



MIGREN TURLARI

Toirova Madina Ilxomovna

Temirov Temurbek Abduqodir o'g'li
Toshkent davlat tibbiyot universiteti

Annotatsiya: ushbu maqolada migrenning klinik xususiyatlari, jumladan aura bilan kechuvchi shakllari, surunkali va murakkab turlari, shuningdek differensial tashxislash mezonlari tahlil qilinadi. Migrenning patogenezigina oid zamonaviy qarashlar hamda klinik simptomlarning bosqichma-bosqich rivojlanishi yoritilgan. Aura bilan kechuvchi migrenning nevrologik belgilariga alohida e'tibor qaratilib, uning boshqa bosh og'riq turlaridan farqlashdagi ahamiyati ko'rsatib o'tilgan. Shuningdek, surunkali migren va uning asoratlari klinik jihatdan baholanadi. Maqolada differensial tashxislash mezonlari asosida migrenni boshqa bosh og'riqlari va ikkilamchi patologiyalardan ajratishning muhim jihatlari ko'rib chiqilgan. Ushbu ma'lumotlar klinik amaliyotda to'g'ri tashxis qo'yish va samarali davolash strategiyasini tanlashda muhim ahamiyat kasb etadi.

Kalit so'zlar Migren, aura, surunkali migren, bosh og'rig'i, nevrologik simptomlar, differensial tashxis, status migrainosus, hemiplegik migren, klinik xususiyatlar, fotofobiya, fonofobiyalar kuzatiladi.

Kirish. So'nggi yillarda migren nevrologik kasalliklar orasida keng tarqalgan bo'lib, aholining hayot sifati va mehnat qobiliyatiga sezilarli ta'sir ko'rsatuvchi muhim tibbiy muammo sifatida e'tirof etilmoqda. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ma'lumotlariga ko'ra, migren nogironlikka olib keluvchi kasalliklar orasida yetakchi o'rinlardan birini egallaydi, ayniqsa 15–49 yosh oralig'idagi aholi guruhida keng uchraydi (GBD 2019, 2020; WHO, 2023).



Migren oddiy bosh og‘rig‘idan farqli ravishda murakkab neyrobiologik mexanizmlarga ega. Uning patogenezida trigeminovaskulyar tizim faollashuvi, CGRP ajralishi va markaziy og‘riq modulyatsiyasining buzilishi muhim rol o‘ynaydi (Goadsby P.J. et al., 2017). Miya ustuni va talamus darajasidagi funksional o‘zgarishlar migren xurujining shakllanishida muhim ahamiyatga ega.

Xalqaro bosh og‘rig‘i jamiyati tasnifiga ko‘ra, migren bir necha klinik shakllarga bo‘linadi. Eng ko‘p uchraydiganlari aura bilan va aurasiz migren bo‘lib, ular klinik kechishi va prognozi bilan farqlanadi (ICHD-3, 2018). Migren shakllarining xilma-xilligi kasallikni to‘g‘ri tashxislash va individual davolash taktikasini tanlash zarurligini ko‘rsatadi.

Ushbu maqolaning maqsadi — migrenning asosiy klinik turlarini, ularning patogenez va klinik xususiyatlarini zamonaviy ilmiy manbalar asosida tahlil qilish.

Migren tasnifi va zamonaviy qarashlar

Migren zamonaviy nevrologiyada keng o‘rganilayotgan va murakkab patogenezga ega bo‘lgan kasalliklardan biri hisoblanadi. U bosh og‘rig‘ining birlamchi shakllari qatoriga kiradi va klinik jihatdan turli ko‘rinishlarda namoyon bo‘lishi bilan xarakterlanadi. Migrenni to‘g‘ri tushunish va davolash uchun uning tasnifi va zamonaviy ilmiy qarashlarini chuqur o‘rganish muhim ahamiyatga ega.

Xalqaro bosh og‘rig‘i jamiyati tomonidan ishlab chiqilgan ICHD-3 (International Classification of Headache Disorders, 3-nashr, 2018) tasnifi migrenni aniq klinik mezonlar asosida baholash imkonini beradi. Ushbu tasnifga ko‘ra migren birlamchi bosh og‘riqlari guruhiga kiradi va quyidagi asosiy shakllarga bo‘linadi: aurasiz migren, aura bilan migren, surunkali migren hamda murakkab (komplikatsiyalangan) shakllar. Har bir shakl o‘ziga xos klinik belgilar



va patofiziologik xususiyatlarga ega bo‘lib, ularni ajratish individual davolash strategiyasini tanlashda muhim hisoblanadi.

