

13-МАЪРУЗА

БОШ ОҒРИҚЛАР

З.Р. Ибодуллаев

Тошкент тиббиёт академияси

Неврология кафедраси

Бирламчи бош оғриқлар

- Бирор-бир сабабсиз юзага келган бош оғриқлар. Бундай бош оғриқларнинг яққол намоёндалари – мигрен, кластер цефалгия ва зўриқиш бош оғриғи.

Иккиламчи бош оғриқлар

Турли касалликлар ва патологик ҳолатлар сабабли ривожланган бош оғриқлар.

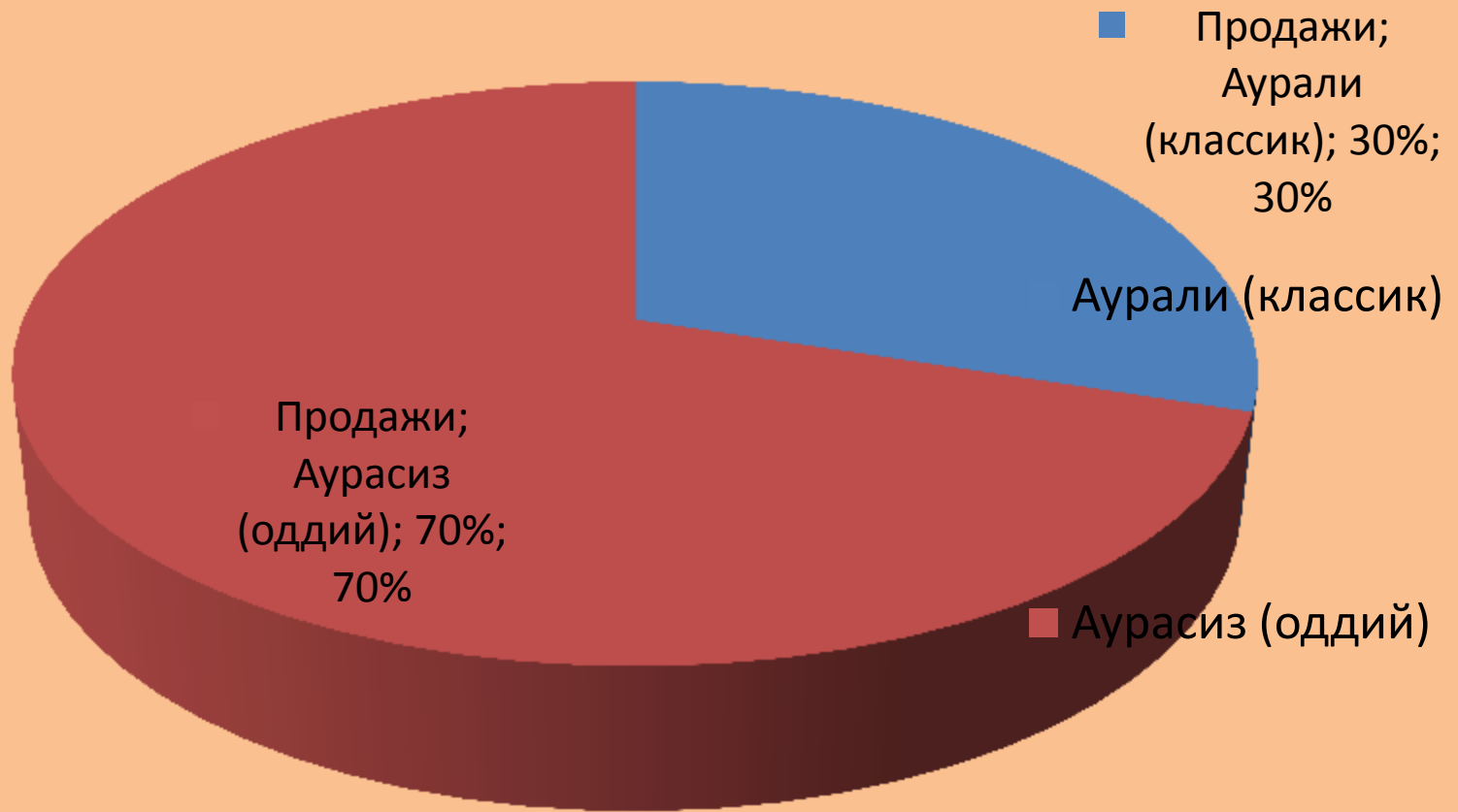
Масалан, турли хил травмалар, интоксикациялар, инфекциялар, метаболик бузилишлар ва соматик касалликлар бош оғриқ сабабчиси бўлиши мумкин.

