



БОШ ОҒРИҚЛАРИ СУРУНКАЛИ ШАКЛЛАРИДА ҲАЁТ СИФАТИНИ БАҲОЛАШ

Ахмедова Дилафруз Баходировна

Кармен плюс клиникаси неврологи, Бухоро ш. Ўзбекистон

✓ Резюме

Мақолада бош оғриғи сурункали шаклларида ҳаёт сифати пасайиши, дунё миқёсида ўрганилиши, ҳаёт сифатини аниқлаш мақсадида қўлланиладиган сўровномалар ҳақида сўз боради

Калит сўзлар: ҳаёт сифати, мигрень, зўриқишдаги бош оғриғи, сўровнома

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМАХ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ

Ахмедова Дилафруз Баходировна

Невролог клиники Кармен плюс, г. Бухара, Узбекистан

✓ Резюме

В статье рассматривается о снижении качества жизни при хронических формах головной боли, ее изучении в глобальном масштабе, опросниках, используемых для определения качества жизни

Ключевые слова: качество жизни, мигрень, головная боль напряжения, анкета

ASSESSING QUALITY OF LIFE IN CHRONIC FORMS OF HEADACHES

Akhmedova Dilafruz Bahodirovna

Carmen Plus Clinic Neurologist, Buxara siti

✓ Resume

The article discusses the decline in the quality of life in chronic forms of headache, its study on a global scale, questionnaires used to determine the quality of life

Keywords: quality of life, migraine, tension headache, questionnaire

Долзарбליги

Сурункали мигрень (СМ) оғир кечиши ва ҳар кунги бош оғриғига айланиши, оғир дезадаптацияга олиб келиш хусусиятига эга. Сурункали мигрень долзарб тиббий ва ижтимоий муаммо бўлиб, Россия аҳолисининг 6,8% ида учраб, сезиларли иқтисодий таъсир кўрсатади. Сурункали оғриқлар бемор жисмоний ва руҳий ҳолатига таъсир этиб, уларнинг меҳнатга лаёқатини пасайтиради. Шу сабабли беморлар субъектив қабул қилишидан келиб чиққан ҳолда уларнинг жисмоний, руҳий ва ижтимоий ҳолати орқали ҳаёт сифати баҳоланади. Сурункали мигрендан азият чекадиган беморларда ҳаёт сифатини яхшилаш муҳим вазифалардан биридир. Сурункали мигрень беморлари ҳаёт сифатига турли коморбид бузилишлар таъсир этади.

Охирги ўн йилликда зўриқишдаги бош оғриқларини (ЗБО) тадқиқ этишга қизиқишлар кучайди. Бу ҳолатни бевосита касалликнинг популяцияда юқори даражада тарқалганлиги билан боғлаш мумкин (46-80%). ЗБО асосан ёшларда меҳнатга лаёқатли ёшда кузатилиб, сурункалига айланишига, ҳамда дезадаптация ва беморлар ҳаёт сифати пасайишига олиб келади [6]. Мигрень ва ЗБО меҳнатга лаёқатли ёшдагилар орасида кўп учраб, бажарилаётган иш маҳсуллигини пасайтиради ва иқтисодий йўқотишларга олиб келади [9]. СЗБО ҳаёт сифати пасайишига ва сезиларли чиқимларга олиб келади. Ҳозирги вақтга қадар М ва ЗБО ташхислари фақат клиник белгиларга қараб қўйилмоқда ва илгари ишлаб чиқилган тестлар бош оғриғи бошқа сабабларини инкор этишга

