

**АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ
БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
PhD.04/13.05.2020.Tib.93.02 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

**АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ
БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

ҲОТАМОВ БЕКЗОДЖОН ФАРҲОДОВИЧ

**ЗЎРИҚИШДАГИ БОШ ОҒРИҚЛАРИДА ПСИХОВЕГЕТАТИВ
ЎЗГАРИШЛАР ВА ПОСТУРАЛ БУЗИЛИШЛАР**

14.00.13 – Неврология

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD) ДИССЕРТАЦИЯСИ
АВТОРЕФЕРАТИ**

БУХОРО – 2025

**Тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD) диссертацияси
автореферати мундарижаси**
**Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD) по
медицинским наукам**
**Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD) in medical
science**

Ҳотамов Бекзоджон Фарҳодович

Зўриқишдаги бош оғриқларида психовегетатив ўзгаришлар ва постурал
бузилишлар 5

Ҳотамов Бекзоджон Фарҳодович

Психовегетативные изменения и постуральные нарушения при головных
болях напряжения..... 24

Hotamov Bekzodjon Farhodovich

Psychovegetative changes and postural disorders in tension
headaches..... 45

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works..... 49

**АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ
БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
PhD.04/13.05.2020.Tib.93.02 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

**АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ
БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

ҲОТАМОВ БЕКЗОДЖОН ФАРҲОДОВИЧ

**ЗЎРИҚИШДАГИ БОШ ОҒРИҚЛАРИДА ПСИХОВЕГЕТАТИВ
ЎЗГАРИШЛАР ВА ПОСТУРАЛ БУЗИЛИШЛАР**

14.00.13 – Неврология

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD) ДИССЕРТАЦИЯСИ
АВТОРЕФЕРАТИ**

БУХОРО – 2025

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида № В2023.3.PhD/Tib3822 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Бухоро давлат тиббиёт институтида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгашнинг веб саҳифасида (www.tsdі.uz) ва «Ziynet» Ахборот таълим порталида (www.ziynet.uz) жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:

Ходжиева Дилбар Таджиевна
тиббиёт фанлари доктори (DSc), проф.

Расмий оппонентлар:

Ҳайдарова Дилдора Кадиrowна
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Раимова Малика Мухамеджановна
тиббиёт фанлари доктори, профессор.

Етакчи ташкилот:

Жанубий Қозоғистон тиббиёт академияси

Диссертация ҳимояси Бухоро давлат тиббиёт институти ҳузуридаги PhD.04/13.05.2020.Tib.93.02 рақамли илмий кенгашнинг 2025 йил «___» _____ соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 200118 Бухоро, Ғиждувоний кўчаси, 23. Тел/факс: (+99865) 223-00-50, e-mail:bsmi.uz)

Диссертация билан Бухоро давлат тиббиёт институтининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (_____ рақами билан рўйхатга олинган). Манзил: 200118 Бухоро, Ғиждувоний кўчаси, 23. Тел/факс: (+99865) 223-00-50.

Диссертация автореферати 2025 йил «___» _____ кунини тарқатилди.
(2025 йил «___» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси).

Д.И.Тўқсанова

Илмий даражалар берувчи илмий
Кенгаш раис ўринбосари, тиббиёт
фанлари доктори, профессор

Н.Ш.Ахмедова

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш
илмий котиби, тиббиёт фанлари
доктори, доцент

Г.А. Ихтиярова

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш
қошидаги илмий семинар раиси, тиббиёт
фанлари доктори, профессор

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертация аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти маълумотига кўра, бош оғриғи меҳнатга лаёқатсизликка олиб келувчи касалликлар орасида 3-ўринни эгаллайди. Дунёнинг турли мамлакатларида ушбу касаллик катта ёшли аҳоли орасида 50%гача учрайди, сурункали бош оғриқларидан 1,7-4% катта ёшли аҳоли азият чекади¹. Дунё миқёсида сўнгги 25 йил ичида неврологик касалликлар салмоғи аҳоли сони ошиши ва яшаш давомийлиги ошиши ҳисобига ўсди. Зўриқишдаги бош оғриғи энг кўп тарқалган неврологик бузилиш бўлиб, дунё бўйича 1,5 миллиард аҳоли азият чекади деб баҳоланади. Турли муаллифлар берган маълумотларга кўра зўриқишдаги бош оғриғи тарқалиши 20,6% дан 78% гача кўрсаткични ташкил қилади. Бош оғриғи сурункали шакли эпизодик шаклга нисбатан бемор деадаптациясига олиб келувчи узоқ муддатли ҳолат деб баҳоланади. Бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотига кўра, 18 ёшдан 65 ёшгача бўлган аҳолининг тўртдан уч қисмида сўнгги бир йил ичида камида бир марта бош оғриқ хуружи кузатилади, сурункали бош оғриқлари эса 2-3% аҳолида кузатилади. Исталган оғриқ синдроми психовегетатив бузилишлар билан кечиши маълум². Шу сабабли жаҳон миқёсида бош оғриқлари бирламчи шаклларида психовегетив ўзгаришлар ва постурал бузилишларни олдини олиш ва даволашнинг самарали усуллари йўлга қўйиш бўйича бир қатор илмий изланишлар олиб борилмоқда.

Дунёда олиб борилган кўп тармоқли изланишлар шуни кўрсатадики, зўриқишдаги бош оғриғида иммун тизим ва вегетатив тизимда ўзгаришлар динамикада турлича намоён бўлади, ҳамда ўзига хос симптомокомплекс билан намоён бўлади. Шуни ҳисобга олган ҳолда, зўриқишдаги бош оғриқлари тез-тез эпизодик ва сурункали турида беморлардаги клиник-неврологик, нейропсихологик, психовегетатив, постурал бузилишлар, нейрофизиологик ва невровизуал ўзгаришларни солиштирма ташхиси, беморларни эрта ташхислаш, этиопатогенетик асосланган даволаш ва профилактика усуллари таклиф этиш, даволаш самарадорлигини баҳолаш усуллари ишлаб чиқишни такомиллаштириш алоҳида аҳамият касб этади.

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш ва уни жаҳон талабларига тенглаштириш борасида мақсадли ва амалий тадбирлар амалга оширилмоқда, шу жумладан зўриқишдаги бош оғриғи мавжуд беморларда касалликни эрта ташхислаш ва комплекс даволашнинг самарадор усуллари ишлаб чиқиш, ҳар томонлама ва тўғри ёндашиш бўйича чора-тадбирлар амалга оширилмоқда. Бу борада «...тиббий ёрдамнинг самарадорлиги, сифати ва оммабоплигини ошириш, шунингдек, тиббий стандартлаштириш тизимини шакллантириш, ташхис қўйиш ва даволашнинг юқори технологик

¹Лихачев С. А., Глеб О. В., Чернуха Т. Н. Возможности лечения хронической головной боли препаратами ботулотоксин типа А //Российский журнал боли. – 2018. – Т. 56. – №. 2. – С. 39-40.

² Дума С.Н. Роль коррекции психовегетативного синдрома в лечении пациентов с головной болью напряжения. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2015;115(2):68-70..

усулларини жорий этиш...»³ каби вазифалар белгиланган. Ушбу вазифалар беморларда зўриқишдаги бош оғриғини комплекс баҳолашда психовегетатив бузилишлар ва постурал бузилишларни ҳисобга олиш, даволашда ҳар томонлама ёндашиш долзарб илмий йўналишлардан бири бўлиб ҳисобланган.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги. Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялари ривожланишининг VI.«Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналиши доирасида бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Бирламчи бош оғриқлари кўплаб олимлар томонидан ўрганилаётган муаммо бўлиб, чет эл ва Россия, Ўзбекистон тиббий нашрларида кўрсатиб ўтилган. Тадқиқотчилар томонидан зўриқишдаги бош оғриқларида (ЗБО) психовегетатив ўзгаришлар ва постурал бузилишлар ўсмир ёшдаги беморларда ўрганилган. Мигрень касаллигида постурал бузилишлар ўрганилган (Carvalho G.V., 2022; Salahki M., 2022; Leonardo B., 2022).

Тадқиқотчилар бош оғриқлари бемор кундалик ҳаёт фаолиятига таъсир этиб, ҳаёт сифатини яққол бузиши, турли коморбид бузилишлар (депрессия, уйқунинг бузилиши, соматоформ бузилишлар) билан бирга кечиши оқибатида ҳар доими ҳам мақбул даво усуллари танлана олмаслиги натижасида сурункали бош оғриғи мураккаб ижтимоий-тиббий муаммо даражасига чиқишини кўрсатиб ўтишган. Тадқиқотчилар томонидан бош оғриғи нейроиммунологик механизмлари ўрганилган (Прищепа А.В., 2017; Данилов А.В., 2017; Сергеев А.В., 2018).

Сўнгги йилларда мамлакатимизда олимлар томонидан бош оғриқларининг патогенетик механизмларини очиб беришга, касалликнинг ривожланиши ва клиник кечишига оид қатор илмий тадқиқотлар ўтказилган (Мажидова Ё.Н., 2017; Саноева М.Ж., 2020; Ахмедова Д.Б., 2021;).

Зўриқишдаги бош оғриқлари борасида кўп сонли тадқиқотлар ўтказилганлигига қарамадан, психовегетатив, ҳамда постурал бузилишлар борасида маълумотлар етарли эмас, бу эса мазкур муаммо бўйича батафсил клиник, нейровизуал, нейрофизиологик, лаборатор тадқиқотлар ўтказиш заруриятини кўрсатади. Хорижий ва маҳаллий манбалар маълумотларида бош оғриқлари профилактикасига ва даволашга нисбатан қарама-қарши маълумотларнинг учраши ушбу тадқиқотни ўтказишга сабаб бўлди. Келтирилган илмий ишда тиббиётда самарали ва эрта ташхислашнинг етакчи усулларидадан фойдаланган ҳолда зўриқишдаги бош оғриқларида психовегетатив бузилишларни коррекциялашга оид усуллар кенг очиб берилди.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация иши Бухоро давлат тиббиёт институтини илмий-тадқиқот

³ Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлари тўғрисида»ги ПФ-5590-сон Фармони

ишлари режаси доирасида “COVID-19 билан касалланганидан кейин Бухоро вилояти аҳолисининг соғлиғига таъсир қилувчи организмнинг патологик ҳолатини эрта аниқлаш, даволаш ва олдини олишга янгича ёндашувларни ишлаб чиқиш (2022-2026 йй)” мавзусида олиб борилди (01.2022.PhD.152).

Тадқиқот мақсади. Зўриқишдаги бош оғриқларида психовегетатив ўзгаришлар ва постурал бузилишларни ўрганиш, даволашни оптималлаштириш.

Тадқиқот вазифалари:

зўриқишдаги бош оғриғи сурункали ва тез-тез эпизодик тури мавжуд беморлар клиник- неврологик хусусиятини ўрганиш;

зўриқишдаги бош оғриқларида клиник турларига мос равишда постурал бузилишларнинг ўзига хос хусусиятларини ўрганиш;

зўриқишдаги бош оғриғида нейровизуал, нейрофизиологик, стабилOMETрик текширув натижаларини ҳамда бемор ҳаёт сифатини баҳолаш;

зўриқишдаги бош оғриқ сурункали ва тез-тез эпизодик турида психовегетатив ўзгаришлар ва постурал бузилишларни эрта ташхислаш ва даволаш алгоритминини ишлаб чиқиш.

Тадқиқот объекти. Бухоро вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази неврология бўлими ва “Мехриғиё шифо тиббиёт” хусусий клиникаси неврология бўлимида стационар шароитда даволанган 18 ёшдан 59 ёшгача бўлган 117 нафар бемор танланган.

Тадқиқотнинг предмети. Зўриқишдаги бош оғриғи диагнози қўйилган беморлар.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқот вазифаларини ҳал этиш ва мақсадга эришиш учун клиник-неврологик, стабилOMETрик, нейровизуал, лаборатор ва статистик усулларидан фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги:

зўриқишдаги бош оғриғида постурал бузилишларнинг вегетатив ўзгаришлар билан корреляцияланиши исботланган;

хуруж орасида ЗБО мавжуд беморларда координатор бузилишлар кузатилиши аниқланди, бунда ёпиқ кўз билан хуруж оралиғида стабилOMETрик бузилишлар кучаяди, бу айниқса фронтал текисликда СЗБО беморларида кучли намоён бўлиши аниқланган;

СЗБО да бемор ҳаёт сифати сезиларли пасайиши ва стабилOMETрик тренинг стандарт давога қўшиб олиб борилганда жисмоний фаоллик, ролли жисмоний фаоллик, оғриқ интенсивлиги, саломатлик умумий ҳолати, ҳаётга лаёқатлилиқ, ролли эмоционал фаоллик ишончли яхшиланганлиги, тез-тез эпизодик ЗБОда саломатлик ҳолати ва ҳаётга лаёқатлилиқ ишончли яхшиланганлиги исботланган;

зўриқишдаги бош оғриғи психовегетатив ўзгаришлар ва постурал бузилишлар билан кечганда комплекс даволашда стабилOMETрик тренинг усули самарадорлиги исботланган.

Тадқиқотнинг амалий натижаси қуйидагилардан иборат: зўриқишдаги бош оғриқлари бўлган беморларда даволашдан олдинги ва даволашдан

кейинги неврологик бузилишларнинг динамикаси тахлили қилиниб, эрта ташхислаш мезонлари ишлаб чиқилган;

мавжуд бўлган ташхислаш дастурлари асосида невролог ва умумий амалиёт шифокорлари учун зўриқишдаги бош оғриқлари бўлган беморларнинг ташхислашдан кейинги даврда дифференциал даволаш алгоритми ишлаб чиқилган;

зўриқишдаги бош оғриқларида постурал бузилишлари мавжуд бўлган беморларни эрта ташхислаш имконини берувчи комплекс нейрофизиологик ва стабилонетрик текширувлар стационар ва амбулатор шароитга фойдаланиш учун таклиф этилган.

Тадқиқот натижаларининг ишончилиги. Натижаларнинг ишончилиги замонавий, бир бирини тўлдирувчи клиник, клиник-ускунавий, лаборатор, махсус ва статистик услубларнинг қўлланилиши, клиник материалнинг етарлилиги, тадқиқот натижаларининг назарий ва амалий тасдиқланиши, маҳаллий ва ҳорижий тадқиқотчилар маълумотлари билан солиштиришда ишончилиги, келтирилган хулосалар асосланганлиги, уларнинг ваколатли идоралар томонидан тасдиқланганлиги билан исботланган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.

Олинган илмий маълумотлар асосида зўриқишдаги бош оғриғи клиник - неврологик статусни баҳолаш, психовегетатив ўзгаришлар ва постурал бузилишларни ўрганиш, бу кўрсаткичларнинг касаллик оқибатига таъсирини динамикада баҳолаш орқали даво самарадорлигини баҳолаш ва комплекс даволашда ишлаб чиқилган тадбирларни амалиётда қўллаш учун амалиётчи неврологларга тавсия этилган.

Илмий иш натижаларининг назарий асослари тиббиёт олийгоҳларида неврология фани бўйича ишчи дастурларга, маърузалар матнларига киритиш, ҳамда талабалар мустақил ишлари учун янги манба сифатида таклиф этилган.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши:

зўриқишдаги бош оғриқ мавжуд беморларда психовегетатив ўзгаришлар ва постурал бузилишлар кузатилганда клиник-неврологик, нейропсихологик, нейровизуал текширувлар динамикаси бўйича олинган илмий натижалар асосида амалиётга татбиқ қилиш материаллари ишлаб чиқилган;

зўриқишдаги бош оғриқ мавжуд беморларда психовегетатив ўзгаришлар ва постурал бузилишларни комплекс даволашдан олинган илмий натижалар асосида «Зўриқишдаги бош оғриқларида стабилонетрик бузилишлар эрта ташхисотини такомиллаштириш усуллари» номли услубий тавсиянома тасдиқланган (Бухоро давлат тиббиёт институтининг Эксперт Кенгашининг 2024 йил 28-октябрдаги № 24-м/077 сонли маълумотномаси). Тадқиқот натижаси беморларда психовегетатив ўзгаришлар ва постурал бузилишларни эрта баҳолаш имконини берган;

зўриқишдаги бош оғриқ мавжуд беморларда психовегетатив ўзгаришлар ва постурал бузилишлар мавжуд беморларда клиник-неврологик, нейропсихологик, нейрофизиологик ва нейровизуал

текширувларни корреляцион таҳлили ҳамда даволашда физиотерапия, психотерапиянинг қўлланилиши бўйича олинган илмий натижалар РШТЎИМ БФ, Навоий вилояти, Навоий шаҳар тиббиёт бирлашмасида клиник амалиётга тадбиқ этилган. ССВ илмий техник кенгашининг 10.12.2024 йил 10-сонли хулосаси.