Мигрен

Мигрен – бошнинг бир томонида кучли пароксизмал оғриқлар билан намоён бўлувчи касаллик.



Мигреннинг 2 тури



Мигреннинг қиёсий белгилари

Аурасиз (оддий) мигрен

- Ауралар бўлмаслиги.
- Оғриқ 4-72 соат давом этади.
- Лўқилловчи бош оғриқлар.
- Ўрта ёки кучли даражада бош оғриқлар.
- Кўнгил айнаш ва қусиш

Аурали (классик) мигрен

- Оғриқдан олдин ауралар кузатилиши.
- Ауранинг 15-60 дақиқа давом этиши.
- Оғриқ 4-72 соат давом этади.
- Ауралар тугар-тугамай оғриқ хуружлари бошланиши.

Аура нима?

- Аура – бош оғриқ хуружи бошланишидан олдин кузатиладиган неврологик бузилишлар. Булар – ўтиб кетувчи фотопсия, амавроз, афазия, гемианопсия, парестезия ва парезлар.
- Аураинг асосий сабаби – локал вазоспазм.
- Аура давомийлиги – 15-60 дақиқа (1 соатдан ошмайди).

Мигрен турлари

- Ретинал мигрен – амавроз билан намоён бўлади.
- Офталмоплегик мигрен – птоз, диплопия ва ғилайлик билан намоён бўлади.
- Гемиплегик мигрен – гемиплегиялар билан намоён бўлади.
- Болалик даврида мигренга ўхшаш оғриқ синдромлари

Эътибор беринг!

- Мигрен билан касалланганларнинг бор-йўғи 20 фоизи врачларга мурожаат қилишади, қолганлари эса бош оғриқ хуружларини кучли аналгетиклар билан ўзлари бартараф этиб юришади. Бунинг асосий сабаблари – даволаш ҳар доим ҳам кутилган натижани беравермаслиги ва беморларнинг аналгетиклар билан чегараланиб қолишидир.

Мигренда ўтказиладиган диагностик текширувлар

- Мигрен ташхиси касаллик клиникаси ва кечишига қараб қўйилади. Унинг асосий симптоми – бу бош оғриқ хуружлари. Агарда мигрен ташхисига гумон пайдо бўлса, унда қўшимча равишда бошқа текширувлар ўтказилади ва уларнинг натижаси қиёсий ташхис ўтказиш учун зарур бўлади.

Мигренда диагностик текширувлар-1

- Мигренни ТИА ёки ишемик инсулт билан қиёслаш учун бош мия қон томирларини дуплексли сканирлаш, транскраниал доплерография каби текширувлар ўтказилади.

Мигренда диагностика текширувлар-2

- Мигренни бошқа этиологияли бош оғриқлардан фарқлаш учун КТ, МРТ ёки ПЭТ текширувлари қилинади. Бу текширувлар ўчоқли неврологик симптомлар сабабини аниқлаш учун зарур.

Мигренда диагностика текширувлар-3

- ЭЭГ текширувлари аура билан кечувчи мигрен билан фокал эпилептик хуружлар орасида қиёсий ташхис ўтказиш учун зарур бўлади. Жуда кам ҳолларда мигрен хуружлари эпилептик хуружларни қўзғаб юбориши мумкин.

Мигренда даволаш тадбирлари

Даволаш 3 мақсадни

ўз олдига қўяди:

- 1) мигрен хуружини тўхтатиш;
- 2) мигреноз статус даврида даволаш;
- 3) хуружлараро даврда даволаш.

Енгилроқ ҳолатларда

- Енгилроқ ҳолатларда хуруж бошланган заҳоти аспирин ёки парацетамол 0,5-1,0 г дан 3 маҳал ичиш буюрилади. Шунингдек, индометацин 75 мг, ортофен 75 мг, ксефокам 8 мг дан ичишга тавсия этилади.

