



BEZOVTA OYOQLAR SINDROMI KLINIK BELGILARI VA TASHXIS QO'YISH MEZONLARI

Abduqadirov U. T.

t. f. n. Dotsent.

ORCID ID: 0009-0003-4470-4085

Solijonov M. I

Magistratura talabasi

ORCID ID:

0009-0001-7675-8040

ANDIJON DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI Nevrologiya kafedrası

Annotatsiya. Ushbu maqolada bezovta oyoqlar sindromining klinik ko'rinishlari va tashxis qo'yish mezonlari nevrologiya amaliyoti nuqtayi nazaridan yoritiladi. Sindromning markaziy belgisi sifatida oyoqlarni qimirlatishga bo'lgan kuchli ehtiyoj, tinch holatda alomatlarning kuchayishi, harakat bilan vaqtincha yengillashishi hamda kechqurun va tun payti ustun bo'lishi izohlanadi. Xalqaro Bezovta Oyoqlar Sindromi Tadqiqot Guruhi tomonidan yangilangan mezonlarda klinik shikoyatlar boshqa holat bilan to'liq tushuntirib bo'lmazligi talabi tashxisning aniqligini oshirishi ko'rsatiladi.

Kalit so'zlar: bezovta oyoqlar sindromi, Uillis Ekbom kasalligi, klinik mezon, IRLSSG, diferensial tashxis, uyqu buzilishi.

KIRISH

Bezovta oyoqlar sindromi nevrologik amaliyotda tez-tez uchraydigan, biroq ko'pincha e'tibordan chetda qoladigan sensor motor buzilishdir. Bemor odatda oyoqlarda noxush sezgilar, qimirlatishga chidab bo'lmaz ehtiyoj, yotganda yoki uzoq o'tirganda alomatlarning kuchayishi, yurib ketganda vaqtincha yengillashishi va kechqurun hamda tunda bezovtalikning ortishi haqida shikoyat qiladi. Ushbu klinik naqsh bir qarashda oddiy ko'ringani bilan, amaliyotda sindrom ko'p holatlarda mushak tortishishi, venoz yetishmovchilik, radikulopatiya, periferik neyropatiya yoki bezovtalik bilan kechuvchi boshqa holatlar bilan adashtiriladi. Natijada bemorlar uzoq vaqt simptomatik, lekin maqsadsiz davolanish olishi, uyquning buzilishi va kunduzgi charchoq sabab ish faoliyati pasayishi, ruhiy zo'riqish kuchayishi mumkin.

Bezovta oyoqlar sindromi asosan klinik tashxis hisoblanadi, ya'ni to'g'ri tashxis qo'yishning poydevori shikoyatlarni to'g'ri yig'ish, alomatlarning tipik dinamikasini aniqlash va diferensial tashxisni puxta olib borishdir. Xalqaro Bezovta Oyoqlar



Sindromi Tadqiqot Guruhi yangilagan konsensus mezonlari klinik amaliyotda aynan shu maqsadga xizmat qiladi va tashxisni bir xil standartda qo'yishga yordam beradi. Mazkur maqolaning maqsadi bezovta oyoqlar sindromining klinik belgilari va tashxis mezonlarini tizimli ko'rsatish, shuningdek, nevrolog uchun amaliy tekshiruv yo'nalishlarini aniq bayon etishdan iborat.

TADQIQOT METODOLOGIYASI VA EMPIRIK TAHLIL

Bezovta oyoqlar sindromining klinik ko'rinishi bir qarashda subyektiv shikoyatlarga tayangandek tuyuladi, ammo shikoyatlarning vaqtga va holatga bog'liq qonuniyati tashxis uchun juda informativdir. Bemor ko'pincha oyoqlarda achishish, uvishish, ichkaridan g'ijimlayotgandek sezgi, qitiqlanish, issiq yoki sovuq bosgandek noqulaylikni ta'riflaydi. Muhim jihati shundaki, noxush sezgi albatta og'riq ko'rinishida bo'lmasligi mumkin, ammo u oyoqlarni qimirlatishga majburlovchi ichki turtki bilan birga keladi. Harakat qilish, yurgan holda xonada aylanib chiqish, oyoqlarni cho'zish, massaj, ba'zan sovuq yoki iliq muolajalar vaqtincha yengillik beradi. Shu sababli bemor kechqurun yotishga urinayotganda qayta-qayta o'rnidan turib yurib ketishga majbur bo'lishi, safarda yoki majlisda uzoq o'tirib turolmasligi mumkin.

Alomatlarning sutkalik ritmi diagnostik jihatdan juda muhim. Bezovtalik odatda kechga borib kuchayadi va tun payti maksimal bo'ladi. Ba'zi bemorlarda kunduzgi payt, ayniqsa uyqu yetishmaganda yoki majburiy tinch holatda, simptomlar ham paydo bo'lishi mumkin, biroq klassik holatda kechki ustunlik saqlanadi. Shu ritm sindromni ko'plab nevrologik va ortopedik og'riq sindromlaridan farqlashga yordam beradi [1]. Xalqaro konsensus bo'yicha bezovta oyoqlar sindromi tashxisi qo'yilishi uchun bir qator asosiy mezonlar bajarilishi lozim. 2014 yildagi yangilangan mezonlarda beshta majburiy shart aniq ko'rsatilgan.

