



**ЮЗ ВА БОШ ОҒРИҒИ СИНДРОМИНИНГ
ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ**

ЎҚУВ ҚўЛЛАНМА

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ
САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

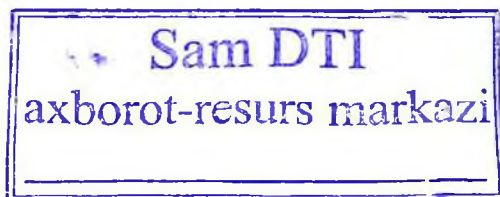
А.Т. ДЖУРАБЕКОВА, Ж.А. НАЗАРОВА



ЮЗ ВА БОШ ОҒРИҒИ СИНДРОМИНИНГ
ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

Ўқув қўлланма

Ўқув қўлланма Самарқанд давлат тиббиёт институти Илмий Кенгашининг
31 март 2021 йилда бўлиб ўтган йиғилишидаги «8» сон баённомасига кўра
тасдикланиб, чоп этишга рухсат берилган.



Тошкент 2022

УЎК: 615.38(075.8)

КБК: 56.6я73

Дж 46

А.Т. Джурабекова, Ж.А. Назарова

Ўз ва бош огриги синдромининг дифференциал диагностикаси [Матн]:
Ўқув кўлланма / А.Т. Джурабекова, Ж.А. Назарова - Тошкент: "QAMAR
MEDIA", 2022. - 140 б.

Тузувчилар:

А.Т. Джурабекова - СамМИ, Неврология ва нейрхирургия кафедраси
мудир, профессор, т.ф.д

Ж.А. Назарова - ТХКМРМ, Неврология кафедраси доценти, т.ф.д.

Такризчилар:

Г.К. Садикова – профессор кафедраси неврология ТашМИ

Миржуроев Э.М. – зав. кафедрой нейрореабилитации и восточной
медицины профессор ТашИУВ

Н.Н. Абдуллаева – профессор кафедраси неврология ва нейрхирургия
СамГосМИ

Ўқув кўлланмада бош ва юз огрик синдромларининг асосий турлари,
бош ва юздаги огрикларни клиник ва параклиник текшириш усуллари
таърифланган.

Мазкур кўлланма курсантлар, тиббиёт олийгоҳлари талабалари учун
мўлжалланган бўлиб, ундан амалиётда неврологлар, нейрхирурглар ва бошқа
сохаларда фаолият юритувчи шифокорлар фойдаланишлари мумкин

ISBN 978-9943-6995-6-4

© А.Т. Джурабекова, Ж.А. Назарова. 2022 й.

© "QAMAR MEDIA", 2022 й.

MUNDARIJA

КИРИШ	6
1. БОБ. БОШ МИЯ АНАТОМИЯСИ	7
1.1. БОШ МИЯ ОНТОГЕНЕЗИ. УЧ ВА БЕШ ҚАБАРИҚ БОСҚИЧИ	7
1.2. БОШ МИЯ ПАРДАЛАРИ ВА МИЯ ИЧИ БЎШЛИҚЛАРИ .9	
1.2.1. Бош миЯ қаттиқ пардаси	9
1.2.2. Бош миЯ қаттиқ пардаси синуслари ва уларнинг патологияси	14
1.2.3. МиЯ қаттиқ пардаси веналари	33
1.2.4. МиЯ қаттиқ пардасининг лимфа томирлари	39
1.2.5. Бош миЯнинг тўр пардаси	41
1.2.6. МиЯнинг юмшоқ ёки кон томир пардаси	46
2. БОБ. ОҒРИҚ СИНДРОМИ ТУШУНЧАСИ	48
2.1. Оғриқ классификацияси	48
2.2. Оғриқ назариялари.....	49
2.3. Оғриқни келтириб чиқарадиган омиллар.....	50
2.4. Оғриқнинг рецептор аппарати.....	50
2.5. Оғриқни ўтказувчи аппарат	52
2.6. Ноцицепциянинг периферик ва марказий бузилишлари	55
2.7. Оғриқнинг махсус турлари	56
2.8. Сурункали оғриқли пациентларни текшириш	61
2.9. Оғриқни баҳолаш усуллари	62
2.10. Оғриқни даволаш принциплари	63
3 БОБ. БОШ ОҒРИҚЛАРИ	65
3.1. Бош оғриқларнинг халқаро классификацияси	65
3.2. Умумий характеристика и диагностика принциплари.....	66
3.3. Бош оғриғининг бирламчи шакллари.....	72
3.3.1. Мигрен.....	72
3.3.2. Кучланиш бош оғриғи.....	84

3.3.3. Абузус бош оғриғи.....	88
3.3.4. Тўпلامли (кластер) бош оғриғи ва бошқа тригеминал вегетатив (автоном) цефалгиялар.....	90
3.3.5. Пароксизмал гемикрания	95
3.3.6. Бошқа бирламчи бош оғриқлар	97
3.4. Бирламчи бош оғриғи билан пациентларни бошқариш бўйича умумий тавсиялар.....	102
3.5. Болалар ва ўсмирлар бош оғриқларининг хусусиятлари	104
4. БОБ. ЮЗ СОҲАСИДАГИ ОҒРИҚЛАР (ПРОЗОПАЛГИЯ) 112	
4.1. Уч шохли нерв невралгияси.....	115
4.2. Бошқа прозопалгиялар.....	120
5. БОБ. БЎЙИН, КЎЗ, ЛОР-ОРГАНЛАРИ ПАТОЛОГИЯСИДА БОШ ВА ЮЗ ОҒРИҒИ..... 124	
Назорат саволлари:.....	126
Шифокор-неврологнинг амалий тайёргарлигини очиб берадиган топшириқлар.....	127
Тавсия этилаётган адабиёт.....	139

Шартли кискартмалар

ВАШ	– визуально-аналоговая шкала
ВГД	– внутриглазное давление
ВМК	– внутримозговое кровоизлияние
ГБ	– головная боль
ГБН	– головная боль напряжения
КТ	– компьютерная томография
ЛБ	– лицевые боли
МРТ	– магнитно-резонансная томография
МРА	– магнитно-резонансная ангиография
НТН	– невралгия тройничного нерва
НПВС	– нестероидные противовоспалительные средства
ПГБ	– пучковые головные боли
САК	– субарахноидальное кровоизлияние
ТАЦ	– тригеминальная автономная цефалгия
ХПГ	– хроническая пароксизмальная гемикрания
ЦВТ	– церебральный венозный тромбоз
ЧСС	– частота сердечных сокращений
ЭКГ	– электрокардиография
СGRP	– пептид, связанный с геном кальцитонина
ISH	– idiopathic stabbing headache
SUNCT	– short lasting, unilateral neuralgiform headache with conjunctival injection and tearing

КИРИШ

Оғриқ синдроми - бу турли хил оғирликдаги оғрикли хисларнинг мураккаб мажмуаси. Одатда у асосий патология соҳасида жойлашган бўлади - жарохат, кон томирлар спазм бўлган жой, касал орган, бўғим; камроқ ҳолларда у ноаниқ ёки кўчма характерга эга бўлиши мумкин.

Халқаро оғриқни ўрганиш ассоциацияси (IASP) маълумотларига кўра, оғриқ - бу тўқималарнинг ҳақиқий ёки потенциал шикастланиши билан боғлиқ бўлган ёқимсиз сезги ва хиссий кечинмадир.

Оғриқ синдромлари тузилмасида биринчи ўринни пастки орқа қисмдаги оғриқ эгаллайди. ЖССТ экспертларининг фикрига кўра, ривожланган мамлакатларда унинг тарқалиши 40-80% га етади ва йиллик касалланиш 5% ни ташкил қилади. Частотаси бўйича иккинчи ўринни оғрикли бўғим синдроми, учинчи ўринни эса бош оғриғи эгаллаб туради. Айнан бош оғриғи невропатолог-шифокор амалиётида беморларнинг энг тез-тез учрайдиган шикоятларидан бири бу. Аҳоли орасида унинг тарқалиши анча юқори.

Шундай қилиб, статистика маълумотларига кўра, камида битта бош оғриғи эпизоди аҳолининг 70-75 фоизида учрайди ва улардан 25-40 фоиз ҳолларда бош оғриғи доимий ёки такрорланувчи характерга эга. Бош оғриғининг қуйидаги асосий клиник шакллари тафовут этилади: мигрен, зўриқиш бош оғриғи, тутумли цефалгия, сурункали пароксизмал гемикрания, кон томир ва кон томирга боғлиқ бўлмаган интракраниал бузилишлар, айрим моддаларни истеъмоли, инфекция ва метаболик касалликларга боғлиқ оғриқлар. Баъзи муаллифлар прозопалгия номи остида юз соҳасидаги оғриқни алоҳида ажратадилар. Кўпгина ҳолларда дори-дармонларга чидамли бўлган ушбу патология кўпинча беморларнинг меҳнатга лаёқатлигини йўқотишига ва баъзан ногиронлигига сабаб бўлади.

1. БОБ. БОШ МИЯ АНАТОМИЯСИ

1.1. БОШ МИЯ ОНТОГЕНЕЗИ. УЧ ВА БЕШ ҚАБАРИҚ БОСҚИЧИ

Онтогенезда одам асаб тизимининг элементлари мезодермадан (мембраналар, томирлар, мезоглиялар) ва ташқи эмбрион қават - эктодермадан ривожланади. Нерв найчаси қурилган хужайраларнинг аждодлари медуллобластлардир. Миянинг пишиб етиш жараёнида улар нейробластлар ва спонгиобластларга бўлинади. Нейронлар невробластлардан, глия (нейроглия) ва эпендима эса спонгиобластлардан ривожланади.

1-босқич - нейроэктодерма материалдан ҳосил бўлган нерв чизиғи босқичи.

2-босқич - асаб эгатчасининг босқичи. Нерв чизиғининг кирралари ён томонга бурилиб, чуқурлашади.

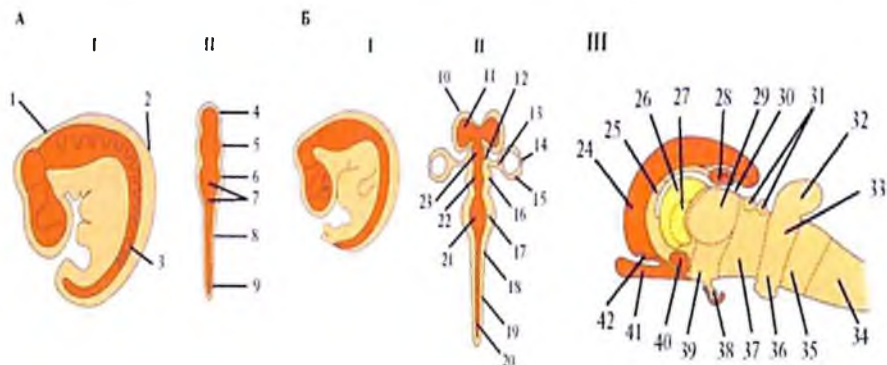
3-босқич - асаб найчасининг босқичи. Эгатчанинг кирралари билан алоқа қилиш ва ичи бўш нерв найчасининг ҳосил бўлиши.

Нерв найчаси эктодерманинг қалинлашган пластинкасидан ривожланиб, хомиланинг ўртача дорсал чизиғи бўйлаб жойлашган бўлиб, эктодерма юзасидан узаяди. Биринчидан, эмбрион танасига чуқур тушадиган асаб найчаси ҳосил бўлади. Унинг хужайра элементларини тез қўпайиши натижасида бош учи қалинлашади ва мия ривожланади. Орқа қисм диаметри нисбатан доимий бўлиб қолади ва умуртка поғонаси ундан ривожланади. Бўшлик мия қоринчаларига ва орқа миянинг марказий каналига айланади. Ривожланиш жараёнида асаб найчаси узунлама равишда бир нечта бўлинмаларга ажралиб туради. Ривожланаётган мия уч ва беш пуфакчадан иборат босқичлардан ўтади (1-расм).

Жадал равишда ўсиб боровчи олдинги минтақада учта асосий пуфакчалар ҳосил бўлади: олдинги мия пуфағи (*prosencephalon*), ўрта мия (*mesencephalon*) ва орқа мия пуфағи (*rhombencephalon*). Еттинчи ҳафта атрофида бешта пуфакча ҳосил бўлади, чунки *prosencephalon* икки қисмга бўлинади – охириги мия (*telencephalon*) ва оралик мия (*diencephalon*), ўрта мия пуфағи (*mesencephalon*) бўлинмасдан қолади, орқа мия пуфағи (*rhombencephalon*) икки қисмга бўлинади орқа мия пуфаклари (*metencephalon*) ва узунчок мия (*myelencephalon*).

Охирги (*telencephalon*) миядан катта миянинг ярим шарлари (*hemispheria cerebri*) шаклланади. Ҳар бир ярим шар пардасига (мантия, *pallium*) хидлов мияси (*rhinencephalon*), ён қоринчалар (*ventriculi laterales*), базал боғламга киради.

Оралик миядан (*diencephalon*) кўриш дўмбоғи, гипоталамик соҳа (*hypothalamus*), метаталамик ва метаталамик усти соҳалари (*epi-et metathalamus*), сосцевид тананинг ёнбош ва ўрта ядролари, ўрта мия бўшлиғи III қоринчага айланади (*ventriculus tertius*).



1 расм. Ҳомиладаги асаб тизимларининг ривожланиши. Асаб найчасининг учта (А) ва бешта (Б) босқичида пуфакчалар ривожланиши. А I (ёндан умумий кўриши): 1 – миядаги эгрилик; 2 – бўйиндаги эгрилик; 3 – орқа мия тугуни. А II (юқоридан кўриши):

1 – олд мия; 5 – ўрта мия; 6 – орқа мия; 7 – асаб канали; 8 – асаб найчаси девори; 9 – хомила орқа мияси. Б I (ёндан умумий кўриши), Б II (юқоридан кўриши): 10 – охирги мия; 11 – ён қоринча; 12 – оралик мия; 13 – кўз поячаси; 14 – қорачик; 15 – кўриш нерви; 16 – ўрта мия; 17 – орқа мия; 18 – узунчок мия; 19 – орқ мия; 20 – марказий канал; 21 – тўртинчи қоринча; 22 – (мия сув) тор ўтказгичи; 23 – учинчи қоринча. III (ёндан кўриши): 24 – янги пўстлок; 25 – қоринчаларо тўсик; 26 – чизикли тана; 27 – ички мия; 28 – гиппокамп; 29 – кўриш дўмбоғи; 30 – эпифиз; 31 – пастки ва юқориги тепаликлар; 32 – мияча; 33 – орқа мия; 34 – орқа мия; 35 – чўзинчок мия; 36 – кўприк; 37 – ўрта мия; 38 – нейрогипофиз; 39 – гипоталамус; 40 – бодомсимон тана; 41 – хидлов тракти; 42 – хидлов пўстлоғи

Ўрта миядан икки жуфт тепалик (*colliculi superiores et inferiores*), мия оёқчалари (*pedunculi cerebri*) ҳосил бўлади; ўрта мия бўшлиғи миянинг сув каналига айланади (*aqueductus cerebri Sylvii*).

Орқа миядан (*metencephalon*) кўприк (*pons Varolii*), мияча (*cerebellum*), миянинг бўйини (*isthmus rhombencephali*) ҳосил бўлади

ва *myelencephalon* чўзинчок мия (*medulla oblongata*) га тўғри келади. Тўртинчи қоринча (*ventriculus quartus*) ромбсимон мия бўшлиғи бўлиб хизмат қилади.

1.2. БОШ МИЯ ПАРДАЛАРИ ВА МИЯ ИЧИ БЎШЛИҚЛАРИ

Бош мия пардаларни, улар қўшни бўлган бош суяғи ва мия билан мураккаб топографик алоқалар, томирлар ва нервлар билан, шунингдек, бир-бири билан боғланган мураккаб анатомик тузилишга эга (2-расм). Мия пардалари бир қатор муҳим функцияларни бажаради, уларга шу жумладан миани химоя қилиш, артериялар, томирлар ва синуслар учун қўллаб-қувватловчи қилип яратиш ва қобиклараро бўшлиқлар ҳосил қилиш қиради. Суяклик билан тўлган, субарохноидал бўшлиқ мианинг яхши ишлашида муҳим ўрин тутаети. Мия қобиклари топографияси ва анатомиясининг мураккаблиғи улар билан боғлиқ патологияларнинг мураккаблиғини аниқлайди, шунингдек, мия пардалари касалликларининг этиологияси ва морфогенезига таъсир қилади.

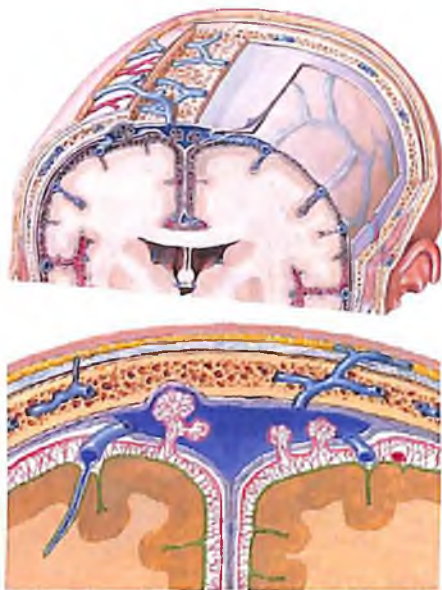
Бош мия ва орқа мия учта парда билан ўралган: қаттиқ парда (*dura mater*), арақноид парда (*tunica arachnoidea*), юмшоқ, ёки томир, мия пардаси (*pia mater, tunica vasculosa*).

1.2.1. Бош мия қаттиқ пардаси

Бош мия қаттиқ пардасининг анатомияси

Бош мия қаттиқ пардаси (*dura mater encephali*) - бу кўп миқдордаги эластик ва коллаген толаларни бўлган зич толали тўқималарнинг ялтироқ, оқиш пардасидир. (2-расмга қаранг). У ўзаро чамбарчас боғланган иккита қаватдан ёки плиталардан иборат бўлиб, бу уларни бир-биридан ажратиш ва веноз синус мембранасида ёки деворидаги нуксонларни ёпиш учун ишлатишга имкон беради. Тўғридан-тўғри бош суягининг ички юзасига туташган қаттиқ парданинг ташки қатлами (*lamina externa*) бир вақтнинг ўзида бош суягининг устки қисмидир. У томирларга бой, бош суяғи тагига маҳкам ёпишган ва тўсикли пластинка соҳасида, сфеноид суякнинг майда қанотлари қирралари бўйлаб, вақтинча суяк пирамидаси, турк эгарининг чеккалари бўйлаб юмшоқ, бўшашган бириктирувчи тўқималардан иборат. Орқа мия тешиғи минтақасида қаттиқ парда тешиқлари билан бирга ўсиб, умуртка поғонасининг

қаттиқ пардасида давом этади. Қаттиқ парданинг ташқи варағи калла суяги том суяклари билан эркин боғланган, фақат юқори сагиттал синус майдони бундан мустасно.



2 расм. Кобиклар ва кобиклараро бўшликлар [Netter, 2003]

Қаттиқ парда ва калла суяги ўртасида тўқима суюқлиги билан тўлдирилган ва бириктирувчи тўқима кўприги, қон томирлари ва нервларни ўз ичига олган тор **эпидурал бўшлиқлар** мавжуд (2-расмга қаранг). Қаттиқ парда ташқи қатламининг артериялари бош суягининг ички юзасида характерли эгатларини ҳосил қилади.

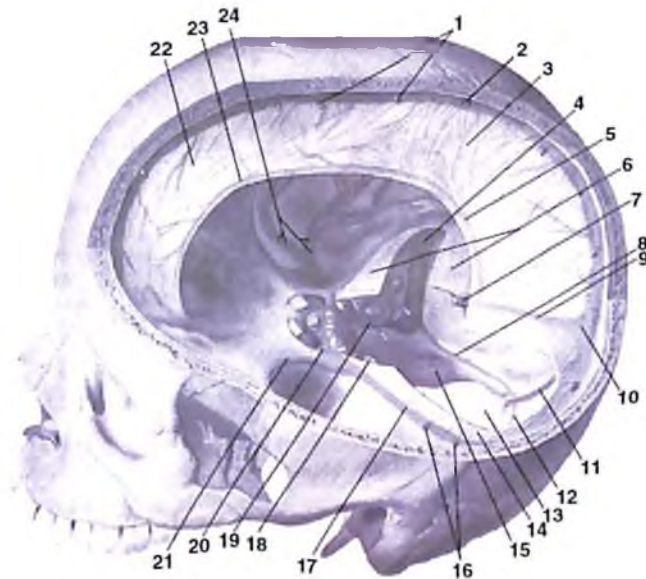
Қаттиқ парданинг ички қатлами (*lamina interna*) ҳақиқий мия пардалари бўлиб толали, қон томирларининг нозик бириктирувчи тўқималардан иборат.

Ички қатлам иштирокида қаттиқ парда калла суяги бўшлиққа чиқадиган ва калла суяги ичи тузилмаларини ажратадиган жараёнларни ҳосил қилади (3-расм):

1) қатта ўроксимон ўсик (*falx cerebri*) ўроққа ўхшайди ва бош миянинг бўйлама тиркиши текислигида жойлашган. Бош мия ўроғи *falx cerebri* бўртиқ қисми мия ярим шарлари орасидан *fissura longitudinalis cerebri* юқори қирраси чиқиб кетади ва энса суяк тепасидан пешона суягининг ички устунига чўзилиб, миачанинг

юкори юзасига ўтади. Мия ярим ўроғининг пастки қирраси хўроз тожи орқа учидан бошланади, кадок танадан 5-7 мм юкорига чўзилади ва орқада мияча танасига (*corpus callosum*) деярли яқин туташган, тепада миянинг катта томирлари тўғри синус билан бирлашганда. тугайди. Ўрокнинг пастки четида пастки сагиттал синус мавжуд. Қаварик қирраси билан жараён калла суягининг юкори сагиттал синуси эгатнинг ён ковурағаларига ёпишади ва ички энса бўлаги ўсимтага етиб бориб, миячанинг юкори юзасига ўтади;

2) **кичик ўроқ ўсиғи ёки мияча ўроғи (*falx cerebelli*)** - бу катта ўроқ жараёнининг давоми бўлиб, ички энса тизими бўйлаб ички энса ўсимтадан келиб чиқади ва энса тешигининг орқа четига етиб боради ва у ерда орқада очилишни чеклайдиган иккита бурмаларга бўлинади Мияча ўроғи унинг орқа чуқурчаси минтакасида мияча ярим шарлар орасида ётади. Мияча ўроғининг олдинги эркин қирраси мияча мия ўсиғининг орқа юзасига қўшни;



3 *расм.* Бош мия қаттик парда бўшлиқлари (*мия қопқоғи олиб ташлангандаги кўриниши*): 1 – мия юкори веналари; 2 – юкориги сагиттал синус; 3, 22 – бош мия ўроғи; 4 – кўндаланг синус; 5, 23 – пастги сагиттал синус; 6, 14 – мияча ўроғи; 7 – мия катта венаси; 8, 12 – энса синуси; 9 – тўғри синус; 10 – синусли ўтиш; 11 – мияча ўроғи; 13 – катта тешик; 15 – каттик мия пардаси; 16 – мия пастги веналари; 17 – юкориги каттик синус; 18 – уч

шоҳлинерв; 19 – пастги каттик синус; 20 – ковакли синус; 21 – понасимон-пешона синуси; 24 – мия ўрта томнрлари [Лойт ва бошқ., 2006]

3) **мияча чодирни ёки мияча кенг чодирни** (*tentorium cerebelli*) калла суяги орқа чуқури устини ёпади. У вақтинчалик суяклар пирамидаларининг юқори қирралари ва энса суягининг кўндаланг синуслари эгатлари орасига чўзилиб, миянинг энса бўлақларини миячадан ажратиб туради. У ўрта қисми юқорига қараб тортилган кўндаланг жойлашган вараққа (пластинкага) ўхшайди. Унинг олдинги эркин қирраси бўртик бўлиб, тенториумнинг очилишини чегаралайдиган чодирни (*incisura tentorii cerebelli*) ҳосил қилади. Иккинчиси, турк эгарининг орқа томони билан биргаликда мия сопи ўтадиган варақ тешигини (*foramen tentorii*) чеклайди.

Миячанинг олдинги қисми олдинги каттик бурмаси шаклида (*plica petroclinoidea anterior*) унинг олдида эгилган ўсимтага бириктирилган. Ушбу қатламнинг чекка қирраси ўрта калла чуқурининг каттик пардасига ўтади. Олдинга ва ўрта томонга қараб, олдинги каттик бурмага (*plica falciformis*) давом этади, у оптик каналга кириш эшиги устидаги кўз нервини қоплайди ва унинг қобикли қисмини ҳосил қилади (3-расм).

Пирамиданинг чўккисидан орқа мойил жараёнигача чўзилган толалар бурғулаш тешиги текислиги ва олдинги каттик бурма текислиги остида ётадиган орқа каттик тошга мойил бурма ҳосил қилади (*plica petroclinoidea posterior*). Ушбу бурмалар орасида мойил бурма (*plica interclinoidea*) ҳам ажратиб олинади, у ўрта қия жараёнга бириктирилади ва ички уйқу артериясининг пастки понасимон шаклидаги қисмини ҳосил қилади. Бу Доленкга (Dolenc) мувофиқ ўрта узук дейилади;

1) **эгар диафрагмаси** (*diaphragma sellae*) турк эгарининг устига чўзилиб, унинг томини ташкил қилади. Гипофиз унинг остида ётади. Эгарнинг диафрагма ўртасидан ўтадиган тешик бор, унга гипофиз беги осилган. Гипофиз беги устидаги қийшайган жараёнларни бир-бирига боғлаб турган каттик парданинг ички пластинкасининг горизонтал жараёни турк эгари диафрагмасини ҳосил қилади (*diaphragma sellae*). Гипофиз сопи устига ўралган ҳолда, каттик парданинг ички варағи гипофизга ўтади ва унинг капсуласини ҳосил қилади.

Пешона суяк учлигидаги уч томонлама сиқиш соҳасида миянинг қаттиқ қобиғи иккита вараққа бўлинади. Ушбу варақлар уч шохли нерв бўшлиғининг ҳосил қилади (*cavum trigeminale*), унда илдизлар ва уч шохли нерв тугунни ётади, улар субаракноид хавза билан ўралган.

Хидлов бўлимидан юқорида, қаттиқ парданинг кўндаланг бурмаси хидлов дўмбоғининг ҳосил қилади (*tentorium bulbi olfactorii*), бу хидлов дўмбоғининг олди қисмининг қоплайди.

Орка калла чуқурчасида, сигмасимон синус билан бўйин венасининг юқори дўмбоғи қуйилиш жойида, IX–XI нервларни сигмасимон синусдан ажратиб турадиган қаттиқ парданинг бўйин бурмаси (*plica jugularis*) мавжуд. Мия қаттиқ пардаси бош суяғи тешиқлариغا кириб, ўтувчи нервлар учун қин ҳосил қилади. Мия томида қаттиқ парда суяқлар билан бўшашган эпидурал тўқима билан боғланади ва осонгина ажралади. Бош суяғи тағида суяқларга жуда маҳкам ёпишади, айниқса этмонд суяқнинг тешилган пластинкаси орқасида, турк эғари атрофида, нишабда, вақтинчалик суяқлар пирамидалари минтақасида. Эпидурал тўқималарнинг оз миқдори ва унинг жойлашинининг ўзинга хос хусусиятлари, томга нисбатан бош суяғи тубида эпидурал гематомаларнинг камдан-кам учрайдиган ҳолатини аниқлайди. Болаларда, йўллар пайдо бўлишидан олдин, уларнинг жойлашинингга кўра, миянинг қаттиқ қобиғи мембранали бош суяғи билан қаттиқ ўсади ва парда суяқлари билан чамбарчас боғлиқдир. Қаттиқ парданинг манжет шаклидаги жараёнлари бош суяғидан чиқишда калла нервларини ва қон томирларини қоплайди. Ушбу манжетлар бўйин тешигидаги IX–XI нервларни атрофида, гипоид каналидаги XII нерв атрофида, ички эшитиш найчасидаги VII–VIII нервларнинг илдизлари атрофида, этмонд тешиқларидаги хидлов нервлари кўрув каналдаги кўриш нерви атрофида аниқ белгиланган. Кўриш нервининг қаттиқ пардаси орбитага кириб боради, бу ерда унинг ташқи варағи оқими орбитанинг периостеумига, ички қатлам эса кўз нервини қоплаб, кўз олмасининг оқилига ўтади. III, IV, VI нервлар ва V нерв шохлари атрофида қаттиқ парданинг ички қатлами жараёнлари бир-бирига боғланиб, ковакли ён деворининг ички қатламини ҳосил қилади. Ушбу нервларнинг қобиғи юқори орбитал ёриқ орқали орбитага, тешиқ очилиш орқали қанотли танглайга, юмалок бўшлиқ орқали улар бош суяғининг ташқи асоси суяғи устига ўтадиган чекка ости бўшлиғи ичига қиради. Ўроксимон бўртмалар ва чодир икки барабар кўпайган қаттиқ пардадан иборат. Унинг варақлари ўзаро веноз

синусларни ҳосил қилади, бу веноз қонни ўтказувчи каналлар, ичкаридан интима билан ўралган, аммо клапанлари йўқ. Клапансимон тузилмалар (ярим ой клапанлар, трабекулалар ва тўсик) синусларга тушганда мия ва мия томирларнинг оғзида бўлади. Синусларнинг деворлари маҳкам чўзилган, эластик эмас, кучли толали тўқима ҳосил қилади ва мушак толаларини ўз ичига олмайди. Кесиб кўрилганда, кўп қон йўқотиши натижада улар бўш; бундан ташқари, шикастланиш ҳавони қонга ўтиши билан мураккаблашиши мумкин. Ушбу веноз синусларда ёки бўшлиқларга қон миянинг томирларидан, қалла суяклари томидаги модда томирларидан ва бошнинг юзаки томирларидан томирлар-эмиссарлардан оқади. Қоннинг мия пардалари синуслари орқали ҳаракатланиши кўкрак қафасининг нафас олиш ассимиляция ҳаракати билан кучаяди. Вена синус тизимидаги қоннинг ҳаракати маҳаллий босим ўзгаришига мос келадиган турли йўналишларда содир бўлиши мумкин.

1.2.2. Бош мия қаттиқ пардаси синуслари ва уларнинг патологияси

Бош мия қаттиқ пардаси синуслари (sinus durae matris)) - бу қаттиқ парданинг иккита пластинкаси орасидаги веноз бўшлиқлар, одатда бош суягининг суякларига ёпишиш жойларида бўлади. Синусларнинг ички юзаси веноз томирлар сингари эндотелий билан қопланган. Қаттиқ парданинг синуслари том синуслари ва бош суяги тагининг синусларига бўлинади.

Бош суягининг синусига юқори сагиттал синус, пастки сагиттал синус ва тўғри синус қиради (3-7-расм). *Юқори сагиттал синус (sinus sagittalis superior)* мия ярим ой ўроғининг юқори четида жойлашган. У томнинг ўрта чизиги бўйлаб ўтади, кўр тешиқдан (*foramen coecum*) бошланади, у ерда бурун бўшлиғининг томирлари билан анастомоз қилади ва орқа чизик бўйлаб, аста-секин ҳажми ошиб боради, ва кўндаланг синус билан биргаликда синус ҳавзасига қўшилади. Эҳтимол, у ўнг томонга, ўрта чизикнинг чап томонига қараганда камроқ озгина оғиши мумкин. Синуснинг кенглиги 3 см гача. Юқори сагиттал синусга қаттиқ парда томирлари, миянинг юзаки веналари, пешона эмиссар веналар, ён лакуна ва парасинуслар қиради.

Юқори сагиттал синуснинг ён томонларида, мия қаттиқ қобиғининг қатламлари орасида, турли ўлчамдаги кўплаб веноз

бўшликлар жойлашган - ён лакуналар (*lacunae laterales*), чуқурлиғи 2,5-3 см, тукенмон гранулалар уларга ёпишади. Улар синусга тушишидан олдин бир нечта томирларнинг бирлашиши натижасида ҳосил бўлади.

Лакуналарнинг шакли кўпинча овал бўйлама, узунлиғи 2 дан 4 см гача, кенлиғи 1,5 дан 2,5 см гача бўлади. Лакунага бирдан учтагача мия томирлари ва қаттиқ парда томирлари оқиши мумкин. Ён лакуналар бошнинг диплоик веналари ва ташки томирлари билан эмиссар томирлар орқали боғланган. Бош суягини очаётганда (трепанлашда) жаррох веноз синус ва унинг лакуналарининг ҳолатини ҳисобга олиши керак. Миянинг вена томирлари бўшлиққа тушади: *emissaria parietalis*, калла суяғи томи юзаки томирлари билан алоқа қилади ва *emissaria foraminis coeci* бурун бўшлиғининг томирлари билан анастомозланади.

Медиал томондан ён лакуналар юқори сагиттал синус билан алоқа қилади. Арахноидал грануляциялар (*granulationes arachnoidales*) - арахноид қобикнинг ўсиши - қўшни ёки лакуналарга бостириб киради. Грануляция оёғи қаттиқ парданинг ички қатламидан чиқиб, боши қаттиқ парданинг бўшлиғида жойлашган (5-расм).

Юқори сагиттал ва тўғри синуслар бўйлаб улар бўйлаб тўғри кетадиган, диаметри ва узунлиғи кичик бўлган (*parasinus*) парасинуслар деб номланган синуслар бор (5-расмга қараң). Юқори сагиттал синус жараёнида пастки парасинус ва иккита ён парасинус ажратилади. Миянинг томирлари, қаттиқ парда томирлари парасинусларга тушади ва улар ўзлари юқори сагиттал синусга қуйилади. Парасинус деворларининг тузилиши бошқа синусларнинг деворларидан фарқ қилмайди; кўндаланг кесим билан, худди синуслар сингари, уларнинг деворлари пастга тушмайди. Уларнинг узунлиғи 2,5-3 см, кенлиғи 0,2-0,4 см. Юқори сагиттал синуснинг проекциясида парасагиттал минтақа ажратилади, унинг шартли чегаралари ён лакуналарнинг ташки қирралари орқали синуснинг ўнг ва чап томонларига чизилган чизиклардир. Парасагиттал минтақа яқинида юзаки мия томирлари субаракноид бўшлиқдан субдурал бўшлиққа кириб боради ва юқори сагиттал синусга ёки ён лакунага қуйилади. Парасагиттал минтақанинг максимал кенлиғи 5 см.

Юқори сагиттал синус бўйлаб, юзаки мия томирлари ва ён лакуналар бирикмасидан бўшликлар мавжуд. Ушбу жойлар юқори

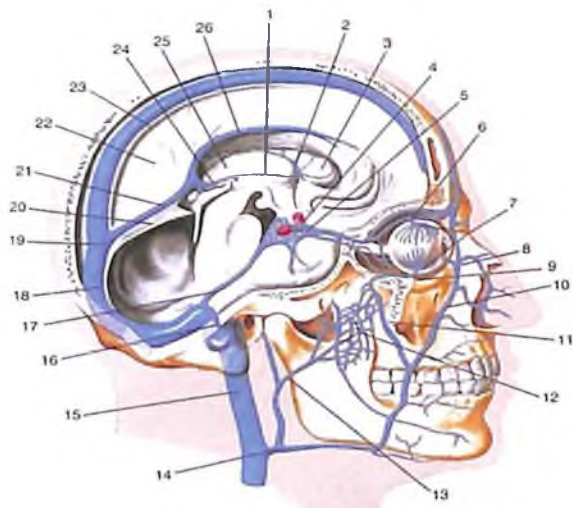
сагиттал синусга ва мианинг узунлама ёригига яқинлашиш учун муҳимдир. Шундай қилиб, фронтал-базал бўшлик кўр тешик ва фронтал томирларнинг дренажи ўртасида жойлашган. Марказий бўшлик фронтал томирларнинг дренажи ва париетал томирлар оқадиган марказий латерал лакуна ўртасида жойлашган. Энга бўшлиғининг синуси қуйилишидан энга томирларнинг қуйилишигача аникланади.

Пастки сагиттал (ўқсимон) синус бош миа ўроғининг пастки чеккаси (*sinus sagittalis inferior*) бош миа ўрок жараёнининг эркин пастки четида жойлашган. Олдиндан оркага караб, каварик тананинг баъзи томирларини, катта мианинг ярим оӣ томирларининг бир қисмини, ярим шарларнинг медиал юзаси томирларини ва катта миа томирлари билан бирлашиб (*v. magna cerebri Galeni*) олади, тўғридан-тўғри веноз синусга оқади. Оғиз минтақасидаги синуснинг диаметри 2-3 мм.

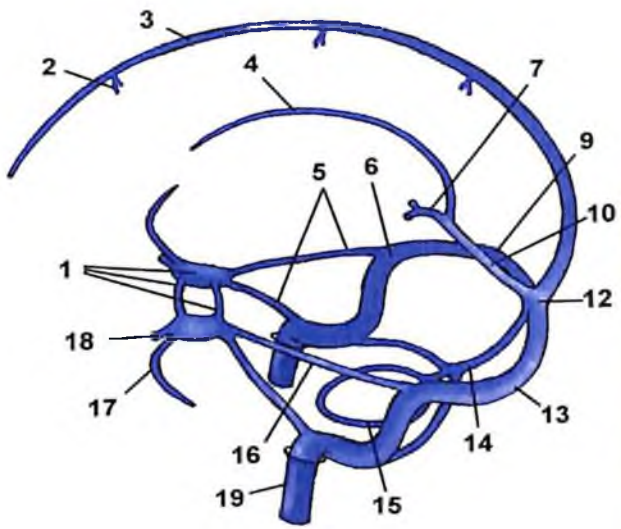
Тўғри синус (*sinus rectus*) мианинг катта венаси ва пастки ўқсимон синуснинг бирлашувидан сўнг ҳосил бўлади, бу ерда унинг диаметри 7-8 мм гача бўлган ампулага ўхшаш кенгайиш мавжуд. Тўғридан-тўғри синус миа ярим оӣи ўроғининг чодир билан синус қуйилишигача туташган жойида жойлашган. Энга суякнинг ички бўртиғи юкори ўқсимон синус билан биргаликда тўғридан-тўғри кўндаланг синус билан боғланади. Тўғри синусга ўроксимон бўлакнинг 2-3 томирлари ва миача ўсиғининг пастки венаси тўғри синусга оқиб чиқади.

Бош суяги асоси синусларига кўндаланг синус, ковакли синус, сигмасимон синус, юкори ва пастки тошли синуслар ва бошқалар қиради (3-7-расмга қараң).

Кўндаланг синус (*sinus transversus*) энга суякдаги худди шу номдаги най ичида, миа эгарининг орка четида жойлашган. Бу барча синусларнинг энг каттасидир. Париетал суякнинг мастоид бурчаги атрофида эгилиб, сигмасимон синусга (*sinus sigmoideus*) давом этади. Ташки қалла томирлар билан боғланган синусга иккита оқувчи веналар очилади. Улардан бири мастоид жараёнининг очилиш қисмида, иккинчиси энга суяги пўстлоғининг пастки қисмида, беқарор, кўпинча ассиметрик, каварик каналида жойлашган. Терида кўндаланг синусларнинг проекцияси энга суякнинг ташки дўмбоғидан эшитиш каналларига қадар бўлган чизикка тўғри келади.

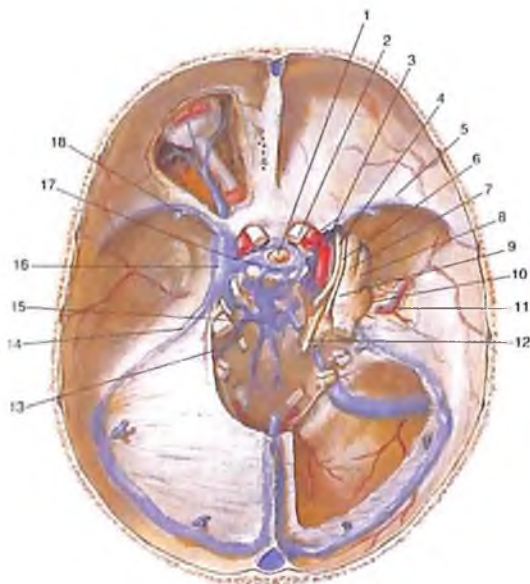


4 расм. Мия қаттиқ пардаси синуслари (ёндаи кўришиси): 1 – миянинг ички венаси; 2 – мия юқори таламостриар (охирғи) венаси; 3 – дум ядроси; 4 – ички уйқу артерияси; 5 – ковакли синус; 6 – юқори кўз венаси; 7 – вортикоз веналар; 8 – бурчак вена; 9 – настиги кўз венаси; 10 – юз венаси; 11 – юзнинг чуқур венаси; 12 – канотсимон веноз боғланма; 13 – юқори жағ венаси; 14 – умумий юз венаси; 15 – ички бўйин венаси; 16 – сигмасимон синус; 17 – юқори тош синус; 18 – кўндаланг синус; 19 – синуслар тўплами; 20 – мияча чодир; 21 – тўғри синус; 22 – мия ўроғи; 23 – юқори сагиттал синус; 24 – катта мия венаси; 25 – таламус; 26 – настки сагиттал синус [Пуцилло ва бошқ., 2002]



Sam DTI
axborot-resurs markazi

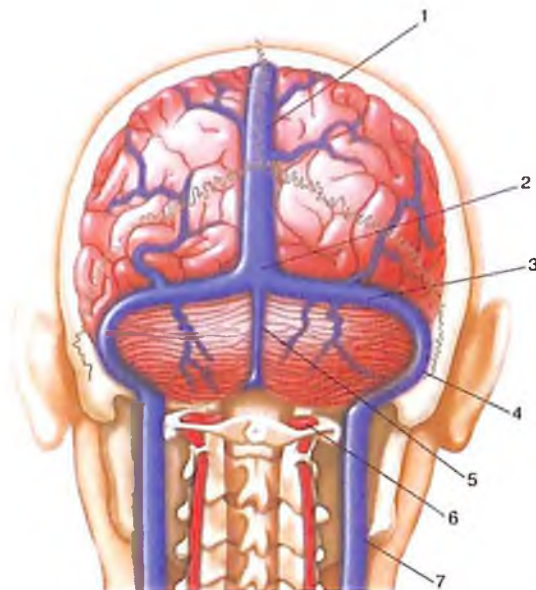
5 расм. Мия қаттиқ пардаси синуслари: 1 – ковакли ва ковақлараро синуслар; 2 – юқори сагиттал синусга оқадиган миянинг юзаки веналари; 3 – юқори сагиттал синус; 4 – пастги сагиттал синус; 5 – юқори ва пастги ўнг томондаги тош синуслар; 6 – ўнг сигмасимон синус; 7 – мия қатта венаси (Галена); 8 – қатта мия ўроғи; 9 – ўнг кўндаланг синус; 10 – тўғри синус; 11 – миянинг орқа чуқурчасини кўрсатиш учун суъийй очилган тешик чодир; 12 – синус оқими; 13 – чап кўндаланг синус; 14 – мияча ўроғи ва энса синуси; 15 – кирра синуси; 16 – юқориги чап тош синуси; 17 – понасимон-пешона синуси; 18 – юқори кўз венаси; 19 – ички бўйин венаси [Пуцилло ва бошқ., 2002]



6 расм. Мия қаттиқ пардаси синуслари (юқоридан кўришиши): 1 – гипофиз; 2 – кўрув нерви; 3 – ички уйқу артерияси; 4 – кўзни харакатлантирувчи нерв; 5 – понасимон- кўриш чакка синуси; 6 – блокловчи нерв; 7 – кўз нерви; 8 – юқори жағ нерви; 9 – уч шохли йўл; 10 – пастги жағ нерви; 11 – ўрта менингеал артерия; 12 – четлашувчи нерв; 13 – пастги тошли синуси; 14 – юқори тошли синуси, сигмасимон синус; 15 – базиляр веноз боғланган; кўндаланг синус; 16 – ковакли веноз синуси, синуслар оқими; 17 – олдинги ва кейинги ковақлараро синуслар; 18 – юқори кўз венаси

Сигмасимон синус (*sinus sigmoideus*) диаметри 8-10 мм. Энса ва пешона суяқларнинг сигмасимон чуқурчасида жойлашган S шаклидаги бурилишни ҳосил қилади. У бўйин тешигига тушиб, ички бўйин венасининг юқори бўлагига (*bulbus superiorv. jugularis*) ўтади. Сигмасимон синуснинг бўйин венасининг юқори бўлагига ўтиш

чегараси суяк бўртиғи остидан (сигмасмон чекка) ва каттик парданинг бўйини бурмаен устида жойлашган. Сигмасмон синус энса венаси билан *emissaria mastoidea* орқали боғланади. Унга ярим шарнинг пастки орқа юзасидан ва миячанинг 1-2 томири тушади. Вактинчалик мия томирлари синусга оқиб чиқади. Ўнг томонда синус одатда кенгрок ва чапга караганда суякка чуқуррок чиқиб туради.