Кучлироқ мигреноз ҳуружларда

- Кучлироқ мигреноз ҳуружларда седалгин (таркибида: аспирин – 0,2 г, фенацетин – 0,2 г, кофеин – 0,05 г, кодеин фосфат – 0,01 г, фенобарбитал – 0,025 г), пенталгин, баралгин, спазмовералгин, солпадеин каби дорилар тавсия этилади .

Эсда тутинг!

- *Бемор аналгетикларни қанча эрта қабул қилса, самараси шунча юқори бўлади. Оғриқ хуружи бошланганидан 2 соат ўтгандан сўнг қабул қилинган дорилар таъсири ўта паст ёки бефойда!*

Шоҳкуя препаратлари

- Шоҳкуя препаратлари артерияларнинг юмшоқ мушкул қаватига кучли вазоконстриктив таъсирга ва нейроген яллиғланишни пасайтирувчи хусусиятга эга. Мигрен хуружини тўхтатиш учун бу дорилар жуда самарали бўлиб, деярли ҳар доим бундай хуружларни ярим соат ичида тўхтатади.

Эрготамин тартрат

- Мигрен хуружи бошлаган заҳоти 1 табл. (1 мг) эрготамин тартрат тил остига ташлаб сўрилади. Унинг кундалик дозаси 3 мг. Эрготамин кучли вазоконстриктор бўлганлиги учун, уни ТИА ва ЮИК да тавсия этиш хавфли. Унинг аналоглари – кофетамин, кофергот, анкофен. Уларнинг таркиби - “эрготамин+кофеин”

Дигидергот

- Мигреноз хуруж пайтида дигидергот буруннинг иккала тешигига битта дозадан (0,5 мг) пуркалади. Оғриқлар камаймаса, 15 дақиқадан сўнг пуркаш яна такрорланади. Битта мигреноз хуружни (4 соат давом этадиган) бартараф этиш учун дорини 4 маротаба пуркашнинг ўзи кифоя.

Дигидергот

- Дигидерготнинг инъекцион турлари 1 мг дан т/о ёки м/и га қилинади. Дорининг бир кунлик дозаси 3 мг, бир ҳафталик дозаси 6 мг дан ошмаслиги керак.

Серотонин агонистлари

- Суматриптан (имигран) 50-100 мг дан ичишга буюрилади ёки 6 мг дан т/о га қилинади.
- Золмитриптан (зомиг) – 2,5 мг;
- Наратриптан (нарамиг) – 2,5 мг,;
- Ризатриптан (максалт) – 5 мг;
- Элетриптан (релпакс) – 40 мг;

Мигреноз статусни бартараф этиш

- 1. Преднизолон 60-90 мг;
- 2. Дексаметазон 4-8 мг;
- 3. Метоклопрамид 10 мг;
- 4. Трамадол 1 мл
- 5. Кетопрофен 2 мл
- 6. Дигидроэрготаминам 1 мг в/и 2 мин давомида юборилади.

Кластер цефалгия

- Кластер (тутамли) бош оғриқ – бошнинг бир томонида, яъни периорбитал ва пешона-чакка соҳасида кузатилувчи ўта кучли бош оғриқ. Унинг яна бир номи – *Хортон синдроми*. Бу касаллик эркакларда жуда кўп учрайди. Касаллик асосан 30 ёшларда бошланади.



Клиникаси

- Оғриқ хуружлари бошнинг маълум бир қисмида, яъни бир жойга тўпланиб кузатилганлиги учун “тутамли” атамаси қўлланилади. Демак, *кластер цефалгияда оғриқлар бир жойга тўпланган ва чегараланган бўлади*. Оғриқ хуружлари тўсатдан бошланади, 10–15 дақиқа ичида кучайиб кетади ва 1-2 соат тўхтовсиз давом этади.

Клиникаси

(давоми-2)

- Оғриқлар ҳар доим бир томонда вужудга келади. Улар кўпроқ параорбитал, ретроорбитал ва пешона-чакка соҳаларида кузатилади. Оғриқ шу даражада кучли бўладики, оғриётган жойга ўткир тишли ва куйдирувчи темирни тиқиб бурагандек туюлади.

