



УДК 616-009.021.1-039.13

БОШ ОГРИҚЛАРИ СУРУНКАЛИ ШАКЛЛАРИДА ҲАЁТ СИФАТИНИ БАҲОЛАШ

Ахмедова Дилафруз Баҳодировна

Кармен плюс клиникаси неврологи, Бухоро ш. Ўзбекистон

✓ *Резюме*

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

Калит сўзлар: ҳаёт сифати, мигренъ, зўриқишидаги бош оғриғи, сўровнома

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМАХ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ

Ахмедова Дилафруз Баҳодировна

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, мигренъ, 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

Долзарблиги

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

Охирги ўн йилликда зўриқишидаги бош оғриқларини (ЗБО) тадқиқ этишга қизиқишилар 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]. Мигренъ 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 караб қўйилмоқда ва илгари ишлаб чиқилган тестлар бош оғриғи бошқа сабабларини инкор этишга



қаратилгандир. Мигрень ва ЗБО биомаркерларини қидириш 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), хавотирли-фобик бузилишлар, депрессия, уйқу бузилиши, миофасциал ва вертебробен оғрикли синдромлар коморбид холатлар бўлиб, бирламчи бош оғрикларида беморлар хаёт 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 кўлланиладиган дори воситалари танлово юқорилигига қарамай 20% беморларда стандарт даволаш қониқарли самара бермайди [13]. СМ ва СЗБО даволашда самарали даво тадбирларини ташкиллаштиришда нотўғри кўлланилган ва самарасиз даво оқибатида дори воситасидан келиб чиқадиган бош оғриклари ривожланиши мумкин (12). Шундай қилиб, СМ ва СЗБО да айниқса коморбид бузилишлар ва дори воситасидан келиб чиқсан бош оғриклари бирга кўшилиб келганда янги даволаш услубларини ишлаб чиқиш долзарб муаммодир [14].

Ҳаёт сифати бу – беморнинг субъектив қабул қилишига асосланган жисмоний, руҳий, хиссий ва ижтимоий фаоллигининг интеграл хусусиятидир [3; 4; 8]. Замонавий тиббиётда ҳаёт сифати соғломликни баҳолаш билан боғлик. Бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти томонидан “ҳаёт сифати соғлиқ билан боғлик” 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 ҲС ни ўрганиш долзарб бўлиб қолди, чунки у бемор ҳолатига ўёки бу бузилишларнинг таъсирини баҳолай олади. Турли соматик касаллиқда ҳаёт сифатини ўрганиш беморнинг касаллик билан фаолиятини давом эттириш холатидан қониқишини баҳолаш имкониятини беради [8].

Сурункали зўриқишдаги бош оғриғи бўлган беморларга ҳаёт сифатини аниқлаш мақсадида жаҳоннинг етакчи клиникаларида ишлаб чиқилган ва исботланган тиббиёт принципи 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 маълумотига кўра SF-36 турли касалликларда ҳаёт сифатини баҳолаш мақсадида 95% ҳолатда кўлланилган. ҲС кўрсатгичлари ёш, жинсга боғлик ҳолда ўзгаради, шу сабабли ёш ва жинсга боғлик ҳолда аниқлаш мақсадга мувофиқдир [1]. Универсал сўровномалар кўпроқ кўлланилади. Умумий сўровномалар орасида энг кенг кўлланиладигани 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 фарқланади, аммо бир бирига мос. Стандарт шакли ҳаёт сифатини охирги 4 ҳафта давомида баҳолайди, қисқа шакли эса 1 ҳафта мобайнида ҳаёт сифати кўрсатгичларини 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), НИТ-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 – даводан кейинги 24 соат давр учун кўлланилади; НИТ-6 ва MSQ – охирги 4 ҳафтада кўлланилади. Дезадаптация ва меҳнатга лаёқатсизликни баҳолаш учун беморнинг охирги 3 ойдаги ҳолатини баҳолаш имконини берувчи мигрень дезадаптацияни аниқлаш ихтисослашган сўровномасидан фойдаланилади (MIDAS). Бош оғриғини баҳолаш тести-6 (Headache Impact Test-6/ НИТ-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 кўшилади (балл диапазони 25-100 балл). Умумий балл қанча паст бўлса, ҳаёт сифати шунча пастлигини кўрсатади. Мигренда дезадаптация/ 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, майший, ижтимоий фаолликни баҳолашга қаратилган. MIDAS сўровномаси бўйича мигрень билан боғлик меҳнатга лаёқатсизликнинг дезадаптацияга олиб келиши баҳоланади:

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

Хулоса

Бош оғриклари сурункали шаклларида ҳаёт сифатини эрта аниқлаш адекват даво чоралари қўлланилиши натижасида бемор ҳаёт сифатини яхшилаш ва психоневрологик танқисликни даволаш муддатини кискартириш 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 мигреню 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 мигреню 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 поражениеми 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 Оренбергского 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/NEJMra1915327> 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., Guldolf 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. //Cephalgia. 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., Laínez J.M., Lantéri-Minet M., Rastenye 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