолаш имконини беради. Бу мушакларнинг вазифаси вертикал ҳолатни тутиб туришдир. Болдир мушаклари проприоцептив рецепторлари

кўзғалиш бўсағаси ошиши ёки камайиши натижасида босим маркази фронтал текисликда олд-орқага силжийди. Натижада беморнинг вертикалда ҳолатда туғунлиги ёки ошади ёки камаяди. Юмук кўзлар билан фронтал текисликда координатор фаолиятнинг бузилиши проприоцептив рецепторлар фаолиятининг пасайганлигини билдиради. Сагиттал текисликда беморнинг турғунлиги кўрув-мотор ва вестибуло-мотор алоқалар ҳисобига амалга ошади. Босим маркази девиацияси постурал мушаклар эффектор бошқарилиши дисбаланси ҳисобига келиб чиқади. Эффектор бошқарилиш мияча-спинал ва вестибуло-спинал йўллар орқали амалгашиб, бунда кўрув назорати антигравитацион мушаклар ишига бевосита таъсир қилади. Кўрув функцияси ҳисобига координатор функция бузилишлари қисман компенсацияланади. Кўрувнинг постурал мушакларга таъсирини инкор этиш мақсадида очик ва ёпиқ кўзлар билан Ромберг синамаси ўтказилади, агар постурал дисбаланс бўлса ёпиқ кўзлар билан Ромберг синамаси бажарилганда ҳаракат бузилишлари кузатилади. Бу организмда координатор фаолиятни бошқарадиган бош мия пўстлоғи марказларидан бири, кўпинча кўрув анализаторидаги ўзгаришлар мавжудлигини билдиради. Эмоционал сферадаги ўзгаришлар ва стабиллометрик бузилишлар орасидаги алоқани ўрганиш борасида амалга оширилган ишлар санокли. Қари ёшдаги дисциркулятор энцефалопатия мавжуд беморларда эмоционал бузилишларнинг статик мувозанатга таъсирини ўрганиш борасида амалга оширилган ишда эмоционал бузилишлар бемор ҳаёт сифатини пасайтириши ва статик мувозанатнинг бузилишига олиб келиши аниқланган. Бош мия органик патологияларида беморларда ўтказилган стабиллометрик тадқиқотлар бош мияда тизимли патологиялар мавжуд бўлганда постурал дисбаланс кузатилишини кўрсатди. Тарқоқ ҳавотир ва паник бузилишлар мавжуд беморларда постурал дисбаланс ўрганилган бўлиб, бунда фронтал текисликда дисбаланс аниқланади. Бемор вертикал ҳолатида кўрув депривациясида дестабиллик кузатилади. Кўрув-мотор алоқанинг бузилиши проприоцептив сезги бузилишига олиб келади. Муаллифлар томонидан бош

мия қон томир патологияларида постурал бузилишлар мия тўқимасида ва вестибуляр аппаратда дистоник бузилишлар ҳисобига келиб чиқишини кўрсатди. Мазкур илмий иш мигрень, томир аномалиялари ва орқа бўйин симпатик синдромида координатор функцияларни текшириш орқали амалга оширилди.

Болаларда ўтказилган стабиллометрик текширувлар соматик касалликлар вегетатив дисфункция билан кечганда амалга оширилган бўлиб, босим маркази девиацияси қизларда ўғил болаларга нисбатан юқорилигини кўрсатди. Ўсмирларда ўтказилган стабиллометрик текширувлар миопия мавжудлиги координатор синамага салбий таъсир этганлигини кўрсатди. Қандли диабет ва вегетатив дисфункция қўшилиб келиши стабиллометрик кўрсаткичлар ёмонлашувига олиб келди. Вегетатив асаб тизими ҳолатини текшириш жараёнида энурез кузатилган ўғил болаларда қизларга нисбатан симпатик асаб тизими тонси ошиши кузатилган. Ошқозон-ичак тракти касалликларида эса парасимпатик асаб тизими тонуси ҳар иккала жинс вакилларида ошиши кузатилган. Психологик бузилишларда аёлларда постурал дисбаланс аниқланган. Ахмадеева Л.Р. (2020) томонидан қари ёшдаги беморларда турли оғриқ синдромларида постурал бузилишлар аниқланган. Шунга қарамасдан катта ёшли инсонларда ЗБО да стабиллометрик мезонлар аниқланмаган. Мазкур патологиянинг беморлар орасида кенг тарқалганлиги, диагностика борасидаги оқашлар, натижада адекват даво чоралари белгиланмаслиги касаллик сурункали шакллари авж олишига олиб келади. Айнан шу ҳолатлар мазкур патологияни чуқур ўрганишимизга олиб келди.

II БОБ. Ўрганилган гуруҳлардаги беморларнинг умумий хусусиятлари

Тадқиқотларнинг клиник қисмига 117 бемор танлаб олинди, ёши 18-59 (ўртача ёши $30,32 \pm 8,69$). Беморлар ЖССТ нинг 2017 йилда тавсия этган ёш мезонларига кўра ажратилди. Уларнинг 39(26,53%) нафарини эркаклар ва 108(73,47%) нафарини аёллар ташкил қилади (1-расм).



1-расм. Беморларнинг жинси бўйича тақсимланиши.

Назорат гуруҳи сифатида 30 нафар кўнгилли шахслар олинган бўлиб, эркаклар 8 (26,67%), аёллар 22 (73,33%)ни ташкил этади (1-жадвал).

Тадқиқотдан кўзланган мақсадни амалга ошириш учун беморлар 2 гуруҳга ажратилди:

1-гуруҳ беморларда сурункали зўриқишдаги бош оғриқ мавжуд постурал бузилишлар кузатилган беморлар ($n=72$).

2-гуруҳ тез-тез эпизодик зўриқишдаги бош оғриғи мавжуд ва постурал бузилишлар кузатилган беморлар ($n=45$).

Назорат гуруҳи - 30 нафар амалий соғлом шахслар.

1-жадвал

Беморларнинг жинси бўйича тақсимланиши

Тадкикот гурухлари	Жинси				p
	Эркак		Аёллар		
	abs	%	abs	%	
Назорат гурухи	8	26,67±8,07	22	73,33±8,07	χ^2 Пирсон = 0,685; p = 0,710
1-гуруҳ	21	29,17±5,36	51	70,83±5,36	
2-гуруҳ	10	22,22±6,2	35	77,78±6,2	
Жами	39	26,53±3,64	108	73,47±3,64	
p	$\chi^2 = 32,388$; p = 0,000				

Тадқиқотга киритиш мезонлари қуйидагилардан иборат қилиб белгиланди:

1) анамнезда бош оғриқлар ҳалқаро таснифи 3-чиқишга мос келадиган сурункали зўриқишдаги бош оғриғи мавжуд перикраниал мушаклар таранглашуви ва таранглашувисиз кечадиган беморлар.

2) 18-59 ёшдаги беморлар.

3) беморнинг тадқиқотга розилиги.

4) текшириш вақтида ЗБО хуружи йўқлиги.

5) текшириш вақтида постурал бузилишнинг мавжудлиги.

2-гурух беморларни тадқиқотга киритиш мезонлари қуйидагилардан иборат этиб белгиланди:

1) анамнезда бош оғриқлар ҳалқаро таснифи 3-чиқишга мос келадиган тез-тез эпизодик зўриқишдаги бош оғриғи мавжуд перикраниал мушаклар таранглашуви ва таранглашувисиз кечадиган беморлар;

2) 18-59 ёшдаги беморлар.

3) беморнинг тадқиқотга розилиги.

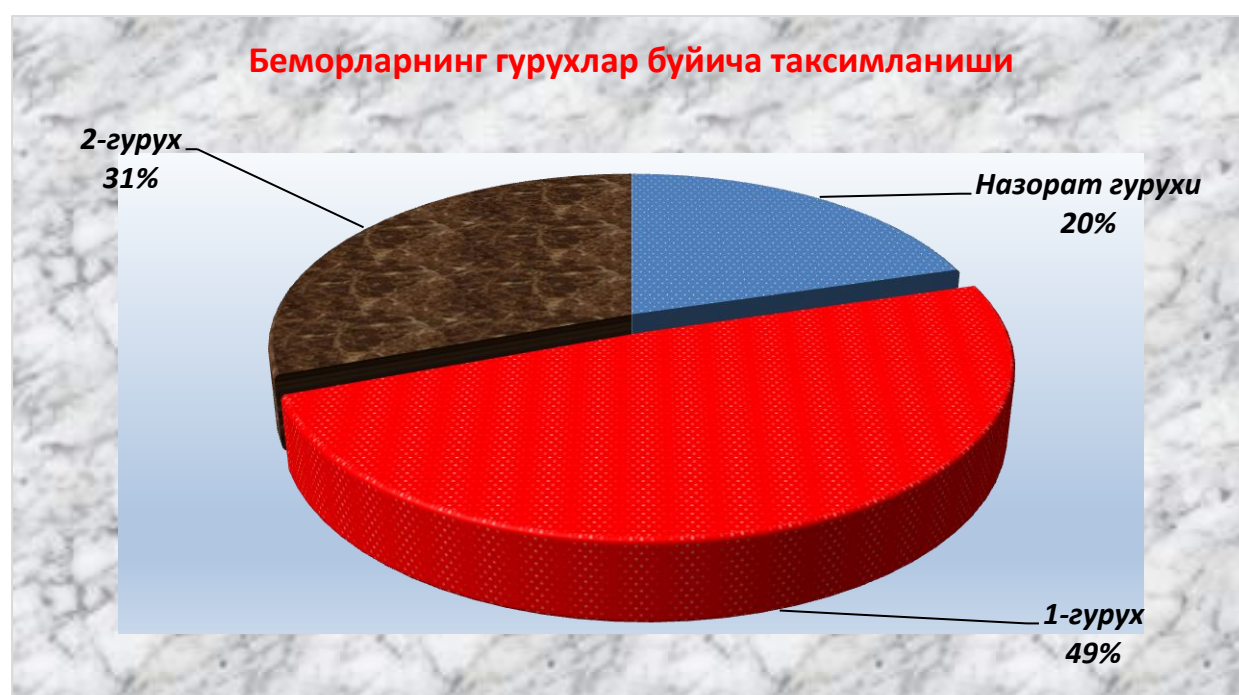
4) текшириш вақтида ЗБО хуружи йўқлиги.

5) текшириш вақтида постурал бузилишнинг мавжудлиги.

Тадқиқотдан чиқариш мезонлари қуйидагилардан иборат қилиб белгиланди:

- 1) Беморнинг тадқиқотдан бош тортиши.
- 2) Оғир соматик ва неврологик патология.
- 3) Вертикал ҳолатни эгаллашга имкон бермайдиган патологиялар
- 4) Ўчоқли неврологик белгилар мавжудлиги
- 5) тадқиқотга ҳомиладор аёллар, эмизикли аёллар, яқин 3 ой ичида ҳомиладорликни режалаштираётган аёллар киритилмади.

Беморларнинг гуруҳлар бўйича тақсимланиши қуйидагича: 1-гуруҳ беморлар 49%, 2-гуруҳ беморлар 31%, назорат гуруҳи 20% ни ташкил қилди (2-расм).



2-расм. Беморларнинг гуруҳлар бўйича тақсимланиши.

Беморлар шикояти эшитилди, анамнез йиғилди, охирги йилдаги йиқилишлар сони сўралди, клиник-объектив, неврологик текширувдан кейин барча беморларга нейропсихологик сўровномалар, мувозанатни баҳолаш ва “Timed up and Go”, Берг тести, реактив мувозанат ҳолати, нейрофизиологик текширувлар ўтказилди. Зарурат туғилганда иккиламчи бош оғриқларини инкор этиш мақсадида бош мия МРТ текшируви ўтказилди. Жадвалдан кўриниб турибдики 18-44 ёш категориясидаги беморлар сони ($n=87$) 45-59 ёш гуруҳига ($n=30$) нисбатан кўпроқ. Тадқиқотда қатнашаётган беморлар

орасида ЗБО билан касалланиш давомийлиги 1 йилдан 15 йилгачани ташкил қилади (2-жадвал).

2-жадвал

Беморларни жинси ва ёши бўйича тақсимланиши

Беморлар ёши	Аёллар		Эркаклар	
	абс.	%	абс.	%
18-44 ёш	62	53	15	12,8
45-59 ёш	25	21,4	15	12,8
Жами	87	74,4%	30	25,6%

Текширувда беморлар қуйидаги ташхислаш мезонлари бўйича танлаб олинди.

Беморларни ташхислаш мезонлари.

Тез-тез кузатилмайдиган эпизодик ЗБО. Бош оғриқнинг кам учрайдиган эпизоди, одатда икки томонлама бўлиб, босувчи, қисувчи, енгилдан ўрта оғир интенсивликкача кузатилади. Бир неча дақиқадан бир неча кунгача давом этади. Оғриқ одатдаги жисмоний фаолиятда кузатилмайди, кўнгил айланиш кузатилмайди, фотофобия ва фонофобия кузатилиши мумкин.

Ташхислаш мезони:

А) Бир ойда ўртача 1 кундан кам (бир йилда <12 кун) камида 10 та оғриқ эпизоди, В-D мезонларига тўғри келганда.

В. Давомийлиги 30 дақиқадан 7 кунгача.

С. Қуйидаги тўртта хусусиятдан камида икkitаси бўлганда:

1. Икки томонлама

2. Босувчи ёки қисувчи (пульсациясиз)

3. Енгил ёки ўрта интенсивлик

4. Одатдаги жисмоний ҳаракатлар-юриш ёки зинадан кўтарилишда оғриқ кучаймаслиги.

D. Қуйидаги мезонлардан икkitаси:

1. Кўнгил айланиш ва қусиш йўқлиги
2. Биттаси кузатилиши: фотофобия ёки фонофобия.

Е. БОХТ-3 чиқишида бошқа касаллик мезонларига тўғри келмаслик.

Тез- тез кузатиладиган эпизодик ЗБО. Тез - тез кузатилмайдиган эпизодик ЗБО барча хусусиятлари, фақат оғриқ частотасидан ташқари.

Ташхислаш мезонлари (фақат фарқлари):

А. бир ойда 1-14 кун кузатиладиган камида 10 оғриқ эпизоди, ўртача 3 ойдан ортиқ вақт давом этса (≥ 12 ва < 180 кун йилида) ва В-D мезонларга тўғри келади.

Сурункали ЗБО.

Бош оғриғининг давомийлиги 30 минутдан кам эмас, эпизодик зўриқишдаги бош оғриғида 30 минутдан 7 кунгача, сурункали зўриқишдаги бош оғриғи ҳар куни бош оғриғи тўхтамаслиги.

Бош оғриғининг характери-қисувчи, эзувчи, босувчи, монотон бўлиши. Лўқилловчи хусусиятда кузатилмайди.

Бош оғриғининг жойлашуви-диффуз, икки томонлама.

Бош оғриғи кундалик жисмоний фаолиятда кучаймайди.

Тез-тез эпизодик ЗБО дан ривожланади. Хуружлар ҳар кун ёки жуда тез-тез бўлади. Оғриқ енгил кўнгил айланиш билан кечиши мумкин. Ташхис мезонлари (фақат фарқи):

А. Бош оғриқ ойда ўртача 15 кундан, йилда 3 ойдан (180 кун) кўп кузатилиб, В-D мезонларга тўғри келади:

В. Давомийлиги бир неча соат, кун ёки доимий.

Д. Қуйидаги икки ҳолат:

1. Бу белгиларнинг биттаси: ёки ёруғликдан қўрқиш, ёки фонофобия.
2. Кўнгил айланиш ва қусиш бўлмайди.

ЗБО эхтимоли: Мазкур бош оғриғида ЗБО подтиплари барча мезонларидан биттаси тўғри келмайди. Беморлар шунингдек мигрень эхтимолининг битта мезонига тўғри келишлари мумкин, бу ҳолда барча маълумотларни қўллаган ҳолда қайси ташхисга яқинликни ҳал этиш лозим. Барча беморлар зўриқишдаги бош оғриғига оид (ХКТ-10 G-44.2).

Бош оғриқнинг бир ойдаги куни 1-гурух беморларида $15,94 \pm 0,2$, бош оғриқнинг давомийлиги $5,82 \pm 0,29$ соатни, касаллик давомийлиги $2,91 \pm 0,24$ йилни ташкил этган, анальгетик қабул қилиш 1 ойда $15,58 \pm 0,27$ кунни ташкил этган. 2-гурух беморларида бош оғриқнинг бир ойдаги куни $15,99 \pm 0,25$, бош оғриқнинг давомийлиги $6,14 \pm 0,28$ соатни, касаллик давомийлиги $3,38 \pm 0,27$ йилни ташкил этган, анальгетик қабул қилиш 1 ойда $15,53 \pm 0,38$ кунни ташкил этган (3-жадвал).

3-жадвал

ЗБО беморлари гуруҳларининг асосий клиник хусусиятлари

Кўрсаткичлар	1-гурух	2-гурух
Бош оғриқнинг бир ойдаги куни, кун	$15,94 \pm 0,2$	$15,99 \pm 0,25$
Бош оғриқнинг давомийлиги, соат	$5,82 \pm 0,29$	$6,14 \pm 0,28$
Касаллик давомийлиги, йил	$2,91 \pm 0,24$	$3,38 \pm 0,27$
Анальгетик қабул қилиш куни бир ойда, кун	$15,58 \pm 0,27$	$15,53 \pm 0,38$

Қўшимча касаллик мавжудлиги ўрганилганда 1-гурух беморларида астеноневротик синдром 11 (15,28%), сурункали темир танқислик камқонлиги оғир даражаси 1 (1,39%), калла ичи гипертензияси 5 (6.94%), вегетатив томир дистонияси 4 (5,56%), ўнг томонлама кўкрак қафаси жароҳати 1 (1,39%), ўткир чап томонлама катарал гайморит, диффуз бўқоқ 1-даража, гипертрофик ринит, сурункали холецистит, аллергия бронхит, реактив артрит, тугунли бўқоқ, бўйин умуртқа остеохондрози, окклюзион гидроцефалия, умуртқа поғонаси остеохондрози, астеник синдром ва ситуацион неврастения касалликлари ҳар бири 1 (1,39%) дан ташкил этди. Бемор бош оғриғи ва постурал бузилишлари айнан шу касалликларга боғлиқ эмаслиги ўрганилди. 2-гурух беморларида астеноневротик синдром 20

(44,44%), калла ичи гипертензияси 2 (4,44%), вегетатив томир дистонияси 3 (6,67%), бўйин умуртка остеохондрози, сурункали тиреоидит, қон томир энцефалопатияси 1 (2,22%), дан ташкил этди. Бемор бош оғриғи ва постурал бузилишлари айнан шу касалликларга боғлиқ эмаслиги ўрганилди (4-жадвал).

4-жадвал

Қўшимча касаллиги мавжудлиги

Йўлдош касалликлар	1-гурух		2-гурух		χ^2 Пирсон	
	abs	%	abs	%	c2	p
Астеноневротик синдром	11	15,28	20	44,44	12,096	0,001
Сурункали темир танқислик анемияси оғир даражаси	1	1,39	0	0,00	0,630	1,000
Калла ичи гипертензияси	5	6,94	2	4,44	0,308	0,706
Вегетатив қон томир дистонияси	4	5,56	3	6,67	0,061	1,000
Ўнг томонлама кўкрак қафаси жароҳати	1	1,39	0	0,00	0,630	1,000
Ўткир чап томонлама катарал гайморит	1	1,39	0	0,00	0,630	1,000
Диффуз бўқоқ 2 даража	1	1,39	0	0,00	0,630	1,000
Гипертрофик ринит	1	1,39	0	0,00	0,630	1,000
Сурункали холецистит	1	1,39	0	0,00	0,630	1,000
Аллергик бронхит	1	1,39	0	0,00	0,630	1,000
Реактив артрит	1	1,39	0	0,00	0,630	1,000
Тугунли бўқоқ	1	1,39	0	0,00	0,630	1,000
Бўйин умурткалари остеохондрози	1	1,39	1	2,22	0,114	1,000
Окклюзион гидроэнцефалопатия	1	1,39	0	0,00	0,630	1,000
Умуртка поғонаси остеохондрози	1	1,39	0	0,00	0,630	2,000
Астеник синдром	1	1,39	0	0,00	0,630	3,000
Ситуацион невралгия	1	1,39	0	0,00	0,630	4,000
Сурункали тиреоидит	0	0,00	1	2,22	1,614	0,385
Қон томир энцефалопатияси	0	0,00	1	2,22	1,614	1,385

Анамнезида 1-гурух беморларида бир неча кундан буён давом этаётган оғриқлар $9,72 \pm 3,49\%$, бир неча ойдан буён давом этаётган оғриқлар $51,39 \pm 5,89\%$, бир йилдан буён давом этаётган оғриқлар $5,56 \pm 2,7\%$, бир неча йилдан буён давом этаётган оғриқлар $5,56 \pm 2,7\%$ ни ташкил этган. 2-гурух беморларида бир неча кундан буён давом этаётган оғриқлар кузатилмаган, бир неча ойдан буён давом этаётган оғриқлар $60 \pm 7,3\%$, бир йилдан буён

давом этаётган оғриқлар $4,44 \pm 3,07\%$, бир неча йилдан буён давом этаётган оғриқлар $35,56 \pm 7,14\%$ ни ташкил этган (5- жадвал).