Aurasiz migren eng keng tarqalgan shakl bo‘lib, barcha holatlarning taxminan 70–80 foizini tashkil etadi. Aura bilan migren esa kamroq uchraydi, ammo diagnostik jihatdan muhim, chunki u qaytuvchan nevrologik simptomlar bilan kechadi. Surunkali migren esa kasallikning og‘ir shakli bo‘lib, u uzoq davom etuvchi va tez-tez takrorlanuvchi bosh og‘riqlari bilan tavsiflanadi (ICHD-3, 2018).

Zamonaviy ilmiy qarashlarga ko‘ra, migren oddiy bosh og‘rig‘i emas, balki markaziy asab tizimining kompleks funksional buzilishi sifatida qaralmoqda. Oldingi yillarda migren asosan tomir kasalligi sifatida talqin qilingan bo‘lsa, hozirgi kunda u neyrovaskulyar kasallik deb hisoblanadi. Ya’ni, unda nafaqat qon tomirlar, balki nerv tizimi tuzilmalari ham faol ishtirok etadi (Goadsby P.J. et al., 2017).

Migren patogenezida trigeminovaskulyar tizim muhim rol o‘ynaydi. Ushbu tizim faollashganda trigeminal nerv tolalari orqali og‘riq impulslari uzatiladi va CGRP (calcitonin gene-related peptide) ajraladi. CGRP kuchli vazodilatator bo‘lib, tomirlarning kengayishiga va neyrogen yallig‘lanishga olib keladi. Bu jarayon migren og‘rig‘ining shakllanishida asosiy omillardan biri hisoblanadi (Edvinsson L., 2018).

Bundan tashqari, zamonaviy tadqiqotlar migrenni “miya gipereksitabiliteti” bilan bog‘liq kasallik sifatida ko‘rsatmoqda. Bu holatda neyronlar ortiqcha qo‘zg‘aluvchan bo‘ladi va turli tashqi yoki ichki omillarga nisbatan sezuvchanlik oshadi (Coppola G. et al., 2013). Ayniqsa, kortikal spreading depression (CSD) jarayoni aura bilan kechuvchi migrenning asosiy mexanizmi sifatida qaraladi. Bu



jarayon miya po'stlog'ida depolarizatsiya to'liqini tarqalishi bilan xarakterlanadi (Lauritzen M., 1994).

Neyrovizualizatsion tadqiqotlar, xususan funktsional MRT (fMRI) yordamida olib borilgan izlanishlar migren xuruji vaqtida miya ustuni, gipotalamus va limbik tizimda faollik oshishini ko'rsatgan. Bu esa migrenning nafaqat og'riq bilan, balki emotsional va vegetativ jarayonlar bilan ham bog'liqligini tasdiqlaydi (Ashina M. et al., 2021).

Migren rivojlanishida genetik omillar ham muhim o'rin tutadi. Tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, migren ko'pincha oilaviy xarakterga ega bo'lib, ayrim gen mutatsiyalari, xususan ion kanallari bilan bog'liq genlar (CACNA1A, ATP1A2) kasallik rivojlanishiga moyillikni oshiradi (Ophoff R.A. et al., 1996). Bu esa migrenni kanalopatiyalar qatoriga ham kiritish mumkinligini ko'rsatadi.

Zamonaviy qarashlarda migrenni davolash yondashuvlari ham sezilarli darajada o'zgargan. Avvallari simptomatik davolash ustun bo'lgan bo'lsa, hozirgi kunda patogenezga yo'naltirilgan terapiya keng qo'llanilmoqda. Xususan, CGRP ga qarshi monoklonal antitanalar (erenumab, fremanezumab) migren profilaktikasida samarali vosita sifatida e'tirof etilmoqda (Dodick D.W., 2018).

Shuningdek, neuromodulyatsiya usullari — ya'ni nerv tizimini elektr yoki magnit impulslar orqali ta'sirlash — ham istiqbolli davolash yo'nalishi sifatida qaralmoqda. Bu usullar invaziv bo'lmagan va bemorlar uchun qulayligi bilan ajralib turadi.