Биринчи илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги. Зўриқишдаги бош оғриғида постурал бузилишлар ва вегетатив ўзгаришлар ўртасидаги корреляциянинг аниқланиши, мутахассисларга беморларнинг саломатлик ҳолатини яхшироқ баҳолаш ва даволаш стратегиясини белгилашга ёрдам беради. Бош оғриқлари ва постурал бузилишлар ўртасидаги ўзаро алоқа организмнинг вегетатив нерв тизимига таъсир кўрсатади, бу эса беморларнинг жисмоний ва психологик ҳолатини яхшилаш учун самарали даволаш методларини ишлаб чиқишга йўл очади. Бу, ўзига хос тарзда, беморларнинг ҳаёт сифатини ошириш, уларнинг ишлаш қобилиятини тиклаш ва турмуш даражасини яхшилашга хизмат қилади. Шундан келиб чиқиб, бу илмий янгилик ижтимоий самарадорликни таъминлайди ва тиббий ёрдамнинг самарадорлигини оширишга кўмаклашади. **Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги.** Зўриқишдаги бош оғриғи ва постурал бузилишлар ўртасидаги корреляциянинг аниқланиши, беморларнинг даволаш жараёнида қўшимча, юқори харажатли текширувлардан, хусусан, неврологик анализлардан воз кечиш имконини яратади. Бу, ўз навбатида, беморлар учун тўловларни камайтиради ва тиббий хизматлардан фойдаланишни самарали ва арзонлаштиради. Ушбу методика ҳар бир бемор учун 200 000 сўмдан 300 000 сўмгача иқтисодий тежаш имконини беради. **Хулоса.** Зўриқишдаги бош оғриғи ва постурал бузилишлар ўртасидаги корреляциянинг аниқланиши, вегетатив ўзгаришларнинг жисмоний ва психоэмоционал ҳолатга таъсирини яхшилашда самарали ташхислаш ва прогнозлаш мезонларини ишлаб чиқишга ёрдам беради. Бу илмий янгилик касалликнинг оғирлик даражасини баҳолаш, беморларга самарали даволаш тактика ва стратегияларини ишлаб чиқиш имконини беради. Натижада, ҳар бир бемор ҳисобидан бюджет маблағларини 100 000 сўмдан 150 000 сўмгача, бюджетдан ташқари маблағларни эса 250 000 сўмгача тежаш имкони яратди.

Иккинчи илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги. Хуруж орасида ЗБО (Зўриқишдаги бош оғриқлари) мавжуд беморларда координатор бузилишларининг аниқланиши, тиббий амалиётда янги ва самарали ташхислаш усулларини ишлаб чиқишга ёрдам берди. Хуруж орасида ёпик кўз билан олиб борилган тестлар натижасида, стабиллометрик бузилишларнинг кучайиши, айниқса фронтал текисликда СЗБО беморларида кучли намоён бўлишини аниқлаш, беморларнинг реабилитация жараёнини самарали ташкил қилиш учун катта аҳамиятга эга. Бу янги усуллар, беморлар учун даволашнинг аниқ ва самарали йўллари ишлаб чиқишга имконият яратади, шу билан уларнинг иш ва турмуш даражасини яхшилашга ёрдам беради. **Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги.** ЗБО мавжуд беморларда координатор бузилишларини аниқлаш ва стабиллометрик бузилишларни даволаш орқали, қўшимча, қиммат бўлган неврологик

текширувлардан ва инвазив процедуралардан воз кечиш имконияти яратади. Бу эса беморлар учун иқтисодий тежашни таъминлайди. Тадқиқот натижаларига кўра, стабилOMETрик тренинг ва хуруж орасидаги бузилишларнинг аниқланиши ҳар бир бемор учун тахминан 150 000 сўмдан 200 000 сўмгача тежаш имкониятини беради, бу эса умумий ҳисобда 1000 бемор учун 15 000 000 сўмдан 20 000 000 сўмгача маблағни тежашга имкон яратади. **Хулоса.** Хуруж орасида ЗБО мавжуд беморларда координатор бузилишларини аниқлаш, ёпиқ кўз билан стабилOMETрик бузилишларнинг кучайишини кўрсатади. Фронтал текисликда СЗБО беморларида бу бузилишларнинг кучли намоён бўлиши, реабилитация ва даволаш стратегиясини оптималлаштиришга ёрдам беради. Ушбу ишланмалар тиббий хизматлар самарадорлигини ошириши, шу билан бирга беморлар учун иқтисодий тежаш имкониятини яратиши мумкин. Таъкидлаш керакки, ҳар бир бемор учун индивидуал даволаш курсларини ишлаб чиқиш, тиббий сарфларни камайтиради ва беморлар ҳолатини тезкор яхшилашга имкон берди.

учинчи илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги. СЗБО (стабилOMETрик бузилишлар орасида) мавжуд беморларда ҳаёт сифатида сезиларли пасайишлар кузатилгани, янги даволаш методларини ишлаб чиқишга катта ёрдам бермоқда. СтабилOMETрик тренингнинг стандарт давога кўшилиши натижасида жисмоний фаоллик, ролли жисмоний фаоллик, оғрик интенсивлиги, саломатликнинг умумий ҳолати, ҳаётга лаёқатлилиқ, ва эмоционал фаолликнинг ишончли яхшиланиши аниқланди. Шундай қилиб, ушбу илмий янгилик ижтимоий самарадорликни таъминлаш билан бирга, пациентларга тиббий ёрдамни янада самарали ва сифати юқори тарзда кўрсатиш имконини беради. **Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги.** СтабилOMETрик тренингни стандарт давога кўшиб олиб бориш орқали, беморларда жисмоний фаоллик ва саломатлик ҳолатининг яхшиланиши, тиббий хизматларнинг самарадорлигини оширади ва даволаш харажатларини сезиларли даражада камайтиради. Мазкур тренинг усули, беморлар учун юқори харажатлардан, масалан, кўшимча реабилитация курсларидан ёки мураккаб инвазив текширувлардан (неврологик таҳлиллар, биопсия ва бошқа процедуралар) воз кечиш имконини яратади. Бу эса ҳар бир бемор учун тахминан 250 000 сўмдан 350 000 сўмгача иқтисодий тежаш имкониятини яратади, умумий ҳисобда 1000 нафар бемор учун умумий 25 000 000 сўмни тежашга олиб келади. **Хулоса.** СЗБО мавжуд беморларда ҳаёт сифатида сезиларли пасайишларни аниқлаш ва уларни бартараф этиш учун стабилOMETрик тренингнинг стандарт давога кўшилиши натижасида жисмоний фаоллик, оғрик интенсивлиги, саломатлик ҳолати ва ҳаётга лаёқатлилиқ яхшиланиши ишончли равишда исботланган. Натижада, ҳар бир бемор ҳисобига бюджет маблағларини тахминан 150 000 сўмдан 200 000 сўмгача, бюджетдан ташқари маблағларни эса 350 000 сўмгача тежаш имкони яратилади.

тўртинчи илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги. Зўриқишдаги бош оғриғи билан бирга психовегетатив ўзгаришлар ва

постурал бузилишлар кузатилганда, комплекс даволаш усулларида бири сифатида стабилотрикер тренингнинг самарадорлиги аниқланди. Тадқиқот натижалари кўрсатишича, стабилотрикер тренинг жисмоний ҳолатни, мувозанатни ва қўл- оёқ ҳаракатларини яхшилашга ёрдам бериб, ҳаёт сифатида сезиларли яхшиланишга олиб келган. Ушбу усул, тиббий амалиётга киритилиши билан, бош оғриқлари, психовегетатив ўзгаришлар ва постурал бузилишлар билан касалланган беморлар учун самарали ва узоқ муддатли даволаш имкониятини тақдим этади. **Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги.** Зўриқишдаги бош оғриғи ва постурал бузилишларнинг комплекс даволашида стабилотрикер тренингнинг самарадорлигини таъминлаш, беморларга қўшимча, қиммат бўлган мураккаб текширувлардан ва инвазив процедуралардан воз кечиш имконини беради. Бу эса тиббий хизматларда тежеишларга олиб келади, чунки қўшимча морфологик ва неврологик текширувлар учун бўлган харажатлар камаяди. Тадқиқот натижаларига кўра, стабилотрикер тренинг усули ҳар бир бемор учун тахминан 200 000 сўмдан 300 000 сўмгача иқтисодий тежаш имкониятини беради, бу эса тадқиқотда иштирок этган беморлар учун умумий ҳисобда 30 000000 сўмдан 45000000 сўмгача тежаш имкониятини яратади. **Хулоса:**Зўриқишдаги бош оғриғи, психовегетатив ўзгаришлар ва постурал бузилишлар билан кечганда комплекс даволашда стабилотрикер тренинг усулининг самарадорлиги аниқланди. Бу усулнинг қўлланилиши бош оғриғи, мувозанат бузилишлари ва психовегетатив бузилишларнинг камайишини таъминлаб, беморларнинг саломатлик ҳолатини сезиларли даражада яхшилади. Шунингдек, тиббий хизматлар самарадорлигини оширади ва иқтисодий тежаш имкониятини яратади, бу эса беморларга юқори самарали, арзон ва кам харажатли даволаш имконини беради.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 5 та илмий-амалий анжуманларда, жумладан 1 та ҳалқаро ва 4 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 17 та илмий иш чоп этилган бўлиб, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижасини чоп этиш тавсия этилган нашрларда шундан 9 та мақола, жумладан, 7 таси Республика ва 2 таси хорижий журналларда нашр этилган. 1 та ЭХМ дастури ишлаб чиқилган. 1 та услубий қўлланма чоп этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, тўртта боб, хотима, хулоса, амалий тавсия, фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертация ҳажми 100 бетдан иборат.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Диссертациянинг биринчи боби “Зўриқишдаги бош оғриқларида психовегетатив ўзгаришлар ва постурал бузилишларнинг замонавий талқини” деб номланган бўлиб, уч бўлимдан иборат, зўриқишдаги бош

оғриғи (ЗБО) тарқалиши ва ривожланиш омиллари, ташхислаш, даволаш, қиёсий ташхис ва олдини олиш борасида, шунингдек психовегетатив ўзгаришлар ва постурал бузилишлар борасида маълумотлар чуқур ёритилган. Адабиётлар шарҳи орқали сўнгги 10 йилда қўлланилган ва тавсия этилган даволаш усулларининг афзаллиги ва камчилиги назарий таҳлил қилинган, шунингдек, муаммонинг ҳал қилинмаган ёки аниқлик талаб қиладиган жихатлари кўрсатилган.

Диссертациянинг иккинчи боби **“Зўриқишдаги бош оғриқлари материал ва усуллари”** деб аталиб, клиник материал ва тадқиқот усулларининг умумий тавсифига бағишланган, шунингдек, олинган натижани статистик қайта ишлаш усуллари келтирилган. Илмий-тадқиқот иши стационар ва амбулатор шароитида даволанган ЗБО ташхиси мавжуд 117 нафар беморнинг клиник-неврологик, нейропсихологик, инструментал текширув услублари таҳлилларига асосланган. Беморлар ёши ёши 18-59 (ўртача ёши $30,32 \pm 8,69$). Беморлар ЖССТ нинг 2017 йилда тавсия этган ёш мезонларига кўра ажратилди. Уларнинг 39(26,53%) нафарини эркаклар ва 108(73,47%) нафарини аёллар ташкил қилади. Беморларнинг ёши бўйича тақсимланишининг ўзига хослиги барча ёшдаги гуруҳларда аёллар устун келмоқда. Тадқиқотдан кўзланган мақсадни амалга ошириш учун беморлар 2 гуруҳга ажратилган: 1-гуруҳ беморларда сурункали зўриқишдаги бош оғриқ мавжуд постурал бузилишлар кузатилган беморлар (72 нафар). 2-гуруҳ тез-тез эпизодик зўриқишдаги бош оғриғи мавжуд ва постурал бузилишлар кузатилган беморлар (45 нафар). Назорат гуруҳига-30 нафар кўнгилла шахслар олинган. Беморларни ташхислаш мезони сифатида халқаро бош оғриғи таснифи 3-кўриш (2018 йил) олинган.

Барча беморларда клиник-неврологик, нейропсихологик, нейрофизиологик, стабиллометрик ва нейровизуал текширувлар ўтказилган. Оғриқни баҳолаш мақсадида Мак-Гилл сўровнома, HALT индекси, сурункали оғриқни қабул қилиш сўровномаси (CRAQ-R) ўтказилган. Соғлиқ умумий ҳолатини баҳолаш мақсадида Стюарт ва хамкасблари томонидан ишлаб чиқилган SF-36 сўровномаси ўтказилган. ЗБО билан касалланган беморларда когнитив бузилишлар, вегетатив асаб тизими томонидан ўзгаришлар ва шахсий-эмоционал бузилишлар таҳлил қилинган. Вегетатив бузилишларни аниқлаш мақсадида Кердо индекси ва Хильденбрандт коэффициентидан фойдаланилган. Психоэмоционал бузилишни баҳолаш мақсадида HADS ҳавотир ва депрессияни аниқлаш шкаласидан фойдаланилган. Барча гуруҳларда неврологик кўрик ўтказилиб, бош мия МРТси, ЭЭГ таҳлили, стабиллометрик текширувлар ўтказилган.

Диссертациянинг **“Зўриқишдаги бош оғриқларида клиник-неврологик, нейрофизиологик, нейровизуал ҳолат, психовегетатив ўзгаришлар ва постурал бузилишларни баҳолаш”** деб аталган учинчи бобида ЗБО мавжуд беморлар клиник-неврологик ҳолати натижалари таҳлил қилинган. ЗБО мавжуд беморларда оғриқ жойлашуви, продром ва постдром белгиларнинг баҳоланиши натижасида олинган натижалар кўрсатиб берилган. ЗБО беморларида коморбид бузилишлар ўрганилган (1-жадвал).

Тадқиқот гуруҳларида коморбид бузилишларнинг намоён бўлиши

Коморбид бузилишлар	1-гуруҳ		2-гуруҳ		χ^2 пирсон	
	abs	%	abs	%	χ^2	p
Эмоционал бузилишлар	40	55,56±5,86	31	68,89±6,9	2,063	0,151
Уйқу бузилишлари	65	90,28±3,49	26	57,78±7,36	16,923	0,000

Шундай қилиб, СЗБО беморларида коморбид бузилишлардан уйқу бузилишлари устунлик қилса, тез-тез эпизодик зўриқишдаги бош оғриқларида эмоционал бузилишлар устунлик қилган. Касалликка олиб келадиган омиллар ўрганилганда 1- гуруҳ беморларида стресс 91,67±3,26%, ноқулай жойлашув 12,5±3,9%, метеосезгирлик 12,5±3,9%, озиқ-овқат махсулотлари 1,39±1,38% сабаб бўлгани аниқланган. 2- гуруҳ беморларида стресс 86,67±5,07%, ноқулай жойлашув 15,56±5,4%, метеосезгирлик 4,44±3,07%, озиқ-овқат махсулотлари 2,22±2,2% сабаб бўлгани аниқланган.

Шундай қилиб, ҳар иккала гуруҳ беморларида касалликка олиб келувчи омиллардан стресс ва тананинг ноқулай жойлашуви сабаб бўлган. Бош оғриғига сабаб бўладиган триггер омиллар ўрганилганда 1- гуруҳ беморларида хайз цикли меъёрда 8,33±3,26%, спиртли ичимликлар қабул қилиши 15,28±4,24%, психоэмоционал стресс 97,22±1,94%, иссиқ ёки совуқ таъсири 9,72±3,49%, назал воситалар қабул қилиш 8,33±3,26%, флуоксетин қабул қилиш 22,22±4,9% ҳолатда сабаб бўлган.

2- гуруҳ беморларида беморларида хайз цикли 4,44±3,07%, спиртли ичимликлар қабул қилиши 13,33±5,07%, жисмоний зўриқиш 22,22±6,2%, психоэмоционал стресс 97,78±2,2%, иссиқ ёки совуқ таъсири 8,89±4,24%, назал воситалар қабул қилиш 8,89±4,24%, флуоксетин қабул қилиш 55,56±7,41% ҳолатда сабаб бўлган ($p < 0.05$).

Мушаклардаги таранглашув баҳоланганда 1-гуруҳ беморларида трапециясимон мушакда таранглашув кузатилмаган, тўш-ўмров-сўрғичсимон мушакда 2,78±1,94%, чакка мушагида 80,56±4,66%, бош айлана мушакларида 93,06±3%, энса-пешона мушаги 90,28±3,49%, чайнов мушаги 2,78±1,94%ни ташкил қилган. 2- гуруҳ беморларида трапециясимон мушакда таранглашув 2,22±2,2%, тўш-ўмров-сўрғичсимон мушакда 2,22±2,2%, чакка мушагида 82,22±5,7%, бош айлана мушакларида 84,44±5,4%, энса-пешона мушаги 91,11±4,24%, чайнов мушаги 6,67±3,72%ни ташкил қилган.

Бош оғриғининг кундалик фаолиятга таъсирини ўрганиш мақсадида қўлланиладиган HALT индекси тадқиқот гуруҳларида қуйидаги натижаларни берди: 1-гуруҳ беморларида даводан олдин енгил ёки тез-тез бўлмаган таъсир 2,78±1,94%, ўрта таъсир 65,28±5,61%, кучли таъсир 31,94±5,49%ни ташкил этган. 2-гуруҳ беморларида даводан олдин ўрта таъсир 64,44±7,14%, кучли таъсир 35,56±7,14%ни ташкил этган. Шундай қилиб, учинчи ва тўртинчи

босқичда бўлган беморларда медикаментоз даво чоралари қўлланилиши зарурлигини инобатга олган ҳолда барча беморларга муолажаларни бошлаш тавсия этилган. Тадқиқот гуруҳи беморларида мак-Гилл шкаласи маълумотлари қуйидаги натижаларни берди: 1-гуруҳ беморларида сенсор шкала бўйича Пульсацияланувчи оғриқлар $36,11 \pm 5,66\%$, босувчи оғриқлар $51,39 \pm 5,89\%$, қисувчи оғриқлар $12,5 \pm 3,9\%$ ни, аффектив шкала бўйича безовта қилувчи оғриқлар $52,78 \pm 5,88\%$, холдан тойдирувчи оғриқлар $40,28 \pm 5,78\%$, ваҳима чақирувчи оғриқлар $6,94 \pm 3\%$ ни, эволютив шкала бўйича кучсиз оғриқлар $33,33 \pm 5,56\%$, ўртача $55,56 \pm 5,86\%$, кучли $11,11 \pm 3,7\%$ ни ташкил этган. 2-гуруҳ беморларида сенсор шкала бўйича Пульсацияланувчи оғриқлар $33,33 \pm 7,03\%$, босувчи оғриқлар $42,22 \pm 7,36\%$, қисувчи оғриқлар $24,44 \pm 6,41\%$ ни, аффектив шкала бўйича безовта қилувчи оғриқлар $75,56 \pm 6,41\%$, холдан тойдирувчи оғриқлар $20 \pm 5,96\%$, ваҳима чақирувчи оғриқлар $4,44 \pm 3,07\%$ ни, эволютив шкала бўйича кучсиз оғриқлар $4,44 \pm 3,07\%$, ўртача $82,22 \pm 5,7\%$, кучли $13,33 \pm 5,07\%$ ни ташкил этган ($p < 0.05$).