5- жадвал

Анамнез бўйича тадқиқот гуруҳларида оғриқ давом этиш муддати таҳлили

Анамнези	1-гуруҳ			2-гуруҳ		
	abs	%	p	abs	%	p
Бир неча кун	7	9,72±3,49	$\chi^2 = 39,667;$ $p = 0,000$	0	0±0	$\chi^2 = 20,933;$ $p = 0,000$
Бир неча ой	37	51,39±5,89		27	60±7,3	
Бир йил	4	5,56±2,7		2	4,44±3,07	
Бир неча йил	24	33,33±5,56		16	35,56±7,14	
p	χ^2 Пирсон = 4,857; p = 0,183					

Клиник-лаборатор ва инструментал текширув усуллари

Тадқиқот давомида тадқиқот гуруҳларида неврологик кўрик ўтказилиб, неврологик статус, вегетатив асаб тизими тонуси ва психоэмоционал ҳолатни баҳолаш учун турли шкалалар, нейропсихологик тестлар, нейровизуал, нейрофизиологик текширувлар ўтказилди.

Барча беморлар тўлиқ клиник-объектив, неврологик текширувлардан ўтказилиб, ҳаёт ва касаллик анамнези йиғилди, бош оғриқ жойлашган ўрни ва тарқалиши ўрганилди, БОнинг хусусиятлари, БО интенсивлиги, БОга таъсир қиладиган триггер омиллари, БО эпизодлари давомийлиги, БОнинг сурункали шаклга ўтиш вақти ўрганилди. БОга жисмоний фаолликнинг таъсири, қўшимча белгилар мавжудлиги, оғриқ қолдириш учун қўлланилган дори воситалари, уларнинг миқдорига қаратилди. Беморда қўшимча соматик ёки руҳий касаллик мавжудлиги аниқланди.

Турли бош оғриқни баҳолаш сўровномаларидан фойдаланган ҳолда беморлардаги бош оғриғи тури ва оғриқ интенсивлиги баҳоланди. Барча беморларга бош оғриғи кундалиги тақдим этилиб, унда бош оғриғи куни, қабул қилинаётган дори миқдори ва кунлари ўрганилиб борилди. Бош оғриқ

кундалиги даво чоралари бошланишидан 4 ҳафта олдин берилди, охириги 8 ҳафта давомида кундалик юритилди.

Беморларда бош оғриқ интенсивлигини аниқлаш мақсадида Визуал-аналог шкаласидан (ВАШ) фойдаланилди. ВАШ шкаласи узунлиги 10 см бўлган тўғри чизикдан иборат бўлиб, шкаланинг охириги нуқтаси азоб берувчи чидаб бўлмас оғриқни тасвирлайди - “жуда кучли оғриқ”. Чизик горизонтал, ёки вертикал жойлашиши мумкин. Беморга текширув ўтказилган дам ҳис қилган оғриқ кучига мос жойни белгилаш лозимлиги тушунтирилади.

ВАШ шкаласида 1 см 1 балл оғриқни ифодалайди (3-расм).



3-расм. Визуал-аналог шкаласи.

Мак-Гилл оғриқни баҳолаш сўровномаси. Беморларда оғриқ интенсивлигини баҳолаш мақсадида Мак-Гилл бош оғриқни баҳолаш сўровномаси қўлланилди. Мазкур сўровнома сенсор, аффектив, эволютив шкалалардан иборат бўлиб, оғриқнинг сенсор ва аффектив компонентларини миқдорий баҳолаб, оғриқ интенсивлигини интеграл баҳолаш имкониятини беради (1-илова).

HALT индекси. Бош оғриғининг кундалик фаолиятга таъсирини ўрганиш мақсадида қўлланилади. 5 та пунктдан иборат саволлар берилиб, натижалар кунларда ҳисобланади. Учинчи ва тўртинчи босқичда бўлган беморларда медикаментоз даво чоралари қўлланилиши зарур. 1- босқич. 0-5. Бош оғриқнинг минимал ёки оз таъсири.

2- босқич. 6-10. Енгил ёки тез- тез бўлмаган таъсир.

3- босқич. 11-20. Ўрта таъсир.

4- босқич. 20+. Кучли таъсир.

Сурункали оғриқни қабул қилиш сўрономаси (CRAQ-R). Lance M. McCracken, Kevin E. Vowles, Christopher Eccleston томонидан ишлаб чиқилган бўлиб, сурункали оғриқни қабул қилиш учун 20 та пунктдан иборат сўронома ҳисобланади. Сурункали оғриқни қабул қилиш сурункали оғриқдан қочиш, назорат қилмаслик, вақтида даволамасликдан қочишга ёрдам беради. CRAQ-Revised да икки омил ажратилган:

1. Оғриққа қарамай, ҳаётининг муҳим фаолликка қатнашиш, пунктлар: (1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 15, 19).

2. Оғриққа тайёрлик (сурункали оғриққа адаптацияга таъсир қилмайдиган усуллардан қочиш ва назорат қилиш), пунктлар: (4, 7, 11, 13, 14, 16, 17, 18, 20).

Балларни ҳисоблаш: CRAQ элементлари 7 баллиқ шкала бўйича 0 баллдан 6 баллгача баҳоланади. Ҳар бир шкала бўйича баллар йиғиндиси ҳисобланади. Сурункали оғриқни қабул қилиш индексини ҳисоблаш учун ҳар иккала шкала бўйича жавоблар йиғиндиси ҳисобланади. Баллар қанча юқори бўлса, сурункали оғриқни қабул қилиш шунча юқорилигини билдиради. **Ишончлилик:** тадқиқотларда CRAQ-Revised ўзининг юқори сезгирлигини кўрсатган. CRAQ ҳар кунлик фаолият қийинлашуви олдини олиш тадбирлари амалга ошириш лозимлигини кўрсатади.

SF-36 сўрономаси. Соғлиқ умумий ҳолатини баҳолаш мақсадида Стюарт ва ҳамкасблари томонидан ишлаб чиқилган (1988й). Мазкур сўронома ҳаёт сифатини баҳолашда энг кенг ишлатиладиган шкалалардан бўлиб, турли сурункали касалликларни, ҳамда бир касаллик турли оғирлик даражаларини фарқлаш мақсадида қўлланилади. SF-36 SQLI, ҳамда MSQOL-54 компонентларидан бири бўлиб, ҳаёт сифати умумий кўрсаткичларини ифодалайди .

Неврологик текширув. Беморларга неврологик тизимни чуқур ўрганиш орқали стандарт схема бўйича объектив клиник ва неврологик текширув ўтказилди. Беморлардан тўлиқ анамнез йиғилди, касаллик бошланиш вақти, неча йилдан буён кузатилаётганлиги, касалликнинг стресс билан боғлиқлиги, бир ойда неча кун давомида оғриқ кузатилиши, аналгетиклар қабул қилиш вақти ва миқдори суриштирилди. Қўшимча равишда кўнгил айланиш, қусиш, фотофобия, фонофобия борлиги, коморбид бузилишлар, эмоционал бузилишлар, уйқу бузилишлари, пароксизмал вегетатив бузилишлар ўрганилди. Текширув давомида бош мия ўн икки жуфт нервлари фаолияти, ҳаракат тизими- фаол ва нофаол ҳаракатлар, мушак тонуси текширилди, парез ва параличларни мавжудлиги, пай рефлекслари, шиллиқ қаватлардан чакирувчи рефлекслар, патологик белгилар (рефлекслар), юзаки, чуқур ва мураккаб сезги тизими, ҳамда мувозанат бузилишлари, менингиал белгилар, олий нерв фаолияти бузилишларини аниқлашни ўз ичига олган. Шунингдек нейроортопедик текширув амалга оширилиб, унда бўйин умуртқа соҳасида фаол ва нофаол ҳаракатлар, бош ва бўйин мушакларини тўлиқ пайпасланди (тўш-ўмров-сўргичсимон, трапециясимон, бош айлана мушаклари, энсапешона мушаги, чакка ва чайнов мушаклари) ва уларда триггер нуқталари аниқланди.

Вегетатив нерв тизими тонусини ва психоэмоционал ҳолатни ўрганиш. СЗБОда психовегетатив синдром кузатилиб, мукамал тадқиқотни талаб этади. Кўпгина беморларда маҳаллий вегетатив бузилишлар кузатилади. Аммо амалиётда бунга кўп ҳолларда эътибор берилмайди. Вегетатив нерв тизими сегмент усти зарарланишларида хавотир ва депрессия ҳолатлари кузатилади.

Вегетатив нерв тизимини типини аниқлаш учун қуйидаги интеграл кўрсаткичлардан фойдаландик:

Кердо индекси - бу кўрсаткичлар вегетатив нерв тизимини фаолиятини баҳолаш учун фойдаланилади ҳамда қуйидаги формула асосида ҳисобланади:

$$(1 - \frac{ДАБ}{ЮҚС}) \times 100,$$

бунда: ДАБ -диастолик артериал босим (мм симоб. уст.), ЮҚС - юракнинг қисқаришлар сони (минутда.).

Агар бу индекс нолдан юқори бўлса вегетатив нерв тизими фаолиятида симпатик нерв таъсири устун бўлади, агар нолдан паст бўлса парасимпатик нерв тизими устун бўлади, агар нолга тенг бўлса функционал мувозанат ҳисобланади.

Психоэмоционал тизимни баҳолаш. Психоэмоционал бузилишлар кўплаб касалликларда учраб, муҳим аҳамиятга эга ва коррекциялашни талаб қилади .

HADS ҳавотир ва депрессияни аниқлаш шкаласи. Мазкур шкала ҳавотир ва депрессияни жисмоний беморлар орасида баҳолаш учун қўлланилади. Унинг афзалликлари қуйидагича: биринчи текширувданок ишончли натижа беради, ўтказиш оддий, тез бажарилади, атиги 14 та саволдан таркиб топган бўлиб, осон ҳисоблаш мумкин. Мазкур шкала халқаро қабул қилинган бўлиб, дунёнинг юздан ортиқ давлатларида қўлланилади. Унга кўра, 0-7 - норма (ишончли ҳавотир ва депрессия белгиларисиз), 8-10 - субклиник ҳавотир/депрессия, 11 ва юқори - клиник ифодаланган ҳавотир/депрессияни билдиради.

Нейровизуал ва нейрофизиологик текшириш усуллари. МРТ – бош мияни магнит майдон таъсири остида ясси ёки ҳажмли (икки ёки уч ўлчамли) кесмалар олиб, инсон организмидаги мия ҳолатини магнит резонанс текшируви ўтказилади. Замонавий тиббиётда МРТ бош мияни текширишнинг энг илғор текширувларидан бири деб ҳисобланади. Бундан ташқари сарфланган вақт контрастли ангиографияга нисбатан қисқалиги, шунингдек контрастли ангиографияга солиштирилганда кам харажатлилиги,

рентген нури таъсир қилмаслиги, рентгенконтраст модда организмга юборилмаслиги билан устунликка эга. Тадқиқотда МРТ текшируви «WDM» фирмаси томографиясида T1, T2, FLAIR стандарт режимлар текширувларда ўтказилди.

ЭЭГ-текшируви Нейрософт фирмасининг (Россия) 16-каналли нейрон-спектр-5 электроэнцефалография аппаратида ўтказилди. ЭЭГ “10-20” халқаро тизим бўйича қўйиладиган кўприкли электродлар ёрдамида ёзиб олинди. ЭЭГ текширув усули анъанавий рутин текширув услубидан 25 минут давомида хотиржам ҳолатда ва гипервентиляция ҳолатида ёзиб олинди ва маълумотлар спектрал таҳлил қилинди. ЭЭГ текшируви нафақат ташхислашда, балки адекват даво чорасини белгилашда ҳам аҳамиятли.

Стабилометрия - маълум шароитларда, маълум бир вақт оралиғида босим маркази координатини ўлчаш усули бўлиб, ҳанузгача ЗБО мавжуд беморларда стабилометрик мезонлар ишлаб чиқилмаган. Биз беморларимизда компьютерли стабилометрия усулидан фойдаландик. Тадқиқот “МЕРА СТ-150” аппаратида тик турган ҳолда мувозанат бузилишини аниқлаш орқали амалга оширилди. Стабилометрик текширувнинг моҳияти супраспинал, мияча, постурал (антигравитациоан) мушаклар фаолиятини аниқлашдан иборат . Бу мушаклар юрган, турган, ўтирган ҳолатда инсон вертикал ҳолатини ушлаб туриш вазифасини бажаради. Бу гуруҳ мушакларга орқа квадрат мушаклари, бўйин зинасимон мушаклари, бел- ёнбош мушаклари киради. Мувозанат статик компоненти Ромберг ҳолатида очиқ ва юмуқ кўз ҳолатида қайд этилди. Ҳар икки синама 20 дақиқадан давом этди. Тадқиқотда қуйидаги кўрсаткичлар ўрганилди:

$X(\text{мм})$ - босим маркази абсолют жойлашуви (БМ) нисбий фронтал текисликда;

$x(\text{мм})$ - босим маркази девиацияси ўрта ҳолатдан фронтал текисликда;

$Y(\text{мм})$ - босим маркази сагиттал текисликда абсолют жойлашуви;

у(мм) - сагитал текисликда босим маркази девиацияси.

Даволаш усуллари

Кейинги йилларда дорисиз даволаш усулларига катта аҳамият қаратилмоқда. Дорисиз даволаш усулларининг ҳар доим ҳам самара бермаслиги, дори воситасини индивидуал кўтара олмаслик ва аллергик реакциялар, аналгетик ва психотроп воситаларга ўрганиб қолиш, абзус бош оғриқлари чақирилиши номедикаментоз даво чораларини излашни талаб қилади. ЗБОларини даволашда асосан психотерапия, биологик қайта алоқа, массаж, постизометрик релаксация ва рефлексотерапия усулларидадан фойдаланилади.

Статистик усуллар

Тадқиқот натижаларини статистик қайта ишлашда “Statistica for Windows 7.0” персонал компьютерининг Microsoft Office Excel 2016 амалий дастур пакетидан фойдаланилган ҳолда амалга оширилди. Статистик таҳлил IBM SPSS Statistics v.26 (ишлаб чиқарувчи - IBM Corporation) дастури қўллаш орқали бажарилди. Номинал маълумотлар абсолют кўрсаткичлар ва фоизларда кўрсатиб ўтилди. Номинал маълумотларни таққослаш χ^2 Пирсон мезони асосида амалга оширилди. Бу мезон миқдор ва сифат орасида ҳар бир категорияга кирувчи натижаларни баҳолаш мақсадида қўлланилди. χ^2 мезон критик қиммат $(r - 1) \times (c - 1)$ билан эркинлик даражаси учун таққосланди. χ^2 мезон критикдан ошса, ўрганилаётган хавф омили ва натижа орасида статистик алоқа мавжудлигини кўрсатса майдонли жадвал исталган ячейкасидаги кутилаётган сон 5 дан паст бўлса, Фишер мезонидан фойдаланилди. Фишер мезонидан олинган сонда p 0,05 дан юқорилиги статистик сезиларли фарқ йўқлигини билдиради. P нинг 0,05 дан камлиги мавжудлигини билдиради. Миқдорий кўрсаткичлар учун Шапиро-Уилка (текширилувчилар сони 50 дан кам бўлса) ёки Колмогоров-Смирнов мезони

(текширилувчилар сони 50 дан юқори бўлса), шунингдек асимметрия ва эксцесс кўрсаткичларидан фойдаланилди. Миқдорий кўрсаткичларни ёритиш учун олинган маълумотлар вариацион қаторларга бирлаштирилди, ўртача арифметик катталик (M) ва стандарт оғиш (SD), стандарт хатолик (m), 95% ишончли интервал чегараси (95% ДИ) келтирилди. Ўртача катталикни таққослаш учун t -критерий Стъюдент усулидан фойдаланилди. Кўрсаткичлар орасидаги фарқ $p < 0,05$ статистик аҳамиятли деб баҳоланди. Бир- бирига мос бўлмаган кўрсаткичларни баҳолашда Манна-Уитни U - мезони қўлланилди. U -критик қийматга тенг ёки кам бўлса, статистик фарқ мавжуд деб баҳоланди. Нисбий кўрсаткичларни баҳолашда Мак-Немар тести қўлланилди. Мак-Немар мезонида Q критик қиймат билан таққослаш орқали интерпретацияланди.

III БОБ. ЗЎРИҚИШДАГИ БОШ ОҒРИҚЛАРИДА КЛИНИК-НЕВРОЛОГИК, НЕЙРОФИЗИОЛОГИК, НЕЙРОВИЗУОЛОГИК ҲОЛАТ, ПСИХОВЕГЕТАТИВ ЎЗГАРИШЛАР ВА ПОСТУРАЛ БУЗИЛИШЛАРНИ УРГАНИШ

Беморларнинг клиник-неврологик хусусиятлари

Зўриқишдаги бош оғриқлари мавжуд беморларда мушак таранглашуви кузатилиши ўрганилганда 1-гурух беморларда перикраниал мушаклар таранглашуви 72 (100%) кузатилган. 2-гурух беморларида эса чакка мушакларида таранглашиш 3 (6,67%), бош айлана мушакларида таранглашиш 2(4,44%), перикраниал мушакларда таранглашиш 88,89%ни ташкил этган (6-жадвал).

6-жадвал

Мушаклар таранглашувининг тадқиқот гуруҳларида кўриниши

Мушаклар таранглашуви	1-гуруҳ			2-гуруҳ		
	abs	%		abs	%	p
Таранглашмаган	0	0±0		0	0±0	$\chi^2 = 62,533$; p = 0,000
Пешона-тепа мушаги	0	0±0		0	0±0	
Чакка мушаклари	0	0±0		3	6,67±3,72	
Бош айлана мушаклари	0	0±0		2	4,44±3,07	
Энса-пешона	0	0±0		0	0±0	
Перикраниал мушаклар	72	100±0		40	88,89±4,68	
p	χ^2 Пирсон = 8,244; p=0,016					

Шундай қилиб, ҳар иккала гуруҳ беморларида перикраниал мушаклар таранглашуви устунлик қилади ($p<0,05$).

Тадқиқот гуруҳлари беморларида оғриқнинг жойлашувига кўра текширилганда, 1- гуруҳ беморларида бошнинг ярмида, пешона ва чаккада жойлашган оғриқлар 62,5±5,71%, пешона, чакка, кўз соҳасидаги оғриқлар 36,11±5,66%, энса соҳасидан бошланиб, пешонага ўтадиган оғриқлар

51,39±5,89%, бутун бошдаги оғриқлар 25±5,1%ни ташкил қилган. 2- гуруҳ беморларида бошнинг ярмида, пешона ва чаккада жойлашган оғриқлар 26,67±6,59%, пешона, чакка, кўз соҳасидаги оғриқлар 62,22±7,23%, энса соҳасидан бошланиб, пешонага ўтадиган оғриқлар 71,11±6,76%, бутун бошдаги оғриқлар 37,78±7,23%ни ташкил қилган (7-жадвал).

7-жадвал

Тадқиқот гуруҳларида оғриқнинг жойлашуви

Оғриқнинг жойлашуви	1-гуруҳ		2-гуруҳ		χ^2 Пирсон	
	abs	%	abs	%	χ^2	p
Бошнинг ярмида пешона чаккада	45	62,5±5,71	12	26,67±6,59	14,23 2	0,000
Пешона, чакка, кўз соҳаси	26	36,11±5,66	28	62,22±7,23	7,597	0,006
Энса соҳасида бошланиб пешонага ўтиши	37	51,39±5,89	32	71,11±6,76	4,452	0,035
Бутун бошда	18	25±5,1	17	37,78±7,23	2,157	0,142

Шундай қилиб, сурункали зўриқишдаги бош оғриқларида бошнинг ярмида пешона ва чаккадаги оғриқлар устунлик қилса, тез-тез эпизодик зўриқишдаги бош оғриғида энса соҳасидан бошланиб пешонага ўтадиган оғриқлар устунлик қилади ($p<0,05$).

Продром белгилар мавжудлиги ўрганилганда 1-гуруҳ беморларида кучсизлик 97,22±1,94%, кайфият пастлиги 66,67±5,56%, диққатни жамлаш қийинлиги 61,11±5,75%, иштаха ошиши 5,56±2,7%, бўйин мушаклари таранглашуви 22,22±4,9%, фотофобия 34,72±5,61%, фонофобия 25±5,1%, осмофобия 25±5,1% ни ташкил этган. 2-гуруҳ беморларида кучсизлик 73,33±6,59%, кайфият пастлиги 73,33±6,59%, диққатни жамлаш қийинлиги 68,89±6,9%, иштаха ошиши 13,33±5,07%, бўйин мушаклари таранглашуви

15,56±5,4%, фотофобия 37,78±7,23%, фонофобия 24,44±6,41%, осмофобия 2,22±2,2% ни ташкил этган (8-жадвал).