Shunday qilib, migren tasnifi va zamonaviy qarashlar uni oddiy bosh og'rig'i emas, balki murakkab, ko'p omilli va neyrobiologik asosga ega kasallik



sifatida ko‘rsatadi. Zamonaviy ilmiy yondashuvlar migrenni chuqurroq tushunish va samarali davolash strategiyalarini ishlab chiqishda muhim ahamiyat kasb

Aurasiz migrenning klinik xususiyatlari

Aurasiz migren migrenning eng ko‘p uchraydigan shakli hisoblanib, barcha migren holatlarining taxminan 70–80 foizini tashkil etadi (ICHD-3, 2018). Ushbu shakl bosh og‘rig‘i xurujlari bilan namoyon bo‘ladi, biroq aura, ya‘ni xurujdan oldin kuzatiladigan nevrologik simptomlar mavjud bo‘lmaydi. Shu sababli u klinik jihatdan “klassik bo‘lmagan” migren shakli sifatida ham qaraladi, ammo aynan shu tur amaliyotda eng ko‘p uchraydi va ko‘plab bemorlarning hayot sifatiga sezilarli ta‘sir ko‘rsatadi.

Aurasiz migrenning patofiziologiyasi murakkab neyrobiologik jarayonlarga asoslangan bo‘lib, uning rivojlanishida bir nechta asosiy mexanizmlar ishtirok etadi. Avvalo, trigeminovaskulyar tizim faollashuvi muhim rol o‘ynaydi. Bu jarayonda trigeminal nerv tolalari qo‘zg‘aladi va miya qobig‘i (dura mater)dagi qon tomirlardan CGRP (calcitonin gene-related peptide) ajraladi. Ushbu neuropeptid tomirlarning kengayishiga (vazodilatatsiya) va neyrogen yallig‘lanishga olib keladi, natijada og‘riq signallari kuchayadi (Goadsby P.J. et al., 2017).

Bundan tashqari, markaziy sensitizatsiya jarayoni ham muhim ahamiyatga ega. Bu holatda markaziy nerv tizimi darajasida og‘riqqa sezuvchanlik oshadi va oddiy ta‘sirlar ham og‘riq sifatida qabul qilinadi. Natijada bemorda allodiniya, ya‘ni normal sharoitda og‘riq bermaydigan ta‘sirlarga nisbatan og‘riq hissi paydo bo‘ladi (Burstein R., 2015).



Neyrotransmitterlar tizimi ham migren patogenezida muhim o‘rin tutadi. Xususan, serotonin (5-HT) darajasining pasayishi og‘riqni modulyatsiya qilish jarayonlarini buzadi. Dopamin tizimi ham bu jarayonda ishtirok etib, migrenning prodromal belgilariga (masalan, kayfiyat o‘zgarishi yoki ko‘ngil aynishi) sabab bo‘lishi mumkin (Ferrari M.D., 2002).

Shuningdek, gipotalamus faolligi migren xurujidan oldin oshishi aniqlangan. Gipotalamus organizmning biologik ritmlarini boshqaruvchi markaz bo‘lib, uning faollashuvi prodromal simptomlar — charchoq, uyqu buzilishi, ishtaha o‘zgarishi bilan bog‘liq (Schulte L.H., May A., 2016).

Klinik jihatdan aurasiz migren bir tomonlama (unilateral), pulsatsiyalovchi xarakterdagi bosh og‘rig‘i bilan namoyon bo‘ladi. Og‘riq odatda o‘rta yoki kuchli intensivlikda bo‘lib, 4 soatdan 72 soatgacha davom etishi mumkin. Ko‘pincha u jismoniy faollik bilan kuchayadi. Qo‘shimcha simptomlar sifatida ko‘ngil aynishi, qusish, fotofobiya (yorug‘likka sezuvchanlik) va fonofobiya (shovqinga sezuvchanlik) kuzatiladi (ICHD-3, 2018).

Aurasiz migren xuruji odatda to‘rt bosqichda kechadi. Birinchi bosqich — prodromal faza bo‘lib, u xurujdan 24–48 soat oldin boshlanishi mumkin. Bu davrda bemorda charchoq, kayfiyat o‘zgarishi va ishtaha buzilishi kuzatiladi (Giffin N.J. et al., 2003). Ikkinchi bosqich — aura fazasi, ammo aurasiz migren uchun bu bosqich xos emas va kuzatilmaydi.

