



РЕВМАТИК КАСАЛЛИКЛАРДА БОШ ОҒРИҒИ

Ахмедова Дилафрўз Баҳодировна

Бухоро давлат тиббиёт институти

Аннотация: *Кўплаб ревматик касалликлар БО билан бирга кечади, ҳамда улар турли генез ва хусусиятга эга бўлади. Васкулит краниал қон томирлар яллиғланиши, гиперкоагуляцияга олиб келиб, инфаркт, тромбоз, калла ичи босими ошиши, яллиғланиш фонида мия пардалари яллиғланиши, тугунчалар пайдо бўлиши, асептик менингит, бўйин умуртқалари таъсирланишига олиб келиши мумкин. Ревматик касалликларни даволашда қўлланиладиган турли дори воситалари БО чақирishi мумкин. Дори воситаларининг иммунсупрессив таъсири эса беморларни турли инфекцияларга берилувчан қилиб қўяди.*

Калим сўзлар: *ревматик касаллик, бош оғриғи, иммунсупрессив, васкулит*

Йирик томирлар васкулити *Гигант хужайрали артериит (ГХА) ёки чакка артериити бирламчи васкулитларнинг бир шакли бўлиб, аёлларда эркакларга нисбатан 2.6 баробар кўп учрайди. Мазкур касалликда чакка соҳасида бирдан пайдо бўладиган оғриқ хос бўлиб, жағ ёки тил увишиши, кўриш бузилишлари (ўтиб кетувчи кўрлик, диплопия, кўздаги оғриқ) хосдир. Ўтиб кетувчи кўриш бузилишлари одатда кўришни тўлиқ йўқотишдан олдин келиши мумкин. Транзитор кўриш бузилишлари даво чоралари қўлланилмаганда иккинчи кўз шикастланиши билан бирга келади. Гигант хужайрали артериит ташхиси чакка артерияси биопсияси орқали амалга оширилади. Чакка артерияси биопсияси сезгирлиги 87% бўлиб, бош оғриғи, жағда чайнаш вақтидаги оғриқлар, чакка*



артерияси пайпасланганда қаттиқлашув ва оғриқ бирга келади. Доплер текширувида шикастланган томир атрофида гипоехоген зона аниқланади. Ультратовуш доплерография сезгирлиги 55-69% бўлиб, клиник картина билан боғлиқ холда ўрганилади. Орбита доплерографик текшируви амавроз хавфини инкор этиш мақсадида қўлланилади. МРТ контраст текшируви томир девори қалинлигини ва яллиғланиш жараёнини баҳолаш имконини беради. Позитрон эмиссион томография усули визуал ташхислаш усули ҳисобланади. Глюкокортикоидлар билан даволаш кўрликни профилактика қилиш учун қўлланилиб, биринчи 24 соат ичида ишлатиш нисбатан яхши оқибат билан яқунланишга сабаб бўлади. Оғир ишемик асоратларда преднизолон 40-60 мг кунда қўлланилади. Кўриш бузилишлари юзага келганда 1-3 кун пульстерапия қўллаш мақсадга мувофиқдир. 2-4 хафтадан кейин преднизолон миқдори камайтириб борилади. Терапия камида 1 йил бажарилади. Глюкокортикоидга резистент ёки рецидивловчи турида цитостатиклар қўлланилади. Мазкур касалликда метотрексат ва тоцелизумаб самаралидир. Кўрув органлари шикастланиши билан кечадиган ишемик асоратларда аспирин паст дозаларда қўлланилади. Даволаниш вақтида беморларда яллиғланиш маркерлари ўрганилиши зарур. Улар глюкокортикоидлар миқдорини пасайтириш ва давони тугатиш учун зарурдир.

Артериит Такаясу (АТ) йирик томирлар васкулити бўлиб, асосан аорта ва унинг тармоқлари шикастланиши билан кечади. Касаллик кўпинча ёш аёлларда кузатилиб, 25% холда 40 ёшдан катта аёлларда кузатилади. Касаллик 52% холда ўтиб кетувчи оқсоқланиш, 54% холда чарчаш, 49% бош айланиш, 45% бош оғриқ билан бирга кечади. Бош оғриқ ва бош айланиш жараёнга умуртқа артерияси, ёки ўмров ости, орқа бириктирувчи артериялар қўшилганлигини билдиради. Такаясу синдроми глюкокортикоидлар, метотрексат билан даволанади. Бугунги кунда анти ИЛ-6 препаратлари



ўрганилмоқда. 55% холда оператив даво қўлланилади.

Тугунчали полиартериит (УП) ўрта калибрли артериялар яллиғланиши билан кечиб, микроаневризмалар пайдо бўлишига олиб келади. Буйраклар шикастланиб, реноваскуляр гипертензияга олиб келади, тери ости тугунчалари пайдо бўлиб, мононейропатия, кўплаб мононевропатия, полинейропатия кўринишида периферик нерв тизими бузилишлари билан намоён бўлади. Яллиғланиш тромбозга ва томир озиклантирадиган соҳа инфарктига олиб келади.