7 - расм. Мия каттик пардаси синуслари (орқадан кўриниши): 1 – юкори сагиттал синус; 2 – синуслар оқими; 3 – кўндаланг синус; 4 – сигмасмон синус; 5 – энса синуси; 6 – умуртка артерияси; 7 – ички уйку венаси [Пуцилло ва бошқ., 2002]

Понасимон тена суяк синуси (*sinus sphenoparietalis*) понасимон суякнинг кичик қаноти четидан ўтиб, ковакли синусга оқади. Синус мия каттик парда томирларини ва юзаки ўрта мия вена томирларини олади.

Ковакли синус (*sinus cavernosus*) ўз номини кўринишини берадиган кўплаб ковакли тузулма бўлимлардан олган. Жойлашиши ва тузилишининг ўзига хос хусусиятлари туфайли ковакли синус каттик парданинг бошқа синусларидан кескин фарк қилади. Синус ўрта калла суяғи чуқурлиғи пойдеворининг медиал қисмида, турк эғари томонларида жойлашган. Ташқарида ковакли синус - юмалоқ,

айлана ва умуртка тешикларига етиб боради. Кенглиги бўйича, бош суяги тагидаги синуснинг проекцияси ўрта княлик жараёнлари ва турк эгари деворининг пастки қисми орасидаги тепаликдан ўрта калла суяги тешиклари чизиғигача чўзилади. Проекциянинг узунлиги юқори орбитал ёриқнинг ички қисмидан *canalis caroticus* ички очилишининг орқа четигача бўлган масофа билан белгиланади. Каттик миянинг ташқи ва ички қатламлари унинг бўшлиғини чеклайди, унинг турли йўналишларда бириктирувчи тўқима иплари орқали кесиб ўтади. Ушбу ипларнинг асосий вазифаси ички уйқу артериясини синус оралиғида барқарорлаштиришдир. Синус бўшлиғи ичкаридан эндотелий билан қопланган.

Ковакли синус турли хил тузилиш ва келиб чиқиш элементларидан ташкил топган мураккаб анатомик комплексдир. Ковакли синусда куйидагилар мавжуд:

- 1) каттик парда қатламлари ҳосил қилган ковакли капсула;
- 2) эндотелий ва бириктирувчи тўқима мембранасидан иборат ўз деворига эга бўлган ҳақиқий венос синус;
- 3) ички уйқу артериясининг синус ичи қисми;
- 4) синуснинг “стромаси” ни ҳосил қилувчи интрасинус бириктирувчи тўқима.

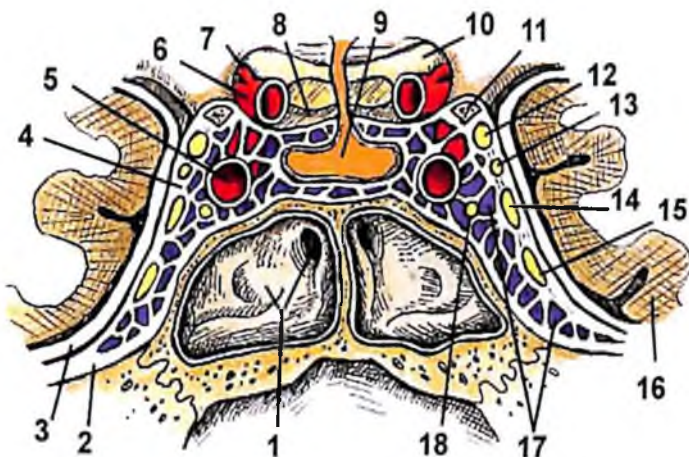
Каверноз синус ичида унинг деворларини тўлдирувчи бир қатор лигаментлар мавжуд.

Пастки понасимон-тошли боғлам (*ligamentum sphenopetrosus inferior*) пирамиданинг чўккисидан очилган тешик устига чўзилиб, понасимон тилга ёпишиб, ковакли синусга қираверишда ички уйқу артерияни қоплайди.

Юқори пона шаклидаги тошли боғлам (*ligamentum sphenopetrosus superior*, Грубер боғлами) вақтинчалик суяк пирамидаси чўккисидан пойдеворнинг пастки қисмига қадар орқада тор ип шаклида (диаметри 2 мм, узунлиги 10 мм) таркалади. Боғлам остида Дорелло (Dorello), канали жойлашган бўлиб, у орқали узоклаштирувчи нерви ва менингеал қисм ички уйқу артериясидан ковакка ўтади. Боғламнинг юқорисидан ковакли ва пастки тошли синуслар туташади. (2-4расм).

Доленк ковак синус ичида ички уйқу артерияни ўрнатадиган толали ҳалқаларни ҳосил қилади. Проксимал ҳалқа (*proximal ring*), каттик парданинг ички қаватининг давоми бўлиб, олдинги кийшайган жараённинг ташқи четидан медиалга чиқиб, ички уйқу

артериянинг ковакли қисмини пастки понасимон шаклидан ажратиб туради. битта. Дистал халқа (*distal ring*) олдинги қиялик жараёнининг ички четидан бошланади ва пона ости қисмини ички уйқу артериясининг понасимон (мия) қисмидан ажратиб туради. Меднал халқа (*medial ring*) гипофиз чуқурчаси қаттик парданинг ташки (перниостеал) қатламиндан (ўрта қийшайган ўсикдан) ажралиб, дистал ва проксимал халқалар билан боғланиб, ички уйқу артерияни меднал қоплайди. Кесимдаги ковакли синус тартибсиз трапецияни ҳосил қилади ва тўртта деворга эга: ўрта, ён, юқори ва пастки. Пастки деворни қаттик парданинг ташки (перниостеал) қатламини, қолган деворлар ички қатламини ҳосил қилади (8-расм).



8 расм. Олдинги кесимдаги ковакли синус (орқадан кўришиши): 1 – понасимон бўшлиқ ва унинг очиклиги; 2 – мия қаттик пардасининг ташқи варағи; 3 – мия қаттик пардасининг ички варағи; 4 – ковакли синуснинг ён девори; 5 – ички уйқу артерияси; 6 – ички уйқу артериясининг мия (супраклин) соҳаси; 7 – кўз артерияси; 8 – турк эғари диафрагмаси; 9 – гипофиз; 10 – кўриш нерви; 11 – олд буқилган бўрттик кесими; 12 – кўзни ҳаракатлантирувчи нерв; 13 – блокловчи нерв; 14 – кўз нерви (V нервнинг I шохи); 15 – юқори жағ нерви (V нервнинг II шохи); 16 – пешона бўлағи пўстлоғи; 17 – ковакли синус веноз тешиги; 18 – узоклаштирувчи нерв [Пушилло ва бошқ., 2002]

Гипофиз ва асосий синуснинг ташки деворлари ички (меднал) деворга туташган. Ковакли синуснинг ён девори қаттик парда икки ички қатламдан иборат. Бундай ҳолда, пешонани қоплайдиган қоплама юзаки ётади ва синусга қираверишда олган III, IV, V

нервларнинг ўз қобиғининг ўзаро боғланиши билан инфодаланган бириктирувчи тўқима қобиғи ички томонда ётади. Ковакли синуснинг юқори қисмидаги ён девори олд ва орқа ўсиқларга, олд томондан - юқори орбитал ёриқининг ташқи қирраси бўйлаб, пастга - юмалоқ, айлана ва умуртка тешиқларнинг чеккалари бўйлаб, орқа томондан ёнма-ён жойлашган. вақтинчалиқ суяқ пирамидасининг тепасида бўлади. Кўриш нерви юқори деворни тешади. Бироз пастроқда, синус ташқи деворининг қалинлигида тўхтатувчи нерв ва уч шохли нервнинг биринчи бўлағи – кўриш нерви ўтади. Абдусенс нерви блок ва кўз нервлар орасида ётади. Шунингдек, бу синусда уч шохли нервнинг иккинчи бўлағи – юз жағ нерви ўтади. Нерв ўзаклари (кўзни ҳаракатлантирувчи, блокловчи, уч шохли нервнинг биринчи шохчаси, узоклаштирувчи нервлари) ковакли қобиқнинг ён девори билан веносинус девори орасидаги бириктирувчи тўқима қатламида жойлашган. Синус тузилиш шакли қандай бўлишидан қатъи назар, у билан асаб билан алоқа қилиш давомийлиғи қанчалиқ катта бўлса, унинг тартиб рақами қанчалиқ баланд (энг кичиғи III жуфтликда, энг каттаси VI жуфтликда).

Синус ўлчамлари: узунлиғи - 20 (12-28) мм, кенглиғи - 12 (7-16) мм, баландлиғи - 13 (7-19) мм. Брахцефалларда синус паст баландликда қисқа ва кенг, долихоцефалиқларда паст баландликда узун ва тор бўлади. Ковакли синуснинг юқори девори, қалинлиғи 0,4-1 мм бўлган ковакли эгарнинг диафрагмасини ҳосил қилувчи каттик парданинг варағидан иборат. Ички девор толали варақдан иборат бўлиб, у турк эгари сиртини қоплайдиган ва гипофиз капсуласини ҳосил қилувчи каттик парданинг найзаси ҳисобланади. Синуснинг ички деворига туташган ва суяқнинг ҳаво йўли синусининг деворини ҳосил қиладиган суяқнинг қалинлиғи болаларда бир неча сантиметрга тенг ва катталарда 1 мм дан 1 см гача.

Ковакли синуслар ўзаро олдинги, орқа ва пастки *ковақлараро синуслар* (*sinus intercavernosus*) орқали боғланади, улар гипофиз безини ўз навбатида олдидан, орқасидан ва пастидан ўраб олади (5, 6-расмларга қаранг). Иккита ковакли синус ва иккита кўндаланг анастомоздан венанинг айланаси ҳосил бўлади - *sinus circularis Ridley*, ҳолати бўйича миянинг тўр парда ва юмшоқ қобиқлари орасидаги бўшлиқда, синус устида жойлашган Виллезев артериал доирасига тўғри келади (шундай қилиб - чақирилган субрахноид

бўшлик). Ковакли синус миянинг олд ва тена бўлаклари пастки юзаси томирларини ва катта орбитал венани ичига олади.

Ковакли синус ичига атрофдаги ички уйқу артерияси уни ўраб турган пўстлоқ артерия жойлашган (7-расмга қаранг). Вена синусининг ўзи бўшлиқнинг кенглигини ўзгартирмайди, чунки у зич бўш капсула билан чекланган, шунинг учун ички уйқу артерия ҳажмининг пуле кўпайиши фақат ковак синус ҳажмини камайтириш орқали мумкин. Синус деворлари каттиқ (каттиқ, ҳаракатсиз) бўлганлиги ва ички уйқу артериянинг синус ичи қисми (интракаверноз сегмент) ҳажми донмий равишда пуле тўлқинлари туфайли ўзгариб туриши сабабли, баъзи тадқиқотчилар “каверноз синус - ички уйқу артерия” бош суягининг ички қисмида жойлашган тузилмалардан веноз чиқишни яхшилайдиган ва бошқарадиган веноз насос (“веноз юрак”) каби тизимни кўриб чиқмоқдалар. Ички уйқу артерия билан каверноз синус мия қон айланишининг энг муҳим регуляторни бўлиб, интракраннал веноз қон айланишида фаол ҳаракат қилади. Ички уйқу артериянинг синус ичи қисмини ўчириб қўйиш, синус ичидаги веноз қоннинг пулсациясини тўхтатади ва калла бўшлиғида веноз қон оқимининг секинлашишига олиб келади.

Ковакли синус кучли рефлексоген зона сифатида артериал мия қон айланишини бошқаришда иштирок этади. Ковакли синусда бароресепторлар мавжуд. Синус ичи босимининг кўтарилиши тизимли артериал босимнинг пасайишига, нафас олишнинг қўзғалишига ва мия қон оқимининг тезлашишига олиб келади. Ковакли синуснинг мияни қон, гипофиз бези, сезги органлари билан таъминлайдиган артериал магистрал билан алоқаси ва яқинлиги, каверноз чигал синусининг нерв рецепторлари билан тўйинганлиги ва қоннинг секин оқиши шундан далолат беради у нафақат коллекторнинг роли, балки мия ва ҳиссий органларда қон айланишини тартибга солувчи интракраннал рефлексоген зонадир.

Ички уйқу артериясининг ковак қисмида ўралган йўл бор. Дастлаб, артерия турк эгарининг орқа ёнбош қисмлари атрофини айланиб ўтадиган кўтарилган йўналишга эга, кейин у олд томонга бурилади - эгарнинг ён девори бўйлаб ва бўртманинг пастки ўрта соҳаларига қиради. Каверноз синус ичида ВСА иккита бурилишга эга - орқа, бўртмага қараган орқа ва олд, олдинги ўсик. Ички уйқу артерия эгилиш бурчакларининг нисбатига қараб, структура

ажратилади: а) оддий сифон (49,3%); б) очик (14,7%), в) ёпик (36%) сифонлар (9-расмга қаранг).

Каверноз қисмида ички уйқу артерия бир нечта доимий шохларни чиқаради:

менинго-гипофиз ўзак (орқа шохча) ички уйқу артериясининг орқа деворидан олдинги томонга йўналтирилган қисмга ўтадиган жойда давом этадиган доимий шохдир. Ундан кетадиган томирлар: базал ва ён шохлари (миячанинг чодирни ва пирамиданинг каттик пардасини қон билан таъминлайди); шох (турк эгари ва скатни орқа қисмининг каттик пардасига қон етказиб беради); пастки гипофиз артерияси (гипофизнинг орқа бўлагини қон билан таъминлайди)



9 расм. Ички уйқу артерия сифонли тузиллиши вариантлари

пастки каверноз синус артерияси (ён шох) дисталдан чиқиб кетади ва уч шохли тугун, каверноз синус, асаб ва менингеал артерия учун шохчалар чиқаради. У Гассер тугунини, каверноз синус деворидан, краниал синуснинг деворидан, краниал капсулани ҳосил қилувчи краниал нервларни қон билан таъминлайди.

Каверноз бўшлиқ билан боғланган веналар тўрт гуруҳга бўлинади:

- 1) қон келиб тушадиган томирлар (сфено-парриетал синус, орбитал ва тролиар веналар);
- 2) қон чиқиб кетадиган томирлар (юқори ва пастки тошли синуслар, уйқу каналининг чигали);
- 3) эмиссар томирлар (овал ва юмалок тешиқларнинг веналари, диплоитик веналар);
- 4) шунтловчи томирлари (интеркаверноз синуслар, асосий плексусининг “қўндаланг венаси”).

Каверноз синуснинг кўрсатилган томирлар билан туташган жойида турли трабекулалар (томирлар, аслида бириктирувчи тўқима трабекулалари ва асаб толалари) мавжуд бўлиб, улар бир-бири билан ўзаро боғланиб, веноз қон оқимлари йўналишида катнашадиган ва тезқорликни йўқ қиладиган интрасинус босимининг ошиши ёки пасайишини ҳосил қилади.

Юқори кўз венаси синус бўшлиғига тушади. Бу орбитанинг бўшлиғидаги йирингли жараёнларнинг ривожланишини хавфли қилади; заҳарланган тромблар орбитал венанинг каверноз синусига кириб бориши мумкин. Синуснинг ён деворида кўзни ҳаракатлантирувчи, уч шохли нервлар, унинг асаб тугуни ва унинг шохлари ётади (8, 10-расм).

Орбитадан қон олиб боровчи кўз веналари каверноз синусга қўйилади; понасимон-тепа суяғи синуси, юзаки ўрта мия венаси. Тешик тўри веноз тармоғи орқали қанотли веноз чигал билан; веноз чигали ёрилган тешик орқали - ички уйқу артерияси; вақтинчалик суяк пирамидаси чўққиси минтақасида - юқори ва пастки чигал синуслари билан, шунингдек базилар веноз чигали билан алоқа ўрнатилади.

Каверноз синус тузилишида ёш фарқлари мавжуд. 1 ёшгача бўлган болада 2-3 веноз шохчалар ва ички уйқу артерия қаттиқ парданинг икки қатлами орасидаги бириктирувчи тўқимага ўтади. 2-3 ёшида ички уйқу артерия атрофида ингичка деворли веноз лакуналар пайдо бўлади. Катталарда каверноз синус тузилишининг учта шаклини ажратиш мумкин: каверноз - веноз чигал шаклида; лакунар - бириктирувчи тўқима тўсиқлари билан бўлинган бўшлиқ шаклида; аралашган. Каверноз синус қон босими даражасига таъсир қилувчи рефлекс зоналаридан биридир. Каверноз синусда қоннинг ҳаракатланиши асосан орқа-пастки йўналишида бўлади.

Нейрохирургик амалиётда **каверноз синусга** ўрта қалла суяғи чуқурчаси томондан олтига хавфсиз кириш жойи мавжуд. Бу жойлар жуда аниқ чегаралари туфайли учбурчак деб номланган (11-расм).

1. Олдинги медиал учбурчак (Dolenc) кўриш нервининг ён қирраси, ички уйқу артерияси ва олдинги қийшайган бўртма билан чекланган

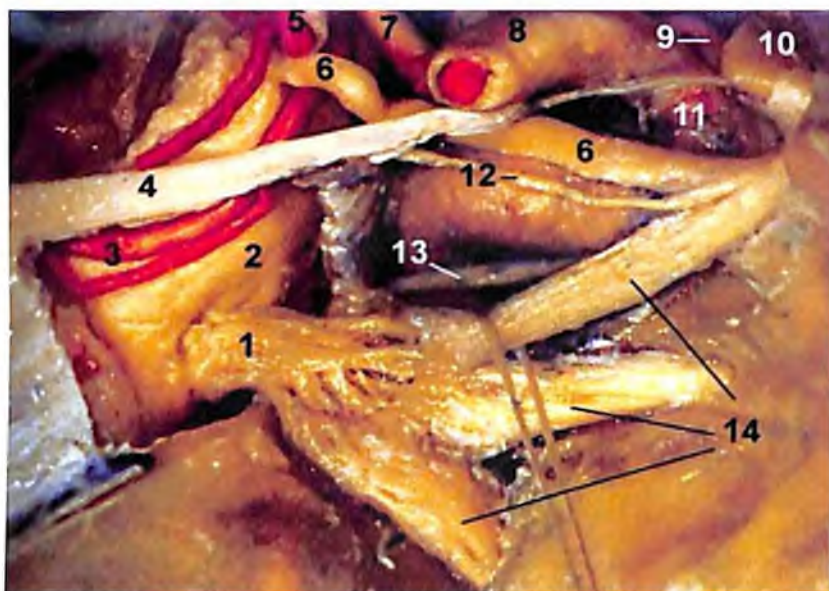
2. Медиал учбурчак (Dolenc, Nakuba) олдингисидан орқада ётади ва ички уйқу артериясининг понасимон қисмининг ён девори, орқа кийшайган бўртма ва III нервнинг қаттиқ пардасига қирши нуктаси томонидан ҳосил бўлади.

3. Юқори (парамедиал) учбурчак (Fukushima) III ва IV нервлар орасида жойлашган.

4. Ён учбурчак (Parkinson) V нервнинг I шохли ва IV нерв билан чегараланган.

5. Олдинги ён учбурчак (Mullan) V нервнинг I ва II шохлари орасида жойлашган.

6. Пастки ён учбурчак (Dolenc) V нервнинг II ва III шохлари орасида аникланади (юмалок ва овал тешиқлар орасида).



10 расм. Ковакли синусда нервлар ўзаро кесишмаси: 1 – V нерв илдизчаси; 2 – кўприк; 3 – юқори мияча артерияси; 4 – олдинги тошли букилган чодир кавати; 5 – орқа мия артерияси; 6 – III нерв; 7 – орқа боғловчи артерия; 8 – ички уйқу артерияси; 9 – кўз артерияси; 10 – кўз нерв; 11 – ички уйқу артериясининг понасимон соҳаси; 12 – IV нерв; 13 – VI нерв; 14 – V нерв шохлари



11 расм. Ковакли синунинг учбурчағи: 1 – олдинги ўрта; 2 – ўрта; 3 – юқори (парамедиал); 4 – ён (Паркинсона); 5 – олдинги ён; 6 – пастки ён; 7 – орқа ён; 8 – орқа ўрта; 9 – олд меатал; 10 – орқа меатал; 11 – орқа пастки [Пуцилло ва бошқ., 2002]

Юқори тошли синус (*sinus petrosus superior*) энса суяк пирамидасининг юқори четида эгатча бўйлаб ўтади ва каверноз синусни сигмасимон синус билан боғлайди. Юқори тошли синусга ўрта мия ва кўпригидан кон тўплайдиган вақтинчалик бўлакнинг базал юзаси ва юқори тошли венанинг (*v. petrosa superior, Dandy*) битта томирлари юқори петросал синусга қуйилади. .

Пастки тошли синус (*sinus petrosus inferior*) каверноз синусдан чикиб, энса суякнинг эгати ва вақтинчалик суяк пирамидаси орасидаги бўйинтурукда ётиб, пирамиданинг орқа четидан бўйин тешигига боради ва бўйин томирининг юқори пиёзчасига оқади. У лабиринт веналарини (*vv. labyrinthi*) ички эшитиш найчасидан ва миянинг пастки қисмида, кўприкнинг пастки оёқларидан парчаланган жойда кон тўплайдиган пастки тош венадан зайтун ва IV коринчадан (*v. petrosa inferior*) олади. Синус дренажи (*confluens sinuum*) ички энса ўсимтада жойлашган бўлиб, баъзи ҳолларда ён томонга, одатда ўнг томонга силжийди. Оқим бу юқори сагитал, тўғри, энса ва кўндаланг синусларнинг бирлашмасидир.

Ярим шарлар пастки юзасидан веналар ва йўллар синус дренажига оқиб келади. Оқимнинг кўндаланг катталиги 2-3 см.

Теза бўлак суяк пирамидасининг орқа деворидаги каттик парданинг вараклари орасида, кириш қисмининг сув ўтказгичи ташки тешигидан пастда, текис сув захираси - эндолимфатик халтачаси (*saccus endolymphaticus*) жойлашган бўлиб, у ички қулоқ қисмдан эндолимфани тўплайди. Эндолимфатик сумканинг узунлиги 2 дан 18 мм гача, кенлиги 5 дан 12 мм гача. 40% ҳолларда қоп сигмасимон синусни бўйнининг пиёзчасига оқиб тушадиган жойдан юқорирок қоплайди.

Энса бўлаги тешиги орқа бўлак синуси, чекка синус ва базилар чигалнинг горизонтал сегментидан ташкил топган веноз халқа билан ўралган (3, 5, 6-расм).

Энса бўлаги синуси (*sinus occipitalis*) ички энса тизма бўйлаб мия ўроғининг тагига ётқизилган. Энса бўлаги синуснинг юқори учи синус дренажига боғланган. У катта очилиш даражасида енгларга бўлиниб, уларнинг ҳар бири горизонтал равишда ўтиб, мия ярим шар ва сигма ички юзасининг сигмасимон синусига ёки пиёзчасига (5-7-расм) қуйилади. Энса бўлаги синус ички умуртқа веноз чигаллар билан анастомоз қилади. Кўндаланг, юқори сагиттал, тўғри ва энса синуслари тўқнашган жойда умумий веноз кенгайиш ҳосил бўлади, бу синус дренажи (*confluens sinuum*) деб номланади. Ушбу кенгайиш энса суягининг хоч даражасига тўғри келади.

Чекка синус (*sinus marginalis*) катта тешик четидан ўтади. Унинг орқасида анастомозлар энса бўлаги синуси билан, пастга қараб – умуртқа ички веноз чигал билан, олдида - веноз каналнинг веноз чигали ва базилар чигал билан. Чекка синусга узунчоқ мия ва икки қоринчали бўлакдан мияга 2-3 вена қуйилади.

Базилар веноз чигал (*plexus basilaris*) базилар артерияси атрофидаги энса бўлаги суяк нишаби каттик қобикда жойлашган бўлиб, қаверноз синусни чекка ва пастки тошли синуслар билан бир-бирига боғлаб туради. У бош суяги пойдевори суяқларидаги юмшоқ модданинг томирларидан ҳосил бўлади ва бир-бирига боғланган веноз шохларнинг бирлашиши билан қаверноз синусига ва иккала тошли синусга оқиб чиқади.

Атлант энса бўлаги синуси (*sinus atlantooccipitalis*), шунингдек энса ости веноз чигали (*plexus venosus suboccipitalis*) атлант ёйи орқа томони ва атлантнинг орқа камари ўртасида,

антеропостериор йўналишда эса - орка атлант энса бўлаги синуси ва умуртка қобиғи ҳам деб аталади. Кондилларар эмиссар венаси ёрдамида бўйин венасининг юкори пиёзчаси билан анастомоз қилади, базилар чигал билан, ички веноз умутуқа чигали билан. Бўйинининг чуқур томирлари ва умуртка томир синусдан келиб чиқади. Клапанлар йўқлиғи, бошка синуслардаги қон босимиға қараб, қоннинг икки йўналишда оқинини таъминлайди. Қоннинг ҳаракати умуртка артериясининг пулсацияси билан фаоллашади.

Ички уйқу артерияси веноз чигали (*plexus venosus caroticus internus*) ва **овал тешиқнинг веноз чигали** (*plexus venosus foraminis ovalis*) қаверноз синусни қанотсимон чигали (*plexus venosus pterygoideus*) билан боғлайди. **Тил ости канали веноз чигали** (*plexus venosus canalis hypoglossi*) чекка синус ва ички бўйин венасини бирлаштиради. Мия қаттиқ парда синуслари охир-оқибат веноз қонни ички бўйинтуруқ томирларига туширади (5-12расм.). Аммо бу қалла суяғи бўшлиғидан қон чиқиши учун ягона йўл эмас. Шунингдек, бўйин томирларини тўлдирадиган ва баъзида уларнинг ўрнини босадиган қоллатерал йўллари ҳам мавжуд.

Бош суяғидан қонни чиқариш йўллари, биринчи навбатда, бурун бўшлиғи томирлари билан *sinus sagittalis superior (falciformis)* олдинги учининг анастомози (қакат болаликда мавжуд), иккинчидан, *emissarii Santorini*, деб аталади, *foramen mastoideum*, *foramen condyloideum posterius* ва *foramen parietale* ўтадиган синусларни бошнинг ташқи томирлари билан боғлаб туради.

Биринчиси деярли доимий; иккинчиси ва айниқса учинчиси кўпинча бўлмайди. Бундан ташқари, худди шундай ўрин тутуди: а) энса бўлағи синусининг орқа мия каналининг веноз чигали билан анастомози ва б) орбитанинги четидаги юз томирлари билан олдинги шохлари билан боғланган кўз венаси. Ва ниҳоят, худди шу маънода, барча қалла суяқлари нервларни ўз тешиқларида қузатиб борувчи майда томирлар, шунингдек, *foraminis laceri anterioris* тоғайи орқали ўтадиган томирлар ва уйқу артерияни суяк билан қоплаб олган канал, жуда оз бўлса ҳам, функцияси бўлган қаверноз синуснинг давоми.

Бўшлиқлар билан анастомоз бўлган *V. meningeae media*, қалла суягининг қоллатерал йўллари билан санаб ўтилиши керак. Ички бўйин венаси (*v. jugularis interna*) - бу қаттиқ парда қўндаланг синусининг давоми. *Foramen jugulare* тешиғи орқали чиқиб, унда

калинлашув ҳосил бўлади - *bulbus venae jugularis superior*; бош суяғи тагида у ички уйқу артериянинг ташқарисида ва бир оз орқасида ётади ва шу билан пастга тушади. Умумий юз венаси билан туташган жойдан пастки жағ бурчаги даражасидан бошлаб, унга умумий бўйин венаси дейилади.

Қаттиқ парда синусларининг патологияси. Бош суяғи суяклари синиши натижасида келиб чиқиши мумкин бўлган қаттиқ парданинг шикастланиши натижасида **синус тромбози** ривожланиши мумкин. Шунингдек, синус тромбози бош суягидаги неопластик ёки юкумли жараён натижасида ривожланиши мумкин. Ўз навбатида, синус тромбози геморрагик мия инфарктига сабаб бўлиши мумкин.

Ковакли синуснинг тромбофлебити - ковакли синус (тромбоз) томирларида қон лахталарининг шаклланиши. У ҳар қандай локализациянинг ўткир синуситида (бурун синусларнинг яллиғланиши), ташки буруннинг чипқонлари ёки хуппозларида (карбункуласи), баъзан томир тромбози билан, шунингдек, кўз олмаси асоратлари билан (кўз ичи асоратлари) ривожланиши мумкин.

Касалликнинг сабаблари ва кечиши. Кўпинча бу касаллик юз ва кўз веноз томирлар иккинчи даражали флебитининг (яллиғланишининг) натижаси сифатида юзага келади. Ковак синуси тромбофлебитлари бурун бўшлиғининг карбункуласи ёки чипқони билан (терининг соч фолликулалари ва атрофидаги тўқималарнинг йирингли яллиғланиши), орқа тўсикли хужайралар ва понасимон синуснинг ўткир яллиғланишида, шунингдек турли хил локализациядаги синуситда пайдо бўлиши мумкин. .

Клиник кўриниш. Ушбу касалликнинг характерли аломати қун давомида катта ўзгаришлар билан юқори ҳарорат (септик ёки гектик), бу тананинг қаттиқ совиши билан бирга келади. Беморнинг аҳволи анча оғир (тиббий мезонларга мувофиқ)

- мўътадил ёки оғир, энсадаги оғриклардан шикоят, аммо баъзи ҳолларда у тарқок (бутун бошга тарқалиши) мумкин.

Шунингдек, ковакли синус тромбофлебитида куйидаги аломатлар кузатилади: экзофтальм (кўз олмасининг бўртиб чиқиши); хемоз (конъюнктива ва кўз ковокларининг шишиши); конъюнктива эписклерал (чуқур) томирларининг қон билан тўлиши; қорачик

рефлексининг етишмаслиғи (шартсиз рефлекс, унда кўз ковоклари шох парданинғ кўзғалиши хусусиятига жавобан ёпилади).

Уларнинг барчаси кўз веналари турғунликдан келиб чиқади ва кўпинча юзнинг иккала томонида пайдо бўлади, аммо жароҳат томондан барча кўринишлар янада аниқроқ бўлади. Агар кўз мушакларининг нервлари яллиғланиш жараёнида иштирок этса, у холда кўз олмасининг ҳаракатчанлиғининг кучли чекланиши бу эса кўз олмасида кескин турғунлик туфайли пайдо бўлиши мумкин.

Агар юз венаси яллиғланиш жараёнида иштирок этса, унда тикилиши пешонада, баъзан эса юзнинг бутун ярмида кузатилади. Ушбу касаллик ковак синусдан ўтадиган ёки унинг ёнида жойлашган бош суяғи нервларининг шикастланиши билан бирга келади. Кўпинча ўтказувчи нервнинг фалажи, уч шохли нервнинг шикастланиши натижасида юзнинг оғриғи, мушак фалажи (птоз) туфайли юкори кўз ковоғининг птозиси, қорачикларнинг тенг бўлмаган катталиғи (анизокария) каби кўринишлар мавжуд. Ушбу кўринишларнинг барчаси одатда бир томонлама бўлиб, ковакли синус тромбози кўпинча энцефалит, йирингли менингит ва мия хўппози каби жиддий касалликлар билан мураккаблашади. Бундай холда, тикланиш прогнози сезиларли даражада ёмонлашади.

Ковакли синус ва ички уйқу артерияси ўртасидаги яқин муносабатлар ички уйқу артериясининг баъзи турлари патологиясини кечиши ва ривожланишида, ички ички уйқу артерия патологиясининг айрим турлари ривожланишида муҳим рол ўйнайди. Ковакли синуснинг **артериовеноз аневризмалари** ички уйқу артерияси девори ковак синуси орқали ўтадиган жой зарарланганда пайдо бўлади. Натижада артерия ва синус ўртасида тўғридан-тўғри алоқа (фистула) ҳосил бўлади. Ушбу жароҳатлар, одатда, ковак синуси ичидаги артерия қалла бўшлиғига кириб борадиган жой орқали синиш чизиғи йўналиши билан бош суяғи пойдеворининг синиши билан юзага келади. Аневризмалар билан ковакли синусда қон босими кескин кўтарилади ва бу синусга тушадиган кўз вена тизимининг кенгайишига олиб келади. Натижада, кўз ковокларининг шишиши, кизариши ва ўзгариши, кўз ковоклари ва пешона томирларининг кескин кенгайиши, томирлар ва кўз ковоклари учиши билан пулсацияланувчи (кўзнинг чакчайиши) экзофтальм мавжуд бўлади. Шикаст этиологиянинг ковакли синусининг артериовеноз аневризмаларида учта аломат

гуруҳи аникланади. Биринчи гуруҳга бош суяги тагининг синиши ва олдинги мия контузияси аломатлари киради. Симптомларнинг иккинчи гуруҳи аневризманинг ўзи билан боғлиқ: жароҳатдан кейин тез ўсиб борадиган экзофталм, унинг ривожланиши янада пасаяди. Орбитада оғрикли ҳислар ва “хириллаш”, шикастланган жойдан ҳар томонга тарқаладиган аневризмал пулсацияланувчи шовкинли шикоятлар бор, бу эса бўйнидаги артерия босилганда камаяди. Баъзида III, IV ва VI нервларнинг етишмовчилиги билан юқори кўз ёриғининг зарарланиш синдроми аникланади. Учинчи аломатлар гуруҳи - кон айланиш бузилишининг узок давом этиши натижасида ривожланган кўз олмасида кон айланишининг бузилиши: тўр парда шишиши, кўз олмасининг чикиб кетишини кўпайтириш, хемоз, ковок ёриғининг тўлик ёпилмаслиги, маргинал инфилтратлар ёки корачиқ яралари ва бошқалар. Баъзи ҳолларда иккала ковакли синусда умумий кон айланиши туфайли бошқа кўзнинг пулсацияловчи экзофталми пайдо бўлади. Уйку артерияси-ковакли фистула - бу ички уйку артерия ва калла бўшлиғи ичидаги ковакли синуснинг патологик алоқаси (бу кўпинча травматик мия шикастланиши, камрок юкумли жароҳатлар ва кон томирлари аномалиялар натижасида пайдо бўлади)

Ички уйку артериясининг девори унинг ковакли қисмида (яъни артерия ковакли синусда ўтадиган жойда) ингичка ва мўрт бўлиб, унга зарар етказиш жуда осон. Зарарланганда, юқори босим остида артериал кон ковакли синусга кириб, веноз кон билан аралашади, бу эса ковакли синусда босимнинг ошишига ва томирнинг дренаж функциясининг бузилишига олиб келади. Шу билан бирга, веноз кон кўз олмаси ва мияда тўхтаб қолади.

Синус ҳажми сезиларли даражада ошади ва кенгаяди, у орқали ўтувчи калла нервларни сиқиб чиқаради (кўзни ҳаракатлантирувчи, блокловчи, кўз, юқори жағ ва узоклаштирувчи).

Яқин атрофдаги тузилмаларнинг ўсмалари (биринчи навбатда баъзи гипофиз ўсмалари) ковакли синуснинг сиқилишига олиб келиши мумкин, бу эса ўз навбатида у орқали ўтадиган нервларнинг дисфункцияси белгилари сифатида намоён бўлади. Хусусан, бундай беморларда офталмоплегия (кўз ковоклари ҳаракатининг бузилиши) ва орбитал ва юқори жағ нервларининг иннервация зоналарида сезгирликнинг бузилиши мавжуд.

Ковакли синуснинг калла суягидан ташқари веноз тузилмалар билан кўплаб алоқалари юзнинг юмшоқ тўқималаридан калла суяғи бўшлиғига (синус тромбози ривожланиши билан) юктириш учун йўл бўлиб хизмат қилиши мумкин. Кўпинча, бу юз венаси ва кўзнинг медал бурчагидаги кўз нервлари орасидаги анастомоздир (юз веналарида клапан йўқлиғи ҳам инфекциянинг тарқалишига ёрдам беради).

Қаттиқ парданинг синуслари дурал артериовеноз малформацияларни (ДАВМ) шакллантиришда иштирок этади, улар кўпинча кўндаланг ва сингмасмон синуслар соҳасида, камдан-кам холларда юкори сагитал, тошли синусларда ёки пастки қисмида кузатилади. олдинги калла суяғи чуқурчаси (этмондал ДАВМ). Дурал артериовеноз малформациялар томирлар деворидаги дегенератив ўзгаришлар таъсирида жароҳат ёки синус тромбози туфайли ҳосил бўлади. Тўғридан-тўғри дурал артериовеноз малформациялар (ёки жароҳатдан кейинги дурал артериовеноз фистулалар) орасида анатомиянинг ўзига хос хусусиятлари туфайли энг кўп учрайдиган каротид-ковакли анастомоз мавжуд.

1.2.3. Мия қаттиқ пардаси веналари

Вена синусларини бошининг юзаки томирлари билан алоқаси

Қаттиқ парданинг қалинлигида менингеал томирлар ва веноз синуслар мавжуд (*vv. meningeae et sinus venosi*). Томирлар менингеал артерияларга жуфт бўлиб боради синус ва парасинус ёки ён лакунаси ичига очилади. Қаттиқ парданинг энг катта венаси ўрта бўйин томиридир (*v. meningea media*), у юкори бўйлама синус, понасимон-тепа суяғи синус ва қанотсимон веноз чигал билан умуртка тешиқ орқали боғланади (12-расмга қаранг). Катта миянинг юкори ўроғи веналари юкори сагиттал синусга ёки пастки парасинусга тушади. Мия ярим ойининг пастки қисми веналари чигалларини ҳосил қилиб, пастки сагиттал синусга, катта мия нервига ва тўғри синусига очилади. Қаттиқ парданинг антеролатерал юзасидан кон тўплайдиган томирлар қанотсимон-бош суяғи синусига оқиб чиқади (12-расмга қаранг). Мияча чодир веналари (*vv. tentorii cerebelli*) конни миянинг энса бўлагининг пастки медал юзасидан, миячанинг юкори юзасидан ва миячанинг юкорибўлағи ён юзасидан,

трансверс синус ва синус дренажгача пастга тушишида иштирок этади.

Мия ва унинг мембраналаридан веноз қоннинг асосий қисми синуслар орқали ички бўйин венасига оқади (6-расмга қаранг). Вена қонининг озгина қисми умуртка ва канотсимон веноз чигалларга оқади. Бундан ташқари, эмиссар веналар (*vv. emissariae*) ва диплоик веналар (*vv. diploicae*) билан синусларнинг анастомозлари орқали миядан ва унинг пардаларидан веноз қон бош ва бўйиннинг юзаки томирларига оқиши мумкин (расмга қаранг). 2, 12-14).

Диплоик ва эмиссар веналар. Веноз синусларини бошнинг юзаки веналари билан туташishi диплоик ва эмиссар веналар орқали амалга оширилади (13-расм, 14).

Диплоик веналар (*vv. diploicae*) кенг, дарахтга ўхшаш тарвакайлаб, эндотелий билан ўралган, бош суягининг юмшук моддасининг суяк каналларида ўтади, клапанлари йўқ ва кесилганда кулаб тушмайди (13-расмга қаранг). Диплоик веналарнинг ташқи бўшашган қобиғида лимфоид тўқима билан тўлдирилган уяли бўшлиқлар мавжуд.

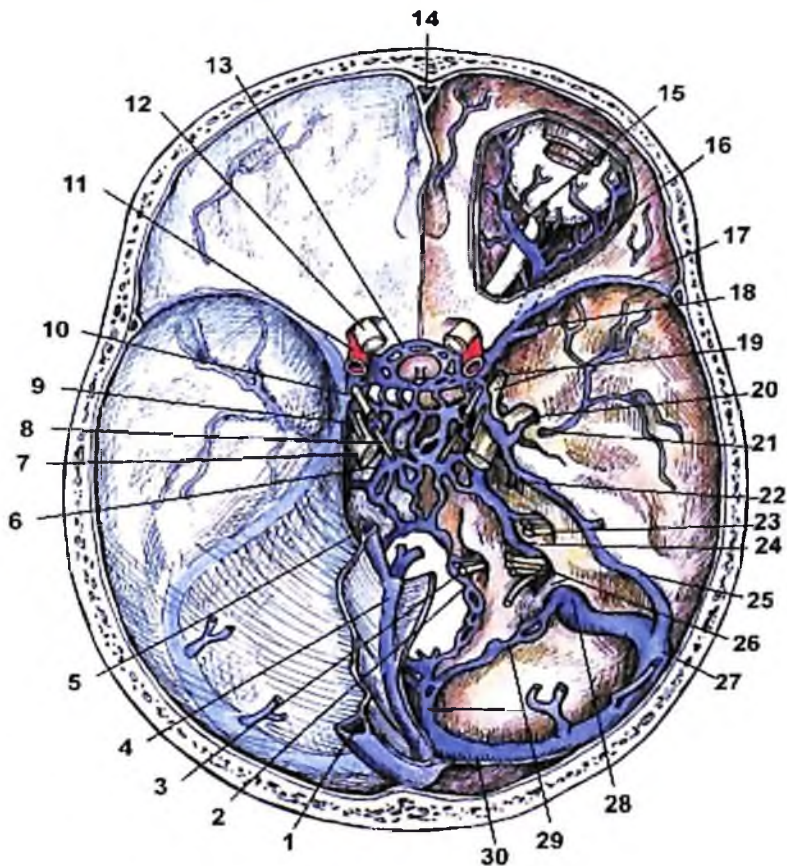
Фронтал диплоик веналар (*vv. diploicae*) фронтал суяк тарози қалинлигида ўтиб, юқори сагиттал синус ва кўз усти веналарини бирлаштиради.

Пешона диплоик венаси (*v. diploica temporalis anterior*) канотсимон-бош суяги синуси ва чуқур чакка венасини бирлаштирган ҳолда, калла олд суяк тангачаларининг ён қисмида шохларга бўлиниб кетади.

Энса орқа диплоик венаси (*v. diploica temporalis posterior*) канотсимон ва бош суякларнинг қалинлигида жойлашган бўлиб, кўндаланг синус ва орқа кулок венасини бирлаштиради.

Энса диплоик венаси (*v. diploica occipitalis*) - диплоик венанинг энг кенг қисми - энса суяк қалинлигида жойлашган бўлиб, кўндаланг синус ва энса венаси ўртасида анастомоз ҳисобланади.

Эмиссар веналари (*vv. emissarii*) ёки битирувчилар, диплоик веналардан фарқли ўларок, бош суягининг суяк каналлари орқали веноз синусларни ва калла ташқи веналарини бирлаштиради (2, 14-расмларга қаранг). Улардаги қон оқими калла ички босимининг маҳаллий тебранишларига қараб қарама-қарши оқимига йўналтирилиши мумкин.