Uchinchi bosqich — og‘riq fazasi bo‘lib, eng asosiy davr hisoblanadi. Bu bosqichda trigeminovaskulyar tizim faollashadi va kuchli bosh og‘rig‘i yuzaga keladi. Bemor odatda jismoniy faollikdan qochadi va tinch, qorong‘i muhitni afzal ko‘radi. To‘rtinchi bosqich — postdromal faza bo‘lib, “migren hangover” deb



ataladi. Bu davrda bemorda charchoq, diqqat pasayishi va umumiy holsizlik kuzatiladi (NINDS, 2021).

Aurasiz migren xurujlarini qo‘zg‘atuvchi omillar ham muhim hisoblanadi. Ularga stress, uyqu yetishmovchiligi, gormonal o‘zgarishlar, ayrim oziq-ovqat mahsulotlari (masalan, shokolad va kofein), shuningdek yorug‘lik va shovqin kiradi. Ilmiy tadqiqotlar shuni ko‘rsatadiki, bu triggerlar gipotalamus orqali ta’sir ko‘rsatadi (Schulte L.H., May A., 2016).

Klinik jihatdan muhim jihatlardan biri shundaki, og‘riq jismoniy faollik bilan kuchayadi va bemor odatda qorong‘i hamda sokin joyda bo‘lishni xohlaydi. Bundan tashqari, migren ko‘pincha oilaviy moyillikka ega bo‘lib, genetik omillar uning rivojlanishida muhim rol o‘ynaydi (Lipton R.B., 2001).

Differensial tashxislash jarayonida aurasiz migrenni boshqa bosh og‘riqlardan ajratish zarur. Kuchlanish tipidagi bosh og‘rig‘i odatda ikki tomonlama va siqib turuvchi xarakterga ega bo‘ladi, klaster bosh og‘rig‘i esa juda kuchli, qisqa davomli va avtonom simptomlar bilan kechadi.

Aurasiz migrenning asoratlari ham mavjud bo‘lib, ular orasida surunkali migren rivojlanishi, dori-induktsiyalangan bosh og‘riq va psixologik muammolar, jumladan depressiya va anksiyete holatlari qayd etiladi (Breslau N., 1998).

Davolash yondashuvlari ikki asosiy yo‘nalishga bo‘linadi: xurujni to‘xtatish va profilaktika. Xuruj vaqtida NSAID preparatlari (masalan, ibuprofen) hamda triptanlar (sumatriptan) qo‘llaniladi. Profilaktik davolashda beta-blokatorlar, antikonvulsantlar va antidepressantlar ishlatiladi. So‘nggi yillarda CGRP antagonistlari va neuromodulyatsiya usullari migrenni davolashda samarali zamonaviy yondashuv sifatida keng qo‘llanilmoqda (Dodick D.W., 2018).



Shunday qilib, aurasiz migren keng tarqalgan, murakkab patogenezga ega boʻlgan nevrologik kasallik boʻlib, uning toʻgʻri tashxisi va kompleks davolash yondashuvi bemor hayot sifatini sezilarli darajada yaxshilash imkonini beradi.

Aura bilan kechuvchi migren

Aurali migren:bu bosh ogʻrigʻi xurujidan oldin yoki u bilan bir vaqtda paydo boʻladigan, qaytuvchan nevrologik simptomlar bilan xarakterlanuvchi migren shaklidir. Ushbu tur migren bemorlarining taxminan 20–30% ida uchraydi va diagnostik jihatdan muhim hisoblanadi (ICHD-3, 2018).

Aura bilan migrenning asosiy mexanizmi — kortikal spreading depression (CSD) hisoblanadi. Bu — miya poʻstlogʻi boʻylab sekin tarqaluvchi depolarizatsiya toʻlqini boʻlib:neyron va glial hujayralar faolligini vaqtincha pasaytiradi miya qon oqimini oʻzgartiradi (avval qisqa gipermiya, soʻng gipoperfuziya). Bu jarayon ayniqsa oksipital lobda yuzaga keladi, shuning uchun vizual simptomlar eng koʻp uchraydi. Aura turli nevrologik simptomlar majmuasi boʻlib, quyidagilar:

Sensor Aura (~30%) Paresteziya (uvishish, “ignalanish”) qoʻldan boshlanib yuzga tarqaladi (“marsh” fenomeni) bu somatosensor korteks faoliyati bilan bogʻliq (Russell M.B., Olesen J., 1996).Nutq buzilishlari:afaziya (soʻz topa olmaslik) nutq sekinlashuvi bu dominant yarim shar zararlanishi bilan bogʻliq.

