

УДК: 616-08-039.73

БИРЛАМЧИ БОШ ОҒРИҚЛАРИ ЗАМОНАВИЙ ДАВОЛАШ**Ахмедова Дилафрўз Баходировна****Бухоро давлат тиббиёт институти, PhD**

Аннотация: Бирламчи бош оғриқларига мигрень, зўриқишдаги бош оғриғи ва кластерли цефалгиялар киради, ҳамда дунё микёсида тарқалиши жиҳатидан юқори фоиз кўрсаткичларини ташкил қилади. Бош оғриғи сурункали шакллари бемор ҳаёт сифатига салбий таъсир этади, кундалик фаоллик пасайишига олиб келади, юқори чиқимга олиб келади. Юш оғриқларни даволаш учун фармкомпаниялар томонидан кенг спектрдаги дори воситалари таклиф этилаётганлигига қарамасдан, даво самараси чеклангандир. Қуйида бирламчи бош оғриқлари- мигрень, зўриқишдаги бош оғриғи ва кластерли цефалгиялар борасида сўз боради. Шунингдек ҳар учала тип бош оғриғининг профилактик давосини ёритамиз.

Калит сўзлар: мигрень, зўриқишдаги бош оғриғи, кластерли цефалгия, фармакотерапия

Современное лечение первичных головных болей**Ахмедова Дилафруз Баходировна****Бухарский государственный медицинский институт, PhD**

Аннотация: Первичные головные боли, такие как мигрень, головная боль напряжения (ГБН) и кластерная головная боль, относятся к наиболее распространенным неврологическим расстройствам, поражающим большой процент людей во всем мире. Головная боль является тяжелым бременем для пострадавших на личном уровне, оказывает сильное влияние на качество жизни, управление повседневной жизнью и вызывает огромные расходы для систем здравоохранения. Хотя доступен относительно широкий спектр различных фармакологических классов для лечения головной боли, эффективность лечения часто ограничивается высокой вариабельностью терапевтических ответов. В

этом обзоре обобщены современные знания о важных первичных головных болях, включая мигрень, ГБН и кластерную головную боль. Мы также обобщаем текущие профилактические варианты лечения трех головных болей на основе классов препаратов и соединений.

Ключевые слова: мигрень, головная боль напряжения, кластерная цефалгия, фармакотерапия

Modern treatment of primary headaches

Akhmedova Dilafruz Bakhodirovna

Bukhara State Medical Institute, PhD

ABSTRACT: Primary headaches, such as migraine, tension headache (GBN) and cluster headache, are among the most common neurological disorders affecting a large percentage of people worldwide. Headache is a heavy burden for those affected on a personal level, has a strong impact on the quality of life, the management of daily life and causes huge costs for health systems. Although a relatively wide range of different pharmacological classes are available for the treatment of headache, the effectiveness of treatment is often limited by the high variability of therapeutic responses. This review summarizes current knowledge about important primary headaches, including migraine, GBN and cluster headache. We also summarize current preventive treatment options for three headaches based on classes of drugs and compounds.

Keywords: migraine, tension headache, cluster cephalgia, pharmacotherapy

Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти маълумотида 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 чекади. Бош оғриғи ногиронликка олиб келади, ҳамда беморлар ҳаёт сифати пасайишига ва ижтимоий чекланишларга олиб келади [1,2,3,4]. Бош оғриғи бутун дунёдаги ногиронлик сабаблари орасида иккинчи ўринни эгаллайди. Шу

сабабли ҳам бош оғриқни даволаш борасида турли тадқиқотлар олиб борилмоқда. Мигрендан азият чекадиган беморларнинг фақат 50%и ўтказилган профилактик ва тез ёрдамга берилади [1,2,3,4,11].