12 расм. Бош суяғи асоси веналари ва веноз синуслари: 1 – юқори сагиттал синус кесмаси; 2 – ёнбош синус; 3 – тил ости нерви ва тил ости канали веноз чигаллари; 4 – тўғри синус; 5 – пасти сагиттал синус кесмаси; 6 – базиляр веноз чигал; 7 – уч шохли нерв илдизчаси; 8 – узоклаштрувчи нерв; 9 – блокловчи нерв; 10 – кўзни ҳаракатлантирувчи нерв; 11 – ички уйқу артерияси; 12 – кўриш нерв; 13 – олдинги коваклараро синус; 14 – юқори сагиттал нерв бошланиш сегменти кесими; 15 – юқори кўз венаси; 16 – кўз ёши венаси; 17 – понасимон –бош суяк синуси; 18 – юзаки ўрта мия венаси; 19 – ковакли синус ва юқори жағ нерви; 20 – пастғи жағ нерви ва овал тешикнинг веноз чигали; 21 – ўрта менингеал вена; 22 – юқори тош вена оғзи (Dandy); 23 – ички эшитиш йўлағи, VII–VIII нервлар ва лабиринт венаси; 24 – пастки тош синус; 25 – ювориғи тош синус; 26 – бўйинтурук тешиғи, IX–XI нервлар ва каттик парда бўйинтурук бурмаси; 27 – сигмосимон синус; 28 – бўйинтурук пиёзчаси веналари; 29 – энса синуси; 30 – кўндаланг синус [Пуцилло ва бошқалар., 2002]

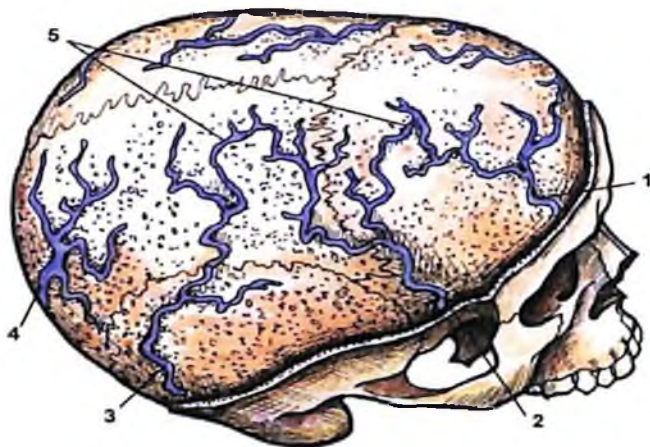


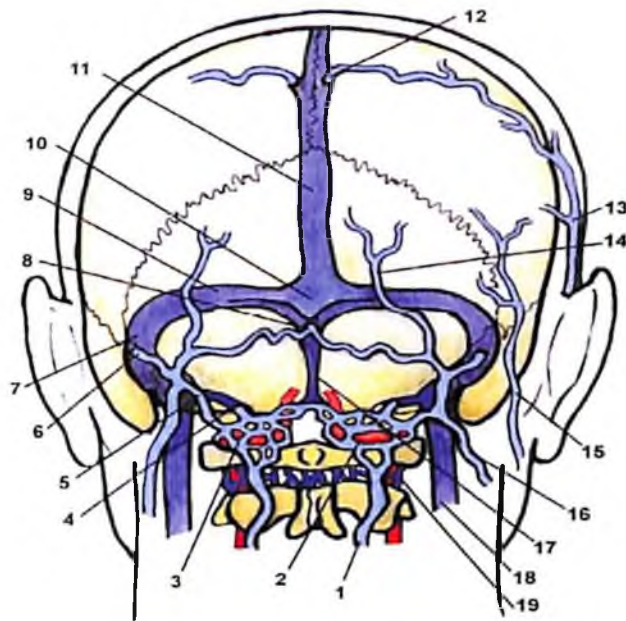
Рис. 13. Диплоик веналар: 1 – пешона; 2 – олдинги чакка; 3 – орка чакка; 4 – энса; 5 – диплоик веналараро анастомозлар [Пуцилло ва бошқ., 2002]

Бош катта суяги венаси (*v. emissaria parietalis*) орка катта суякнинг тешигидан ўтади ва юкори сагиттал синусни юзаки вена билан боғлайди. Чикарувчининг клапани бор, шунинг учун катта венасидаги кон фақат ташқарига оқиб чиқади.

Сўрғичсимон эмиссар венаси (*v. emissaria mastoidea*) чакка суякнинг сўрғичсимон каналидан ўтиб, сўрғичсимон синус ва энса венаси ўртасида анастомоз ҳосил қилади.

Энса суяги билан чегарада, сўрғичсимон ўсимтадан бироз юкорирокда сўрғичсимон тешик (*foramen mastoideum*) ёки турли ўлчамдаги бир нечта тешиклар мавжуд - бу суяк тубулаларининг тешиклари, улар орқали веноз томирлар (*v. emissariae*) ўтиш, сигмасимон синусдан оксипитал минтақанинг томирларига ва бош суяги (Г.А. Свяженинов чигали) томирларига, шунингдек энса артерия шохлари.

Ушбу тешиклар орқали орка калла чуқуридаги тешиклар баъзан бош суягининг ташки қопқаларига тарқалади. Г.А. Свяженинова чигали - бу сўрғичсимон эмиссар венаси (*v. emissaria mastoidea*) орқали миянинг каттик пардасининг сигмасимон синуси билан боғланган энса минтақанинг веналари ва сўрғичсимон ўсимта ҳосил бўлган субмандибуляр веноз чигали (*plexus venosus retromandibularis*).



14 расм. Эмиссар веналар: 1 – бўйин чуқур венаси; 2 – умуртка артерияси; 3 – умуртка артерияси ўтадиган атлант-энса синуси; 4 – дўнглик эмиссар вена; 5 – энса венаси билан атлант-энса анастомози; 6 – сўрғичсимон эмиссар вена; 7 – сигмовидный синуси; 8 – энса эмиссар венаси; 9 – кўндаланг синуси; 10 – синус окими; 11 – юкори сагитгал синуси; 12 – бош суяғи эмиссар венаси; 13 – юкори чакка юзаки венаси; 14, 16 – энса венаси; 15 – кўлок орқа венаси; 17 – энса синуси; 18 – ички бўйин венаси; 19 – умуртка венаси [Пуцилло ва бошқ., 2002]

Дўнглик эмиссар венаси (*v. emissaria condylaris*) сигмасимон синусни атлант-энса синуси билан боғлайдиган дўнглик каналдан ўтади. Энса эмиссар венаси (*v. emissaria occipitalis*) ташқи энса бўртиғи остидаги тешикдан ўтиб, синус дренажини энса венаси билан боғлайди. Вена ҳар доим ҳам топилмайди.

Қаттиқ парданинг артериялари

Қаттиқ парда асосан ташқи уйқу артериясидан ва қисман ички уйқу ва умуртка артериялариядан қон олади (15-расм). Қаттиқ парданинг қон томирлари ҳам бош суяғи суяқларини қон билан таъминлайди ва иккинчисининг ички пластинкасида босимлар (*sulci meningei*) ҳосил қилади. Худди шу номдаги олдинги, ўрта ва орқа

артерия ва томирлар калла томи соҳасидаги каттик парда калинлигидан ўтади.

Олд менингеал артерия (*a. meningea anterior*) - бу олдинги ғалвирсимон артериянинг бир бўлаги ва олдинги калла чуқурчаси каттик пардасидаги шохлардир. Ички уйқу артериянинг ковакли қисмидан қуйидаги менингеал шохчалар таркалади: менингеал шох (*r. meningeus*) ўрта калла чуқурчаси пойдеворининг медиал қисмидаги каттик парда шохчалари; чодирнинг базал шохчаси (*r. basalis tentorii*) вақтинчалик суяк пирамидасининг юқори четидан чодиргача боради; чодирнинг чекка шохчаси (*r. marginalis tentorii*) чодир чуқурчаси четига чўзилган; нишаб шохчаси (*r. clivii*) нишаб бўйлаб орқа калла чуқурчасининг каттик пардасигача боради. Ўрта менингеал артерия (*a. meningea media*) - бу мия пардаларининг энг катта артерияси. У юқори жағ артериясидан чиқиб кетади ва бош суягига умуртка тешик орқали кирмасдан олдин кўшимча шохга (*r. accessorius*) чиқаради, юмалок тешик орқали уч шохли нерв тугуни устидаги каттик пардага кириб боради. Оралик тешикда ўрта менингеал артерия умуртка нерви билан бирга ўтади (*n. spinosus*) - пастки жағ нервларининг менингеал шохлари. Бош суягига кираверишда артерия иккита шохчани чиқаради: тошли шох (*r. petrosus*), у катта тошли нерв билан бирга лабиринтага ва юқори тошли артерия (*a. tympanica superior*) билан бирга келади. Барабан бўшликка камрок тошли нерв киради. Бу ерда артерия ички уйқу артериянинг ковакли қисмининг менингеал шохлари билан анастомоз қилади. Бундан ташқари, ўрта менингеал артерия вақтинчалик суяк тангачаси бўйлаб ташқарига ва олдинга йўналтирилади ва умуртка тешикдан 10 (0-34) мм масофада уч шохга бўлинади: кўз, пешона ва бош. Кўз шохи (*r. orbitalis*) орбиталга юқори орбитал ёрик орқали ёки ёш артерия билан анастомоз қилинган канотсимон суякнинг катта канотидаги алоҳида тешик орқали ўтади. Пешона шохи (*r. frontalis*) юқорига кўтарилиб, тез-тез канотсимон суякнинг кичик каноти каналидан, ён бўлакнинг каттик пардасига ўтади ва катта миянинг ўроғига етади. Ўрта менингеал артериянинг бош шохчаси (*r. parietalis*) орқага қараб, каттик пардани юқори ва энса бўлақларнинг юқори ён юзаси билан таъминлаб, ўрок, чодир ва кўндаланг синуснинг орқа қисмларига чўзилади. Орқа менингеал артерия (*a. meningea posterior*) кўтарилган фарингеал артериянинг бир бўлаги (*a. pharyngea ascendens*) бўлиб, бош суягига

бўйини тешинги оркали кириб, орка калла чуқури каттик парданинг ўрта қисмларини озиклантиради.

Энса артериянинг сўрғичсимон шохчаси (*r. mastoideus*) сўрғичсимон тешик оркали бош суягига кириб боради ва орка энса чуқури каттик пардасининг орка ён қисмларини ва миачанинг чодирини кон билан таъминлайди.

Умуртка артериясининг олдинги ва орка менингеал шохлари (*rami meningeae anterior et posterior*) бош суягига тешик оркали кириб, пардада олд ва орка томондан чиқиб кетади. Каттик парда артериялари кўп соғли тешиклардан бош суягига қирадиган ингичка дншлонк шохларни чиқаради. Улардан энг каттаси, суяк ичига кириб, кўп марта шохланади.

Дншлода ва бош суягининг капилляр тармоғи билан анастомоз қилинади.

a. pharyngea ascendens олдинги калла чуқурчасидан чиққан кичик шохча ва *a. ophthalmica*, ва орка қисмида эса *a. pharyngea ascendens* дан чиққан шохлар бор, ва *pharyngea ascendens* дан, *a. vertebralis* ва *a. occipitalis* дан, ва *foramen mastoideum* ва *a. vertebralis* ва *a. occipitalis*

Бош суякларининг синиши кўпинча коннинг эпидурал бўшликка чиқиши ва томирнинг шикастланиши билан бирга келади, бу миачанинг сикилишига ва оғир клиник симптомларнинг ривожланишига олиб келади. Бундай ҳолларда шикастланган артерияни боғлаш зарур.

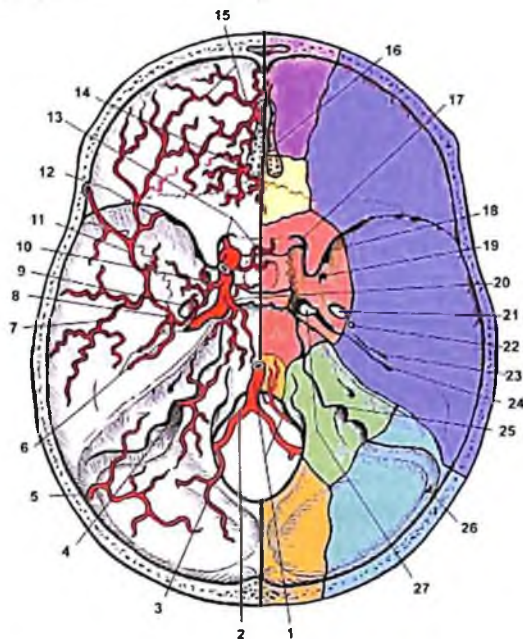
1.2.4. Мия каттик пардасининг лимфа томирлари

Каттик парданинг лимфа томирлари унинг ташки ва ички қатламлари орасида жойлашган бўлиб, лимфани бош ва бўйиннинг лимфа тугунларига олиб ўтади.

Мия каттик пардасининг нервлари

Мия каттик пардасининг иннервацияси V ва X нервларининг қопланган шохлари томонидан амалга оширилади, блокли, тил халқум, кўшимча ва тил ости нервлар иштирок этади. Кўз нервининг (*n. ophthalmicus*) тенториал шохи (*r. tentorii*) миачанинг каттик пардаси материяси ва миачанинг ўроғини иннервация қилади. Олд ва ўрта калла суяги чуқурчаси асосининг каттик пардаси, калла томи, миачанинг чодир қисмлари ва миачанинг ўроғи юқори жағ нервнинг

ўрта менингеал шохи (*r. meningeus medius*) томонидан иннервация қилинади. Юкори жағ нерви ва ўрта менингеал артерия бўйлаб тарвақайлаб кетадиган пастки асаб нерви (*n. maxillaris*) ва оғизли нерв (*n. spinosus*) (*n. mandibularis*).



15 расм. Қон таъминлайдиган каттик парда артерияси: 1 – умуртка артериясининг олдинги мененгиал шохи ва базиляр артерияси; 2 – умуртка артерияси; 3 – умуртка артериясининг орка менингеал шохи; 4 – орка менингеал артерия – бтиш артериясининг кўтарилувчи шохи; 5 – энса артериясининг сўргичсимон шохи; 6 – барабан бўшлиғи лабиринти ва ўрта менингеал артериянинг шохи; 7 – ўрта менингеал артериянинг бош суяги шохи; 8 – оғиз очигидаги ўрта менингеал артерия; 9 – ўрта менингеал артериянинг кўшимча шохи; 10 – ён уйқу ковак ўзаги ва унинг шохи; 11 – ўрта менингеал артериянинг пешона шохи; 12 – ўрта менингеал артериянинг кўз нерви; 13 – юкори гипофизар артерия ва кўз артерияси; 14 – орка галвирли артерия шохи; 15 – олдинги менингеал артерия – галвирли артерияч олдинги шохи; 16 – олфактор чуқурча; 17 – кўз канали; 18 – катта кўз тешиги; 19 – юмалок тешик; 20 – менинго гипофизар (орка уйқу ковак ўзаги) ва унинг шохлари: орка гипофизар артерия, чодир шохлари, нишаб шохлари; 21 – юмалок тешик; 22 – кириш тешиги; 23 – кичкина тош нерви канали тешиги; 24 – катта тош нерви канали тешиги; 25 – бўйинтурук тешиги; 26 – сўргичсимон тешик; 27 – текис тешик [Пуцилло ва бошк., 2002]

Орка калла чуқурининг қаттиқ пардаси Х нервининг юкори туғушнининг менингеал шохи (*r. meningeus*) томонидан иннервация қилинади.

Қаттиқ парданинги симпатик иннервацияси ўрта менингеал артерия, умуртка артерияси ва ички уйқу артериясининг ковакли қисми пернартернал чигалнининг шохлари томонидан амалга оширилади.

1.2.5. Бош мияниниң тўр пардаси

Бош мия тўр пардасининг тузилиши

Мияниниң тўр пардаси (*tunica arachnoidea*) ингичка, шаффоф, томирларсиз ва эндотелий билан қопланган бириктирувчи тўқималардан иборат (2, 16-расмларга қараңг). У орқа мия ва миёга ҳар томондан мос келади ва кўплаб арахноид трабекулалар ёрдамида ичкарида ётган юмшоқ мембранага уланади ва баъзи жойларда у билан бирлашади. Арахноид ва юмшоқ мембраналар (*arachnoidea mater et pia mater*) биргаликда лептоменикс (*leptomeningx*) деб аталади.

Тўр парда қаттиқ парданинги ички юзасига кўшни. Қаттиқ парда пастки тўр пардадан субдурал бўшлиқ билан ажралиб туради (*spatium subdurale*), бу оз миқдордаги суюқлик билан бўшашган тола билан тўлдирилган капилляр бўшлиқдир (2, 16-расмларга қараңг). Одатда, қаттиқ ва тўр пардалар ўртасида ҳақиқий бўшлиқ мавжуд эмас, аммо у патологик жараён (жароҳат, гематома, йиринглаш) натижасида пайдо бўлиши мумкин. Шуниниң учун субдурал бўшлиқ (*spatium subdurale*) потенциал ёки патологик бўшлиқ деб аталади.

Тўр парда ва юмшоқ мембраналар орасида субаракноид ёки лептоменингеал бўшлиқ (*spatium subarachnoideum, s. leptomeningeum*), мия умуртка суюқлиғи билан тўлдирилган (16-расм). Мияниниң субаракноид бўшлиғи умуртка субаракноид бўшлиққа давом этади.

Мияниниң тўр пардаси (*arachnoidea mater encephali*) мияниниң юмшоқ пардаси билан тўр парда трабекулалар, қаттиқ парда билан эса - тўр парданинги грануляциялари билан боғланади.

Тўр пардаси мияниниң чизикларини чуқурликларга кирмасдан тенг равишда қоплайди. Кўринмас майда қон томирлари тармоғи кириб боради. Парда бўртиб чиққан шаклида протрусион ҳосил

килади, улар каттик пардани тешади ва веноз синуслар билан, уларнинг ўсимталари билан (пахнон грануляцияси) алоқа қилади.

Тўр парда бўшлиғи

Тўр парда бўшлиғи (*spatium subarachnoideale*) - бу миёни суюклик билан тўлдирилган бўшлиғи. У миё атрофида оқади ва миёча, узунчок миё ва орқа миё бўйлаб давом этади.

Тўр парда бўшлиғида тўр парда каналлари ва хужайралар мавжуд. Тўр парда каналлари - диаметри 5-20 мкм бўлган тубулалар ҳавзалардан бошланиб, миё ярим шарлари эгатлари бўйлаб калла томига тўр пардага тарқалади. Тўр парда хужайралар каналлардан ташқарида жой эгаллайди, улар бир-биринга ва каналларга - миё умуртқа суюклиғи оқадиган тешикларга боғланган.

Каналлар ва хужайралар ингичка коллаген кобикларининг тўпламидан иборат бўлиб, арахноид эндотелиал хужайралар билан ўралган. Миё томирлари ва уларнинг шохлари каналлар тешиғида жойлашган бўлиб, уларда коллаген иплар ёрдамида ўрнатилади. Веналар хужайралар орасидан ўтади.

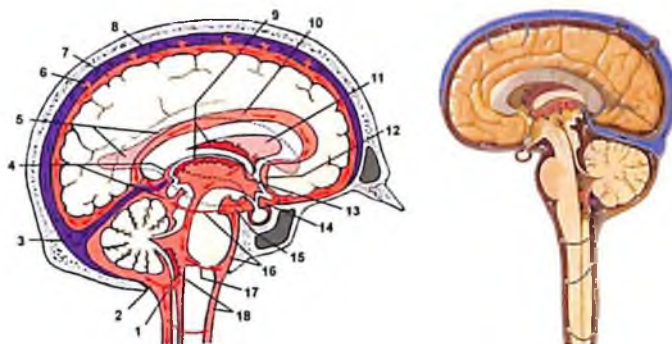
Кенгайтирилган бўшлиқ майдонларга ҳавзалар (*cisternae subarachnoideale*) дейилади. Тўр парда бўшлиғи миёнинг коринчалари ва умуртқа ипининг шу номидаги бўшлиғи билан алоқа қилади. У билан каттик парда ўртасида оз микдордаги миё умуртқа суюклиғи билан тўлдирилган ёрикка ўхшаш субдурал бўшлиқ мавжуд.

Миё тўр пардасининг ташқи юзаси кўшни каттик парда билан бирлаштирилмаган. Шу билан бирга, жойларда, асосан, юкори сагиттал синуснинг ён томонларида ва озрок даражада кўндаланг синуснинг ён томонларида, шунингдек бошқа синуслар яқинида унинг турли ўлчамдаги жараёнлари - арахноид мембрананинг тўр парда ўсимталари грануляцияси деб аталади. (*granulationes arachnoideales*), миёнинг каттик пардасига қиради ва у билан бирга - калла суяклар ёки синусларнинг ички юзасига қиради. Бу жойларда суякларда кичик ботиклар ҳосил бўлиб, улар доналар чуқурлари деб аталади; айниқса, уларнинг кўпи калла томининг сагиттал чоқи яқинида. Тўр парда грануляциялари - бу филтрлаш йўли билан веноз оқимга миё умуртқа суюклигининг оқинини амалга оширувчи аъзолардир.

Тўр парданинг ички юзаси миёга қарайди. Миё пушта қисмларининг кўзга кўринган қисмларида у миёнинг юмшқок

пардасига маҳкам ёпишади, аммо охиригача эгатлар ва ёриқлар чуқурлиғига кирмайди. Шундай қилиб, миянинг тўр пардаси гўё эгатдан эгатга ўтадиган кўприқлар томонидан ташланади ва бирлашма бўлмаган жойларда тўр парда бўшлиқлари (*cavitates subarachnoideale*) деб номланган бўшлиқлар мавжуд.

Миянинг бутун юзасининг тўр парда бўшлиқлари, орка мия сингари, бир-бири билан алоқа қилади. Баъзи жойларда бу бўшлиқлар сезиларли даражада ва тўр парда ҳавзалари (*cisternae subarachnoideae*) деб номланади. Тўр парда ҳавзалари (*cisternae subarachnoideae*) асосан бош суяғи ва миянинг пастки қисмининг ўрта чизиги бўйлаб жойлашган (16-расмга қараңг). Барча ҳавзалар ўзаро боғлиқ ва жойлашишига қараб бўлинади.



16 расм. Тўр парда ҳавзалари ва суяклик айланиш тизими: 1 – IV қоринча (Мажанди, Magendie) ўрта тешиғи; 2 – катта (дорсал мияча узунчок мия) ҳавза; 3 – синусли оқим; 4 – 4 қиррали ҳавза ва ўрта парус ҳавзаси; 5 – ён қоринчанин орка шох; 6 – тўр парда грануляциялари; 7 – тўр парда бўшлиғи; 8 – юқори сагиттал синус; 9 – учинчи қоринчаларнинг ён томирли чигали; 10 – кадок тана ҳавзаси; 11 – ён қоринчанин марказий қисми; 12 – охириги варақ ҳавзаси; 13 – қоринчалар аро тешиқ (Монро, Монго); 14 – чорраха ҳавзаси; 15 – оёқчалараро ҳавза; 16 – коплаб олувчи ва кўприк олди ҳавзаси; 17 – ён очиклик орқали IV қоринчадан кўприк қоринча ҳавзасига суякликнинг йўли (Люшке, Luschka); 18 – узунчок олд мия ҳавзаси ва IV қоринчанин томирли чигали [Пуцилло ва бошқ., 2002]

Энғ катта ҳавзалар ажралиб туради:

1) **мияча-мия ҳавзаси** (*cisterna cerebellomedullaris*) - энғ катта, мияча ва узунчок мия ўртасида жойлашган; мияча бодомсимон безлар унға қараган. Ҳавзанинғ ўртача кенглиғи 27 мм,

чуқурлиги 15 мм. Миячанинг бодомсимонлари ўртасига IV коринчанинг ўртача очиги очилади. Орка пастки мияча артерия халкалари, орка умуртка артерияларининг бошланғич қисмлари хавзасида ётади. Каудал, хавза орка мия орка хавзасига, қвер - юкори мияча хавзасига, ташқарига - ён мияча-узучок мия хавзасига ўтади;

2) *катта миянинг ён чуқурчаси хавзаси (cisterna fossae lateralis cerebri, Силвия хавзаси)* бош суягининг ён эгатида вақтинчалик, олд, бош бўлақлар ва ажралган соҳада асосий суякнинг кичик қаноти бўйлаб жойлашган мия, оёчалараро, хиязмал хавзалар ва чегара варағи хавзалари билан алоқа қилади. Кичик қанотлари соҳасида хавза учбурчак шаклга ва 15-17 мм чуқурликка эга. Хавзада ўрта мия артерияси ва чуқур ўрта мия томирлари шохлари жойлашган;

3) *оёқчалараро хавза (cisterna interpeduncularis)* миянинг оёқлари ва вақтинчалик бўлақларнинг илгаклари орасидаги кўз нервларнинг кесишиши орқасида жойлашган. Лилиеквиста (Liliequist) хавзаси мембранаси билан чекланган бўлиб, у турк эгарлари тўр парда орка суянчиғининг тўр парда мембранасидан бошланиб, иккита пластинага бўлинади. Устки ёки диэнцефал пластинка сўрғичсимон тананинг орқасига, пастки ёки мезенцефалик пластинка кўприк ва миянинг оёқларига туташган жойга бириктирилган.

Хавза бўшлиғидан ва кўзни ҳаракатлантирувчи нервлар ва орка мия томирларининг бошланғич бўлимлари ўтади. Ён томондан, хавзада ёпиладиган чуқурга, олд томондан - миянинг ён чуқурчаси ва кўз нерви кесишмасидаги хавзага ўтади, пастга қараб кўприк хавзаси билан алоқа қилади;

4) *кесишиши хавзаси (cisterna chiasmatis)* кўз нерви ва гипофиз ўзаги кесишишини қоплаб, миянинг олд бўлақлари ва кўз нервларнинг кесишиши ўртасида жойлашган. Олд томондан, у чегара плитасининг хавзаси билан, сўнгра қалок тана хавзаси билан, орқада - оёқлар орасидаги хавза билан боғланади. Хавзада олдинги мия томирларининг проксимал қисмлари мавжуд;

5) *кўприк олди хавзаси (cisterna prepontinis)* кўприк ва қиялик ўртасида ётади. Унинг узунлиги 25-30 мм, чуқурлиги 3-4 мм. Хавзадан базиляр артерияси ва олдинги пастки мияча артерияларининг бошланғич қисмлари ўтади. Оғиз орқали хавза очиклик орасидаги хавза билан, каудал равишда узунчок миягача

бўлган ҳавза билан боғланади. Ён томондан, базиляр артериясидан 3-4 мм масофада кўприк ҳавзасидан кўприк – мияча ҳавзасидан мембрана билан ажралиб туради;

6) **узунчоқ мия олди мия ҳавзаси** (*cisterna premedullaris*) узунчоқ миачанинг олд юзаси ва нишабнинг пастки қисми ўртасида жойлашган бўлиб, кўприк ҳавзасининг юқоридан пастгача давоми бўлиб, ундан қобиқ билан ажралиб туради. Ҳавза уларнинг кўшилиш соҳасидаги умуртка артериялар, олдинги орқа мия ва орқа пастки мияча артерияларининг бошланғич қисмлари, XII нервнинг илдизлари мавжуд. Пастга қараб ҳавза орқа мия олдинги ҳавзасига ўтади;

7) **кўприк-мияча ҳавзаси** (*cisterna pontocerebellaris*) мия кўприғи бурчағида жойлашган. У V–VIII калла нервларнинг илдизларини, юқори мия ва олдинги пастки мия артерияларини ўз ичига олади. Ҳавзанинг чуқурлиғи 6-8 мм га этади. Парчаланиш соҳасида ҳавза IV қоринча билан ён очилиши орқали боғланади, унинг пастки қисмида ён мияча ва чўзинчоқ-мия ярим ҳавзаларига, миачанинг юқори оёқлари бўйлаб эса - ҳавзаларни ўраб олиш ва тўрт бўртқили ҳавзани;

8) **ён мияча чўзинчоқ мия ҳавзаси** (*cisterna cerebellomedullaris lateralis*) - мияча ҳавзасининг пастга қараб давом этиши, ундан ён чўзинчоқ мия қобиғи билан ажралиб туради. Ҳавза энса тешиғига чўзилиб, орқа томондан катта ҳавзага уланади. Унда IX–XI нервларнинг илдизлари, орқа пастки мия артерия, умуртка артерияси илдизи ётади;

9) **терминал пластинка ҳавзаси** (*cisterna laminae terminalis*) хиазм ва кўз нервларидан қадок танагача чўзилиб, миачанинг ён чуқурчаси ҳавзаси билан боғланади, олдинги боғловчи артерияни ва олдинги мия томирларининг А2 бўлимларини ўз ичига олади;

10) **қадок тана ҳавзаси** (*cisterna corporis callosi*) ёки перикаллез ҳавзаси қадок тана ва миачанинг ўроғининг эркин қирраси орасидаги ярим шарлараро бўшлиқда жойлашган. Қадок тана ҳавзани ўраб турган ва тўрт бўртқили ҳавзалар билан боғланган. Ҳавзада перекаллез артериялар ўтади;

11) **ўраб турувчи ҳавза** (*cisterna ambiens*) миачанинг юқори юзасидан учинчи қоринча поғонаси ва томи қобиқда ўтказиладиган тўрт пардадан ҳосил бўлади. Ҳавза тақа шаклидаги кўринишга эга,

тўртбурчак ва мия поғоналари атрофида эгилиб, венграл равнишда оёкли хавзага ўтади. Ёппик хавзанинг ён қисмида III нерв, орқа мия, юкори мия, орқа толали артериялар ва базал вена ўтади.

Тўртбурчак устидаги хавзанинг орқа суянчик қисми алоҳида тўрт қиррали хавзага (*cisterna quadrigemina*) ажратилган бўлиб, у ерда миянинг катта венаси ва унинг ирмоқлари ётади. Мия ўзаги ва кўз йўли атрофидаги хавзанинг олд-венграл бўлими олдинги оёкли артерияни ўз ичига олган хавза (*cisterna cruralis*) деб аталади.

III қоринчанинг томи ва қадок тананинг пастки юзаси ўртасида ўраб олинган хавзанинг тор шохи орасида - оралик сузиб борадиган хавзаси (*cisterna velum interpositum*) жойлашган;

12) **уйқу артерия хавзаси** (*cisterna carotis*) ички уйқу артериясининг мия (понасимон) бўлими атрофини муфтларсимон қоплайди;

13) **ҳид билиш хавзалари** (*cisternae olfactoriae*) олдинги қалла чуқурчаси тагида жойлашган ҳид билиш йўллари қоплайди.

Бундан ташқари, хавзаларга тааллуқли бўлган бошқа йирик тўр парда бўшлиқлари мавжуд: қадок тананинг юкори юзаси ва тиззаси бўйлаб ҳаракатланадиган **қадок тапа хавзаси**; мия педункулалари ён томонлари ва ўрта миянинг томи бўйлаб ўтувчи канал шаклига эга **айланиб ўтувчи хавза** ярим шарларнинг энса бўлақлари ва юкори юзаси орасидаги мия ярим кўндаланг ёрилишининг пастки қисмида жойлашган. мияча; ўрта мия бўлақлари остида ётадиган **кўприкларнинг ён хавзаси** ва ниҳоят, кўприкларнинг базиляр эгатлари минтақасида **кўприкларнинг ўрта хавзаси**.

Миянинг тўр парда бўшлиқлари бир-бири билан, шунингдек, IV қоринча бўшлиғи билан ўрта ва ён тешиқлар орқали, иккинчиси орқали эса миянинг қолган қоринчалари бўшлиғи билан алоқа қилади. Тўр парда бўшлиқдаги миянинг турли қисмларидан мия умуртка суюқлиғи (*liquor cerebrospinalis*) тўпланади. Бу ердан суюқликнинг чиқиши периваскуляр, периневрал ёриқлар орқали ва арахноид қобиғининг доначалари орқали лимфа ва веноз йўлларга ўтади.

1.2.6. Миянинг юмшоқ ёки қон томир пардаси

Юмшоқ ёки томирли мия пардалари (*pia mater, tunica vasculosa*) ингичка бўшашган бириктирувчи тўқима билан ҳосил

бўлади, тўғридан-тўғри мия моддасига қўшилиб, унинг барча суюқликлари ва қоринчаларига кириб боради; фақат эгатлардан чиқиб турган қисмларида у тўр парда мембранаси билан чамбарчас ўсади (2-расмга қarang). Қоринчаларда у чигалларни (*plexus chorioideus*) ҳосил қилади. Қобикда миячани қон билан таъминлайдиган қон томирлари тармоғи мавжуд. Мия моддаси билан бирга томирни қўшиб, юмшоқ қобик унинг атрофида бир хил қон - томирлар асосини (*tela choroidea*) ҳосил қилади. Иккинчисида томирлар атрофида бўшлиқлар мавжуд – тўр парда бўшлиқлари билан алоқа қиладиган тор ёриқлар бор.

Миянинг кўндаланг тешигига ва миячанинг кўндаланг тешигига кириб, юмшоқ парда бу ёриқларни чегаралайдиган қисмлар орасига чўзилиб, шу билан III ва IV қоринчалар бўшлиғининг орқа қисмини ёпади. Миянинг латерал, III ва IV қоринчаларининг томир чигаллари (*plexus choroidei*) ва қон томир асослари (*tela choroideae*) миянинг юмшоқ пардаси билан боғлиқ.

Юмшоқ парда умуртка юмшоқ пардасига қараганда миянинг юзасига қамроқ маҳкам боғланган. Қобик миядан осонгина ажралиб чиқади ва у билан мия ўртасида бўшашган тўқима ва мия умуртка суюқлиғи бўлган ёриқлар топилади, бу мия усти ёки юмшоқ парда ости бўшлиғи (*spatium epicerebrale*) борлиғи ҳақида гапиришга асос беради.

Миянинг юмшоқ пардаси асосан ички уйқу ва умуртка артерияларини кузатиб боровчи чигаллардан чиққан нервлар орқали иннервация қилинади ва шу артериялар шохлари томонидан қон билан таъминланади.

2. БОБ. ОҒРИҚ СИНДРОМИ ТУШУНЧАСИ

Оғрик - бу оғрикка сезгирлик тизими томонидан амалга ошириладиган, индивидуал, вазият ва ижтимоий омилларга боғлиқ бўлган ва асосан химоя хусусиятига эга бўлган ноцицептив омиллар таъсирига жавобан пайдо бўладиган мураккаб психоэмоционал туйғудир. [4]

Оғрикнинг биологик аҳамияти.

1. Оғрик тўқималарнинг шикастланишига олиб келадиган экзоген ва эндоген таъсирлар, шунингдек органлар ва тўқималарда ҳар қандай патологик жараёнларнинг пайдо бўлиши ҳақида сигналлар беради, яъни, у химоя моҳиятига эга (физиологик оғрик). [4]

2. Узок муддатли оғрик синдроми рухий ва эмоционал бузилишларга, юрак-қон томир тизими, симпатик-адренал тизимни ишдан чиқишига ва бошқаларга олиб келиши мумкин, яъни, оғрик организм учун ҳам патоген, ҳам дизадаптив аҳамиятга эга бўлиши мумкин (патологик оғрик). [4]

2.1. Оғрик классификацияси

1. Табиати ва локализацияси бўйича:

а) Соматик - тери рецепторлари, суяклар ва бўғимларнинг бириктирувчи тўқималари, мушаклар безовта бўлганда пайдо бўлади:

- юзаки - тери ва шиллик пардаларнинг рецепторларидан келиб чиқади; - эрта - тезда пайдо бўлади ва йўқолади, аниқ локализацияга эга, химоя жавоб реакциялари бирга кечади; - кечки – яширин (латент) даврдан кейин пайдо бўлади, дарҳол йўқолмайди, маълум локализацияга эга эмас, вегетатив (титрок, санчик) ва эмоционал-аффектив реакциялар билан бирга кечади;

- чуқур - симилловчи, диффуз, вегетатив ва аффектив реакциялар билан бирга келади, бошқа жойларга тарқалади;

б) Висцерал - чуқур соматик оғрикка ўхшаш бўлиб, ички органларнинг патологиясида юзага келади (масалан, аппендицит, миокард инфаркти, буйрак, жигар коликаси ва бошқалар), аниқ локализацияга эга эмас, табиатан тарқок бўлиб, оғир кечинмалар, депрессия, ВАТ фаолиятидаги ўзгаришлар билан бирга келади. [4]

2. Бошланги вақтига кўра:

а) Бирламчи (эски номи - эпикритик) - интенсив бўлмаган, зарарлангандан сўнг дарҳол пайдо бўладиган (санчиш, уриш, кесиш ва ҳк), аниқ локализацияга, маълум бир сифат хусусиятига эга (симилловчи, санчиқли ва бошқалар), тарқалмайдиган оғрик. Бу тана қопламларининг яхлитлиги зарарланганда ва моҳиятан эрта юзаки соматик оғрикни ташкил этадига оғриқдир;

б) Иккиламчи (эски номи - протопатик) - интенсив, бир неча сонияга кечикиб пайдо бўладиган, кучайиши ва ривожланиши мумкин бўлган, узок муддатли, диффуз, ёрқин эмоционал тусга эга, сифати ноаниқ, иррадиация бўладиган оғрик. Тўқималарнинг шикастланиш даражаси билан чамбарчас боғлиқ. Бу нафақат юзаки жароҳатлардан сўнг, балки ички органлар ва чуқур тўқималар зарарланишида ҳам сезилади. Умуман олганда, бу чуқур соматик ёки висцерал оғрик билан бир хил. [4]

3. Давомийлиги бўйича:

а) Ўткир - тез давом этаётган патологик жараёнларга ҳамроҳ бўлади (аппендицит, пулпит, жароҳат ва бошқалар);

б) Сурункали - секин, узок муддат кечадиган патологик жараёнларда кузатилади (артрозлар, каузалгия, ички органларнинг сурункали яллиғланиши). [4]

4. Келиб чиқиши бўйича:

а) периферик - биологик фаол моддалар таъсирида периферик рецепторларнинг (тери, мушакларнинг) кўзғолиши натижасида пайдо бўладиган оғрик;

б) марказий - оғрик сезирлигини бошқарувчи марказий ингибитор механизмларнинг мутлак ёки нисбий етишмовчилиги натижасида пайдо бўладиган субъектив хис туйғу. [4]

2.2. Оғрик назариялари

1. *Носпецифик* - интенсивлик назарияси. Унга кўра оғрик ўзига хос, алоҳида бир туйғу эмас ва фақат оғрикли таъсирни сезадиган, ўтказадиган ва таҳлил қиладиган махсус нерв рецепторлари, трактлари ва марказлари йўқ деб тахмин қилинади. Баъзи рецепторларни таъсирлантиришга (харорат, тактил ва бошқалар) асосланган ҳар қандай сезувчанлик, агар таъсир кучи етарлича юқори бўлса (чегарадан юқори) оғриққа айланиши мумкин. Ушбу назария оғрик пайдо бўлишида асосий ролни секин ва тезкор импульсларнинг фазовий-вақт доирасида тарқалишига ёки унинг интенсивлигига юклайди. [3]

2. *Специфик*. Ушбу гипотезага кўра, оғрик кўзгатиш жараёнида махсус ноцицептив рецепторлари (ноцицепторлар), махсус оғрик афферент толалари (Аδ - ва С) ва фақат оғрик импульсларига жавоб берадиган асаб марказлари иштирок этганда пайдо бўлади. Сезиш сифатининг барқарорлиги фараз қилинади, яъни ушбу тузилмалар безовта қилингандагина оғрик пайдо бўлиши мумкин. Таъсир кучи ва ҳиссиёт ўртасидаги боғлиқлик назарда тутилган. Бирок, экспериментал маълумотлар шуни кўрсатадики, оғрикнинг турли йўлларида ёки тавсия этилган оғрик марказларида жаррохлик аралашув усуллариининг ҳеч бири унинг ўтказилишини бостира олмайди. Бундан ташқари, оғрикни қабул қилишни стимул кучига мутлақ миқдорий боғлиқлиги йўқ, психологик омилларнинг роли катта, чунки оғриксиз импульслар ҳам патологик оғрикни келтириб чиқариши ёки оғрик таъсирини кучайтириши мумкин. [3]

2.3. Оғрикни келтириб чиқарадиган омиллар

1. *Механик*: зарба бериш, эзиш, узиш, санчиш, уриш, кесиш ва ҳк. [5]

2. *Термик*: паст ҳарорат (музлаш), ҳарорат 42-45 ° С ва ундан юқори бўлиши (қуйиш). [5]

3. *Кимёвий*: а) Экзоген - кислота, ишқорлар; б) эндоген - алгоген моддалар - шикастланиш, яллиғланиш пайтида оғрик рецепторларини кўзгатади:

- Е, F, D простагландинлари - гипералгезияни келтириб чиқаради, ноцицептив воситачиси Р моддасининг чиқарилишини кучайтиради. Простагландин ва лейкотриенлар ноцицепторларни кининларга сезгир қилади;

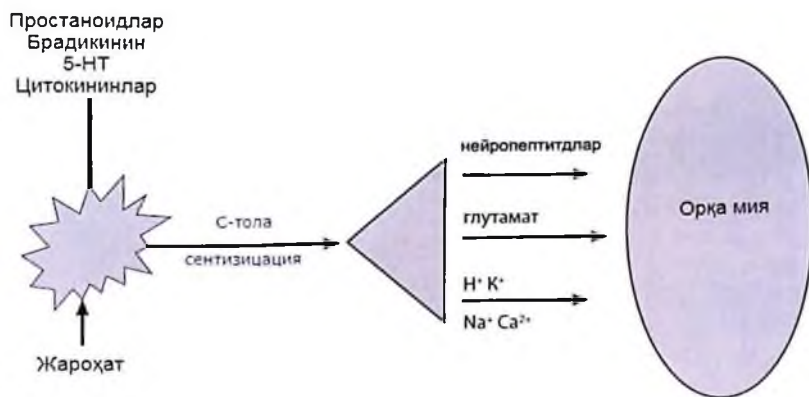
- кининлар (брадикинин) - простагландинларнинг синтезини осонлаштиради, кўп нерв ўтказгичларида (С-толаларида) импульсацияни кучайтиради ва орқа мия орқа шохи нейронларини фаоллаштиради;

- тахикининлар (Р субстанцияси) - орқа мия дорсал илдизининг афферент толаларидаги С-толалар учларида жойлашган бўлиб, афферент терминаллар даражасида ноцицептив импульсациянинг нейромедиаторидир. [5]

2.4. Оғрикнинг рецептор аппарати

1. *Специфик* (бирламчи оғрик рецепторлари ёки ноцицепторлар) - *ингичка миелинсиз С толаларининг эркин*

(капсуласиз) асаб учлари, шунингдек ингичка миелинли Ад-толаларининг учлари. Ад толалари терининг юкори кучли механик (игна санчиш) ва баъзида термик таъсирлантириш оркали кўзғаладилар. Уларнинг учлари асосан терида ва бўғимларда жойлашган. С толаларининг учлари ҳам механик, ҳам термал, ҳамда кимёвий стимуллардан таъсирланади. Хеморесепторлар ва тўкималарга зарар етказадиган оптимал рецепторлар ҳисобланиб, улар тўкималарнинг шикастланишидан келиб чиқадиган кимёвий моддалар билан фаоллашади. С - толалар марказий асаб тизимидан ташқари барча тўкималарга таркалади. Бирок, улар *pervinervorum* каби периферик нервларда мавжуд. Пулпа, шох парда, сероз мембраналарнинг париетал варақларида (корин парда, плевра, перикард) улар айниқса кўп. Ушбу мембраналарнинг висцерал варақларида ва ички органларда оғрик рецепторлари жуда оз, бундан ташқари, ички органларнинг паренхимасида фақат С-толаларининг учлари мавжуд, шунинг учун ички оғрикни локализация қилиш юзаки оғрикдан кўра кийинроқ. Чин оғрик рецепторларининг ўзига хос хусусияти уларда мослашиш қобилиятининг етишмаслиғи, яъни оғрикка "кўникмасликлари" ва оғрик стимулларига сенсibiliзация бўлиш қобилиятидир. Бу айниқса ички органларда яллиғланиш, шикастланиш кузатилганда содир бўлади. Узок муддатли каттик оғрик стимуляцияси билан оғрик рецепторлари кўзғалувчанлиғи чегараси пасаяди. [2]



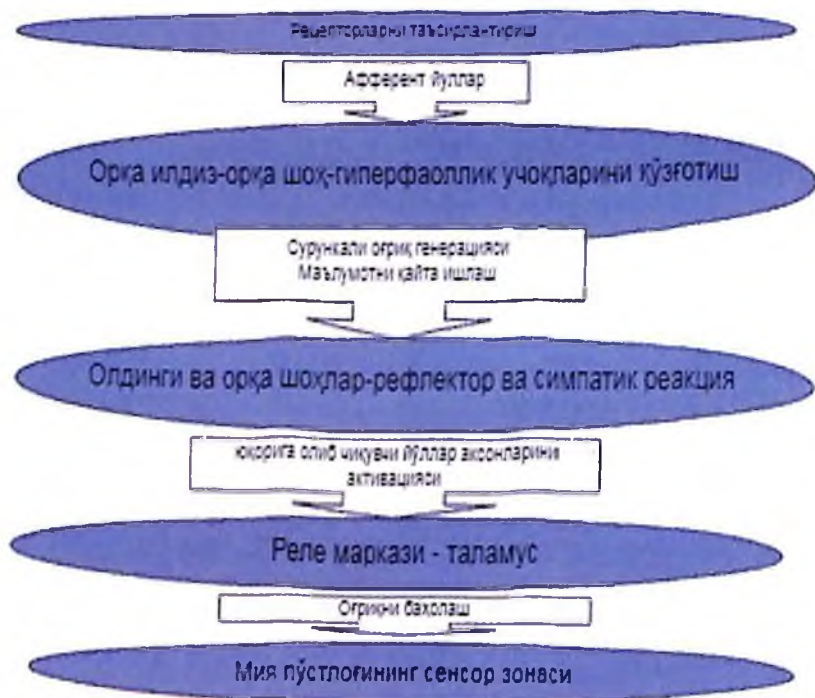
1 расм. Оғрикни периферик трансмиссияси

2. Нонспецифик полимодал оғриқ рецепторлари - тегиниш сезгирлигига эга ва кичик тегинишлар билан қўзғаладиган миелинли Аβ -толаларининг нерв учлари, шунингдек, одатда адекват даражада ўзига хос сигналларни (товуш, ёруғлик, тегиниш ва бошқалар) сезадиган ҳар қандай рецепторлари (эшитиш, кўриш ва бошқалар). Улар қўзғалувчанлиги чегараси кучи ошганда ва / ёки уларнинг сезгирлигини ошганда (яллиғланиш медиаторлари сенсбилизацияси) оғриқ реакцияси манбаи бўлиб хизмат қилиши мумкин. [2]

2.5. Оғриқни ўтказувчи аппарат

Ўтказувчи толалар:

1. А-толалар (α, γ, δ) - калин (тола калинрок бўлса, импульс ўтказувчанлик тезлиги шунча юкори), миелинли, тез ўтказувчан (тезлиги 3-45 м / с), импульс сальторал йўналади;



2 расм. Оғриқни ўтказиш йўллари.