Surunkali migren va murakkab shakllar

Surunkali migren — bu migrenning ogʻir va davomli shakli boʻlib, u klinik jihatdan bosh ogʻrigʻining tez-tez takrorlanishi va uzoq davom etishi bilan tavsiflanadi. Xalqaro bosh ogʻrigʻi tasnifi (ICHD-3, 2018) ga koʻra, surunkali migren tashxisi qoʻyilishi uchun bemorda oyiga kamida 15 kun davomida bosh ogʻrigʻi kuzatilishi va shundan kamida 8 kun migren xususiyatlariga ega boʻlishi,



bu holat esa kamida 3 oy davom etishi kerak. Ushbu shakl ko‘pincha epizodik migrenning asta-sekin progresiyasi natijasida rivojlanadi va bemorning hayot sifatiga jiddiy ta’sir ko‘rsatadi.

Surunkali migrenning patofiziologiyasi murakkab bo‘lib, uning asosida markaziy sensitivatsiya, neyroplastik o‘zgarishlar va neyrokimyoviy disbalans yotadi. Markaziy sensitivatsiya jarayonida og‘riqni qabul qiluvchi neyronlarning sezuvchanligi ortadi, natijada og‘riq signallari kuchayadi va uzoq davom etadi. Bu holat trigeminal yadro va talamus darajasida yuzaga keladi (Burstein R., 2015). Shu sababli bemorlar oddiy ta’sirlarga ham og‘riq bilan javob berishi mumkin, ya’ni allodiniya rivojlanadi.

Neyroplastik o‘zgarishlar ham muhim ahamiyatga ega. Surunkali migren bilan og‘rigan bemorlarda miya po‘stlog‘ida va og‘riqni qayta ishlovchi markazlarda strukturaviy va funksional o‘zgarishlar kuzatiladi. Funksional MRT tadqiqotlari miya ustuni, limbik tizim va kortikal hududlarda faollikning o‘zgarishini ko‘rsatgan (May A., 2007). Bu esa og‘riqni qayta ishlash tizimining buzilishiga olib keladi.

Neyrokimyoviy jihatdan esa CGRP darajasining oshishi, serotonin tizimining buzilishi va dopamin disbalansi kuzatiladi (Goadsby P.J. et al., 2017). Bu omillar og‘riq impulslarining kuchayishiga va xurujlarning tez-tez takrorlanishiga sabab bo‘ladi.

Epidemiologik jihatdan surunkali migren aholining taxminan 1–2 foizida uchraydi va ayollarda erkaklarga nisbatan ko‘proq kuzatiladi (Natoli J. et al., 2010). Ushbu shakl rivojlanishida bir qator xavf omillari mavjud bo‘lib, ularga tez-tez migren xurujlari, analgetiklarni ortiqcha qabul qilish, surunkali stress, uyqu



buzilishi va semizlik kiradi. Ayniqsa, dori vositalarini nazoratsiz qabul qilish surunkali migren rivojlanishida muhim rol o‘ynaydi.

Surunkali migrenning klinik ko‘rinishi turlicha bo‘lishi mumkin. Bosh og‘rig‘i deyarli har kuni kuzatiladi, ba‘zan migren va kuchlanish tipidagi og‘riqlar aralashib ketadi. Og‘riq intensivligi o‘zgaruvchan bo‘lib, ayrim kunlari yengil, ayrim kunlari esa kuchli bo‘lishi mumkin. Ko‘pincha fotofobiya, fonofobiya, ko‘ngil aynishi kabi simptomlar ham saqlanib qoladi. Bundan tashqari, bemorlarda kognitiv funksiyalar pasayishi, charchoq, depressiya va anksiyete holatlari ham kuzatiladi (Breslau N., 1998).

Surunkali migren bilan bog‘liq muhim holatlardan biri — dori-induktsiyalangan bosh og‘riq (medication-overuse headache, MOH) hisoblanadi. Bu holat analgetiklarni, triptanlarni yoki boshqa og‘riq qoldiruvchi dorilarni tez-tez va nazoratsiz qabul qilish natijasida yuzaga keladi. Natijada og‘riq yanada kuchayadi va doimiy tus oladi (Diener H.C., 2010). Bu esa davolashni murakkablashtiradi va maxsus yondashuvni talab qiladi.