Беморда оғриқ аффектив ва сенсор шкалалар бўйича ҳар иккала гуруҳда ўзгаришлар мавжудлиги беморлар вегетатив тизимларини текшириш лозимлигини кўрсатган.

Тадқиқот гуруҳи беморларида сурункали оғриқни қабул қилиш сўровнома (CRAQ-R) натижалари 1-гуруҳ беморларида оғриққа қарамай, ҳаётий муҳим фаолликка эришиш $39,69 \pm 0,88\%$, оғриққа тайёрлик (сурункали оғриққа адаптацияга таъсир қилмайдиган усуллардан қочиш ва назорат қилиш) $32,06 \pm 0,76\%$ ни ташкил этган бўлса, 2- гуруҳ беморларида оғриққа қарамай, ҳаётий муҳим фаолликка эришиш $34,73 \pm 1,31\%$, оғриққа тайёрлик (сурункали оғриққа адаптацияга таъсир қилмайдиган усуллардан қочиш ва назорат қилиш) $30,49 \pm 0,84\%$ ни ташкил этган.

Беморларда асосий вегетатив ўзгаришлардан тери қизариши, терлаш, бармоқлар совқотиши, юрак тез уриши ва нафас етишмовчилиги кўп кузатилган. Беморда вегетатив тизимни баҳолаш мақсадида ЮҚС сони, АҚБ, термометрия текширилган, Кердо индекси баҳоланган. 1- гуруҳ беморларида ЮҚС $77,83 \pm 1,08$, САБ $109,86 \pm 1,16$, ДАБ $71,81 \pm 0,77$, тана харорати $36,61 \pm 0,01$ градусни ташкил этган. 2- гуруҳ беморларида ЮҚС $74,84 \pm 1,55$, САБ $110,89 \pm 1,58$, ДАБ $72,67 \pm 1,07$, тана харорати $36,65 \pm 0,02$ градусни ташкил этган. Кердо индекси натижалари таҳлил қилинганда СЗБО мавжуд 1-гуруҳ беморларининг 48 (66,66%) симпатикотоник, 20 (27,77%) ваготоник, 4(5,57%) эйтония деб баҳоланган. Беморларда симпатик нервнинг тонуси ошганлиги аниқланган ($p < 0,05$).

Тез-тез зўриқишдаги бош оғриқлари мавжуд 2-гуруҳ беморлари 23(51,11)% симпатикотоник, 14(31,11)% парасимпатикотоник, 8(17,78%) эйтония эканлиги аниқланди. Беморлар вегетатив тизимидаги ўзгаришлар уларнинг психоэмоционал ҳолати ўрганилиши зарурлигини кўрсатган.

Зўриқишдаги бош оғриғи мавжуд беморларда хавотир кузатилишини инобатга олган ҳолда ҳар иккала гуруҳ беморларида хавотир ва депрессияни баҳолаш HADS шкаласидан фойдаланилган. 1- гуруҳ беморларида хавотир даражаси даводан олдин меъёрий кўрсаткичлар $27,78 \pm 5,28\%$, субклиник

хавотир $33,33 \pm 5,56\%$, юқори клиник ифодаланган хавотир $38,89 \pm 5,75\%$ ни ташкил этган. Депрессия даражаси баҳоланганда депрессия мавжуд бўлмаган ҳолатлар $26,39 \pm 5,19\%$, субклиник депрессия $25 \pm 5,1\%$, юқори клиник ифодаланган депрессия $48,61 \pm 5,89\%$ ни ташкил этган.

2-гурух беморларида хавотир даражаси даводан олдин меъёрий кўрсаткичлар $24,44 \pm 6,41\%$, субклиник хавотир $35,56 \pm 7,14\%$, юқори клиник ифодаланган хавотир $40 \pm 7,3\%$ ни ташкил этган. Депрессия даражаси баҳоланганда депрессия мавжуд бўлмаган ҳолатлар $37,78 \pm 7,23\%$, субклиник депрессия $22,22 \pm 6,2\%$, юқори клиник ифодаланган депрессия $40 \pm 7,3\%$ ни ташкил этган (2-жадвал).

2-жадвал

Тадқиқот гуруҳлари беморларида HADS шкаласи бўйича хавотир ва депрессия кўрсаткичлари

HADS шкаласи хавотир ва депрессия даражасини аниқлаш		1-гурух		2-гурух	
		abs	%	abs	%
1 бўлим (хавотир даражасини аниқлаш)					
HADS шкаласи хавотир даражасини аниқлаш	0-7-норма (ишончли хавотир белгиларисиз)	20	$27,78 \pm 5,28$	11	$24,44 \pm 6,41$
	8-10-субклиник хавотир	24	$33,33 \pm 5,56$	16	$35,56 \pm 7,14$
	11 ва юқори-клиник ифодаланган хавотир	28	$38,89 \pm 5,75$	18	$40 \pm 7,3$
2 бўлим (депрессия даражасини баҳолаш)					
HADS шкаласи депрессия даражасини аниқлаш	0-7-норма (ишончли депрессия белгиларисиз)	19	$26,39 \pm 5,19$	17	$37,78 \pm 7,23$
	8-10-субклиник депрессия	18	$25 \pm 5,1$	10	$22,22 \pm 6,2$
	11 ва юқори-клиник ифодаланган депрессия	35	$48,61 \pm 5,89$	18	$40 \pm 7,3$

Шундай қилиб, хавотир ва депрессия даражаси кўрсаткичларида тадқиқот гуруҳларида сезиларли статистик тафовут аниқланмаган. Беморларда хавотир ва депрессия юқори фоиз кўрсаткичлари мавжудлиги коррекциялаш лозимлигини талаб этган. Оғриқни яққоллиги ва психоэмоционал ҳолати орасидаги корреляция ўрганилган (3-жадвал).

3-жадвал

1-гурух беморларида оғриқ яққоллиги ва психоэмоционал ҳолати орасидаги корреляцион боғлиқлик

Шкала	Психоэмоционал ҳолат	Спирмен корреляция коэффиценти (p<0,05)
ВАШ (оғриқ даражаси)	хавотир	0,313
ВАШ (оғриқ даражаси)	депрессия	0,439
ВАШ (оғриқ даражаси)	вегетатив ўзгариш	0,404

Барча параметрлар бўйича ўртача мусбат корреляцион алоқа мавжудлиги аниқланди (4-жадвал).

4-жадвал

2-гурух беморларида оғриқ яққоллиги ва психоэмоционал ҳолати орасидаги корреляцион боғлиқлик

Шкала	Психоэмоционал ҳолат	Спирмен корреляция коэффиценти (p<0,05)
ВАШ (оғриқ даражаси)	хавотир	0,593
ВАШ (оғриқ даражаси)	депрессия	0,528
ВАШ (оғриқ даражаси)	вегетатив ўзгариш	0,671

Сурункали зўриқишдаги бош оғриқлари кузатилган беморларда барча параметрлар бўйича ўрта ва сезиларли корреляцион алоқа аниқланган.

Постурал бузилишларни гуруҳлар орасида солиштирма баҳолаш мақсадида барча беморларда стабилOMETрик текширув ўтказилган. СтабилOMETрия оғриқ хуружлари кузатилмаган вақтда ўтказилган. 1-гурух беморларида стабилOMETрик кўрсаткичлар ўрганилган (5-жадвал).

5-жадвал

Сурункали зўриқишдаги бош оғриғи мавжуд беморларда стабилOMETрик кўрсаткичлар

синама	шкала	1-гурух беморлар			Назорат гуруҳи			p
		01	Me	03	01	Me	03	
ОК	X(мм)	-5,00	4,00	9,50	-1,50	1,50	11,50	0,603
	x(мм)	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00	2,00	0,211
ОК	Y(мм)	-13,50	0,50	8,50	-3,50	0,00	16,00	0,862
	y(мм)	2,00	3,50	5,00	2,50	3,00	4,00	0,478
ЁК	X(мм)	-4,00	2,50	6,00	-3,00	3,00	10,50	0,498
	x(мм)	1,00	1,00	2,00	0,50	1,00	1,00	0,131
ЁК	Y(мм)	-14,50	5,50	13,50	-11,50	-2,00	15,00	1,000
	y(мм)	2,00	3,50	5,00	2,00	3,00	4,00	0,887

Изоҳ: ОК-очиқ кўзда Ромберг синамаси, ЁК-ёпиқ кўзда Ромберг синамаси, X(м)- босим марказининг нисбий фронтал текисликда абсолют жойлашуви, x(мм)- босим марказининг фронтал текисликда ўрта жойлашувдан оғиш (ўнг-чап), Y(мм)- сагитал текисликда босим марказининг абсолют жойлашуви, Y(мм)- босим марказининг сагитал текисликда ўрта жойлашувдан оғиши (олд-орқа)

Тез-тез эпизодик зўриқишдаги бош оғриқлари кузатилган беморларда барча параметрлар бўйича ўрта ва сезиларли корреляцион алоқа аниқланган. Постурал бузилишларни гуруҳлар орасида солиштирма баҳолаш мақсадида барча беморларда стабиллометрик текширув ўтказилган. Стабиллометрия оғриқ хуружлари кузатилмаган вақтда ўтказилган. 2-гуруҳ беморларида стабиллометрик кўрсаткичлар ўрганилган (6-жадвал).

6-жадвал

Тез-тез эпизодик бош оғриғи мавжуд беморларда стабиллометрик кўрсаткичлар

синама	шкала	2-гуруҳ беморлар			Назорат гуруҳи			p
		01	Me	03	01	Me	03	
ОК	X(мм)	-5,50	0,00	5,50	-1,50	1,50	11,50	0,151
	x(мм)	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00	2,00	0,227
ОК	У(мм)	-9,00	1,50	13,00	-3,50	0,00	16,00	0,956
	y(мм)	2,50	4,00	5,00	2,50	3,00	4,00	0,342
ЁК	X(мм)	-6,00	0,00	6,50	-3,00	3,00	10,50	0,134
	x(мм)	1,00	1,00	1,00	0,50	1,00	1,00	0,205
ЁК	У(мм)	-5,50	2,00	11,50	-11,50	-2,00	15,00	0,340
	y(мм)	2,00	3,00	4,00	2,00	3,00	4,00	0,974

Тадқиқот гуруҳи беморлари ва назорат гуруҳидаги соғлом инсонлар стабиллометрик текширув натижалари орасида ишончли статистик фарқ аниқланмаган. Ёпиқ кўз билан Ромберг ҳолатида турганда сагитал текисликда оғиш СЗБО мавжуд беморларда тез-тез эпизодик зўриқишдаги бош оғриқ мавжуд беморларга нисбатан юқорида намоён бўлган. Шунингдек, чиқ кўз билан сагитал текисликда босим марказидан оғиш ҳам СЗБО беморларида кучлироқ намоён бўлган (7-жадвал).

7-жадвал

Стабиллометрия ва психовегетатив ўзгаришлар орасидаги корреляция

Корреляция белгиси-1	Психоэмоционал ҳолат	Спирмен корреляция коэффиценти ($p < 0,05$)
ОК x(мм)	хавотир	0,323
ОК y(мм)	депрессия	0,484
ЁК x(мм)	хавотир	0,565
ЁК y(мм)	депрессия	0,479

Стабилометрия ва психовегетатив ўзгаришлар орасида корреляция ўрганилганда ўрта мусбат корреляцион алоқа мавжудлиги аниқланган.

3-боб юзасидан қуйидаги хулосага келинган: хавотир ва депрессия даражаси кўрсаткичларида тадқиқот гуруҳларида сезиларли статистик тафовут аниқланмаган. Беморларда хавотир ва депрессия юқори фоиз кўрсаткичлари мавжудлиги коррекциялаш лозимлигини талаб этган.

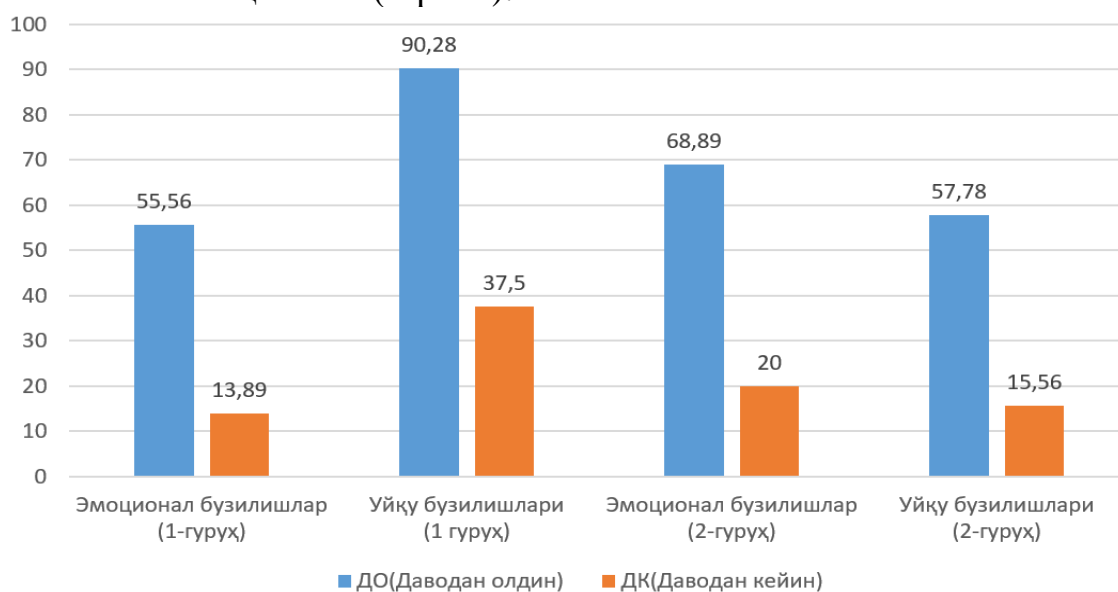
Оғриқни яққоллиги ва психоэмоционал ҳолати орасидаги корреляция ўрганилган. Барча параметрлар бўйича ўртача мусбат корреляция аниқланган.

Тадқиқот гуруҳи беморлари ва назорат гуруҳидаги соғлом инсонлар стабилометриқ текширув натижалари орасида ишончли статистик фарқ аниқланмаган. Ёпиқ кўз билан Ромберг ҳолатида турганда сагитал текисликда оғиш СЗБО мавжуд беморларда тез-тез эпизодик зўриқишдаги бош оғриқ мавжуд беморларга нисбатан юқорироқ намоён бўлган. Шунингдек, чиқ кўз билан сагитал текисликда босим марказидан оғиш ҳам СЗБО беморларида кучлироқ намоён бўлган.

Зўриқишдаги бош оғриғи сурункали ва тез-тез эпизодик турида альфа ритм нотурғунлиги, ўткирлашган альфа ритм, билатерал синхрон тета ритмлар диагностик мезон бўлиши мумкин ($p < 0,001$).

Диссертациянинг тўртинчи боби “Зўриқишдаги бош оғриғини комплекс даволаш натижалари” деб номланган. Барча беморлар ажратилган иккала гуруҳ бўйича даво муолажалари белгиланган. Ҳар икки гуруҳ беморларига стандарт бўйича зўриқишдаги бош оғриғи муолажасини, стабилометриқ тренинг қабул қилишган.

Тадқиқот гуруҳларида даволаш фонида коморбид бузилишлар динамикаси ўрганилган. 1- гуруҳ беморларида эмоционал бузилишлар 41,67%га, уйқу бузилишлари 53,3%га камайганлиги аниқланган. 2- гуруҳ беморларида эмоционал бузилишлар 48,89%га, уйқу бузилишлари 42,22%га камайганлиги аниқланган (1-расм).

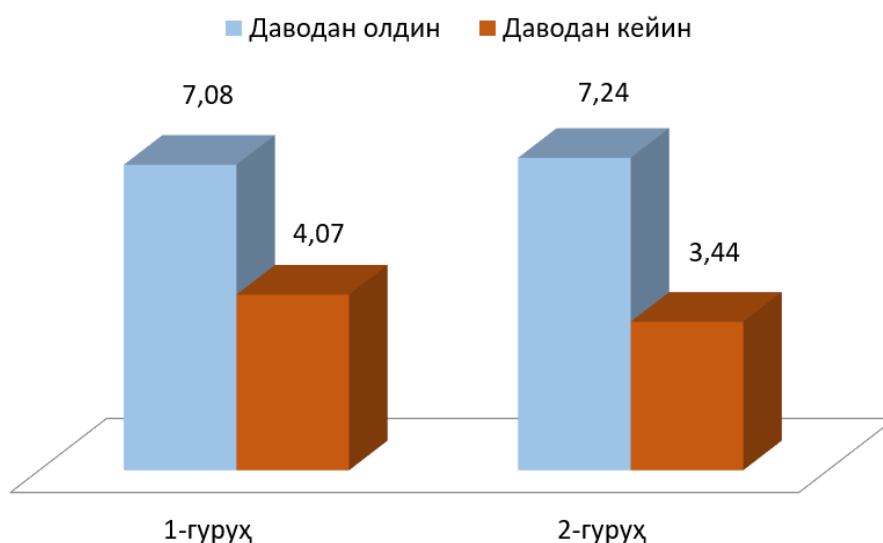


1-расм. Тадқиқот гуруҳларида даволаш фонида коморбид бузилишлар динамикаси

Шундай қилиб, СЗБО беморларида уйқу бузилишлари тез-тез эпизодик ЗБО беморларига қараганда 11,1% га камайганлиги, эмоционал бузилишлар эса тез-тез эпизодик ЗБО беморларида СЗБО беморларига нисбатан 7,22%га камайганлиги аниқланган ($p < 0,05$).