Клиникаси

(давоми-3)

- Оғриқ хуружлари бир кунда 3-4 марта такрорланади ва асосан куннинг иккинчи ярмида кечга яқин қўзғайди. Баъзан бемор тунги уйқу пайтида оғриқ хуружидан уйғониб кетади, баъзида эса оғриқ хуружи эрталаб уйғонганда ушлайди. Оғриқ хуружи пайтида *беморнинг бир кўзи қизариб кетади, ёш оқаверади, бурни битади ва ринорея кузатилади.*

Кластер цефалгияда даволаш

- Хуруж пайтида таркибида эргоматин сақловчи ва тез таъсир қилувчи дорилар берилади. Бу мақсадда *суматриптан* 20 мг миқдорда иккала бурунга пуркалади. Суматриптан 6 мг миқдорда тери остига қилиниши ҳам мумкин.

Кластер цефалгияда даволаш-2

- Агар оғриқлар камаймаса *трамадол* 50-100 мг (1-2 ампула) в/и га томчилатиб юборилади. Трамадолни ушбу дозада т/о га ёки м/и га юборса ҳам бўлади. Трамадол венадан юборилгач, 10 дақиқа ичида оғриқ камая бошлайди. Оғриқ хуружлари пайтида 60 мг преднизолон ҳам в/и га қилинади. Преднизолонни ушбу дозада 3-5 кун мобайнида қилиш тавсия этилади.

Кластер цефалгияда даволаш-3

- Оғриқлар тез-тез қўзғаб турса, трамадол 50 мг (1 капс.) дан кунига 3 маҳал ичишга буюрилади ёки трамадолнинг ректал шағами (100 мг) қўлланилади. Шунингдек, индометацин 25-50 мг, верапамил 40 мг дан 3 маҳал, литий карбонат 300 мг дан 2 маҳал, топирамат 100 мг ёки валпроат натрий (депакин) 500 мг дан кунига 3 маҳал тавсия этилади.

Зўриқиш бош оғриғи

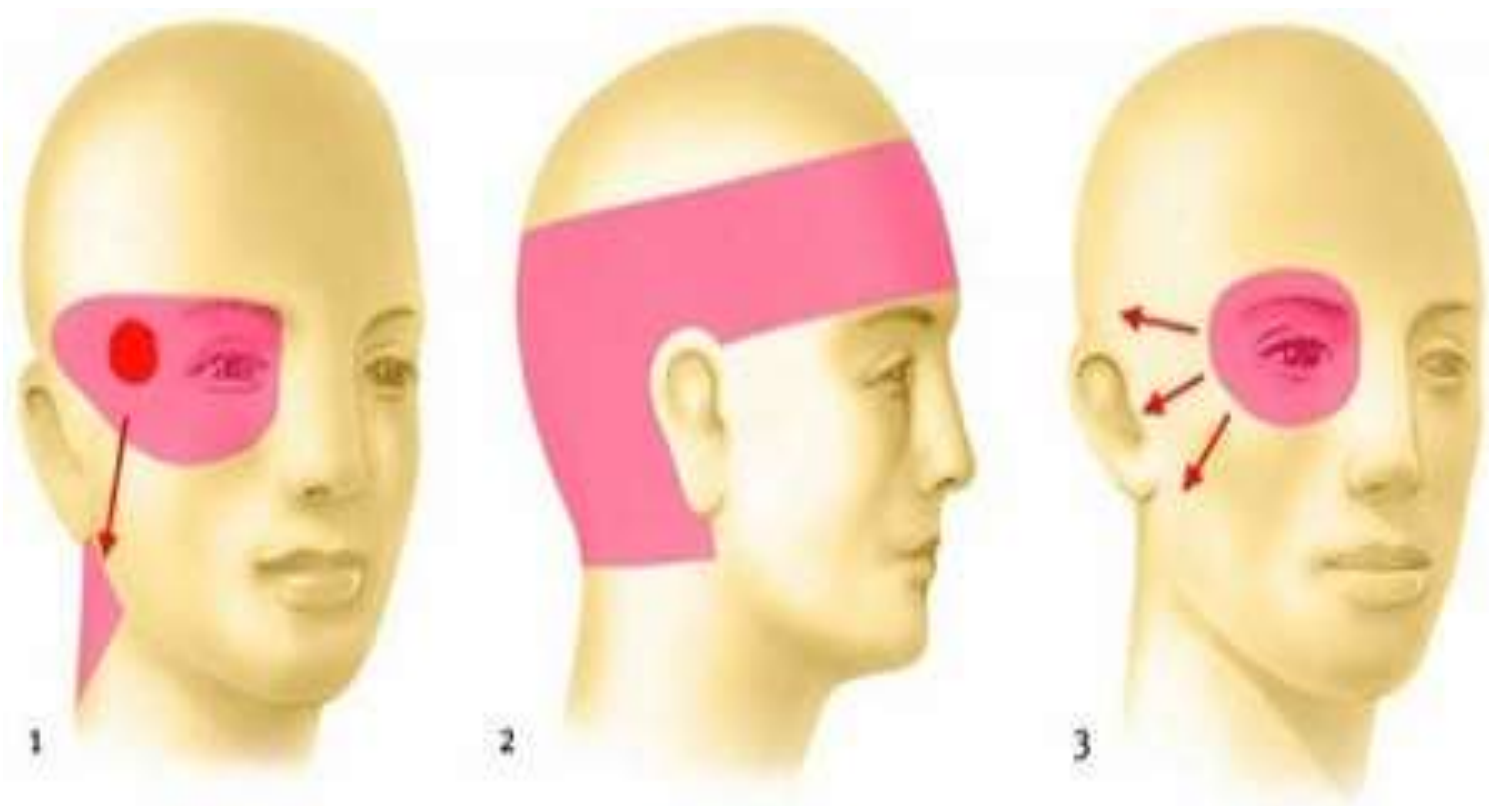
- **Зўриқиш бош оғриғи** – бошнинг икки томонини сиқиб оғриши билан намоён бўлувчи оғриқлар. Зўриқиш бош оғриғи (ЗБО) ҳар қандай ёшда кузатилади, бироқ у 20–30 ёшларда кўп учрайди.