8-жадвал

Тадқиқот гуруҳларида продром клиник белгиларнинг намоён бўлиши

Продром		1-гуруҳ		2-гуруҳ		χ^2 Пирсон	
		abs	%	abs	%	χ^2	p
Кучсизлик	Даводан олдин	70	97,22±1,94	33	73,33±6,59	15,002	0,000
Кайфият пастлиги	Даводан олдин	48	66,67±5,56	33	73,33±6,59	0,578	0,447
Диққатни жамлаш қийинлиги	Даводан олдин	44	61,11±5,75	31	68,89±6,9	0,728	0,394
Иштаха ошиши	Даводан олдин	4	5,56±2,7	6	13,33±5,07	2,143	0,180
Бўйин мушаклари таранглашуви	Даводан олдин	16	22,22±4,9	7	15,56±5,4	0,779	0,377
Фотофобия	Даводан олдин	25	34,72±5,61	17	37,78±7,23	0,112	0,737
Фонофобия	Даводан олдин	18	25±5,1	11	24,44±6,41	0,005	0,946
Осмофобия	Даводан олдин	1	25±5,1	1	2,22±2,2	0,114	1,000

Ҳар иккала гуруҳ беморларида продром белгилардан кучсизлик, кайфият пастлиги, диққатни жамлаш қийинлиги, фотофобия устунлик қилган. Бош оғриқ хуружидан кейин 1-гуруҳ беморларида уйқучанлик 80,56±4,66%, умумий кучсизлик 61,11±5,75%, тери рангпарлиги 2,78±1,94%, эснаш 51,39±5,89% ни ташкил этган бўлса, 2-гуруҳ беморларида уйқучанлик 68,89±6,9%, умумий кучсизлик 75,56±6,41%, тери рангпарлиги 2,22%, эснаш 57,78% ни ташкил этган (9- жадвал).

Тадқиқот гуруҳларида постдром клиник белгиларнинг намоён бўлиши

Постдром		1-гуруҳ		2-гуруҳ		χ^2 Пирсон	
		abs	%	abs	%	c2	p
Уйқучанлик	Даводан олдин	58	80,56±4,66	31	68,89±6,9	2,071	0,150
Умумий кучсизлик	Даводан олдин	44	61,11±5,75	34	75,56±6,4	2,600	0,107
Тери рангпарлиги	Даводан олдин	2	2,78±1,94	1	2,22	0,034	1,000
Эснаш	Даводан олдин	37	51,39±5,89	26	57,78	0,455	0,500

Шундай қилиб, ҳар иккала гуруҳ беморларида постдром клиник белгилардан уйқучанлик, умумий кучсизлик, эснаш устунлик қилган.

Тадқиқот гуруҳларида коморбид бузилишлар намоён бўлиши ўрганилди. 1-гуруҳ беморларида эмоционал бузилишлар давога қадар 55,56±5,86%, уйқу бузилишлари 90,28±3,49% ни ташкил этган. 2-гуруҳ беморларида эмоционал бузилишлар давога қадар 68,89±6,9%, уйқу бузилишлари 57,78±7,36% ни ташкил этган (10-жадвал).

Шундай қилиб, СЗБО беморларида коморбид бузилишлардан уйқу бузилшилари устунлик қилса, тез-тез эпизодик зўриқишдаги бош оғриқларида эмоционал бузилишлар устунлик қилади.

Касалликка олиб келадиган омиллар ўрганилганда 1-гуруҳ беморларида стресс 91,67±3,26%, ноқулай жойлашув 12,5±3,9%, метеосезгирлик 12,5±3,9%, озиқ-овқат махсулотлари 1,39±1,38% сабаб бўлгани аниқланди. 2-гуруҳ беморларида стресс 86,67±5,07%, ноқулай жойлашув 15,56±5,4%, метеосезгирлик 4,44±3,07%, озиқ-овқат махсулотлари 2,22±2,2% сабаб бўлгани аниқланди.

Тадқиқот гуруҳларида коморбид бузилишларнинг намоён бўлиши

Коморбид бузилишлар		1-гуруҳ		2-гуруҳ		χ^2 Пирсон	
		abs	%	abs	%	χ^2	p
Эмоционал бузилишлар	Даводан олдин	40	55,56 $\pm$ 5,86	31	68,89 $\pm$ 6,9	2,063	0,151
Уйқу бузилишлари	Даводан олдин	65	90,28 $\pm$ 3,49	26	57,78 $\pm$ 7,36	16,923	0,000

Шундай қилиб, ҳар иккала гуруҳ беморларида касалликка олиб келувчи омиллардан стресс ва тананинг ноқулай жойлашуви сабаб бўлди (11-жадвал).

Тадқиқот гуруҳларида касалликка олиб келувчи омиллар

Касалликка олиб келувчи омиллар		1-гуруҳ		2-гуруҳ		χ^2 Пирсон	
		abs	%	abs	%	χ^2	p
Стресс	Даводан олдин	66	91,67 $\pm$ 3,26	39	86,67 $\pm$ 5,07	0,752	0,532
Ноқулай жойлашув	Даводан олдин	9	12,5 $\pm$ 3,9	7	15,56 $\pm$ 5,4	0,219	0,640
Метеосезгирлик	Даводан олдин	1	1,39 $\pm$ 1,38	2	4,44 $\pm$ 3,07	1,035	0,558
Озиқ овқат маҳсулотлари	Даводан олдин	1	1,39 $\pm$ 1,38	1	2,22 $\pm$ 2,2	0,114	1,000

Касалликка олиб келадиган омиллар ўрганилганда 1-гуруҳ беморларида стресс 91,67 $\pm$ 3,26%, ноқулай жойлашув 12,5 $\pm$ 3,9%, метеосезгирлик 12,5 $\pm$ 3,9%, озиқ-овқат маҳсулотлари 1,39 $\pm$ 1,38% сабаб бўлгани аниқланди. 2-гуруҳ беморларида стресс 86,67 $\pm$ 5,07%, ноқулай жойлашув 15,56 $\pm$ 5,4%, метеосезгирлик 4,44 $\pm$ 3,07%, озиқ-овқат маҳсулотлари 2,22 $\pm$ 2,2% сабаб бўлгани аниқланди.

Бош оғриғига сабаб бўладиган триггер омиллар ўрганилганда 1-гуруҳ беморларида хайз цикли меъёрида 8,33 $\pm$ 3,26%, спиртли ичимликлар қабул қилиши 15,28 $\pm$ 4,24%, психоэмоционал стресс 97,22 $\pm$ 1,94%, иссиқ ёки совуқ

таъсири $9,72 \pm 3,49\%$, назал воситалар қабул қилиш $8,33 \pm 3,26\%$, флуоксетин қабул қилиш $22,22 \pm 4,9\%$ ҳолатда сабаб бўлган. 2-гурӯх беморларида беморларида ҳайз цикли $4,44 \pm 3,07\%$, спиртли ичимликлар қабул қилиши $13,33 \pm 5,07\%$, жисмоний зўриқиш $22,22 \pm 6,2\%$, психоэмоционал стресс $97,78 \pm 2,2\%$, иссиқ ёки совуқ таъсири $8,89 \pm 4,24\%$, назал воситалар қабул қилиш $8,89 \pm 4,24\%$, флуоксетин қабул қилиш $55,56 \pm 7,41\%$ ҳолатда сабаб бўлган ($p < 0.05$) (12-жадвал).

12-жадвал

Триггер омилларнинг таъсири

Триггер омиллар		1-гурух			2-гурух			Жами		
		abs	%	p	abs	%	p	abs	%	p
Ҳайз цикли	Меъёрда	30	41,67±3,2	$\chi^2 = 27,00$; p = 0,00	10	22,1±4,2	$\chi^2 = 56,778$; p = 0,000	40	34,1±2,5	$\chi^2 = 109,62$; p = 0,000
	Ўзгарган	0	0±0		2	4,4±3,01		2	1,71±1,2	
p		χ^2 Пирсон = 8,502; p = 0,037								
Спиртли ичимликлар ва энергетиклар қабул қилиш	Қабул қилади	11	15,28±4,2	$\chi^2 = 34,7220$; p = 0,000	6	13,3±5,07	$\chi^2 = 24,2000$; p = 0,000	17	14,5±3,2	$\chi^2 = 58,880$; p = 0,000
	Қабул қилмайди	61	84,72±4,2		39	86,7±5,07		100	85,4±3,2	
p		χ^2 Пирсон = 0,084; p = 0,722								
Жисмоний зўриқиш	Бор	12	16,6±4,39	$\chi^2 = 32,00$; p = 0,000	10	22,2±6,2	$\chi^2 = 13,889$; p = 0,000	22	18,8±3,6	$\chi^2 = 45,547$; p = 0,000
	Йук	60	83,33±4,39		35	77,78±6,2		95	81,2±3,6	
p		χ^2 Пирсон = 0,560; p = 0,454								
Психозмоционал стресс	Бор	70	97,22±1,94	$\chi^2 = 32,00$; p = 0,000	44	97,78±2,2	$\chi^2 = 41,08$; p = 0,000	114	97,4±1,4	СНВ
	Йук	2	2,78±1,94		1	2,22±2,2		3	2,56±1,4	
p		χ^2 Пирсон = 0,034; p = 1,000								

12-жадвал давомӣ

Иссиқ ёки совуқ уриш натижасида	Ха	7	9,72±3,49	$\chi^2 = 46,722$; p = 0,000	4	8,89±4,24	$\chi^2 = 30,422$; p = 0,000	11	9,4±2,7	$\chi^2 = 77,130$; p = 0,000
	Йук	65	90,28±3,49		41	91,11±4,24		106	90,6±2,7	
p		χ^2 Пирсон = 0,023; p = 1,000								
Вазомотор ринитда назал воситала қабул қилганлиги	Ха	6	8,33±3,26	$\chi^2 = 147,521$; p = 0,000	4	8,89±4,24	$\chi^2 = 83,727$; p = 0,000	10	8,55±2,5	$\chi^2 = 230,522$; p = 0,000
	Йук	55	76,39±5,01		33	73,33±6,59		88	75,2±3,9	
	септона зал ишлатгани	5	6,94±3		4	8,89±4,24		9	7,69±2,4	
	нафтизин ишлатди	1	1,39±1,38		3	6,67±3,72		4	3,42±1,6	
	назоферон ишлатди	4	5,56±2,7		1	2,22±2,2		5	4,27±1,8	
p		χ^2 Пирсон = 3,251; p = 0,517								
Флуоксетин қабул қилганлиги	Ха	16	22,22±4,9	$\chi^2 = 22,22$; p = 0,001	25	55,5±7,4	$\chi^2 = 0,556$; p = 0,456	41	35,0±4,4	$\chi^2 = 10,0$; p = 0,001
	Йук	56	77,78±4,9		20	44,4±7,4		76	64,9±4,4	
p		χ^2 Пирсон = 13,517; p=0,000								

Мушаклардаги таранглашув баҳоланганда 1-гурух беморларида трапециясимон мушакда таранглашув кузатилмаган, тўш-ўмров-сўрғичсимон мушакда 2,78±1,94%, чакка мушагида 80,56±4,66%, бош айлана мушакларида 93,06±3%, энса-пешона мушаги 90,28±3,49%, чайнов мушаги 2,78±1,94%ни ташкил қилган.

2- гурух беморларида трапециясимон мушакда таранглашув 2,22±2,2%, тўш-ўмров-сўрғичсимон мушакда 2,22±2,2%, чакка мушагида 82,22±5,7%, бош айлана мушакларида 84,44±5,4%, энса-пешона мушаги 91,11±4,24%, чайнов мушаги 6,67±3,72%ни ташкил қилган (13-жадвал).

13-жадвал

**Тадқиқот гуруҳлари беморларида даволашдан олдин мушаклардаги
таранглашув жойлашуви**

Мушаклардаги таранглашув	1-гуруҳ		2-гуруҳ		χ^2 Пирсон	
	abs	%	abs	%	χ^2	p
Трапециясимон	0	0±0	1	2,22±2,2	1,614	0,385
Тўш-ўмров сўрғичсимон	2	2,78±1,94	1	2,22±2,2	0,034	1,000
Чакка	58	80,56±4,66	37	82,22±5,7	0,050	0,822
Бош айлана мушаклари	67	93,06±3	38	84,44±5,4	2,231	0,209
Энса-пешона мушаги	65	90,28±3,49	41	91,11±4,24	0,023	1,000
Чайнов мушаги	2	2,78±1,94	3	6,67±3,72	1,024	0,371

Бош оғриғининг кундалик фаолиятга таъсирини ўрганиш мақсадида қўлланиладиган HALT индекси тадқиқот гуруҳларида қуйидаги натижаларни берди: 1-гуруҳ беморларида даводан олдин енгил ёки тез-тез бўлмаган таъсир 2,78±1,94%, ўрта таъсир 65,28±5,61%, кучли таъсир 31,94±5,49%ни ташкил этган. 2-гуруҳ беморларида даводан олдин ўрта таъсир 64,44±7,14%, кучли таъсир 35,56±7,14%ни ташкил этган. Шундай қилиб, учинчи ва тўртинчи босқичда бўлган беморларда медикаментоз даво чоралари қўлланилиши зарурлигини инобатга олган ҳолда барча беморларга муолажаларни бошлаш тавсия этилди (14-жадвал).

14-жадвал

Тадқиқот гуруҳларида HALT индекси натижалари

HALT индекси		1-гуруҳ			2-гуруҳ		
		abs	%	p	abs	%	p
Даводан олдин							
	0-5. Бош оғриқнинг минимал ёки оз таъсири	0	0±0	$\chi^2=42,250$; p=0,000	0	0±0	$\chi^2=3,756$; p=0,053
	6-10. Енгил ёки тез-тез бўлмаган тасир	2	2,78±1,94		0	0±0	
	11-20. Ўрта таъсир	47	65,28±5,61		29	64,44±7,14	
	20+. Кучли таъсир	23	31,94±5,49		16	35,56±7,14	
p		χ^2 Пирсон = 1,361; p=0,506					

Тадқиқот гуруҳи беморларида Мак-Гилл шкаласи маълумотлари қуйидаги натижаларни берди: 1-гуруҳ беморларида сенсор шкала бўйича

пульсацияланувчи оғриқлар $36,11 \pm 5,66\%$, босувчи оғриқлар $51,39 \pm 5,89\%$, қисувчи оғриқлар $12,5 \pm 3,9\%$ ни, аффектив шкала бўйича безовта қилувчи оғриқлар $52,78 \pm 5,88\%$, холдан тойдирувчи оғриқлар $40,28 \pm 5,78\%$, вахима чакирувчи оғриқлар $6,94 \pm 3\%$ ни, эволютив шкала бўйича кучсиз оғриқлар $33,33 \pm 5,56\%$, ўртача $55,56 \pm 5,86\%$, кучли $11,11 \pm 3,7\%$ ни ташкил этган. 2-группа беморларида сенсор шкала бўйича пульсацияланувчи оғриқлар $33,33 \pm 7,03\%$, босувчи оғриқлар $42,22 \pm 7,36\%$, қисувчи оғриқлар $24,44 \pm 6,41\%$ ни, аффектив шкала бўйича безовта қилувчи оғриқлар $75,56 \pm 6,41\%$, холдан тойдирувчи оғриқлар $20 \pm 5,96\%$, вахима чакирувчи оғриқлар $4,44 \pm 3,07\%$ ни, эволютив шкала бўйича кучсиз оғриқлар $4,44 \pm 3,07\%$, ўртача $82,22 \pm 5,7\%$, кучли $13,33 \pm 5,07\%$ ни ташкил этган ($p < 0.05$), (15-жадвал).

15-жадвал

Тадқиқот гуруҳи беморларида Мак-Гилл шкаласи маълумотлари

Мак-Гилл шкаласи		1-группа			2-группа		
		abs	%	p	abs	%	p
Даводан олдин							
Сенсор шкала	Пульсацияланувчи	26	36,11±5,66	$\chi^2=16,583$; p = 0,000	15	33,3±7,03	$\chi^2=2,133$; p=0,344
	Босувчи	37	51,39±5,89		19	42,2±7,36	
	Кисувчи	9	12,5±3,9		11	24,4±6,4	
p		χ^2 Пирсон = 2,858; p = 0,240					
Даводан олдин							
Аффектив шкала	Безовта килувчи	38	52,78±5,88	$\chi^2=24,2507$; p = 0,000	34	75,±6,41	$\chi^2=37,733$; p=0,000
	Холдан тойдирувчи	29	40,28±5,78		9	20±5,96	
	Вахима чакирувчи	5	6,94±3		2	4,4±3,07	
p		χ^2 Пирсон = 6,130; p = 0,047					
Даводан олдин							
Эволютив шкала	Кучсиз	24	33,33±5,56	$\chi^2=21,333$; p = 0,000	2	4,44±3,0	$\chi^2=48,933$; p=0,000
	Уртача	40	55,56±5,86		37	82,2±5,7	
	Кучли	8	11,11±3,7		6	13,3±5,0	
p		χ^2 Пирсон = 13,506; p = 0,001					

Тадқиқот гуруҳи беморларида сурункали оғриқни қабул қилиш сўровнома натижалари 1-гуруҳ беморларида оғриққа қарамай, ҳаётий муҳим фаолликка эришиш $39,69 \pm 0,88\%$, оғриққа тайёрлик (сурункали оғриққа адаптацияга таъсир қилмайдиган усуллардан қочиш ва назорат қилиш) $32,06 \pm 0,76\%$ ни ташкил этган бўлса, 2-гуруҳ беморларида оғриққа қарамай, ҳаётий муҳим фаолликка эришиш $34,73 \pm 1,31\%$, оғриққа тайёрлик (сурункали оғриққа адаптацияга таъсир қилмайдиган усуллардан қочиш ва назорат қилиш) $30,49 \pm 0,84\%$ ни ташкил этган ($p < 0,05$) (16-жадвал).

16-жадвал

Тадқиқот гуруҳи беморларида сурункали оғриқни қабул қилиш сўровномаси (CRAQ-R) натижалари

Сурункали оғриқни қабул қилиш сўровномаси (CRAQ-R)		1-гуруҳ	2-гуруҳ
Оғриққа қарамай, ҳаётий муҳим фаолликка қатнашиш	Даводан олдин	$39,69 \pm 0,88$	$34,73 \pm 1,31$
Оғриққа тайёрлик (сурункали оғриққа адаптацияга таъсир қилмайдиган усуллардан қочиш ва назорат қилиш)	Даводан олдин	$32,06 \pm 0,76$	$30,49 \pm 0,84$

Изоҳ: - (*** - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; * - $p < 0,001$); Δ - билан «Даволашдан олдин»ги кийматига нисбатан ($\Delta\Delta\Delta$ - $p < 0,05$; $\Delta\Delta$ - $p < 0,01$; Δ - $p < 0,001$) ўртача арифметик кийматлар орасидаги ишончлилиқ фарқи.

Беморда оғриқ аффектив ва сенсор шкалалар бўйича ҳар иккала гуруҳда ўзгаришлар мавжудлиги беморлар вегетатив тизимларини текшириш лозимлигини кўрсатади. Тадқиқот гуруҳи беморларида ВАШ шкаласи бўйича 1-гуруҳ беморларида ўртача 7,08 балл, 2-гуруҳ беморларида 7,24 баллни ташкил этди (17-жадвал).

Тадқиқот гуруҳи беморларида ВАШ шкаласи маълумоти

ВАШ шкаласи		1-гуруҳ	2-гуруҳ
Оғриқни баллардаги ифодаланиши	Даводан олдин	7,08±0,09	7,24±0,11

Вегетатив нерв система тонуси текширув натижалари

Беморларда асосий вегетатив ўзгаришлардан тери қизариши, терлаш, бармоқлар совқотиши, юрак тез уриши ва нафас етишмовчилиги кўп кузатилди. Беморда вегетатив тизимни баҳолаш мақсадида ЮҚС сони, АҚБ, термометрия текширилди, Кердо индекси баҳоланди. 1-гуруҳ беморларида ЮҚС 77,83±1,08, САБ 109,86±1,16, ДАБ 71,81±0,77, тана харорати 36,61±0,01 градусни ташкил этди. 2-гуруҳ беморларида ЮҚС 74,84±1,55, САБ 110,89±1,58, ДАБ 72,67±1,07, тана харорати 36,65±0,02 градусни ташкил этди (18-жадвал).