Ҳозирги вақтда бош оғриғини даволашда ностероид яллиғланишга қарши воситалар, триптанлар, спорин унумлари, гепантлар, мигренга тез ёрдам кўрсатиш мақсадида дитанлар, моноклонал антитанача, онаботулотоксин А, кальций каналлари блокаторлари, бета-блокаторлар ва тутканокқа қарши воситалар мигрень профилактикаси учун ишлатилади. Кластерли цефалгия триптан ва спорин унумлари билан яхши даволанади, ўткир даврда кислород, моноклонал антитанача, антиконвульсант билан даволанади. Зўриқишдаги бош оғриқ профилактик давосида трициклик антидепрессантлар яхши самара беради.

Мигрень бош оғриғининг энг кўп тарқалган турларидан бири. Аҳолининг 12%и ҳеч бўлмаганда бир марта мигрень хуружини бошидан ўтказган, 2.5% аҳолида сурункали мигрень мавжуд. Мигрень дунёда меҳнатга лаёқатсизликнинг сабаблари орасида 2- ўринни эгаллайди [1,2,3,4,11]. Мигренда кучли бир томонлама бош оғриғи бўлиб, кўнгил айниш, қусиш, ёруғликдан қўрқиш, фонофобия билан кечади. Оғриқ хуружи бир неча соатдан бир неча кунгача давом этади. Мигреннинг иккита асосий подтипи мавжуд, аурали ва аурасиз мигрень [19]. Аурасиз мигрендан фарқли равишда аурали мигрень турли маҳаллий неврологик ва кўрув белгилари (фотопсия, ёруғликдан қўрқиш, кўришнинг вақтинча бузилишлари) билан бошланувчи бош оғриқлар кузатилади. Шунингдек айрим ҳолларда сезги бузилишлари, вестибуляр симптомлар ёки ўтиб кетувчи парез бўлиши мумкин. Мигреннинг кам учрайдиган ва атипик турлари ҳам мавжуд бўлиб, оилавий гемиплегик мигрень, офтальмоплегик мигрень ва ретинал мигрендир. Сурункали мигреннинг эпизодик мигрендан фарқи 15 кун ва ундан узоқ давом этишидир [12,21]. Мигрень ривожланиш этиопатогенетик механизмлари аниқ эмас, аёлларда эркаклардан 4 баробар кўп учрайди [8], кўпинча 30-40 ёш оралиғида кузатилади. Мигрень ривожланиши ирсий компонентлари борасида

маълумотлар мавжуд. Хавф омиллари орасида психологик ва психик бузилишлар бор. Мигрень ривожланишида гормонал статус, миофасциал синдромлар, ташқи муҳит ноқулай омиллари (овқатланиш муассасалари ва стрессли вазиятлар) муҳим ўрин эгаллайди. Ўтказилган тадқиқотлар мигрень хуружини чақирувчи кўплаб омиллар мавжудлигини кўрсатди. Уларга руҳий ва жисмоний стресс, менструал цикл бузилишлари, об- ҳаво ўзгариши, уйқу бузилишлари, алкоголь ва бошқа озиқ- овқат қўшимчалари, барометрик ўзгаришлар ёки очликни киритиш мумкин [11]. Мигрень патофизиологиясида уч шохли нерв қатнашиши билан кечувчи томир- асаб инкирози ва унинг асосида ётувчи нейрояллиғланиш, вазоспазмнинг вазодилятацияга ўтиши билан кечадиган томир тонуси ўзгариши ётади. Мия пўстлоғи, гипоталамус ва пўстлоқ ости ядролари орасидаги ўзгаришлар тригеминоваскуляр конфликтга олиб келади деб ҳисобланади. Гипоталамус ва уч шохли нерв каудал ядроси орасидаги таъсир тригеминоваскуляр соҳа фаоллашувини ишга тушириб, мигрень хуружига олиб келади. Тарқалувчи пўстлоқ депрессияси аурали мигренда уч шохли нерв фаоллашувида муҳим ўрин тутди деб ҳисобланади. Серотонин, адреналин ва бошқа моноаминлар тизимидаги дисбаланс мигрень патогенезида аҳамиятли деб ҳисобланади [7].