Birinchi mezon: oyoqlarni qimirlatishga kuchli ehtiyoj bo'lishi va bu ehtiyoj ko'pincha oyoqlardagi noxush sezgilar bilan kechishi. Noxush sezgi bo'lmasligi ham mumkin, ammo qimirlatishga bo'lgan ehtiyoj asosiy simptom sifatida saqlanadi.

Ikkinchi mezon: simptomlarning tinch holatda kuchayishi. Tinch holat deganda yotish, o'tirish, uzoq muddat bir holatda qolish nazarda tutiladi.

Uchinchi mezon: harakat bilan yengillashish. Yengillashish to'liq bo'lmasligi mumkin, lekin odatda harakat qilinishi bilan simptomlar vaqtincha kamayadi va bemor buni aniq sezadi.

To'rtinchi mezon: kechqurun va tunda ustunlik. Simptomlar kunning ikkinchi yarmida kuchayishi yoki kechasi paydo bo'lishi, ertalab esa yengillashishi sindrom uchun xos.



Beshinchi mezon: yuqoridagi belgilar boshqa bir holat bilan to'liq izohlanmasligi. Aynan shu qoida amaliyotda eng ko'p xatoni kamaytiradi, chunki oyoq kramplari, artrit, venoz dimlanish, pozitsion noqulaylik, miyalgiya, akatiziya kabi holatlar tashxisni soxtalashtirishi mumkin [2].

Nevrolog uchun amaliy qoida shundan iboratki, bemorning shikoyati to'rtta klassik naqshga mos kelsa ham, albatta differensial tashxis o'tkaziladi va simptomlarni tushuntirishi mumkin bo'lgan holatlar ketma-ket rad etiladi.

NATIJALAR

Tashxis klinik mezonlarga tayanadi, biroq ayrim qo'shimcha belgilar tashxis ehtimolini kuchaytiradi. Ular ichida uyqu paytida periodik oyoq harakatlari, oilaviy anamnez, dopaminergik dori vositalariga sezgir javob, simptomlarning turmush tarzi bilan bog'liq kuchayishi kabi holatlar tilga olinadi. Uyqu laborator tekshiruvlari tashxis uchun majburiy emas, ammo klinik manzara noaniq bo'lsa yoki uyqu buzilishi yetakchi shikoyatga aylansa, qo'shimcha baholash foyda berishi mumkin [3].

Bemorning holatini standard baholash uchun IRLSSG og'irlik shkalasi amaliyotda keng qo'llanadi. U davolash samaradorligini kuzatishda qulay, chunki simptomlar chastotasi, kuchi va hayot sifatiga ta'sir darajasini raqamli ifoda qiladi.

Tashxis qo'yilgach, keyingi muhim qadam sindromning birlamchi yoki ikkilamchi ekanini aniqlashdir. Birlamchi shakl ko'pincha oilaviy moyillik bilan kechadi va uzoq yillar davomida qaytalanuvchi ritmda namoyon bo'ladi. Ikkilamchi shakl esa boshqa holatlar fonida paydo bo'ladi va ko'pincha to'g'ri sabab topilsa, simptomlar sezilarli kamayadi.

Ikkilamchi sindrom bilan bog'liq eng muhim yo'nalishlardan biri temir almashinuvidir. Temir tanqisligi nafaqat gemoglobin pasayishi, balki ferritin va transferrin to'yinishi ko'rsatkichlari orqali ham baholanadi. IRLSSGning temir bo'yicha konsensus tavsiyalarida RLSda temir ko'rsatkichlarini muntazam tekshirish zarurligi, mos ko'rsatkichlarda og'iz orqali yoki vena ichiga temir preparatlari ko'rib chiqilishi ta'kidlangan.

Shuningdek, surunkali buyrak yetishmovchiligi, homiladorlik, periferik neyropatiyalar, qandli diabet bilan bog'liq asoratlar, ayrim dori vositalari ta'siri ham ikkilamchi sindrom ehtimolini oshirishi mumkin. Shu sababli nevrologik ko'rik bilan birga laborator va klinik skrining ham muhimdir.

Bezovta oyoqlar sindromini to'g'ri ajratish uchun eng ko'p adashtiriladigan holatlarni bilish zarur [4].



Oyoq kramplari odatda to'satdan paydo bo'ladigan, aniq mushak tortishuvi bilan kechadigan va ko'pincha og'riqli bo'ladi. Harakat bilan yengillashishi mumkin, ammo bu yengillashish odatda mushakni cho'zish orqali sodir bo'ladi va kramplar sutkalik ritmga qat'iy bo'ysunmasligi mumkin.