Migrenning murakkab (komplikatatsiyalangan) shakllari klinik jihatdan alohida e‘tibor talab qiladi. Ulardan biri status migrainosus bo‘lib, u 72 soatdan ortiq davom etuvchi og‘ir migren xuruji bilan xarakterlanadi. Bu holatda kuchli og‘riq, ko‘ngil aynishi va qusish natijasida dehidratatsiya va elektrolit buzilishlari rivojlanishi mumkin (ICHD-3, 2018).

Yana bir murakkab shakl — hemiplegik migren bo‘lib, u bir tomonlama mushak zaifligi yoki falajlik bilan kechadi. Ushbu tur genetik asosga ega bo‘lib, CACNA1A va ATP1A2 genlaridagi mutatsiyalar bilan bog‘liq (Ophoff R.A. et al.,



1996). Klinik jihatdan u insultni eslatishi mumkin, shuning uchun differensial tashxis juda muhim.

Bazilyar migren (yoki miya ustuni bilan bog‘liq migren) ham murakkab shakllardan biri hisoblanadi. Bu holatda bosh aylanishi, diplopiya (ikki ko‘rish), ataksiya (harakat muvozanati buzilishi) va hatto hushdan ketish kuzatilishi mumkin (Bickerstaff E.R., 1961).

Ushbu simptomlar miya ustuni strukturalari ishtirokini ko‘rsatadi.

Kam uchraydigan, ammo klinik jihatdan muhim shakllardan biri — migren infarkti bo‘lib, u aura vaqtida miya to‘qimasida ishemik zararlanish rivojlanishi bilan kechadi. Bu holat MRT yordamida aniqlanadi va alohida yondashuvni talab qiladi (ICHD-3, 2018).

Surunkali migrenni differensial tashxislash jarayonida uni kuchlanish tipidagi bosh og‘rig‘i, dori-induktsiyalangan bosh og‘riq va psixogen og‘riq sindromlaridan ajratish zarur. To‘g‘ri tashxis qo‘yish samarali davolash strategiyasini tanlash uchun muhim hisoblanadi.

Davolash yondashuvlari kompleks bo‘lishi kerak. Profilaktik terapiyada beta-blokatorlar, antikonvulsantlar (topiramat) va antidepressantlar (amitriptilin) qo‘llaniladi. So‘nggi yillarda CGRP antagonistlari va botulinum toksin (Botox) surunkali migrenni davolashda yuqori samaradorlik ko‘rsatmoqda (Dodick D.W., 2018). Shuningdek, bemorning turmush tarzini o‘zgartirish, stressni kamaytirish va uyqu rejimini normallashtirish ham muhim ahamiyatga ega.

Xulosa qilib aytganda, surunkali migren — murakkab patogenezga ega, og‘ir kechuvchi nevrologik kasallik bo‘lib, uning rivojlanishida markaziy sensitivatsiya va neyropastik o‘zgarishlar asosiy rol o‘ynaydi. Murakkab shakllari



esa klinik jihatdan xavfli bo‘lib, ularni erta aniqlash va to‘g‘ri davolash bemor hayot sifatini sezilarli darajada yaxshilaydi

Migrenni differensial tashxislash

Migrenni boshqa bosh og‘riqlaridan quyidagi tiplari orqali ajratish muhim:

1-tipdagi Kuchlanish tipidagi bosh og‘rig‘i: Ikki tomonlama Siqib turuvchi xarakter fotofobiya kam. Perikranial mushaklar tonusining oshishi bilan bog‘liq.

Elektromiografik tadqiqotlar mushak faolligi oshganini ko‘rsatadi.

2-tipdagi Klaster bosh og‘rig‘i: bu trigeminal-avtonom bosh og‘riqlar (TAC trigeminal autonomic cephalalgias) guruhiga kiruvchi, juda kuchli va takrorlanuvchi bir tomonlama og‘riq sindromidir. U migren va kuchlanish tipidagi bosh og‘riqlardan klinik jihatdan keskin farq qiladi va nevrologiyada eng og‘ir og‘riq turlaridan biri sifatida qaraladi.