қаратилгандир. Мигрень ва ЗБО биомаркерларини кидириш долзарб илмий йўналиш бўлиб қолмоқда [5]. СМ ва СЗБО генетик маркерлари бу касалликларни қиёсий даволаш имкониятини беради. Мигрень ва ЗБО хуружи вақтида бу касалликларга хос бўлмаган бир қатор белгилар юзага келади. Вестибуляр дисфункция (ВД), ҳавотирли-фобик бузилишлар, депрессия, уйку бузилиши, миофасциал ва вертеброген оғриқли синдромлар коморбид ҳолатлар бўлиб, бирламчи бош оғриқларида беморлар ҳаёт сифатини сезиларли даражада бузиб, уларнинг ижтимоий адаптацияси бузилишига олиб келади [2; 10; 11; 14]. Коморбид бузилишларни эрта аниқлаш асосий касалликни самарали даволаш учун уларни коррекциялаш лозимлигини талаб этади. Даво мақсадида қўлланиладиган дори воситалари танлови юқориликка қарамай 20% беморларда стандарт даволаш қониқарли самара бермайди [13]. СМ ва СЗБО даволашда самарали даво тадбирларини ташкиллаштиришда нотўғри қўлланилган ва самарасиз даво оқибатида дори воситасидан келиб чиқадиган бош оғриқлари ривожланиши мумкин (12). Шундай қилиб, СМ ва СЗБО да айниқса коморбид бузилишлар ва дори воситасидан келиб чиққан бош оғриқлари бирга қўшилиб келганда янги даволаш услубларини ишлаб чиқиш долзарб муаммодир [14].

Ҳаёт сифати бу – беморнинг субъектив қабул қилишига асосланган жисмоний, руҳий, ҳиссий ва ижтимоий фаоллигининг интеграл хусусиятидир [3; 4; 8]. Замоновий тиббиётда ҳаёт сифати соғломликни баҳолаш билан боғлиқ. Бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти томонидан “ҳаёт сифати соғлиқ билан боғлиқ” деб баҳоланади. БЖССТ “ҳаёт сифати” атамасини “шахсларнинг маданият контекстидаги ўз позициясини идрок этиши ва ўз мақсадлари, умидлари, стандартлари ва ташвишларига мувофиқ улар яшаётган қадриятлар тизими” деб баҳолайди. Охирги 10 йилликда ХС ни ўрганиш долзарб бўлиб қолди, чунки у бемор ҳолатига у ёки бу бузилишларнинг таъсирини баҳолай олади. Турли соматик касалликда ҳаёт сифатини ўрганиш беморнинг касаллик билан фаолиятини давом эттириш ҳолатидан қониқишини баҳолаш имкониятини беради [8].