Бош оғриғининг кундалик фаолиятга таъсирини ўрганиш мақсадида қўлланиладиган HALT индекси тадқиқот гуруҳларида даводан сўнг қуйидаги натижаларни берган: 1-гуруҳ беморларида 0-5 балл (бош оғриқнинг минимал ёки оз таъсири $27,78 \pm 5,28\%$, 6-10 балл (енгил ёки тез-тез бўлмаган таъсир) $58,33 \pm 5,81\%$, ўрта таъсир $13,89 \pm 4,08\%$ ни ташкил этган ва кучли таъсирли бош оғриқ кузатилмаган. Даволаш гуруҳидаги беморларда кучли таъсирли оғриқлар кузатилмаганлиги ва ўрта таъсирли оғриқнинг $51,39\%$ га камайганлиги, енгил оғриқларнинг 15% га ортганлиги даво чоралари самарали эканлиги ишончли белгиси ҳисобланган ($p < 0,05$). 2-гуруҳ беморларда 0-5 балл (бош оғриқнинг минимал ёки оз таъсири $33,33 \pm 7,03\%$, 6-10 балл (енгил ёки тез-тез бўлмаган таъсир) $60 \pm 7,3\%$, ўрта таъсир $4,44 \pm 3,07\%$, кучли таъсирли бош оғриқ $2,22 \pm 2,2$ ни ташкил этган. Даволаш гуруҳидаги беморларда кучли таъсирли оғриқлар $33,34\%$, ўрта таъсирли оғриқнинг 60% га камайганлиги, енгил оғриқларнинг 60% га, минимал ёки оз таъсирнинг $33,33\%$ га ошиши даво самарадорлиги белгиси ҳисобланган ($\chi^2 = 40,244$; $p = 0,000$).

ВАШ шкаласининг бирламчи натижаларига кўра, паст интенсивликдаги оғриқ $11,93\%$, ўртача интенсивликдаги оғриқ $83,47\%$, кучли интенсивликдаги оғриқ $4,58\%$ га тенг. Шундан 1-гуруҳ беморларида паст интенсивликдаги оғриқ $8,3\%$, ўртача интенсивликдаги оғриқ $84,72\%$ ва кучли интенсивликдаги оғриқ $6,94\%$. 2-гуруҳ беморларида эса паст интенсивликдаги оғриқ $15,56\%$, ўртача интенсивликдаги оғриқ $82,22\%$, кучли интенсивликдаги оғриқ $2,22\%$ ни ташкил этди. ВАШ шкаласи натижалари 1-гуруҳ беморларида оғриқни қабул қилиш $3,01$ баллга, 2-гуруҳ беморларида $3,8$ баллга пасайганлигини кўрсатган ($p < 0,05$) (2-расм).



2-расм. Тадқиқот гуруҳи беморларида даволаш фониди ВАШ шкаласи динамикаси

Тадқиқот гуруҳи беморларида даволаш фонида Мак-Гилл шкаласи динамикаси ўрганилган. 1-гуруҳ беморларида сенсор шкала бўйича Пульсацияланувчи оғриқлар 1,39%га, босувчи оғриқлар 9,72%, қисувчи оғриқлар 11,11% га камайганлиги аниқланган. Аффектив шкала бўйича безовта қилувчи оғриқлар 9,22%га, холдан тойдирувчи оғриқлар 6,92%, ваҳима чакирувчи оғриқлар 2,78%га камайганлиги аниқланди. Эволютив шкала бўйича кучсиз оғриқлар 30,56%га ошганлиги, ўртача оғриқлар 23,62%, кучли оғриқлар 6,94% га камайганлиги аниқланган.

2-гуруҳ беморларида сенсор шкала бўйича Пульсацияланувчи оғриқлар 22,22%га, босувчи оғриқлар 20%, қисувчи оғриқлар 2,23% га камайганлиги аниқланган. Аффектив шкала бўйича безовта қилувчи оғриқлар 31,12%га, холдан тойдирувчи оғриқлар 28,89%, ваҳима чакирувчи оғриқлар 2,23%га камайганлиги аниқланган. Эволютив шкала бўйича кучсиз оғриқлар 77,78%га ошганлиги, ўртача оғриқлар 66,66%, кучли оғриқлар 11,11% га камайганлиги аниқланган. (8-жадвал)

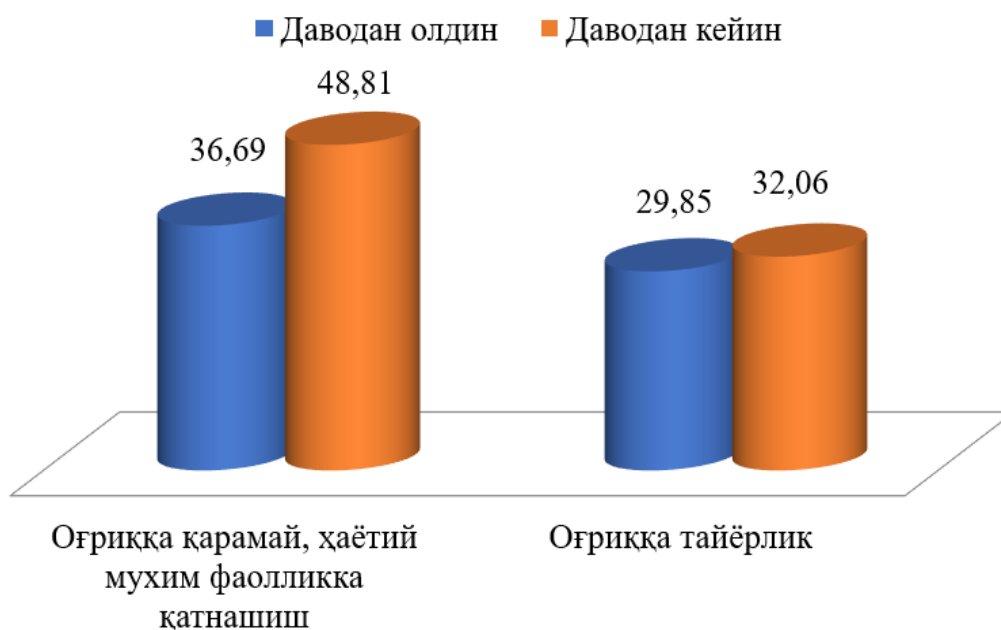
8-жадвал

Тадқиқот гуруҳи беморларида Мак-Гилл (McGPRQ) шкаласи маълумотлари

Мак-Гилл шкаласи		1-гуруҳ			2-гуруҳ		
		abs	%	p	abs	%	p
Даводан кейин							
Сенсор шкала	Пульсацияланувчи	25	34,72±5,61	$\chi^2=3,583;$ $p = 0,167$	5	11,11±4,6 8	$\chi^2=18,583;$ $p = 0,000$
	Босувчи	30	41,67±5,81		28	62,22±7,2 3	
	Қисувчи	17	23,61±5,01		12	26,67±6,5 9	
Даводан олдин							
Сенсор шкала	Пульсацияланувчи	26	36,11±5,66	$\chi^2=16,583;$ $p = 0,000$	15	33,33±7,0 3	$\chi^2=2,133;$ $p = 0,344$
	Босувчи	37	51,39±5,89		19	42,22±7,3 6	
	Қисувчи	9	12,5±3,9		11	24,44±6,4 1	
Даводан кейин							
Аффектив шкала	Безовта қилувчи	38	52,78±5,88	$\chi^2=18,250;$ $p = 0,000$	34	75,56±6,4	$\chi^2=14,533;$ $p = 0,001$
	Холдан тойдирувчи	29	40,28±5,78		9	20±5,96	
	Ваҳима чакирувчи	5	6,94±3		2	4,44±3,07	

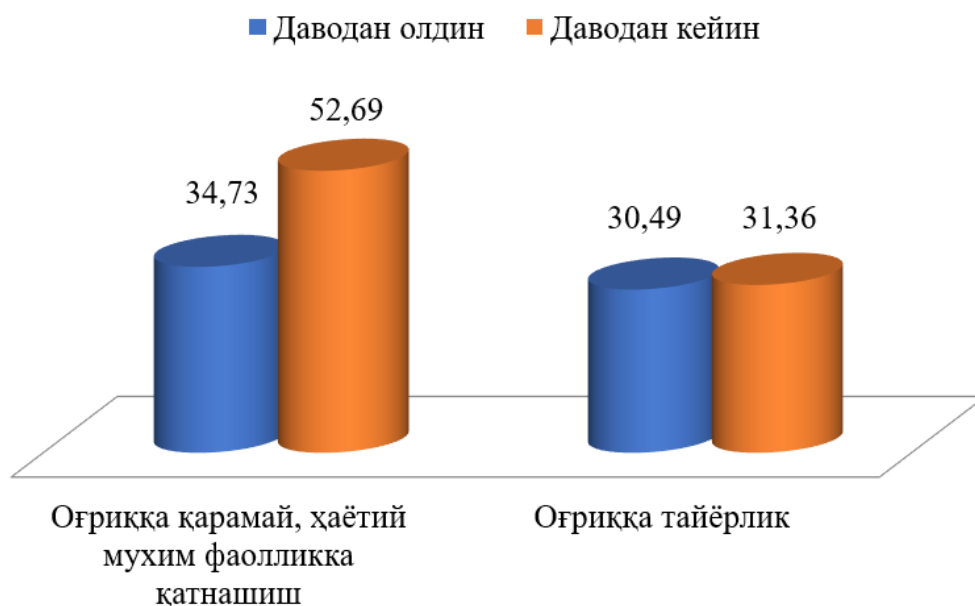
Даводан олдин							
Аффектив шкала	Безовта килувчи	31	43,06±5,84	$\chi^2=24,2507$; p = 0,000	20	44,44±7,4 1	$\chi^2=37,733$; p = 0,000
	Холдан тойдирувчи	34	47,22±5,88		22	48,89±7,4 5	
	Вахима чакирувчи	7	9,72±3,49		3	6,67±3,72	
Даводан олдин							
Эволютив шкала	Кучсиз	24	33,33±5,56	$\chi^2=21,333$; p = 0,000	2	4,44±3,07	$\chi^2=48,933$; p = 0,000
	Уртача	40	55,56±5,86		37	82,22±5,7	
	Кучли	8	11,11±3,7		6	13,33±5,0 7	
Даводан кейин							
Эволютив шкала	Кучсиз	46	63,89±5,66	$\chi^2=38,583$; p = 0,000	37	82,22±5,7	$\chi^2=4900$; p = 0,000
	Уртача	23	31,94±5,49		7	15,56±5,4	
	Кучли	3	4,17±2,35		1	2,22±2,2	

Тадқиқот гуруҳи беморларида даволаш фониди сурункали оғриқни қабул қилиш сўровномаси (CRAQ-R) динамикаси ўрганилганда қуйидаги натижалар олинган: 1-гуруҳ беморларида оғриққа қарамай ҳаётий муҳим фаолликка қатнашиш 12,12% га ошган, оғриққа тайёрлик 2,21% га ошган (3-расм).



3-расм. 1-гуруҳ беморларида даволаш фониди сурункали оғриқни қабул қилиш сўровномаси (CRAQ-R) динамикаси(балл)

Сурункали оғриқни қабулкилиш сўровномаси (CRAQ-R) динамикаси ўрганилганда 2-гурух беморларида куйидаги натижалар олинган: оғриққа қарамай ҳаётий мухим фаолликка қатнашиш 17,96% га ошган, оғриққа тайёрлик 0,87% га ошган ($p < 0,05$) (4-расм).



4-расм. 2-гурух беморларида даволаш фонидида сурункали оғриқни қабул қилиш сўровномаси (CRAQ-R) динамикаси(балл)

Кердо индекси натижалари таҳлил қилинганда даво муолажаларидан кейин СЗБО мавжуд 1-гурух беморларининг 20 (27,77%) симпатикотоник, 20 (27,77%) ваготоник, 32(44,46%) эйтония деб баҳоланган. Беморлар аксар қисмида эйтония аниқланган ($p < 0,05$). Тез-тез зўриқишдаги бош оғриқлари мавжуд 2-гурух беморларида қўлланилган даво муолажаларидан кейин 10(33,33)% симпатикотоник, 4 (13,33)% парасимпатикотоник, 16 (53,34%) эйтония эканлиги аниқланган.

Қўлланилган даво чораларидан кейин HADS шкаласи бўйича ҳавотир ва депрессия даражаси куйидагича: 1- гурух беморларида ҳавотир кузатилмаган ҳолатлар $76,39 \pm 5,01\%$, субклиник ҳавотир $22,22 \pm 4,9\%$, юқори клиник ифодаланган ҳавотир $1,39 \pm 1,38\%$ ни ташкил этган ($\chi^2 = 64,750$; $p = 0,000$). Депрессия кузатилмаган ҳолат $76,39 \pm 5,01\%$, субклиник депрессия $76,39 \pm 5,01\%$, юқори клиник ифодаланган депрессия $4,17 \pm 2,35\%$ ни ташкил этган ($\chi^2 = 62,583$; $p = 0,000$).

2-гурух беморларида ҳавотир кузатилмаган ҳолатлар $97,78 \pm 2,2\%$, субклиник ҳавотир $0 \pm 0\%$, юқори клиник ифодаланган ҳавотир $2,22 \pm 2,2\%$ ни ташкил этган ($\chi^2 = 41,089$; $p = 0,000$). Депрессия кузатилмаган ҳолат $93,33 \pm 3,72\%$, субклиник депрессия $4,44 \pm 3,07\%$, юқори клиник ифодаланган депрессия $2,22 \pm 2,2\%$ ни ташкил этган ($\chi^2 = 72,933$; $p = 0,000$).

Шундай қилиб, ҳар иккала гурух беморларида ҳавотир ва депрессия кўрсаткичи даво муолажаси фонидида камайган, бу айниқса 2-гурух беморларида яққолроқ намоён бўлган (χ^2 -пирсона = 11,610; $p = 0,003$).

Даво муолажалари фонида ҳар иккала гуруҳ беморларида даводан сўнг билатерал синхрон тета фаоллик, ҳамда гипервентиляцияда билатерал-синхрон тета фаоллик йўқолган (9-жадвал).

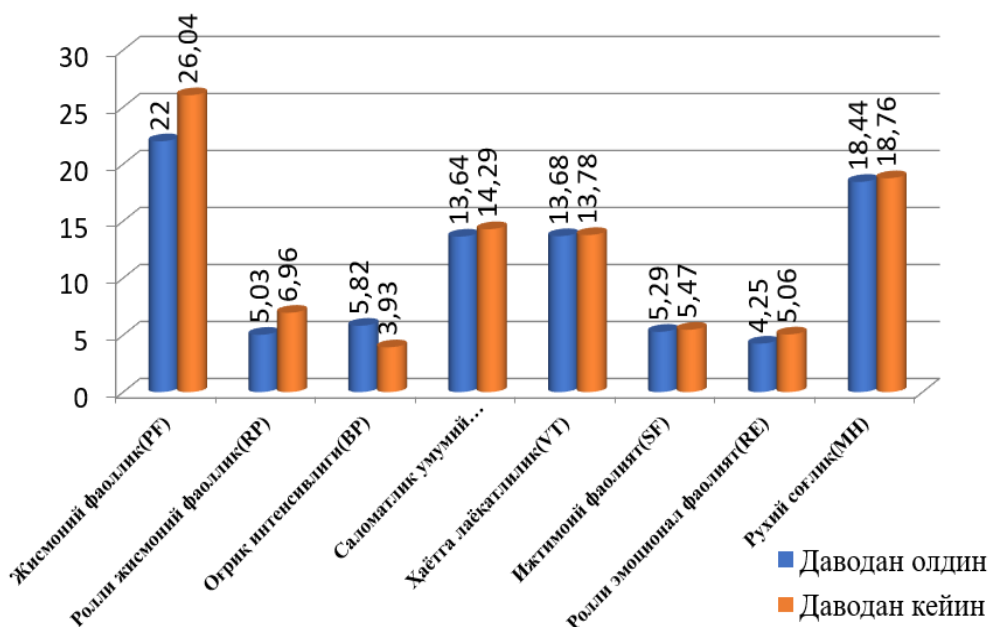
9-жадвал

Тадқиқот гуруҳларида даволаш фонида ЭЭГ динамикаси

		1-гуруҳ			2-гуруҳ		
		abs	%	m	abs	%	m
Доминант альфа ритм	Даводан олдин	70	97,22	1,94	45	100,00	0,00
	Даводан кейин	70	97,22	1,94	45	100,00	0,00
Альфа ритм частотаси 10- 11 Гц	Даводан олдин	44	61,11	5,75	35	77,78	6,20
		22	30,56	5,43	9	20,00	5,96
		4	5,56	2,70	1	2,22	2,20
	Даводан кейин	43	59,72	5,78	35	77,78	6,20
		22	30,56	5,43	8	17,78	5,70
		5	6,94	3,00	35	77,78	6,20
Альфа ритм нотуғрилиги	Даводан олдин	72	100,00	0,00	45	100,00	0,00
	Даводан кейин	72	100,00	0,00	45	100,00	0,00
Ўткирлашган альфа ритм	Даводан олдин	72	100,00	0,00	45	100,00	0,00
	Даводан кейин	72	100,00	0,00	45	100,00	0,00
Яхши ифодаланган бета ритм	Даводан олдин	72	100,00	0,00	45	100,00	0,00
	Даводан кейин	7	9,72	3,49	0	0,00	0,00
Б/с тета фаоллик	Даводан олдин	72	100,00	0,00	45	100,00	0,00
	Даводан кейин	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Б/с секин тўлқинли фаоллик	Даводан олдин	72	100,00	0,00	45	100,00	0,00
	Даводан кейин	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00

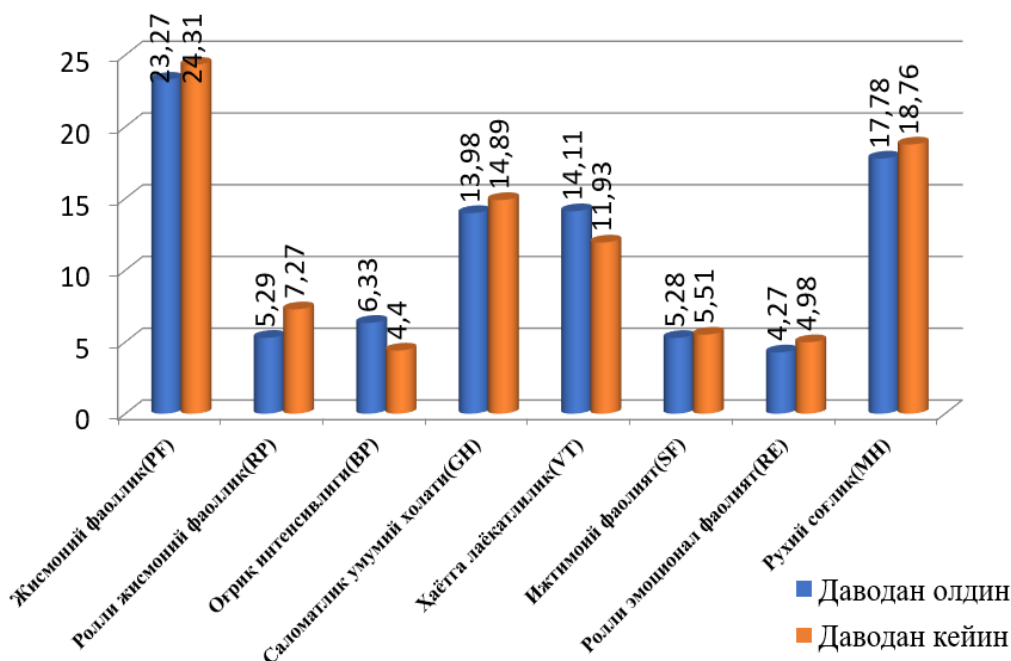
Шундай қилиб, қўлланилган даво чоралари самарадор эканлиги ЭЭГ хулосасида ўз тасдиғини топган.