Зўриқишдаги бош оғриғи билан дунёдаги кўплаб инсонлар азият чекади. ЗБО тарқалиши 30 дан 78% гача ([Wrobel Goldberg et al., 2014](#)). Европа Бош оғриғи Федерацияси маълумотларига кўра, кўпчилик одамлар вақти-вақти билан ЗБО ни бошдан кечиришади [1,2,3,4].

ЗБО эпизодик ва сурункали турларга бўлинади. Камдан- кам кузатиладиган эпизодик ЗБО одатда одамга унчалик таъсир қилмаса ва кўпинча ўз-ўзидан оғриқ қолса ҳам, тез-тез кузатиладиган эпизодик ЗБО сезиларли меҳнатга лаёқатсизликка олиб келиши ва фармакологик даволанишни талаб қилиши мумкин. Сурункали ЗБО ойда 15 кун ва ундан ортиқ давом этади. ЗБО эпизодик шакллари йирик тиббий ёки ижтимоий муаммо ҳисобланмайди, СЗБО эса бемор кундалик ҳаёт фаолияти ва ҳаёт сифатини яққол бузиб, турли коморбид

бузилишлар (депрессия, уйқунинг бузилиши, соматоформ бузилишлар) билан бирга кечади, эффектив муолажа танлаш қийинлиги СЗБО ни мураккаб ижтимоий- тиббий муаммо даражасига олиб чиқиши келтирилган. ЗБО мигрендан фарқли ўлароқ пароксизмал хусусиятга эга эмас. ЗБО исталган ёшда бошланиши мумкин. Бош оғриғи одатда 30- 40 ёшдан бошланиб, мигрендан фарқли равишда икки томонлама оғриқлар кузатилиши келтирилган. ЗБО эпизоди ноцицепция меъёрий назорат механизми ва миофасциал тўқималар ноцицепцияси шаклланиши ёки бу тўқималардан келадиган оғриқ импульсларининг кучайиши оқибатида келиб чиқишини таъкидлаган. ЗБО келиб чиқишига жисмоний стресс, масалан узок вақт мобайнида велосипедда юриш ёки иш вақтидаги давомли ноқулай жойлашув сабаб бўлиши мумкинлиги келтирилган. ЗБО терапияси номедикаментоз, беморларни ўқитиш, соғлом турмуш тарзи бўйича тавсиялар, ҳамда медикаментоз даво билан кечади. Касаллик оғирлигига кўра ёндашув танланади. Енгил шакллари медикаментоз даводан бошланиб, ностероид яллиғланишга қарши воситалар ва антидепрессантлар берилади. Амитриптилин сурункали ЗБО профилактик давоси сифатида ишлатилади. Рецептсиз анальгетиклар эпизодик ЗБО да қўлланилади. Сурункали ЗБО кўпинча давога берилмайди ва психологик ёндашувни талаб қилади.

Мигренни даволаш икки асосий йўналишни ўз ичига олади: мигрень ўткир хуружида оғриқсизлантириш мақсадида симптоматик даво ва сурункали мигрень хуружлари профилактикаси учун фармакологик даво. Мигрень ўткир хуружида Америка неврологлари ассоциацияси томонидан триптанлар (суматриптан, золмитриптан, элетриптан ва наратриптан), НЯҚВ (ибупрофен, кетопрофен, напроксен, диклофенак и кеторолак, аспирин, парацетамол) ва гепантлар (телкагепант, уброгепант, римегепант ва атогепант) ва дитанлар (лазмидитан) тавсия этилган. Мураккаб ҳолатларда опий унумларидан фойдаланилади (трамадол ёки буторфанол). Муолажа бемор ёши, қўшимча касалликлари мавжудлиги, беморга самара беришига қараб белгиланади. Терапевтик