Тадқиқот гуруҳларида вегетатив тизим ўзгаришлари

Кўрсаткичлар		1-гуруҳ	2-гуруҳ
ЮҚС (1 дақиқада)		77,83±1,08	74,84±1,55
АҚБ (мм.сим.уст)	САБ	109,86±1,16	110,89±1,58
	ДАБ	71,81±0,77	72,67±1,07
Термометрия		36,61±0,01	36,65±0,02***
Кердо индекси		6,1±1,54	2,33±2

Изоҳ: * - билан 1-гуруҳга нисбатан ўртача арифметик кийматлар орасидаги ишонччилик фарқи белгиланган (***-p<0,05; **-p<0,01; * p<0,001).

Кердо индекси натижалари таҳлил қилинганда СЗБО мавжуд 1-гуруҳ беморларининг 48 (66,66%) симпатикотоник, 20 (27,77%) парасимпатотоник, 4 (5,57%) норматония деб баҳоланди. Беморларда симпатик нервнинг тонуси

ошганлиги аниқланди ($p<0,05$). Тез-тез зўриқишдаги бош оғриқлари мавжуд 2-гурух беморлари 23 (51,11)% симпатикотоник, 14 (31,11)% парасимпатикотоник, 8(17,78%) нормотония эканлиги аниқланди. Беморлар вегетатив тизимидаги ўзгаришлар уларнинг психоэмоционал ҳолати ўрганилиши зарурлигини кўрсатди (19-жадвал).

19-жадвал

Кердо индекси бўйича беморларнинг вегетатив асаб тизими ҳолатининг баҳоланиши

Кердо индекси	1-гурух	2-гурух	Амалий соғлом (n=30)
Симпатикотоник	48	23	10
Парасимпатотоник	20	14	4
Нормотония	4	8	16

Беморлар психоэмоционал ҳолати текширув натижалари

Зўриқишдаги бош оғриғи мавжуд беморларда хавотир кузатилишини инобатга олган ҳолда ҳар иккала гуруҳ беморларида хавотир ва депрессияни баҳолаш HADS шкаласидан фойдаланилди. 1-гурух беморларида хавотир даражаси даводан олдин меъёрий кўрсаткичлар $27,78\pm 5,28\%$, субклиник хавотир $33,33\pm 5,56\%$, юқори клиник ифодаланган хавотир $38,89\pm 5,75\%$ ни ташкил этди. Депрессия даражаси баҳоланганда депрессия мавжуд бўлмаган ҳолатлар $26,39\pm 5,19\%$, субклиник депрессия $25\pm 5,1\%$, юқори клиник ифодаланган депрессия $48,61\pm 5,89\%$ ни ташкил этган. 2-гурух беморларида хавотир даражаси даводан олдин меъёрий кўрсаткичлар $24,44\pm 6,41\%$, субклиник хавотир $35,56\pm 7,14\%$, юқори клиник ифодаланган хавотир $40\pm 7,3\%$ ни ташкил этди. Депрессия даражаси баҳоланганда депрессия мавжуд бўлмаган ҳолатлар $37,78\pm 7,23\%$, субклиник депрессия $22,22\pm 6,2\%$, юқори клиник ифодаланган депрессия $40\pm 7,3\%$ ни ташкил этган (20-жадвал).

Шундай қилиб, хавотир ва депрессия даражаси кўрсаткичларида тадқиқот гуруҳларида сезиларли статистик тафовут аниқланмади.

Беморларда ҳавотир ва депрессия юқори фоиз кўрсаткичлари мавжудлиги коррекциялаш лозимлигини талаб этади.

20-жадвал

Тадқиқот гуруҳларида HADS шкаласи ҳавотир ва депрессия даражасини аниқлаш натижалари(даводан олдин)

HADS шкаласи ҳавотир ва депрессия даражасини аниқлаш		1-гуруҳ		2-гуруҳ	
		abs	%	abs	%
1 бўлим (ҳавотир даражасини аниқлаш)					
HADS шкаласи ҳавотир даражасини аниқлаш	0-7-норма (ишончли ҳавотир белгиларисиз)	20	27,78±5,28	11	24,44±6,41
	8-10-субклиник ҳавотир	24	33,33±5,56	16	35,56±7,14
	11 ва юқори-клиник ифодаланган ҳавотир	28	38,89±5,75	18	40±7,34
2 бўлим (депрессия даражасини баҳолаш)					
HADS шкаласи депрессия даражасини аниқлаш	0-7-норма (ишончли депрессия белгиларисиз)	19	26,39±5,19	17	37,78±7,23
	8-10-субклиник депрессия	18	25±5,12	10	22,22±6,22
	11 ва юқори-клиник ифодаланган депрессия	35	48,61±5,89	18	40±7,31

Оғриқни яққоллиги ва психоэмоционал ҳолати орасидаги корреляция ўрганилди (21-жадвал).

21-жадвал

1-гуруҳ беморларида оғриқ яққоллиги ва психоэмоционал ҳолати орасидаги корреляция

Шкала	Психоэмоционал ҳолат	Спирмен корреляция коэффициенти (p<0,05)
ВАШ (оғриқ интенсивлиги)	ҳавотир	0,313
ВАШ (оғриқ интенсивлиги)	депрессия	0,439
ВАШ (оғриқ интенсивлиги)	вегетатив ўзгариш	0,404

Барча параметрлар бўйича ўртача мусбат корреляцион алоқа мавжудлиги аниқланди (22-жадвал).

22-жадвал

2-гурух беморларида оғриқ якқоллиги ва психоэмоционал ҳолати орасидаги корреляция

Шкала	Психоэмоционал ҳолат	Спирмен корреляция коэффиценти ($p < 0,05$)
ВАШ (оғриқ интенсификацияси)	хавотир	0,593
ВАШ (оғриқ интенсификацияси)	депрессия	0,528
ВАШ (оғриқ интенсификацияси)	вегетатив ўзгариш	0,671

Тез-тез эпизодик зўриқишдаги бош оғриқлари кузатишган беморларда барча параметрлар бўйича ўрта ва сезиларли корреляцион алоқа аниқланди.

Постурал бузилишларни гуруҳлар орасида солиштирма баҳоланиши

Постурал бузилишларни гуруҳлар орасида солиштирма баҳолаш мақсадида барча беморларда стабиллометрия текширув ўтказилган. Стабиллометрия оғриқ хуружлари кузатилмаган вақтда ўтказилган. 1-гурух беморларида стабиллометрия кўрсаткичлар ўрганилган (23-жадвал). 2-гурух беморларида стабиллометрия кўрсаткичлар ўрганилган (24-жадвал).

ЗБО билан оғриган тадқиқот гуруҳи беморларда стабиллометр текширув ўтказилганда қуйидагича натижалар қайд этилди 1-гурух беморларида: сагиттал сатҳда чапга огиш 29 (40,27%), унга огиш 38 (52,78%), ўзгаришсиз 5 (6,95%); фронтал сатҳ бўйича олдинга огиш 42 (58,33%), орқага огиш 38 (38,89%), огишсиз 2 (2,78%), енгил мувозанат бузилиши 44 (61,11%), ўртача оғирликдаги мувозанат бузилиши 21 (29,17%), оғир мувозанат бузилиши 7 (9,72%), проприоцептив назорат устунлиги 17 (23,61%), кўриш назорати

устунлиги 55 (76,39%). 2-гурух беморарида эса сагиттал сатхда чапга огиш 15 (33,33%), унга огиш 18(40%), узгаришсиз 12 (26,27%); фронтал сатх буйича олдинга огиш 21 (46,67%), оркага огиш 18 (40%), огишсиз 6 (13,13%), енгил мувозанат бузилиши 33 (73,33%), уртача огирликдаги мувозанат бузилиши 11 (24,44%), огир мувозанат бузилиши 1 (2,23%), проприоцептив назорат устунлиги 11 (24,44%), кўриш назорати устунлиги 34 (75,56%) мувозанат бузилиш ҳолатлари кузатилди (25-жадвал).

23-жадвал

Сурункали зўриқишдаги бош оғриғи мавжуд беморларда стабилотрикс кўрсаткичлар

Синама	Шкала	1-гурух			Назорат гуруҳи			p
		01	Me	03	01	Me	03	
ОК	X(мм)	-5,00	4,00	9,50	-1,50	1,50	11,0	0,603
	x(мм)	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00	2,00	0,211
ОК	Y(мм)	-13,50	0,50	8,50	-3,50	0,00	16,00	0,862
	y(мм)	2,00	3,50	5,00	2,50	3,00	4,00	0,478
ЁК	X(мм)	-4,00	2,50	6,00	-3,00	3,00	10,50	0,498
	x(мм)	1,00	1,00	2,00	0,50	1,00	1,00	0,131
ЁК	Y(мм)	-14,50	5,50	13,50	-11,50	-2,00	15,00	1,000
	y(мм)	2,00	3,50	5,00	2,00	3,00	4,00	0,887

Изоҳ: ОК-очик кўзда Ромберг синамаси ЁК-ёпик кўзда Ромберг синамаси X(мм)-босим марказининг нисбий фронтал текисликда абсолют жойлашуви x(мм)- босим марказининг фронтал текисликда ўрта жойлашувдан оғиш Y(мм)- сагитал текисликда босим марказининг абсолют жойлашуви Y(мм)- босим марказининг сагитал текисликда ўрта жойлашувдан оғиши.

Тадқиқот гуруҳи беморлари ва назорат гуруҳидаги соғлом инсонлар стабилотрикс текширув натижалари орасида ишончли статистик фарқ аниқланмади. Ёпик кўз билан Ромберг ҳолатида турганда фронтал текисликда оғиш СЗБО мавжуд беморларда тез-тез эпизодик зўриқишдаги бош оғриқ мавжуд беморларга нисбатан юқориқроқ намоён бўлган.

Шунингдек, очик кўз билан фронтал текисикда босим марказидан оғиш ҳам СЗБО беморларида кучлироқ намоён бўлган (26-жадвал).

24-жадвал

Тез-тез эпизодик бош оғриғи мавжуд беморларда стабилотрикс кўрсаткичлар

Синама	Шкала	2-гурӯх			Назорат гурӯҳи			p
		01	Me	03	01	Me	03	
ОК	X(мм)	-5,50	0,00	5,50	-1,50	1,50	11,50	0,151
	x(мм)	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00	2,00	0,227
ОК	Y(мм)	-9,00	1,50	13,00	-3,50	0,00	16,00	0,956
	y(мм)	2,50	4,00	5,00	2,50	3,00	4,00	0,342
ЁК	X(мм)	-6,00	0,00	6,50	-3,00	3,00	10,50	0,134
	x(мм)	1,00	1,00	1,00	0,50	1,00	1,00	0,205
ЁК	Y(мм)	-5,50	2,00	11,50	-11,50	-2,00	15,00	0,340
	y(мм)	2,00	3,00	4,00	2,00	3,00	4,00	0,974

25-жадвал

Зўриқишдаги бош оғриғи мавжуд беморларда стабилотрикс кўрсаткичлар

Кўрсаткич	1-гурӯх		2-гурӯх		Назорат гурӯҳи	
	abs	%	abs	%	abs	%
Саггитал сатҳда чапга оғиш	29	40.27 %	15	33.33 %	3	10 %
Саггитал сатҳда ўнгга оғиш	38	52.78 %	18	40 %	1	3.33 %
Саггитал сатҳда оғишсиз	5	6.95 %	12	26.67 %	26	86.67 %
Жами	72	100 %	45	100 %	30	100 %
Фронтал сатҳда олдинга оғиш	42	58.33 %	21	46.67%	3	10 %
Фронтал сатҳда орқага оғиш	28	38.89 %	18	40 %	3	10 %
Фронтал сатҳда оғишсиз	2	2.78 %	6	13.33 %	24	80 %
Жами	72	100 %	45	100 %	30	100 %
Енгил мувозанат бузилиши	44	61.11 %	33	73.33 %	5	16.67 %
Ўртача оғирликдаги мувозанат бузилиши	21	29.17 %	11	24.44 %	1	3.33 %
Оғир мувозанат бузилиши	7	9.72 %	1	2.23%	0	0
Мувозанат бузилишисиз	0	0	0	0	24	80 %
Жами	72	100 %	45	100 %	30	100 %

Проприоцептив назорат устунлиги	17	23.61 %	11	24.44 %	8	26.67 %
Кўриш назорати устунлиги	55	76.39 %	34	75.56%	22	73.33 %
Жами	72	100 %	45	100 %	30	100 %

Стабилометрия ва психовегетатив ўзгаришлар орасида корреляция ўрганилганда ўрта мусбат корреляцион алоқа мавжудлиги аниқланди.

26-жадвал

Стабилометрия ва психовегетатив ўзгаришлар орасидаги корреляция

Корреляция белгиси-1	Корреляция белгиси-2	Спирмен корреляция коэффиценти ($p < 0,05$)
ОК х(мм)	хавотир	0,323
ОК у(мм)	депрессия	0,484
ЁК х(мм)	хавотир	0,565
ЁК у(мм)	депрессия	0,479

Лаборатор, нейровизуал, нейрофизиологик текшириш усуллари натижалари.

Қон тахлили натижалари ҳар иккала гуруҳ беморларида меъёрий кўрсаткичларни кўрсатди (27-жадвал).

27-жадвал

Тадқиқот гуруҳи беморларида қон тахлили

Курсаткичлар		1-гуруҳ	2-гуруҳ
Нб		118±2,26	122,18±2,37
Эритроцит		3,72±0,07	3,94±0,1
Лейкоцит		6,02±0,15	6,16±0,18
Тромбоцит		246,57±4,36	242,6±4,7
СОЭ		9,5±0,63	10,87±0,63
РК		2,12±1,22	0,9±0
ВСК	Б	47,54±4,88	37,09±5,12
	Т	91,93±6,23	80,31±8,68

Изоҳ: * - билан 1-гурухга нисбатан ўртача арифметик кийматлар орасидаги ишончлилиқ фарқи белгиланган (*** - $p<0,05$; ** - $p<0,01$; * - $p<0,001$).

ЭКГ текширувида 1-гурух беморларида синусли брадикардия $1,39\pm 1,38\%$, синусли тахикардия $1,39\pm 1,38\%$ аниқланди. 2-гурух беморларида синусли брадикардия аниқланмади, синусли тахикардия $4,44\pm 3,07\%$ аниқланди.

МРТ текширувида биринчи ва иккинчи гурух беморлар тўлиқлигича МРТ текширувидан ўтказилди. Беморларда ёндош патологиялар қайд этилмади.

Ҳар учала гурух беморларига ЭЭГ текшируви ўтказилди. 1-гурух беморларида муолажага қадар доминант альфа ритм $97,22\pm 1,94\%$, альфа ритм частотаси 10-11 Гц лиги $61,11\pm 5,75\%$, альфа ритм экзальтацияси кузатилмади, альфа ритм нотурғунлиги 100%, ўткирлашган альфа ритм 100%, яхши ифодаланган бета ритм 100%, билатерал синхрон тета ритм 100%, гипервентиляцияда билатерал-синхрон тета фаоллик 100% ни ташкил этди. 2-гурух беморларида муолажага қадар доминант альфа ритм 100%, альфа ритм частотаси 10-11 Гц лиги $61,11\pm 5,75\%$, альфа ритм экзальтацияси кузатилмади, альфа ритм нотурғунлиги $77,78\pm 6,2\%$, ўткирлашган альфа ритм 100%, яхши ифодаланган бета ритм 100%, билатерал синхрон тета ритм 100%, гипервентиляцияда билатерал-синхрон тета фаоллик 100% ни ташкил этди. Назорат гурухи беморларида муолажага қадар доминант альфа ритм 100%, альфа ритм частотаси 10-11 Гц лиги $90\pm 5,48\%$, альфа ритм экзальтацияси $10\pm 5,48\%$, альфа ритм нотурғунлиги $20\pm 7,3\%$, ўткирлашган альфа ритм $40\pm 8,94\%$, яхши ифодаланган бета ритм 100%, билатерал синхрон тета ритм $20\pm 7,3\%$, гипервентиляцияда билатерал синхрон тета ритм кузатилмади (28-жадвал).

Тадқиқот гуруҳи беморларида ЭЭГ текшируви натижалари

		1-гуруҳ			2-гуруҳ			Назорат гуруҳи			χ^2 Пирсон		Жами		
		abs	(%)	m	abs	(%)	m	abs	(%)	m	c2	p	abs	(%)	m
Доминант альфа ритм	Даводан олдин	70	97,22	1,94	45	100,00	0,00	30	100,00	0,00	2,112	0,348	145	98,64	0,96
Альфа ритм частотаси 10-11 Гц	Даводан олдин	44	61,11	5,75	35	77,78	6,20	27	90,00	5,48	19,792	0,003	106	72,11	3,70
Альфа ритм экзальтацияси	Даводан олдин	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	3	10,00	5,48	11,944	0,003	3	2,04	1,17
Альфа ритм нотуғрилиги	Даводан олдин	72	100,00	0,00	45	100,00	0,00	6	20,00	7,30	111,863	0,000	123	83,67	3,05
Ўткирлашган альфа ритм	Даводан олдин	72	100,00	0,00	45	100,00	0,00	12	40,00	8,94	79,995	0,000	129	87,76	2,70
Яхши ифодаланган бета ритм	Даводан олдин	72	100,00	0,00	45	100,00	0,00	30	100,00	0,00	CHB		147	100,00	0,00
Б/с тета фаоллик	Даводан олдин	72	100,00	0,00	45	100,00	0,00	6	20,00	7,30	111,863	0,000	123	83,67	3,05
Дельта ритм	Даводан олдин	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	CHB		0	0,00	0,00
ГВ: б/с секин тўлқинли фаоллик	Даводан олдин	72	100,00	0,00	45	100,00	0,00	0	0,00	0,00	147,000	0,000	117	79,59	3,32

Хулоса: Хавотир ва депрессия даражаси кўрсаткичларида тадқиқот гуруҳларида сезиларли статистик тафовут аниқланмади. Беморларда хавотир ва депрессия юқори фоиз кўрсаткичлари мавжудлиги коррекциялаш лозимлигини талаб этади.

Оғриқни яққоллиги ва психоэмоционал ҳолати орасидаги корреляция ўрганилди. Барча параметрлар бўйича ўртача мусбат корреляция аниқланди.

Тадқиқот гуруҳи беморлари ва назорат гуруҳидаги соғлом инсонлар стабилOMETрик текширув натижалари орасида ишончли статистик фарқ аниқланмади. Ёпиқ кўз билан Ромберг ҳолатида турганда фронтал текисликда оғиш СЗБО мавжуд беморларда тез-тез эпизодик зўриқишдаги бош оғриқ мавжуд беморларга нисбатан юқорироқ намоён бўлган. Шунингдек, очик кўз билан фронтал текисликда босим марказидан оғиш ҳам СЗБО беморларида кучлироқ намоён бўлган.

Зўриқишдаги бош оғриғи сурункали ва тез-тез эпизодик турида альфа ритм нотурғунлиги, ўткирлашган альфа ритм, билатерал синхрон тета ритмлар диагностик мезон бўлиши мумкин ($p < 0,001$)

IV БОБ. ЗЎРИҚИШДАГИ БОШ ОҒРИҒИНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

Барча беморлар ажратилган 2-гуруҳ бўйича даво муолажалари белгиланди. Ҳар иккала гуруҳ беморларига стандарт бўйича зўриқишдаги бош оғриғи муолажасини ва психотерапия, стабилOMETрик тренинг қабул қилишди.

Зўриқишдаги бош оғриқларини даволашда беморлар кузатув динамикасидаги ўзгаришлари

Тадқиқот гуруҳи беморларида даволаш фонида оғриқнинг жойлашуви ўзгариши аниқланганда 1-гуруҳ беморларида бошнинг ярмида, пешона ва чаккада жойлашган оғриқлар 52,63%га, пешона, чакка, кўз соҳасидаги оғриқлар 2,78%, энса соҳасидан бошланиб, пешонага ўтадиган оғриқлар 27,78%, бутун бошдаги оғриқлар 19,44% га камайганлиги аниқланди. 2-гуруҳ беморларида бошнинг ярмида, пешона ва чаккада жойлашган оғриқлар 20%га, пешона, чакка, кўз соҳасидаги оғриқлар 46,66%, энса соҳасидан бошланиб, пешонага ўтадиган оғриқлар 15,55%, бутун бошдаги оғриқлар 35,56% га камайганлиги аниқланди (29-жадвал).

29-жадвал

Тадқиқот гуруҳларида даволаш фонида оғриқнинг жойлашуви

Оғриқнинг жойлашуви		1-гуруҳ		2-гуруҳ		χ^2 Пирсон	
		abs	%	abs	%	χ^2	p
Бошнинг ярмида пешона чаккада	ДО	45	62,5±5,71	12	26,67±6,59	14,232	0,000
	ДК	7	9,72±3,49	3	6,67±3,72	0,331	0,739
Пешона, чакка, кўз соҳаси	ДО	26	36,11±5,66	28	62,22±7,23	7,597	0,006
	ДК	24	33,33±5,56	7	15,56±5,4	4,494	0,034
Энса соҳасида бошланиб пешонага ўтиши	ДО	37	51,39±5,89	32	71,11±6,76	4,452	0,035
	ДК	17	23,61±5,01	25	55,56±7,41	12,280	0,000
Бутун бошда	ДО	18	25±5,1	17	37,78±7,23	2,157	0,142
	ДК	4	5,56±2,7	1	2,22±2,2	0,752	0,648

Шундай қилиб, ҳар иккала гуруҳ беморларида даволаш фонида барча оғриқ локализациясида оғриқлар ишонарли пасайганлиги аниқланди ($p<0,05$).