Тадқиқот гуруҳи беморларида қўлланилган даво муолажаларидан кейин ҳаёт сифати ўрганилганда 1- гуруҳ беморларида жисмоний фаоллик 4,04, ролли жисмоний фаоллик 1,93, оғриқ интенсивлиги 1,14, саломатлик умумий ҳолати 0,65, ҳаётга лаёқатлилиқ 0,10, ижтимоий фаолият 0,18, ролли эмоционал фаолият 0,81, рухий соғлиқ 0,32 га яхшилангани аниқланган (5-расм).



5-расм. 1-гуруҳ беморларида SF-36 ҳаёт сифатини баҳолаш сўровномаси динамикаси.

2-гуруҳ беморларида жисмоний фаоллик 1,04, ролли жисмоний фаоллик 2,02, оғриқ интенсивлиги 1,97, саломатлик умумий ҳолати 0,91, ҳаётга лаёқатлилиқ 2,18, ижтимоий фаолият 0,23, ролли эмоционал фаолият 0,71, рухий соғлиқ 0,98 га яхшилангани аниқланган (6-расм).



6-расм. 2-гуруҳ беморларида SF-36 ҳаёт сифатини баҳолаш сўровномаси динамикаси.

Шундай қилиб, жисмоний фаоллик, ролли жисмоний фаоллик, оғриқ интенсивлиги, саломатлик умумий ҳолати, ҳаётга лаёқатлилиқ, ролли эмоционал фаоллик 1-гурӯх беморларида ишончли яхшиланган ($p<0,001$), ижтимоий фаолият ишончли яхшиланган ($p<0,01$).

ХУЛОСАЛАР

“Зўриқишдаги бош оғриқларида психовегетатив ўзгаришлар ва постурал бузилишлар” мавзусидаги фалсафа доктори (PhD) диссертацияси бўйича олиб борилган тадқиқотлар натижасида қуйидаги хулосалар тақдим этилган:

1. Зўриқишдаги бош оғриғи мавжуд беморларда клиник неврологик хусусиятлар касалликнинг клиник шаклларига боғлиқ бўлиб, зўриқишдаги бош оғриқларида оғриқ интенсивлиги ўрта интенсивликда (83.47%) бўлади.

2. Зўриқишдаги бош оғриқларида постурал бузилишлар касалликнинг клиник шаклларига мос бўлиб ёпиқ кўз билан зўриқишдаги бош оғриқлари беморларида хуруж оралиғида стабиллометриқ бузилишлар кучайган ($p<0,05$), бу айниқса фронтал текисликда сурункали зўриқишдаги бош оғриқлари беморларида кучли намоён бўлган ($p<0,01$).

3. Сурункали зўриқишдаги бош оғриқларида бемор ҳаёт сифати сезиларли пасаяди ва стабиллометриқ тренинг стандарт давога қўшиб олиб борилганда жисмоний фаоллик, ролли жисмоний фаоллик, оғриқ интенсивлиги, саломатлик умумий ҳолати, ҳаётга лаёқатлилиқ, ролли эмоционал фаоллик ишончли яхшиланган ($p<0,001$). Тез-тез эпизодик зўриқишдаги бош оғриқларида саломатлик ҳолати ва ҳаётга лаёқатлилиқ ишончли яхшиланган ($p<0,001$).

4. Даволаш фониди сурункали оғриқни қабул қилиш сўровномаси (CRAQ-R) динамикаси СЗБО беморларида оғриққа қарамай ҳаётий муҳим фаолликка қатнашиш 12,12% га, оғриққа тайёрлик 2,21% га ошган. Тез-тез эпизодик зўриқишдаги бош оғриқлари беморларида оғриққа қарамай ҳаётий муҳим фаолликка қатнашиш 17,96% га, оғриққа тайёрлик 0,87% га ошган ($p<0,05$). Зўриқишдаги бош оғриғида психовегетатив ўзгаришлар ва постурал бузилишларни даволашда стабиллометриқ тренинг самарадорлиги исботланди ва даволаш алгоритми ишлаб чиқилган.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.04.2022.Tib.93.02 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ БУХАРСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ
МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ ИМЕНИ АБУ АЛИ ИБН СИНО**

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ИМЕНИ АБУ АЛИ ИБН СИНО**

ХОТАМОВ БЕКЗОДЖОН ФАРХОДОВИЧ

**ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ И ПОСТУРАЛЬНЫЕ
НАРУШЕНИЯ ПРИ ГОЛОВНЫХ БОЛЯХ НАПРЯЖЕНИЯ.**

14.00.13 – Неврология

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD) ПО
МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

БУХАРА – 2025

Тема диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования, науки и инноваций Республики Узбекистан за № B2021.3.PhD/Tib2082.

Диссертация выполнена в Бухарском государственном медицинском институте.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета (www.bsmi.uz) и на Информационно-образовательном портале «ZiyoNet» (www.ziynet.uz).

Научный руководитель	Ходжиева Дилбар Таджиевна доктор медицинских наук (DSc), профессор
Официальные оппоненты	Ҳайдарова Дилдора Кадировна доктор медицинских наук (DSc), профессор
	Раимова Малика Мухамеджановна доктор медицинских наук (DSc), профессор
Ведущая организация:	Южно-Казахстанская медицинская академия

Защита диссертации состоится «___» _____ 2025 г. в _____ часов на заседании Научного совета DSc.04/30.04.2022.Tib.93.02 при Бухарском государственном медицинском институте (Адрес: 200118, г. Бухара, улица Гиждуванская, 23, Тел./факс: (+99865) 223-00-50; тел: (+99865) 223-17-53; e-mail: buhmi@mail.ru.)

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Бухарского государственного медицинского института (зарегистрирована № ____). Адрес: 200118, г. Бухара, улица Гиждуванская, 23, Тел./факс: (+99865) 223-00-50.

Автореферат диссертации разослан «___» _____ 2025 года.

(реестр протокола рассылки № ___ от «___» _____ 2025 года).

Д.И.Туксанова

Заместитель председателя научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

Н.Ш. Ахмедова

Ученый секретарь научного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук (DSc), доцент

Г.А. Ихтиярова

Председатель научного семинара при научном совете по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук (DSc), профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. По данным Всемирной организации здравоохранения, головная боль является третьим по значимости заболеванием, приводящим к инвалидности. В разных странах мира это заболевание встречается до 50% взрослого населения, хроническими головными болями страдают 1,7-4% взрослого населения. Во всем мире бремя неврологических заболеваний увеличилось за последние 25 лет из-за роста населения и увеличения продолжительности жизни. Головная боль напряжения (ГБН) является наиболее распространенным неврологическим расстройством, которым страдают примерно 1,5 миллиарда человек во всем мире. По данным различных авторов, распространенность головной боли напряжения колеблется от 20,6% до 78%. Хроническую форму головной боли считают длительным состоянием, приводящим к дезадаптации пациента по сравнению с эпизодической формой. По данным Всемирной организации здравоохранения, три четверти населения в возрасте от 18 до 65 лет испытали хотя бы один приступ головной боли за последний год, а хронические головные боли наблюдаются у 2-3% населения. Известно, что желаемый болевой синдром сопровождается психовегетативными расстройствами. По этой причине во всем мире проводится ряд научных исследований по установлению эффективных методов профилактики и лечения психовегетативных изменений и нарушений осанки при первичных формах головных болей.

Мультидисциплинарные исследования, проведенные в разных странах, показывают, что изменения иммунной и вегетативной систем при головных болях напряжения проявляются в разной динамике и проявляются специфическим симптомокомплексом. С учетом этого проведена сравнительная диагностика клинико-неврологических, нейропсихологических, психовегетативных, постуральных нарушений, нейрофизиологических и нейровизуальных изменений у больных с частыми эпизодическими и хроническими головными болями напряжения (ХГБН), ранняя диагностика больных, предложение этиопатогенетически обоснованных методов лечения и профилактики, оценка эффективности лечения. Особое значение имеет совершенствование разработки методов.

В нашей стране реализуются целенаправленные и практические меры по реформированию системы здравоохранения и приведению ее в соответствие с мировыми требованиями, включая разработку эффективных методов ранней диагностики и комплексного лечения больных головными болями напряжения, комплексного и правильного подхода. В связи с этим такие задачи определены: «...повышение эффективности, качества и популярности медицинской помощи, а также формирование системы медицинской стандартизации, внедрение высокотехнологичных методов диагностики и лечения...»

Учитывая психовегетативные расстройства и нарушения осанки при комплексной оценке головных болей напряжения у пациентов, комплексный подход к лечению является одним из современных научных направлений.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий Республики Узбекистан. Работа выполнена в соответствии с приоритетными направлениями развития науки и технологий Республики Узбекистан по разделу VI “Медицина и фармакология”.

Степень изученности проблемы. Первичные головные боли – проблема, изучаемая многими учеными и показанная в зарубежных, российских, узбекских медицинских изданиях. Исследователи изучили психовегетативные изменения и постуральные нарушения при головных болях напряжения у пациентов подросткового возраста.

Исследователи пришли к выводу, что хроническая головная боль становится сложной социально-медицинской проблемой в связи с тем, что головные боли влияют на повседневную жизнедеятельность пациента, явно нарушают качество жизни и сопровождают различные коморбидные расстройства (депрессия, нарушения сна, соматоформные расстройства), и в результате чего не всегда удается подобрать оптимальные методы лечения. Нейроиммунологические механизмы головной боли изучены исследователями (Прищепа А.В., 2017; Данилов А.В., 2017; Сергеев А.В., 2018).

В последние годы в нашей стране учеными проведен ряд научных исследований по выявлению патогенетических механизмов головных болей, развития и клинического течения заболевания (Маджидова Ю.Н., 2017; Саноева М.Дж., 2020; Ахмедова Д.Б., 2021).

Несмотря на то, что по поводу головных болей напряжения проведено большое количество исследований, информации о психовегетативных и постуральных расстройствах недостаточно, что указывает на необходимость детальных клинических, нейровизуальных, нейрофизиологических, лабораторных исследований по этой проблеме. Встреча противоречивой информации о профилактике и лечении головных болей в зарубежных и отечественных источниках привела к проведению данного исследования. В цитируемой научной работе широко раскрываются способы коррекции психовегетативных нарушений при головных болях напряжения с использованием ведущих методов эффективной и ранней диагностики в медицине.

Связь темы диссертации с планом научно-исследовательских работ высшего учебного заведения. Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ Бухарского государственного медицинского института (01. 2022.PhD.152) “Раннее выявление, диагностика, разработка новых методов лечения и профилактики патологических состояний, влияющих на здоровье населения Бухарского региона в пост-COVID-19 периоде” (2022-2026 гг.).

Целью исследования являлось изучение поструральных и психовегетативных расстройств при головных болях напряжения и оптимизация лечения.

Задачи исследования:

изучение клинико-неврологических особенностей пациентов с хроническим и частым эпизодическим типом головной боли напряжения;

изучение своеобразных признаков поструральных нарушений соответствующих типов головных болей напряжения;

оценка результатов нейровизуального, нейрофизиологического, стабилметрического обследования и качества жизни пациентов с головной болью напряжения;

разработка алгоритма диагностики и лечения при наличии психовегетативных изменений и поструральных нарушений при головной боли напряжения эпизодического характера.

Объект и предмет исследования. Данные амбулаторных и стационарных пациентов с головной болью напряжения.

Методы исследования.

Для достижения ожидаемой цели исследования использовали общие клинико-неврологические, лабораторные, нейрофизиологические, нейровизуальные, нейропсихологические, стабилметрические методы исследования.

Научная новизна состоит из нижеследующего:

доказана корреляция поструральных нарушений с вегетативными изменениями при головной боли напряжения;

доказано, что у больных ХГБН между приступами наблюдаются координационные нарушения, при этом между приступами нарастают стабилметрические нарушения при отсутствии зрительного контроля, что оказывается особенно сильным у больных ХГБН во фронтальной плоскости;

в ХГБН качество жизни больных существенно снижается, а при добавлении к стандартному лечению стабилметрической тренировки достоверно улучшаются. Физические нагрузки, ролевые физические нагрузки, интенсивность болей, общее состояние здоровья, жизненный тонус, ролевая эмоциональная активность, состояние здоровья и жизненный тонус достоверно улучшилось при частых эпизодических ГБН;

доказана эффективность метода стабилметрической тренировки в комплексном лечении головной боли напряжения, сопровождающейся психовегетативными изменениями и нарушениями осанки.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

Проведен анализ динамики неврологических нарушений до и после лечения у больных с головными болями напряжения и разработаны ранние диагностические критерии;

На основе существующих диагностических программ разработан дифференцированный алгоритм лечения неврологов и врачей общей

практики в постдиагностическом периоде больных с головными болями напряжения;

Предлагается использовать комплекс методов нейрофизиологического и стабилметрического обследования, позволяющих проводить раннюю диагностику пациентов с головными болями напряжения в стационарных и амбулаторных условиях.

Достоверность результатов исследования. Достоверность результатов основана использованием современных, взаимодополняющих клинических, клинико-инструментальных, лабораторных, специальных и статистических методов, достаточным количеством больных, теоретическим и практическим подтверждением результатов исследования, их достоверности по сравнению с данными отечественных и зарубежных исследователей, обоснованностью приведенных выводов, одобрением их уполномоченными органами.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

На основании полученных научных данных практикующим неврологам рекомендуется оценивать клинико-неврологический статус головной боли напряжения, изучать психовегетативные изменения и постуральные нарушения, оценивать эффективность лечения путем динамической оценки влияния этих показателей на исход лечения заболевания и применять разработанные в комплексном лечении мероприятия на практике.

Теоретическая основа результатов научной работы предлагается в качестве нового источника для включения в рабочие программы по нейробиологии в медицинских вузах, в тексты лекций, а также для самостоятельной работы студентов.

Внедрение результатов исследований.

Материалы внедрения разработаны на основе полученных научных результатов по динамике клинико-неврологического, нейропсихологического, нейровизуального обследования при выявлении психовегетативных изменений и постуральных нарушений у больных головной болью напряжения;

На основании научных результатов, полученных при комплексном лечении психовегетативных изменений и постуральных нарушений у больных головными болями напряжения, утверждены методические рекомендации «Методы совершенствования ранней диагностики стабилметрических нарушений при головных болях напряжения» (Постановление Экспертного совета Бухарского государственного медицинского института от 28 октября 2024 года № 24-м/077). Результат исследования позволил ранее оценить психовегетативные изменения и постуральные нарушения у пациентов;

Корреляционный анализ клинико-неврологических, нейропсихологических, нейрофизиологических и нейровизуальных исследований у пациентов с головными болями напряжения, психовегетативными изменениями и нарушениями осанки, а также полученные научные результаты по использованию физиотерапевтических и психотерапевтических методов лечения были применены в клинической

практике Медицинского объединения г.Навои, Навоийская область. Заключение научно-технического объединения Мин. Здрав. №10 от 10.12.2024 года.

Социальная эффективность первой научной новизны.

Выявление корреляции между головной болью при напряжении и постуральными нарушениями, а также вегетативными изменениями помогает специалистам более точно оценивать состояние здоровья пациентов и разрабатывать стратегии лечения. Взаимосвязь между головными болями и постуральными нарушениями оказывает влияние на вегетативную нервную систему, что открывает путь к разработке эффективных методов лечения для улучшения физического и психологического состояния пациентов. Это, в свою очередь, способствует улучшению качества жизни пациентов, восстановлению их трудоспособности и улучшению уровня жизни. Таким образом, эта научная новизна способствует социальной эффективности и повышает эффективность медицинской помощи. ***Экономическая эффективность первой научной новизны.*** Выявление корреляции между головной болью при напряжении и постуральными нарушениями позволяет избежать дополнительных дорогостоящих обследований, таких как неврологические анализы и инвазивные процедуры. Это, в свою очередь, снижает затраты пациентов и делает медицинские услуги более доступными и эффективными. Согласно результатам исследования, эта методика позволяет сэкономить от 200 000 до 300 000 сум на каждого пациента. В общей сложности для 1000 пациентов это может привести к экономии от 20000000 до 30000000 сум. ***Вывод.*** Выявление корреляции между головной болью при напряжении и постуральными нарушениями помогает разработать новые критерии для эффективной диагностики и прогнозирования, что улучшает стратегии лечения и реабилитации. Результатом этого является экономия бюджетных средств на каждого пациента от 100 000 до 150 000 сум, а также экономия дополнительных средств до 250 000 сум.