воситаларнинг кўпчилиги мигрендаги оғриқ симптомини йўқотади, бироқ аура белгиларига таъсир эта олмайди. Триптанлар фотопсия ва кўриш бузилишларини яхшилаши кўрсатилган. Ўткир мигрень хуружида қўлланиладиган дори воситалари ножўя таъсирларга эга. НЯҚВ лар ошқозон-ичакдан қон кетиш, гепатотоксиклик, аллергия реакциялари, гематотоксиклик билан характерли. Гепантлар (уброгепант ва римегепант) гиперсезгирлик, кўнгил айниш, уйқусизлик, оғизда қуруқлик, гепатотоксиклик ножўя самаралари мавжуд. Триптанлар периферик томир спазми, коронар томирлар спазмини чақириб, миокард ишемияси, аритмиялар, кўнгил айниш, қусиш каби ножўя таъсирлар беради. Дитанлар седатив эффект бериб, бош айланиш, парестезия ва хавотир чақиритиши мумкин.

Мигреннинг профилактик давоси уч асосий йўналишдадир: превентив, қисқа муддатли ва тутиб турувчи. Превентив даво триггер аниқ бўлганда қўллаш мақсадга мувофиқ. Бу ҳолатда дори воситаси (НЯҚВ ёки триптан) триггер таъсири бошланишидан бир неча соат олдин қабул қилинади. Қисқа муддатли даво триггер узокроқ таъсир этганда қўлланилади (масалан баландлик, хайз цикли). Бу ҳолатда НЯҚВ ёки триптан триггер бошлангунга қадар ёки ўша вақтда қабул қилинади. Тутиб турувчи даво доимий ўтказилади ёки мигрень тез-тез хуружларида меҳнатга лаёқатлилик чекланганида ва ҳаёт сифати пасайганда, шунингдек мигреннинг алоҳида шаклларида (гемиплегик мигрень, мия устунни аураси билан кечадиган мигрень) ишлатилади. Европа, Америка ва Канада бош оғриғи жамияти тавсиясига кўра мигрень профилактик давосида тутқаноққа қарши дори воситалари (вальпроат натрий, топирамат ва бошқалар), бета-адреноблокаторлар (метопролол, тимолол, пропранолол ва бошқалар.), ТЦА (амитриптилин), СИОЗС воситалари (венлафаксин), АПФ ингибиторлари, ангиотензин рецептори блокатори, кальций каналлари блокаторлари-циннаризин, верапамил ишлатилиши белгиланган [8,9,10,21]. Циннаризин ва верапамил мигрень профилактикаси сифатида рефрактер мигренда флунаризин дори воситасини топиш мумкин бўлмаганда ўринбосар сифатида ишлатилиши

мумкин. Яқиндан бошлаб CGRP га моноклонал антитаначалар (эренумаб, галканезумаб, фреманезумаб ва эптинезумаб) дан мигрень профилактик давоси сифатида фойдаланиш тавсия этилди. Ботулотоксин А ҳам мигрень профилактики учун аҳамиятлидир [16]. Дори воситалари қатор ноўя таъсирларга эга. Тутканоққа қарши воситалар марказий (бош айланиши, галлюцинация, депрессия, нистагм, шовқин, дизартрия, дискинезия ва бошқалар), ҳамда периферик (аритмиялар, гематологик токсиклик, жигар етишмовчилиги, интерстициаль нефрит, аллергия реакциялар) ноўя таъсирларига эга бўлиб, тератоген хусусияти ҳам мавжуд [8,9,10,15]. Бета-блокаторлар, кальций антагонистлари, АПФ ингибиторлари брадикардия, артериал гипотензия, буйрак функцияси пасайишига олиб келади. Моноклонал антитела терида тошма, қичиш, ангионевротик шиш, анафилаксия, ич қотишига олиб келади [5,20].

Зўриқишдаги бош оғриғи.

Эпизодик ва сурункали зўриқишдаги бош оғриқларини қолдириш асосий мақсади профилактика ҳисобланади ([Steiner et al., 2019](#)). ЗБО ни даволаш турмуш тарзини ўзгартириш ва рецептсиз аналгетиклардан бошланиши керак. Агар бу ёндошув етарли бўлмаса, амитриптилин ва нортриптилин (1- қатор терапияси), миртазапин (2-қатор), венлафаксин (3- қатор) воситаларидан фойдаланилади.