Зўриқиш бош оғриғи

“Доктор менинг бошим худди сиқиб турувчи каска кийдириб қўйгандек ёки тасма билан қаттиқ боғлаб қўйгандек оғрийди”. Барча томондан сиқиб ва босиб турувчи бош оғриқлар ЗБО учун жуда хос. Бу уни мигрендан фарқловчи асосий белгилардир биридир (*расмга қаранг*).

Бирламчи бош оғриқлар

1 – мигрен; 2 – зўриқиш бош оғриғи; 3 – кластер цефалгия (тутамли бош оғриқ).



ЗБО белгилари

- Мигрендагидек кучли бўлмайди;
- Кўнгил айланиш ва қусиш деярли;
- Сиқиб оғрувчи оғриқлар кўп бўлади;
- Одатда икки томонлама бўлади;
- Доимо кайфиятга ёки руҳий чарчашга боғлиқ бўлади;
- Фикрини чалғитса оғриқ йўқолади.

ЗБО да даволаш тартиби

- Яхши психологик муҳит;
- Антидепрессантлар;
- Седатив дорилар;
- Психостимуляторлар;
- Игна билан даволаш;
- Физиотерапия;
- Бош ва елкани уқалаш.

ЗБО нинг энгил турларида

- Уларнинг энг яхши кўрган дориси –

ЦИТРАМОН



ЗБО кучлироқ намоён бўлса...

- Ибупрофен 400 мг,;
- Напроксен 500 мг;
- Кетопрофен 50 мг;
- Сирдалуд 2-4 мг.
- Мелоксикам 7,5 мг

Алпразолам (ксанакс)

- Дастлаб алпразолам 0,25 мг дан кечқурун ичиш тавсия этилади. Ҳар 2-3 кунда дорининг дозаси 0,25 мг га ошириб борилади. Унинг бир кунлик максимал дозаси 3 мг дан ошмаслиги керак. Ушбу доза 4 га бўлиб берилади. Кутилган натижага эришилгач, дорининг дозаси секин-аста камайтирилади.

Тразодон

- Тразодон ҳам самарали анксиолитик ва транквилизатор ҳисобланади. Бу дори психоген оғриқлар ва психосоматик бузилишларни коррекция қилишда кенг қўлланилади. Тразодонни 25 мг дан кунига 3 маҳал ичиш тавсия этилади. Тразодон 25, 50 ва 100 мг ли таблетка ва капсулаларда ишлаб чиқарилади. Дорининг бир кунлик дозасини аста-секинлик билан 300 мг га етказиш мумкин.