Сурункали зўриқишдаги бош оғриғи бўлган беморларга ҳаёт сифатини аниқлаш мақсадида жаҳоннинг етакчи клиникаларида ишлаб чиқилган ва исботланган тиббиёт принцип ва талабларига жавоб бера оладиган Good Clinical Practis (GCP) сўровномасидан фойдаланилади, мазкур сўровнома субъектив тушунчани миқдорий баҳолаш имконини беради. Умумий сўровномалар турли касалликлардан азият чекадиган беморларда шунингдек умумий популяция ҳаёт сифатини аниқлаш учун ишлатилади. MedLine нинг 2006 йилдаги маълумотида кўра SF-36 турли касалликларда ҳаёт сифатини баҳолаш мақсадида 95% ҳолатда қўлланилган. ХС кўрсаткичлари ёш, жинсга боғлиқ ҳолда ўзгаради, шу сабабли ёш ва жинсга боғлиқ ҳолда аниқлаш мақсадга мувофиқдир [1]. Универсал сўровномалар кўпроқ қўлланилади. Умумий сўровномалар орасида энг кенг қўлланиладигани Европа ҳаёт сифатини баҳолаш сўровномаси (EuroQol), Short Form Medical Outcomes Study (SF-36) дир. Сўровноманинг 2 шакли мавжуд: қисқа ва стандарт, улар саволларга жавоб билан фаркланади, аммо бир бирига мос. Стандарт шакли ҳаёт сифатини охирги 4 ҳафта давомида баҳолайди, қисқа шакли эса 1 ҳафта мобайнида ҳаёт сифати кўрсаткичларини баҳолайди. Яхшиланиш индекси (QWBI); касалликка таъсир профили (SIP); Ноттингем соғломлик профили (NHP); Ҳаёт сифати индекси (QLI). Сурункали мигренда ҳаёт сифатини мигрень учун ишлаб чиқилган универсал ва махсус сўровномалардан фойдаланиб аниқлаш мумкин. Мигренда ҳаёт сифатини баҳоловчи махсус сўровнома (MSQOL), HIT-6 тести, мигренда ҳаёт сифатини баҳолаш 24-соатлик сўровномаси (24h MQoLQ), мигренда ҳаёт сифатини баҳолаш махсус сўровномаси (MSQ), Француз мигренда ҳаёт сифатини баҳолаш махсус сўровномаси (Q7 Qualite`de Vie et Migraine). MSQOL давр давомийлиги аниқ кўрсатилмаганда, 24h MQoLQ – даврдан кейинги 24 соат давр учун қўлланилади; HIT-6 ва MSQ – охирги 4 ҳафтада қўлланилади. Деадаптация ва меҳнатга лаёқатсизликни баҳолаш учун беморнинг охирги 3 ойдаги ҳолатини баҳолаш имконини берувчи мигрень деадаптацияни аниқлаш ихтисослашган сўровномасидан фойдаланилади (MIDAS). Бош оғриғини баҳолаш тести-6 (Headache Impact Test-6/ HIT-6) – бош оғриғи беморлари ҳаёт сифатини баҳолаш учун махсус ишлаб чиқилган сўровнома 6 бўлимдан иборат: оғриқ босқичи, кунлик фаоллик, ижтимоий фоллик, ички энергия, когнитив функциялар, психологик дистресс. Мигренда ҳаёт сифатини баҳолаш махсус сўровнома (Migraine-Specific Quality of Life/ MSQoL) Donald L. Patrick ва ҳаммуаллифлари томонидан ишлаб чиқилган. Жисмоний, руҳий ва ижтимоий функция бўйича жавоблар 1 баллдан 4 баллгача баҳоланиб қўшилади (балл диапазони 25-100 балл). Умумий балл қанча паст бўлса, ҳаёт сифати шунча пастлигини кўрсатади. Мигренда деадаптация/ меҳнатга лаёқатсизлик махсус сўровномаси (Migraine Disability Assessment Questionnaire/ MIDAS) W. Stewart ва R. Lipton томонидан ишлаб чиқилган. Саволлар бош оғриғи бўлган беморларда охирги 3 ойда меҳнатга лаёқатлилик, маиший, ижтимоий фаолликни баҳолашга қаратилган. MIDAS сўровномаси бўйича мигрень билан боғлиқ меҳнатга лаёқатсизлиكنинг деадаптацияга олиб келиши баҳоланади:

I даража – минимал (1–5 балл); II даража – енгил (6–10 балл); III даража – ўрта (11–19 балл); IV даража – яққол меҳнатга лаёқатсизлик/ дезадаптация (20 баллдан ортиқ). Мигренда ҳаёт сифатини баҳоловчи махсус 24 соатлик сўровнома (24-Hour Migraine Quality of Life Questionnaire/ 24-Hr-MQOLQ) N.K. Santanello томонидан ишлаб чиқилган бўлиб, 15 та саволдан таркиб топган ва мигрень хуружини бартараф этиш учун дори қабул қилингандан 24 соат ичида, ҳамда мигрень хуружидан кейинги биринчи 24 соат ичида ишлатилади. Бунда бешта ҳаётий кўрсаткичлар: иш/касб, ижтимоий соҳа, ички энергия ва ҳаётий функциялар, ҳиссиётлар ва ҳавотирлар, мигрень белгилари камраб олинади. Мигрень билан боғлиқ 2.1 махсус ҳаёт сифати сўровномаси (MigraineSpecific Quality of Life Questionnaire/MSQ) version 2.1/ MSQ v2.1) 14 пунктдан иборат бўлиб, мигрень сабабли келиб чиққан кундалик фаолиятнинг чегараланиши ёки тўлиқ бузилишини аниқлаш учун қўлланилади. Бунда “рестриктив фаолият” (фаолият чекланиши), “профилактик фаолият” (фаолият тўлиқ бузилиши) ва “эмоционал фаолият” (мигрень билан боғлиқ бўлган ҳиссий бузилишларни баҳоланади. Натижа балларда ҳисобланади (0-100). Юқори балл ҳаёт сифати яхшилигини кўрсатади.