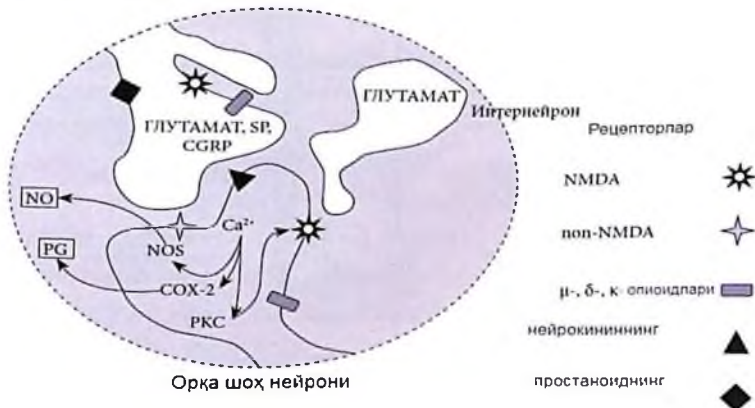
2. С-толалар - ингичка, миелинсиз, секин ўтказувчан (тезлиги 1 м / сек), импульс доимий равишда кетади, ички органларнинг иннервация қилади. [5]

Оғриққа сезgirликнинг ўтказувчи афферент йўллари.

Оғрикли хис-туйғуларни спиноталамик тракт ўтказиши, унда филогенетик жиҳатдан янгирак жой (неоспиноталамик тракт) ва кадимки (палеоспиноталамик тракт) ажратилган [5].

1. *Неоспиноталамик* (орка миyanинг латерал кордларида, tractus spinothalamicus lateralis) - тезкор оғрик сезувчанлиги ва умумий сезgirликни ўтказиши. Бу тўртта нейронли, узун аксонли, кам срилли ўтиш инстанцияларига эга тракт бўлиб, у миya ярим шари қобиғида локал тугайди ва бирламчи оғрикни ўтказишни таъминлайди. Тракт лемниск тизимига мансуб ва асосан миелинли асаб толалардан иборат. Биринчи нейронлар ўмуртка ганглийларда жойлашган бўлиб, уларнинг ўсимталари орка миya орка шохлари орқали орка миyanинг кулранг моддасида ётган иккинчи нейронларга ўтади. Уларнинг аксонлари юқоридаги сегментда кесишади ва қарама-қарши томонда вентролатерал йўллари таркибида учинчи нейронларнинг таналари жойлашган таламуснинг ўзига хос ядроларига боради (n.ventroposteriorlateralis, VPL). Бу эрдан аксонлар, ушбу трактнинг тўртинчи нейронлари жойлашган, миya ярим шарининг постцентрал бурмасига боради. [5]

Тригеминал С-тола

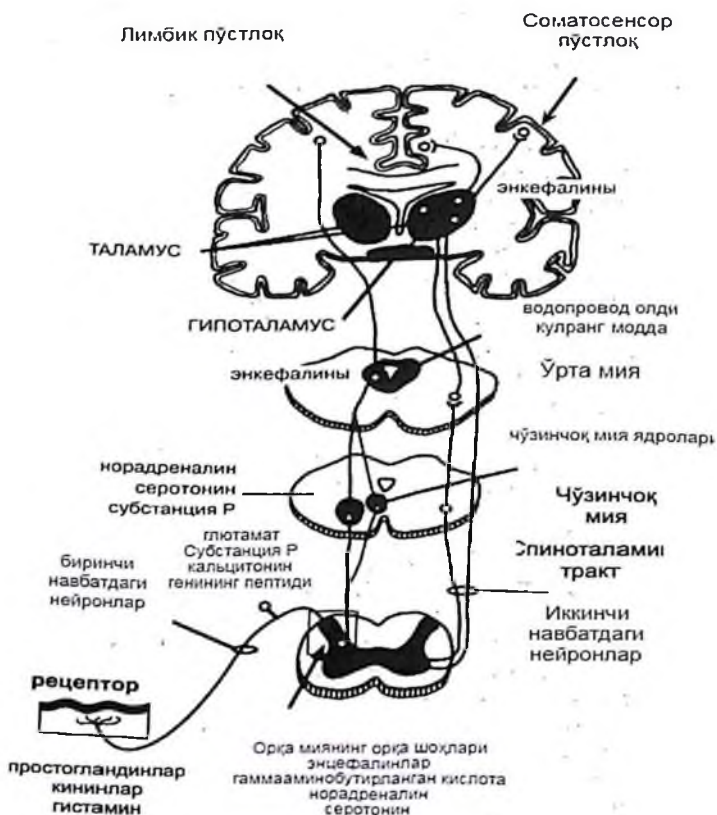


3 расм. Орка миyanинг орка шохларида ноцицепциянинг ташкил этилиши

2. *Палеоспиноталамик* (орка миyanинг олдинги кордлари орқали ўтади, tr. spinothalamicus anterior) - кўп нейронли, қисқа

аксонли, марказий асаб тизимининг турли қисмлари билан бир нечта контактларни ҳосил қилади, мия ярим шарида диффуз тугайди, иккиламчи оғриқларни ўтказади ва ҳаётга тақдид таҳлилини таъминлайди. Тракт асосан миелинсиз толалардан қурилган. Ушбу трактнинг биринчи ва иккинчи нейронлари неоспиноталамик йўли бирдир, аммо кейинчалик иккинчи нейронларнинг аксонлари ретикуляр формацияга ўтадилар, у эрда улар кўплаб алмашинувларга учрайдилар, бу эса импульснинг узокрок ўтказилишини таъминлайди. [5]

Эфферент йўллар оғриқ сезгирлигини келтириб чиқармайди, аммо оғриқга бўлган жавоб ва асосан ҳаракат реакциясини таъминлайдилар.



4 расм. Ўтказувчи асаб йўллари ва айрим ноцицепцияда қатнашувчи нейротрансмиттерлар схемаси

1. *Пирамидал (кортикоспинал) тракт.*

2. *Экстратрапирамидал тракт* - субкортикал ҳосилалардан мотонейронларга ёки чўзинчок миянинг ҳаракат ядроларига бўлган йўл. [5]

2.6. Ноцицепциянинг периферик ва марказий бузилишлари

Гипералгезия - оғрик сезувчанлигини ошириш; у бирламчи (зарарланган тўқималарни камраган) ва иккиламчи (зарар зонасидан ташқарида жойлашган) га бўлинади. [2]

Бирламчи гипералгезия оғрик рецепторларини зарар этказувчи стимул таъсирга сенситизациясига асосланади, бу эса ушбу рецепторларнинг фаоллашиш чегарасининг пасайиши ва афферент оғрик окимининг кўпайиши билан пайдо бўлади. Ўз навбатида, ноцицепторларнинг сенситизацияси шикастланиши соҳасида яллиғланишнинг БФМ тарқалиши натижасида юзага келади: тегишли ноцицепторлар билан ўзаро таъсир орқали механик ва кимёвий стимулларга таъсирчанлигини оширадиган биоген аминлар, брадикинин, простагландинлар, лейкотриенлар. Брадикининга алоҳида аҳамият берилади, у тўғридан-тўғри β_2 -рецепторлари орқали С мембрана фосфолипазасини фаоллаштиради ва билвосита турли хужайраларга таъсир қилиш орқали (эндотелиоцитлар, семиз хужайралар, макрофаглар, нейтрофиллар) яллиғланиш медиаторлари, масалан простагландинлар, ҳосил бўлишини рағбатлантиради ва улар эса мембрана аденилатциклазани фаоллаштиради. С фосфолипаза ва аденилатциклаза ион каналлари оксилларини фосфориллайдиган ферментлар ҳосил бўлишини рағбатлантиради, бу ионлар учун мембрана ўтказувчанлигининг ўзгаришига ва шунга мос равишда нерв учлари кўзғалувчанлиги ва асаб импульсларини ҳосил қилиш қобилятига ўзгаришига олиб келади. Зарар кўрган тақдирда рецепторларнинг сенситизациясини шунингдек С афферентларидан чиқарилган нейропептидлар осонлаштиради: Р субстанцияси, нейрокинин А ва бошқалар. [2].

Иккиламчи гипералгезия марказий асаб тизимининг турли даражаларида ноцицептив нейронларнинг сенситизацияси туфайли юзага келади. Бунга Сафферентларнинг турли хил зарарланиш турлари сабаб бўлиши мумкин: кимёвий, термал ва бошқалар.

Ноцицептив импульслар таъсирида пресинаптик терминаллардан нейромедиаторлар ажралиб чиқади: глутамат, аспаргат, нейропептидлар: ноцицептив нейронларнинг узок муддатли гиперактивлигини таъминловчи Р моддаси ва нейрокинин А. Нейронлар сенситизацияси атрофдаги ноцицептив импульслар тугаганидан кейин ҳам бир неча соат ёки кун давомида сақланиб туриши мумкин. [2]

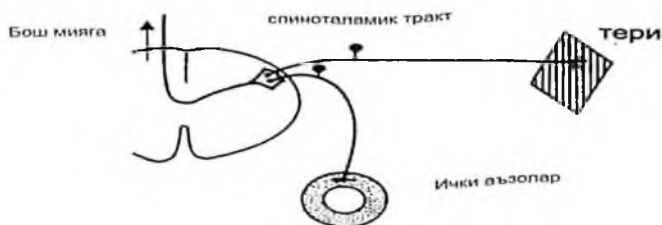
Гипоалгезия - оғриқ сезгирлигининг пасайиши. Ноцицептив нейронлар, трактлар зарарланиши, гиперпрдукция ва опиоид пептидлар таркибининг кўпайиши натижасида бўлиши мумкин. [2]

2.7. Оғриқнинг махсус турлари

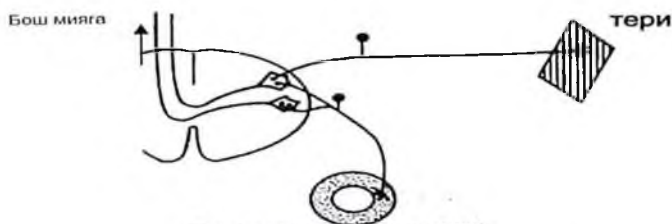
1. *Қайтарилган (иррадиацияловчи) оғриқ*

Ички органларни ноцицептив таъсирлантириш туфайли пайдо бўладиган туйғу, кўпинча бу органда эмас (ёки нафақат унда), балки узок юзаки жойларда жойлашган бўлади. Ушбу оғриқ акс эттирилган(қайтарилган) оғриқ деб аталади. У ҳар доим таъсирланган ички орган билан худди шу ўмуртка сегменти томонидан иннервация қилинган периферик соҳаларида акс этади. Бошқача қилиб айтганда, тери юзасига нисбатан оғриқ тегишли дерматомда акс этади. Кўпгина органлар бир нечта ўмуртка сегмент томонидан иннервация қилинади, бундай ҳолларда оғриқ бир нечта дерматомаларда акс этади. Улар биргаликда ушбу орган учун Гед зонасини ташкил қилади. Таникли мисол – бу юракда пайдо бўладиган оғриқ кўкрагидан чиқаётган чап қўлнинг медиал қирраси бўйлаб тарикаётгандай туюлади. Юрак пастки бўйин ва юкори кўкрак сомитлари даражасида ётқизилганлиги сабабли, ундан чиққан висцерал оғриқ ўтказгичлари орқа миянинг С3 дан Th5 сегментларигача етиб боради. Тегишли дерматомнинг хосилаларидан париетал оғриқ сезгирлиги бир хил сегментларнинг нейронларига ўтади: қўлларнинг юза тўқималарига, делтасимон минтақага ва кўкрак қафасига. Шунинг учун юрак зарарланганда оғриқ субъектив равишда чап қўл, елка камари ва курак ости соҳасини ўз ичига камраб олиши мумкин. Ушбу акс эттирилган (қайтарилган) оғриқ муҳим диагностик аломатдир. Тери ва ички органлардан келиб чиққан ва орқа миянинг ушбу сегментига қирадиган баъзи оғрикли афферентлар спиноталамик трактининг

бошланиши бўлиб хизмат қиладиган бир хил нейронлар билан боғлиқ. Бундай хужайраларнинг таъсирлантириш периферик оғрик деб талқин этилади, чунки бундай талқин тўпланган тажрибага мос келади. Ички орган касаллиғи билан ноцицептив афферентлар конвергенциясининг ушбу органдан ва тегишли дерматомдан оғрикни ўтказувчи йўлнинг нейронларига яқинлашувининг яна бир натижаси юзага келади, яъни ушбу дерматомнинг терининг гиперестезияси (юкори сезувчанлиғи) пайдо бўлади. Бунинг сабаби шундаки, ўмуртка интернейронларнинг кўзгалувчанлиғи висцерал импульслар билан кучаяди ва шу билан терининг стимуляцияси мейёрга нисбатан марказларда одатдагидан каттароқ фаолликни келтириб чиқаради (енгиллик). [1]



Конвергенция назарияси



Енгиллаштириш назарияси

5 расм. Қайталанувчи (акс эттирилган) оғрик

2. Проекцияланган оғрик

У шикастланган асабнинг иннервация соҳасида пайдо бўлади, бунда зарар етказувчи стимул таъсир қиладиган жой оғрик сезилган жойга тўғри келмайди. Масалан, тирсак асаби тери остидан юза утган соҳасига кескин кучли зарба, асаб билан таъминланадиган жойларда - дистал билан ва қўлнинг қафти минтақасида таърифлаш қийин бўлган (санчик ва шунга ўхшаш) безовталиқни келтириб

чиқаради. Шубҳасиз, тирсакдаги афферент нерв толаларида пайдо бўладиган фаоллик марказий асаб тизими (яъни бизнинг онгимиз) томонидан ушбу афферент толалар билан иннервация қилинган жойларда проекцияланади, чунки биз бундай сенсор импульслар одатда ушбу зонадаги рецепторлардан келиб чиқишини біламиз. Натижада пайдо бўлган ҳисларни талқин қилиш биз учун қийин, чунки асабни бевосита механик стимуляцияси натижасида пайдо бўладиган импульслар одатда учрамайди. Тирсагига зарба билан берилган жуда зарарсиз мисол билан бир қаторда, худди шу механизмга асосланган оғрик синдромлари мавжуд. Проекцияланган оғрик ҳисси барча органларда ва тўқималарда пайдо бўлиши мумкин. Клиникада тез-тез учрайдиган ҳолатлардан бири, бу умуртқа поғонаси дисклари шикастланиши туфайли орқа мия каналининг кириш қисмида орқа мия нервларининг қисилиши. Ноцицептив толаларда бундай ғайритабiiй тарзда пайдо бўладиган афферент импульслар, таъсирланган спинал нерв томонидан иннервация қилинган худудга проекцияланувчи оғрикни келтириб чиқаради. *Невралгия* - асаб ёки илдизнинг сурункали тўғридан-тўғри шикастланишидан келиб чиқадиган ўз-ўзидан пайдо бўладиган хуружлар (қисилиш, яллиғланиш, ҳаддан ташқари чўзиш), ўткир проекцияланган оғрикларга қараганда анча кучли. Сурункали тўғридан-тўғри асаб жароҳати оғрикни келтириб чиқаради, оғриклар кўпинча тўлқинсимон ёки хуружсимон бўлади. Айниқса, даволаниб бўлмайдиган невралгиянинг сабабсиз юзага келадиган, аниқ асаб бузилишининг аломати ёки аломати бўлмаган шакллари жуда азоб қаттиқ беради. Бундай криптоген (яъни келиб чиқиши номаълум) невралгиясининг ёрқин мисоли тригеминал невралгия бўлиб, беморга унга тоқат қилиши каби, шифокор эса уни аҳволини енгиллаши қийин. *Каузалгия* - бу шикастланган асаб томонидан иннервация бўладиган худуддаги (айниқса, ўқ яраси ҳолатида) сурункали азоб берувчи оғриклар, улар вазомотор бузилишлар ва иннервация қилинган худуддаги тер ажралиши бузилиши билан боғлиқ бўлиб, таъсирланган тўқималарда прогрессив трофик ўзгаришлар билан бирга келади. Каузалгиялар одатда оёқ-қўлларда учрайди, табиатда "қиздирувчи" характерга эга ва касал аъзоларни совуқ сувга ботириш беморларга енгиллик беради. Шу билан бирга, оғрик қолдирувчи воситалар кам самаралидир. [1]

3. Биологик маънода *патологик оғриқ* организм учун хавфли бўлиб, дизадаптив реакцияларнинг яхлит мажмуасини, ички органлар фаоллигини, химоя тизимларини, психоэмоционал бузилишларни келтириб чиқаради, одамларни *ногирон қилади*. Унинг сабаблари таркибий-функционал ўзгаришлар, оғриқ сезгирлигининг марказий ва периферик қисмлари касалликлари бўлиши мумкин: жароҳат, дистрофик жараёнлар, яллиғланиш, ўсмалар, мия ишемияси, интоксикация. Бундай оғриқ доимий, спонтан ёки пароксизмал бўлиши мумкин, бу гипералгезия, гипертатия, аллодиния билан ифодаланади (оғрикли хис хатто энгил тегиниш билан пайдо бўлади). Нерв шикастланганда оғриқ синдромининг ривожланиши ғайритабiiй эктопик фаоллик сохалари пайдо бўлишидан келиб чиқади (сигнал амплитудасининг кўпайиши ва узок давомийлиги), унинг манбан демиелинизация, асаб регенерацияси, нейрома зоналари (ион каналлар фаолиятининг бузилиши) бўлиши мумкин. Бундан ташқари, асаб толаларининг механик ва кимёвий стимулларга сезгирлиги ошади. Натижада, орка миянинг дорзал шохларидаги нейронлари ва марказий асаб тизимининг ноцицептив тузилмаларининг кўзғалувчанлиги ва реактивлиги кучаяди - патологик кучайган кўзғалиш генератори (ПКҚГ) ҳосил бўлади (Г.Н.Крижановский бўйича), бу ўзини ўзи ушлаб турувчи фаоллик ва ингибитор механизмларининг бузилиши билан тавсифланади. Патологик оғриқларга мисол қилиб таламик оғриқ синдроми, невралгия, каузалгия, фантом оғриқлар келтириш мумкин. Ампутация қилинганидан сўнг, култя охирида нейрома пайдо бўлиши мумкин, бу асаб толаларини сиқиб чиқаради, бу эса доимий импульслар генерациясини ҳосил қилади ва орка мия ва марказий асаб тизимининг юқори қисмларида тракт нейронларининг сенситизацияга олиб келади (узок муддатли жараёнда эса ПКҚГ ҳосил бўлишига олиб келади), шу жумладан мия катта ярим шарларида. Шундай қилиб, йўқолган аъзодаги оғрикли хислар бу ҳақда постцентрал бурма нейронлар даражасида ўзига хос "хотира" дир. [1]

4. Тригеминал оғриқ.

Уч шохли нерв невралгияси - бу юз оғриғининг энг кенг тарқалган ва оғир кечадиган шаклларида биридир. Тригеминал невралгиянинг ўзига хос белгилари:

1. оғрик хуружларининг юкори интенсивлиги ва киска давомийлиги;

2. триггер зоналарнинг мавжудлиги - тери ва шиллик қаватнинг юкори сезгир жойлари, уларга оғриксиз таъсир кўрсатиш ҳам юз оғриғининг ривожланишига олиб келади;

3. кўзғатувчилар ва хужумдан кейинги рефрактерлик (иммунитет) таъсирини тўхтатгандан сўнг оғрикли хуружларнинг давом этиши ёки тикланиши;

4. таъсирланган асабнинг иннервация соҳасидаги минимал сезгирликнинг бузилишлари;

5. антиэпилептик дориларнинг юкори терапевтик самарадорлиги ва анъанавий аналгетикларнинг самарасизлиги. [1]

Тригеминал невралгиянинг асосий сабаблари:

1. тригеминал асаб илдизининг қон томирлари билан сиқилиши, кўпинча - юкори кичикмия, камрок - олдинги пастки кичикмия ёки а. Vasilaris;

2. орқа краниал чуқурчаўсмалари, менингиома ва кўприкнинг глиомаси;

3. кўз ости ёки пастки жағ каналининг торлиги;

4. тиш ва гаймор синусининг касалликлари;

5. мия пардаларининг сурункали инфекциялари;

6. тарқок склероз. [1]

Уч шоҳли асаб сезгир тармоғининг сиқилиши патологик импульсларни ва кейинчалик маҳаллий демиелинацияни келтириб чиқаради. Бундай ҳолда, демиелинизация жойи эктопик импульсларнинг манбаига, шунингдек, кўзғалишни медиаторлар иштирокисиз амалга ошириладиган толалар орасидаги алоқа билан узатадиган жойга айланади. Аммо фақат ушбу ўзгаришлар сурункали пароксизмал оғрик синдромини шакллантириш учун етарли эмас. Тригеминал невралгия патогенезидаги асосий бўғин тригеминал ядроларда патологик кучайган кўзғалиш генераторини шакллантиришдир, деб ҳисобланади. Ушбу ядролардан узок вақт давомида кучайган импульслар иккиламчи генераторларнинг пайдо бўлишига олиб келади, бу эса таъсирланган тармоқнинг иннервацияси соҳасида триггер зоналари пайдо бўлиши билан бирга келади. Улар тригеминал асаб ядроларининг ҳаддан ташқари фаол нейронларининг рецептив майдонларини ташкил этади. Кичкина таъсир ҳам қўлланилганда (масалан, юз терисига енгил тегиниш), бу

нейронлар кўзғалиб, жараёнга бошка нейронларни жалб қилади ва оғрик синдроми билан намоён бўладиган синхрон разрядларни генерация қилади. Хуруждан сўнг, нейронлар кўзғалувчанлигида қиска муддатли пасайиш кузатиладид – яъни, хуруждан кейинги рефрактерлик.[1]

2.8. Сурункали оғриқли пациентларни текшириш

Оғрик синдромининг сабабини аниқлаш учун беморни тўлиқ клиник-инструментал соматик, неврологик ва психологик текшириш мажбурий ҳисобланади. Кўпгина ҳолларда, тўғри ўтказилган сўров ноцицептив, невропатик ва психоген оғрик синдромларини юкори аниқлик билан фарқлашга имкон беради. Бемор билан суҳбатлашаётганда оғрикнинг давомийлигини, унинг ўзи касалликнинг ривожланишини боғлайдиган мумкин бўлган сабабларни, шунингдек оғрик синдромининг пайдо бўлишига таъсир қилиши мумкин бўлган бошка омилларни аниқлаштириш керак. Оғрик пайдо бўлганидан бери ўтган вақт давомида беморнинг ҳаёти ва фаровонлигида нималар ўзгарганлигини билиб олишингиз керак, унинг табиати, интенсивлиги, пайдо бўлиш вақти ва давомийлиги, шунингдек локализация ва уни кўпайтирадиган ва камайтирадиган омилларни тавсифлашни аниқлаш лозим. Шунингдек, ҳаётнинг тўлиқ тарихини, ҳозирги ва бошка касалликларни, ушбу касалликни даволаш бўйича маълумотларни (самарадорлиги, унинг айрим турларига бардошлилиги) бўйича маълумот тўплаш керак. Оғрикнинг мавжудлиги беморнинг кундалик ҳаётига, унинг бошқалар билан ўзаро муносабатларига, касбий фаолиятига қандай таъсир қилганига ойдинлик киритиш муҳимдир. Гнёхвандлик ёки дори-дармон га қарамлик, ҳамроҳ руҳий касалликлар мавжудлигини (йўқлигини) аниқлаш керак.

Турли беморларнинг оғрикни турли хил таърифларига қарамай, оғрикни ҳис қилишни шаклланиши асосида патофизиологик механизмни таърифловчи хусусиятларни ажратиб олиш керак. Шундай қилиб, оғрик қолдирувчи воситаларни қабул қилиш фонида тез регрессга учрайдиган ва юзаки сезгирликнинг ўзгариши билан кечмайдиган ўткир, аниқ локализацияга эга оғрикнинг мавжудлиги ноцицептив оғрик синдромларига ҳосдир. Шикастланган асаб ёки илдизнинг иннервация зонасида сезувчанлик ўзгариши билан бирга

найза санчикли, кизиб турувчи, кам локализация килинган оғрик пайдо бўлиши периферик невропатик оғрик синдромига хос. Кўпинча, бу ҳолда, ҳатто беморни сўроқ қилишда ҳам сезгирликни бузилиш аломатларини аниқлаш мумкин: аллодиния, парестезия ва дизестезиялар.

2.9. Оғрикни баҳолаш усуллари

Оғрик интенсивлигини баҳолаш учун энг содда ва энг кўп ишлатиладиган ўлчов - бу визуал аналог шкала (ВАШ), бу 10 сантиметрли чизик бўлиб, унда беморга ҳозирда бошдан кечираётган оғрик интенсивлигига мос белги қўйиш талаб қилинади. "Оғрик йўк" ўлчовининг бошланиши ва бемор томонидан қўйилган белги орасидаги масофа сантиметр билан ўлчанади ва балларга айлантирилади. ВАШнинг бир сантиметри бир балга тўғри келади. Шу билан бирга, ВАШ ва унинг модификацияси, визуал ранг шкаласи (ВРШ), оғрикнинг тавсифловчи маълум бир қийматга эга хусусиятларини ҳар хиллигини ҳисобга олмайди. ВРШни бажарилиши ВАШ балларига мос келадиган 11 пунктдан биридаги белгини ўз ичига олади (0 балл - "оғрик йўк", 10 балл - унинг максимал интенсивлиги).

Оғрикнинг хусусиятини баҳолаш учун скрининг усуллари сифатида турли хил сўровномалардан фойдаланилади, масалан, DN 4 сўровномаси (Neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4) - FrenchNeuropathicPainGroup - D. Bouhassiraa – 2004).

Баъзи ҳолларда, периферик ва марказий асаб тизимига зарар етиши ва оғирлигини аниқлаш учун кўшимча параклиник текширув усулларида фойдаланиш мақсадга мувофиқдир.

Электронеуромиография (ЭНМГ) - бу периферик асаблар зиён кўрганлигининг диагностикаси учун стандартдир. Қўзғалишни ўтказиш тезлиги ва периферик нервларнинг мотор (М-жавоб) ва сезгир (S-жавоб) тоналари жавобларининг амплитудалари таҳлил қилинади. Соматосенсорли чакирилган потенциаллар (ССЧП) - бу бош ва ўмуртка миянинг афферент сенсор тизимларини диагностика қилишнинг универсал усули. Шундай қилиб, афферент тизимларнинг шикастланиши билан бирга келмайдиган оғрикли феноменларда, чакирилган потенциаллар асосан амплитудаларнинг кўпайиши ва латенциялар қисқариши билан тавсифланади ва

соматосенсор афферент ўтказгичлар манфаатдор бўлганда, аксинча латенциялар кўпаяди ва амплитудалар пасаяди.

Кам ҳолларда клиник амалиётда оғриқни текширишнинг бошқа нейрофизиологик усуллари қўлланилади - шартли негатив тўлқин, ҳимоя рефлексларини ўрганиш, ноцицентив флексор рефлeksi, мушакларнинг ихтиёрий фаоллигини экстероцентив супрессияси, лазер билан уйғотадиган потенциал. Позитрон-эмиссия томографияси оғриқ синдромларини ўрганиш учун усул эмас, аммо бу миянинг метаболизмни ва оғриқ синдромларидаги турли бўлимларнинг фаолиятини баҳолашга имкон беради.

2.10. Оғриқни даволаш принциплари

1. Этиотроп

2. Патогенетик:

- жисмоний (массаж, енгил силлаш, совутиш) - тактил ва терморецепторларга таъсир → қалин миелин толаларини фаоллаштириш → “дарвоза ёпиқ”

- физиотерапия (динамометрия, индуктотермия);

- фармакологик: - асаб учларига таъсири - ностероид (ғиёҳванд бўлмаган) аналгетиклар (простагландинлар-оғриққа сезгирлик метиаторлари синтезини блокировка қилиш) - асаб учлари ва периферик нервларга таъсир қилиш – маҳаллий анестетиклар (натрий киришини тўсиб қўйиши сабабли асаб толаси бўйлаб кўзгалиш ўтказилишини бузади → таъсир потенциали тарқалмайди) – ўтказувчи йўлларга таъсир - ўмуртқа анестезияси - оғриқ импульсларини таҳлил қиладиган марказий асаб тузилмаларга таъсир қилиш – наркотик аналгетиклари ("кириш назорати" тизимини фаоллаштириб ва эмоциноген тузилмаларга таъсир қилиш орқали оғриқ ҳиссиётига муносабатни ўзгартиради - унга бефарқ қилади) - барча сезгир тизимларнинг энг юқори даражаси сифатида мия ярим шарларига таъсир қилиш - наркоз;

- нейрохирургик - асабларни кесиш, тахминий оғриқ трактлари, оғриқни ҳис қилиш учун жавоб берадиган мия марказларини йўқ қилиш. Бу усул кам самара беради, чунки маҳсус оғриқ тузилмалари мавжуд эмас. [4]



6 расм. Невропатик оғриқни даволаш принциплари.

3 БОБ. БОШ ОҒРИҚЛАРИ

Бош оғриқлари (БО) - беморларнинг энг кўп шифокорга мурожаат қилингандаги шикоятларидан бири. Бош оғриғи мултидисциплинар тиббий муаммо бўлиб, нафақат бош минтақасида жойлашган патологик жараёнларнинг аломати, балки кўплаб соматик ва психоген касалликларнинг етакчи симптоми ҳам бўлиши мумкин.

Барча **БО** ларни *бирламчи* (оғриқнинг органик сабабини аниқлаш имкони бўлмаганда), *иккиламчи* (мия ёки бошқа органлар ва тизимларнинг органик шикастланишлари туфайли), шунингдек *краниал невралгия ва юз оғриғига* ажратиш мумкин.

3.1. Бош оғриқларнинг халқаро классификацияси

(**БОХК, 3-чи нашр, 2013 й.**):

I қисм. Бирламчи бош оғриғи:

1. Мигрен.
2. Зўриқиш (кучланиш) бош оғриғи.
3. Тутамли (кластер) бош оғриғи ва бошқа тригеминал вегетатив (автоном) цефалгиялар.

4. Бошқа бирламчи бош оғриқлар.

II қисм. Иккиламчи бош оғриғи:

5. Бош ва / ёки бўйиннинг жароҳати ёки шикастланиши билан боғлиқ бош оғриғи.
6. Мия ва бўйиннинг қон томирлари зарарланиши билан боғлиқ бош оғриғи.
7. Қон томирлари билан боғлиқ бўлмаган интракраниал зарарланишлар оқибатидаги бош оғриғи.
8. Турли хил моддалар ёки уларни олиб ташлаш билан боғлиқ бош оғриғи.
9. Инфекциялар билан боғлиқ бош оғриғи.
10. Гомеостазнинг бузилиши билан боғлиқ бош оғриғи.
11. Бош суяги, бўйин, кўз, кулоқ, бурун бўшлиғи, синуслар, тишлар, оғиз бўшлиғи ёки бош суяги ва юзнинг бошқа тузилмалари патологияси билан боғлиқ бош ва юз оғриғи.
12. Рухий бузилишлар билан боғлиқ бош оғриқлар.

III қисм. Краниал невралгиялар, юзнинг марказий ва бирламчи оғриқлари ва бошқа бош оғриқлар:

13. Оғрикли краниал невропатиялар ва юзнинг бошқа оғриклари.

14. Бошқа бош оғриклар.

БОШ ОҒРИҒИНИ КЛАССИФИКАЦИЯСИ. АСОСИЙ СИНФЛАР (ИНС)

1 Мигрен

2. Тензион бош оғриғи (кучланиш бош оғриғи)

3. Кластерли бош оғриғи ва сурункали пароксизмал гемикрания.

4. Тузилмаларнинг шикастланишлари билан боғлиқ бўлмаган турли хил бош оғриклар (ташки сикилиш, совук, организм. хавфсиз йўтал оғриклари).

5. Бош жароҳати туфайли бош оғриғи.

6. Қон томир касалликлари туфайли бош оғриғи.

7. Қон томирлари билан боғлиқ бўлмаган интракраниал касалликлар туфайли бош оғриғи.

8. Турли моддаларга таъсир қилиш ёки уларнинг тўсатдан йўқлиги натижасида (абузус) бош оғриғи.

9. Мия ташқарисидаги инфекциялар натижасида келиб чиққан бош оғриғи.

10. Метаболик бузилишлар туфайли бош оғриклар(гипоксия, гиперкалция).

11. Бош суяги, бўйин, кўз, кулок, бурун, синуслар, тишлар, оғиз бўшлиғи ёки бошқа юз ёки краниал тузилмалар касалликлари туфайли бош ёки юз оғриғи.

12. Оксипитал ва краниал нервларнинг невралгияси.

13. Таснифланмаган бош оғриғи.

3.2. Умумий характеристика и диагностика принциплари

БО нинг бирламчи шаклларида анамнез, физикал ва неврологик текширувлар, шунингдек қўшимча тадқиқот усуллари оғрикнинг органик сабабини очиб бермайди, яъни БО нинг иккиламчи табиатини истисно қилади. Иккиламчи БОга цефалгия бошланиши ва касалликнинг бошланиши ўртасидаги яқин вақт муносабатларнинг мавжудлиги, касалликнинг кучайиши билан КБОинг клиник кўринишини кучайиши ва симптомлар камайганда ёки касаллик даволанганда цефалгия кечишининг енгиллашиши хосдир. БО сабаби анамнез, физикал ва неврологик текширувлар, шунингдек қўшимча тадқиқот усуллари ёрдамида аниқланиши мумкин.

Иккиламчи бош оғриғининг юзага келиш сабаблари қуйидагича бўлиши мумкин:

1. Экстракраниал касалликлар:

- каротид ёки вертебрал артерия деворини парчалаш;

- орқа мия бўйин қисми патологияси;

- гипотензив бош оғриғи ривожланиши билан ликворея;

- глаукома;
- синусит;
- темпоромандибуляр бўғимнинг дисфункцияси.

2. Интракраниал бузилишлар:

- мия шиши ва ҳажмли хосилалар;
- Арнолд-Киари синдроми;
- интрацеребрал, субдурал, субарахноидал қон кетиш;
- идиопатик интракраниал гипертензия;
- инфекциялар (энцефалит, менингит);
- окклюзион гидроцефалия;

- қон томирларининг бузилиши (масалан, мойя-мойя касаллиғи, васкулитлар, қон томир аномалиялари, веноз синус тромбози).

3. Тизимли бузилишлар:

- ҳавфли артериал гипертензия;
- бактеремия, иситма;
- гиперкапния;
- гипоксия.

4. Доривор ва токсик моддалар:

- аналгетиклар, кофенини бекор қилишда(рикошет синдроми);
- нитратлар;
- протон насос ингибиторлари.

Неврологик текширув. Аксарият бирламчи БО билан касалланган беморларда текширув ўтказилганда ҳеч қандай неврологик аломатлар аниқланмайди.

Бош оғриғида асосий физикал текшириш аспектилари

Шикастланиш белгиларини, мушак-пай қотиб қолган жойларини ва чакка артерия пулсациясини аниқлаш мақсадида бошни кўздан кечириш, текшириш ва палпация қилиш.

Краниал нервларни текшириш, шу жумладан кўз тубини текшириш

Оғиз бўшлиғини, тили ва танглайни текшириш

Симметрия ва ҳаракатланиш диапазони, прикус, қиренлашни мавжудлигини аниқлаш учун темпоромандибуляр бўғинларни текшириш

Бўйин лимфа тугуналарини, қалқонсимон безни палпация қилиш, уйқу артерияларини аускультация қилиш

Бўйин ҳаракатларини, менингеал симптомлар текшириш

Субокципитал минтақада ва стернооклендомастоид мушакда мумкин бўлган триггер нукталарни текшириш

Оёқ ва қўллар мушаклар кучини текшириш

Юз, қўл ва оёқларда оғрик сезгирлигини текшириш

Чуқур пай ва патологик рефлексларни (Бабинский) текшириш

Тизимли касалликларни истисно қилиш учун кулок, томок, ўпка, юрак, қорин бўшлиғини текшириш

Постурал бузилишларни ўрғаниш, позиция, қадди қомат, скелетнинг асимметриялари, елкада ва орқада мумкин бўлган триггер нукталарни текшириш

БО хуружи пайтда беморда гипертермия ва маҳаллий неврологик белгиларнинг мавжудлиги огоҳлантирувчи аломатлардир. Аммо, шифокор БО хуружларининг ҳавфсиз табиатга эгаллиги борасида шифокорда заррача шубҳа пайдо бўлганда, шунингдек куйида жадвалда келтирилган аломатлар мавжуд бўлганда, цефалгияни органик сабабини чиқариб ташлаш учун тўлиқ текширув (КТ, МРТ, ЭЭГ, УЗДГ, люмбал пункция ва бошқалар) ўтказилиши керак.

Иккиламчи бош оғриғининг «Қизил байроқчалари» (симптомлари)		
Симптомлар	Клиник намоён бўлиши	Эҳтимолий сабаблар
Тизимли	Номаълум септма, гриппга ўхшаш ҳолат, вази йўқотиш. Онкологик касаллик, иммуносупрессия, ОИВ билан оғриган беморларда биринчи бор юзага келган бош оғриғи	Бирламчи ўсма ёки метастазлар, менингит, мия абсцесси, чакка артерияни
Неврологик	Мушакларнинг заифлиги, ҳиссий бузилишлар, кузига нарсалар иккита бўлиб кўриниши, атаксия, эпилептик тутқаноқлар мавжудлигига шикоятлар. Анамнезда -жароҳат. Неврологик статусдаги ўзгаришлар	Шишлар, миянинг яллиғланиш ёки қон томир касалликлари, гематома, уйқу артериялари диссекцияси
Бирдан бошланиш	Бош оғриғи қисқа вақт ичида эпитюкори интенсивликка етади (<1 дақиқа)	Ўткир қон томир эпизоди – субарахнодал қон кетиш, инсулт, уйқу артериялари диссекцияси, церебрал вазоконстрикция синдромлари, веноз синус тромбози, гипофиз аноплексияси
50 ёшдан ошганда бошланиши	Бош оғриғи биринчи бор ёши 50 дан ошганда пайдо бўлди	Шишлар, миянинг яллиғланиш ёки қон томир касалликлари, чакка артерияни
Бош оғриғи характери ва ўзгариши	Жадалловчи бош оғриғи (сурункали қундалик бош оғриғи пайдо бўлиши). Валсальва тести	Шишлар, миянинг яллиғланиш ёки қон томир касалликлари, идиопатик интракраниал

	ва унга теги келадиган (йўтал, аксирити, тиришити) пайтларда бош оғриғининг кучайиши. Муайян позада бош оғриғининг кучайиши. Оптик асаб дискининг шиши.	гипертензия, веноз синус тромбози. Киари малформацияси, асосий ўсма ёки метастазлар, гидроцефалия. Интракраниал гипотензия синдромлари, цервикоген бош оғриғи, постурал тахикардия синдроми.
--	---	--

БО ҳақида шикоят қилган бемордан қуйндагиларни билиб олиш керак:

1. БО пайдо бўлиш вақти ва давомийлиги:
 - ҳозирги пайтда мурожаат этиш сабаблари;
 - БО биринчи пайдо бўлган вақти;
 - оғриқнинг частотаси ва унинг табиати (эпизодик ёки сурункали (доимий ёки деярли доимий));
 - БО давомийлиги.
2. БО табиати:
 - БО интенсивлиги;
 - оғриқнинг табиати (сифати);
 - ГБ локализацияси ва тарқалиши;
 - хабарчи белгилар (продром);
 - ҳамроҳлик қилувчи симптомлар;
 - постдром.
3. БО сабаблари:
 - мойиллик қилувчи омиллар (БО провокаторлари);
 - КБОи оғирлаштирадиган ва енгиллаштирадиган омиллар;
 - меросхўрлик (онла) анамнези.
4. КБОинг бемор ва кўрилган чораларга таъсири:
 - БО пайтида беморнинг хатти-ҳаракатлари;
 - БО пайтида фаолиги ва ишлаш қобилиятининг бузилиш даражаси;
 - бемор БОда қабул қиладиган дорилар ва уларнинг самарадорлиги.
5. БО хуружлари орасидаги ҳолат:
 - аҳволи (нормал ёки қандайдир аломатлар сақланиб қолади);
 - бошқа биргаликда кузатилаётган бузилишлар (коморбид);
 - эмоционал ҳолат.

Лаборатор ва инструментал тадқиқотлар. Бирламчи БОда анъанавий тадқиқот усуллариининг аксарияти (ЭЭГ, бош суяги рентгенографияси, нейровизуализация усуллари - КТ ва МРТ) маълумотсиз бўлиб чиқади, яъни улар ёрдамида ҳеч қандай патологияни аниқланмайди. Прецеребрал томирларни ултратовушли транскраниал доплер ва дуплексе сканерлашда кўплаб беморларда ўзига хос бўлмаган ўзгаришлар аниқланади: веноз чиқиши бузилиши белгилари, баъзи артериялар ҳавзаларида кон окими тезлигининг пасайиши ва умуртқа артерияларидаги кон окимиға вертеброген таъсир. Дистрофик ва тизимли ўзгаришлар кўпинча умуртқаниннг бўйини рентгенограммаларида аниқланади. КБОинг симптоматик шакллари (субарахноидал кон кетиш, транзитор ишемик хуруж ёки мия инфаркти, интракраниал ўсма ва бошқалар) гумон қилинса, қўшимча текширувлар, шу жумладан нейровизуализация ва мутахассисларнинг маслаҳатлари (нейроофтальмолог, нейрохирург, оториноларинголог) кўрсатилади.