Тадқиқот гуруҳлари беморларида даволаш фонида продром белгилар динамикаси ўрганилганда қуйидаги натижалар олинди. 1-гуруҳ беморларида кучсизлик 65,28% га, кайфият пастлиги 38,89%, диққатни жамлаш қийинлиги 50%, иштаха ошиши 4,17%, бўйин мушаклари таранглашуви 16,66%, фотофобия 23,61%, фонофобия 6,94%, осмофобия 1,39% га камайганлиги аниқланди. 2-гуруҳ беморларида кучсизлик 51,11% га, кайфият пастлиги 51,11%, диққатни жамлаш қийинлиги 35,53%, иштаха ошиши 13,33%, бўйин мушаклари таранглашуви 15,56%, фотофобия 24,45%, фонофобия 8,88% га камайганлиги аниқланди (30-жадвал).

30-жадвал

Тадқиқот гуруҳларида даволаш фонида продром белгилар динамикаси

Продром		1-гуруҳ		2-гуруҳ		χ^2 Пирсон	
		abs	%	abs	%	χ^2	p
Кучсизлик	ДО	70	97,22±1,94	33	73,3±6,59	15,002	0,000
	ДК	23	31,94±5,49	10	22,22±6,2	1,293	0,256
Кайфият пастлиги	ДО	48	66,67±5,56	33	73,3±6,59	0,578	0,447
	ДК	20	27,78±5,28	10	22,22±6,2	0,448	0,503
Диққатни жамлаш қийинлиги	ДО	44	61,11±5,75	31	68,89±6,9	0,728	0,394
	ДК	8	11,11±3,7	15	33,3±7,03	8,659	0,003
Иштаха ошиши	ДО	4	5,56±2,7	6	13,3±5,07	2,143	0,180
	ДК	1	1,39±1,38	0	0±0	0,630	1,000
Бўйин мушаклари таранглашуви	ДО	16	22,22±4,9	7	15,56±5,4	0,779	0,377
	ДК	4	5,56±2,7	0	0±0	2,588	0,297
Фотофобия	ДО	25	34,72±5,61	17	37,7±7,23	0,112	0,737
	ДК	8	11,11±3,7	6	13,3±5,07	0,130	0,719
Фонофобия	ДО	18	25±5,1	11	24,4±6,41	0,005	0,946
	ДК	13	18,06±4,53	7	15,56±5,4	0,122	0,727

Шундай қилиб, даволаш фонида ҳар иккала гуруҳ беморларида продром белгилар камайган бўлсада, тез-тез эпизодик зўриқишдаги бош оғриғи мавжуд беморларда кучлироқ намоён бўлди ($p<0,05$).

Постдром белгиларнинг даволаш динамикаси ўрганилганда қуйидаги натижалар олинди. 1-гуруҳ беморларида уйқучанлик 54,27%, умумий кучсизлик 34,72%, тери рангпарлиги 1,39%, эснаш 27,78%га камайганлиги аниқланди. 2-гуруҳ беморларида уйқучанлик 48,89%, умумий кучсизлик 48,89%, эснаш 31,11% га камайганлиги аниқланди (31-жадвал).

31-жадвал

Постдром

Постдром		1-гуруҳ		2-гуруҳ		χ^2 Пирсон	
		abs	%	abs	%	χ^2	p
Уйқучанлик	ДО	58	80,56±4,66	31	68,89±6,9	2,071	0,150
	ДК	19	26,39±5,19	9	20±5,96	0,621	0,431
Умумий кучсизлик	ДО	44	61,11±5,75	34	75,56±6,41	2,600	0,107
	ДК	19	26,39±5,19	12	26,67±6,59	0,001	0,974
Тери рангпарлиги	ДО	2	2,78±1,94	1	2,22	0,034	1,000
	ДК	1	1,39±1,38	1	2,22	0,114	1,000
Эснаш	ДО	37	51,39±5,89	26	57,78	0,455	0,500
	ДК	17	23,61±5,01	12	26,67	0,139	0,710

Шундай қилиб, даволаш фонида ҳар иккала гуруҳ беморларида постдром белгилар камайган бўлсада, тез-тез эпизодик зўриқишдаги бош оғриғи мавжуд беморларда кучлироқ намоён бўлди ($p<0,05$).

Шундай қилиб, СЗБО беморларида уйқу бузилишлари тез-тез эпизодик ЗБО беморларига қараганда 11,1% га камайганлиги, эмоционал бузилишлар эса тез-тез эпизодик ЗБО беморларида СЗБО беморларига нисбатан 7,2%га камайганлиги аниқланди ($p<0,05$).

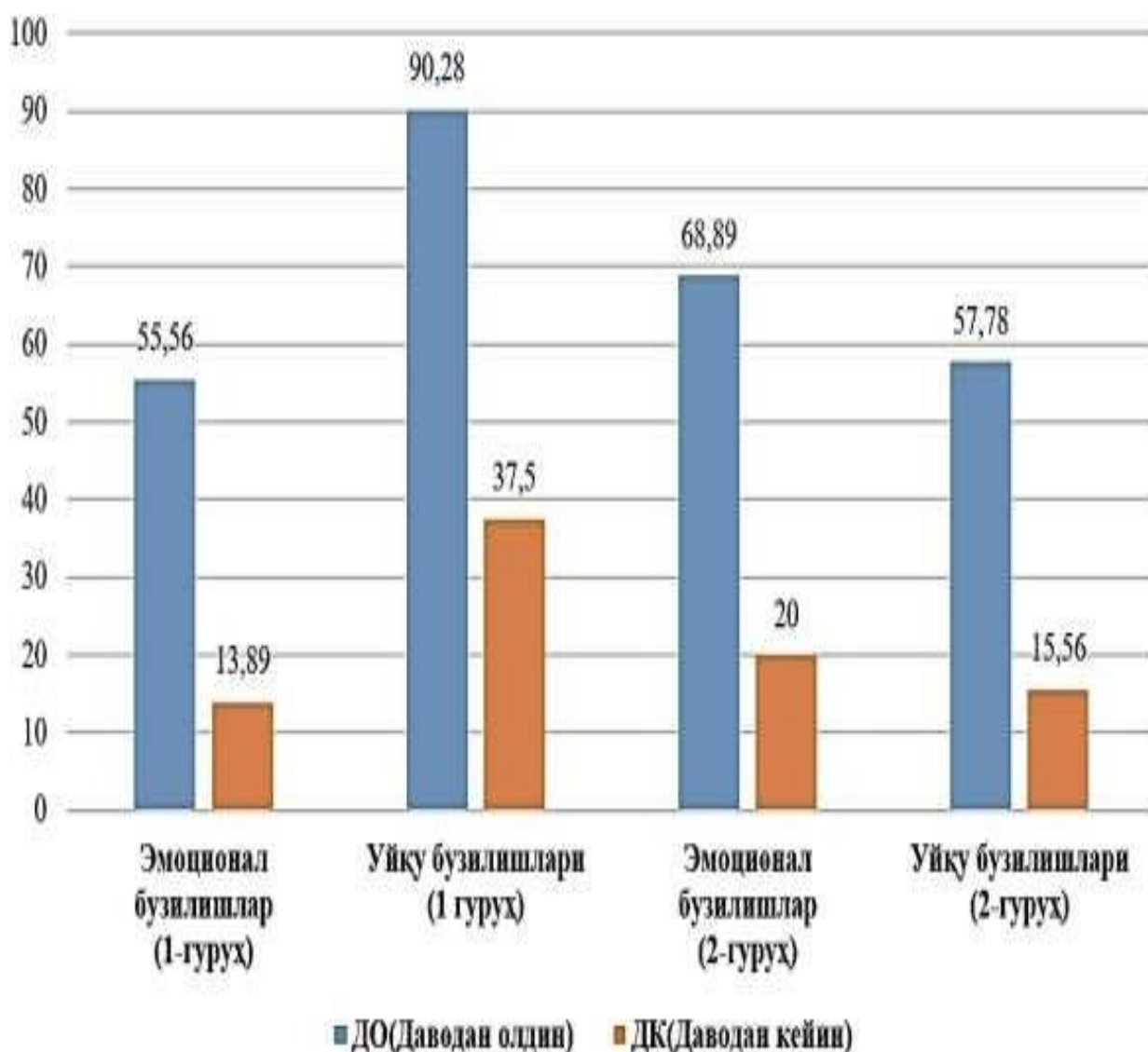
Тадқиқот гурухи беморларида даволаш фонида касалликка олиб келадиган омиллар динамикаси баҳоланди. 1-гуруҳ беморларида стресс 38,89%, ноқулай жойлашув 1,39%, метеосезгирлик 5,56%, озиқ-овқат маҳсулотлари 1,39% таъсир этганлиги, 2-гуруҳ беморларида стресс 42,22%, ноқулай жойлашув 4,44%, метеосезгирлик 5,56% таъсир этганлиги аниқланди (32-жадвал).

32-жадвал

Тадқиқот гуруҳларида даволаш фонида касалликка олиб келувчи омиллар динамикаси

Касалликка олиб келувчи омиллар		1-гуруҳ		2-гуруҳ		χ^2 Пирсон	
		abs	%	abs	%	χ^2	p
Стресс	ДО	66	91,67±3,26	39	86,67±5,07	0,752	0,532
	ДК	28	38,89±5,75	19	42,22±7,36	0,128	0,720
Ноқулай жойлашув	ДО	9	12,5±3,9	7	15,56±5,4	0,219	0,640
	ДК	1	1,39±1,38	2	4,44±3,07	1,035	0,558
Метеосезгирлик	ДО	1	1,39±1,38	2	4,44±3,07	1,035	0,558
	ДК	4	5,56±2,7	0	0±0	2,588	0,297
Озиқ овқат маҳсулотлари	ДО	1	1,39±1,38	1	2,22±2,2	0,114	1,000
	ДК	1	1,39±1,38	0	0±0	0,630	1,000

Тадқиқот гуруҳларида даволаш фонида коморбид бузилишлар динамикаси ўрганилди. 1-гуруҳ беморларида эмоционал бузилишлар 41,67%га, уйқу бузилишлари 53,3%га камайганлиги аниқланди. 2-гуруҳ беморларида эмоционал бузилишлар 48,89%га, уйқу бузилишлари 42,22%га камайганлиги аниқланди (4-расм).



**4-расм. Тадқиқот гуруҳларида даволаш фонида
коморбид бузилишлар динамикаси.**

Бош оғриғининг кундалик фаолиятга таъсирини ўрганиш мақсадида қўлланиладиган HALT индекси тадқиқот гуруҳларида даводан сўнг қуйидаги натижаларни берди: 1-гуруҳ беморларида 0-5 балл (бош оғриқнинг минимал ёки оз таъсири $27,78 \pm 5,28\%$, 6-10 балл (енгил ёки тез-тез бўлмаган таъсир) $58,33 \pm 5,81\%$, ўрта таъсир $13,89 \pm 4,08\%$ ни ташкил этди ва кучли таъсирли бош оғриқ кузатилмади. Даволаш гуруҳидаги беморларда кучли таъсирли оғриқлар кузатилмаганлиги ва ўрта таъсирли оғриқнинг $51,39\%$ га камайганлиги, енгил оғриқларнинг 15% га ортганлиги даво чоралари самарали эканлиги ишончли белгисидир ($p < 0.05$).

**Тадқиқот гуруҳларида даволаш фонида касалликка олиб келувчи
омиллар динамикаси**

Касалликка олиб келувчи омиллар		1-гуруҳ		2-гуруҳ		χ^2 Пирсон	
		abs	%	abs	%	χ^2	p
Стресс	ДО	66	91,67±3,26	39	86,67±5,07	0,752	0,532
	ДК	28	38,89±5,75	19	42,22±7,36	0,128	0,720
Ноқулай жойлашув	ДО	9	12,5±3,9	7	15,56±5,4	0,219	0,640
	ДК	1	1,39±1,38	2	4,44±3,07	1,035	0,558
Метеосезгирлик	ДО	1	1,39±1,38	2	4,44±3,07	1,035	0,558
	ДК	4	5,56±2,7	0	0±0	2,588	0,297
Озиқ овқат маҳсулотлари	ДО	1	1,39±1,38	1	2,22±2,2	0,114	1,000
	ДК	1	1,39±1,38	0	0±0	0,630	1,000

2-гуруҳ беморларда 0-5 балл (бош оғриқнинг минимал ёки оз таъсири 33,33±7,03%, 6-10 балл (енгил ёки тез-тез бўлмаган таъсир) 60±7,3%, ўрта таъсир 4,44±3,07%, кучли таъсирли бош оғриқ 2,22±2,2 ни ташкил этди. Даволаш гуруҳидаги беморларда кучли таъсирли оғриқлар 33,34%, ўрта таъсирли оғриқнинг 60% га камайганлиги, енгил оғриқларнинг 60% га, минимал ёки оз таъсирнинг 33,33%га ошиши даво самарадорлиги белгисидир ($\chi^2=40,244$; $p=0,000$) (34-жадвал).

ВАШ шкаласининг бирламчи натижаларига кўра, паст интенсивликдаги оғриқ 11,93%, ўртача интенсивликдаги оғриқ 83,47%, кучли интенсивликдаги оғриқ 4,58%га тенг. Шундан, 1-гуруҳ беморларида паст интенсивликдаги оғриқ 8,3%, ўртача интенсивликдаги оғриқ 84,72% ва кучли интенсивликдаги оғриқ 6,94%. 2-гуруҳ беморларида эса паст интенсивликдаги оғриқ 15,56%,

ўртача интенсивликдаги оғриқ 82,22%, кучли интенсивликдаги оғриқ 2,22%ни ташкил этди. ВАШ шкаласи натижалари 1-гурух беморларида оғриқни қабул қилиш 3,01 баллга, 2-гурух беморларида 3,8 баллга пасайганлигини кўрсатган ($p<0,05$) (5-расм).

34-жадвал

Даволаш фонида тадқиқот гуруҳларида HALT индекси динамикаси

HALT индекси		1-гурух			2-гурух		
		abs	%	p	abs	%	p
Даводан олдин							
HALT индекси	0-5. Бош оғриқнинг минимал ёки оз таъсири	0	0±0	$\chi^2=42,250$; p=0,000	0	0±0	$\chi^2=3,756$; p=0,053
	6-10. Енгил ёки тез-тез бўлмаган тасир	2	2,78±1,94		0	0±0	
	11-20. Ўрта таъсир	47	65,28±5,61		29	64,4±7,14	
	20+. Кучли таъсир	23	31,94±5,49		16	35,5±7,14	
p		χ^2 пирсон = 1,361; p = 0,506					
Даводан кейин							
HALT индекси	0-5. Бош оғриқнинг минимал ёки оз таъсири	20	27,78±5,28	$\chi^2=22,333$; p=0,000	15	33,3±7,03	$\chi^2=40,244$; p=0,000
	6-10. Енгил ёки тез-тез бўлмаган тасир	42	58,33±5,81		27	60±7,3	
	11-20. Ўрта таъсир	10	13,89±4,08		2	4,44±3,07	
	20+. Кучли таъсир	0	0±0		1	2,22±2,2	
p		χ^2 Пирсон = 4,307; p=0,230					
Жами		72	100,00		45	100,00	



**5-расм. Тадқиқот гуруҳи беморларида даволаш
фонида ВАШ шкаласи динамикаси.**

Тадқиқот гуруҳи беморларида даволаш фонида Мак-Гилл шкаласи динамикаси ўрганилди. 1-грух беморларида сенсор шкала бўйича пульсацияланувчи оғриқлар 1,39%га, босувчи оғриқлар 9,72%, қисувчи оғриқлар 11,11% га камайганлиги аниқланди. Аффектив шкала бўйича безовта қилувчи оғриқлар 9,22%га, холдан тойдирувчи оғриқлар 6,92%, ваҳима чақирувчи оғриқлар 2,78%га камайганлиги аниқланди. Эволютив шкала бўйича кучсиз оғриқлар 30,56%га ошганлиги, ўртача оғриқлар 23,62%, кучли оғриқлар 6,94% га камайганлиги аниқланди.

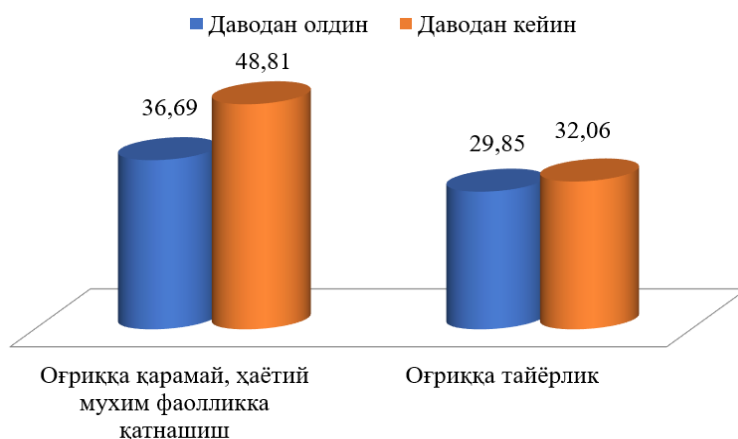
2-грух беморларида сенсор шкала бўйича пульсацияланувчи оғриқлар 22,22%га, босувчи оғриқлар 20%, қисувчи оғриқлар 2,23% га камайганлиги аниқланди. Аффектив шкала бўйича безовта қилувчи оғриқлар 31,12%га, холдан тойдирувчи оғриқлар 28,89%, ваҳима чақирувчи оғриқлар 2,23%га камайганлиги аниқланди. Эволютив шкала бўйича кучсиз оғриқлар 77,78%га ошганлиги, ўртача оғриқлар 66.66%, кучли оғриқлар 11,11% га камайганлиги аниқланди (35-жадвал).

Шундай қилиб, Мак-Гилл шкаласи барча субшкалалари бўйича 2-грух беморларида нисбатан ижобий самара қайд қилинди ($p < 0,05$).

Тадқиқот гуруҳи беморларида даволаш фонида Мак-Гилл шкаласи динамикаси

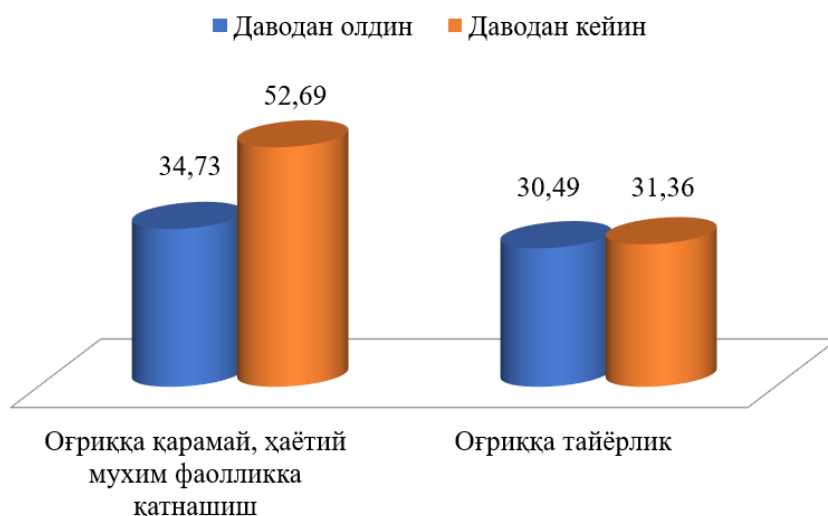
Мак-Гилл шкаласи		1-гуруҳ			2-гуруҳ		
		abs	%	p	abs	%	p
Даводан кейин							
Сенсор шкала	Пульсацияланувчи	25	34,72±5,61	$\chi^2=3,583$; p = 0,167	5	11,11±4,68	$\chi^2=18,583$; p=0,000
	Босувчи	30	41,67±5,81		28	62,22±7,2	
	Кисувчи	17	23,61±5,01		12	26,67±6,59	
p		χ^2 Пирсон = 8,485; p = 0,014					
Даводан олдин							
Сенсор шкала	Пульсацияланувчи	26	36,11±5,66	$\chi^2=16,583$; p = 0,000	15	33,33±7,03	$\chi^2=2,133$; p=0,344
	Босувчи	37	51,39±5,89		19	42,22±7,36	
	Кисувчи	9	12,5±3,9		11	24,44±6,41	
p		χ^2 Пирсон = 2,858; p = 0,240					
Даводан кейин							
Аффектив шкала	Безовта килувчи	38	52,78±5,88	$\chi^2=18,250$; p = 0,000	34	75,56±6,4	$\chi^2=14,533$; p=0,001
	Холдан тойдирувчи	29	40,28±5,78		9	20±5,96	
	Вахима чакирувчи	5	6,94±3		2	4,44±3,07	
p		χ^2 Пирсон = 0,331; p=0,848					
Даводан олдин							
Аффектив шкала	Безовта килувчи	31	43,06±5,84	$\chi^2=24,2507$; p = 0,000	20	44,44±7,41	$\chi^2=37,733$; p=0,000
	Холдан тойдирувчи	34	47,22±5,88		22	48,89±7,45	
	Вахима чакирувчи	7	9,72±3,49		3	6,67±3,72	
p		χ^2 Пирсон = 6,130; p = 0,047					
Даводан олдин							
Эволютив шкала	Кучсиз	24	33,33±5,56	$\chi^2=21,333$; p = 0,000	2	4,44±3,07	$\chi^2=48,933$; p=0,000
	Уртача	40	55,56±5,86		37	82,22±5,7	
	Кучли	8	11,11±3,7		6	13,33±5,07	
p		χ^2 Пирсон = 13,506; p = 0,001					
Даводан кейин							
Эволютив шкала	Кучсиз	46	63,89±5,66	$\chi^2=38,583$; p = 0,000	37	82,22±5,7	$\chi^2=49,600$; p=0,000
	Уртача	23	31,94±5,49		7	15,56±5,4	
	Кучли	3	4,17±2,35		1	2,22±2,2	
p		χ^2 Пирсон = 4,519; p = 0,104					

Тадқиқот гуруҳи беморларида даволаш фонида сурункали оғриқни қабул қилиш сўровномаси (CRAQ-R) динамикаси ўрганилганда қуйидаги натижалар олинган: 1-гуруҳ беморларида оғриққа қарамай ҳаётий муҳим фаолликка қатнашиш 12,12% га ошган, оғриққа тайёрлик 2,21% га ошган (6-расм).