Транскен

- Транксен узоқ таъсир этувчи бензодиазепинлар сирасига киради. Дорини кам дозада, яъни кунига 15 мг дан ичиш буюрилади. Ҳар 3-5 кунда унинг дозаси ошириб борилади. Унинг бир кунлик максимал дозаси – 75-100 мг.

Тинч уйқу ҳам керак

- Бунинг учун зопиклон, золпидем каби ухлатувчи дорилар буюрилади. Бензодиазепинлардан клоназепамни кечаси ичиб ётиш мумкин. Кундуз кунлари тинчлантирувчи гиёҳлардан таркиб топган дорилар (валериан экстракти ва ҳ.к.) тавсия этилади.

Рефлектор терапия

- Беморга рефлектор таъсирга эга бўлган даволаш муолажалари, яъни игна билан даволаш, дорилар электрофорези, бўйин ва бошни уқалаш, дорсанвал каби муолажалар ҳам ёрдам беради.

Бирламчи бош оғриқларда

- **Соғлом турмуш тарзига
риоя қилиш ўта
муҳимдир!**

Маъруза муаллифи



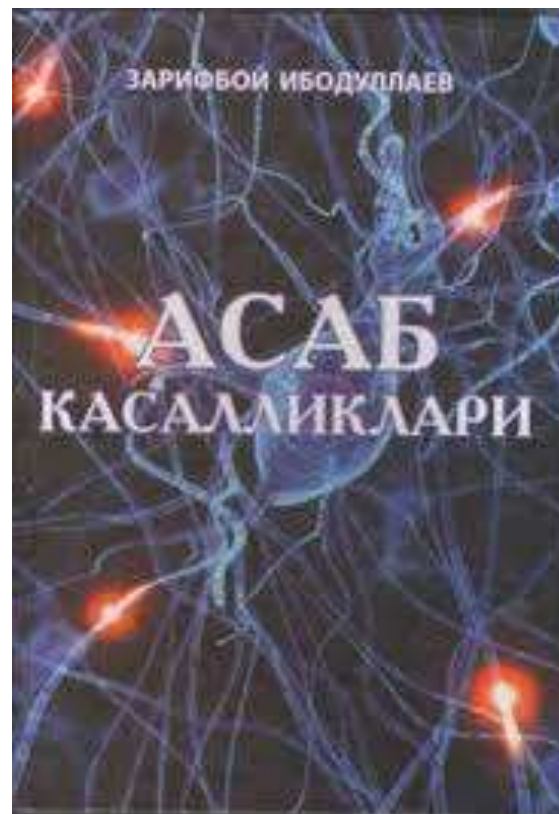
Зарифбой Ибодуллаев – тиббиёт фанлари доктори, профессор. Тошкент тиббиёт академиясида ишлайди. Олим 150 дан ошиқ илмий асарлар муаллифи. Унинг “Асаб касалликлари” ва “Тиббиёт психологияси” дарсликлари “Йилнинг энг яхши дарслиги” совринига сазовор бўлган. Унинг йирик асарлари “Неврология. Умумий амалиёт врачлари учун”, “Эпилепсия ва эпилептик синдромлар”, “Асаб ва руҳият” “Инсульт ва Кома” номли қўлланмалари чоп қилинган. Бугунги кунда олим Ўзбекистонда “Нйеропсихология, тиббий психология ва психосоматик тиббиёт” ни ривожлантириш устида иш олиб бормоқда.

Маъруза муаллифи



Зарифбой Ибодуллаев – тиббиёт фанлари доктори, профессор. Тошкент тиббиёт академиясида ишлайди. Олим 150 дан ошиқ илмий асарлар муаллифи. Унинг “Асаб касалликлари” ва “Тиббиёт психологияси” дарсликлари “Йилнинг энг яхши дарслиги” совринига сазовор бўлган. Унинг йирик асарлари “Неврология. Умумий амалиёт врачлари учун”, “Эпилепсия ва эпилептик синдромлар”, “Асаб ва руҳият” “Инсулт ва Кома” номли қўлланмалари чоп қилинган. Бугунги кунда олим Ўзбекистонда “Нейропсихология, тиббий психология ва психосоматик тиббиёт” ни ривожлантириш устида иш олиб бормоқда.

Эътиборингиз учун раҳмат!



Z.Ibodullaev. www.asab.uz