Бош оғриғида компьютерной томография ва магнит-резонанс томографияси учун кўрсатмалар

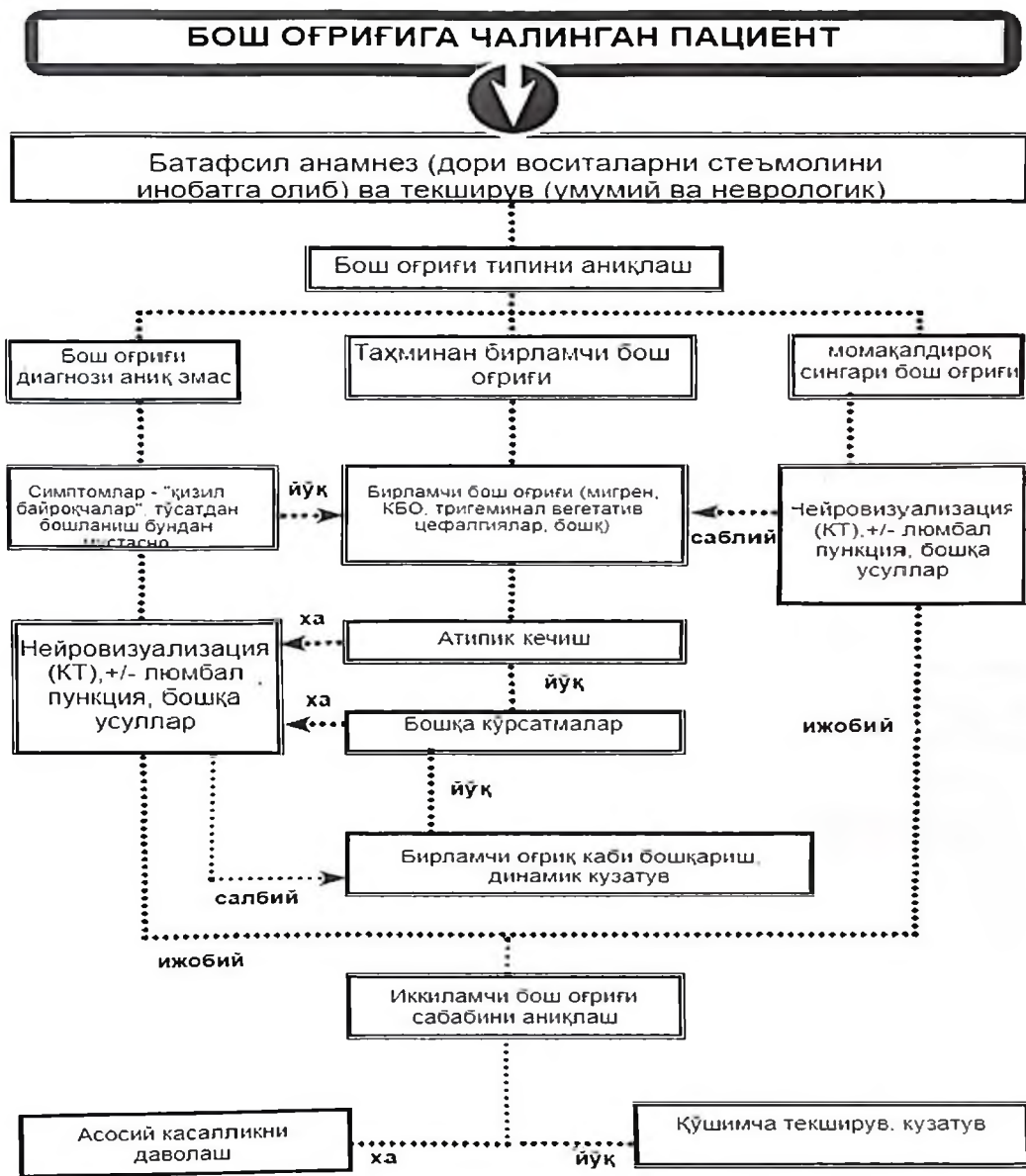
Нейровизуал текширув қўйидагиларда кўрсатилган:

1. Хулқ-атвор ва онгни бузилиши
2. Жисмоний зўриқиш, жинсий алоқа, йўтал ва аксирашда бош оғриғини пайдо бўлиши
3. Шифокор назорати остида ҳам бемор ахволини ёмонлашуви
4. Энса мушаклар ригидлиги
5. Ўчоқли неврологик симптоматика
6. Ёши 50 дан ошганда биринчи бор бош оғриғини пайдо бўлиши
7. Одатдагидан кучлироқ бош оғриғини пайдо бўлиши
8. бош оғрик характериининг ҳар доимгидан ўзгариши

Нейровизуал текширув қўйидагиларда кўрсатилмаган:

1. Анамнезе шунга ўхшаш бош оғриғини мавжудлиги
2. Хулқ-атвор ва онгни бузилишининг йўқлиги
3. Бўйин мушакларида ригидлик ва тарангликни йўқлиги
4. Органик неврологик симптомлар мавжуд эмаслиги
5. Аналгетик ва бошқа абортив медикаментлар қўлланилмасдан бош оғриғининг камайиши

БО мавжуд пациентда диагностик изланиш алгоритми 7 расмда келтирилади.



7 расм. Бош оғрининг дифференциал диагностикаси алгоритми.

3.3. Бош оғриғининг бирламчи шакллари.

БО бирламчи шаклларига куйидагилар мансуб:

1. Мигрен.
2. Кучланиш бош оғриғи (КБО).
3. Тутам (кластер) бош оғриғи ва бошқа тригеминал вегетатив цефалгиялар (ТВЦ).
4. Бошқа бирламчи бош оғриқлар.

Бундан ташқари, ушбу бўлимда сўнгги йилларда частотаси сезиларли даражада ошган ҳавфсиз иккиламчи БО шаклларида бирига – кўпинча мигрен ва КБО билан бирга кузатиладиган, дорилар томонидан чакирилган (индукцияланган), ёки *абузус бош оғриғи* (АБО)га алоҳида эътибор берилди.

3.3.1. Мигрен.

Синонимлари: аурасиз мигрен учун - оддий мигрен, *hemicrania simplex*; аурали мигрен учун - классик (мумтоз) мигрен, ассоцияланган мигрен, офталмик, гемипарестетик ёки афатик мигрен, асоратланган мигрен.

Таъриф ва эпидемиология. Мигрен - бу бош оғриғининг асосий эпизодик шакли бўлиб, кучли, кўпинча бир томонлама пароксизмал бош оғриғи, шунингдек, неврологик, ошқозон-ичак ва вегетатив кўринишларнинг турли хил комбинациялари билан тавсифланади. ЖССТ мигренни беморларнинг ижтимоий адаптациясини (мослашувини) энг кўп бузадиган 19 касаллик рўйхатига киритди.

Мигрен КБОдан кейин иккинчи ўринда туради; унинг тарқалиши аёлларда 11 дан 25% гача, эркакларда эса 4 дан 10% гача; одатда биринчи бўлиб 10 ёшдан 20 ёшгача бўлган даврда пайдо бўлади. Беморларнинг 60-70 фоизда бу касаллик ирсий характерга эгадир.

Мигрен Классификацияси.

I. Аурасиз мигрен. II. Аурали мигрен:

1. Одатий аурали мигрен:
 - а) одатий аура билан бош оғриғи;
 - б) бош оғриғи бўлмаган одатий аура.
2. Пояли аура билан мигрен.

3. Гемиплегик мигрен:

а) оилавий гемиплегик мигрен:

- 1-тур;

- 2 тур;

- 3 тур;

- бошқа жойлардаги мутациялар билан;

б) спорадик гемиплегик мигрен.

4. Ретинал мигрен.

III. Сурункали мигрен.

IV. Мигрен асоратлари:

1. Мигреноз статус.

2. Инфарктисиз персистенцияловчи аура.

3. Мигреноз инфаркт.

4. Мигреноз аурадан келиб чиққан эпилептик тутканоқ.

V. Эҳтимолий мигрен:

1. Аурасиз эҳтимолий мигрен.

2. Аура билан эҳтимолий мигрен.

VI. Мигрен билан бирга кузатилиши мумкин бўлган эпизодик синдромлар:

1. Такрорий гастроинтестинал бузилишлар:

а) циклик қусиш синдроми;

б) абдоминал мигрен.

2. Ҳавфсиз пароксизмал бош айланиши.

3. Ҳавфсиз пароксизмал тортиқолис.

Энг кўп мигрен хуружлари ривожланишига олиб келувчи хавф омиллари (триггерлар)**Ҳавф омиллари**

Гормонал	Хайз (менструация), овуляция, орал контрацептивлар, ўринни босувчи гормонал терапия.
Диетик	Алкоголь (курук кизил винолар, шампан виноси, пиво); нитритларга бой озука; моносодали глютамат; аспартам; шоколад; какао; ёнғоклар; тухум; селдир, тутилган пишлоқ; овқатни вақтида истеъмол қилмаслик.
Психоген	Стресс, стрессдан кейинги давр (ункенд ёки таътил), хавотир, хаяжон, депрессия.
Мухит	Ёрқин чирок, олов, визуал стимуляция, флуоресцент ёритиш тизими, хидлар, оби-ҳаво ўзгариши.

Уйқу билан боғлиқ	Уйқунинг етишмаслиги, кўп ухлаш
Турли	Бош мия жароҳатлари, жисмоний зўриқиш, толиқиш, сурункали касалликлар
Дори препаратлари	Нитроглицерин, гистамин, резерпин, ранитидин, гидралазин, эстроген.

Клиник хусусиятлари. Мигрен оғриғи, кўпинча пулсацияланувчи ва босимли характерга эга бўлиб, одатда бошнинг ярмини камраб, пешона ва чакка, кўз атрофида жойлашган бўлади; баъзида энса минтақадан бошланиб, пешонага олд томонга ёйилиши мумкин. Кўпгина беморларда оғрик томони хуруждан хуружга ўтишда ўзгариши мумкин. Оғрикнинг қатъий бир томонлама табиати мигрен учун атипик бўлиб, миянинг органик шикастланишини истисно қилиш учун кўшимча текширув учун кўрсатма ҳисобланади. Катталардаги хуружнинг давомийлиги одатда 3-4 соатдан 3 кунгача. Эпизодик мигренда хуружларнинг частотаси 2-3 ой ичида 1 дан ойига 15 гача ўзгариб туради; хуружларнинг энг одатий частотаси ойига 2-4.

Баъзи беморларда хуруждан бир неча соат ёки ҳатто бир неча кун олдин *продром* (бу БО хабарчилари) белгилар пайдо бўлиши мумкин, булар заифлик, кайфиятнинг пасайиши, диққатни жамлашда қийинчиликлар, баъзида аксинча, юқори фаоллик ва иштахани кучайиши, бўйин мушакларидаги тарангликни, ёруғлик, товуш ва хидни кўзғатувчи таъсирларга сезгирликни ошишини ўз ичига олади. Хуруждан кейин баъзи беморларда бир мунча вақтгача уйқучан бўлиб қолишади, умумий заифлиги ва терининг рангпарлиги, кўпинча эснаш (*постдром*) кузатилиши мумкин.

Мигреноз хуруж одатда кўнгил айниш, ёркин нурга (фотофобия), товушларга (фонофобия) ва хидларга сезгирликнинг ошиши, иштаҳанинг пасайиши билан бирга келади; қусиш, бош айланиши ва хушидан кетиш бироз камрок содир бўлиши мумкин. Кескин фото- ва фонофобия туфайли, хуруж пайтида кўпчилик беморлар тинч, сокин муҳитда қоронғи хонада бўлишни афзал кўришади.

Мигрен оғриғи одатдаги жисмоний фаолликдан, масалан, юриш ёки зинапоядан кўтарилишдан кучаяди. Болалар ва ёш

беморлар учун уйқучанликнинг пайдо бўлиши одатий ҳолдир ва уйқудан кейин БО кўпинча изсиз йўколади. 10-15% ҳолларда, хуруждан олдин мигреноз аура - мигреноз БОдан олдин ёки бошида пайдо бўладиган неврологик аломатлар мажмуаси юзага келади. Шу асосда *аурасиз мигрен* (илгари оддий мигрен) ва *аурали мигрен* (илгари ассоциацияланган мигрен) ажратилади. Аура 5-20 дақиқада ривожланади, 60 дақиқадан кўпроқ давом этмайди ва оғрикли фазанинг бошланиши билан бутунлай йўколади. Кўпгина беморларда мигрен хуружлари аурасиз бўлади, улар камдан-кам ҳолларда мигреноз аурасини бошдан кечиради ёки ҳеч қачон кечирмайди. Шу билан бирга, аурали мигрен билан оғриган одамларда айрим вақтда аурасиз хуружлар бўлади. Камдан кам ҳолларда, аурадан сўнг, мигрен хуружи содир бўлмайди (БО бўлмаган аура деб аталади).

Энг кенг куп визуал аура учрайди, унда турли хил визуал феноменлар намоён бўлади: фотопсиялар, кўз олди хира тортиши, кўриш майдонини бир томонлама йўқотиш, милтилловчи скотома ёки зигзагсимон ёруғлик чизғи пайдо бўлиши («фортификацион спектр»). Кам ҳолларда, оёқ-қўлларда бир томонлама заифлик ёки парестезия (гемипарестетик аура), нуткнинг вақтинчалик бузилиши, объектларнинг катталиғи ва шаклини идрок этиш бузилиши бўлиши мумкин ("Алиса мўжизалар мамлакатида" синдроми).

Кўпинча, аёлларда мигрен хуружлари ва ҳайз цикли ўртасида боғлиқлик кузатилади. Ҳайз кўриш билан боғлиқ бўлган хуружларнинг аксарияти аурасиз мигрен хуружларидир. Бундай хуружларни қуйидагиларга ажратиш таклиф этилади: *чин ҳайз (катемениал) мигренга* (хуружлар фақат "ҳайз кўришга яқин" даврда рўй берганда) ва *ҳайз кўриш билан боғлиқ мигренга* (ҳайз кўриш билан бирга бошқа мигрен провокаторлари таъсирида рўй бериши мумкин: об-хаво ўзгариши, стресс, спиртли ичимликлар ва бошқалар). Аёлларнинг 2/3 қисмида, ҳомиладорликнинг биринчи триместрида хуружларнинг сони бироз кўпайганидан сўнг, 2 ва 3 триместерларда мигрен хуружлари тўлиқ йўқолгунга қадар БО сезиларли даражада енгиллашади. Гормонал контрацептивларни ва ўринни босувчи гормонал терапиясини қабул қилиш пайтида бемор айлларнинг 60-80% мигреннинг оғирроқ кечишини қайд этишади.

Мигреннинг клиник турлари. Баъзи беморларда вегетатив аломатлар хуруж пайтида пайдо бўлиши мумкин: юрак уриши кучаяди, юз шишиши, титроқ, гипервентиляция белгилари (хавонинг етишмаслиги, бўғилиш хисси), кўз ёшининг оокиши, хушдан кетишдан олдинги ҳолат, хаддан ташқари терлаш. Беморларнинг 3-5 фоизида вегетатив белгилар шунчалик кўп ва ёрқинки, улар хавотир ва кўркув хисси билан одатий ваҳима хуружи даражасига етади. Бу вегетатив ёки *ваҳима мигрени* деб аталади.

Сурункали мигрен. Оддий мигрен билан касалланган беморларнинг 15-20% касалликнинг бошланишига эпизодик мигрен хос бўлиб, хуружлар частотаси йиллар давомида ҳар кунги БО пайдо бўлгунча кўпайиб боради, уларнинг табиати аста-секин ўзгариб боради: оғрик кучсизланиб боради, доимий бўлиб қолади ва баъзи одатдаги мигрен белгиларини йўқолиши мумкин. Аурасиз мигрен мезонларига жавоб берадиган, аммо 3 ойдан ортиқ вақт давомида ойига 15 кундан ортиқ учрайдиган мигренни ушбу тури сурункали мигрен деб аталади. Баъзи бошқа бузилишлар (мигреноз статус, мигреноз инфаркт, мигрен туфайли келиб чиққан тутқаноқ ва бошқалар) билан бир қаторда, БО биринчи бўлиб **БОХК-2**нинг "Мигрен асоратлари" бўлимига киритилган. Сурункали КБО билан биргаликда сурункали мигрен сурункали кундалик бош оғриғининг асосий клиник турлари ҳисобланади. Эпизодик мигренни сурункали шаклга айланишида иккита асосий омил рол ўйнаши кўрсатилган: оғрик қолдирувчи воситаларни суиистеъмол қилиш ("дори-дармон абузуси" деб номланган) ва одатда сурункали психик шикастланиш ҳолати фонида юзага келадиган депрессия.

Сурункали мигрен ташҳисини қўйишнинг энг муҳим мезонлари қуйидагилардир:

1. Кунига ёки деярли ҳар куни БО (ойига 15 кун) камида 1 ой давомида кунига 4 соат давом этади (даволанишсиз).
2. Анамнезда 20 ёшдан олдин бошланган одатдаги мигрен хуружлари.
3. Касалликнинг маълум бир босқичида (трансформация даври) БО частотасининг кўпайиши.

4. БО кунайгани сайин уларнинг интенсивлиги ва мигрен хусусиятларининг ёркинлиги (кўнгил айниш, фото- ва фонофобия) камаяди.

5. Однй мигренга хос кўзғатувчи омиллари ва бир томонлама оғрик сақланиб қолиши мумкин.

Этиология ва патогенез. Қон томирлари назариясига кўра, мигрен хуружи пайтида вазомотор бузилишларнинг тўрт босқичи кетма-кет бир-бирини алмаштиради: спазм, биринчи навбатда интрацеребрал ва ретинал артериолалар спазми; ташки уйқу артерия хавзаси томирларининг кенгайиши; қон томир деворининг шишиши; ушбу ўзгаришларнинг тесқари ривожланиши.

Нейроген концепциясига асосланиб, мигрен ривожланишида етакчи рол асаб тизими занжирининг марказий, периферик ва вегетатив қисмлари дисфункциясига тегишли. Замонавий патофизиология нуқтан назаридан хуруж ноцицептив (оғрикли) ва антиноцицептив тизимлар ўртасидаги мувозанатга, мия сопи аналгетик тизимининг пароксизмал етишмовчилигига асосланган. Мигрен хуружи пайтида мия қаттиқ қобиғи томирларининг кенгайиши кузатилади, уларнинг иннервациясида уч шоҳли асаб толалари (тригемино-васкуляр толалари деб аталади) иштирок этади. Ўз навбатида, мигрен хуружи пайтида вазодилатация ва оғрик хисси тригемино-васкуляр толалар учидан оғрикли нейропептидлар-вазодилататорлар чиқиши натижасида юзага келади, уларнинг энг муҳими калцитонин гени (CGRP) билан боғлиқ пептид ва нейрокинин А.

Шундай қилиб, тригемино-васкуляр тизимининг фаолланиши мигрен хуружини кўзғатадиган энг муҳим механизмдир. Яқинда ўтказилган тадқиқотларга кўра, бундай активация механизми мигренли беморларда бир томондан тригемино-васкуляр толаларнинг сезгирлиги (сенсibiliзацияси) ортиши, иккинчисида бош қобиғининг кўзғалувчанлиги ошиши билан боғлиқ.



8 расм. Мигренни провакацияловчи омиллар

Тригемино-васкуляр тизимни фаоллаштиришда ва мигрен хуружини кўзгатишда триггер омиллар муҳим рол ўйнайди, улар орасида энг кўп тарқалган эмоционал стресс, об-ҳавонинг ўзгариши, хайз кўриш, очлик ва жисмоний зўриқишлардир (8-расм).

Мигрен диагностикаси. Бошқа бирламчи БОда бўлгани каби, мигрен ташхиси бутунлай шикоятлар ва анамнез маълумотларига асосланади ва қўшимча тадқиқот усулларини талаб қилмайди. Ташхис қўйиш пайтида аурал ва аурасиз мигреннинг диагностик мезонларига таяниш керак.

1. Аурасиз мигрен:

А. В–D мезонларига жавоб берадиган камида 5 та хуруж.

В. Хуружларнинг давомийлиги 4-72 соат (даволашсиз ёки самарасиз даволаниш билан).

С. Бош оғриғи куйидаги хусусиятлардан камида иккитасига эга:

- бир томонлама локализация;
- пулсацияланувчи характер;
- ўртача ва сезиларли даражада бўлган оғрик интенсивлиги;
- бош оғриғи одатдаги жисмоний фаолликдан кучаяди ёки одатдаги жисмоний фаолликни тугатишни талаб қилади (масалан, юриш, зинапоёга чиқиш).

Д. Бош оғриғига куйидаги аломатлардан камида биттаси хамрох бўлади:

- кўнгил айниш ва / ёки қусиш;
- фотофобия ёки фонофобия.

Е. Бошқа сабаблар (бузилишлар) билан боғлиқ эмас.

2. Оддий аура мигреноз бош оғриғи билан:

А. В–D мезонларига жавоб берадиган камида 2 та хуруж.

В. Аура куйидаги аломатлардан камида биттасини ўз ичига олади ва харакатланиш кучсизлигини ўз ичига олмайди:

- бутунлай кайтариладиган визуал симптомлар, шу жумладан ижобий (милтиллолвчи доғлар ёки чизиқлар) ва / ёки салбий (кўриш қобилияти бузилиши);

- бутунлай кайтариладиган сезгирлик аломатлари, шу жумладан ижобий (санчиклар хисси) ва / ёки салбий (карахтлик);

- тўлик тикланадиган нуткнинг бузилиши.

С. Куйидаги аломатлардан камида 2 таси:

- гомоним визуал бузилишлар ва / ёки бир томонлама сезгирлик аломатлар;

- камида битта аура симптоми ≥ 5 дақиқада аста-секин ривожланиб боради ва / ёки турли хил аура белгилари ≥ 5 дақиқада кетма-кет пайдо бўлади;

- ҳар бир симптомнинг давомийлиги ≥ 5 дақиқа, аммо ≤ 60 дақиқа.

Д. Аурасиз мигрен учун В–D мезонларига жавоб берадиган бош оғриғи, аура пайтида ёки унинг пайдо бўлишидан 60 дақиқа ичида бошланади.

Е. Бошқа сабаблар (бузилишлар) билан боғлиқ эмас.

Кўпгина ҳолларда объектив текшириш органик неврологик аломатларни аниқламайди (3 фоиздан кўп бўлмаган беморларда кузатилади). Шу билан бирга, текширувда деярли барча мигренли

беморларда бир ёки бир нечта перикраниал мушакларда таранглик ва оғриқ аникланади - бу "миофасциял синдром" деб аталади. Юз соҳасида - бу чакка ва чайнов мушаклари, энса соҳасида - бош суягига бириккан ва бўйин орқа мушаклари, елка камари мушаклари ("палто учун вешалка" синдроми). Мушакларнинг таранглиги ва оғриқли зичлашган жойлари бошнинг энса ва бўйиннинг орқа қисмида доимий дискомфорт ва оғриқ манбаига айланади ва шу билан бирга КБО ривожланиши учун шароитларни яратиши мумкин. Кўпинча мигренли беморни объектив текшириш пайтида вегетатив дисфункция белгиларини қайд этиш мумкин: кафтлар гипергидрози, қўл бармоқларининг ранги ўзгариши (Рейно синдроми), асаб-мушак кўзгалишининг кучайиши белгилари (Хвостек симптоми). Юкорида таъкидлаб ўтилганидек, мигрен бўйича кўшимча текширувлар маълумотга эга эмас ва фақат атипик кечиш ва ушбу касалликнинг симптоматик хусусиятига шубҳа бўлган тақдирда кўрсатилади.

Кўпинча мигренни эпизодик КБОдан ажратиш (дифференциация) керак. Мигрендан фарқли ўларок, КБО билан оғриқлар одатда икки томонлама бўлади, унчалик кучли эмас, пулсацияловчи характерга эга эмас балки сиқувчи характерга эга бўлади, камдан кам кўнгил айнаш, фото- ва фонофобия каби аломатлар билан бирга келади, одатий жисмоний машқлар билан кўпаймайди.

Даволаш. Мигреннинг анъанавий терапияси иккита ёндашувдан иборат: 1) ривожланган хуружни енгиллаштириш; 2) мигрен хуружларини олдини олишга қаратилган профилактик даволаш.

Хуруждан халос бўлиш. Медикаментоз терапияси мигрен хуружининг интенсивлигига қараб белгиланиши керак. Агар беморда енгил ёки ўртача интенсивликдаги хуружлар бўлса (визуал аналог шкалада 7 баллдан кўп бўлмаган), 1 кундан ортиқ давом этмаса, оддий ёки комбинацияланган аналгетиклардан (оғиз орқали ёки шам шаклида) фойдаланиш тавсия этилади: парацетамол (500-1000 мг), напроксен (500-1000 мг), ибупрофен (200-400 мг), ацетилсалицил кислотаси (500-1000 мг), шунингдек таркибида кодеин мавжуд дорилар (Солпадеин, Седалгин-нео, Пенталгин - хуруж пайтида 1-2 таблетка). Дори терапиясини тайинлашда беморларни абузус БО (моддаларни хаддан ташқари истеъмол қилишда) ўрганиб қолиш (кодеин ўз ичига олган препаратларни

кўллашда) хавфи хакида огохлантириш керак. Ушбу хавф, айниқса, мигрен хуружлари тез-тез учрайдиган беморларда (ойинга ≥ 10) юқори бўлади.

Шуниси эътиборга лойикки, мигрен хуружи пайтида кўплаб беморларда ошқозон ва ичак атониясини ривожланиб, оғиз орқали қабул қилинган дориларнинг сингиши бузилади. Шу муносабат билан, айниқса кўнгил айниш ва қусиш мавжуд бўлганда, бир вақтнинг ўзида перисталтикани рағбатлантирадиган ва хазмни яхшилайдиган қусишга қарши воситалар кўрсатилади, масалан метоклопрамид (10-20 мг оғиз орқали, 10 мг м/и ёки в/и, ёки 20 мг шам шаклида).

Оғрикнинг юқори интенсивлиги (визуал аналог шкала микёсда 8 баллдан кўп) ва хуружларнинг узун давомийлиги (24-48 соат ва ундан кўп), триптанлар - 5НТ₁ туридаги серотонин рецепторлари агонистлари берилиши тавсия этилади. Ушбу дорилар ҳам марказий асаб тизимида, ҳам периферияда жойлашган 5НТ₁ рецепторларига таъсир этиб, оғрикли нейропептидларнинг тарқалишини тўсади, хуруж пайтида кенгайган томирларни танлаб торайтиради ва мигрен хуружини тўхтатади.

Кўплаб клиник тадқиқотларга кўра, самарадорлиги ва хавфсизлиги тасдиқланган биринчи дори бўлиб *Суматриптан* ҳисобланади. Оғрик бошланганидан кейин 1 соат ичида суматриптани кўллаш учта мигрен хуружидан иккитасини самарали равишда тўхтатиши мумкин. Суматриптаннинг энг самарали шаклларида бири *Сумамигрен* бўлиб, у мигрен КБОи ва унга алоқадор симптомларни (кўнгил айниши, қусиш, фотофобия, фонофобия) қабул қилинганидан кейин 1 соат ичида тез ва самарали равишда тўхтатишга имкон беради. Шунини таъкидлаш керакки, Сумамигрен ва бошқа триптанларнинг самарадорлиги эрта юборилганда, БО интенсивлиги заиф ёки ўртача (визуал аналог шкаласи бўйича 7 баллдан кам) бўлганда, яъни мигрен хуружи бошланганидан кейин 1 соат ичида анча юқори бўлади. Триптанларни эрта юбориш (хуружнинг биринчи аломатларида) хуружни янада ривожланишига йўл қўймайди, БО давомийлигини 2 соатгача қисқартиради, БО қайтишини олдини олади ва энг муҳими, беморларнинг ҳаёт сифатини тезда тиклайди. Бошқа триптанларнинг самарадорлиги ва хавфсизлиги ҳам шунга ўхшаш: золмитриптан, фроватриптан, наратриптан. Таблеткалар билан бир қаторда

триптанларнинг бошқа дозалаш шакллари мавжуд, масалан, назал спрейи, тери ости инъекцияси учун эритма, ректал шамлар. Триптанлар юрак-қон томир касалликлари, ичакнинг ишемик касаллиги, назоратсиз артериал гипертензия ёки оғир жигар касаллиги билан оғриган беморларда қўлланиши маън этилган. Моноаминоксидаза ингибиторларини қабул қиладиган беморларда триптанлардан фойдаланиш исталмайди. Триптанлар мигреннинг қўл оёқларда заифлик, онгни йўқотиш ва илдиз функцияларининг бузилиши билан бирга келадиган гемиплегик ва базилар шаклида қўлланилиши мумкин эмас.

Мигренни абортив терапияси учун медикаментлар

1. Аспирин
2. Ацетаминофен
3. Нурофен
4. Комбинацияланган анальгетиклар (нурофен +, солпадеин, кофетамин, кофергот ва бошқ.)
5. Ностероид яллиғланишга қарши препаратлар (напроксен, ибупрофен ва бошқ.)
6. Эрготамин (ницерголин)
7. Суматриптан ва золмитриптан (имигран, зомиг)
8. Дигидроэрготамин (дигидергот - назал спрей)
9. Адьювант воситалар (аминазин, церукал, дроперидол, мотилиум)

Хуружлар профилактикаси. Мигренни профилактик даволашда ҳар бир бемор учун касалликнинг патогенетик механизмларини, кўзғатувчи омиллар, эмоционал-шахсий ва коморбид бузилишларнинг хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда индивидуал танланадиган турли хил фармакологик гуруҳларнинг дори воситалари қиради.

Энг кўп ишлатиладиганлар: 1) *бета-адреноблокаторлар* (метопролол кунига 2-3 марта 50-100 мг, пропранолол (Анаприлин) 20-40 мг / кун); 2) *калций каналлари блокаторлари* (флунаризин 5-10 мг кечасига, нимодипин (Нимотоп) 30 мг кунига 3 марта); 3) *антидепрессантлар* (амитриптилин 50-100 мг / кун, пароксетин (Рексетин, Паксил 20-40 мг / кун), флуоксетин (Прозас, Флувал 20-40 мг / кун), циталопрам (ципрамил 20-40 мг / кун), сертралин (Золофт, Стимулотон 50-100 мг / кун); тўғридан-тўғри оғрикка қарши таъсир механизми туфайли антидепрессантларни (кичик

дозаларда) оғрик синдромларида ишлатиш беморда аниқ депрессия бўлса, мақсадга мувофиқлигини эшлаш керак; 4) *НЯҚП* ларнинг дезагрегат дозалари - ацетилсалцицил кислота (кунига 125-300 мг ҳар кун 2 марта), напроксен (кунига 2 марта 250-500 мг).

Сўнгги йилларда мигреннинг олдини олиш учун *талвасага қарши препаратлар (антиконвулсантлар)* тобора кўпроқ фойдаланилмоқда, бу уларнинг мия нейронларининг кўтарилган кўзғалувчанлигини камайтириш ва шу билан хуруж ривожланиши учун зарур шартларни йўқ қилиш қобилиятига боғлиқ. Антиконвулсантлар, айниқса, ушбу касалликнинг тез-тез учрайдиган оғир хуружлари бўлган, даволанишнинг бошқа турларига чидамли бўлган, шу жумладан сурункали мигрен, шунингдек, сурункали кучланишдаги бош оғриғига (СКБО) чалинган беморларга кўрсатилади. Ушбу дори-дармонлардан бири Топамакс(топирамат) - кунига 100 мг дозада (бошланғич доза кунига 25 мг, ҳар ҳафта 25 мг га кўпайтирилади, истеъмол режими кунига 2 марта, терапия давомийлиги 2 ойдан 6 ойгача).

Кекса ёшдаги беморларда (45-50 ёшдан кейин) вазофаол, ноотроп, антиоксидант дориларни комплекс терапия схемасига киритиш мақсадга мувофиқ: Кавинтон (винпоцетин), Вазобрал, Кортексин, Луцетам, Мексibel. Ушбу дорилар мигренга қарши махсус таъсирга эга бўлмаса-да, улар ўзининг ноотроп ва антиоксидант таъсирлари туфайли фойдали бўлиши мумкин. Агар веноз дисфункция белгилари мавжуд бўлса, веноз чиқишни яхшилайдиган дориларни қўллаш мумкин (Детралекс, Эскузан, Троксевазин). Миофасциял синдромнинг кўпроқ оғрик томонида перикраниал ва юқори елка камарининг мушакларида борлиги миорелаксантларни (Сирдалуд, Мидокалм) тайинлашни талаб қилади, чунки мушакларнинг хаддан ташқари таранглиги одатий мигрен хуружини келтириб чиқариши мумкин.

Агар мигрен билан оғриган беморнинг хуружлар аро даврда ҳолатни сезиларли даражада бузадиган коморбид касалликлар мавжуд бўлса, даволаниш нафақат оғрик хуружларини олдини олиш ва уларни тўхтатиш, балки ушбу исталмаган мигрен шерикларига қарши курашга ҳам қаратилган бўлиши керак (депрессия ва хавотирни даволаш, уйқуни нормаллаштириш, вегетатив бузилишларни олдини олиш, мушакларнинг дисфункциясига таъсир қилиш, ошқозон-ичак касалликларини даволаш). Сўнгги пайтларда

мигрен хуружларини даволаш учун қуйидагилар қўлланилмоқда: психотерапия, психологик релаксация, биологик қайталама боғланиш, пост-изометрик мушаклар релаксацияси ва акупунктура. Ушбу усуллар эмоционал-шахсият бузилиши билан кечаётган мигренли беморларда энг самарали ҳисобланади (депрессия, хавотир, намоёншкорона ва ипохондрик тенденциялар, сурункали стресс ҳолати).

МИГРЕННИ ПРОФИЛАКТИК ТЕРАПИЯСИ

Ностероид *яллигланишига* *қарши* *воситалар*

Ножўя эффектлари: кўнгил айниш, қусиш, жиғилдон қайнаши, коринда оғрик, ич келишини бузилиши, терида тошмалар

1. Нурофен 200-400 мг кунига 2 - 3 маҳал

2. Кетопрофен 75 мг кунига 3 маҳал

3. Напроксен 250-500 мг кунига 2 раза в день

Антидепрессанты

1. Трициклик, **седатив** **таъсирли**

Моневъликлар: глаукома, простата бези гиперплазияси, юрак ўтказувчанлигининг бузилиши

Амитриптилин кунига 10-150 мг

2. Ингибиторы **обратного** **захвата** **серотонина**

Ножўя таъсирлари: кўнгил айниш, диаррея, уйқусизлик, хавотир, жинсий дисфункция

Флуоксетин (прозак) кунига 10-80 мг

Бетаблокаторлар

Ножўя таъсирлари: толиқиш, меъда-ичак бузилишлари, уйқунинг бузилиши, артериал гипотензия, қўл оёқлар совуқ қотиши, брадикардия, жинсий дисфункция.

Моневъликлар: бронхиал астма, сурункали обструктив бронхит, юрак етишмовчилиги, атриовентрикуляр блокада, инсулинга қарам диабет, периферик томирлар касалликлари

Пропранолол кунига 60-160 мг

Метопролол кунига 100-200 мг

Кальций каналларининг блокаторлари

Верапамил кунига 120 - 480 мг

Артериал гипотензия, қабзият, кўнгил айнишига олиб келиши мумкин

3.3.2. Кучланиш бош оғриғи

Синонимлар: мушак таранглиги БО, психомиоген БО, стресс БО, психоген БО, идиопатик БО.

Таъриф ва эпидемиология. КБО - бирламчи БО нинг асосий шакли бўлиб, бир неча дақиқадан бир неча кунгача давом этадиган цефалгик эпизодлар билан намоён бўлади. Оғриқ одатда икки томонлама, сиқувчи ёки босимли характерга эга, енгил ва ўртача интенсивликда, одатий жисмоний юкламада кўнаймайди, кўнгил айниш билан бирга бўлмайди, аммо фотофобия ёки фонофобия кайд этилиши мумкин. Умумий популяцияда умр бўйи таркалиши, турли хил тадқиқотларга кўра, 30 дан 78% гача ўзгариб туради.

Классификация. КБО 1 ой ичида 15 кундан (ёки йил давомида 180 кун) ошмайдиган, тез-тез ва кам учрайдиши мумкин бўлган *эпизодик* (ЭКБО) ва *сурункали* (СКБО) - ойига 15 кундан ортиқ (ёки йил давомида 180 кундан ортиқ) шаклларга бўлинади. Кўпинча шифокор икки тури билан дуч келади: кўпроқ ЭКБО ва СКБО. Бундан ташқари, иккала шакл ҳам (мушаклар дисфункцияси мавжудлигига ёки йўқлигига қараб) перикраниал мушаклар кучланиши ва кучланишсиз подтипларига бўлинади.

Клиник характеристика ва диагностика. КБО билан оғриган беморлар, қонда тарикасида, оғриқларини тарқоқ, енгил ёки мўътадил, кўпинча икки томонлама, пулсацияланмайдиган, обруч ёки каска каби сиқиб турадиган қилиб тасвирлайдилар. Оддий жисмоний юкламада оғриқ кучаймайди, камдан-кам ҳолларда кўнгил айниш билан бирга келади, аммо фотофобия ёки фонофобия кайд этилиши мумкин. Оғриқ, қишқича, уйғонганидан кўп ўтмай бошланиб, кун бўйи давом этади, бир кучаяди, бир заифлашади. Юқорида таъкидлаб ўтилганидек, ЭКБО ва СКБО ўртасидаги асосий фарқ - ҳар ойда бош оғриғи бўлган кунлар сони; иккала шаклнинг бошқа клиник кўринишлари бир биринга ўхшаш.

БО билан бир каторда, КБО билан оғриган беморларнинг аксарияти вақтинчалик ёки доимий оғриқдан ёки энса соҳасида, бўйин орқасида ва елка камарида кучланиш ва дискомфорт ҳисси ҳақида шикоят қиладилар. Шунинг учун КБО билан оғриган беморни текширишнинг муҳим қисми перикраниал мушакларни ўрганишдир.

Бундан ташқари, КБО билан оғриган беморларда деярли ҳар доим ташвиш кучайганлиги, кайфиятнинг пасайиши, меланхолия, бефарқлик ёки аксинча, тажовузкорлик ва асабийлик, тунги уйқунинг сифатсизлиги ҳақида шикоятлар мавжуд. Ушбу белгилар ташвиш ва депрессив бузилишларнинг натижасидир, уларнинг

даражаси КБО бўлган беморларда енгилдан оғиргача ўзгариб туради.

Юкори депрессия олатда СКБО бўлган одамларда учрайди; у мушакларнинг кучланишини ва оғриғини саклайди, бу эса ушбу беморларда жиддий дезадаптацияга олиб келади.

КБО билан оғриган беморларнинг кўпчилигида кўшимча тадқиқотлар талаб қилинмайди. Инструментал усуллар ва мутахассисларнинг консултациялари фақат БО симптоматик (иккиламчи) хусусиятига шубҳа туғилса кўрсатилади.

Провокация қилувчи омиллар. КБО хуружининг энг муҳим провокатори бу эмоционал стресс (ЭКБОда ўткир ва СКБОда сурункали). Яна бир провокатор - бу "мушак омили": постурал таранглик (столда ишлаш, машина ҳайдаш пайтида бўйин ва бошнинг узок муддатли мажбурий ҳолати) ва бошқалар.

КБОнинг клиник турлари. Камдан кам учрайдиган ЭКБО билан беморлар камдан-кам ҳолларда шифокорга мурожаат қилишади; одатда, мутахассис кўпинча ЭКБО ва СКБОга дуч келади. СКБО - бу эпизодик КБОдан келиб чиқадиган ва бир неча дақиқадан бир неча кунгача давом этадиган БО нинг жуда тез-тез ёки хар кунлик эпизодлари билан намоён бўладиган касаллик. Сурункали мигрен каби, СКБО *хар кунлик сурункали бош оғриғининг* шаклларида бири бўлиб, у нисбатан оғир кечиши билан тавсифланади, бу хар доим беморларнинг дезадаптацияси билан боғлиқ ва натижада жиддий индивидуал ва ижтимоий-иктисодий йўқотишларга олиб келади.

СКБО билан бош оғриғи ойига камида 15 кун, ўртача 3 ойдан ортик (йилига камида 180 кун) содир бўлади. Оғир ҳолатларда беморларда оғриксиз интерваллар умуман бўлмаслиги ва кундан-кунга доимий равишда БО бошдан кечириши мумкин. СКБОнинг муҳим диагностик белгиси - бу аввалги ЭКБО тарихи (сурункали мигрен ташхисини қўйиш учун анамнезда одатий эпизодик мигреноз хуружлари талаб қилинганидек).

Тензион КБОнинг диагностика мезонлари

1. *Оғриқ локализацияси:* кўпинча икки томонлама, диффуз, айрим ҳолларда бошнинг эса-тепа ёки тепа-пешона қисмларида устуллик қилиши мумкин.
2. *Оғриқ характери* — монотон, “шлем”, “каска”, “обруч” типда қисиб турувчи.
3. *Интенсивлиги* — мўътадил, камрок интенсив, одатда жисмоний юкламада бузилмайдиган.
4. *Оғриқ ҳиссининг давомийлиги:* эпизодик шқлда 30-40 дақиқадан 7-15 кунгача; сурункалида — оғрик доимий, бир йилда 15 (180гача) кун.
5. *Ҳамроҳ симптомлар:* кам фото- ёки фонофобия, кўнгил айниш, кўпроқ иштаҳа пасайиши (анорексияга қадар), ёркин психовегетатив синдром, КБО бошқа алғик синдромлари билан бирга кузатилиши (кардиалгия, абдоминалгия).

БО сурункалаштириш омиллари. Сурункали оғриққа мойил қиладиган руҳий омиллар орасида депрессия биринчи ўринда туради. Сурункали касалликнинг иккинчи муҳим омили доридармон абузуси, яъни оғриқни камайтирувчи симптоматик воситалардан ортикча фойдаланишдир. Юкорида айтиб ўтилган *мушак омил* ҳам цефалгик синдромларнинг сурункали кечишини шаклланишига ёрдам беради. БОнинг сурункали шакллари бўлган беморлар учун облигат бўлган эмоционал стресс ва руҳий бузилишлар (депрессия ва хавотир), ўз навбатида, мушакларнинг кучланишини сақлаб, оғриқнинг давомийлигига олиб келади.

КБО ни даволаш. Бемор эмоционал ҳолатининг нормаллаштиришга (депрессияни даволаш), мушаклар кучланиши ва, агар керак бўлса, доридармон абузусини камайтиришга қаратилган комплекс ёндашув КБО кечишини енгиллаштиради ва сурункали БО олдини олади.

Антидепрессантлар, миорелаксантлар ва НСЯҚВ гуруҳидаги дорилар энг самарали ҳисобланади (охиргиларини буюрилишида, доридармон абузуси ривожланиш хавфи туфайли эҳтиёткор бўлиш лозим). СКБОнинг оғир ҳолатларини даволаш учун селектив серотонинни қайтариб олиш ингибиторлари гуруҳидаги антидепрессантлар қўлланилади. Мигрен ва КБО комбинациясида мигреннинг олдини олиш учун анъанавий воситалардан фойдаланиш керак: бета-адреноблокаторлар, калций каналларининг блокаторлари, антиконвулсанлар.

Кўпгина беморларда, айниқса оғир рухий тушқунлик (депрессия), тургун психологик конфликт ва мушаклар таранглашишида, номедикаментоз усуллар яхши самара беради: психотерапия, психологик релаксация, биологик кайта боғланиш, пост-изометрик мушаклар релаксацияси, бўйин массажи, фитнес, сув процедуралари ва бошқалар.