6-расм. 1-гуруҳ беморларида даволаш фонида сурункали оғриқни қабул қилиш сўровномаси (CRAQ-R) динамикаси (балл).

Сурункали оғриқни қабулқилиш сўровномаси (CRAQ-R) динамикаси ўрганилганда 2-гуруҳ беморларида қуйидаги натижалар олинган: оғриққа қарамай ҳаётий муҳим фаолликка қатнашиш 17,96% га ошган, оғриққа тайёрлик 0,87% га ошган ($p < 0,05$) (7-расм).



7-расм. 2-гуруҳ беморларида даволаш фонида сурункали оғриқни қабул қилиш сўровномаси (CRAQ-R) динамикаси (балл).

**Зўриқишдаги бош оғриқлари даволашдаги нейробиологик ва
вегетатив ўзгаришлар динамикасини баҳолаш.**

Муолажа фонида беморларда қон босими, ЮҚС, НОС да динамикада ўзгаришлар аниқланди(36-жадвал).

36-жадвал

АКБ ва инструментал текширувлар (2 қабул)

Кўрсаткичлар		1-гурӯх	2-гурӯх
ЮҚС		76,71±0,93	75,24±1,2
АКБ (мм.сим.уст)	ДАД	111,14±0,96	112,51±1,11
	САД	71,86±0,75	72,51±1,01
ЮҚС		75,11±0,53	73,73±0,55
Термометрия		36,62±0,01	36,61±0,01
Кердо индекси		6,33±1,51	1,91±2
Хильденбрандт коэффиценти		4,29±0,06	4,13±0,06

Изоҳ: * - билан 1-гурӯхга нисбатан уртачаарифметик кийматлар орасидаги ишончлилик фарқи белгиланган (*** - $p<0,05$; ** - $p<0,01$; * - $p<0,001$).

Кердо индекси натижалари таҳлил қилинганда даво муолажаларидан кейин СЗБО мавжуд 1-гурӯх беморларининг 20 (27,77%) симпатикотоник, 20 (27,77%) ваготоник, 32 (44,46%) эйтония деб баҳоланди. Беморлар аксарият қисмида эйтония аниқланди ($p<0,05$) (37 жадвал).

37-жадвал

**Кердо индекси бўйича беморларнинг вегетатив асаб тизими
ҳолатининг баҳоланиши**

Кердо индекси	I гурӯх	II гурӯх	Амалий соғлом (n=30)
Симпатикотоник	20	12	10
Парасимпатикотоник	20	11	4
Нормотония	32	22	16

Тез-тез зўриқишдаги бош оғриқлари мавжуд 2-гурӯх беморларида қўлланилган даво муолажаларидан кейин 10 (33,33%) симпатикотоник, 4 (13,33%) парасимпатикотоник, 16 (53,34%) эйтония эканлиги аниқланди.

Қўлланилган даво чораларидан кейин HADS шкаласи бўйича ҳавотир ва депрессия даражаси қуйидагича: 1-гурӯх беморларида ҳавотир кузатилмаган ҳолатлар $76,39 \pm 5,01\%$, субклиник ҳавотир $22,22 \pm 4,9\%$, юқори клиник ифодаланган ҳавотир $1,39 \pm 1,38\%$ ни ташкил этди ($\chi^2=64,750$; $p=0,000$). Депрессия кузатилмаган ҳолат $76,39 \pm 5,01\%$, субклиник депрессия $76,39 \pm 5,01\%$, юқори клиник ифодаланган депрессия $4,17 \pm 2,35\%$ ни ташкил этди ($\chi^2=62,583$; $p=0,000$). 2-гурӯх беморларида ҳавотир кузатилмаган ҳолатлар $97,78 \pm 2,2\%$, субклиник ҳавотир $0 \pm 0\%$, юқори клиник ифодаланган ҳавотир $2,22 \pm 2,2\%$ ни ташкил этди ($\chi^2=41,089$; $p=0,000$). Депрессия кузатилмаган ҳолат $93,33 \pm 3,72\%$, субклиник депрессия $4,44 \pm 3,07\%$, юқори клиник ифодаланган депрессия $2,22 \pm 2,2\%$ ни ташкил этди ($\chi^2=72,933$; $p=0,000$) (38-жадвал).

38-жадвал

Тадқиқот гуруҳи беморларида даволаш фонида HADS шкаласи бўйича ҳавотир ва депрессия даражаси

HADS шкаласи ҳавотир ва депрессия даражасини аниқлаш		1-гурӯх			2-гурӯх		
		abs	%		abs	%	
1 бўлим(ҳавотир даражасини аниқлаш)							
HADS шкаласи ҳавотир ва депрессия даражасини аниқлаш	0-7-норма (ишончли ҳавотир ва депрессия белгиларисиз)	55	$76,39 \pm 5,01$	$\chi^2=64,750$; $p=0,000$	44	$97,7 \pm 2,2$	$\chi^2=41,089$; $p=0,000$
	8-10-субклиник ҳавотир/ депрессия	16	$22,22 \pm 4,9$		0	0 ± 0	
	11 ва юқори-клиник ифодаланган ҳавотир/депрессия	1	$1,39 \pm 1,38$		1	$2,22 \pm 2,2$	

38-жадвал давом

2 бўлим (депрессия даражасини баҳолаш)							
HADS шкаласи хавотир ва депрессия даражасини аниқлаш	0-7-норма (ишончли хавотир ва депрессия белгиларисиз)	55	76,39±5,01	$\chi^2=62,583$; p = 0,000	42	93,3±3, 7	$\chi^2=72,933$; p = 0,000
	8-10-субклиник хавотир/ депрессия	14	19,44±4,66		2	4,4±3,0 7	
	11 ва юқори-клиник ифодаланган хавотир/депрессия	3	4,17±2,35		1	2,22±2, 2	

Шундай қилиб, ҳар иккала гуруҳ беморларида хавотир ва депрессия кўрсаткичи даво муолажаси фонида камайди, бу айниқса 2-гуруҳ беморларида яққолроқ намоён бўлди (χ^2 Пирсон = 11,610; p = 0,003).

Зўриқишдаги бош оғриқлари даволашдаги нейрофизиологик ўзгаришлар динамикасини баҳолаш.

Даво муолажалари фонида ҳар иккала гуруҳ беморларида даводан сўнг билатерал синхрон тета фаоллик, ҳамда гипервентиляцияда билатерал-синхрон тета фаоллик йўқолди (39-жадвал).

39-жадвал

Тадқиқот гуруҳларида даволаш фонида ЭЭГ динамикаси

		1-гуруҳ			2-гуруҳ		
		abs	%	m	abs	%	m
Доминант альфа ритм	Даводан олдин	70	97,22	1,94	45	100,00	0,00
	Даводан кейин	70	97,22	1,94	45	100,00	0,00
Альфа ритм частотаси 10-11 Гц	Даводан олдин	70	97,22	1,94	45	100,00	0,00
	Даводан кейин	70	97,22	1,94	45	100,00	0,00
Альфа ритм нотуғрилиги	Даводан олдин	72	100,00	0,00	45	100,00	0,00
	Даводан кейин	72	100,00	0,00	45	100,00	0,00
Ўткирлашган альфа ритм	Даводан олдин	72	100,00	0,00	45	100,00	0,00
	Даводан кейин	72	100,00	0,00	45	100,00	0,00

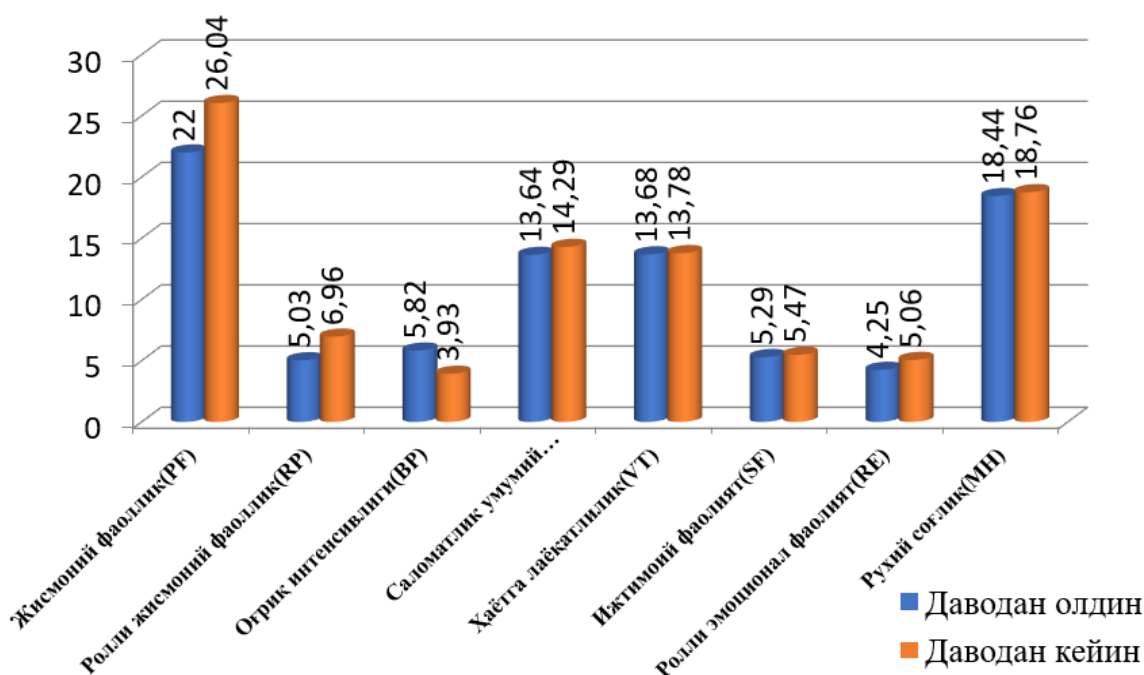
39-жадвал давоми

Яхши ифодаланган бета ритм	Даводан олдин	72	100,00	0,00	45	100,00	0,00
	Даводан кейин	7	9,72	3,49	0	0,00	0,00
Б/с тета фаоллик	Даводан олдин	72	100,00	0,00	45	100,00	0,00
	Даводан кейин	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
ГВ: б/с секин тўлқинли фаоллик	Даводан олдин	72	100,00	0,00	45	100,00	0,00
	Даводан кейин	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00

Шундай қилиб, қўлланилган даво чоралари самарадор эканлиги ЭЭГ хулосасида ўз тасдиғини топди.

Зўриқишдаги бош оғриқлари беморлари ҳаёт сифати

Тадқиқот гуруҳи беморларида қўлланилган даво муолажаларидан кейин ҳаёт сифати ўрганилганда 1-гуруҳ беморларида жисмоний фаоллик 4,04, ролли жисмоний фаоллик 1,93, оғриқ интенсивлиги 1,14, саломатлик умумий ҳолати 0,65, ҳаётга лаёқатлилиқ 0,10, ижтимоий фаолият 0,18, ролли эмоционал фаолият 0,81, рухий соғлиқ 0,32 га яхшилангани аниқланди (8-расм).

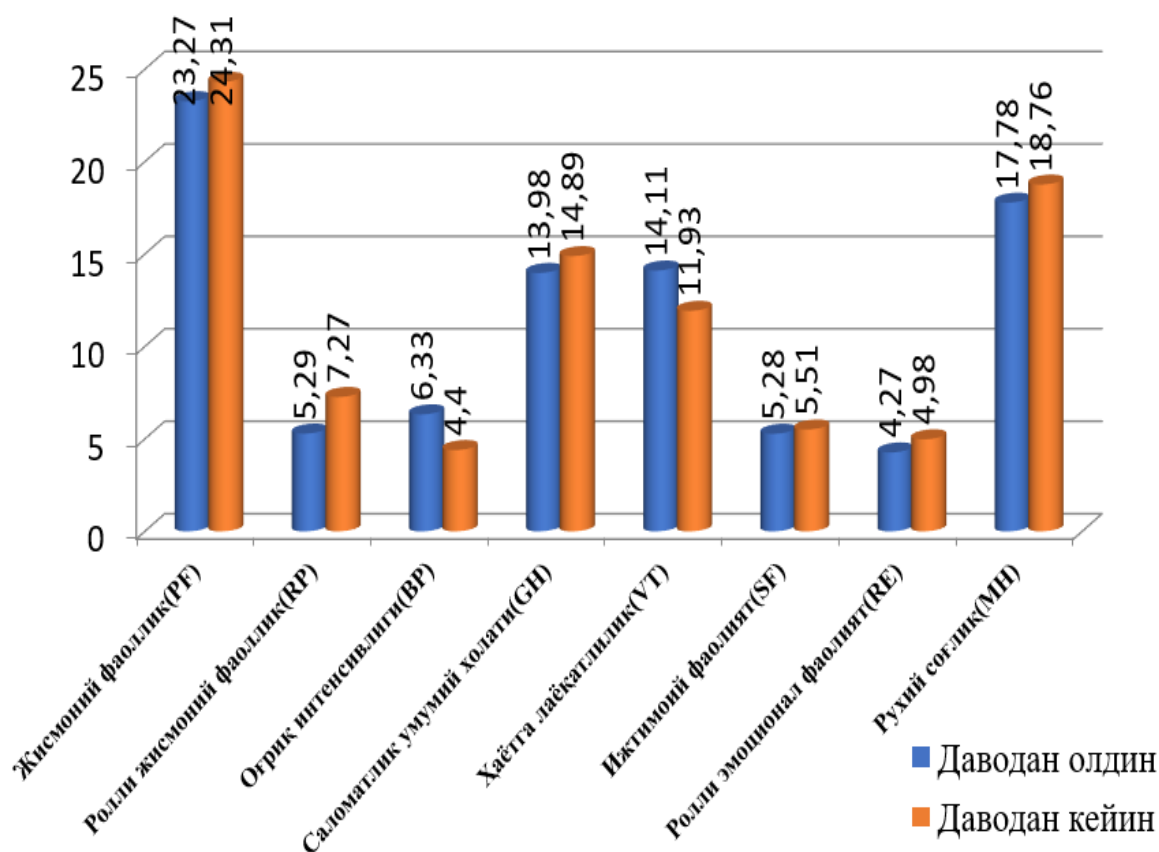


8-расм. 1-гуруҳ беморларида SF-36 ҳаёт сифатини баҳолаш сўровномаси динамикаси.

2-гурӯх беморларида жисмоний фаоллик 1,04, ролли жисмоний фаоллик 2,02, оғриқ интенсивлиги 1,97, саломатлик умумий ҳолати 0,91, ҳаётга лаёқатлилиқ 2,18, ижтимоий фаолият 0,23, ролли эмоционал фаолият 0,71, рухий соғлиқ 0,98 га яхшилангани аниқланди (расм 9).

Шундай қилиб, жисмоний фаоллик, ролли жисмоний фаоллик, оғриқ интенсивлиги, саломатлик умумий ҳолати, ҳаётга лаёқатлилиқ, ролли эмоционал фаоллик 1-гурӯх беморларида ишончли яхшиланган ($p<0,001$), ижтимоий фаолият ишончли яхшиланган ($p<0,01$).

2-гурӯх беморларида 1-гурӯх беморларига нисбатан жисмоний фаоллик ишончли яхшиланган ($p<0,01$). Саломатлик умумий ҳолати даволашдан олдинги қийматга нисбатан ишончли яхшиланган ($p<0,05$), ҳаётга лаёқатлилиқ ишончли яхшиланган ($p<0,001$).



9-расм. 2-урӯх беморларида SF-36 ҳаёт сифатини баҳолаш сўровномаси динамикаси.

Зўриқишдаги бош оғриқларида вегетатив ва постурал бузилишларни даволаш алгоритми.

Тадқиқотдан олинган натижаларга асосланиб, биз СЗБО ва тез-тез эпизодик ЗБО беморларида қуйидаги ташхислаш ва даволаш бўйича алгоритмни тавсия этамиз (10-расм).



10-расм. Зўриқишдаги бош оғриқларида вегетатив ва постурал бузилишларни даволаш алгоритми.

ХОТИМА

Тадқиқотларнинг клиник қисмига 117 бемор танлаб олинди, ёши 18-59 (ўртача ёши $30,32 \pm 8,69$). Беморлар ЖССТ нинг 2017 йилда тавсия этган ёш мезонларига кўра ажратилди. Уларнинг 39 (26,53%) нафарини эркаклар ва 108 (73,47%) нафарини аёллар ташкил қилади. Назорат гуруҳи сифатида 30 нафар соғлом шахслар олинган бўлиб, эркаклар 8 (26,67%), аёллар 22 (73,33%)ни ташкил этади. Тадқиқотдан кўзланган мақсадни амалга ошириш учун беморлар 2 гуруҳга ажратилди:

1-гуруҳ беморларда сурункали зўриқишдаги бош оғриқ мавжуд постурал бузилишлар кузатилган беморлар ($n=72$).

2- гуруҳ тез-тез эпизодик зўриқишдаги бош оғриғи мавжуд ва постурал бузилишлар кузатилган беморлар ($n=45$).

Назорат гуруҳи - 30 нафар амалий соғлом шахслар.

Барча беморлар клиник-объектив, невровизуологик, нейрофизиологик, нейропсихологик, психовегетатив, стабилотрикс текширувлардан ўтказилди.

Хавотир ва депрессия даражаси кўрсаткичларида тадқиқот гуруҳларида сезиларли статистик тафовут аниқланмади. Беморларда хавотир ва депрессия юқори фоиз кўрсаткичлари мавжудлиги коррекциялаш лозимлигини талаб этади. Оғриқни яққоллиги ва психоэмоционал ҳолати орасидаги корреляция ўрганилди. Барча параметрлар бўйича ўртача мусбат корреляция аниқланди.

Тадқиқот гуруҳи беморлари ва назорат гуруҳидаги соғлом инсонлар стабилотрикс текширув натижалари орасида ишончли статистик фарқ аниқланмади. Ёпиқ кўз билан Ромберг ҳолатида турганда сагитал текисликда оғиш СЗБО мавжуд беморларда тез-тез эпизодик зўриқишдаги бош оғриқ мавжуд беморларга нисбатан юқорироқ намоён бўлган. Шунингдек, чиқ кўз билан сагитал текисликда босим марказидан оғиш ҳам СЗБО беморларида кучлироқ намоён бўлган.

Зўриқишдаги бош оғриғи сурункали ва тез-тез эпизодик турида альфа ритм нотурғунлиги, ўткирлашган альфа ритм, билатерал синхрон тета ритмлар диагностик мезон бўлиши мумкин ($p<0,001$)

Барча беморлар ажратилган 2 гуруҳ бўйича даво муолажалари белгиланди. Ҳар икки гуруҳ беморларига стандарт бўйича зўриқишдаги бош оғриғи муолажасини ва психотерапия, стабилOMETрик тренинг қабул қилишди.

Тадқиқот гуруҳи беморларида даволаш фонида оғриқнинг жойлашуви ўзгариши аниқланганда 1-гуруҳ беморларида бошнинг ярмида, пешона ва чаккада жойлашган оғриқлар 52,63%га, пешона, чакка, кўз соҳасидаги оғриқлар 2,78%, энса соҳасидан бошланиб, пешонага ўтадиган оғриқлар 27,78%, бутун бошдаги оғриқлар 19,44% га камайганлиги аниқланди.