Социальная эффективность второй научной новизны.

Выявление координаторных нарушений у пациентов с головными болями при напряжении открывает новые и эффективные методы диагностики в медицинской практике. Результаты тестов, проведенных с закрытыми глазами в период между приступами, показали, что стабилметрические нарушения усиливаются, особенно на фронтальной плоскости у пациентов с СЗБО. Это имеет важное значение для эффективной организации процесса реабилитации пациентов. Эти новые методы дают возможность разрабатывать точные и эффективные методы лечения, которые, в свою очередь, способствуют улучшению их трудового и жизненного уровня. ***Экономическая эффективность второй научной новизны.*** Выявление координаторных нарушений у пациентов с головной болью при напряжении и лечение стабилметрических нарушений позволяет избежать дополнительных дорогих неврологических обследований и инвазивных процедур. Это способствует экономии для пациентов. Согласно результатам исследования, выявление стабилметрических нарушений и их лечение позволяет сэкономить от 150 000 до 200 000 сум на каждого пациента, что в

общем случае для 1000 пациентов приведёт к экономии от 15 000 000 до 20 000 000 сум. **Вывод.** Выявление координаторных нарушений у пациентов с головной болью при напряжении, усиление стабилметрических нарушений при тестах с закрытыми глазами, особенно на фронтальной плоскости, помогает оптимизировать реабилитацию и лечение. Эти разработки могут повысить эффективность медицинских услуг и создать экономию для пациентов.

Социальная эффективность третьей научной новизны.

У пациентов с СЗБО наблюдается значительное снижение качества жизни, что помогает разрабатывать новые методы лечения. Введение стабилметрических тренингов в стандартное лечение привело к улучшению физической активности, интенсивности боли, общего состояния здоровья, качества жизни и эмоциональной активности. Таким образом, эта научная новизна способствует социальной эффективности и позволяет предоставлять пациентам более эффективную и качественную медицинскую помощь.

Экономическая эффективность третьей научной новизны.

Введение стабилметрического тренинга в стандартное лечение улучшает физическую активность и состояние здоровья пациентов, повышает эффективность медицинских услуг и значительно снижает расходы на лечение. Этот метод позволяет избежать дополнительных реабилитационных курсов и сложных инвазивных исследований (неврологические анализы, биопсия и другие процедуры). Это даёт возможность сэкономить от 250 000 до 350 000 сум на каждого пациента, что в общей сумме для 1000 пациентов составляет от 25000000 до 35000000 сум. **Вывод.** Введение стабилметрического тренинга в стандартное лечение у пациентов с СЗБО приводит к значительному улучшению качества жизни, физической активности, интенсивности боли и общего состояния здоровья. Результатом является экономия бюджетных средств от 150 000 до 200 000 сум на пациента, а также экономия дополнительных средств до 350 000 сум.

Социальная эффективность четвертой научной новизны.

При головной боли, психовегетативных изменениях и постуральных нарушениях комплексное лечение с применением стабилметрического тренинга показало свою эффективность. Исследования показали, что стабилметрический тренинг помогает улучшить физическое состояние, баланс и движения конечностей, что приводит к значительному улучшению качества жизни. Внедрение этой методики в медицинскую практику предоставляет пациентам эффективное и долгосрочное лечение.

Экономическая эффективность четвертой научной новизны.

Применение стабилметрического тренинга в комплексном лечении головной боли и постуральных нарушений позволяет избежать дорогих сложных обследований и инвазивных процедур. Это способствует экономии на медицинских услугах, так как расходы на дополнительные морфологические и неврологические обследования сокращаются. Результаты исследования показывают, что стабилметрический тренинг позволяет сэкономить от 200 000 до 300 000 сум на каждого пациента, что для участников исследования в целом составляет от 30 000 000 до 45 000 000 сум.

Вывод. Комплексное лечение головной боли, психовегетативных изменений и постуральных нарушений с применением стабилOMETрического тренинга значительно улучшает состояние здоровья пациентов. Это повышает эффективность медицинских услуг и создаёт экономию, обеспечивая пациентам эффективное и доступное лечение.

Апробация результатов исследования. Результаты исследования были представлены и обсуждены на 5 научных конференциях, в том числе 1 международных и 4 республиканских научно-практических конференциях.

Опубликованность результатов исследования. Всего по теме диссертации опубликовано 17 научных работ, из них 9 журнальных статей, в том числе 7 в республиканских и 2 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов докторских диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, четырех глав, выводов, списка использованной литературы. Объем диссертации составляет 100 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во **введении** описываются актуальность и востребованность исследования, цель, задачи, объект и предмет исследования, нашли свое выражение соответствие данного исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики, научная новизна исследования и практические результаты, указана научная и практическая значимость полученных результатов, внедрение результатов в практическое здравоохранение, приведены сведения об опубликованных научных работах и о структуре диссертации.

Первая глава диссертации, озаглавленная "**Современная интерпретация психовегетативных изменений и нарушений осанки при головных болях напряжения**", состоит из трех разделов, в которых подробно рассматриваются распространенность и факторы развития головных болей напряжения (ГБН) с точки зрения диагностики, лечения, сравнительной диагностики и профилактики, а также психовегетативных нарушений. изменения и нарушения осанки. Обзор литературы содержит теоретический анализ преимуществ и недостатков методов лечения, применявшихся и рекомендованных за последние 10 лет, а также специфику проблемы, которая остается нерешенной или требует уточнения.

Вторая глава диссертации, которая называется "**Материалы и методы лечения головных болей напряжения**", посвящена общему описанию клинического материала и методов исследования, а также методам статистической обработки полученного результата. Исследовательская работа основана на анализе клинИко-неврологических, нейропсихологических, инструментальных методов обследования 117 пациентов с диагнозом ГБН, находившихся на стационарном и амбулаторном лечении. Возраст пациентов 18-59 лет (средний возраст 30,32±8,69 года).

Пациенты были разделены в соответствии с рекомендованными ВОЗ возрастными критериями в 2017 году. Из них 39 (26,53%) были мужчинами, а 108 (73,47%) - женщинами. Специфика распределения пациентов по возрасту заключается в том, что во всех возрастных группах преобладают женщины. Для достижения цели исследования пациенты были разделены на 2 группы:

1-группу составили пациенты с хронической головной болью напряжения имеющие постуральные нарушения (72-человека).

2-группу составили пациенты с эпизодической головной болью напряжения имеющие постуральные нарушения (45-человек).

Контрольную группу составили 30 душевных человек.

В качестве критерия диагностики пациентов использовали Международную классификацию расстройств головной боли 3-го пересмотра (2018 г.).

Всем пациентам проведено клинико-неврологическое, нейропсихологическое, нейрофизиологическое, стабилметрическое и нейровизуальное обследование. Для оценки боли используют опросник Мак-Гилла, индекс HALT, был использован опросник приемлемости хронической боли (CRAQ-R). Анкета SF-36, разработанная Стюартом и его коллегами, использовалась для оценки общего состояния здоровья. У пациентов с ГБН анализировались когнитивные нарушения, изменения вегетативной нервной системы и личностно-эмоциональные расстройства. Для определения вегетативных нарушений использовали индекс Кердо и коэффициент Хильденбрандта. Для оценки психоэмоционального расстройства использовалась шкала тревоги и депрессии HADS. Всем группам проведено неврологическое обследование, МРТ головного мозга, анализ ЭЭГ и стабилметрические тесты.

В третьей главе диссертации «Оценка клинико-неврологического, нейрофизиологического, нейровизуального состояния, психовегетативных изменений и постуральных нарушений при головных болях напряжения» проанализированы результаты клинико-неврологического состояния больных ГБН. Представлены результаты оценки локализации боли, продромальных и постдромальных симптомов у больных ГБН. У больных ГБН изучены коморбидные нарушения (табл. 1).

Таблица 1

Проявление коморбидных расстройств в исследуемых группах

Коморбидные расстройства	Группа 1		Группа 2		χ^2 -пирсона	
	abs	%	abs	%	χ^2	p
Эмоциональные расстройства	40	55,56±5,8 6	31	68,89±6,9	2063	0,151
Нарушения сна	65	90,28±3,4 9	26	57,78±7,36	16 923	0,000

Таким образом, если среди коморбидных расстройств у больных ХГБН преобладают нарушения сна, то при эпизодических головных болях напряжения нередко преобладают эмоциональные нарушения. При изучении факторов приводящих к болезни, у больных 1-группы были получены следующие данные: стресс $91,67 \pm 3,26\%$, неблагоприятное местоположение $12,5 \pm 3,9\%$, метеочувствительность $12,5 \pm 3,9\%$, пищевые продукты $1,39 \pm 1,38\%$. У пациентов 2 группы причиной оказались: стресс $86,67 \pm 5,07\%$, неблагоприятное местоположение $15,56 \pm 5,4\%$, метеочувствительность $4,44 \pm 3,07\%$, пищевые продукты $2,22 \pm 2,2\%$.

Таким образом, в обеих группах больных факторами, приводящими к заболеванию, были стресс и неблагоприятное положение тела. При изучении триггерных факторов, вызывающих головную боль в 1-группе, нормальный менструальный цикл у $8,33 \pm 3,26\%$, употребление алкоголя $15,28 \pm 4,24\%$, психоэмоциональное напряжение $97,22 \pm 1,94\%$, тепловое или холодное воздействие $9,72 \pm 3,49\%$, прием назальных средств $8,33 \pm 3,26\%$, прием флуоксетина был причиной в $22,22 \pm 4,9\%$ случаев.

У пациентов 2-й группы причиной были: менструальный цикл $4,44 \pm 3,07\%$, употребление алкоголя $13,33 \pm 5,07\%$, физическое напряжение $22,22 \pm 6,2\%$, психоэмоциональное напряжение $97,78 \pm 2,2\%$, тепловое или холодное воздействие $8,89 \pm 4,24\%$, прием назальных препаратов $8,89 \pm 4,24\%$, прием флуоксетина $55,56 \pm 7,41\%$ случаев. ($p < 0,05$).

При оценке мышечного напряжения у пациентов 1-й группы напряжения трапециевидной мышцы не выявлено, грудино-ключично-сосцевидной мышцы $2,78 \pm 1,94\%$, $80,56 \pm 4,66\%$ в височной мышце, $93,06 \pm 3\%$ в мышцах окружности головы, $90,28 \pm 3,49\%$ в шейно-лобной мышце, жевательных мышцах $2,78 \pm 1\%$ случаев. У пациентов 2-й группы напряжение трапециевидной мышцы $2,22 \pm 2,2\%$, в грудино-ключично-сосцевидной мышце $2,22 \pm 2,2\%$, в височной мышце $82,22 \pm 5,7\%$, в мышцах окружности головы $84,44 \pm 5,4\%$, в шейно-лобной мышце $91,11 \pm 4,24\%$, в жевательной мышце $6,67 \pm 3,72\%$.

Индекс HALT, используемый для оценки влияния головной боли на повседневную деятельность, дал в исследуемых группах следующие результаты: У пациентов 1-й группы до лечения наблюдался легкий или нечастый эффект, $2,78 \pm 1,94\%$, умеренный эффект - $65,28 \pm 5,61\%$, сильный эффект - $31,94 \pm 5,49\%$. До лечения у пациентов 2-й группы умеренный эффект составил $64,44 \pm 7,14\%$, сильный эффект - $35,56 \pm 7,14\%$. Учитывая вышеизложенное рекомендовано начинать лечение всем пациентам с учетом необходимости применения лечебных мер у больных на третьей и четвертой стадиях. Данные шкалы Мак-Гилла у пациентов основной группы дали следующие результаты: пульсирующая боль по сенсорной шкале у пациентов 1-й группы $36,11 \pm 5,66\%$, давящие боли $51,39 \pm 5,89\%$, давящие боли $12,5 \pm 3,9\%$, тревожные боли по аффективной шкале $52,78 \pm 5,88\%$, изнурительные боли $40,28 \pm 5,78\%$, панические атаки $6,94 \pm 3\%$ по эволюционной шкале слабая боль составила $33,33 \pm 5,56\%$, средняя боль -

55,56±5,86%, сильная боль - 11,11±3,7%. Группа 2 пульсирующие боли по сенсорной шкале у пациентов 33,33±7,03%, сжимающие боли 42,22±7,36%, сжимающие боли 24,44±6,41%, тревожные боли по аффективной шкале 75,56±6,41%, изнурительные боли 20±5,96%, панические атаки 4,44±3,07%, по эволюционной шкале слабая боль составила 4,44±3,07%, средняя 82,22±5,7%, сильная 13,33±5,07%. (p<0,05).

Наличие изменений болевой и сенсорной шкал у больных в обеих группах свидетельствует о необходимости обследования вегетативной системы больных.

Результаты анкеты принятия хронической боли (СРАQ-R) у пациентов 1- группы составили: достижение жизненно-важной активности, несмотря на боль - 39,69±0,88%, готовность к боли (методы избегания и контроля, не влияющие на адаптацию к хронической боли) - 32,06±0,76%, у больных 2-й группы 34,73±1,31 и 30,49±0,84% соответственно.

Среди основных вегетативных изменений у больных наблюдались покраснение кожи, потливость, похолодание пальцев рук, учащенное сердцебиение и одышка. С целью оценки вегетативной системы больного были проведены измерение ЧСС, АД, термометрия, оценка индекса Кердо. У больных 1-й группы СОЭ составила 77,83±1,08, САД 109,86±1,16, ДАД 71,81±0,77, температура тела 36,61±0,01 градуса. У больных 2-й группы СОЭ составила 74,84±1,55, САД 110,89±1,58, ДАД 72,67±1,07, температура тела 36,65±0,02 градуса. При анализе результатов индекса Кердо у 48 (66,66%) больных 1-й группы ХГБН оценивались как симпатотонические, у 20 (27,77%) ваготонические и у 4 (5,57%) эутонические. Установлено, что у больных повышен тонус симпатического нерва (p<0,05).

У 23 (51,11%) больных 2-й группы с частыми головными болями напряжения выявлена симпатикотония, у 14 (31,11%) парасимпатикотония, у 8 (17,78%) эутония. Изменения в вегетативной системе больных указали на необходимость изучения их психоэмоционального состояния.

Учитывая наличие тревожности у пациентов с головной болью напряжения, для оценки тревоги и депрессии в обеих группах пациентов была использована шкала HADS. Уровень тревожности у пациентов 1-й группы - нормативные показатели до лечения составили 27,78±5,28%, субклиническая тревога - 33,33±5,56%, высокая клинически выраженная тревога - 38,89±5,75%. При оценке уровня депрессии 26,39±5,19% не имели депрессии, 25±5,1% имели субклиническую депрессию и 48,61±5,89% имели высокую клиническую депрессию.

Уровень тревожности у пациентов 2-й группы - нормативные показатели до лечения составили 24,44±6,41%, субклиническая тревога - 35,56±7,14%, высокая клинически выраженная тревога - 40±7,3%. При оценке уровня депрессии у 37,78±7,23% отмечалось отсутствие депрессии, у 22,22±6,2% - субклиническая депрессия, у 40±7,3% - высокая клиническая депрессия (табл. 2).

Таблица 2

**Показатели тревожности и депрессии по шкале HADS пациентов
исследуемых групп**

Измерение уровня тревоги и депрессии по шкале HADS		1-группа		2-группа	
		abs	%	abs	%
1 часть (оценка уровня тревоги)					
Оценка уровня тревоги по шкале HADS	0-7-норма (без признаков достоверной тревоги)	20	27,78±5,28	11	24,44±6,41
	8-10-субклиническая тревога	24	33,33±5,56	16	35,56±7,14
	11 и выше – клинически выраженная тревога	28	38,89±5,75	18	40±7,3
2 часть (оценка уровня депрессии)					
Оценка уровня депрессии по шкале HADS	0-7- норма (без признаков достоверной депрессии)	19	26,39±5,19	17	37,78±7,23
	8-10- субклиническая депрессия	18	25±5,1	10	22,22±6,2
	11 и выше – клинически выраженная депрессия	35	48,61±5,89	18	40±7,3

Таким образом, достоверной статистической разницы в группах исследования по показателям тревоги и депрессии не выявлено. Наличие у пациентов высокого процента тревоги и депрессии требует коррекции. Изучена корреляция между восприятием боли и психоэмоциональным состоянием (табл. 3).

Установлено, что по всем параметрам имеется средняя положительная корреляция.

У пациентов 2-группы также проведена корреляция (табл. 4).

Таблица 3

**Взаимосвязь восприятия боли и психоэмоционального состояния у
пациентов 1 группы**

Знак корреляции-1	Психоэмоциональное состояние	Коэффициент корреляции Спирмена (p<0,05)
ВАШ (степень боли)	Тревожность	0,313
ВАШ (степень боли)	Депрессия	0,439
ВАШ (степень боли)	Вегетативные изменения	0,404

Таблица 4

Взаимосвязь восприятия боли и психоэмоционального состояния у пациентов 2-группы

Знак корреляции-1	Психоэмоциональное состояние	Коэффициент корреляции Спирмена (p<0,05)
ВАШ (степень боли)	Тревожность	0,593
ВАШ (степень боли)	Депрессия	0,528
ВАШ (степень боли)	Вегетативные изменения	0,671

У пациентов с частыми эпизодическими головными болями напряжения по всем показателям обнаружены умеренные и значимые корреляции.

Для сравнения нарушений осанки между группами всем пациентам проводилось стабилметрическое исследование. Стабилметрию проводили при отсутствии болевых приступов. Стабилметрические показатели изучали у пациентов 1-группы(табл. 5) и пациентов 2-группы (табл. 6).