3.3.3. Абузус бош оғриғи.

Синонимлар: "рикошет" бош оғриғи, дори-дармон истеъмолдан бош оғриғи.

Сўнгги йилларда дори-дармон абузуси муаммоси тобора муҳим аҳамият касб этмоқда. Бу турли хил оғрик колдирувчи дориларнинг кенг қўлланилиши ва мавжудлиги билан боғлиқ. Абузус бош оғриғини (АБО) ривожланишига нисбатан потенциал хавфли дориларга қуйидагилар киради: аналгетиклар ва НСЯҚВлар, комбинацияланган аналгетик препаратлар, эрготамин ҳосилалари, серотонин агонистлари, триптанлар, опиоидлар.

Таъриф ва эпидемиология. Абузус, ёки суистеъмол қилиш, препаратлар қабул қилинган ойлардаги кунлар сони билан белгиланади. Дори-дармонларнинг қабул қилиш *частотаси ва мунтазамлиги* муҳим омил ҳисобланади. Шундай қилиб, агар диагностика мезонлари препаратни ойига камида 10 кун ишлатилишини назарда тутса, бу ҳафтада 2-3 кунни англатади.

АБО оғрик колдирувчи дориларни ойига камида 15 кун давомида 3 ойдан ортик қабул қилган беморда ойига 15 кундан ортик вақт давомида мавжуд бўлган икки томонлама БО, қисувчи ёки босимли характерга эга, енгил ёки ўртача интенсивликда намоён бўлади. Аналгетиклар ёки комбинацияланган дориларни (яъни аналгетикларни бошқа дорилар билан комбинацияси - коденн, кофеин ва бошқалар) суистеъмол қилиш билан боғлиқ бош оғриғи АБО ларнинг барча турлари орасида энг катта клиник аҳамиятга эгадир.

Таснифлаш. Дори моддаларни хаддан ташқари суистеъмол қилишдаги БО – **БОХК-3**нинг кичик бўлимларидан бири: турли хил моддалар ёки уларни бекор қилиш билан боғлиқ БО.

Ёркин ифодаланган АБО босқичда ҳар куни содир бўлади, одатда кун давомида ҳар хил интенсивликда кузатилади. У уйғониш

вақтида мавжуд бўлиб, енгилқ, мўътадил, симилловчи, икки томонлама, фронтал-оксипитал ёки диффуз деб таърифланади. Оғрикнинг сезиларли даражада кўчайиши кичик жисмоний ёки интеллектуал зўрқишида, шунингдек, дори моддаларни истеъмол қилиш тўхтатилса кузатилиши мумкин. БО оғрик колдирувчи дори-дармонлардан енгиллашиши вақтинчалик ва одатда тўлиқ эмас, беморлар томонидан дориларни қайта-қайта қабул қилиши талаб этади. Бундан ташқари, цефалгия абюзус билан бирлашганда, тўсатдан, баъзан бир кун ичида ўз хусусиятларини ўзгартириши мумкин (масалан, мигреноз оғриқлар КБО га хос белгиларига эга бўлиши мумкин).

АБО этиологияси ва ривожланиш механизми. АБОнинг асосий хавф омилли - оғрик колдирувчи воситалардан мунтазам фойдаланиш ҳисобланади. Дори моддаларни сунистеъмол қилиш билан бир қаторда АБО патогенетик омилларига аффектив бузилишлар кирати - депрессия ва хавотир, бу дориларга психологик қарамликнинг ривожланишига замин яратади.

Диагностика. БО билан оғриган беморда дори-дармон абюзусига гумон қилинса, шифокор олдида пайдо бўладиган асосий саволлардан бири: БО ва модданинг таъсири ўртасида аниқ ёки мумкин бўлган боғлиқлик мавжудми? Кўпгина ҳолларда, АБО ташхиси ушбу моддага таъсир қилиш тўхтатилгандан кейин оғрик камайгандан кейингина аниқ бўлади. Агар БО тўхтамаса ёки препаратни тўхтатгандан кейин 2 ой ичида сезиларли даражада яхшиланмаса, АБО ташхиси шубҳали ҳисобланади. Бундай ҳолатда сурункали БО нинг бошқа сабабларини излаш керак (биринчи навбатда эмоционал бузилишларни).

Аналгетиклардан ортиқча қўлланилишида бош оғриғининг диагностик мезонлари:

А. Ойига 15 кундан кўпроқ вақт давомида мавжуд бўлган, С ва D мезонларига жавоб берадиган ва қуйидаги хусусиятлардан камида биттасига эга бўлган БО.

–икки томонлама;

–босимли / сикувчи (пульсацияланмайдиган) характер;

- енгил ёки мўътадил интенсивлик.

В. Оддий аналгетикларни ойига камида 15 кун давомида 3 ойдан кўпроқ қабул қилиш.

С. БО аналгетиклардан ортикча фойдаланиш пайтида сезиларли даражада ривожланган ёки ёмонлашган.

Д. БО аналгетикларни қўллаш тўхтатилгандан кейин 2 ой ичида тўхтайти ёки олдинги ҳолатига қайтади.

АБО диагностикаси учун қўшимча тадқиқотлар талаб қилинмайди. Дори-дармон абузуси борлигини тасдиқловчи энг маълумотли усул бу бемор томонидан БО кундалигини юритиши бўлиб, унда у хуруж бошланган вақт ва қабул қилинган оғрик қолдирувчи дорилар сонини кайд этади.

АБО ни **даволаш** беморга ушбу БО шаклининг механизмини тушунтиришни ўз ичига олади. Дори-дармон абузуси аниқланганда, оғрик қолдирувчи воситаларнинг дозасини аналгетикларни тўлиқ рад этишгача камайтириш керак. Аналгетикларни тўлиқ олиб ташлаш (агар у наркотик бўлмаган аналгетик бўлса) - ягона самарали даволаш усули ҳисобланади.

АБО ни даволашнинг энг самарали усулларида бири антидепрессант терапиясини тайинлашдир. Маълум бўлган ножўя таъсирларига карамай, трициклик антидепрессант амитриптилин энг самарали дорилардан бири бўлиб қолмоқда. Бир қатор беморларда СИОЗС гуруҳидаги антидепрессантлар (пароксетин, сертралин, флуоксетин) ва СИОЗСН (Симбалта, Иксел) яхши таъсир кўрсатади.

3.3.4. Тўпламли (кластер) бош оғриғи ва бошқа тригеминал вегетатив (автоном) цефалгиялар

ТВЦ тушунчаси бирламчи БО нинг бир нечта ноёб шакллари бирлаштиради, улар БО ва краниал парасимпатик невралгиянинг ўзига хос хусусиятларини бирлаштиради.

Барча ТВЦ лар орасида энг кўп тарқалгани кластер ёки тўпламли БО (ТБО). Пароксизмал гемикрания (ПГ) ва қисқа муддатли конъюнктива инъекцияси ва кўз ёши оқиши билан бир томонлама невралгик бош оғриғи синдроми камроқ учрайди.

ТВЦ нинг этиологияси ва ривожланиш механизми. Экспериментал ва функционал нейровизуализацион тадқиқотлари шуни кўрсатдики, ТВЦ тригеминал-парасимпатик рефлекснинг фаоллашуви иккиламчи симпатик дисфункциянинг клиник белгилари билан бирга келади. ТБО даги ҳақиқий оғрик хуружнинг механизми мигренникига ўхшайди: тригеминал-кон томир

тизимининг фаоллашиши, оғриқли нейропептидларнинг чиқиши, вазодилатация. ТБО хуружи пайтида орқа гипоталамус минтақасининг кулранг моддаси иштирок этиши кўрсатилди. ПГ ва қисқа муддатли конъюнктива инъекцияси ва кўз ёши оқиши билан бир томонлама невралгик бош оғриғининг табиати ноаниқ бўлиб қолмоқда.

Тўпلامли (кластер) бош оғриғи

Синонимлар: тўпلامли мигрен (инглизча cluster — пучок), гистамин цефалгия, Хортон синдроми, Харрис мигреноз невралгияси, цилиар невралгия, бош эритромегалгияси, Бинг эритропрозопалягияси.

Таъриф ва эпидемиология. ТБО бош оғриғининг бирламчи шакли бўлиб, у икки кун ичида 1 мартадан кунга 8 мартагача бўлган частота билан содир бўладиган, 15-180 дақиқа давом этадиган, бир томонлама орбитал, супраорбитал, чакка ёки аралаш локализацияли, жуда кучли оғриқ хуружлари билан намоён бўлади. Оғриқ томонидаги хуружлар куйидаги аломатлардан бири ёки бир нечтаси билан бирга келади: конъюнктива инъекцияси, кўз ёш оқиши, бурун тикилиши, ринорея, пешона ва юзнинг терлаши, миоз, птоз, кўз қовоғининг шишиши.

Клиник характеристика. ТБО нинг энг типик характеристикалари куйидагилардир: оғриқнинг чидаб бўлмас табиати, унинг кечаю кундуз такрорланиши, юздаги ёрқин вегетатив намоёишлар, шунингдек касалликнинг ўзига хос кечиши - кетма-кет серияли оғриқли хуружлар ёки "тўпламлар" пайдо бўлиши. Сериянинг давомийлиги бир неча ҳафтадан бир неча ойгача, аниқ инфодаланган, бир неча ойдан бир неча йилгача (ўртача 2-3 йил) давом этадиган, ремиссия билан. Беморларнинг 10-15% ремиссиясиз сурункали кечиш кузатилади; 27% ТБО нинг фақат битта эпизоди ривожланиши мумкин. Кўпгина беморлар баҳор ва кузда касаллик ўткирлашиши мавсумийлиги билан ажралиб туради.

Оғриқ кўпинча кўз атрофида, кош усти, чакка ёки бир нечта соҳаларда локализацияланади, аммо у бошнинг бошқа жойларига тарқалиши мумкин. Чидаб бўлмас оғриқ туфайли, кўпчилик беморларда хуруж пайтида безовталаниш ҳаракатлари, тажовузкорлик ва ажитация аниқланади; ҳатто ТБО хуружи пайтида

Ўз жонига касд қилишга уринишлар бўлганлиги маълум. Оғриқли "тўплам" пайтида оғрик доимо бир томондан пайдо бўлади.

ТБО билан оғриган беморларда кўпинча "шер ва сичқонча" синдроми борлиги сезилди. Шундай қилиб, цефалгия билан оғриган эркаклар одатда ўзига хос кўринишга эга: атлетик жасур қалди-комат, телангиангиоэктазиялар билан қалинлашган ва аниқ мимик ажинлар мавжуд юз териси ("шер юзи"). Шу билан бирга, улар ички чекланганлик, қатъиятсизлик билан ажралиб туради, улар кўпинча қарор қабул қилишда қийинчиликларга дуч келишади ("сичқонча юраги").

Провокациядовчи омиллар. Кластер даври (шу жумладан, биринчи "тўплам") одатдаги кундалик ритм бузилганидан кейин пайдо бўлиши мумкинлиги кўрсатилди: хаво сафарида вақт зоналари ўзгариши, уйқусиз тунлар, кунлик иш тартиби ва бошқалар. Оғриқли "тўплам" пайтида, шунингдек, ТБО нинг сурункали шаклида хуружлар алкоголь, гистамин ёки нитроглицеринни қабул қилиш орқали кўзгатилиши мумкин. ТБО хуружлари билан тунги уйқу ўртасида чамбарчас боғлиқлик мавжудлиги аниқланди: тунги хуружлар цефалгиянинг ушбу шакли учун облигатдир.

ТБО нинг клиник турлари. ТБО нинг энг кенг тарқалган шакли эпизодик шакл бўлиб, ремиссиялар умуман мавжуд бўлмаган ёки 1 ойдан ошмайдиган сурункали шакли камрок учрайди. Сурункали ТБО (холатларнинг 10-15%) *de novo* холатида ёки эпизодик шаклда юзага келиши мумкин. Баъзи беморларда сурункали шаклдан эпизодик шаклга ўтиш бўлиши мумкин. Шунингдек ТБО ва тригеминал невралгия комбинацияси таърифланган.

Диагностика. ТБО диагностикаси одатдаги клиник кўринишга асосланади – вегетатив белгилар (кўз ёши оқиши, ринорея ва бошқалар) билан бирга юз ва бошнинг ярмида аниқ бир томонлама оғрик ва касалликнинг характерли кечиши (оғриқли даврлар, ёруғлик оралиғи билан "тўпламлар", ремиссияларни навбатма навбат кузатилиши). ТБО учун қўшимча мезонлар қуйидагилардир: оғриқнинг чидаб бўлмас даражада бўлиб, мотор кўзгалиши билан кечиши, шунингдек тунги уйқу пайтида оғрик хуружлари кузатилиши. Аньанавий тадқиқот усуллари (ЭЭГ, МРТ, УЗДГ) тўлиқ маълумот бермайди.

ТБО нинг диагностик критерийлари қуйидагича:

А. В-D мезонларига жавоб берадиган камнида 5 та хуруж.

В. Даволашсиз 15-180 дақиқа давом этадиган интенсив ёки ўта кучли бир томонлама орбитал, супраорбитал ва / ёки чакка соҳасида локализацияланган оғрик.

С. БО оғрик томонида куйидаги аломатлардан камнида биттаси билан ҳамроҳ бўлади:

- конъюнктива инъецияси ва / ёки лакримация;
- бурун тикилиши ва / ёки ринорея;
- кўз ковокларининг шишиши;
- пешона ва юзнинг терлаши;
- мноз ва / ёки птоз;
- хавотир (дам олиш ҳолатида бўла олмаслик) ёки ажитация.

Д. Хуружларнинг частотаси - икки кунда 1 мартадан кунига 8 мартагача.

Е. БО бошқа сабаблар (бузилишлар) билан боғлиқ эмас.

ТБО даволаш. Хуружни тўхтатиш учун Овropa неврологик жамиятлар федерацияси томонидан ишлаб чиқилган клиник тавсияларига биноан куйидаги чоралар кўрилади: 15 дақиқа давомида никоб оркали етказиб бериладиган 7-10 л / мин ҳажмдаги 100% кислородни ингаляцияси (тасдиқланган самарадорлик, А далил даражаси); 6 мг суматриптанин тери остига юбориш ёки 5 мг дозада золмитриптанин интраназал юбориш. Агар БО кластерли хуружнини даволаш учун А даражадаги дорилар самарасиз ёки уларни кўллашга моънеликлар мавжуд бўлса, 1 мл лидокаиннинг 2-4% эритмаси интраназал равишда ишлатилиши мумкин (беморнинг боши 45° орқага эгилиб, бош оғриғига тарафига 30-40° га бурилади).

Эпизодик ва сурункали ТБО нинг олдини олиш учун асосий препарат кунига 360 дан 960 мг гача бўлган калций каналларининг блокатори верапамил ҳисобланади (тасдиқланган самарадорлик, А далиллар даражаси). Препаратнинг ножўя таъсири: заифлик, чарчок, оёқларнинг шишиши, юрак ичидаги ўтказувчанликнинг бузилиши, шунинг учун уни тайинлаш ва дозани ошириш ЭКГ назорати остида амалга оширилиши керак.

ТБОнинг оғир хуружлари, верапамилга рефрактерлик, узок муддатли тўпламли даврида, 5 кун давомида кунига 1 мг / кг дозада преднизолон оғиз оркали ёки 500 мг метилпреднизолон томир ичига юборилиши тавсия этилади. Кейин доза ҳар кун 10 мг га камайтирилади (тасдиқланган самарадорлик, А далил даражаси).

Иккинчи танловли дорилар - лития карбонат ва метисегрид, агар верапамил самарасиз ёки уни қўллашга моънеликлар мавжуд бўлса, буюрилади. Литий карбонатнинг дозаси кунига 600 дан 900 мг гача (максимал суткалик дозаси 1200 мг) бир неча ҳафта давомида (мумкин бўлган самарадорлик, В далил даражаси). Бундай ҳолда қалқонсимон без, буйраклар, жигар ва электролитлар фаоллигини мунтазам равишда кузатиб бориш зарур.

Топирамат фойдаланиш ТБО ни даволашда етарли даражада самарадорлигини кўрсатди. Кундалик дозаси 25 дан 200 мг гача ва ўртача 100 мг ни ташкил қилади (мумкин бўлган самарадорлик, В далил даражаси). Ножўя таъсирларга оёқ-қўлларнинг увишиши ва парестезиялари, вазн йўқотиш, когнитив бузилишлар қиради, улар тикланадиган ва препарат бекор қилинганда бутунлай йўқоладиган бўлади. Валпроик кислота, габапентин, баклофен учинчи даражали профилактик терапия сифатида ишлатилиши мумкин, чунки улар ТВЦда бир мунча самарадорликни кўрсатдилар, яъни ТБО (тахминий самарадорлик, С далиллар даражаси).

Кластер БО даволаш

1. Серотонин рецепторларининг агонистлари - суматриптан 100 мг ёки 1 мл (6 мг) тери остига
2. Дигидергот - назал спрей 0.5 мг буруннинг ҳар бир тешигига
3. Кислород никоби, ингальяция тезлиги 7 л/даққида 15 даққа давомида
4. Преднизолон кунига 40-60 мг - 7-14 кун. сўнг 2ҳафта давомида ушлаб турувчи дозаларда
5. Профилактик мақсадда верапамил кунига 120-240 мг

Бирламчи бош оғриқлар дифференциал диагнози

Клиник белгилар	Мигрен	Тензион оғриғи	бош Кластер оғриғи	бош
Эркалар/аёллар	25:75	40:60	90:10	
Латерализация	60% - бир томонлама	Диффуз томонлама	икки томонлама	100% - бир томонлама
Локализация	Пешона, периорбитал, гемикрания	энса. Диффуз		Периорбитал
Частота	1 ойда 1-4 мартта	1 ойда мартта	1-30 кунига 3-12 ой давомида	1-3 маҳал

Интенсивлик	Мўътадил/ кучли	Енгил/ мўътадил	Жуда кучли
Давомийлик	4-72 соат	Турли	15 дақиқадан - 3 соатгача
Оғрик характери	Пульсацияловчи, зарбали	симпловчи	Кескин, зиркировчи
Периодичность	±	-	+++
Онавий анамнез	+++	±	±
Боғланган симптомлар			
Аура	+++	-	-
Вегетатив бузилишлар	±	-	+++
Кўнгил айниш/куснш	+++	-	±
Ёруғлик/товушдан кўркиш	+++	-	±
Харакатда кучайиш	+++	-	-

3.3.5. Пароксизмал гемикрания

Пароксизмал гемикрания (ПГ) ТБО белгиларига ўхшаш оғрикли хусусиятларга эга ва уларга ҳамроҳ бўлган симптомли хуружлар каби кечади. Ўзига хос аломатлар - бу хуружларнинг қисқа давомийлиғи ва уларнинг юқори частотаси. ПГ кўпинча аёлларда учрайди.

Диагностика. Ушбу цефалгия шаклининг ўзига хос хусусияти индометациннинг самарадорлиғидир.

Пароксизмал гемикрания диагностик мезонлари:

A. В-D мезонларига жавоб берадиган камида 20 та хуруж.

B. Орбитал, супраорбитал ёки чакка локализациялик интенсив бир томонлама 2-30 дақиқа давом этадиган оғрик.

C. Бош оғриғига куйидаги аломатлардан камида биттаси ҳамроҳ бўлади:

- ипсилатерал конъюнктива инъекцияси ва / ёки лакримация;
- ипсилатерал бурун тикилиши ва / ёки ринорея;
- кўз ковокларининг ипсилатерал шишиши;
- пешона ва юзнинг ипсилатерал терлаши;
- ипсилатерал миоз ва / ёки птоз.

Д. Хуружларнинг асосий частотаси кунига 5 мартадан кўпроқ, баъзан эса бироз камроқ.

Е. Терапевтик дозада индометацинни қабул қилиш орқали хуружларнинг тўлик олдини олинади.

Ғ. БО бошқа сабаблар (бузилишлар) билан боғлиқ эмас.

ТБО сингари эпизодик (ремиссия 1 ой ва ундан ортиқ) ва сурункали БО шакллари мавжуд бўлиб, унда хуружлар ремиссиясиз 1 йилдан ортиқ ёки ремиссия билан 1 ойдан кам такрорланади. ПГ тригеминал невралгия билан бирлаштирилган ҳолатлар мавжуд (ПГ-тик синдроми деб аталади).

ПГни даволаш. ПГ учун махсус терапия - индометацинни қўллаш (оғиз орқали кунига камида 150 мг ёки инъекция сифатида камида 100 мг дозада); кичик дозалар кўпинча қўллаб-қувватловчи терапияси сифатида самарали бўлади.

Конъюктива инъекцияси ва лакримация билан қисқа муддатли бир томонлама невралгик бош оғриғи

Диагностика. КЛҚБН синдроми бир томонлама оғриқнинг қисқа муддатли хуружлари билан тавсифланади, уларнинг давомийлиги ТВЦ нинг бошқа шаклларига караганда анча қисқа; хуружлар кўпинча оғир лакримация ва оғриқ томонида кўзнинг кизариши билан бирга келади.

КЛҚБН синдромининг диагностик мезонлари:

А. В–D мезонларига жавоб берадиган камида 20 та хуруж.

В. 5-240 сония давом этадиган орбитал, супраорбитал ёки чакка локализациялик бир томонлама пулсацияловчи оғриқли хуружлар.

С. Ипсилатерал конъюктива инъекцияси ва лакримация билан кечадиган оғриқ.

Д. Хуружлар кунига 3 дан 200 мартагача бўлган частотада содир бўлади.

Е. БО бошқа сабаблар (бузилишлар) билан боғлиқ эмас.

Оғриқ томонида склеранинг кизариши ва лакримация билан бир каторда КЛҚБН билан оғриган беморларда бурун тикилиши, ринорея ва кўз ковокларининг шишиши бўлиши мумкин. Ушбу синдромнинг ўзига хос хусусияти - хуружларнинг частотаси ва давомийлигининг кенг маънода ўзгариши.

Дифференциал диагностика. КЛҚБН даги кластер хуружларини уч шоҳли асабнинг офталмик толаси иштирокидаги

тригеминал невралгия хуружларидан фарқ қилиш керак. Бундан ташқари, адабиёт маълумотларига кўра, КЛҚБН симптомлари постериор краниал чуқурчада жойлашган ёки гипофиз беzi иштирокидаги зарарланишлар билан кузатилиши мумкин. Шунинг учун КЛҚБН нинг ТВЦ бирламчи шакли диагностикаси фақат тўлиқ текширишлар(шу жумладан нейровизуализация усуллари) симптомларининг иккиламчи хусусиятини истисно этгандан сўнг қўйилиши мумкин.

КЛҚБН даволаш. Терапевтик ёндашувлар ишлаб чиқилмаган. ТВЦ билан тахмин қилинган ривожланишнинг механизмлари умумийлигини ҳисобга олган ҳолда, НСЯҚВ, антиконвулсент, глюкокортикостерондлардан фойдаланиш мумкин. Бирок, ушбу дори гуруҳларининг самарадорлиғи исботланмаган.

3.3.6. Бошқа бирламчи бош оғриқлар

Ушбу бўлим БО нинг клиник жиҳатдан гетероген турларини ўз ичига камраб олади. Уларнинг патогенези ҳали тўлиқ ўрганилмаган бўлиб, терапевтик ёндашувлар ҳали ҳам назорат қилинадиган клиник тадқиқотлар билан тасдиқланмаган. Кўпгина ҳолларда, бу шакллар бирламчи (хавфсиз); ва шу билан бирга, баъзиларининг симптомлари иккиламчи цефалгиядаги клиник кўрinishга ўхшаш бўлиши мумкин ва шунинг учун қўшимча, шу жумладан нейровизуализацион тадқиқотлар амалга оширилиши талаб этилади. Масалан, *БО нинг бирламчи момақалдиروق сингари* шакли деярли ҳар доим ўткир бошланиш билан тавсифланади, шунинг учун беморлар тез-тез шошилиш тиббий ёрдам бўлимларига мурожаат қилишади. БО органик сабаблари билан дифференциал диагностика қилиш учун тўлиқ текширув ўтказилиши зарур.

Бошқа бирламчи бош оғриқларига қуйидагилар киради:

1. Бирламчи йўтал бош оғриғи.
2. Бирламчи кучланишдаги бош оғриғи.
3. Жинсий фаоллик билан боғлиқ бирламчи бош оғриғи.
4. Бирламчи момақалдиروق сингари бош оғриғи (thunderclap headache).
5. Совуқлик стимуллари билан боғлиқ бош оғриғи.
6. Ташқи босим билан боғлиқ бош оғриғи.
7. Бирламчи санчикли (stabbing) бош оғриғи.

8. Тангасимон бош оғриғи

9. Гипник бош оғриғи (hypnic headache).

10. Янги кунлик (дастлаб) персистенцияловчи бош оғриғи (ЯКПБО, New daily-persistent headache (NDPH)).

Бошқа бирламчи бош оғриғининг бир нечта турларининг клиник хусусиятларини кўриб чиқамиз.

Бирламчи йўтал бош оғриғи

Синонимлар: ҳавфсиз йўтал БО, Валсалва феномени БО, интракраниал патология бўлмаганида йўталиш ёки зўриқиш (кучаниш) билан кўзғатилган БО.

Диагностик мезонлари:

А. В ва С мезонларига жавоб берадиган БО.

В. Тўсатдан пайдо бўлиши, оғриқнинг давомийлиги I сониядан 30 дақиқагача.

С. Оғриқ фақат йўтал, зўриқиш (кучаниш) билан боғлиқ ёки Валсалва синамаси пайтида пайдо бўлади.

Д. БО бошқа сабаблар (бузилишлар) билан боғлиқ эмас.

Бирламчи йўтал БО одатда икки томонлама бўлиб, кўпинча 40 ёшдан ошган одамларда учрайди. Индометацин, одатда, ижобий таъсир кўрсатади, аммо индометацинга симптоматик йўтал БО га жавобан ҳам бир нечта ҳолатлар кузатилган.

40% ҳолларда йўтал БО симптоматик (иккиламчи) бўлиб, кўпчилик беморларда Арнолд-Киари малформациясининг I тури мавжуд. Симптоматик йўтал оғриғининг бошқа ҳолатлари вертебробазилар бузилишлар ёки интракраниал аневризма туфайли пайдо бўлиши мумкин. Нейровизуализацион тадқиқот усуллари симптоматик йўтал БОни бирламчи йўтал БОдан дифференциал диагностика қилиш учун катта аҳамиятга эга.

Кучланиш бирламчи бош оғриғи

Унга ҳар қандай жисмоний зўриқиш туфайли кўзғатилган БО киради. Масалан, юк кўтарувчиларнинг бош оғриғи каби турлари қайд этилган.

Диагностик мезонлари:

А. В ва С мезонларига жавоб берадиган пулсацияловчи БО.

В. Оғриқнинг давомийлиги 5 дақиқадан 48 соатгача.

С. Оғриқ фақат жисмоний зўриқиш пайтида ёки ундан кейин пайдо бўлади.

D. БО бошқа сабаблар (бузилишлар) билан боғлиқ эмас.

Жисмоний кучланишдаги бирламчи БО кўпинча иссиқ хавода ёки баландликда юзага келади. Индометацин кўп ҳолларда самарали бўлади. Жисмоний зўриқиш билан боғлиқ бўлган БО нинг биринчи бор кузатилишида субарахноидал кон кетишини ёки артернал диссекцияни истисно қилиш керак.

Бирламчи момақалдиروق сингари бош оғриғи

Бу аневризманинг ёрилиши пайтидаги оғриқни эслатувчи интенсив БО.

Диагностик мезонлари:

A. В ва С талабларига жавоб берадиган интенсив БО.

B. Қуйидаги иккала хусусиятга эга:

- максимал интенсивликка 1 дақиқадан камроқ вақт ичида етиб бориши билан тўсатдан бошланиш;

- оғриқнинг давомийлиги 1 соатдан 10 кунгача.

C. Кейинги ҳафталар ёки ойлар давомида мунтазам равишда такрорланмайди.

D. Бошқа сабаблар (бузилишлар) билан боғлиқ эмас.

Бирламчи момақалдиروق сингари БО нинг диагнози, барча диагностика мезонлари бажарилган бўлса ва нейровизуализацион тадқиқотлар ва люмбал пункцияларнинг нормал натижалари билан белгиланиши мумкин. *Шунинг учун оғриқнинг бошқа сабабларини истисно қилиш учун тўлиқ текширув зарур.* Момақалдиروقли БО кўпинча интракраниал кон томир бузилишлари билан, хусусан, субарахноидал кон кетиш билан бирга кузатилиши мумкин. Шу нуктаи назардан, кўшимча текширув асосан субарахноидал кон кетишини, шунингдек церебрал веноз тромбоз, ёрилмай қолган кон томирларининг малформацияси (одатда аневризма), артериялар диссекцияси (интра- ва экстракраниал), қайтариладиган МАТ хавфсиз ангиопатияси ва гипофиз апоплексиясини истисно қилишга қаратилган бўлиши керак. Момақалдиروق сингари БО нинг бошқа органик сабабларига учинчи қоринчанинг коллоид кистаси, ликвор суюқлиги босимининг пасайиши ва ўткир синусит (хусусан, баротравматик шикастланишлар) киради. Бошқа бирламчи шакллар ҳам момақалдиروق сингари БО нинг симптомлари сифатида ҳам намоён бўлиши мумкин: *бирламчи йўтал БО, жисмоний кучланишдаги бирламчи БО ва жинсий фаоллик билан боғлиқ бирламчи БО. Бирламчи момақалдиروق сингари БО нинг диагнози*

оғрикнинг барча органик сабаблари чиқариб ташланганидан кейингина қўлланилиши мумкин.

Даволаш: *Бирламчи момақалдироқ сингари БО да габапентиннинг самарадорлигини тасдиқловчи далиллар мавжуд.*

Бирламчи санчикли бош оғриғи

Синонимлар: “муз парчаси билан санчиш” (ice-pick headache) типигаги бош оғриғи, «санчикли зарба» синдроми (jabs and jolts syndrome), даврий офталмодиния.

Бирламчи санчикли бош оғриғи бош минтақасида вақти вақти билан пайдо бўладиган, аниқ локализацияланган оғрикли пункциялар билан ифодаланади, улар экстракраннал ва интракраниал тузилмалар ёки краниал нервларнинг органик патологияси бўлмаганида тўсатдан пайдо бўлади.

Диагностик мезонлари:

А. Бош минтақасида битта укол (пункция) ёки бир катор уколлар серияси пайдо бўлиши каби хиссиётлар ва В - D мезонларига жавобан оғрик.

В. Оғрик фақат ёки асосан тригеминал асабнинг биринчи толасининг иннервация зонасида (кўз, чакка ёки тож минтақасида) жойлашган.

С. Санчикли оғрик бир неча сония давом этади ва кун давомида тартибсиз частотада такрорланади, бир санчикдан бир нечта санчик сериясига қадар.

Д. Оғрикка хамроҳлик қилувчи симптомлар мавжуд бўлмайди.

Е. БО бошқа сабаблар (бузилишлар) билан боғлиқ эмас.

Камдан кам ҳолларда, беморлар бир неча кун давомида бир неча марта такрорий кўп сонли санчикли оғрикларни бошдан кечериши кузатилди. Санчиклар бошнинг бир ярмида бу соҳадан иккинчисига ўтиши ёки бошнинг бошқа томонига ўтиши мумкин. Агар санчикли оғриклар бошнинг бир қисмида аниқ юзага келса, бу соҳа ва тегишли асабнинг иннервацияси соҳасида тизимли шикастланишни истисно қилиш керак. Санчикли оғрик кўпинча мигрен (тахминан 40%) ёки ТБО (тахминан 30%) билан оғриган беморларда пайдо бўлади, бундан ташқари, одатда, оғриклар бош соҳасида мигреноз ёки кластер БО локализацияланган жойида аниқланади.

Лечение: индометацинни кабул қилишда ижобий натижа кузатилади.

Гипник бош оғриғи.

Синоним: "будильник (уйғотувчи)" БО. Беморни хар доим уйқудан уйғотадиган аниқ БО хуружлари.

Диагностик мезонлар:

A. В - D мезонларига жавоб берадиган симилловчи бош оғриғи.

B. Оғриқ фақат уйқу пайтида ривожланиб, беморни уйғотади.

C. Қуйидаги хусусиятлардан камида иккитасига эга:

- ойнага 15 мартадан кўпроқ содир бўлади;

- уйғонганидан кейин ≥ 15 дақиқа давом этади;

- 50 ёшдан кейин биринчи бор пайдо бўлади.

D. Оғриқ вегетатив аломатлар билан бирга бўлмайди; қуйидаги аломатлардан бири пайдо бўлиши мумкин: кўнгил айниш, фото- ёки фонофобия.

E. БО бошқа сабаблар (бузилишлар) билан боғлиқ эмас.

Гипник цефалгияда оғриқ кўпинча икки томонлама бўлади, одатда енгил ва мўътадил интенсивликда; кучли оғриқ беморларнинг 20 фоизда учрайди. Хуружлар 15-180 дақиқа, баъзан бироз кўпроқ давом этади. Гипник БО нинг илк намоёнида интракраниал патологияни истисно қилиш, шунингдек тригеминал вегетатив цефалгиялар билан дифференциал ташхисот ўтказилиши керак.

Даволаш: баъзи беморларда кофеин ва литийдан фойдаланиш самарали бўлганлиги аниқланган.

Янги кунлик (бошидан) персистенцияловчи бош оғриғи

Янги кунлик доимий бош оғриғи (ЯКПБО) бошиданок ремиссиясиз давом этади (сурункалашиш оғриқ пайдо бўлишидан 3 кундан кечикмасдан содир бўлади). Оғриқ, одатда икки томонлама, босимли ёки сиқувчи, енгил ва мўътадил интенсивликда; фотофобия, фонофоби ёки енгил кўнгил айниш бўлиши мумкин.

Диагностик мезонлар:

A. 3 ойдан кўп давом этадиган БО, В ва D мезонларига жавоб беради.

B. БО хар куни пайдо бўлади, бошиданок ремиссиясиз кечади ёки сурункалашиш оғриқ пайдо бўлган кундан бошлаб 3 кундан кечиктирмасдан пайдо бўлади.

C. Қуйидаги оғриқ хусусиятларидан камида иккитасига эга:

- икки томонлама локализация;
- босимли / сиқувчи (пульсацияланмайдиган) характер;
- енгил ва мўътадил интенсивлик;
- оддий жисмоний юклама билан оғирлашмайди (масалан, юриш, зинапояга чиқиш).

D. Қуйидагилар иккаласи симптом ҳам мавжуд:

- қуйидаги аломатлардан биттадан кўп бўлмагаслиги: фотофобия, фонофобия ёки енгил кўнгил айниш;

- ўртача ёки оғир кўнгил айниш ва қусиш йўқлиги.

E. БО бошқа сабаблар (бузилишлар) билан боғлиқ эмас.

Беморнинг ўз оғриғини бошланиши, унинг дастлабки сурункали хусусиятини аниқ эслаш қобилияти ЯҚББО диагностикасида энг муҳим омил ҳисобланади. Агар беморга оғрикнинг дастлабки даврини тавсифлаш қийин бўлса, СКБО ташхисини қўйиш керак. ЯҚББО симптомлари БО нинг баъзи бир иккиламчи шаклларига ўхшаб кетиши мумкин, масалан, ликвор суюқлиги босимининг пасайишидаги БО, жароҳатдан кейинги БО. Бундай иккиламчи шакллари истисно қилиш учун қўшимча тадқиқотлар ўтказилиши керак.

Даволаш. ЯҚББО оқибати икки хил бўлиши мумкин. Биринчи ҳолда, БО ўз-ўзидан бир неча ҳафтадан сўнг даволанмасдан тугаши мумкин; иккинчи ҳолда (рефрактер кечиш тури) интенсив даволаш (СКБО ва БО учун анъанавий бўлган) ҳам фойдасиз бўлиши мумкин ва оғрик узок вақт давомида сурункали бўлиб қолади.

3.4. Бирламчи бош оғриғи билан пациентларни бошқариш бўйича умумий тавсиялар

Ушбу кўрсатмалар Овropa неврологик жамиятлари федерацияси томонидан ишлаб чиқилган (European Federation of Neurological Societies).

Анъанага кўра пароксизмал оғрик даволашнинг икки йўналишига эга: хуружни даволаш ва профилактик терапия.

Бош оғриғи хуружини даволаш. Бирламчи бош оғриғи хуружини тўхтатиш учун энг самарали воситалар - бу специфик серотонин агонистлари - триптанлардир. Ҳозирги вақтда улар турли хил дори шаклларида чиқарилади: оғиз орқили қабул қилинадиган таблеткалар, пастиллар, назал спрей, тери ости инъекцияси учун

эритма ва суппозиториялар (шамлар). Тригеминал вегетатив цефалгия пароксизмасини тўхтатишнинг энг самарали усули бу препаратнинг парентерал юбориш йўлидир (масалан, 6 мг суматриптанни тери остига юбориш - А тавсия даражаси), бу максимал қулайликни ва шунга мос равишда клиник таъсирнинг энг тез бошланишини таъминлайди. 20 мг суматриптан ёки 5-10 мг золмитриптан юборишнинг интраназал йўли ҳам қўлланиши мумкин (А тавсия даражаси). Ушбу йўл суматриптанни тери остига киритиш учун мураккаб моънелиғи бўлган беморларда (хомиладорлик ва лактация, инсулт, периферик артерияларнинг окклюзион-стенотик шикастланишлари) кўпроқ қўлланилади. Нисбий моънеликлар: 18 ёшдан олдин ва 65 ёшдан кейин, Райно феномени, сульфаниламидларга аллергия, серотонинни қайтариб олиш ингибиторларини бир вақтда юбориш. 5-10 мг дозада золмитриптанни оғиз орқали қабул қилиш кам самаралидир (В тавсия даражаси). Суматриптаннинг максимал суткалик дозаси: тери остига 12 мг ёки интраазал равишда 40 мг, золмитриптан - интраазал равишда 10 мг.

Рефрактер кластерли бош оғриғида 2-4% лидоканн эритмасини интраназал аппликациясини қўллаш мумкин (В тавсия даражаси).

Профилактик (превентив) терапия. Профилактик терапиянинг мақсади касаллик ўткирлашиш пайтида хуружларнинг частотасини камайтиришдир. Ҳафта давомида бир нечта хуружли ўткир давр дори-дармонларига жавоб берадиган беморларга одатда профилактик даволаниш буюрилмайди.

Эпизодик ва сурункали бирламчи бош оғриғининг олдини олиш учун асосий дори (А тавсия даражаси) калций каналларининг блокатори - верапамилдир. Кундалик дозалар кенг диапазонда 360 дан 960 мг гача ўзгариб туради. Верапамилнинг ноҳўя таъсирлари: заифлик, чарчок, оёқларнинг шишиши, юрак ичи ўтказувчанлиғининг бузилиши, шунинг учун верапамилни тайинлаш ва дозани ошириш ЭКГ назорати остида амалга оширилиши керак.

Кучли хуружлар, верапамилга рефрактерлик, узок муддатли тўпламли даврида, 7-14 кун давомида кунига 1 мг / кг дозада преднизолон, сўнгра тахминан 2 ҳафта давомида қўллаб қувватловчи дозалари тавсия этилади (А тавсия даражаси). Топираматнинг бирламчи бош оғриғи учун ишлатилиши етарли самарадорликни

кўрсатди (В тавсия даражаси). Кундалик дозаси 25 дан 200 мг гача ва ўртача 100 мг ни ташкил қилади. Ножўя таъсирларга оёқ-қўлларнинг увишиши ва парестезиялари, вазн йўқотиши ва когнитив бузилишлар киради, улар тикланувчан бўлиб, препарат бекор қилинганда бутунлай йўқолади.

Валпроик кислота, габапентин, баклофен, мелатонин учинчи даражали профилактика терапияси сифатида ишлатилиши мумкин (С тавсия даражаси), чунки улар тригеминал вегетатив цефалгияларда, айнан бирламчи бош оғриғида, баъзи бир самарадорликни кўрсатдилар. Сурункали тригеминал вегетатив цефалгияларнинг комплекс терапиясида антидепрессантлар, бета-адреноблокаторлар, анксиолитиклар буюрилиши ҳам патогенетик жиҳатдан оқланган ҳисобланади.

Медикаментоз терапияси билан бир каторда номедикаментоз профилактика усулларида фойдаланиш мумкин: акупунктура, лазер терапияси, балнеотерапия, психотерапия, вегетатив нерв тизими функцияларини нормаллаштиришга ёрдам берадиган аутоген машқлар.

3.5. Болалар ва ўсмирлар бош оғриқларининг хусусиятлари

БО - бу турли ёшдаги болаларда педиатрдан ёрдам сўраб мурожаат қилишда энг кўп учрайдиган шикоятлардан бири бўлиб, 15 ёшга келиб, рецидивловчи БО ўсмирларнинг 57-82 фоизида учрайди.

Вакти-вакти билан такрорланадиган БО кўпинча бола ҳаёти учун ҳавфли эмас ва иккиламчи БО-дан фарқли ўларок, шошилишч диагностика чоралар амалга оширилишини талаб қилмайди, аммо бу болага ҳақиқий азоб-укубатларни келтириб чиқаради, ҳаёт сифатини сезиларли даражада ёмонлаштиради, чунки бу аклий ва жисмоний кўрсаткичларни пасайтиради, жамоа ва ҳатто оилада ҳам муносабатларга салбий таъсир қилади.

Педиатрия амалиётида цефалгик оғриқ синдромини баҳолашда диагностика хатоларига олиб келадиган муайян қийинчиликлар юзага келиши мумкин. Бола ҳар доим ҳам БО нинг характерини, локализациясини ва зўравонлигини таърифлай олмайди, бу унинг аҳамиятини баҳолашда субъективликни ва кўпинча оғриқ кучини ошириб юборилишига олиб келади. Шунинг учун болалардаги

оғриқнинг оғирлигини баҳолаш мақсадида асосан дескриптор сўзлар ишлатилади. Бундан ташқари, ташвиш (хавотир) ва депрессия мавжудлиги билан намоён бўладиган турли хил психоэмоционал бузилишларнинг роли ҳам муҳимдир, натижада бош оғриғи деб бош худудида дискомфорт туғдирадиган турли хил ҳолатлар қабул қилинади.

Дифференциал диагностикада такрорланадиган БО ни оғриқ клиник кўринишнинг маркази бўлган бирламчи ва бошқа касалликнинг аломати бўлган иккиламчи тарларга бўлиниши мақсадга мувофиқдир. Болалардаги бирламчи БО орасида мигрен ва КБО энг кенг тарқалган. Кластер БО нисбатан кам учрайдиган шакл бўлиб, у болаларда деярли учрамайди.

Мигрен. Мигрен синдром - бу болаларда нисбатан кўп учрайдиган ўткир такрорланадиган БО нинг классик намунасидир. Мигрен билан маълум психологик хусусиятларга эга бўлган болалар оғриши мумкин: ташвишли (хавотирли), чуқур толиқиш, гиперактивлик, импульсивлик, ўз-ўзини танқид қилиш ва ўзини ўзи қадрлаш юқори бўлган, намоёншкорона хатти-ҳаракатлар, етакчиликка интилиши бор болалар. Кўпинча мигрен 3 йиллик ҳаётдан сўнг, БО такрорий хуружларининг хусусиятини тўғри баҳолаш мумкин бўлганда аниқланади. Вояга етмагунча, ўғил болалар кизларга қараганда деярли 2 барабар кўпроқ азобланади, шундан кейин нисбатлар ўзгаради. Болаларда кўзғатувчи омилларни психо-эмоционал ҳаддан ташқари зўриқиш, телевизион дастурларни, компьютер ва мобил телефонда ўйинларни узок вақт томоша қилиш ташкил этади, камрок – озик овқат маҳсулотлари кўзғатувчи бўлиши мумкин. Мигрен ривожланиши учун махсус кўзғатувчи омил пубертат (балоғат) давридир.