1-гуруҳ беморларида бошнинг ярмида, пешона ва чаккада жойлашган оғриқлар 20% га, пешона, чакка, кўз соҳасидаги оғриқлар 46,66%, энса соҳасидан бошланиб, пешонага ўтадиган оғриқлар 15,55%, бутун бошдаги оғриқлар 35,56% га камайганлиги аниқланди.

СЗБО беморларида уйқу бузилишлари тез-тез эпизодик ЗБО беморларига қараганда 11,1% га камайганлиги, эмоционал бузилишлар эса тез-тез эпизодик ЗБО беморларида СЗБО беморларига нисбатан 7,22%га камайганлиги аниқланди ($p<0,05$).

Тадқиқот гуруҳи беморларида даволаш фонида касалликка олиб келадиган омиллар динамикаси баҳоланди. 1-гуруҳ беморларида стресс 38,89%, ноқулай жойлашув 1,39%, метеосезгирлик 5,56%, озиқ-овқат махсулотлари 1,39% таъсир этганлиги, 2-гуруҳ беморларида стресс 42,22%, ноқулай жойлашув 4,44%, метеосезгирлик 5,56% таъсир этганлиги аниқланди.

Бош оғриғининг кундалик фаолиятга таъсирини ўрганиш мақсадида қўлланиладиган HALT индекси тадқиқот гуруҳларида даводан сўнг қуйидаги натижаларни берди: 1-гуруҳ беморларида 0-5 балл (бош оғриқнинг минимал ёки оз таъсири $27,78\pm 5,28\%$, 6-10 балл (енгил ёки тез-тез бўлмаган таъсир) $58,33\pm 5,81\%$, ўрта таъсир $13,89\pm 4,08\%$ ни ташкил этди ва кучли таъсирли бош оғриқ кузатилмади. Даволаш гуруҳидаги беморларда кучли таъсирли оғриқлар кузатилмаганлиги ва ўрта таъсирли оғриқнинг 51,39% га камайганлиги, енгил оғриқларнинг 15% га ортганлиги даво чоралари самарали эканлиги ишончли белгисидир ($p<0,05$).

2-гурух беморларда 0-5 балл (бош оғриқнинг минимал ёки оз таъсири $33,33 \pm 7,03\%$, 6-10 балл (енгил ёки тез-тез бўлмаган таъсир) $60 \pm 7,3\%$, ўрта таъсир $4,44 \pm 3,07\%$, кучли таъсирли бош оғриқ $2,22 \pm 2,2$ ни ташкил этди. Даволаш гуруҳидаги беморларда кучли таъсирли оғриқлар $33,34\%$, ўрта таъсирли оғриқнинг 60% га камайганлиги, енгил оғриқларнинг 60% га, минимал ёки оз таъсирнинг $33,33\%$ га ошиши даво самарадорлиги белгисидир ($\chi^2=40,244$; $p=0,000$).

Мак-Гилл шкаласи барча субшкалалари бўйича 2-гурух беморларида нисбатан ижобий самара қайд қилинди ($p<0,05$).

Тадқиқот гуруҳи беморларида даволаш фонида сурункали оғриқни қабул қилиш сўровномаси (CPAQ-R) динамикаси ўрганилганда қуйидаги натижалар олинди: 1-гурух беморларида оғриққа қарамай ҳаётий муҳим фаолликка қатнашиш $12,12\%$ га ошди, оғриққа тайёрлик $2,21\%$ га ошди.

2-гурух беморларида оғриққа қарамай ҳаётий муҳим фаолликка қатнашиш $17,96\%$ га ошди, оғриққа тайёрлик $0,87\%$ га ошди ($p<0,05$).

Кердо индекси натижалари таҳлил қилинганда даво муолажаларидан кейин СЗБО мавжуд 1-гурух беморларининг 20 ($27,77\%$) симпатикотоник, 20 ($27,77\%$) ваготоник, 32 ($44,46\%$) эйтония деб баҳоланди. Беморлар аксар қисмида эйтония аниқланди ($p<0,05$) Шундай қилиб, ҳар иккала гуруҳ беморларида хавотир ва депрессия кўрсаткичи даво муолажаси фонида камайди, бу айниқса 2-гурух беморларида яққолроқ намоён бўлди (χ^2 Пирсон $=11,610$; $p=0,003$).

Тадқиқот гуруҳи беморларида қўлланилган даво муолажаларидан кейин ҳаёт сифати ўрганилганда 1-гурух беморларида жисмоний фаоллик 4,04, ролли жисмоний фаоллик 1,93, оғриқ интенсивлиги 1,14, саломатлик умумий ҳолати 0,65, ҳаётга лаёқатлилиқ 0,10, ижтимоий фаолият 0,18, ролли эмоционал фаолият 0,81, рухий соғлиқ 0,32 га яхшилангани аниқланди. 2-гурух беморларида жисмоний фаоллик 1,04, ролли жисмоний фаоллик 2,02, оғриқ интенсивлиги 1,97, саломатлик умумий ҳолати 0,91, ҳаётга лаёқатлилиқ 2,18, ижтимоий фаолият 0,23, ролли эмоционал фаолият 0,71, рухий соғлиқ 0,98 га яхшилангани аниқланди.

ХУЛОСАЛАР

1. Зўриқишдаги бош оғриғи мавжуд беморларда клиник неврологик хусусиятлар касалликнинг клиник шаклларига боғлиқ бўлиб, зўриқишдаги бош оғриқларида оғриқ интенсивлиги ўрта интенсивликда (83,47%) бўлади.

2. Зўриқишдаги бош оғриқларида постурал бузилишлар касалликнинг клиник шаклларига мос бўлиб ёпиқ кўз билан зўриқишдаги бош оғриқлари беморларида хуруж оралиғида стабилOMETрик бузилишлар кучайган ($p<0,05$), бу айниқса фронтал текисликда сурункали зўриқишдаги бош оғриқлари беморларида кучли намоён бўлган ($p<0,01$).

3. Сурункали зўриқишдаги бош оғриқларида бемор ҳаёт сифати сезиларли пасаяди ва стабилOMETрик тренинг стандарт давога қўшиб олиб борилганда жисмоний фаоллик, ролли жисмоний фаоллик, оғриқ интенсивлиги, саломатлик умумий ҳолати, ҳаётга лаёқатлилиқ, ролли эмоционал фаоллик ишончли яхшиланган ($p<0,001$). Тез-тез эпизодик зўриқишдаги бош оғриқларида саломатлик ҳолати ва ҳаётга лаёқатлилиқ ишончли яхшиланган ($p<0,001$).

4. Даволаш фонида сурункали оғриқни қабул қилиш сўровномаси (CRAQ-R) динамикаси сурункали бош оғриғи беморларида оғриққа қарамай ҳаётий муҳим фаолликка қатнашиш 12,12% га, оғриққа тайёрлик 2,21% га ошган. Тез-тез эпизодик зўриқишдаги бош оғриқлари беморларида оғриққа қарамай ҳаётий муҳим фаолликка қатнашиш 17,96% га, оғриққа тайёрлик 0,87% га ошган ($p<0,05$). Зўриқишдаги бош оғриғида психовегетатив ўзгаришлар ва постурал бузилишларни даволашда стабилOMETрик тренинг самарадорлиги исботланди ва даволаш алгоритми ишлаб чиқилган.

ИЛОВАЛАР

1-илова

Мак-Гилл оғриқни баҳолаш сўровномаси.

Илтимос, барчасини ўқинг ва ўзингизнинг бош оғриғингизга тўғри келадиганини белгиланг. 20 та сўровдан биттасини белгилашингиз ёки тўғри келмаган ҳолатда биттасини ҳам белгиламаслигингиз мумкин.

Бош оғриғингизни қайси сўзлар билан ифодалайсиз? (сенсор шкала)

1. 1. пульсацияланувчи, 2. босувчи, 3. тебранувчи, 4. қисувчи, 5. сиқилувчи, 6. болғача билан урилувчи.
2. ўхшаш: 1. электр разрядига, 2. Ток уришига, 3. отишга.
3. 1. суқилувчи, 2. қазилувчи, 3. бурғуловчи, 4. зериктирувчи, 5. ёрувчи.
4. 1. ўткир, 2. кесувчи, 3. чизиксимон.
5. 1. босувчи, 2. сиқувчи, 3. қисувчи, 4. қисилувчи, 5. босилувчи.
6. 1. тортувчи, 2. буровчи, 3. Ёриб чикувчи.
7. 1. қайноқ, 2. куйдирувчи, 3. куюшувчи, 4. иссиқ.
8. 1. қичувчи, 2. чимчиловчи, 3. емирувчи, 4. чақмоқдек.
9. 1. тўмтоқ, 2. симиллаган, 3. эзувчи, 4. синдирувчи, 5. бўлинувчи.
10. 1. тирновчи, 2. чўзувчи, 3. йиртиб ташлангандек, 4. бўлиб ташлангандек.
11. 1. тўкилган, 2. тарқалган, 3. сингиб кирган, 4. ёриб кирган.
12. 1. тирновчи, 2. яраловчи, 3. жанг қилувчи, 4. арраловчи, 5. тишловчи.
13. 1. соқов, 2. камаювчи, 3. музлатувчи.

Оғриқ сизда қанақа ҳиссиёт туғдиради, рухиятингизга қанақа таъсир қилади? (аффектив шкала).

14. 1. чарчатади, 2. ҳолдан тойдиради.
15. қуйидаги хисларни чақиради: 1. кўнгил айнаш, 2. бўғилиш.
16. қуйидаги хисларни чақиради: 1. ваҳима, 2. кўрқув, 3. даҳшат.
17. 1. зулм қилади, 2. зезовта қилади, 3. заджаҳл қилади, 4. ғазабланишга олиб келади, 5. умидсизликка олиб келади.
18. 1. кучсизлантиради, 2. кўр қилади.
19. 1. оғриқ-тўсиқ, 2. оғриқ-безовталиқ 3. оғриқ-қийналиш, 4. оғриқ-азобланиш, 5. оғриқ-қийноқ.

Оғриғингизни қанақа баҳолайсиз? (эволютив шкала)

20. 1. кучсиз, 2. ўртача, 3. кучли, 4. ўта кучли, 5. чидаб бўлмас

2-илова

Сурункали оғриқни қабул қилиш сўровномаси (CRAQ-R)

Қуйида берилган ҳар бир саволга мос келадиган жавобни белгиланг.

1. Оғриқ даражам қандай бўлишидан қатъий назар мен яшашда давом этаман.
2. Менда сурункали оғриқ бўлишига қарамай, ҳаётим яхши кетмоқда.
3. Оғриқ сезиш меъёрий ҳолат.
4. Мен оғриғимни бошқаришни яхшилаш учун ҳаётимдаги энг муҳим нарсаларни қурбон қилган бўлар эдим.
5. Ҳаётимни яхшилаш учун оғриғимни назорат қилишимга ҳожат йўқ.
6. Сурункали оғриғимга қарамай, меъёрий ҳаёт кечирмоқдаман .
7. Оғриқдан қутулиш учун диққатимни жамлашим зарур.
8. Оғриқ бўлганда бир нечта ҳаракатлар қилишим зарур.
9. Менда сурункали оғриқ бўлишига қарамай, тўлақонли яшамоқдаман
10. Ҳаётимнинг бошқа мазмунли мақсадларига қараганда бош оғриғимни назорат қилиш истаги муҳим эмас..
11. Ҳаётимда муҳим қадамни ташлашим учун менинг оғриқ ҳақидаги фикрларим ўзгариши керак.
12. Оғриққа қарамай, мен ҳаётимни ўзим истагандай бошқара оламан.
13. Ҳар гал нимадир ишни бажараётганда оғриғимни назорат қилиш биринчи аҳамиятга эга бўлади.
14. Исталган ишни амалга ошираётганимда мен оғриғимни назорат қилишим зарур бўлади.
15. Оғриғим кучайсада мен ўз мажбуриятларимни бажара оламан.
16. Агар оғриқ ҳақидаги салбий фикрларимни бошқара олсам, ўз ҳаётимни бошқара оламан.
17. Оғриқ кучайиши мумкин бўлган ҳолатлардан қочаман.
18. Менга оғриқ таъсир қилишидан қўрқаман.
19. Мен яшашни давом эттириш учун оғриғимни назорат қилишга мажбур эмаслигимни ҳис этиш жуда ёқимли.
20. Оғриқ ҳис этганимда, бор кучим билан нимадир қилишимга тўғри келади.

0-ҳеч қачон

1-тўғри, жуда кам

2-тўғри, кам

3-баъзан тўғри

4-кўпинча тўғри

5-қарийб доим тўғри

6-доим тўғри

HALT индекси

1. Бош оғриқ сабабли сўнгги 3 ойда неча кун иш ёки мактабни қолдирдингиз?
2. Охирги 3 ойда неча кун бош оғриқ сабабли одатий ишингизни ярмидан камини бажардингиз? *(1-саволдаги тўлиқ қолдирилган иш кунини белгиламанг).*
3. Охирги 3 ой ичида неча кун сиз бош оғриқ сабабли одатий уй ишларини бажара олмадингиз?
4. Охирги 3 ой ичида неча кун сиз бош оғриқ сабабли одатий уй ишларингизни ярмидан камини бажардингиз? *(3- саволдаги уй ишини умуман бажара олмаган кунларингизни белгиламанг)*
5. Охирги 3 ой ичида неча марта бош оғриқ сабабли оилавий, жамоат тадбирлари, кўнгилочар ва бошқа тадбирларни қолдирдингиз?

ЖАМИ:

- 1- босқич. 0-5. Бош оғриқнинг минимал ёки оз таъсири
- 2- босқич. 6-10. Енгил ёки тез- тез бўлмаган таъсир
- 3- босқич. 11-20. Ўрта таъсир
- 4- босқич. 20+. Кучли таъсир

HADS шкаласи ҳавотир ва депрессия даражасини аниқлаш**I бўлим (ҳавотир даражасини аниқлаш).**

1. Мен таранглик ҳис этаман, ўзимда эмасман.
 - 3 - доимий
 - 2 - тез- тез
 - 1 - вақт- вақти билан, баъзан
 - 0 - умуман ҳис этмайман
2. Мен кўрқув ҳис этаман, худди нимадир бўладигандай.
 - 3 - худди шундай, кўрқув жуда кучли
 - 2 - худди шундай, лекин кўрқув жуда кучли эмас
 - 1 - баъзан, аммо мени безовта қилмайди
 - 0 - умуман ҳис этмайман
3. Ҳавотирли фикрлар миямда айланади.
 - 3 - доимий

2 - кўпинча

1 - вақт- вақти билан, унча кўп эмас

0 - баъзан

4. Мен ўтираман ва осон бўшашаман.

0 - аниқ шундай

1 - шундай бўлса керак

2 - баъзан шундай

3 - умуман қила олмайман

5. Мен ички таранглик ва титроқ хис этаман.

0 - умуман хис этмайман

1 - баъзан

2 - тез- тез

3 - жуда тез

6. Мен бир жойда ўтира олмайман, доим ҳаракатланиб туришим керак.

0 - аниқ шундай

1 - шундай бўлса керак

2 - баъзан шундай

3 - умуман қила олмайман

7. Менда бирдан кучли ҳавотир пайдо бўлади.

3 - жуда тез

2 - тез- тез

1 - унча тез эмас

0 - умуман кузатилмайди

Баллар йиғиндиси _____

II бўлим (депрессия даражасини баҳолаш).

1. Илгари менга ёққан нарсалар ҳалигача ёқади.

0 - аниқ шунақа

1 - шундай

2 - жуда кам даражада шундай.

3 - бундай эмас

2. Кулгили ҳолатларда кулишим ва ҳайратланишим мумкин.

0 - аниқ шунақа

1 - шундай

2 - жуда кам даражада шундай

3 - бундай эмас

3. Мен тетиклик ҳис этаман.

3 - умуман ҳис этмайман

- 2 - жуда кам ҳолатда
1 - баъзан
0 - доимо
4. Мен кейинги пайтларда ҳамма ишни секин бажараётгандек бўляпман.
3 - доим
2 - тез- тез
1 - баъзан
0 - ҳеч қачон
5. Мен ташқи кўринишимга эътибор бермаяпман.
3 - шундай
2 - мен керагича вақт ажрата олмайман
1 - балки кам вақт ажратаётгандирман
0 - мен ўзимга олдингидек эътибор қаратаяпман
6. Мен ишларим (ишим, қиқзиқишларим) менга қониқиш хиссини беради деб ҳисоблайман.
0 - худди илгаригидек
1 - ҳа, аммо илгаригидек эмас
2 - одатдагидан камроқ
3 - умуман бундай эмас деб ҳисоблайман
7. Мен яхши китоб, радио ёки теледастурдан қониқиш ҳис этаман.
0 - тез- тез
1 - баъзан
2 - кам
3 - жуда кам

БАЛЛАР МИҚДОРИ _____

Натижалар таҳлили

Ҳар бир кичик шкала бўйича баллар ҳисобланади:

0-7 - норма (ишончли ҳавотир ва депрессия белгиларисиз),

8-10 - субклиник ҳавотир/депрессия,

11 ва юқори - клиник ифодаланган ҳавотир/депрессия.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ.

1. Азимова Ю. Э. и др. Хроническая головная боль напряжения: стратегия диагностики, поиск терапии //Неврология и ревматология. Приложение к журналу Consilium Medicum. – 2018. – №. 2. – С. 20-25.
2. Азимова Ю. Э. Кластерная головная боль и гипническая головная боль: роль мелатонинэргической системы // Нервные болезни. – 2018. – №. 3. – С. 40-42.
3. Азимова Ю. Э., Табеева Г.Р. Головная боль связанная с избыточным приемом лекарственных средств (абузусная головная боль) // Фарматека для практикующих врачей. – 2015. – №. 6. – С. 10-14.
4. Азимова Ю.Э., Алферова В.В., Амелин А.В. и др. Клинические рекомендации «Головная боль напряжения (ГБН)». Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2022;122(2-3):4–28.
5. Айрапетова А. С., Измайлова И. Г. Головная боль напряжения с абузусным фактором. проспективное клинико-психологическое исследование //Российский журнал боли. – 2016. – №. 2. – С. 21-22.
6. Алиджанова Д. А., Маджидова Ё. Н., Нурмухамедова М. А. Патогенетические механизмы развития головной боли напряжения у детей и принципы ее профилактики //Сибирское медицинское обозрение. – 2017. – №. 1 (103). – С. 5-10.
7. Алиджанова Д.А., Маджидова Я.Н. Спектр иммунных изменение при первичных головных болях у детей // Медицина: Теория и практика. – 2019. – №. 4. – С. 44-45.
8. Амелин А. В. и др. Мигрень (патогенез, клиника, лечение) //Санкт-Петербургское медицинское издательство. – 2015. – 200 с.
9. Амелин А. В. и др. Новые перспективы лечения головной боли напряжения //Consilium medicum. – 2015. – Т. 17. – №. 9. – С. 78-81.
10. Амелин А.В. Шея и головная боль. Consilium Medicum. 2016; 18 (9): 103–109.

11. Ахмадеева Л. Р. и др. Клинические рекомендации по диагностике и лечению головной боли напряжения //РМЖ. – 2016. – Т. 24. – №. 7. – С. 411-419.

12. Ахмадеева Л. Р. и др. Чрескожная динамическая электронейростимуляция в лечении головных болей напряжения у лиц различных возрастных групп: первые результаты нового двойного слепого рандомизированного плацебоконтролируемого исследования //Российский журнал боли. – 2015. – №. 1. – С. 40-41.

13. Ахмадеева Л. Р., Деревянко Х. П. Первичные цефалгии: гиподиагностика в неврологическом стационаре, на амбулаторном этапе, дефекты ведения //Российский журнал боли. – 2017. – №. 1. – С. 15-16.

14. Ахмедова Д. Б. Сурункали зўриқишдаги бош оғриқларида бемор нейрпсихологик ҳолатига даволаш чораларининг таъсирини қиёсий баҳолаш // Academic research in educational sciences volume 2 | issue 10 | – Тошкент 2021. –Б.408-413.

15. Ахмедова Д.Б. Бирламчи бош оғриқларини амбулатор шароитда ташхислашдаги хатоликлар // Неврология ва нейрохирургия тадқиқотлар журнали . - Тошкент, 2020. - №4(4). - Б. 6-8.

16. Ахмедова Д.Б. Сурункали зўриқишдаги бош оғриғи ва мигрень кузатилган беморларда симптоматиканинг ўзига хослиги // Биомедицина ва амалиёт журнали. – Ташкент, 2021. - №4(6). – Б. 166-173

17. Барановский А., Каменев О. Лечение пиявками. Теория и практика гирудотерапии. – Litres, 2019. – 20 с.

18. Барановский А.Ю. Лечение пиявками: теория и практика гирудотерапии: руководство для врачей. СПб.: ИГ «Весь». – 2015. – 26 с.