Гранулематоз полиангиит билан (ГПА), кичик калибрли артериялар шикастланиши бўлиб, юқори ва пастки нафас йўллари, ўпка ва буйраклар артерия деворлари гранулематоз яллиғланиши билан кечади. Мазкур касалликда бош оғриғи турли сабабларга кўра келиб чиқиб, синусит, кўриш органлари касалликлари (склерит, эписклерит, увеит, орбита шикастланишлари), МАТ шикастланишлари (краниал нейропатия, ўсма, пахименингит) оқибатида кузатилади. 60–70 % ҳолатда аллергик ринит билан бошланиб, 1 йилдан сўнг систем васкули белгилари бошланади. Мазкур касалликда бронхиал астма юқори эозинофилия билан бирга кечиши хосдир. Кейинчалик кўрув аъзолари буйрак, юрак ва периферик асаб тизими томонидан ўзгаришлар кузатилади. Гранулематоз полиангиитда МАС томонидан ўзгаришлар кам кузатилиб, мия инфаркти, кўрув нерви нейропатияси, 3 шохли нерв невралгияси, субарахноидал қон қуйилиши кўринишида намоён бўлади. Улар барчаси бош оғриқ билан кечади. Васкулитни даволаш глюкокортикоидлар, циклофосфамид ёки ритуксимаб ёрдамида амалга оширилади.

Бехчет касаллиги- ноаниқ этиологияли сурункали рецидивловчи яллиғланиш касаллиги бўлиб, орал ва генитал яра, увеит симптомлари билан кечади. Мазкур касаллик МАС зарарланиши билан кечиб унда мия паренхимаси шикастланиши ва церебрал веноз синуслар тромбози тарзида



намоён бўлади. Айрим холларда асептик менингит ҳам кузатилиб, бош оғриғи 66.2% холатда кузатилади. Бош оғриғи 58% холда бирламчи, 7.9% холда мия пардалари ва бош мия томирлари яллиғланиши, 6% увеит билан боғлиқ. Шунингдек оғиздаги яралар ҳам бош оғриғини келтириб чиқариши мумкин. Даволашда глюкокортикоидлар, циклофосфамид қўлланилади. Узоқ давом этадиган иммунсупрессия учун азатиоприн, циклофосфамид, метотрексат, ген инженерия дорилари қўлланилади. Кўп холларда антикоагулянтлар самарасиз бўлиб, аневризмалар хисобига қон кетиш хавфини туғдиради. Бехчет касаллигида антикоагулянтлар самараси борасида маълумотлар йўқ. Глюкокортикоидлар билан даволаш касаллик белгилари йўқолгунга қадар давом этилади. Жараён яхшилангани такрорий нейроофтальмологик текширув маълумотлари ва орқа мия суюқлиги босими пасайиши билан тасдиқланади.

Ревматоид артрит. Умуртқа бўйин соҳаси унковертебрал бўғимлари шикастланиши билан бирга кечади. Бўғим деструкцияси умуртқа нотўғри жойлашувига, ярим чиқишга олиб келиб, оғриқ ва неврологик белгилар билан бирга кечади. Касаллик эрта белгиларидан бири энса соҳасига иррадиацияланадиган оғриқнинг мавжудлигидир.

Адабиётлар:

1. Ахмедова Д. БИРЛАМЧИ БОШ ОҒРИҚЛАРИ ФАРМАКОТЕРАПИЯСИ //Прикладные науки в современном мире: проблемы и решения. – 2022. – Т. 1. – №. 27. – С. 9-13.
2. Ахмедова Д. Б. СУРУНКАЛИ ЗЎРИҚИШДАГИ БОШ ОҒРИҒИ ВА МИГРЕНДА ОЛИЙ НЕРВ ФАОЛИЯТИ БУЗИЛИШИ //ЖУРНАЛ НЕВРОЛОГИИ И НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ. – 2021. – №. SPECIAL 1.



3. Bahodirovna A. D. Effect of Treatment Methods for Chronic Stress Headaches on Electroencephalographic Parameters //Central Asian Journal of Medical and Natural Science. – 2021. – Т. 2. – №. 5. – С. 315-318.
4. Ахмедова Д. Б. СУРУНКАЛИ ЗЎРИҚИШДАГИ БОШ ОҒРИҚЛАРИДА БЕМОР НЕЙРОПСИХОЛОГИК ҲОЛАТИГА ДАВОЛАШ ЧОРАЛАРИНИНГ ТАЪСИРИНИ ҚИЁСИЙ БАҲОЛАШ //Academic research in educational sciences. – 2021. – Т. 2. – №. 10. – С. 408-413.
5. Akhmedova, D. B., & Khodjiyeva, D. T. (2021). Improvement of the algorithm for the use of hirudotherapy for the prevention of chronic tension headache. *American journal of medicine and medical science*, 2(11), 69-70.
6. Bahodirovna, A. D., & Tadjiyevna, H. D. (2021). Observation of vegetative disorders in patients with chronic tension headache and migraine. *British medical journal*, 1.
7. Bahodirovna, A. D. (2023). TENSION HEADACHES AND PSYCHOVEGETATIVE DISORDERS. *Web of Medicine: Journal of Medicine, Practice and Nursing*, 1(1), 27-29.
8. Bahodirovna, A. D. (2021). Frequency of observation of anxiety and depression in the diagnosis of primary headaches. *Art of Medicine. International Medical Scientific Journal*, 1.
9. Ахмедова, Д. Б. (2020). Бирламчи бош оғриқларини амбулатор шароитда ташхислашдаги хатоликлар. *ЖУРНАЛ НЕВРОЛОГИИ И НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ*, 1.