Куннинг иккинчи ярмида мигреноз хуружлар кузатиладиган ёш болалардан фарқли ўларок, ўспиринларда хуруж эрта тонгда, одатда уйғонишдан бошланади. Болаликда аурасиз мигрен кўпроқ учрайди. Шу билан бирга, аурали мигрен пайдо бўлганда, унинг ёрқин клиник полиморфизми қайд этилади. Аура кўриш, вестибуляр, вегетатив бузилишлар ва уларнинг комбинацияси билан ифодаланиши мумкин. БО дан олдин энг кўп учрайдиган аломатлар: заифлик, коринда оғриқ, микро- ва макропсия, метаморфопсия, гемианопсия, бош айланиши, камрок - бир қўлда ёки бутун тананинг ярмида, юзнинг пастки қисмида, тилда қарахтлиқ ва/ёки санчиклар сезиш,

айрим ҳолатларда - гемипарез, афазия, апраксия. Болаларда офталмоплегик аура, шунингдек ҳид билиш, ҳаракатланиш бузилишлари жуда кам учрайди. Кўпгина ҳолларда, аура аломатлари 24 соат ичида тикланади, аммо баъзи беморларнинг тикланиш секин кечиши мумкин.

Мигренда БО табиатда жуда кучли, азобловчи, чидаш кийин бўлган, босимли ёки пулсацияланадиган характерга эга бўлади. Кўпинча оғрикли хуружга умумий гиперестезия, ёрқин нурга ва баланд овозга тоқат қилмаслик, шунингдек ҳид билиш ва тактил стимулларга нисбатан алоҳида сезгирлик ҳамроҳ бўлади. Биринчи мигрен хуружларида, айниқса, ёш болаларда бош оғриғи бифронтал бўлиб, бошнинг ярмида кўпайиши ёки ёмон локализацияланган бўлиши мумкин. Ёши ортган сайин гемикранияга трансформация аста-секин содир бўлади.

БО деярли ҳар доим рангпарлик, кўнгил айниши ва қайт қилиш билан бирга келади, шундан сўнг оғрик интенсивлиги пасаяди, енгиллик келади ва бемор ухлаб қолади. 30 дақиқадан 2-3 соатгача давом этган уйқудан сўнг, хуруж бутунлай тўхтайдиган ва бола ўзини яхши ҳис қилади. Болаларда оғрикли фазанинг давомийлиги қисқароқ ва ярим соатдан 5 соатгача давом этади. Мигреноз статус ҳолати камдан-кам кузатилади.

Хуружлар аро даврда беморларда эмоционал лабиллик, безовталиқ кучайиши, гумонсираш, вестибулопатия, гипергидроз кўринишдаги вегетодистония белгилари, тахикардия, артериал қон босимининг гипотензияга мойиллик билан ўзгариб туриши кузатилади.

Катта мактаб ёшига етган, балоғат давридаги қизларда учрайдиган энг оғир шакли бу базилар мигрендир. Ўткир кўриш қобилятининг бузилиши, тиннитус, бош айланиши, атаксия, нутқнинг бузилиши, қўл ва оёқларда парестезия юзага келади. Пулсацияланувчи характердаги БО ёрқин интенсивлиги, такрорий қайт қилиш билан тавсифланади. Болалиқ мигренлари ва рухий соҳа ўртасида алоҳида боғлиқлик мавжуд бўлиб, улар турли хил эмоционал ва мотивацион бузилишларнинг ривожланишига сабаб бўлади. Деярли фақат болаларда дисфреник мигрен учрайди. Бу хуружсимон пароксизмал тажовузкор хатти-ҳаракатлар, ориентация бузилиши ва мантиқсиз (иррационал) хатти-ҳаракатлар билан тавсифланади. Ушбу ҳолат нутқ бузилиши билан бирга кузатилиши

мумкин. Хуруж давомийлиги 1 соатдан бир неча кунгача. Хуруж охирида болалар тинчланиб, ухлаб қолишади. Уйкудан кейин улар ўзларини коникарли хис қилишади. Ёши катталашган билан бу хуружлар одатдаги мигрен хуружларига айланади.

Болаларда мигрен ташхисини қўйиш аниқ диагностика мезонлари пайдо бўлиши билан маълум вақтдан кейин мумкин бўлади. Prensky (1976) томонидан болалар учун ишлаб чиқилган мигрен диагностикаси мезонлари мавжуд. Уларга биноан, болалик даврида мигрен қўйидаги аломатлардан камида учтаси билан бирга такрорланадиган бош оғриғи (хуружлар аро даврда патологик аломатлар бўлмаса) деб таърифланади: корин оғриғи, кўнгил айниши, қусиш; оғрикни бир томонлама локализацияланган бўлиши; пулсацияланувчи оғрик; қиска уйкудан кейин фаровонликнинг сезиларли яхшиланиши; визуал, сенсор ёки моторли ауранинг мавжудлиги; мигреннинг оилавий анамнези. Шу билан бирга, болаларда гемикраниянинг аниқ клиник кўринишисиз оғрик икки томонлама локализациясига эга бўлиши мумкин. Болаларда мигрен тез-тез висцерал намоёнлар (юрак уриши, корин оғриғи, диарея, қусиш, бош айланиши, хикичок, терининг қизариши ёки оқариши) билан кечиши сабабли уни диагностика қилиш қийинлашади. Болада мигрен хуружи мутлақо атипик тарзда, бош оғриғисиз кечиши ва фақат корин оғриғида ўзини намоён қиладиган вазият истисно тариқасида кузатилиши мумкин.

Болаликда БО дан олдинги ёки мигрен билан боғлиқ даврий синдромлар мавжуд. *Циклик қусиш синдроми* – стереотипик, тўлик фаровонлик даври билан алмашиб турадиган, такрорий қусиш эпизодлари. Хуружлар одатда терининг оқариши ва уйкучанлик билан бирга кечади. Интракраниал гипертензия билан кечадиган касалликларни истисно қилиш талаб этилади. *Абдоминал мигрен* - кориннинг ўрта чизиғи бўйлаб 1 соатдан 3 кунгача давом этадиган пароксизмал пулсацияловчи оғрик, ўртача интенсивликка эга, вазомотор намоёнлар, кўнгил айниши, қусиш ва одатдаги цефалгия билан алмашиб ўзгариб туради. Болаларнинг 5-10 ёшида кузатилади. Болада хуружлар орасида бирон бир аломат аниқланмайди. Абдоминал мигренни ташхислашда *ошқозон-ичак трактининг бирламчи патологиясини* истисно қилиш керак. Болалик давридаги хавфсиз пароксизмал бош айланиши мактабгача

ёшдаги болаларда учрайди ва изоляцияланган тизимли бош айланишининг киска муддатли хуружлари билан тавсифланади.

Кучланиш бош оғриғи. КБО ўғил болаларга караганда кизларда кўпроқ учрайди. Тадқиқотчиларнинг фикрига кўра, мактаб ёшидаги болаларда КБО тарқалиши 50-70% ташкил этади.

КБО клиник кўриниши деярли ҳар доим полиморфдир. Бош оғриғидан ташқари, юрак, корин, бўйин, орка, бўғимларда аниқ локализациясиз ва ноаниқ характерга эга оғриқлар бўлиши мумкин. Оғриқ синдроми кўпинча кўркув, асабийлашиш, терлашнинг кўпайиши, артериал қон босимининг бекарорлиги билан бирга келади.

Кўпинча, болалар ва ўспиринларда бундай ҳолатларда оғриқдан ташқари биринчи шикоятлари доимий чарчок хисси, тез толиқиш, уйку ва иштаҳани бузилиши. Касаллик давом этар экан, ташвиш ва тушкунлик (депрессия) аломатлари кучаяди.

КБО чакка худудидан бошнинг тепа ва энса қисмларига ўтадиган босиб турувчи характерга эгадир. Ўғил болаларда, асосан, фронтал ва темпорал минтақаларда констриктив оғриқ бўлиши мумкин. Жисмоний кучланишда БО купаймайди, камдан-кам ҳолларда кечалари пайдо бўлади. Кўпинча ўз-ўзидан ёки дам олишдан кейин ўтиб кетади. Болаларда кўп ҳолларда фотофобия ёки фонофобия, кўнгил айниш ёки қусиш, бош айланиши мавжуд бўлиб, улар клиник жиҳатдан ёркин ифодаланмайди. Вегетатив дистония белгилари қайд этилади: кизил дермографизм, тахикардия, артериал қон босимининг ўзгариб туриши, терининг мармарсимонлиги, бармоқларнинг совуққа юқори сезгирлиги, липотимик ҳолатлар, хушидан кетиш, тана ҳолатини ўзгартирганда бош айланиши. Бундай болалар узок вақт ухлай олмайдилар, тез-тез уйғонадиган юзаки уйку, бу эса дам олиш ва тетикликни келтирмайди.

Болаларда фақат мактаб ўқувчиларига хос бўлган "8 сентябр бош оғриғи" деб номланган ҳолат мавжуд. Мактабдаги биринчи ҳафтадан сўнг бола асосан пешонада жойлашган қаттиқ оғриқдан шикоят қилади, аммо оғриқ бутун бошга ҳам таъсир қилиши мумкин. Одатда у КБО ни эслатади: аниқ локализациясиз ёки бошидаги оғирлик билан намоён бўлмадиган, "қисқич" каби бошни сиқиб туради. Бундай ҳолда самарали терапевтик чоралар – бу тўғри кунлик режим, тўлақонли уйку ва тоза ҳаводаги ўйинлардир.

Болаликда **иккиламчи бош оғриғининг** энг кенг тарқалган сабабларидан бири бу ликвородинамик бузилишлардир. Интракраниал босимнинг ошиши билан гипертензион синдром, пасайиш билан - гипотензион синдром пайдо бўлади, ликвор дистензиеси кузатилиши мумкин.

Фронтал (фронто-темпорал) минтақадаги ёки диффуз табиатдаги БО - интракраниал гипертензиянинг энг эрта ва энг ёрқин аломатидир. У тез ўсиб боради, ёрилиб кетадигандек шиддатли оғрик ривожланади, хатто каттароқ болалар нола қиладилар, ёш болалар эса бақириб йиғлайдилар. Унинг патогенезида тригеминал ва вагус нервларининг шохлари, шунингдек симпатик толалар томонидан иннервация қилинган мия пардалари рецепторларини таъсирлантириш муҳим аҳамият касб этади. Тана ҳолатининг ўзгариши, товуш ва визуал стимуллардан, шунингдек, уйқудан кейин оғирлашадиган кўз соккалари худудида оғрик ва босим ҳисси билан бирга бўлиши мумкин. Айниқса, БО нинг кучайиши югуриш, сакраш, бошини пастга эгиш, йиқилиш, узоқ вақт қуёшостида бўлишдан кейин қайд этилади. БО чўққисида баъзи беморларда марказий характерга эга бўлган ва узунчоқ мия ретикуляр формациясидаги қусиш маркази ёки вагус нерви ва унинг тўртинчи коринчанинг пастки қисмидаги ядроларини таъсирлантириш натижасида қусиш пайдо бўлади. Дастлаб, қусишни озиқ-овқат, суюклик, дори-дармон истеъмоли кўзғатиши мумкин, аммо интракраниал гипертензия ошгани сайин, қусиш кўнгил айланишсиз ва кўзғатувчи омиларсиз тўсатдан пайдо бўлади. Қусишдан кейин БО йўқолмайди, лекин баъзида катта ёшдаги болалар қисқа муддатли (20-30 мин) фаровонликнинг яхшиланишини сезадилар. Вегетатив бузилишлар қайд этилади, уларга ҳарорат ва пулс ўртасидаги диссоциация, кўз корачиғи бузилишлари ва қизил дермографизм киради. Умумий гиперестезия кўринишида бўлган сезувчанликнинг бузилиши характерлидир.

Кучли интракраниал гипертензияда менингеал симптомлар пайдо бўлади, улар энса ва орқа мушаклари ригидлиги, Керниг ва Брудзинский симптомларини ўз ичига олади. Ёш болаларда менингеал симптомларга катта ликвидокнинг бўртиб чиқиши ва таранглиги, Лессаж осиб қўйиш симптоми киради. Тўшакда маълум бир ҳолат мавжуд: беморлар оёқларини коринга қисиб, баъзан бошларини орқага ташлаб, ёнбошлаб ётишади.

Кечки ташхис кўйиш ёки ушбу турдаги БО ни ноадекват даволашда беморларда гиподинамия, оғир бузилиши аломатлари (сустика, уйқучанлик, сопор, кома) ривожланади, хавотир, кўзғалиш, оғрикли "мия" кичкириги бўлиши мумкин. Даволаш ва диагностика максадларида люмбал пункция, мианинг КТ ёки МРТ масаласини кўриб чиқиш кўрсатилган.

Гипертензион-ликвор синдромининг ўткир намоён бўлиши юқумли касалликлар, турли токсик ҳолатлар, краниocereбрал жароҳат, субарахноидал кон кетиш, ўсмаларга хосдир.

Гипотензион БО ликвор суюқлиги секрециясининг пасайишида характерлидир. Бош оғриги паритетал ва оксипитал минтақаларда жойлашган бўлиб, юриш, сакраш, йўталиш билан кучаяди, эрталаб озрок безовта қилади, аммо кун давомида кучайиб боради. Беморлар мажбурий ҳолатни эгаллашлари мумкин, чунки бошни олдинга эгиб, паст ёстикка ётиб, бошни пастга тушириш БО интенсивлигини пасайтиради. Болаларда клиник жихатдан кам учрайди.

Болаларда невротик ёки психоген бош оғриги кўпинча I ёш атрофида ўткир ёки сурункали психо-травматик ҳолатлар (кўркув, ота-оналарнинг алкоголизи ва бошқа ноқулай оилавий муҳит, ўқитувчилар, мактабдаги тенгдошлари билан тўқнашув) таъсирида неврологик ва соматик патологиялар бўлмаганида пайдо бўлади.

Психоген генезли БО - бу аггравация эмас, балки никобланган шикоят, ёрдам сўраб мурожаат қилиш, ўзига эътиборни жалб қилиш тактикасидир, ва вазиятни оғирлаштирамаслик ва беморнинг стрессни, травматик вазиятни, можарони ва бошқаларни енгшига кодир эмаслигидан далолат беради.

Болада, асаб тизимини органик зарарланиш белгилари бўлмасдан туриб бош оғриги шикоятлари мавжудлигида, у билан нима бўлаётганини нотўғри тушуниш, жараёни сурункалиниши учун олд шароит яратиб, депрессия намоён бўлишидан олдин турли хил астеник, невротик жараёнларга олиб келади. Болаликда невралгик бош оғриги жуда кам учрайди. Пароксизмал тутқаноқлар, таъсирлантирилиши хуружга олиб келадиган триггер зоналар мавжудлиги, оғрикларни нурланиши уларни бошқа сабаблардан келиб чиқадиган бош оғригидан ажратишга имкон беради.

Болаликда бош оғригининг сабаблари рефракцион аномалиялар бўлиши мумкин, булар аккомодацияни бузилиши ва кўз мушакларининг кучланишига олиб келади. Ушбу бош оғриклар

пешона-чакка локализацияга эга бўлиб, кўзлар юмилганда камаяди ва диққат билан қараш зарур бўлганда кучаяди.

Бош оғриғи бўлган болалар ва ўспиринлар тўлиқ соматик ва неврологик текширувдан ўтишлари керак. Текширув режаси офталмолог, оториноларинголог, отоневролог, умумий клиник текширувлар, ревмокомплекс бўйича биокимёвий қон таҳлили, бош суяғи, параназал синуслар рентгенограммаси, *электроэнцефалография, эхоэнцефалография*, қон босими профили, агар кўрсатма бўлса, *люмбал пункция* ва *компютер томографияси*ни ўз ичига олади.

4. БОБ. ЮЗ СОҲАСИДАГИ ОҒРИҚЛАР (ПРОЗОПАЛГИЯ)

Клиник амалиётда стоматологлар ва неврологлар ифодаланиши, жойи ва давомийлиги бўйича турлича бўлган юз соҳасининг оғриқларига кўп дуч келишади. Прозопалгия атамаси билан бирлаштирилган турли хил этиология ва патогенезга эга бўлган бундай оғриқ аломатлари юз тўқималарининг вегетатив ва соматик иннервацияси анатоμοфизиологик хусусиятларини акс эттиради. Уларни дифференциал ташхислашда катта кийинчиликлар, кўпинча эса хатолар ҳам юзага келади.

Одонтоген патология, ва энг биринчи навбатда тишларнинг барча касалликлари - юз оғриғининг энг кенг тарқалган сабабларидан биридир. Бундай ҳолатларда оғриқ доимо оғриган тишга мос равишда юзнинг айнан бир хил жойларида (Захарин-Геда соҳасида) пайдо бўлади. Масалан, пешана-бурун соҳасидаги оғриқлар юқори курак тишлар патологиясида кузатилади; бурунлаб соҳаси - касалланган юқори қозиктиш ва юқори ўнг премолярга мос келади; бурун катаклари ёнидаги (юқори жағ соҳаси) лунж соҳаси иккинчи юқори премоляр ва ўнг юқори молярга тўғри келади. Чакка соҳа биринчи юқори молярга, пастки жағ соҳаси иккинчи ва учинчи юқори молярларга мос келади. Тил ости соҳаси дастлабки иккита пастки молярларга мос келади. Қулоқ оғриғи одатда пастки молярлар касалликларда, қулоқ супаси олд қисмида эса - юқори молярлар касалликларда кузатилади. Учинчи пастки молярга тўш-ўмров сўрғичсимон мушакнинг олдинги чети ёнидаги хикилдокнинг туртиб чиққан қисмидаги хикилдок соҳасига тўғри келади. Пастки курак тишларга, қозик тишларга ва биринчи премолярга нияк ости соҳаси мос келади.

Юзда акс этувчи оғриқлар ҳар доим ҳам пайдо бўлавермайди ва тишлардаги оғриқлар пайдо бўлганидан бир неча соат ўтгач пайдо бўлиши мумкин. Тиш суғуриб ташлангандан сўнг, тегишли соҳадаги оғриқ 24 соатдан кейин йўқолади. Захарин – Геда соҳаларида акс этувчи оғриқ зарарланган тишларда оғриқ бўлмаганда ҳам пайдо бўлиши мумкин. Касал тишларни тўғри ташхислаганда ва даволаганда тегишли соҳадаги оғриқ бутунлай тўхтади.

Прозопалгия, шунингдек, тишлам патологияси оқибатида протезлашдаги нуқсонларда ҳам кузатилади. Тишларинг йўқлиғи сабабли артикуляциянинг бузилиши ЧПЖБ нинг барча таркибий қисмларида ўзгаришларни келтириб чиқариши мумкин, бу эса chorda tympani нервининг синкилишига ва юз, тил ва кулок соҳасидаги оғриқларга олиб келади. Кўпинча, прозопалгия мушакдан келиб чиққан миофасциал оғриқли дисфункция кўринишига эга - бу унинг ортиқча юкланиши туфайли юзага келадиган у ёки бу мушакнинг дисфункцияси. Сўнги йилларда 70% қадар белдаги оғриқ аломатларини миофасциал таснифига кўйишади. Юз мушакларидаги миофасциал бузилишлар скелетдаги каби айнан ўша механизмларга мувофиқ ривожланади. Улар юздаги оғриқ аломатларининг 10-20 фоизини келиб чиқишига сабаб бўлади.

Мушак оғриғини ривожланиш механизми шундаки, дастлабки босқичда мушакда қолдиқ таранглик, кейин эса доимий маҳаллий гипертонус пайдо бўлади. Бундай мушакларнинг маҳаллий гипертонуслари мушакларнинг қисқа муддатли спазмларига (крампи) сабаб бўлади. Масалан, оғизни катта очиш ёки энаш чайнаш мушакларининг оғриқли спазмига олиб келиши мумкин. Яна кўпинча бундай гипертонуслар мушакларнинг доимий таранглашувига, ва мос равишда, сурункали оғриқларга олиб келади. Спазмаланган мушаклардаги узок муддатли маҳаллий гипертонусда оғриқни кучайтирувчи иккиламчи (қон томирлари, алмашинув, яллиғланиш) касалликлари пайдо бўлади.

Бундан ташқари, маҳаллий мушакларнинг гипертонуслари маҳаллий ва акс этувчи оғриқ манбага айланиб, триггер нукталарга (ТН) айланади. Юзда триггер нукталар кўпинча чайнаш: чакка, ён ва ўрта канотсимон мушакларида учрайди. Мимик мушакларда миофасциал бузилишлар тўш-ўмров сўрғичсимон, чайнаш ва трапедиясимон мушакларининг гипертонусига жавобан камдан-кам ҳолларда учрайди. Кўпинча кўзнинг айлана мушаклари, ёноқ мушак ва платизма зарарланади.

Прозопалгия турли хил ички аъзоларнинг касалликларида ҳам учраши мумкин, чунки сайёр ва диафрагмал нерв сезгир толалари бўйлаб оғриқли висцерал афферентация юзунинг турли соҳаларига қаратилиб, уч шохли нерв ядросининг хужайраларига таркалиши мумкин. Прозопалгия, шунингдек, умуртқа поғонаси касалликлари (остеохондроз, спондилит ва бошқалар), юз нервининг тирсақли

ганглияси нейропатияси (Ханга аломати), глаукома, синусит, миоцит ва бошқалар натijasида келиб чиққан бўйин томирлари патологиясида ҳам кузатилади.

Психоэмоционал ҳаддан ташқари зўриқиш оқибатида чайнаш мушакларининг миофасциал оғриқли дисфункцияси. Бундай дисфункция пайдо бўлишининг сабаби мушакларнинг толиқиши, чайнаш мушакларининг таранглашиши ва оғриғи бўлиши мумкин, бу рухий тушқунлик пайтида одатдаги тишларни қисншдан келиб чиқади. Мушакларнинг таранглашиши хиссий зўриқиш ҳолатида нормал физиологик реакция ҳисобланади. Юз ва жағлар мушаклари одамнинг хаяжонли ҳолатидаги ўзгаришларга жуда сезгир: унинг таранглашуви актив ва салбий хаяжонли зўриқишда қайд этилади. Сурункали стресс пайтида мушакларнинг донмий таранглашиши чайнаш мушакларида миофасциал касалликларнинг пайдо бўлишига туртки бўлади.

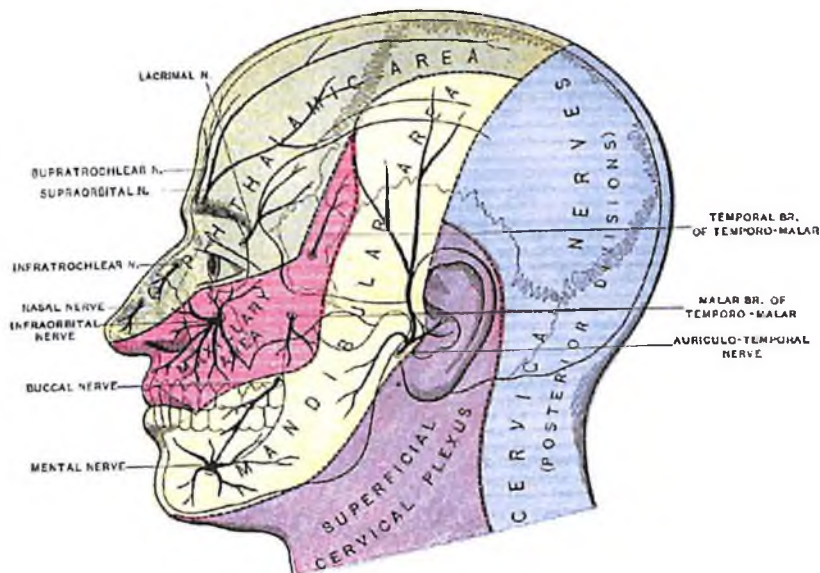
Чайнаш мушакларининг ҳаддан ташқари юкланиши, шунингдек, ухлашда, айниқса унинг иккинчи босқичида кузатиладиган бруксизмни (жағларни беихтиёр қисниш ва тишларни ғичирлатиш) келтириб чиқариши мумкин. Бруксизм хиссий бузилишлар, хавотир, депрессия, ипохондрия (вахимага тушиш) га чалинган беморларда кўпинча ривожланади.

Бундай ҳолда даволаш тинчлантирувчи дорилар, транквилизаторлар, зарурат туғилганда миорелаксантлар билан биргаликда антидепрессантларни ўз ичига олади.

Кўпинча чайнаш мушакларининг миофасциали оғриқли дисфункциясининг келиб чиқишига бир нечта патологик омиллар иштирок этади, бунинг устига кейинчалик ҳаддан ташқари рухийэмоционал зўриқиш омили кўшилиб, мавжуд бўлган оғриқни кучайтиради. Шунинг учун муваффақиятли даволаш учун касалликнинг сабабларини тўлиқ тахлил қилиш керак. Масалан, тишлам патологияси бўлган беморда чайнаш мушакларидаги юқори даражадаги зўриқишга олиб келадиган хиссий касалликлар бўлиши мумкин. Ушбу ҳолат яна юқори елка камари ва бўйин мушаклари ҳамда бошқалардан аке эттирилган оғриқ билан кучайиши мумкин.

4.1. Уч шохли нерв невралгияси

Уч шохли нерв невралгияси (УШНН) - пароксизмал (тутқаноқсимон) юз оғриғининг энг кенг тарқалган шакли бўлиб, у юз оғриғининг энг азобли тури ҳисобланади. УШНН - бу полиэтиологик касаллик. УШНН патогенезида касалликнинг бирламчи периферик генези (кўз ости, пастки жағ каналининг туғма ёки орттирилган торайиши туфайли уч шохли нерв илдизининг сикилиши, тишжағ тизимининг бошка патологияси) тўғрисидаги маълумотлар муҳимдир. Орқа бош суяғи чуқурчаси ўсмаларида уч шохли нерв илдизининг сикилиш тахминини ва илмоксимон буралган томирлар, одатда юқори ва олд пастки кичик мия артериялар билан нервни сикитиш тахминини мавжуд. Оғрикли пароксизмаларни амалга оширишнинг марказий механизмлари периферия билан патологик афференция таъсири остида иккинчи марта фаоллашади. Уч шохли нервнинг иннервацияси соҳасидаги ўткир, юқори жадалликдаги оғрикли хуружлари билан намоён бўлади.



Уч шохли нервнинг ўсма билан шикастланишидан келиб чиқадиган тригеминал невралгиянинг иккиламчи (симптоматик) шаклларида, касалликнинг биринчи босқичидаёқ нотипик аломатлар кузатилиши мумкин. Касаллик кўпинча кекса ёшлиларда учрайди.

Оғрикли пароксизмаларни ўткир, кескин, "санчик", чакмок чакиши билан таккослаш мумкин, бир неча сониядан бир неча дақиқагача давом этади, уч шоҳли нерв шоҳчаларининг иннервация соҳасида жойлашган бўлади. Улар "тепки" соҳаларида, вегетатив аломатлар (кўздан ёш оқиши, гиперемия, гипергидроз, ринорея (зарарланган томонида), гиперсаливация, оғрикли тиклар мавжуд) мавжудлиги билан ажралиб туради. Кўпинча хуружлар эрталабки соатларда, куз-киш даврида юз беради.

Неврологик беморни текшириш

Беморлар билан сўров ўтказишнинг хусусиятлари:

- оғрикнинг хусусиятини аниклаш (хуружли ёки доимий);
- оғрик таркалиши соҳасини аниклаш (уч шоҳли нерв шоҳлари жойлашувига тўғри келади ёки мос келмайди);
- оғрикли жойни аниклаш (оғрик бир жойдами ёки таркок; оғрик схемаси);
- сутканинг вақтига қараб (кечаси, кундузи ёки сутканинг вақти билан боғлиқ бўлмаган оғриklar) оғрик даврларини аниклаш;
- оғрикнинг давомийлигини аниклаш (бир неча сония, дақиқа, соат ёки кун);
- оғрик пайдо бўлишининг озиқ-овқат истеъмолига боғлиқлигини аниклаш (оғрикнинг тўхташи ёки унинг пайдо бўлиши);
- юзида тепки соҳалари мавжудлигини аниклаш (юзда тегиб кетганда оғрик пайдо бўладиган нукталар мавжудми ёки йўқми).

Уч шоҳли нервнинг невралгия таснифи

Уч шоҳли нерв невралгиясининг икки шакли мавжуд:

Марказий (гассер ганглиянинг зарарланиши) ва Периферик (уч шоҳли нервнинг периферик шоҳчаларининг зарарланиши). Марказий ва периферик генездаги уч шоҳли нерв невралгиясини битта касалликка қўшиш мумкин эмас, чунки ушбу шаклларнинг ҳар бири ўзига хос клиник кечишига ва этиологик хусусиятларга эга.

Марказдан келиб чиқувчи асосий уч шоҳли нерв невралгияси.

Кўпинча 40-60 ёшдаги одамлар касал бўлишади. Кўпроқ аёллар - 68%.

Этиологик омиллар:

- ❖ кон томир касалликлари (гипертония касалликлари);
- ❖ бод;

- ❖ бош мия жароҳатланиши;
- ❖ юкумли касалликлар;
- ❖ марказий нерв тизимининг зарарланиши (арахноидитлар, энцефалитлар);
- ❖ мияда қон айланишининг ўткир бузилиши;
- ❖ климактерик давр;
- ❖ сурункали бактериал (ангиналар) ва вирусли (грипп, ЎРВИ) инфекциялар;
- ❖ турли захарлар билан захарланиш (қўрғошин, мис, мишяк);
- ❖ эндоген интоксикациялар;
- ❖ эндокрин касалликлар ва бошқалар.

Клиник манзара

Касаллик юзнинг ўткир, кесувчи хуружли оғриғи пайдо бўлиши билан тавсифланади. Беморлар уларни "электр тоқининг ўтиши" билан таққослашади. Оғрикли пароксизмалар бир неча сониядан бир неча дақиқкагача давом этади. Хуружларнинг частотаси турлича. Оғрик тўсатдан пайдо бўлиши мумкин, лекин кўпроқ юзнинг мушаклари ҳаракатланаётганда пайдо бўлади (гаплашаётганда, овқатланаётганда, юваётганда, соқол олганда ва ҳоказо), беморлар маълум бир ҳолатда қотиб қолишади, ҳаракат қилишдан қўркишади (нафас олмай турадилар ёки жуда тез нафас олишади, оғрикли жойни босишади ёки уни бармоқлар билан сийпашади, баъзилари чайнаш ёки чапиллатиш ҳаракатларини бажаришади).

Оғрик юзнинг маълум бир соҳасини қамраб олади, у уч шохли нервнинг у ёки бу шохчасига тарқалади (кўпинча II ёки III шохчалар, камдан-кам ҳолларда I). Оғриқлар вегетатив аломатлар билан бирга кузатилади - юзнинг қизариши, кўздан ёш оқиши, ринорея, гиперсаливация (камдан-кам ҳолларда оғиз қуруши). Юз мушакларининг гиперкинези пайдо бўлади - няк, кўзнинг ёки бошка мушакларнинг титраши. Оғрик хуружи тўсатдан тўхтайтиди.

Марказий генезга эга уч шохли нерв невралгияси учун (84% ҳолларда учрайди), тепки (триггер) соҳаларнинг мавжудлиги, яъни, тери ёки шиллик парданинг таъсир қилганда оғрик хуружини келтириб чиқарадиган жойлари ҳосилдир. Юз терисидаги тепки соҳалари бурунлаб соҳасида жойлашган, чунки лаблар ва бурун

сохаларида жойлашган. Шу билан бирга, оғиз шиллик каватида (танглайда, юкори ва пастки жағларнинг алвеоляр ўсмасида ёки бошка сохада) ҳам триггер сохалари мавжуд. Шиллик каватдаги тепки сохалари ҳар доим уч шохли нервни зарарлаш томонида жойлашади. Валле оғрикли нукталари - бу уч шохли нерв шохларининг суяк тешигидан юзининг юмшок тўқималарига чиқиши проекцияси.



Кўпчилик беморларнинг таъкидлашича, оғрик хуружидан олдин вегетатив аура - оғрикли томонда гипертермия ёки кўз ёшланиши юз беради. Бошка беморларда оғрик пайдо бўлишидан олдин "чумоли ўрмалаши", кичишиш ёки санчик кўринишидаги парестезия пайдо бўлади.

Кранзл Б. кон босими тебраниши ва касаллик хуружлари ўртасидаги боғликликни аниқлади. Ҳаво босими ошиши билан хуружлар частотаси ҳам ошиб боради.

Оғрик хуружлари орасида, зарарланган томонда ҳеч қандай сезги бўлмайди. Невралгия узок муддат давом этган пайтда тегишли томонда терининг қуруши, киприклар тўкилиши, себорей экзема, гиперпигментация ва ҳатто чайнаш ва баъзан мимик мушаклар атрофияси пайдо бўлади. Баъзан, беморлар ўтқир оғриклар хуружи

орасида уларда доимий санчикли, эзувчи ва маълум даражада ифодаланган зиркировчи оғриқлар қолишини таъкидлашадн. Баъзи беморларда марказий генездаги икки томонлама уч шохли нерв невралгия кузатилади. Клиник аломатлари бир томонлама невралгияларга ўхшайди. Оғриқ аввал бир томонда, сўнгра иккинчисида пайдо бўлиши мумкин, гарчи баъзида у иккала томонда бир вақтнинг ўзида пайдо бўлади.

Энг кўп уч шохли нервнинг II ва III шохлари зарарланади. Касаллик бир неча ойдан бир неча йилгача (баъзан ўнлаб йиллар) давом этади.

Келиб чиқини асосан периферик бўлган уч шохли нерв невралгияси.

Этиологик омиллар:

❖ юз скелетининг юмшоқ тўқималари ва суякларининг ўсмалари ва ўсмаларга ўхшаш хосиллари;

❖ оғизнинг шиллик қаватини шикастлайдиган ёки тишлам баландлигини бузадиган протезлар;

❖ пастки жағ канали ёки кўз ости тешикчасида суяк хосил бўлганда

❖ оддий ёки чирмаб олувчи лишаёй (нейротроп вирус келтириб чиқаради)

Клиник манзара

Клиник жиҳатдан касаллик уч шохли нервнинг тегишли шохлари бўйлаб хуружли оғриқ борлиги билан тавсифланади. Периферик ва марказий генездаги уч шохли нерв невралгиясида оғрикли пароксизмалар бир-биридан фарқ қилмайди. Оғриқлар уч шохли нервнинг II ва III шохлари бўйлаб тарқалади.

Периферик невралгияда вегетатив аломатлар (кўздан ёш оқиши, ринорея, гипертсаливация ва бошқалар) унчалик аниқ ифодаланмаган. Тепкили (триггер) соҳалар унчалик кўп учрамайди (47% ҳолларда), оғрикли Валле нукталари бундан камроқ. Вегетатив аура йўқ.

.А.И. Трешчинский ва А.Д. Динабургга кўра оғриқни тарқалиш соҳалари ва унинг келиб чиқини соҳаси ўртасида боғлиқлик мавжуд. Агар, масалан, хуружлар юқори жағнинг алвеоляр ўсмаси соҳасида бошланадиган бўлса (мос равишда моляр ва

премолярларга), у холда оғрик юкори жаг бўртма сохасига тарқалади ва хоказо.

Хуруж авж олганда оғрик пешанага, чаккага, энсага, бўйинга тарқалиши мумкин. Оғрик келиб чиккан сохага аппликациявий оғриксизлантиришни кўллаш оғрикли пароксизмалар пайдо бўлишининг олдини олиши мумкин, маҳаллий анестезия (диагностик блокадани) ўтказиш ёрдамида уч шохли нервнинг зарарланган периферик жойини блоклаш билан оғрикли пароксизмалар 1-2 соат, кам холларда 3 соатдан ортик вақт давомида тўхтатилади.

Шундай килиб, юкорида айтилганлардан келиб чиқадикки, тузилишдаги фаркларга карамай, марказий ва периферик генездеги уч шохли нерв невралгиясининг клиник аломатлари ўхшаш кечади. Тўғри ва пухта тўпланган анамнез, невралгик аломатларнинг клиник симптомларини ўрганиш ва маҳаллий анестетиклар билан диагностик блокадалар ўтказиш орқали ташхис аниқланади.

4.2. Бошка прозопалгиялар

Тилтомоқ нерви невралгияси (Сикара синдроми) чўзилган бигизсимон ўсма билан бодомсимон без супасига шикаст етказиш, уйқу артерияси аневризмаси ва бошқалар натижасида пайдо бўлади.

Касаллик кўпинча 50 ёшгача кузатилади. Бир неча сониядан уч дақиқача давом этадиган куйдирувчи пароксимал оғрик билан тавсифланади. Оғрик кузатиладиган жойлар: тилнинг илдизи, танглай бодомсимон безлари, пастки жаг бурчаги ва кулок супасининг олд томони. "Тепки" сохаси: бодомсимон безлар, тил илдизи, кулок супаси. Хуруж пайтида бемор гапира олмайди ва сўлакни юта олмайди, мажбурий холатни қабул қилади - бошини зарарланган томонга эгади. Хуруждан кейин кучли ларингик йўтал пайдо бўлади. Сикара синдроми учун ташхисловчи синама бўлиб ҳалқум шиллик пардасини оғриксизлантириш ёки оғиз бўшлиғидаги бигизсимон ўсмаси проекциясига анестетик киритишдир.

Қанот-танглай туғунининг невралгияси (Сладер синдроми) - вегетатив прозопалгия, ушбу туғунинг шикастланиши натижасида ривожланади ва пароксизмал вегетатив дисфункция билан бирга кузатилади. Этиология узил кесил

аникланмаган, механик, аллергияк, психоген ва бошқа омиллар ахамиятга эга. Кўпинча бурун пардевори эгрилиги аникланади.

Ушбу тугун шикастланишининг ривожланишида етакчи роль регионар патологияк жараёнларга тегишли деб тахмин қилинади. Умумий юкумли, аллергияк, тузилиш, психоген омиллар ахамиятга эга. Маҳаллий вазомотор касалликлар билан биргаликда оғрикли хуружнинг ривожланиши тугунни, унинг пайларини кўзғатиш, шунингдек серотонин, гистамин, кининларнинг ажралиши натижасида юзага келади. Реперкуссив нерв механизмлари ва конда биоген аминларнинг тўпланиши умумий вегетатив-кон томир реакциялар (бош айланиши, кўнгил айнаш) ривожланишига олиб келиши мумкин. Юқоридагиларни ҳисобга олган ҳолда, касалликнинг маҳаллий ва умумий шакллари ажратилади. Хуружли оғриқлар бир неча дақиқадан бир неча соат ёки кунга қадар давом этади. Баъзида оғриқ доимий бўлиб, вақти-вақти билан пароксизмаларга қадар кучаяди. Зўрайишлар бир неча ҳафтадан бир неча ойгача давом этади. Табиатига кўра оғриқ куйдирувчи, лўқилловчидир, уни несик кум ҳисси билан таққослашади. Пароксизмалар кузатиладиган жой: юзнинг кўз, бурун ёки кўз ости соҳаси, юзнинг худди шундай номланувчи иккинчм томонига, бошга, бўйинга, кўлга ва тананинг ярмига тарқалади. Пароксизмалар вегетатив-кон томир, секретор ва трофик касалликлар билан бирга кечади. Касалликнинг ташхислаш мезонлари бўлиб ўрта бурун йўлининг шиллик каватига анестезик эритмасини (лидокаин, дикаин) суртиш билан оғриқни олиб ташлаш ёки камайтириш ҳисобланади.

Тирсакли ганглий синдроми (Ханта синдроми) - қулоқ чаногзи соҳасидаги оғриқ, бош оғриғи, сўлак ва кўз ёши ажралишининг бузилиши, қулоқлардаги шовқин, бош айланиши, горизонтал нистагм, тил ва қулоқнинг гиперестезияси, қулоқ, тил ва танглайни чирмаб олувчи герпес. Тошмалардан кейинги дастлабки 10 кун ичида юз нервининг вақтинчалик нейропатияси пайдо бўлади. Тилнинг олдинги 2/3 қисмида таъм сезишни йўқотиш ҳолати мавжуд.

Бурун киприк нерви невралгияси (Чарлен синдроми). Этиологияси номаълум. Касалликнинг келиб чиқиши этмоидит, бурун чанокларининг гипертрофияси, бурун пардеворининг эгрилиги, кўзнинг шикастланиши ва бошқалар билан боғлиқ.

Пешана-чакка соҳасига таркалиш билан оғрик кўз соккаси, кўзнинг бурчаги, бурун илдизи соҳасида жойлашади. Вегетатив бузилишлар кузатилади (ёруғликдан кўркиш, кўзларнинг ёшланиши, кератоконъюнктивит белгилари), пароксизмаларнинг давомийлиги 20 дақикадан 1-2 соатгача ёки ундан кўп бўлади. Зўрайиш давомийлиги 1-2 ойгача, кўпинча куз-киш даврида. Оғрикнинг табиати кесувчи, зиркиратувчи, неврологик касалликлар ҳам кузатилади: анизокория, кўз ёриғининг торайиши, нормал рефлекснинг пасайиши. Касалликнинг ташхислаш мезонлари бўлиб юкори бурун йўлларига анестетик эритма суртиш оркали хуружни юмшатишдир.

Глоссалгия оғиз бўшлигида, тилнинг учида ва унинг ён юзасида парестезия билан санчик, куйдирши, "чумоли ўрмаланиш" кўринишида намоён бўлади. Бу асосан ўрта ёшдаги одамларда учрайди, лекин у ёшларда ҳам учрайди. Кўпроқ аёлларда бўлиб, оғрикнинг жадаллиги ўзгарувчан, озик-овкат истеъмол қилиш билан боғлиқ. Вакт ўтиши билан парестезиялар тез-тез учрайди ва узокрок давом этади, уларнинг жадаллиги ошади. Давомийлиги бир неча ойдан бир неча йилгача.

Глоссалгия пайдо бўлишида турли хил маҳаллий ва умумий сабаб омиллари иштирок этади. Маҳаллий: механик, физикавий, кимёвий. Тишнинг ўткир учи, протез билан тилни жароҳатлаш, оғиз бўшлигида турли металллардан ясалган тиш копламалари ёки бошқа протезлар мавжудлиги оқибатида аллергик реакция, пластмассаларга реакция ва бошқалар бўлиши мумкин. Глоссалгия пайдо бўлишига сабаб ички аъзолар патологияси (ошқозон-ичак йўли, жигар, ошқозон ости беши сурункали касалликлари), қандли диабет, менопауза бўлиши мумкин. Патогенезда муҳим ўрин марказий асаб тизимининг функционал бузилишларига тегишли.

Аурикулотемпорал синдром (қулоқ-чакка нервнинг нейропатияси, Фрей-баярже синдроми). Вегетатив прозопалгия чакка соҳасида, қулоқда, настки жағ бўғими соҳасида, кўпинча настки жағга тарқалувчи ёндирувчи, симилловчи, уриб турувчи оғриқлари билан намоён бўлади. Хуруж ҳар доим терининг кизариши ва қулоқ-чакка соҳасида терлашнинг кучайиши билан бирга келади. Хуружларнинг бошланиши одатда овкат истеъмол қилиш, жисмоний иш, умумий қизиқ кетиш, чекиш ва баъзида хиссий зўриқиш туфайли кўзғатилади. Аурикулотемпорал синдром йирингли паротитнинг асоратлари бўлиши мумкин, у қулоқолди

сўлак безлари паренхимасининг йўқ қилиниши ва уни иннервация қиладиган кулок-чакка нервининг шикастланиши билан бирга келади. Шу муносабат билан, рефлектор ҳамда гуморал тарзда кулоколди сўлак безининг сўлак ажратиши бузилади. Овқатланиш пайтида кулок олди соҳасида гипергидоз, пастки жағ ости ва тил ости тугунларининг ганглиопатияси хос. Бу жуда камдан-кам ҳолларда намоён бўлади. Этиологияси, кўринишича, турлича бўлиши мумкин. Одатда бу юз-жағ соҳасидаги маҳаллий яллиғланиш жараёнлари, вегетатив тугунларнинг шикастланиб, зарарланиши, хусусан, жарроҳлик аралашувлар туфайли.