Periferik neyropatiya ko'pincha doimiy uvishish, karaxtlik, kuydiruvchi og'riq bilan kechadi va harakat qilganda albatta yengillashmaydi. Kechki ustunlik bo'lishi mumkin, ammo asosiy naqsh tinch holatda kuchayish va harakat bilan tez yengillashish darajasida tipik emas.

Akatiziya ko'proq psixotrop dori vositalari fonida uchraydigan ichki bezovtalik bo'lib, faqat oyoqlarga xos bo'lmasligi, umumiy harakatga majburlovchi holat bilan kechishi mumkin.

Venoz dimlanish, shish, varikoz holatlarida noqulaylik kechga borib kuchayadi, lekin harakat bilan yengillashish va qimirlatishga chidab bo'lmas ehtiyoj doim ham yetakchi bo'lmaydi.

Pozitsion noqulaylikda bemor bir holatda o'tirib qolganidan oyoqlar uvishadi, ammo bu holat odatda oddiy pozitsiyani o'zgartirish bilan bartaraf bo'ladi, kechki ustunlik va davomli ritm bo'lmasligi mumkin.

Mazkur holatlar ro'yxati klinik amaliyotda diagnostik xatolar manbai bo'lib, IRLSSGning beshinchi mezonlari aynan shunday soxta mosliklarni cheklashga qaratilgan [5].

Nevrologiya amaliyoti uchun tashxisni ketma-ket olib borish quyidagicha qulay. Avvalo bemordan to'rtta klassik belgini aniq so'rab chiqish zarur: qimirlatishga ehtiyoj, tinch holatda kuchayish, harakat bilan yengillashish, kechki ustunlik. So'ng simptomlar boshqa holat bilan izohlanishini tekshirish kerak. Keyingi bosqichda sindrom og'irligini va hayot sifatiga ta'sirini baholash maqsadga muvofiq.

XULOSA VA MUNOZARA

Bezovta oyoqlar sindromi asosan klinik tashxis bo'lib, to'g'ri tashxis qo'yish bemor shikoyatini maqsadli yig'ish va mezonlarni qat'iy qo'llashga bog'liq. IRLSSG yangilangan mezonlarida oyoqlarni qimirlatishga ehtiyoj, tinch holatda kuchayish, harakat bilan yengillashish, kechki ustunlik hamda simptomlarning boshqa holat bilan to'liq izohlanmasligi asosiy tayanch nuqtalar sifatida belgilangan. Diferensial tashxisda oyoq kramplari, periferik neyropatiya, akatiziya, venoz dimlanish va pozitsion noqulaylik kabi holatlar eng ko'p adashiladigan yo'nalishlar bo'lib, ularni rad etish tashxis aniqligini oshiradi.



Nevrologik amaliyotda tashxisdan keyingi muhim bosqich ikkilamchi sabablarni izlashdir. Temir almashinuvi ko'rsatkichlarini baholash, buyrak va metabolik holatni tekshirish, dori vositalari ta'sirini ko'rib chiqish bemorga individual yondashuvni ta'minlaydi. Temir bo'yicha konsensus tavsiyalar RLSda ferritin va boshqa temir ko'rsatkichlarini tekshirishni muhim deb ko'rsatadi. Umuman olganda, bezovta oyoqlar sindromini o'z vaqtida aniqlash uyqu sifatini yaxshilash, kunduzgi charchoqni kamaytirish va hayot sifatini oshirishga xizmat qiladi, shu sababli u nevrologiya amaliyotida doimiy e'tibor markazida bo'lishi zarur.

ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. Allen R P, Picchietti D L, Garcia Borreguero D, et al. Restless legs syndrome Willis Ekbom disease diagnostic criteria Updated International Restless Legs Syndrome Study Group consensus criteria history rationale description and significance // Sleep Medicine. 2014. Vol. 15. No. 8. P. 860–873.
2. Allen R P, Picchietti D L, Auerbach M, et al. Evidence based and consensus clinical practice guidelines for the iron treatment of restless legs syndrome Willis Ekbom disease in adults and children An IRLSSG task force report // Sleep Medicine. 2018. Vol. 41. P. 27–44.
3. Winkelman J W, Armstrong M J, Allen R P, et al. Practice guideline summary Treatment of restless legs syndrome in adults Report of the guideline development dissemination and implementation subcommittee of the American Academy of Neurology // Neurology. 2016. Vol. 87. No. 24. P. 2585–2593.
4. Garcia Borreguero D, Ferini Strambi L, Kohnen R, et al. European guidelines on management of restless legs syndrome Report of a joint task force by the European Federation of Neurological Societies the European Neurological Society and the European Sleep Research Society // European Journal of Neurology. 2012. Vol. 19. No. 11. P. 1385–1396.
5. Winkelman J W, Trotti L M, Chaudhary B A, et al. Treatment of restless legs syndrome and periodic limb movement disorder in adults and pediatric patients An American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline // Journal of Clinical Sleep Medicine. 2025. Vol. 21. No. 2. P. 1–24.