Klaster bosh og‘rig‘ining asosiy mexanizmi quyidagilar bilan bog‘liq:

Trigeminovaskulyar tizim faollashuvi og‘riq impulslarini uzatadi, Gipotalamus disfunktsiyasi biologik ritmlarning buzilish xurujlarning ma’lum vaqtda takrorlanishi Parasempatik tizim faollashuvi ko‘z yoshlanishi, burun oqishi, xuruj vaqtida aynan gipotalamus faollashadi (May A. et al., 2005). Bu esa klaster bosh og‘rig‘ining “soatga o‘xshash” aniqlik bilan takrorlanishini tushuntiradi.

Klaster bosh og‘rig‘ining asosiy xususiyati — o‘ta kuchli, chidab bo‘lmas og‘riq: Og‘riq quyidagi sohalarda kuzatiladi: ko‘z atrofi (orbital), supraorbital yoki temporal soha. Og‘riq quyidagicha kichadi: “teshib kirayotgandek”, “yonayotgandek” og‘riq. Davomiyligi: 15–180 daqiqa kuniga 1–8 martagacha.



Avtonom simptomlar (muhim diagnostik belgi):Ko‘z yoshlanishi (lakrimatsiya).

Kon’yunktiva qizarishi, Burun bitishi yoki oqishi,Qovoq tushishi (ptoz)Qorachiq torayishi (mioz)(ICHD-3, 2018).

Klaster bosh og‘rig‘i boshqa bosh og‘riqlardan quyidagilar bilan farq qiladi:

Bemor tinch o‘tirib turolmaydi (migren aksincha — bemor yotishni xohlaydi). Og‘riq har doim bir tomonlama va joyi deyarli o‘zgarmaydi.

Xurujlar kechasi yoki bir xil vaqtda boshlanadi.

3-tipdagi: bu boshqa kasallik yoki patologik holat natijasida yuzaga keladigan bosh og‘riqlar bo‘lib, ular simptomatik xarakterga ega. Ya‘ni, bu turdagi og‘riq mustaqil kasallik emas, balki organizmdagi boshqa muammo belgisi hisoblanadi.Xalqaro tasnifga ko‘ra (ICHD-3, 2018), ikkilamchi bosh og‘riqlarni aniqlash klinik amaliyotda juda muhim, chunki ba‘zi hollarda ular hayot uchun xavfli kasalliklarning ilk belgisi bo‘lishi mumkin.

Ikkilamchi bosh og‘riqlarning rivojlanish mexanizmlari turli xil bo‘lib, quyidagi omillar bilan bog‘liq:Intrakranial bosim oshishi:o‘sma, gematoma, gidrosefaliya natijasida paydo bo‘ladi.Yallig‘lanish jarayonlari:meningit, ensefalit

Xulosa

Migren zamonaviy nevrologiyaning eng dolzarb muammolaridan biri bo‘lib, u nafaqat keng tarqalganligi, balki bemorlarning hayot sifatiga sezilarli darajada ta‘sir ko‘rsatishi bilan ham alohida ahamiyat kasb etadi. Ushbu maqolada migrenning turli klinik shakllari — aurasiz migren, aura bilan kechuvchi migren, surunkali migren hamda murakkab shakllari keng qamrovda tahlil qilindi. Olingan



ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, migren oddiy bosh og'rig'i emas, balki murakkab neurobiologik mexanizmlarga ega bo'lgan ko'p faktorli kasallik hisoblanadi.

Migren tasnifi (ICHD-3, 2018) asosida uning klinik shakllarini aniq ajratish diagnostika va davolash jarayonida muhim ahamiyatga ega. Aurasiz migren eng ko'p uchraydigan shakl bo'lib, u pulsatsiyalovchi, bir tomonlama bosh og'rig'i va vegetativ simptomlar bilan namoyon bo'ladi. Aura bilan kechuvchi migren esa qaytuvchan nevrologik simptomlar bilan kechishi sababli diagnostik jihatdan alohida e'tiborni talab qiladi. Ushbu shaklni insult va boshqa nevrologik kasalliklardan farqlash klinik amaliyotda muhim vazifa hisoblanadi.