Хулоса

Бош оғриқлари сурункали шаклларида ҳаёт сифатини эрта аниқлаш адекват даво чоралари қўлланилиши натижасида бемор ҳаёт сифатини яхшилаш ва психоневрологик танқисликни даволаш мuddатини қисқартириш олиб келади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Амирджанова В.Н. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36. //Научно-практическая ревматология №1, 2008. 36-48 стр
2. Гассиева Д.М., Табеева Г.Р. Вестибулярные нарушения при мигрени. //Медицинский алфавит. 2019;1(2):53.
3. Закирова Э.Н. Качество жизни больных мигренью и головными болями напряжения: /дис. ...канд.мед.наук/ УФА,2009.-126 стр.
4. Илларионова Е.М. Связь качества жизни больных с системным головокружением с наличием тревожности и депрессией. //Журнал неврологии и психиатрии, 8, 2011. Стр 50-53.
5. Марьенко И.П. Дифференцированный подход к лечению пациентов с хронической мигренью и хронической головной болью напряжения. //Российский журнал боли 2021, т. 19, № 4, с. 18-24 <https://doi.org/10.17116/pain20211904118>
6. Новикова Е.А., О.А.Мудрова. Оценка качества жизни больных головной болью напряжения. //Социальная медицина 2010, №5148-151 стр.
7. Орлов Ю.А. Оценка качества жизни пациентов с поражениями центральной нервной системы. //Украинский нейрохирургический журнал, №1, 2001. Стр. 89-94
8. Ромашкина А.В. Факторы, определяющие качество жизни пациентов с последствиями боевой черепно- мозговой травмы //Вестник Оренбургского университета 2015 №3 (178). Стр. 223-227
9. Ashina M. Migraine. The New England Journal of Medicine. 2020; 383:1866- 1876. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1915327> 2. GBD 2016 Neurology Collaborators. Global, regional, and national burden of neurological disorders, 1990—2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. The Lancet Neurology. 2019; 18:459-480. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(18\)30499-X](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(18)30499-X)
10. Buse D.C., Rains J.C., Pavlovic J.M., Fanning K.M., Reed M.L., Manack Adams A., Lipton R.B. Sleep disorders among people with migraine: results from the chronic migraine epidemiology and outcomes (CaMEO) study. //Headache. 2019;59:32-45. <https://doi.org/10.1111/head.13435>
11. Dresler T., Caratozzolo S., Guldorf K., Huhn J.-A., Loiacono C., NiibergPikksööt T., Puma M., Sforza G., Tobia A., Ornello R., Serafini G. Understanding the nature of psychiatric comorbidity in migraine: a systematic review focused on interactions and treatment implications. //The Journal of Headache and Pain. 2019;20:51. <https://doi.org/10.1186/s10194-019-0988-x>
12. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) the International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. //Cephalalgia. 2018; 38:1-211. <https://doi.org/10.1177/0333102417738202>
13. Katsarava Z., Mania M., Lampl C., Herberhold J., Steiner T.J. Poor medical care for people with migraine in Europe — evidence from the Eurolight study. The Journal of Headache and Pain. 2018;19:10. <https://doi.org/10.1186/s10194-018-0839-1>
14. Lampl C., Thomas H., Tassorelli C., Katsarava Z., Láinez J.M., Lantéri-Minet M., Rastenyte D., Ruiz de la Torre E., Stovner L.J., Andrée C., Steiner T.J. Headache, depression and anxiety: associations in the Eurolight project. //The Journal of Headache and Pain. 2016; 17:59. <https://doi.org/10.1186/s10194-016-0649-2>

Қабул қилинган сана 09.04.2022