Таблица 5

Стабилметрические показатели у больных хронической головной болью напряжения

Проба	шкала	Пациенты 2-группы			Контрольная группа			p
		01	Me	03	01	Me	03	
ОГ	X (мм)	-5,00	4,00	9,50	-1,50	1,50	11,50	0,603
	x (мм)	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00	2,00	0,211
ОГ	U (мм)	-13,50	0,50	8,50	-3,50	0,00	16,00	0,862
	и (мм)	2,00	3,50	5,00	2,50	3,00	4,00	0,478
ЗГ	X (мм)	-4,00	2,50	6,00	-3,00	3,00	10,50	0,498
	x (мм)	1,00	1,00	2,00	0,50	1,00	1,00	0,131
ЗГ	U (мм)	-14,50	5,50	13,50	-11,50	-2,00	15,00	1000
	и (мм)	2,00	3,50	5,00	2,00	3,00	4,00	0,887

ОГ-Проба Ромберга с открытыми глазами, ЗГ-Проба Ромберга с закрытыми глазами, X(m)-абсолютное положение центра давления в относительной фронтальной плоскости, x(мм) - отклонение центра давления от среднего положения во фронтальной плоскости (вправо-влево), Y(мм) — абсолютное расположение центра давления в сагиттальной плоскости, у(мм) - отклонение центра давления от среднего положения в сагиттальной плоскости (спереди-назад).

Таблица 6

**Стабилометрические показатели у больных с частыми эпизодическими
головными болями**

Проба	шкала	Пациенты 1 группы			Контрольная группа			р
		01	Ме	03	01	Ме	03	
ОГ	X (мм)	-5,50	0,00	5,50	-1,50	1,50	11,50	0,151
	x (мм)	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00	2,00	0,227
ОГ	Y (мм)	-9,00	1,50	13,00	-3,50	0,00	16,00	0,956
	y (мм)	2,50	4,00	5,00	2,50	3,00	4,00	0,342
ЗГ	X (мм)	-6,00	0,00	6,50	-3,00	3,00	10,50	0,134
	x (мм)	1,00	1,00	1,00	0,50	1,00	1,00	0,205
ЗГ	Y (мм)	-5,50	2,00	11,50	-11,50	-2,00	15,00	0,340
	y (мм)	2,00	3,00	4,00	2,00	3,00	4,00	0,974

Достоверной статистической разницы между результатами стабилометрического обследования пациентов основной группы и здоровых людей контрольной группы не обнаружено. Отклонение в сагиттальной плоскости при стоянии в положении Ромберга с закрытыми глазами было выше у больных ХГБН, чем у больных с частой эпизодической головной болью напряжения. Также у больных ХГБН было более выражено отклонение от центра давления в сагиттальной плоскости при открытых глазах (табл. 7).

При изучении корреляции между стабилометрией и психовегетативными изменениями установлено, что имеется умеренная положительная корреляция.

По главе 3 был сделан следующий вывод: Достоверной статистической разницы в показателях уровня тревоги и депрессии в группах исследования не обнаружено. Наличие у больных высокого процента тревоги и депрессии требует коррекции.

Таблица 7

**Корреляция между стабилометрией и психовегетативными
изменениями**

Знак корреляции-1	Психозэмоциональное состояние	Коэффициент корреляции Спирмена (p<0,05)
ОГ x (мм)	Тревожность	0,323
ОГ, y (мм)	Депрессия	0,484
ЗГ, x (мм)	Тревожность	0,565
ЗГ, y(мм)	Депрессия	0,479

Изучена корреляция между восприятием боли и психоэмоциональным состоянием. Для всех параметров обнаружена средняя положительная корреляция.

Достоверной статистической разницы между результатами стабилметрического обследования пациентов основной группы и здоровых людей контрольной группы не обнаружено. Отклонение в сагиттальной плоскости при стоянии в положении Ромберга с закрытыми глазами было выше у больных СГБН, чем у больных с частой эпизодической головной болью напряжения. Также у больных СГБН было более выражено отклонение от центра давления в сагиттальной плоскости при выпученном глазу.

При хроническом и часто эпизодическом типе головной боли напряжения диагностическими критериями могут быть нестабильность альфа-ритма, обострение альфа-ритма, двусторонние синхронные тета-ритмы ($p < 0,001$).

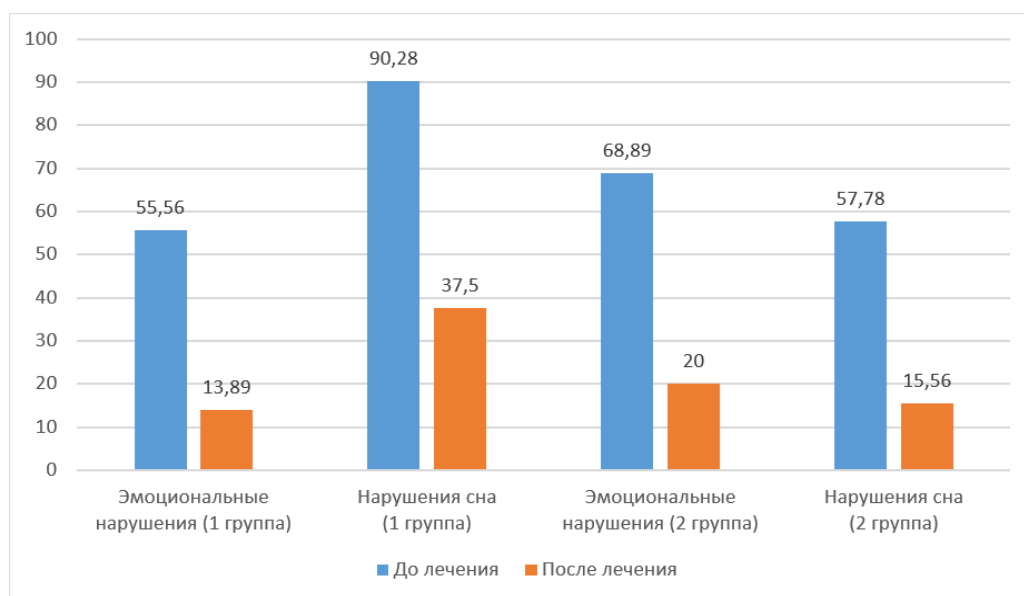


Рис. 1. Динамика коморбидных нарушений на фоне лечения в исследовательских группах

Четвертая глава диссертации «Результаты комплексного лечения головной боли напряжения» называется «Все пациенты были разделены на 2 группы лечения. Пациенты обеих групп получали стандартное лечение головной боли напряжения и психотерапию, стабилметрический тренинг. Изучена динамика коморбидных нарушений на фоне лечения в исследовательских группах. Установлено, что у пациентов 1-й группы эмоциональные расстройства уменьшились на 41,67%, а нарушения сна - на 53,3%. Установлено, что у пациентов 2-й группы эмоциональные расстройства уменьшились на 48,89%, а нарушения сна - на 42,22% (рис. 1).

Так, установлено, что нарушения сна у больных СГБН уменьшились на 11,1% по сравнению с больными частыми эпизодическими ГБН, а эмоциональные нарушения снизились на 7,22% у больных частыми эпизодическими ГБН по сравнению с больными СГБН ($p < 0,05$).

Индекс HALT, используемый для оценки влияния головной боли на повседневную деятельность, после лечения в основных группах дал следующие результаты: 0-5 баллов (минимальное или незначительное влияние головной боли) у пациентов 1 группы. $27,78 \pm 5,28\%$, 6-10 баллов (легкий или нечастый эффект) $58,33 \pm 5,81\%$, умеренный эффект $13,89 \pm 4,08\%$, сильной головной боли не наблюдалось. Отсутствие сильной боли в группе лечения, уменьшение умеренной боли на $51,39\%$ и увеличение легкой боли на 15% являются верным признаком эффективности лечения. ($p < 0,05$).

0-5 баллов у пациентов 2-й группы (минимальное или незначительное влияние головной боли) $33,33 \pm 7,03\%$, 6-10 баллов (легкий или нечастый эффект) $60 \pm 7,3\%$, умеренный эффект $4,44 \pm 3,07\%$, сильный эффект головной боли $2,22 \pm 2$, составило 2. У пациентов основной группы признаком эффективности лечения является уменьшение выраженной боли на $33,34\%$, умеренной боли на 60% , легкой боли на 60% и минимальной или незначительной боли на $33,33\%$. $\chi^2 = 40,244$; $\gamma = 0,000$).

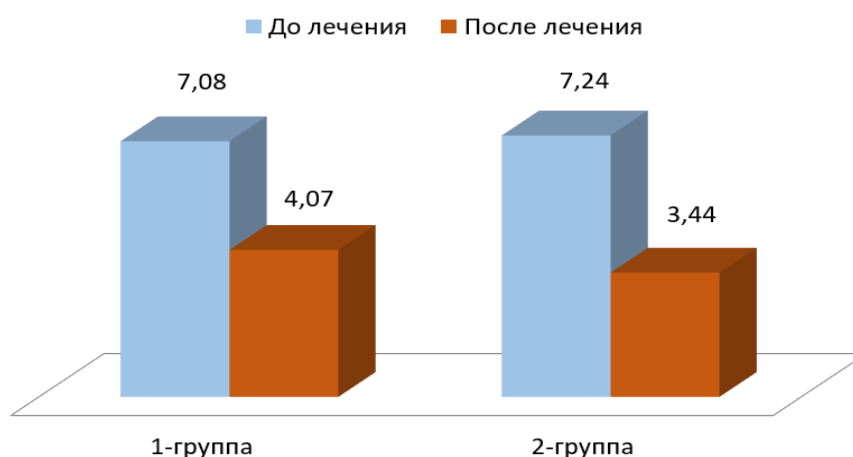


Рис. 2. Динамика шкалы ВАШ на фоне лечения у пациентов основной группы

Результаты шкалы ВАШ показали, что восприятие боли снизилось на $3,01$ балла у пациентов 1-й группы и на $3,8$ балла у пациентов 2-й группы ($p < 0,05$) (рис. 2).

У пациентов основной группы на фоне лечения изучалась динамика шкалы Мак Гилла. Установлено, что у пациентов 1-й группы пульсирующие боли уменьшились на $1,39\%$, давящие – на $9,72\%$, сжимающие – на $11,11\%$. По аффективной шкале тревожные боли уменьшились на $9,22\%$, утомляющие – на $6,92\%$, панические – на $2,78\%$. По эволюционной шкале слабые боли увеличились на $30,56\%$, средние боли – на $23,62\%$, сильные боли уменьшились на $6,94\%$.

Установлено, что у пациентов 2-й группы пульсирующие боли уменьшились на $22,22\%$, давящие – на 20% , сжимающие – на $2,23\%$. По аффективной шкале тревожные боли уменьшились на $31,12\%$, мучительные – на $28,89\%$, панические – на $2,23\%$. По эволюционной шкале слабые боли увеличились на $77,78\%$, умеренные – на $66,66\%$, сильные – уменьшились на $11,11\%$ (табл. 8).

Таблица 8

Шкала Мак-Гилла для пациентов исследуемых групп на фоне лечения.

Шкала Мак-Гилла		Группа 1			Группа 2		
		abs	%	p	abs	%	p
После лечения							
Сенсорная шкала	Пульсирующая	25	34,72±5,61	$\chi^2=3,583$; p = 0,167	5	11,11±4,68	$\chi^2=18,583$; p = 0,000
	Давящая	30	41,67±5,81		28	62,22±7,23	
	Сжимающая	17	23,61±5,01		12	26,67±6,59	
До лечения							
Сенсорная шкала	Пульсирующая	26	36,11±5,66	$\chi^2=16,583$; p = 0,000	15	33,33±7,03	$\chi^2=2,133$; p = 0,344
	Давящая	37	51,39±5,89		19	42,22±7,36	
	Сжимающая	9	12,5±3,9		11	24,44±6,4	
После лечения							
Аффективная шкала	Беспокоящая	38	52,78±5,88	$\chi^2=18,250$; p = 0,000	34	75,56±6,41	$\chi^2=14,533$; p = 0,001
	Утомляющая	29	40,28±5,78		9	20±5,96	
	Тревожащая	5	6,94±3		2	4,44±3,07	
До лечения							
Аффективная шкала	Беспокоящая	31	43,06±5,84	$\chi^2=24,2507$; p = 0,000	20	44,44±7,41	$\chi^2=37,733$; p = 0,000
	Утомляющая	34	47,22±5,88		22	48,89±7,45	
	Тревожащая	7	9,72±3,49		3	6,67±3,72	
До лечения							
Эволютивная шкала	Слабая	24	33,33±5,56	$\chi^2=21,333$; p = 0,000	2	4,44±3,07	$\chi^2=48,933$; p = 0,000
	Средняя	40	55,56±5,86		37	82,22±5,7	
	Сильная	8	11,11±3,7		6	13,33±5,07	
После лечения							

Эволютивная шкала	Слабая	46	63,89±5,66	$\chi^2=38,583;$ $p = 0,000$	37	82,22±5,7	$\chi^2=49,600;$ $p = 0,000$
	Средняя	23	31,94±5,49		7	15,56±5,4	
	Сильная	3	4,17±2,35		1	2,22±2,2	

При изучении динамики опросника принятия хронической боли (СРАQ-R) у пациентов основной группы были получены следующие результаты: у пациентов 1-й группы участие в жизнедеятельности несмотря на боль увеличилось на 12,12%, готовность к боли повысилась на 2,21%. (рис. 3).

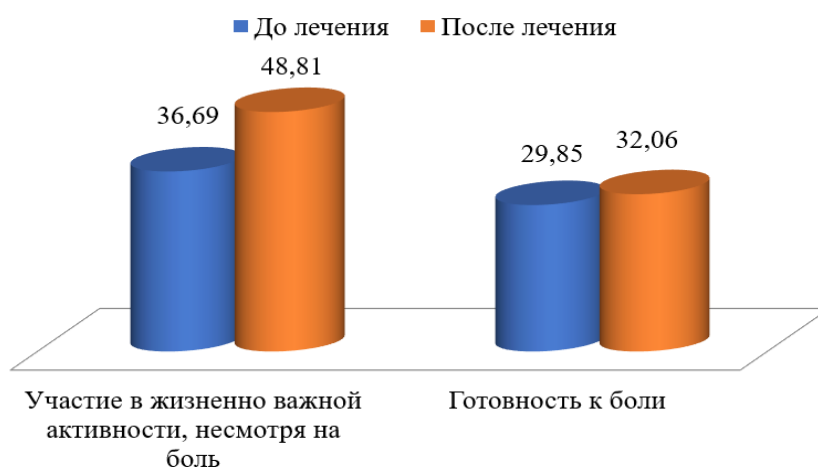


Рис. 3. Динамика опросника принятия хронической боли (СРАQ-R) во время лечения у пациентов первой группы

У пациентов 2-й группы участие в жизнедеятельности несмотря на боль увеличилось на 17,96%, готовность к боли увеличилась на 0,87% ($p < 0,05$) (рис. 4).

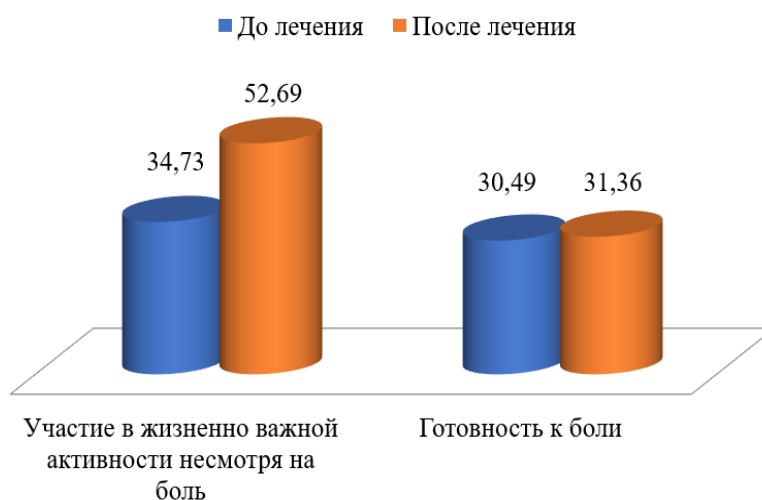


Рис. 4. Динамика опросника принятия хронической боли (СРАQ-R) во время лечения у пациентов второй группы

При анализе результатов индекса Кердо у 20 (27,77%) больных 1-й группы СГБН оценены как симпатические, у 20 (27,77%) ваготонические и у 32 (44,46%) эутонические. Эйтония выявлена у большинства больных ($r < 0,05$). Установлено, что после лечения больных 2-й группы с частыми головными болями напряжения у 10 (33,33%) были симпатотонические, у 4 (13,33%) - парасимпатические и у 16 (53,34%) - эутония.

Уровень тревоги и депрессии по шкале HADS после примененных лечебных мероприятий следующий: у $76,39 \pm 5,01\%$ больных 1-й группы тревоги не было, субклиническая тревога $22,22 \pm 4,9\%$, высокая клинически выраженная тревожность $1,39 \pm 1$, составила 38% ($\chi^2 = 64750$; $p = 0,000$). Ненаблюдаемая депрессия составила $76,39 \pm 5,01\%$, субклиническая депрессия - $76,39 \pm 5,01\%$, высокая клиническая депрессия - $4,17 \pm 2,35\%$ ($\chi^2 = 62,583$; $p = 0,000$).

Случаи, когда тревожность не наблюдалась у пациентов 2-й группы $97,78 \pm 2,2\%$, субклиническая тревога $0 \pm 0\%$, высокая клинически выраженная тревожность $2,22 \pm 2,2\%$ ($\chi^2 = 41,089$; $p = 0,000$). Депрессия – редкое состояние $93,33 \pm 3,72\%$, субклиническая депрессия $4,44 \pm 3,07\%$, высокая клинически выраженная депрессия $2,22 \pm 2,2\%$ был % ($\chi^2 = 72,933$; $p = 0,000$).