19. Белимова Л. Н. Роль рефлексотерапии в лечении пациентов с хронической головной болью напряжения //Российский журнал боли. – 2018. – Т. 56. – №. 2. – С. 24-25.

20. Белимова Л. Н., Балязин В. А. Иглорефлексотерапия в лечении хронической головной боли напряжения // Российский журнал боли. – 2017. – Т. 54. – №. 3-4. – С. 33-36.

21. Белимова Л.Н. О патофизиологических основах головной боли напряжения // Кубанский научный медицинский вестник – 2016. – №. 5(160). – С. 139-147.

22. Белоусова О. Д., Даниленко Л. А., Бутко Д. Ю. Использование нестабильных платформ в комплексной терапии головной боли напряжения // Российский журнал боли. – 2018. – Т. 56. – №. 2. – С. 25-26.

23. Герасимов А. А. К Патогенезу головной боли напряжения. безмедикаментозное лечение // Российский журнал боли. – 2015. – №. 1. – С. 40-42.

24. Головачева В. А., Парфенов В. А. Проблемы терапии резистентных головных болей в России: есть ли решения? // Российский журнал боли. – 2015. – №. 1. – С. 42-43.

25. Григорьева К. А. и др. Мониторинг variability сердечного ритма у больных с головной болью напряжения // Российский журнал боли. – 2015. – Т. 49. – №. 1. – С. 43-44

26. Екушева Е. В. Изучение патогенетических механизмов формирования хронической головной боли напряжения // Российский журнал боли. – 2016. – №. 2. – С. 16-17.

27. Екушева Е.В и др. Диагностика рефрактерных форм хронической первичной головной боли // Журнал неврологии и психиатрии. – 2017. – №2. – С. 48-53.

28. Есин О. Р., Есин Р. Г., Лотфуллина Н. З. Опыт применения флуипиртина и сертралина в терапии головной боли напряжения в сочетании с абзусной головной болью // Российский журнал боли. – 2015. – №. 1. – С. 41-45

29. Иванова Г.Е., Скворцов Д.В., Климов Л.В. Оценка постральной функции в клинической практике. Вестник восстановительной медицины. 2015;1(59):19-25.

30. Йоханнес Б. Блокады периферических нервов: руководство: пер. с нем./Й. Бюттнер, Г. Майер; под ред. АМ Овечкина //М.: МЕД-пресс-информ. – 2016. – 272 с.

31. Калашников В. И., Евтушенко С. К. Клинико-доплерографические сопоставления у пациентов с головной болью напряжения //Международный неврологический журнал. – 2016. – №. 2 (80). – С. 71-79.

32. Калинин П. П., Тянь К. В., Ракитова А. В. Нейротрофический фактор головного мозга как маркер тревожно-депрессивной симптоматики при головной боли напряжения //Российский журнал боли. – 2018. – №. 4. – С. 61-64.

33. Каменев О. Ю. Лечение пиявками: теория и практика трудотерапии //РМЖ. – 2016. – № 7. – С. 411-419.

34. Капоннетто В. , Деодато М. , Роботти М. и др. Сопутствующие заболевания при первичных головных болях: обзор литературы с метаанализом . J Головная боль . 2021 ; 22 : 71

35. Каракулова Ю. В. Серотонинергические механизмы хронификации головной боли напряжения //Российский журнал боли. – 2017. – №. 1. – С. 9

36. Карвальо Г.Ф., Шварц А., Шикшай Т.М., Адамчик В.М., Бевилакуа-Гросси Д., Людтке К. Физиотерапия и мигрень: нарушения опорно-двигательного аппарата и равновесия и их значение для клинической практики. *Braz J Phys Ther.* 2020; 24:306-317

37. Карпова М. Л., Шамуров Ю. С., Мезенцева Е. А., Зуева А. В. Роль регуляторных систем в патогенезе первичных головных болей // Человек. Спорт. Медицина. – 2017. – №19 (195). – С. 72-76.

38. Карпова М.И. Изучение уровень цитокинов у больных мигренью и головной болью напряжения / М.И. Карпова // Цитокины и воспаление. – 2016. – Т. 10. – № 1. – С. 32-36 .

39. Качетова Е. Н. Стресс и тревога при хронической головной боли напряжения //Российский журнал боли. – 2018. – Т. 56. – №. 2. – С. 38-39.
40. Климович Л. В. История и научное обоснование гирудотерапии //Медицина неотложных состояний. – 2018. – №. 7-8. – С. 46-47.
41. Клинические рекомендации. Головная боль напряжения (ГБН) у взрослых. Российское общество по изучению головной боли (РОИГБ). 2018 г.
42. Колоскова А. А., Воробьева О. В. Качество сна у женщин, страдающих хронической головной болью напряжения: наблюдательное исследование //Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. – 2020. – Т. 120. – №. 8. – С. 7-13.
43. Кондратьев А. В. и др. Генетика серотониновых рецепторов в патогенезе первичных головных болей //Российский журнал боли. – 2017. – №. 2. – С. 21-25.
44. Кондратьев А. В. и др. Роль мутаций гена MTHFR в патогенезе первичных головных болей //Российский журнал боли. – 2017. – Т. 54. – №. 3-4. – С. 26-32.
45. Кондратьев А. В. и др. Эпидемиология головных болей // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – №. 6. – С. 131-135.
46. Корнилова А. А., Григорьева В. Н., Гузанова Е. В. Оценка психоэмоционального статуса у студентов-медиков 4 курса, страдающих головной болью //Российский журнал боли. – 2016. – №. 2. – С. 25-26.
47. Матвеев С. А. Тонкая энергетика человека в свете индийского учения о кундалини //Вестник Русской христианской гуманитарной академии. – 2016. – Т. 14. – №. 4. – С. 22-30.
48. Маличенко А.А., Оленская Т.Л. Стабилометрия как метод контроля физической реабилитации пациентов // Здоровье для всех. 2021. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/stabilometriya-kak-metod-kontrolya-fizicheskoy-reabilitatsii-patsientov>

49. Медведева Л. А., Загорулько О. И., Шевцова Г. Е. Влияние тревоги и депрессии на выраженность болевого синдрома у пациентов с хроническими головными болями //Российский журнал боли–2017–№1–С 24.
50. Медведева Л. А., Загорулько О. И., Шевцова Г. Е. Рефлексотерапия хронической боли: клиническая практика с позиции доказательной медицины //Российский журнал боли. – 2017. – №. 2. – С. 74-81.
51. Медведева Л. А., Загорулько О. И., Шевцова Г. Е. Структура и частота коморбидных расстройств у пациентов с хроническими формами головной боли //Российский журнал боли. – 2019. – Т. 17. – №. S1. – С. 46-47.
52. Мирошниченко Д. Б., Мохов Д. Е., Гайнутдинов А. Р. Полисинаптическая возбудимость ствола мозга у больных хронической головной боли напряжения //Российский журнал боли. – 2016. – №. 2. – С. 18
53. Наприенко М. В. и др. Головная боль напряжения. Повторение пройденного //Consilium medicum. – 2019. – Т. 21. – №. 2. – С. 79–85.
54. Овсепян К. Г., Балязина Е. В. Головная боль напряжения у лиц с кистозной трансформацией шишковидной железы и гипопродукцией мелатонина //Российский журнал боли. – 2018. – Т. 56. – №. 2. – С. 48-49.
55. Овсепян К. Г., Балязина Е. В. Роль мелатонина в терапии головной боли напряжения у мужчин с кистозной трансформацией шишковидной железы //Российский журнал боли. – 2016. – №. 2. – С. 36-37.
56. Осипова В.В. Первичные головные боли: диагностика и лечение. Методические рекомендации. – В.В. Осипова. – Москва – 2017. – 27 с..
57. Пospelова М. Л. Гирудотерапия пациентов с хронической головной болью и депрессией //Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2017. – №. 10-1. – С. 56-58.
58. Ракитова А. В., Калинин П. П., Гельцер Б. И. Мозговой нейротрофический фактор (BDNF) в патогенезе головной боли у лиц молодого возраста с артериальной нормотензией и маскированной артериальной гипертензией //Российский журнал боли. – 2021. – Т. 19. – №. 2. – С. 10-13.

59. Романов А.С., Морозов В.Г., Гелетин П.Н., Чернышева М.Д. Оценка стабилметрических параметров у пациентов с повышенным стиранием зубов // Российский стоматологический журнал. - 2018. - Т. 22. - №5. - С. 242-244.

60. Саноева М.Ж. Мигреннинг асоратларида электроэнцефалографик кўрсаткичларнинг ўзига хос хусусиятлари, аналитик таҳлил // Доктор ахборотномаси. – 2020. – №. 2(94). – С. 83-87.

61. Саноева М.Ж., Саидвалиев Ф.С., Гулова М.А. Оценка работоспособности больных с осложненными формами мигрени по шкале MIDAS // European multiscience journal (EMSJ). – 2019. – №28. – С. 9-12.

62. Саноева С.Ж., Жураева Г.Б., Мухидова Г.Х. Депрессия как предиктор осложнённых форм мигрени // Тиббиётда янги кун. – 2018. – №3(23). – С. 83-89.

63. Саноева С.Ж., Жураева Г.Б., Мухидова Г.Х. Клинические особенности развития депрессии как предиктора осложнённых форм мигрени // Вестник совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. – 2018. – Т.1. – №3(22). – С. 29-36.

64. Саушев Д. А., Созаева Д. И. Алгоритм диагностики головных болей напряжения у подростков на амбулаторно-поликлиническом этапе //Российский журнал боли. – 2018. – Т. 56. – №. 2. – С. 60-61.

65. Сидякина И.В., Добрушина О.Р., Лядов К.В., Шаповаленко Т.В., Ромашин О.В. Доказательная медицина в нейрореабилитации: инновационные технологии. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2015;3(14):53-56.

66. Скворцова К. Н., Старикова Н. Л. Абузусная головная боль: клиничко-психологические особенности заболевания //Российский журнал боли. – 2018. – Т. 56. – №. 2. – С. 61-62.

67. Скворцова К. Н., Старикова Н. Л. Эмоциональные расстройства при головных болях, осложненных лекарственным абузусом //Российский журнал боли. – 2016. №2 – С. 38-39

68. Слюсарь Т. А. и др. Показатели качества жизни при хронических головных болях у пациентов с хронической ишемией головного мозга //Российский журнал боли. – 2018. – Т. 56. – №. 2. – С. 62-63.

69. Сорокина Н. Д., Перцов С. С., Селицкий Г. В. Нейробиологические механизмы головной боли напряжения и мигрени: сходства и различия //Российский журнал боли. – 2018. – №. 3. – С. 96-108.

70. Сремакаев М., Сунгкарат С., Треливен Дж., Утайкхап С. Нарушение равновесия в положении стоя у лиц с цервикогенной головной болью и мигренью. *J Оральная лицевая боль Головная боль*. 2018;32:321-328.

71. Табеева Г.Р., Осипова В.В., Филатова Е.Г. и др. Диагностика и лечение лекарственно-индуцированной головной боли: рекомендации российских экспертов. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2022;14(1):4–13.

72. Тараба Т. С. Гирудотерапия (часть 1): дефиниция, показания, противопоказания //Вестник Клинической больницы № 51. – 2016. – №. 6 (1). С. 9-12

73. Ткачева Е. С., Медведева Л. А., Чурюканов М. В. Содержание серотонина и катехоламинов в плазме крови у больных с хронической головной болью напряжения //Российский журнал боли. – 2016. – №. 2. – С. 44-45.

74. Ткачева Е. С., Медведева Л. А., Чурюканов М. В. Сравнительная оценка уровня серотонина и катехоламинов в сыворотке крови у пациентов с хронической головной болью напряжения и тревожно-депрессивным расстройством //Российский журнал боли. – 2016. – №. 3-4. – С. 16-20.

75. Тянь К. В., Калинин П. П. Копинг-стратегии пациентов с хронической головной болью напряжения //Российский журнал боли. – 2019. – Т. 17. – №. S1. – С. 32.

76. Тянь К. В., Калинин П. П., Ракитова А. В. Уровень нейротрофического фактора головного мозга у пациентов с головной болью напряжения //Российский журнал боли. – 2018. – Т. 56. – №. 2. – С. 76.

77. Фергюсон Л. У., Гервин Р. Лечение миофасциальной боли. Клиническое руководство. – 2016. – 544 с.

78. Филипович Е. К., Ивашина Е. Н. Головная боль напряжения у детей // Медицинские новости. – 2019. – №. 3 (294). – С. 3-9.

79. Филатова Е.Г. Рациональное фармакологическое купирование головной боли. РМЖ. 2022;5:17–20.

80. Филатова Е.В., Булах О.А., Полковникова Е.В., Привалова Н.М., Малаев Х.М. ЛФК на нестабильной опоре и гидрокинезитерапии в реабилитации пациентов с болями в спине. Исследования и практика в медицине. 2017;4:4:58-66.

81. Халимова Х.М и соавт. Методическое пособие по теме: «Мигрень (эволюция взглядов на диагностику и решение проблемы)» //Т. – 2015. – 24 с.

82. Ходжиева Д.Т., Ахмедова Д.Б. Бош оғриғининг нофармакологик даволаш услублари // Неврология ва нейрохирургия тадқиқотлар журнали . - Тошкент, 2021. - №2(3). - Б. 27-29.

83. Ходжиева Д.Т., Ахмедова Д.Б. Гирудотерапия тарихи ва илмий асослари // Тиббиёт ва инновациялар. – Тошкент, 2021. - №3. – Б. 142-144

84. Чутко Л. С. и др. Возможности применения Цитофлавина при лечении когнитивных и эмоциональных нарушений у пациентов с головными болями напряжения //Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. – 2019. – Т. 119. – №. 11. – С. 32-36.

85. Чутко Л. С., Сурушкина С. Ю., Рожкова А. В. Когнитивные нарушения у пациентов с головными болями напряжения //Российский журнал боли. – 2015. – №. 1. – С. 56.

86. Шнайдер Н.А., Кондратьев А.В., Шнайдер Н.А., Шульмин А.В. Эпидемиология головных болей // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 6.

87. Шток В.Н. Головная боль / В.Н. Шток. - М.: Медицина, 1988. – 304

88. Якупова А. А. и др. Головная боль напряжения у спортсменов //Российский журнал боли. – 2015. – №. 1. – С. 57-58.

89. Якупова А. А. Лечение головной боли напряжения //Ремедиум Приволжье. – 2015. – №. 2 (132). – С. 25-29.

90. Ястребцева И. П., Пирогова В. В., Александрийская Н. Е., Бочкова Е. А. Дифференцированный тренинг постуральных функций у пациентов с цереброваскулярной патологией. В кн.: Сборник II межрегиональной конференции с международным участием “Актуальные проблемы медицинской реабилитации больных”. Иваново; 2015: 79–81.

91. Яхно Н.Н. Нейромодуляция в лечение головной боли //Российский журнал боли. – 2018. – № 3. – С. 96-108.

92. Abdisa T. Therapeutic importance of leech and impact of leech in domestic animals //MOJ Drug Design Development & Therapy. – 2018. – Т. 2. – С. 235-242.

93. Akhmedova D.B. Evaluation Of the Effect of Girudotherapy on Pain Intensity in Chronic Tension Headaches According to The Mcgigl Survey // Eurasian Medical Research Periodical, Volume 1| Issue 1| October, 2021,P-7-12.

94. Akhmedova D.B. Frequency of observation of anxiety and depression in the diagnosis of primary headaches // Art of medicine international medical scientific journal. – USA, 2021. - №1 (2). - P. 166-169.

95. Akhmedova D.B., Khodjiyeva D.T. Improvement of the algoritm for the use of hirudotherapy for the prevention of chronic tension headache // American journal of medicine and medical science. - USA, 2021. -№2 (11). – P. 69-70.

96. Akhmedova D.B., Khodjiyeva D.T. Observation of vegetative disorders in patients with chronic tension headache and migraine // British medical journal. – London, 2021. - №1(2). - P. 188-195.

97. Alvarez-Melcon A. C. et al. Effects of physical therapy and relaxation techniques on the parameters of pain in university students with tension-type headache: A randomized controlled clinical trial //Neurología (English Edition). – 2018. – Т. 33. – №. 4. – С. 233-243.

98. Anagnostou E, Gerakoulis S, Voskou P, Kararizou E. Postural instability during attacks of migraine without aura. *Eur J Neurol*. 2019;26:319-e21

99. Ashina S., Mitsikostas D.D., Lee M.J. et al. Tension-type headache. *Nat Rev Dis Primers*. 2021;7(1):24. DOI: 10.1038/s41572-021-00257-2.
100. Deuschl G., Beghi E., Fazekas F. et al. The burden of neurological diseases in Europe: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Public Health*. 2020;5(10):e551–e567. DOI: 10.1016/S2468-2667(20)30190-0.
101. Fernández-de-Las-Peñas C., Ambite-Quesada S., Palacios-Ceña M. et al. Catechol-O-Methyltransferase (COMT) rs4680 Val158Met Polymorphism is Associated With Widespread Pressure Pain Sensitivity and Depression in Women With Chronic, but not Episodic, Tension-Type Headache. *Clin J Pain*. 2019;35(4):345–352.
102. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2018;38(1):1–211. DOI: 10.1177/0333102417738202.
103. Castien R, De Hertogh W. A neuroscience perspective of physical treatment of headache and neck pain. *Front Neurol*. 2019; 10: 276.
104. Cesaroni S, Silva AMD, Ganança MM, Caovilla HH. Postural control at posturography with virtual reality in the intercritical period of vestibular migraine. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2021; 87: 35-41.
105. Cumpston M, Li T, Page MJ, et al. Updated guidance for trusted systematic reviews: a new edition of the Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019; 10:ED000142.
106. Johansson J, Jarocka E, Westling G, Nordström A, Nordström P. Predicting incident falls: relationship between postural sway and limits of stability in older adults. *Hum Mov Sci*. 2019; 66: 117-123.
107. Kolding L. T. et al. Muscle stiffness in tension-type headache patients with pericranial tenderness: A shear wave elastography study //Cephalalgia Reports. – 2018. – T. 1. – C. 1-6.

108. Leonardi M., Grazzi L., D'Amico D. et al. Global Burden of Headache Disorders in Children and Adolescents 2007–2017. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;18(1):250. DOI: 10.3390/ijerph18010250.
109. Liang J. et al. Blockade of Na v 1.8 Currents in nociceptive trigeminal neurons contributes to anti-trigeminalovascular nociceptive effect of amitriptyline // *Neuromolecular medicine*. – 2015. – T. 16. – №. 2. – C. 308-321.
110. Lim YH, Kim JS, Lee HW, Kim SH. Postural instability induced by visual motion stimuli in patients with vestibular migraine. *Front Neurol*. 2018; 9: 433.
111. Machado Maciel N, Ferreira Carvalho G, Ferreira Pinheiro C, van Emmerik R, Moraes R, Bevilacqua Grossi D. Gait control of migraine patients with increasing light and sound levels. *Gait Posture*. 2022; 92: 480-486.
112. Moore R. A. et al. Faster, higher, stronger? Evidence for formulation and efficacy for ibuprofen in acute pain // *PAIN®*. – 2015. – T. 155. – №. 1. – C. 14-21.
113. Nielsen A. Acupuncture for the prevention of tension-type headache (2016) // *explore*. – 2017. – T. 13. – №. 3. – C. 228-231.
114. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021; 372:n71.
115. Pinheiro CF, Moreira JR, Carvalho GF, Zorzin L, Dach F, Bevilacqua-Grossi D. Interictal photophobia and phonophobia are related to the presence of aura and high frequency of attacks in patients with migraine. *Appl Sci-Basel*. 2021; 11:2474.
116. Pourrahimi M., Abdi M., Ghods R. Complications of leech therapy // *Avicenna Journal of Phytomedicine*. – 2020. – T. 10. – №. 3. – C. 222.
117. Sanoeva M.J. Electroencephalographic correlates of certain complicated forms of migraine // *American Journal of Medicine and Medical Sciences*. – 2020. – №. 10(5). – C. 314-317.

118. Sanoyeva M.J, Saidvaliyev F.S. Depression as one of the reasons that aggravate the symptoms of complicated forms of migraine and the pathogenetic approach to its manifestations // Science of the XXI century: problems and prospects of researchers. – 2017. - №.3. – C. 6-10.

119. Stovner L. J. et al. Global, regional, and national burden of migraine and tension-type headache, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 //The Lancet Neurology. – 2018. – T. 17. – №. 11. – C. 954-976.

120. Whyatt C. P., Merriman N. A., Young W. R., Newell F. N., Craig C. A Wii bit of fun: a novel platform to deliver effective balance training to older adults. Games Health J. 2015; 4(6): 423–33.

121. Zorzin L, Carvalho GF, Kreitewolf J, et al. Subdiagnosis, but not presence of vestibular symptoms, predicts balance impairment in migraine patients—a cross sectional study. J Headache Pain. 2020; 21: 56.