Surunkali migren esa kasallikning og'irroq shakli bo'lib, uning rivojlanishida markaziy sensitisatsiya, neyroplastik o'zgarishlar va neyrokimyoviy disbalans asosiy rol o'ynaydi. Bu holatda bosh og'rig'i tez-tez takrorlanadi va doimiy tus olishi mumkin, bu esa bemorning kundalik faoliyatini keskin cheklaydi. Ayniqsa, dori-induktsiyalangan bosh og'riqning rivojlanishi surunkali migrenni yanada murakkablashtiradi va davolashni qiyinlashtiradi.

Migrenning murakkab shakllari, jumladan status migrainosus, hemiplegik migren, bazilyar migren va migren infarkti klinik jihatdan og'ir kechadi va ayrim hollarda hayot uchun xavf tug'dirishi mumkin. Ushbu shakllarni erta aniqlash va differensial tashxis qilish nevrologik amaliyotda muhim ahamiyatga ega. Ayniqsa, hemiplegik migrenni insult bilan adashtirmaslik, bazilyar migrenni esa miya ustuni patologiyalaridan farqlash zarur.

Zamonaviy ilmiy qarashlar migrenni neyrovaskulyar kasallik sifatida baholaydi. Trigeminovaskulyar tizim faollashuvi, CGRP ajralishi, kortikal spreading depression va gipotalamus faolligi migren patogenezining asosiy



mexanizmlarini tashkil etadi (Goadsby P.J. et al., 2017; Ashina M. et al., 2021). Shu bilan birga, genetik omillar, neurotransmitterlar disbalansi va tashqi triggerlar (stress, uyqu buzilishi, gormonal o‘zgarishlar) kasallik rivojlanishida muhim rol o‘ynaydi.

Migrenni differensial tashxislash ham muhim klinik ahamiyatga ega. Uni kuchlanish tipidagi bosh og‘rig‘i, klaster bosh og‘rig‘i va ikkilamchi bosh og‘riqlardan ajratish zarur. Ayniqsa, “qizil bayroqlar” mavjud bo‘lganda (to‘satdan boshlanish, nevrologik defitsit, isitma va boshqalar) ikkilamchi sabablarni istisno qilish uchun chuqur tekshiruvlar o‘tkazilishi lozim.

Migrenni davolashda zamonaviy yondashuvlar sezilarli darajada rivojlangan. Simptomatik davolashdan tashqari, patogenezga yo‘naltirilgan terapiya, xususan CGRP antagonistlari, triptanlar va neuromodulyatsiya usullari keng qo‘llanilmoqda (Dodick D.W., 2018). Profilaktik davolash, turmush tarzini o‘zgartirish, stressni kamaytirish va trigger omillarni nazorat qilish kasallikni samarali boshqarishda muhim o‘rin tutadi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of disease study 2019. *Lancet*. 2020;396:1204–1222.
2. World Health Organization. Headache disorders. WHO Fact Sheet, 2023.
3. Goadsby P.J., Holland P.R., Martins-Oliveira M., et al. Pathophysiology of migraine. *Physiol Rev*. 2017;97(2):553–622.



4. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018;38(1):1–211.
5. Russell M.B., Olesen J. A nosographic analysis of migraine aura. Brain. 1996;119(2):355–361.
6. Giffin N.J. et al., 2003 – Published in Nature Medicine (study on premonitory symptoms and early mechanisms of migraine).
7. Burstein R., 2015 – Published in The Journal of Neuroscience (research on migraine pathophysiology and central sensitization).
8. Borsook D., 2012 – Published in Neurology / Pain (studies on neurobiology of pain and migraine mechanisms).
9. Dodick D.W., 2018 – Published in The Lancet Neurology (modern concepts in migraine diagnosis and treatment).
10. May A. et al., 2005 – Published in Brain (research on structural and functional brain changes in migraine).
11. Breslau N., 1998 – Published in Neurology (epidemiology and risk factors of migraine).
12. Schulte L.H., May A., 2016 – Published in The Journal of Headache and Pain (neuroimaging and central mechanisms of migraine).
13. Peter J. Goadsby va hammualliflar, 2017 – Physiological Reviews.
14. Messoud Ashina va hammualliflar, 2021 – Frontiers in Pain Research.
15. Edwin R. Bickerstaff, 1961 – British Medical Journal (BMJ).
16. Roderick A. Ophoff va hammualliflar, 1996 – Cell.
17. Jessica Natoli va hammualliflar, 2010 – Cephalalgia.



18. Martin Lauritzen, 1994 – Brain.