Таким образом, на фоне лечения снизились показатели тревоги и депрессии в обеих группах больных, что особенно было выражено у больных 2-й группы (χ^2 -Пирсона = 11,610; $p = 0,003$).

На фоне лечения у обеих групп пациентов утрачивалась двусторонняя синхронная тета-активность после лечения, а также двусторонняя синхронная тета-активность при гипервентиляции (табл. 9).

Таблица 9

Динамика ЭЭГ на фоне лечения в исследуемых группах

		Группа 1			Группа 2		
		abs	%	m	abs	%	m
Доминантный альфа-ритм	До лечения	70	97,22	1,94	45	100,00	0,00
	После лечения	70	97,22	1,94	45	100,00	0,00
Частота альфа-ритма 10-11 Гц.	До лечения	44	61,11	5,75	35	77,78	6.20
		22	30,56	5.43	9	20,00	5,96
		4	5,56	2,70	1	2,22	2.20
	После лечения	43	59,72	5,78	35	77,78	6.20
		22	30,56	5,43	8	17,78	5,70
		5	6,94	3.00	35	77,78	6.20
Нарушение альфа-ритма	До лечения	72	100,00	0,00	45	100,00	0,00
	После лечения	72	100,00	0,00	45	100,00	0,00
Обостренный альфа-ритм	До лечения	72	100,00	0,00	45	100,00	0,00
	После лечения	72	100,00	0,00	45	100,00	0,00
Четко	До лечения	72	100,00	0,00	45	100,00	0,00

выраженный бета-ритм	После лечения	7	9,72	3,49	0	0,00	0,00
Б/с тета-активность	До лечения	72	100,00	0,00	45	100,00	0,00
	После лечения	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
медленноволновая активность b/s	До лечения	72	100,00	0,00	45	100,00	0,00
	После лечения	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00

Таким образом, эффективность примененного лечения подтверждена заключением ЭЭГ.

При изучении качества жизни у больных основной группы после лечения физическая активность повысилась на 4,04, ролевая физической активности 1,93, интенсивность боли 1,14, общее состояние здоровья 0,65, жизнеспособность 0,10, социальная активность 0,18, ролевая эмоциональная активность 0,81, психическое здоровье на 0,32.(рис. 5).

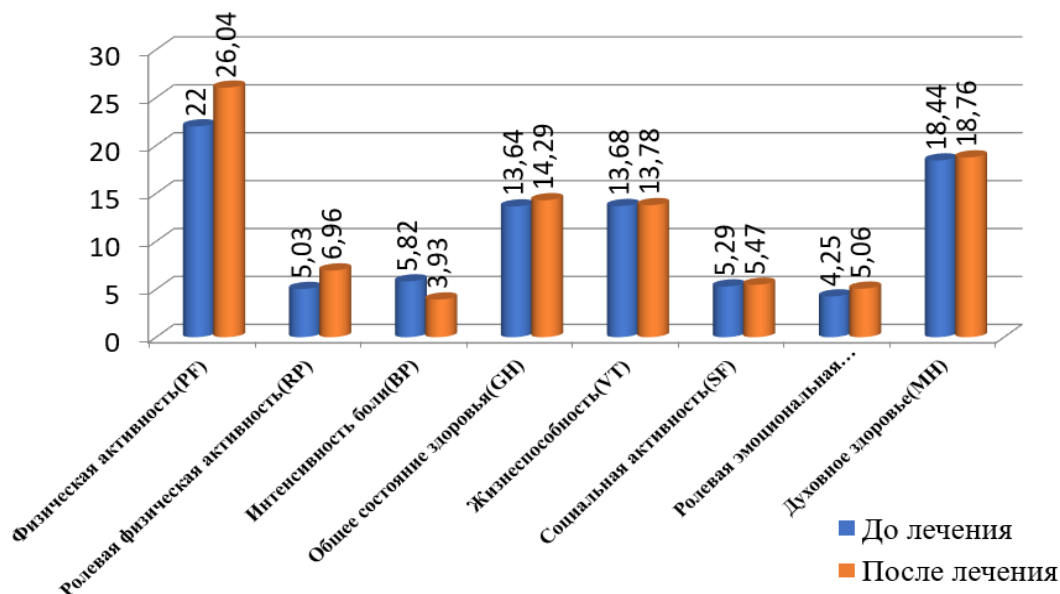


Рис. 5. Динамика показателей анкеты для оценки качества жизни SF-36(1-группа)

У больных 2-й группы физическая активность повысилась на 1,04, ролевая физическая активность 2,02, интенсивность боли 1,97, общее самочувствие 0,91, жизнеспособность 2,18, социальная активность 0,23, ролевая эмоциональная активность 0,71, психическое здоровье улучшилось на 0,98 (рис. 6).

Таким образом, двигательная активность, ролевая двигательная активность, боль интенсивность, общее состояние здоровья, жизненный тонус, роль эмоциональная активность достоверно улучшилась у пациентов 1-й группы ($p < 0,001$), социальное функционирование достоверно улучшилось ($p < 0,01$).

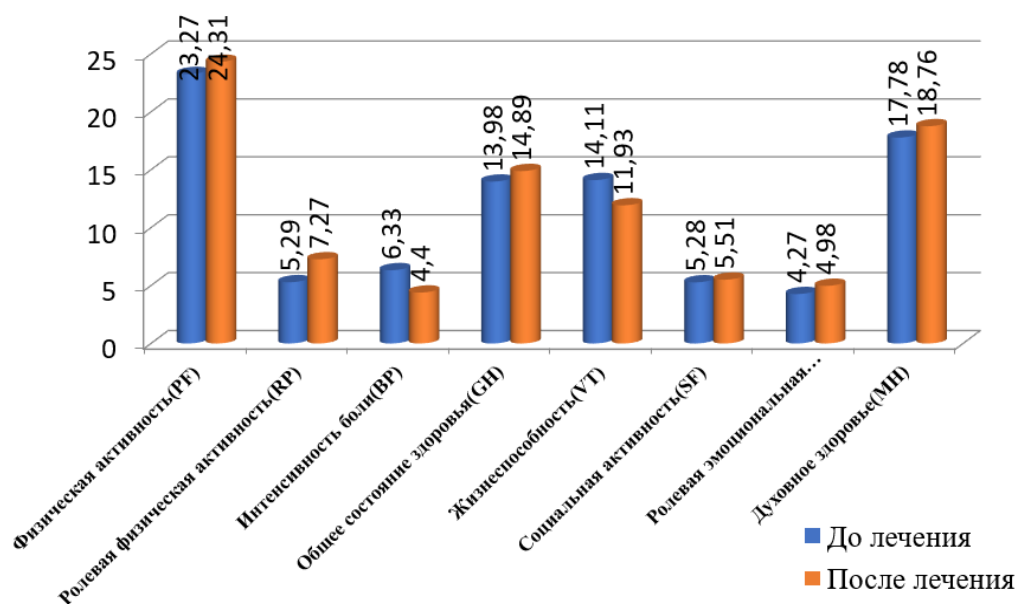


Рис. 6. Динамика показателей анкеты для оценки качества жизни SF-36(2-группа)

ВЫВОДЫ

В результате исследования, проведенного по теме диссертации (PhD) **“Психовегетативные изменения и постуральные нарушения при головных болях напряжения”**, были представлены следующие выводы:

1. У больных головной болью напряжения клинико-неврологические свойства имеют прямую зависимость от формы заболевания, боль имеет среднюю интенсивность(83,47%).

2. При головных болях постуральные нарушения зависят от формы заболевания, при исследовании с закрытыми глазами у больных ГБН нарастают стабилметрические нарушения в период приступа($p<0,05$), что особенно сильно проявляется у больных ХГБН во фронтальной плоскости($p<0,01$).

3. При ХГБН качество жизни больных значительно снижается, а при добавлении к стандартному лечению стабилметрической тренировки достоверно улучшаются физическая активность, ролевая физическая активность, интенсивность болей, общее самочувствие, жизненный тонус, ролевая эмоциональная активность ($p<0,001$). Состояние здоровья и качество жизни были достоверно улучшены при частых эпизодических ГБН ($p<0,001$).

4. Динамика опросника принятия хронической боли (CPAQ-R) на фоне лечения участие в жизнедеятельности несмотря на боль увеличилось на 12,12%, готовность к боли на 2,21%. У больных с частыми эпизодическими ГБН участие в жизнедеятельности несмотря на боль увеличилось на 17,96%, готовность к боли на 0,87% ($p<0,05$). Подтверждена эффективность стабилметрического тренинга в лечении психовегетативных изменений и постуральных нарушений при головных болях напряжения а также разработан алгоритм лечения.

SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/30.04.2022.Tib.93.02
ON AWARDING OF SCIENTIFIC DEGREES AT THE BUKHARA STATE
MEDICAL INSTITUTE NAMED AFTER ABU ALI IBN SINO

BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE NAMED AFTER ABU ALI
IBN SINO

HOTAMOV BEKZODJON FARXODOVICH

PSYCHOVEGETATIVE CHANGES AND POSTURAL DISORDERS IN
TENSION HEADACHES

14.00.13 – Neurology

DISSERTATION ABSTRACT OF DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD)
ON MEDICAL SCIENCES

BUKHARA – 2025

The theme of the doctor of philosophy (PhD) dissertation was registered at the Supreme Attestation Commission under the Ministry of Higher Education, Science and Innovation of the Republic of Uzbekistan in B2021.3.PhD/Tib2082.

The dissertation was made at the Bukhara state medical institute.

An abstract of the dissertation in three languages (Uzbek, Russian, English (resume)) is available on the website of the Scientific Council (www.bsmi.uz) and on the Information and Educational Portal «ZiyoNet» (www.ziynet.uz).

Scientific supervisor

Khodjiyeva Dilbar Tadjievna
doctor of medical sciences, professor

Official opponents

Khaydarova Dildora Kadirovna
doctor of medical sciences, professor

Raimova Malika Mukhammedjanovna
doctor of medical sciences, professor

Lead organization

South-Kazakhstan medical academy

The defense of the dissertation will take place on «___» of «_____», 2025 at _____ at a meeting of the Scientific Council Dsc.04/30.04.2022.Tib.93.02 at the Bukhara State Medical Institute (Address: 200118, Bukhara, Gijduvan str., Building 23. Tel / fax: +99865 223 00-50, Website: www.bsmi.uz, e-mail: buhme@mail.ru).

The thesis can be found in the Information Resource Center of the Bukhara State Medical Institute (registered under No. ____). (Address: 200118, Bukhara, Gijduvan str., Building 23. Tel / fax: +99865 223 00-50, Website: www.bsmi.uz, e-mail: buhme@mail.ru).

Thesis abstract has been sent on «_____» of «_____», 2025

(Mailing protocol register No. _____ from «_____» of «_____», 2025).

D.I. Tuksanova

Deputy Chairman of the Scientific council on awarding scientific degrees, doctor of medical sciences, professor

N.Sh. Akhmedova

Scientific Secretary of the Scientific council on award of scientific degrees, doctor of medical sciences, associate professor

G.A. Ikhtiyarova

Chairman of the scientific seminar of the scientific council on award of scientific degrees, doctor of medical sciences, professor

INTRODUCTION (abstract of PhD thesis)

The aim of the study was study of postural and psychovegetative disorders in tension headaches and optimization of treatment.

Objectives of the research:

assessment of the clinical and neurological characteristics of patients with chronic and frequent episodic tension-type headache;

study of postural disorders in tension headaches;

assessment of the results of neurovisual, neurophysiological, stabilometric examination and the quality of life of patients with tension headache;

development of an algorithm for diagnosis and treatment in the presence of psychovegetative changes and postural disorders in episodic tension headaches.

Object and subject of research. Data from outpatients and inpatients with tension-type headache. Research methods. To achieve the expected goal of the study, general clinical-neurological, laboratory, neurophysiological, neurovisual, neuropsychological, and stabilometric research methods were used.

Scientific novelty of the research results consists of the following:

Postural disorders in tension headaches were studied using the stabilometric method; a stronger development of displacement from the center of pressure in the sagittal and frontal planes was noted in the Romberg state with closed eyes compared to frequent episodic TTH in chronic tension headaches;

A correlation between postural disorders and autonomic changes in tension headaches has been shown;

It has been established that patients with chronic hepatitis B have coordination disorders between attacks, while stabilometric disorders increase between attacks in the absence of visual control, which is especially strong in patients with chronic hepatitis B in the frontal plane;

In chronic TH, the quality of life of patients is significantly reduced, and when stabilometric training is added to standard treatment, physical activity, role physical activity, pain intensity, general health, vitality, role emotional activity, health and vitality significantly improve. significantly improved in frequent episodic CTH;

The effectiveness of the stabilometric training method in the complex treatment of tension headaches accompanied by psychovegetative changes and postural disorders has been proven.

Reliability of research results. The reliability of the results is based on the use of modern, complementary clinical, clinical-instrumental, laboratory, special and statistical methods, a sufficient number of patients, theoretical and practical confirmation of the research results, their reliability in comparison with the data of domestic and foreign researchers, the validity of the conclusions presented, and their approval by authorized bodies.

Scientific and practical significance of the research results

Based on the obtained scientific data, practicing neurologists are recommended to evaluate the clinical and neurological status of tension headache, study psychovegetative changes and postural disorders, evaluate the effectiveness

of treatment by dynamically assessing the impact of these indicators on the outcome of treatment of the disease and apply the measures developed in complex treatment in practice.

The theoretical basis of the results of the scientific work is proposed as a new source for inclusion in the work programs on neurobiology in medical universities, in lecture texts, as well as for independent work of students.

Testing the research results. The results of the study were presented and discussed at 5 scientific conferences, including 1 international and 4 national scientific and practical conferences.

Published research results. In total, 17 scientific works have been published on the topic of the dissertation, including 9 journal articles, including 7 in national and 2 in foreign journals recommended by the Higher Attestation Commission of the Republic of Uzbekistan for the publication of the main scientific results of doctoral dissertations. 1 EHM program developed. 1 methodical manual has been released.

Structure and scope of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, four chapters, conclusions, and a list of references. The volume of the dissertation is 100 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I қисм (I часть; I part)

1. Khodzиеva D.T., Khotamov B.F, neurovisual and psychological changes in tension headaches (literature review) // The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research (ISSN – 2689-1026)- 2022. Volume 05 Issue 05 Pages: 58-63 (14:00: __ № __)

2. Hatamov B.F., Ходжиева D.T, Psychovegetative Changes and Posture Disorders in Tension Headaches // Journal of advanced zoology-Volume 44 Issue S-6 year 2023 Page 289:294 (Scopus)

3. Хотамов Б.Ф, Зўриқишдаги бош оғриқларига таъсир этувчи омиллар ва уни даволашда замонавий қараш // Тошкент тиббиёт академияси ахборотномаси №8-2024, Тошкент.147-151 б. (14.00.00 №13)

4. Хотамов Б.Ф, Зўриқишдаги бош оғриқларида вегетатив нерв система тонуси текширув натижалари // Биология ва тиббиёт муаммолари №3(154)-2024, Самарканд. (14.00.00 №19)

5. Хотамов Б.Ф, Зўриқишдаги бош оғриқларининг клиник-миологик хусусиятлари // Доктор ахборотномаси №2(114)-2024, Самарканд. (14.00.00 №20)

6. Ходжиева Д.Т., Хотамов Б.Ф, Зўриқишдаги бош оғриқларида психоэмоционал ҳолати текширув натижалари // Инфекция, иммунитет и фармакология №3/2024 –28-34 б.(14.00.00 №23)

7. Ходжиева Д.Т., Хотамов Б.Ф, Зўриқишдаги бош оғриқларида диагностика текширув натижалари // Педиатрия научно-практический журнал №2/2024 – 616-627 б. (14.00.00 №16)

8. Ходжиева Д.Т., Хотамов Б.Ф, Зўриқишдаги бош оғриқларида постурал бузилишларнинг жиҳатлари // Инфекция, иммунитет и фармакология №5/2024 – 215-223 б. (14.00.00 №23)

9. Ходжиева Д.Т., Хотамов Б.Ф, Зўриқишдаги бош оғриқлари бўлган беморларнинг клиник-неврологик хусусиятлари // Шошилинч тиббиёт ахборотномаси №2, том 17, 2024 – 129-132 б. (14.00.00 №11)

II қисм (II часть; II part)

10. Hatamov B.F., Psychovegetative changen in patients who expriense tension headaches // Theoretical aspects in the formation of pedagogical sciences International scientific-online conference. February 6, 2025y.P 5-7.

11. Хотамов Бекзоджон Фарҳодович Зўриқишдаги бош оғриқларида клиник – неврологик, ўзгаришлар // Ilm-fan va innovatsiya ilmiy amaliy konferensiyasi. фев 5, 2025й.12-13 бет

12. Хотамов Б.Ф., сурункали зўриқишдаги бош оғриғи мавжуд беморларда стабилOMETрик кўрсаткичлар // Yosh olimlar ilmiy – amaliy konferensiyasi 2025й. феврал 12-13 бет.

13. Хотамов Б.Ф., Зўриқишдаги бош оғриқларида психовегетатив ўзгаришлар ва постурал бузилишлар - “Тиббий таълимда инновацион технологиялар: ютуқлар, муаммолар ва ечимлар” Республика илмий-амалий конференцияси. (Йили ва бети)

14. Хотамов Б.Ф., Ходжиева Д.Т, Зўриқишдаги бош оғриқларида стабиллометрик бузилишлар эрта ташхисотини такомиллаштириш усуллари(услубий тавсиянома) – 2024й 31 бет.

15. Ходжиева Д.Т, Хайдарова Д.Қ., Хотамов Б.Ф.- Зўриқишдаги бош оғриқларида психовегетатив ўзгаришлар ва постурал бузилишларни ўрганиш алгоритми(дастур номи) - №DGU 32058.