Сурункали ЗБО даволашда ботулотоксиндан ҳам фойдаланилади. Европа бош оғриғи ассоциацияси ботулотоксиндан фойдаланишни тавсия этмайди [17,18]. Амитриптилин сурункали ЗБО ни даволашда ишлатилади. Венлафаксин ва миртазапин ҳам ЗБО да самаралидир. Ибупрофен эпизодик ЗБО да хуружни олиш мақсадида ишлатилади.

Хулоса: Бирламчи бош оғриқларини даволашда ишлатиладиган дори воситалари қамрови кенг, ҳамда ҳар бир беморга индивидуал ёндашиш зарур.

Адабиётлар рўйхати:

1. Ахмедова Д.Б. Бирламчи бош оғриқларини амбулатор шароитда ташхислашдаги хатоликлар // Неврология ва нейрохирургия тадқиқотлар журнали . - Тошкент, 2020. - №4(4). – Б. 6-8 (14.00.00 Impact Factor 5.682).
2. Akhmedova D.B., Khodjiyeva D.T. Improvement of the algorithm for the use of hirudotherapy for the prevention of chronic tension headache // American journal of medicine and medical science. - USA, 2021. -№2 (11). – P. 69-70. (14.00.00, №2).
3. Akhmedova D.B. Frequency of observation of anxiety and depression in the diagnosis of primary headaches // Art of medicine international medical scientific journal. – USA, 2021. - №1 (2). – P. 166-169 (14.00.00, №3.).
4. Akhmedova D.B., Khodjiyeva D.T. Observation of vegetative disorders in patients with chronic tension headache and migraine // British medical journal. – London, 2021. - №1(2). – P. 188-195 (14.00.00, №6.).
5. Borro M., Guglielmetti M., Simmaco M., Martelletti P., Gentile G. (2019). The Future of Pharmacogenetics in the Treatment of Migraine. *Pharmacogenomics* 20 (16), 1159–1173. 10.2217/pgs-2019-0069
6. Bremer T., Man A., Kask K., Diamond C. (2006). CACNA1C Polymorphisms Are Associated with the Efficacy of Calcium Channel Blockers in the Treatment of Hypertension. *Pharmacogenomics* 7 (3), 271–279. 10.2217/14622416.7.3.271
7. Broner S. W., Bobker S., Klebanoff L. (2017). Migraine in Women. *Semin. Neurol.* 37 (6), 601–610. 10.1055/s-0037-1607393
8. Bu H. Z., Kang P., Deese A. J., Zhao P., Pool W. F. (2005). Human In Vitro Glutathionyl and Protein Adducts of Carbamazepine-10,11-Epoxy, a Stable and Pharmacologically Active Metabolite of Carbamazepine. *Drug Metab. Dispos* 33 (12), 1920–1924. 10.1124/dmd.105.006866
9. Burch R. (2019). Antidepressants for Preventive Treatment of Migraine. *Curr. Treat. Options. Neurol.* 21 (4), 18. 10.1007/s11940-019-0557-2
10. Burch R. (2019). Migraine and Tension-type Headache: Diagnosis and Treatment. *Med. Clin. North. Am.* 103 (2), 215–233. 10.1016/j.mcna.2018.10.003

11. Burch R. C., Buse D. C., Lipton R. B. (2019). Migraine: Epidemiology, Burden, and Comorbidity. *Neurol. Clin.* 37 (4), 631–649. 10.1016/j.ncl.2019.06.001
12. Burstein R., Blumenfeld A. M., Silberstein S. D., Manack Adams A., Brin M. F. (2020). Mechanism of Action of OnabotulinumtoxinA in Chronic Migraine: A Narrative Review. *Headache* 60 (7), 1259–1272. 10.1111/head.13849