Пастки жағ ости тугунининг ганглиопатияси пастки жағ ости соҳасида доимий сирқировчи оғриқ билан тавсифланади, мазкур вазиятда вегетатив компонент билан 10 дақиқадан бир неча соатгача давом этадиган ўткир оғриқ пароксизмалари бўлиши мумкин. Хуруж пайтида оғриқ тилнинг ярмига тўғри келадиган тил ости соҳасига тарқалади. Одатда гиперсаливация кузатилади, кам ҳолларда оғизда куруклик хисси пайдо бўлади. Ияк ости учбурчагида оғрикли нукта мавжудлиги хосдир.

Тил ости тугунининг зарарланиши билан ўхшаш клиник манзара, аммо оғриқ асосан тил ости соҳасида қайд этилади ва асосан тилнинг учига тарқалади. Оғриқ нуктаси одатда пастки жағ тизмасининг ўртасида аниқланади.

Иккала вегетатив ганглияларнинг биргаликда зарарланиши тез-тез учрайди. Оғриқ сезилган жой бир ёки бошқа тугуннинг кўпроқ зарарланишига боғлиқ. Оғриқ ва озик-овқат истеъмол қилиш ўртасидаги боғлиқлик ҳақида ҳеч қандай далил йўқ. Касаллик пайтида тилнинг олдинги 2/3 қисмидаги шиллик қаватдаги дистрофик ўзгаришлар дескваматив глоссит типи бўйича таъм бузилиши ва тил мушакларининг юқори даражада толиқиши каби касалликлар пайдо бўлиши мумкин. Психоэмоционал бузилишлар ва ипохондрик фиксация одатий ҳол.

Шундай қилиб, юз оғриқлари тиши жағ тизими иннервацияси, қон таъминоти ва ишлаши хусусиятлари билан боғлиқ бўлган келиб чиқиши ва клиник манзараси бўйича турлича бўлган синдромларни ўз ичига олади. Аломатлари бўйича ўхшаш касалликлар пухта ташхислашни, оғиз бўшлиғидаги оғриқнинг маҳаллий сабабларини чиқариб ташлаш, умумий соматик ва айниқса неврологик статусни баҳолашни талаб қилади.

5. БОБ. БЎЙИН, КЎЗ, ЛОР-ОРГАНЛАРИ ПАТОЛОГИЯСИДА БОШ ВА ЮЗ ОҒРИҒИ

Кўз патологиясида бош оғриғи. Бу биринчи навбатда кўз косаси ва унинг атрофида намоён бўлади. Симилловчи сиркираган оғрик рефракция аномалиялари, шунингдек астенонияларда кузатилиши мумкин - кўз мушакларининг толиқиши, кўзнинг узок вақт давомида яқин жойлашган фиксацияланган нарсага тикилиши, орттирилган ғилайлик, хусусан, кўзнинг ташки мушакларининг латент кучсизлиги деб аталадиган сабабга кўра яширин ғилайлик, бу ўз навбатида биноккуляр кўриш ва конвергенциянинг бузилишига олиб келади. Бундай ҳолатларда бош оғриғи одатда узок вақт давомида кўришни зўриқишидан кейин (ўқиш, филм томоша қилиш ва ҳ.к.), айниқса рефракцион аномалияларда, хусусан гиперметропия, астигматизм, шунингдек, аккомодация ва конвергенция бузилишлари, диплопия ва страбизмда юзага келади. Кучли бош оғриғи ички ёки ташки кўз мушакларининг шикастланиши, кўз сокқасидаги яллиғланиш (ирит, иридоциклит ва бошқалар), шунингдек, тригеминал асабнинг офталмик толаси иннервация зонасида герпес зостер натижасида пайдо бўлиши мумкин. Лакримация, фотофобия, блефароспазм, кўриш кескинлигининг пасайиши, кўпинча - кўз ковоклари ва кўз тўқималарининг шишиши қайд этилади.

Глаукома хуружида кўз сокқасидаги оғирлик, босим ортиши ҳисси кескин бош оғриғига ўтиши мумкин, бунда милтилловчи "пашшалар", камалакли доира, туманлаш қолаш, кўз қорачиғининг кенгайиши кузатилади, одатда қусиш, титрок, брадикардия ҳам учрайди. Кўз кизарган, палпация пайтида қаттиқ. Кўз ичи босими ортади. Глаукомада пилокарпин эритмасини кўзга томизиш керак ва кўпинча жарроҳлик даволаш талаб этилади.

ЛОР аъзолари касалликларида бош оғриғи. Синуситларда (фронтит, гайморит) таркок умумлашган симилловчи бош оғриғига ўтадиган юмшоқ тўқималарнинг маҳаллий шишиши ва гиперемияси, уларнинг оғриғи, таъсирланган синус соҳасидаги ичидан босимли оғриғи аникланади. Кучли умумий бош оғриғи, айниқса бурун қаншари соҳасида сезиларли, бу сфеноидитнинг белгиси бўлиши мумкин. Синуситда бош оғриғи, айниқса, эрталаб уйғонганидан кейин сезилади. Беморнинг горизонтал ҳолатдан вертикал ҳолатга

ўтиши, бош ҳолатининг кескин ўзгариши (эгилиш, чайқалиш), шунингдек бурун қоқиш бош оғриғининг оғирлигига таъсир қилиши мумкин. Юмшоқ тўқималарга босим оғрикли бўлган юзнинг тегишли қисмида гиперемия бўлиши мумкин, камрок бу тўқималар шишган бўлади. Синуситда бош оғриғининг интенсивлиги синусларнинг зарарланиш даражаси билан тўғридан-тўғри пропорционалдир. Бир вақтнинг ўзида бир нечта ёки барча синусларнинг (пансинусит) зарарланишида бош оғриғи тарқок диффуз характерга эга бўлиши мумкин. Синуситда бош оғриғи баъзида бурун тикилиши тўхтаганидан кейин ҳам давом этади ва ҳатто унинг деворини тешиш орқали дренажлангандан сўнг ҳам зўрайиб боради, бу дренаж тешиқларининг тикилиб қолиши, синусда вакуум ҳосил бўлиши ва унинг ичига шиллик пардани сўрилиши билан боғлиқдир. Бундай ҳолларда бош оғриғининг интенсивлиги атрофдаги бўшлиқлардаги босим ўзгариши билан кучайиши мумкин (самолётнинг кўтарилиши ва тушиши пайтида оғрик), баъзан рентгенографияда аникланадиган шиллик қаватнинг суякдан ажралиши содир бўлиши мумкин. Параназал синусларнинг яллиғланишида бош оғриғи одатда вазомотор вегетатив реакциялар билан бирга келади. Синуситни аниқлашга краниограмма ва бошнинг КТ хулосаларида параназал синусларнинг қорайишини аниқланиши, шунингдек уларни пункция қилишда йирингни олиш имкон беради. Синуситда бош оғриғининг патогенезида механик, токсик, вазомотор омиллар муҳим аҳамиятга эга. Баъзи ҳолларда бош оғриғи буруннинг синус бўшлиғини остеома, мукоцеле, актиномикоз билан тўлиб қолишидан келиб чиқади.

Этмоидит билан оғишда ҳам оғир бош оғриғи кузатилиши мумкин. Олдинги этмоидитда оғриқлар, айниқса, бурун қаншари, кўз сокқаси ва чакка минтақасида, орқа этмоидитда - парието-оксипитал зоналарда кучли бўлади.

Чакка минтақаси ва кулоқда кучли, доимий ёки пароксизмал, бош санчикли, пулсацияланувчи характерга эга бош оғриқлари ўрта кулоқнинг яллиғланиш касалликларида, айниқса мезотимпанитда бўлиши мумкин. Ўткир йирингли отит туфайли келиб чиққан бош оғриғи кўпинча иситма, бош айланиши, кулоқ пардасидаги яллиғланиш реакциялари ва юз асабининг шикастланиши билан кечади. Агар отит мастоидит билан асоратлашса, бош оғриғи одатда чакка ва паритетал минтақаларни

қоплайди. Оғрик мастоид суяги устида юмшок тўқималарнинг шишиши ва оғрик билан бирга бўлиши мумкин.

Шуни ёдда тутиш керакки, ЛОР аъзоларининг айрим юқумли зарарланишлари, хусусан, этмоидит, синусит, отит, мастондитларда чегараланган пахименингит, лептоменингит, миянинг отоген абсцесси, веноз синус тромбози ёки иккиламчи йирингли менингитнинг кенгайтирилган клиник кўриниши шклидаги асоратлар юзага келиши мумкин. Отоген лептоменингитда, хусусан, олиб кетувчи асаб (якинлашувчи ғилайлик) ва тригеминал асаб зарарланадиган Градениго синдроми деб аталувчи синдром ривожланиши мумкин. Иккинчисининг жараёнга қўшилиши юзга тарқаладиган кучли маҳаллий бош оғриғига олиб келади.

ЛОР органларида яллиғланиш жараёнларининг мумкин бўлган интракраниал асоратлари орасида сигмасимон, кўндаланг, сагиттал ёки каверноз синусларнинг тромбози, шунингдек, кўпинча миянинг чакка қисмида ёки кичикмиядаги мия абсцесси хакида унутмаслик керак. Ушбу асоратлар, худди отоген йирингли менингит каби, ёркин умумий мия ва локал неврологик симптомлар билан кечади ва беморнинг ҳаётига ҳавф туғдиради.

Интракраниал отоген асоратларни диагностикаси пухта отиатрик, неврологик, ликворологик, рентгенологик ва нейрофизиологик тадқиқотлар маълумотларига асосланади. ЛОР аъзолари патологияси ва асоратлари туфайли келиб чиққан бош оғриғи фақат асосий касаллик даволанганда бартараф этилиши мумкин.

Даволаш. Патологик жараённинг хусусиятига қараб даволаш консерватив ёки жарроҳлик аралашуви билан бирлаштирилиши мумкин, бу одатда оториноларинголог томонидан амалга оширилади.

Назорат саволлари:

1. Оғриқ ривожланишининг асосий сабаблари ва механизмларини санаб ўтинг;
2. Оғриқнинг асосий турларини санаб ўтинг;
3. Бош оғриғидаги энг муҳим ўзгаришларнинг етакчи аломатлари ва натижаларини айтинг;

4. Бош оғриғи билан кечадиган неврологик касалликларнинг олдини олиш, даволаш ва реабилитация қилиш асосларини айтиш;
5. Боши оғриган беморларни диспансер кузатувини амалга ошириш тамойилларини кўрсатиш;
6. Бош оғриғи бўлган неврологик беморларни таъхислаш, даволаш ва дори-дармон билан таъминлашнинг замонавий усулларини кўрсатиш;
7. Бош оғриқлари хавфининг асосий омилларини, гендер жиҳатларни, соғлом турмуш тарзини шакллантиришини айтиб бериш;
8. Мигренга хос оғриқларнинг ўзига хос аломатларини айтиб бериш;
9. Бош оғриғи бўлган беморни неврологик текшириш тартибини тавсифлаб бериш;
10. Зўриқши бош оғриғининг ўзига хос аломатлари қандай;
11. Зўриқши бош оғриғи, мигрени даволаш схемаларини айтиб бериш;
12. Кластерли бош оғриғини таъхислаш мезонлари ва даволаш тамойилларини санаб ўтиш;
13. Сугурта компаниялари билан ўзаро ҳамкорлик тартибини айтиб бериш;

Шифокор-неврологнинг амалий тайёргарлигини очиб берадиган топшириқлар

1. Бош оғриғи шикоятлари бўлган беморни кўриқдан ўтказиш: шикоятлар, анамнезни йиғиш, объектив кўриқ;
2. Бош оғриғи бўлган беморга қараш: муолажаларни танлаш ва тузатиш, инвазив манипуляция ўтказиш заруратини аниқлаш;
3. Сефалалгия қайталаниб ривожланишини олдини олиш бўйича профилактика тадбирларини ўтказиш.

Синовлар ва вазиятли топшириқлар:

1. Мигрень хуружини кўзгатадиган омиллар (5)
 - 1) каттик ҳаяжон;
 - 2) етарсиз уйқу;
 - 3) уйқуга ётишдан олдин ўқиш;
 - 4) оғир жисмоний меҳнат;

5) тўғри 1) 2) 4)

2. Мигрень хуружларини олдини олиш учун куйидагилардан фойдаланилади: (7)

- 1) имигран
- 2) зомиг
- 3) амитриптилин
- 4) атенолол
- 5) пирацетам
- 6) тўғри &1) &2)
- 7) тўғри &3) &4)

3. Зўрикиш бош оғриғи куйидаги оғрик билан тавсифланади (4)

- 1) уриб турувчи
- 2) бир томонлама
- 3) пароксисмал
- 4) “ҳалкасимон” кисувчи хоссали

4. Мигрень хуружлари (1, 2)

- 1) кўпрок аёлларда учрайди
- 2) ўсмирлик ёки ёшлик даврида пайдо бўлади
- 3) кекса ёшда кучаяди
- 4) давомийлиги 4 соатдан ошмайди

5. Бош оғриғининг энг кенг тарқалган тури (3)

- 1) мигрень
- 2) бир нуктадан-ёйилувчи бош оғриғи
- 3) зўрикиш бош оғриғи
- 4) гипертензив бош оғриғи
- 5) артериал кон босими кўтарилиши келтириб чиқарган бош

оғриғи

6. Мигренга куйидагилар хос эмас (4)

- 1) касалликнинг оилавий хусусияти
- 2) оғрикнинг бир томонламалиги
- 3) оғрикнинг уриб туриш хоссаси
- 4) кекса ёшда хуружларнинг кўпайиши
- 5) пайдо бўлиш даврийлиги

1. Сурункали пароксисмал гемикрания (1,3,4)

- 1) асосан аёлларда пайдо бўлади
- 2) камида 2 соат давом этади

- 3) индометазин ёрдамида тўхтатилади
- 4) кўзлардан ёш оқиши, ринорея, кўзнинг кизариши, кўз ковокларидаги шиш билан кечади
2. Мигрень хуружини даволаш (2,3)
- 1) парацетам
 - 2) дигидроэрготамин (дигидергот)
 - 3) суматриптан (имигран)
 - 4) карбамазепин
 - 5) пентоксифиллин
3. Бир нуктадан ёйилувчи бош оғриғи (1,3)
- 1) 15-80 дақиқа давом этади
 - 2) асосан аёлларда пайдо бўлади
 - 3) кўзлардан ёш оқиши, ринорея, кўзнинг кизариши, кўз ковокларидаги шиш билан кечади
 - 4) парацетамол билан тўхтатилади
11. Мигренда бош оғриғи (1,2,3,5)
- 1) бир томондан хис қилинади (гемикрания)
 - 2) уриб турувчи хоссага эга
 - 3) жисмоний юктамаларда кучаяди
 - 4) пешана-дахан (триггер) соҳаси кўзғатилиши туфайли келиб чикади
 - 5) кўнгил айниш ва қусиш билан бирга кечади
4. Зўриқиш бош оғриғини ривожланиш омиллари (1,2,4)
- 1) хиссий бузилишлар (юқори даражадаги хавотир ва рухий сиқилиш)
 - 2) оғир жисмоний меҳнат
 - 3) шоколад, пишлоқ ёки апельсинларни истеъмол қилиш
 - 4) мушаклар чангак бўлишига туғма мойиллик
5. Бир нуктадан ёйилувчи бош оғриғини даволаш (3,4)
- 1) наркотиксиз оғриксизлантирувчилар
 - 2) наркотикли оғриксизлантирувчилар
 - 3) кислород билан нафас олиш
 - 4) суматриптан (имигран)
6. Бир нуктадан ёйилувчи бош оғриғини олдини олиш (2)
- 1) имигран (суматриптан)
 - 2) литий карбонати

- 3) дигидергот
- 4) наркотикли оғриксизлантирувчилар

14. Офтальмоплегик мигренда (1,2,3)

- 1) оғрик уриб турувчи хоссага эга
- 2) кўз харакатларининг бузилишлари юзага келади
- 3) оғрик бир томондан сезилади
- 4) кўриш қобилятини йўқотиши ривожланади

15. Бир нуктадан ёйилувчи бош оғриғида қуйидаги аломатлар мажмуи ривожланиши мумкин (1)

- 1) Бернар—Горнер
- 2) Вебер
- 3) Броун—Секара
- 4) Валленберг—Захарченко

16. Кўнгил айнаши, қусиш, ёруғлик ва / ёки товушдан кўрқиниш (1,2)

- 1) аурасиз мигрень
- 2) аурали мигрень
- 3) бир нуктадан ёйилувчи бош оғриғи
- 4) уч шохли нерв невралгияси
- 5) эпизодик зўриқиш бош оғриғи

17. Сурункали зўриқиш бош оғриғини даволаш (1.3)

- 1) антидепрессантлар
- 2) наркотикли оғриксизлантирувчилар
- 3) миорелаксантлар
- 4) кислород билан нафас олиш
- 5) ноотроп воситалар

18. Аурали мигренга хос бўлган кўриш нуқсони (2)

- 1) марказий скотома
- 2) гомонимик "милтиллокви" скотома
- 3) кўриш галлюцинациялари
- 4) биназал гемианопсия
- 5) битемпорал гемианопсия

19. Мигрень (1,3,4)

- 1) пароксисмал хусусиятга эга
- 2) хуружсиз ўчоқли неврологик аломатлар билан бирга кечади
- 3) кўпинча оилавий характерга эга

- 4) кекса ёшда намоён бўлиши заифлашади
- 5) эркакларда кўпроқ учрайди

20. Зўриқиш бош оғриғи (1)

- 1) сиқувчи ёки эзувчи хоссага эга
- 2) кўпинча кўнгил айниш ва қусиш билан бирга кузатилади
- 3) асосан ўспиринлик даврида юзага келади
- 4) давомийлиги бир суткадан ошмайди
- 5) ўчоқли неврологик аломатлар билан бирга кузатилади

1 таъриқ. Бемор Н., 32 ёшда, кўпинча ўнг томонда, пешана-чакка-кўз соҳасида вақти-вақти билан пайдо бўладиган уриб турувчи бош оғриғи шикоятни билан поликлиникага мурожаат қилган. Оғриқ 1,5-2 соат давомида аста-секин ошиб боради, жисмоний юкламада ва қаттиқ гапирганда кучаяди, кўнгил айниш, қусиш билан бирга кечади. Қусишдан кейин бош оғриғининг жадаллиги пасаяди. Оғриқли хуружнинг давомийлиги тахминан 24-48 соатдан иборат. Хуруж кизил шароб ва қахва истеъмол қилиш билан кўзгатилади. Жами сўнгги бир йил ичида олтига шундай хуруж юз берган. Беморнинг она томондан холаси шу каби хуружлардан азият чеккан ва менопауза бошлангандан кейин ушбу хуружлар тўхтаган.

Неврологик статус кўригида ва кўз тубида патологик ўзгаришлар аниқланмади, РЕГда - томир дистонияси ҳодисаси. Мазкур беморга ташхис кўйинг. Даволашни тайинланг.

Жавоб نامунаси:

* 1. *Аурасиз мигрень.*

* 2. *Мигрень хуружини кўзгатадиган ичимликлар ичишни тўхтатиш керак. Хуруж пайтида - Ибупрофен 400 мг ёки бошқа НЯҚП, шу жумладан қўшма дори воситалари (Мигренол, Золдиар, Кофергот ва бошқалар), агар самарасиз бўлса - бурунга нурқаладиган Дигитдроэрготамин ёки Имигран - 6 мг се.*

2 таъриқ. *Юлия В., 13 ёшда, невролог қабулига онаси олиб келган. Сўнгги 6 ой ичида кизчани асосан энса соҳасида уриб турувчи хусусиятга эга бош оғриғи хуружлари безовта қила бошлаган. Хуружлар кўриш қобилиятининг икки томонлама бузилиши, кулоқлардаги шовқин, ҳаракатларни бошқаришнинг бузилиши ва вақти-вақти билан - юз соҳасида чумоли ўрмалаш хисси билан бирга кечади. Хуружлар тахминан 6 - 8 дақиқкагача давом этади, шундан сўнг болани бош айланиши, умумий заифлик ва уйқучанлик ҳисси безовта қилади.*

Кўрикда: эс-хуши жойида, кизча хиссий жихатдан ўзгарувчан, заифлашиб қолган. Бошсуяги-мия нервлари томонидан патология аниқланмаган, пай ва перностал рефлекслар бир текис жонли, патологик рефлекслар пайдо бўлмаган, сезгирлик бузилмаган ва ўзни бошқариш синовларининг қониқарли даражада бажаради.

Сизнинг тахминий таъхисингиз қандай?

Бошқа касалликларни истисно қилиш учун болага қандай текширувларни ўтказиш керак?

Жавоб намунаси:

Базиляр мигрень.

Окулист кўриги, томир режимида КТ ёки МРТ, хуруж пайтида ЭЭГ.

3 топшириқ. *Беморда кечаси юзнинг ўнг ярмида оғриқ хуружлари ривожланади. Оғриқ бир неча соатдан бир суткагача давом этиб, энсага, чаккага, пастки жағга тарқалади. Вегетатив - секретор бузилишлар жуда яққол намоён бўлади. Даҳан-пешана соҳаларида йўқ.*

Клиник таъхис кўйинг ва асосланг.

4 топшириқ. *чап қулоқолди сўлак безининг яллиғланишидан сўнг, беморда 20-30 дақиқа давом этадиган оғриқ хуружлари пайдо бўлди; овқатланиш вақтида қучаядиган қулоқолди чакка соҳасида қучли терлаш.*

Клиник таъхис кўйинг ва асосланг.

5 топшириқ. *Бемор Ж., 12 ёшда, ўнг кўз ва қош усти соҳасидаги қучли оғриқлардан шикоят қилиб мурожаат қилди. Тахминан бир суткадан бери касал. Ҳозирда кизчанинг укаси сувчечак билан касалланган.*

Кўрикда: умумий ҳолат қониқарли даражага яқин. Томир уриши бир маромда, 80/дак., АБ - 110/70. Тана ҳарорати - 37 °. Ўнг кўзнинг юқори ковоғи ва пешана ўнг томони соҳасида тери қонғи, шу ернинг ўзида бошнинг сочли қисмига ёйилиб кетган пуфакчали тошмалар мавжуд. Кўзлар ёшланади. Кўз қорачиклари бир хил ўлчамда. Кўз соққаларининг алоҳида горизонтал нистагмоид титраши. Пай рефлекслари бир текис жонланган. Патологик рефлекслар ва менингеал аломатлар мавжуд эмас.

Клиник таъхис кўйинг ва асосланг.

6 топшириқ. *Бемор П. 42 ёшда, кескин бош айланиши, бош оғриғи, қулоқлардаги шовқин, кўнгил айниши ва қусиш шикоятлари билан қабул бўлимига мурожаат қилган. У автомобилни бошқариш чоғида бошини кескин ён томонга ўгирган пайтда тўсатдан касал*

бўлиб қолган. Қийинчилик билан машинани тўхтатган, тушган, лекин бош айланиши ва қайт қилиш туфайли юра олмаган. Йўловчи машина олиб келган. Шу каби ҳолат охирги йил ичида икки марта юз берган ва ҳар доним бошнинг кескин бурилишидан кейин юз берган.

Кўрикда: эс ҳуши жойида, юзи рангпар, пешанасида тер томчилари, такроран қусиш истаги. Ёнбошлаб ётибди, кўзлари юмилган. Томир уриши бир маромда, дақиқасига 56 марта. Юрак товушлари тиник, тоза, АБ - 140/95. Нафас олиши бир маромда, дақиқасига 16 марта. Ротатор компонентли кўз соққаларининг беихтиёр, горизонтал ҳаракатланиши (нистагм). Иккала томонда ҳам Маринеску аломати намоён. Бошка ҳолларда бошсуяк иннервацияси патологиясиз. Оёқ-қўллар ҳаракатланиши тўлиқ ҳажмда, мушаклар гипотонияси. Ўз ҳаракатларини бошқариш синовларини ҳар икки томонда ҳам ишончсиз бажаради. Бошни ўғирганда, ўтиришга ҳаракат қилганда, тизимли бош айланиши кучаяди, қусиш пайдо бўлади. Пай рефлекслари бир текис жонланган. Патологик рефлекслар ва аломатлар мавжуд эмас. Кўз туби: кўриш нерви гардишлари оч пушти, уларнинг чегаралари аннқ, артериялар ўртача даражада торайган. РЕГ: вертебрал-базилляр ҳавзасида уриб туриб қон тўлиши бироз пасайган, қон томир тонуси кўтарилган.

Умуртканинг бўйин қисми рентгенографияси: умуртқа гардишлари орасидаги остеохондроз, II давр.

Клиник ташҳис кўйинг ва асосланг.

7 топшириқ. Бемор Т., 16 ёшда, қабул бўлимига "тез тиббий ёрдам" машинасида ўсмирлар спорт мактабидан олиб кетилган. Машғулот пайтида тўсатдан қичқирган, ҳушини йўқотган, йиқилиб тушган. Бош суяги жароҳати бўлмаган. Ҳодиса ҳақида ота-онасига телефон орқали хабар берилган. Бемор онасининг айтишича, у нормал ўсган ва ривожланган. 2 йил давомида спорт мактабига қатнайди. Тахминан икки ой олдин у ўнг қулоғидаги шовқиндан шикоят қилган, шифокорга мурожаат қилмаган, аста-секин шовқин тўхтаган. У ҳар йили тиббий-жисмоний диспансерда кўриқдан ўтказилган, соғлиғида ҳеч қандай ўзгариш қайд этилмаган.

Кўрикда: ҳушидан кетган, чуқур кома. Томир уриши бир маромда, дақиқасига 110 марта. Юрак товушлари сует, АБ 100/60. Нафас олиши Чейн-Стокс турида. Кўз қорачиклари кенг, ёруғликка реакция йўқ. Корнеал рефлекслар йўқолган. Оёқ-қўлларни ёзувчи мушакларнинг кескин таранглашуви, қўллар ва оёқлар узатилган ҳолда. Мушаклар пайпаслаганда қаттиқ, пассив букишнинг имкони

йўқ. Вақти-вақти билан мушак тонуси ёзишда пасаяди ва буқишда кучаяди. Пай рефлекслари юкори, тизза усти ва товон клопуслари. Ҳар икки томондан Бабинский патологик рефлекслари. Энга мушакларининг каттиклиги 4-та кўндаланг бармок даражасида. Мушакларнинг кескин таранглашуви туфайли Кернинг аломатини текшириб бўлмади. Беихтиер бовул қилиш.

Кўз туби: кўриш нервларининг гардишлари оч пушти, уларнинг чегаралари аниқ, томирлар ўзгаришсиз. ЭХОЭГ: М-echo силжиши топилмади, кўп сонли кўшимча тишчалар. ЭКГ: синусли томир уриши, юрак кискариши дақиқасига 100 марта, юракнинг электр ўқида оғиш йўқ, миокардда тикланиш жараёнлари бузилган. Бош суягини кўриш рентгенографияси: бош суяк ичидаги босимнинг кўтарилиш аломатлари йўқ. Люмбал пункция: (мандрен остига бир неча томчи): ликвор (орка мия суюклиги) жадал равишда конга бўялган.

Клиник ташҳисни аниқланг ва асосланг

8 топшириқ. Бемор М. Бош оғриғи хуружлари тахминан беш йил олдин пайдо бўлган, одатда ўнг пешана-чакка соҳасида бошланиб, тезда сурьатларини оширади ва бош ҳамда кўз соккасининг бутун ярмига тарқалиб, такрорий қусиш билан кечади. Бошни иссиқ сув билан ювиш ва ухлаш ҳолатни енгиллаштиради. Беморнинг онаси ва синглиси бош оғриғидан азоб чекишади.

Кўришда: бемор рангпар, кўзлари юмилган ҳолда ётибди, ёркин нур ва кўз соккалари ҳаракатлари оғрикни кучайтиради. Томир уриши бир маромда, дақиқасига 90 марта уришгача тезлашган. Учокли ва менингеал аломатлар мавжуд эмас. АБ - 110/70.

Клиник ташҳис кўйинг ва асосланг.

9 топшириқ. Бемор И. 28 ёшда, у пешана ва энга соҳасида бош оғриғи, кўнгил айнаш, такрорий қусиш шикоятлари билан клиникага ётқизилган. Касалхонага ётқизилган куни ўткир бош оғриғи ва қусиш пайдо бўлди. Ҳушини йўқотмади, фалажлик йўқ эди.

Ётқизилганда - соматик жиҳатдан соғлом, АБ - с.у. 120/80 мм. Неврологик жиҳатдан: анизокория $8 > Д$, кўз корачикларининг ёруғликка реакцияси суст, ўнг бурунлаб катлами текисланиб қолган, тишларнинг оқини кўрсатганда оғизнинг ўнг бурчаги орқада қолади. Қўл ва оёқларда енгил фалажлик йўқ. Пай рефлекслари жонли, $Д > Б$ Паталогик рефлекслар йук. Кернинг ва Брудзинский аломатлари ва энга мушакларининг каттиклиги кескин ифодаланган. Оркамия пункцияси: босим кўтарилган, пушти ранг. Ликвор хира, оксил - 0,8 гр / л.

Клиник ташхис кўйинг ва асосланг.

10 топшириқ. 68 ёшли бемор бир неча йилдан буён бош оғриғидан, бошдаги шовкиндан, хотирасининг ёмонлигидан, уйкуензликдан шикоят қилиб келади. Кундузи хаяжонланиб, тўсатдан бош айланишини сезган, йиқилиб тушган. Хушини йўқотмаган. Ҳикичок пайдо бўлган, умумий заифлик, ютиниш кийинлашган. Бемор эс-хушини йўқотмаган, саволларга тўғри жавоб беради, жойи ва вақтни англай олади. Ҳид сезиш бузилмаган. Кўз тубида томирлар склерозланган. Иккала кўзда ҳам кўриш қобилияти 1.0. Ўнг қорачиқ чапга нисбатан кенгрок. Қорачиқларнинг нурга ва яқинлашишга нисбатан реакцияси суст. Чап томондан энцефальм. Чап кўз юқори ковоғининг потўлик пастга тушиб қолиши. Чапга горизонтал нистагм. Аналгезия, юзининг чап ярми териси нистагми. Корнеал рефлекс чапта мавжуд эмас, ўнгда - аниқ. Пастки жағ ҳаракати чекланмаган. Юз асимметрияси йўқ. Юмшоқ танглай чап ярмининг ҳаракатсизлиги ва чап товуш пайининг фалажи. Дисфагия, дизартрия. Бош ҳаракати чекланмаган. Тилни ўрта қатор бўйлаб чиқаради. Қўллар ва оёқларнинг ҳаракатлари чекланмаган, чап қўл билан бармоқ-бурун синовида, чап оёқ билан товон-тизза синовида - нишонга теккиза олмаслик. Чап қўл ва оёқ мушакларининг тонуси сусайган. Тананинг ўнг ярмида, ўнг қўл ва оёқда оғриқ ва ҳарорат сезувчанлиги йўқ. Пропрionoцептив сезувчанлик бузилмаган. Қўллардаги пай ва периостал рефлекслар, тизза ва Ахиллес рефлекслари тенг равишда жонли. Қорин бўшлиғи рефлекслари тенг. Паталогик рефлекслар йуқ. Иккала оёқда ҳам Маринеску аломати. Керниг аломати ва энса мушакларида қаттиқлик йўқ. Артериал босим 90/50. Юрак тонлари бўғиқ: юрак уриши 68, бир маромда эмас. Сийдик ва қоннинг умумий таҳлили патологиясиз.

Клиник ташхис кўйинг ва асосланг.

11 топшириқ. Бемор 38 ёшида, юк ташиувчи. Оғир юк билан ишлаш пайтида тўсатдан ўткир бош оғриғи, кулоқларда шовкин, қусиш пайдо бўлган. Хушини йўқотган, тилни тишлаш ва беихтиёр бовул қилиш билан умумий чангакли тутканок бўлган. Бир соат ўтгач, клиникага ётқизилган. Ҳаяжонда, тўшакдан туришга ҳаракат қилади. Чалғиб қолган. Энсадаги, орқадаги, кураклар орасидаги оғриқдан шикоят қилади. Ёруғликдан кўркади. Умумий гипертестезия. Энса мушакларининг қаттиқлиги ва Керниг аломати.

Кўз туби: веналар ўралган, кенгайган. Кўриш нервларининг сўрғичлари шишган. Ўнг кўз юқори ковоғи пастга осилиб тушган.

Ўнг қорачик чапга нисбатан кенгрок. Ўнг қорачикнинг ёруғликка нисбатан реакцияси суст, чап томони - жонли. Ўнг кўз соққаси ташки томонга силжиган. Кўл ва оёқларнинг ҳаракатлари чекланмаган. Тизза ва Ахиллес рефлекслари тенг равишда сусайган. Чапдан ўзгарувчан Бабинский аломати. Томир уриши 52. Артериал босим 180/110. Ҳарорат 37,3 °. Қон: эритроцитлар - 4,600,000, лейкоцитлар - 10,000 * 109, СОЭ - 8 мм / соат. Сийдикда оксил излари мавжуд. Орқа мия суюқлиги касаллиқнинг бешинчи кунда текширилди: ксантохромия, цитоз - 372, оксил - 4,2 гр / л. Икки ҳафтадан кейин бемор тўшакдан турмоқчи бўлганда, бош оғриғи қайтадан бошланди ва менингеал аломатларнинг яққоллиги ошди.

Клиник ташхис кўйинг ва асосланг.

12 топшириқ. 40 ёшли эркак бошнинг ўнг пешана-чаққа соҳасига тўмтоқ нарса билан урилганидан бир соат ўтгач клиникага олиб келинган. Қисқа муддат хушини йўқотган, бир марта қусган. Қабул қилиш пайтида ўртача бош оғриғидан шикоят қилган, бироз қарахтдек туюлади ва қандай ҳолатда жароҳат олганини эслай олмайди. Кўриқда нерв тизимининг органик патологияси аниқланмади. Жароҳатдан кейинги иккинчи суткада ўткир бош оғриғи пайдо бўлди, овқатланишга боғлиқ бўлмаган такрорий қусиш, ва чап кўл ва оёқнинг зўрайиб боровуви заифлиги.

Объектив: бемор талмовсираб қолган, аммо саволларга тўғри жавоб беради. Бош суягини бармоқ билан босиб кўрганда ўнгдан пешана-тепа қисмида оғриқ сезилади.

Кўриш ўткирлиги 1.0. Кўз тубидаги веналар кенгайган, кўриш нервлари сўрғичларининг чегаралари бироз хиралашган. Ўнг қорачик чапдагига нисбатан анча кенгрок. Қорачикларнинг нурга нисбатан реакцияси сақланиб қолган, мослашувчанликка нисбатан яққол. Чап бурунлаб қатлами текисланиб қолган, оғизнинг чап бурчаги пастга осилиб тушган. Кўл ва оёқларнинг ҳаракатлари чекланмаган. Чап кўл ва оёқнинг барча қисмларида, лекин асосан дисталь қисмларида қуч қамайган. Чап кўл бармоқларидаги чекловчи, икки ўлчамли-юзадаги мушак-бўғим хиссининг пасайиши ва бунинг юз, кўл, оёқ ва тананинг чап томонида жойлашганлик хисси. Чап томонлама гемигипалгезия. Иккибошли ва учбошли, тизза ва чапдан юкорирок Ахиллес мушакларининг пай рефлекслари. Чапдан қорин рефлекслари кўзғатилмайди. Чапдан Бабинский аломати. Энеса мушакларининг қаттиқлиги ва Кернинг аломати. Томир уриши 52.

Бош суягининг рентгенографиясида ўнг пешана суяғи ёрилиши кўринади. Бош мия компьютер томографиясида ўнг пешана-тепачакка соҳасида ярим ой шаклидаги юкори зичлик зонаси, ўнг ёнбош коринчанинг сиқилиши, оралиқ тузилмаларнинг ўнгдан чапга 12 мм сиқилиши аниқланган.

Клиник ташҳис кўйинг ва асосланг.

13 топшириқ. 45 ёшли бемор ўтқир бош оғриғи, ёруғликдан кўркиш, кўнгил айниши ва қусишдан шикоят қилади. касалхонанинг қабул бўлимига кўчадан олиб келинган, у ерда у йиқилган, боши билан урилган, хушидан кетган.

Объектив: бемор безовта, кўп гапирати, вақтни англай олмайди. Энеса мушаклари бироз қаттиқ, Бехтерев ёноғи аломати. Икки томонлама Кернинг аломати. Кўз туби - ўзгаришсиз. Бош суяғи рентгенографияси: бош суяқлари жароҳатланмаган. Люмбал пункция: орқа мия суюқлиғи қонли, юкори босим остида оқиб чиқади.

Клиник ташҳис кўйинг ва асосланг.

14 топшириқ. Бемор М. 32 ёшда, фабрика ишчиси, ишга кетаётганда сирпаниб йиқилган, боши билан асфальтга урилган. Бир неча сония давомида хушини йўқотган, ўзи ўрнидан турган ва мустақил равишда фабрикага борган, лекин бош оғриғи, бош айланиши ва кўнгил айниш туфайли ишни бошлай олмаган. Тиббиёт қисмига мурожаат қилган.

Кўрикда: юмшоқ тўқималарнинг жароҳатли шикастланиши йўқ. Томир уриши бир маромда, дақиқасида 76 марта, АБ - 125/80. Эс-хуши жойида. Феъл - атвори тўғри. Хотира сақланиб қолган. Менингеал ва ўчоқли неврологик аломатлар мавжуд эмас. Бош суяғи рентгенограммаси - патология йўқ.

Клиник ташҳис кўйинг ва асосланг.

15 топшириқ. Бемор 36 ёшда. Яқиндан, асосан эрталаб, пешананинг ўнг томонида бош оғриғи пайдо бўлган, дастлаб хуруж шаклида, кейинчалик эса - деярли доимий равишда. Кўнгил айниши ва қусиш бўлмаган. Бошни ва кўзни чапга буриш билан бошланадиган хуружлар, шундан кейин чап кўл ва оёқнинг бир маромда қисқариши ва ёзлиши билан кечадиган чангақланиш пайдо бўлган. Эс-хушини йўқотмаган. Тутканок 2-3 дақиқа давом этган. Энди кўриш қобилияти ёмонлашган, "кўз олдимда туман пайдо бўляпти, чап кўлим ва оёғим заифлашди" деган.. Клиникага ёткизишдан олдин юриш қийинлашган. Бефарқ бўлиб қолган, ишга,

оиласига кизикмай кўйган, ўз касаллигидан хавотирланмайди. Саволларга тўғри жавоб беради. Барча йўриқномаларни бажаради.

Ҳид сезиш бузилмаган. Ўнг кўзнинг кўриш ўткирлиги 0,7, чап кўзники - 0,8. Кўриш нервларининг яққол ифодаланиб, увушиб қолган сўргичлари. Иккала кўзнинг ҳам оқ ва кизил рангларни кўриш майдони меъёрида. Қорачиклар кенгайган, ёруғликка ва яқинлашишга бўлган реакция суст. Кўз ҳаракатлари чекланмаган, аммо чап томонга қарашнинг беқарорлиги мавжуд. Корнеал рефлекслари жонли. Юз терисининг сезгирлиги бузилмаган. Чап бурунлаб катламининг яққол текислиги, оғизнинг чап бурчаги пастга осилиб тушган. Эшитиш қобилияти меъёрида. Товуш чиқариш ва ютиш қобилияти бузилмаган. Тилни ўрта қатор бўйлаб чиқаради. Чап томонлама гемипарез. Барча турдаги сезувчанлик сақланиб қолган. Чап томондаги пай ва периостал рефлекслар ўнг томонга нисбатан юқори. Қорин ва оёқ қафти рефлекслари чап томондан пасайган. Чап томондан Бабинский ва Россолимо аломатлари. Чап кўлда ушлай олмаслик аломати. Чап кўл панжасининг ушлайдиган рефлекси. Чап кўл панжасининг титраши. Чап кўлда қафт- ияк рефлекси мавжуд. Икки томонлама Кернинг аломати. Ички аъзоларда патология аниқланмаган. АБ - 120/70. Томир уриши 60.

Орка мия суюқлиги шаффоф, босими 280 мм. Оксил - 0,8 гр / л. Оксил реакциялари ижобий, цитоз - 5. Қон ва ликвор билан Вассерманнинг реакцияси салбий. Бош суягининг рентгенографияси - асосан, пешана қисмида қон томирларининг қучли манзараси. Турк эгари чуқурлашган, унинг суянчиғи сезиларли даражада юпқалашган. Ангиография: артериал фазада олд мия артериясининг пешана-қутбий шохчасида ва ўрта мия артериясининг олд шохчаларида пастда жойлашган.

Клиник ташҳис кўйинг ва асосланг.

Тавсия этилаётган адабиёт.

1. Алексеев, В. В. Болезни нервной системы : руководство для врачей : в 2 т. / В. В. Алексеев, Н. Н. Яхно ; под ред. Н. Н. Яхно, Д. Р. Штульмана. 3-е изд. М. : Медицина, 2003. Т. 2 : Головная боль. С. 253–291.
2. Бадалян, Л. О. Головные боли у детей и подростков / Л. О. Бадалян, А. И. Берестов, А. В. Дворников. М. : Парог, 1991. 60 с.
3. Вознесенская, Т. Г. Вторая редакция Международной классификации головной боли (2003) / Т. Г. Вознесенская // Неврол. журнал. 2004. Т. 9, № 1. С. 52–58.
4. Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли в общей практике : практическое руководство для врачей / Т. Дж. Стайнер [и др.] ; пер. с англ. Ю. Э. Азимовой, В. В. Осиповой ; науч. ред. В. В. Осиповой, Т. Г. Вознесенской, Г. Р. Табеевой. М. : ОГГИ. Рекламная продукция, 2010. 56 с.
5. Неврология и нейрохирургия : клинические рекомендации / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, А. Б. Гехт. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. 368 с.
6. Маркус, Д. А. Головная боль / Д. А. Маркус ; под ред. Г. Р. Табеевой ; пер. с англ. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. 222 с.
7. Осипова, В. В. Первичные головные боли : практическое руководство / В. В. Осипова, Г. Р. Табеева. М. : ПАГРИ-Принт, 2007. 60 с.
8. Подчуфарова, Е. В. Мигрень : современные подходы к диагностике и лечению / Е. В. Подчуфарова // Неврол. журнал. 2004. Т. 9, № 4. С. 57–65.
9. Садоха, К. А. Мигрень : клиника, некоторые аспекты патогенетической терапии : учеб.-метод. пособие для врачей / К. А. Садоха. Минск : БелМАПО, 2006. 24 с.
10. Яхно, Н. Н. Головная боль / Н. Н. Яхно, В. А. Парфенов, В. В. Алексеев. М. : Ремедиум, 2000. 150 с.

А.Т. ДЖУРАБЕКОВА, Ж.А. НАЗАРОВА

**ЮЗ ВА БОШ ОҒРИҒИ СИНДРОМИНИНГ
ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ**

Ўқув қўлланма

Гувоҳнома рақами 500-821

ISBN 978-9943-6995-6-4

Muharrir: *Qutlibika Rahimova*

Badiiy muharrirlar: *Nasiba Ergasheva, Maftuna Vahobova*

Texnik muharrir: *Elena Tolochko*

Musahhah: *Qutlibika Rahimova*

Matn teruvchi *Gulchehra Azizova*

Sahifalovchi: *Gulbahor Igamberdiyeva*

Nashriyot litsenziyasi № 7315. 2020-08-06
“QAMAR MEDIA” nashriyoti, Toshkent shahri.

Bosishga 31.03.2021 ruxsat etildi. Bayonnoma raqami: 8

Bosmaxonaga 28.02.22 yilda berildi.

Bichimi 60x84^{1/16}. “Times New Roman” garniturasida. 8.14 bosma taboq.

Adadi: 100 nusxa. Buyurtma raqami: 59

“QAMAR MEDIA” MCHJ bosmaxonasida chop etildi. Toshkent shahri,

Yakkasaroy tumani, Qushbegi ko`chasi, 6-uy.

Murojaat uchun telefon: +998946727111



9 789943 699564

