

БИРЛАМЧИ БОШ ОҒРИҚЛАРИ ФАРМАКОТЕРАПИЯСИ

Ахмедова Дилафрўз Баҳодировна

PhD, Кармен плюс клиникаси неврологи

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7066121>

Бирламчи бош оғриқларига мигрень, зўриқишдаги бош оғриғи ва кластерли цефалгиялар киради, ҳамда дунё миқёсида 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

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 (Nieswand et al., 2020). Бош оғриғи бутун дунёдаги ногиронлик сабаблари орасида иккинчи ўринни эгаллайди (Schwaiger et al., 2009 ; Saylor and Steiner, 2018). Шу сабабли ҳам бош оғриқни даволаш борасида турли тадқиқотлар олиб борилмоқда. Мигрендан азият чекадиган беморларнинг фақат 50%и ўтказилган профилактик ва тез ёрдамга берилади (Pomes et al., 2019 ; Zobdeh et al., 2021). Шунингдек кластерли цефалгия мавжуд беморларнинг аксарияти фармакологик давога берилмайди. Бундан ташқари бу беморларнинг аксарияти нотўғри ташхислар билан юриши адекват даво чоралари белгилашга қийинчиликлар туғдиради (З.Тражкович, 2019). Бош оғриғи мавжуд беморларда дори воситасидан чақирилган бош оғриқлари юзага келиш хавфи мавжуд (Diener et al., 2019).

Ҳозирги вақтда бош оғриғини даволашда ностероид яллиғланишга қарши воситалар, триптанлар, спорни унумлари, гепантлар, мигренга тез ёрдам кўрсатиш мақсадида дитанлар, моноклонал антитанача, онаботулотоксин А, кальций каналлари блокаторлари, бета-блокаторлар

ва тутқаноққа қарши воситалар мигрень профилактикаси учун ишлатилади. Кластерли цефалгия триптан ва спорин унумлари билан яхши даволанади, ўқир даврда кислородмоноклонал антитанача, антиконвульсант билан даволанади. Зўриқишдаги бош оғриқ профилактик давосида трициклик антидепрессантлар яхши самара беради.

Мигрень

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 (GBD 2016 Headache Collaborators, 2018 ; Burch et al., 2019). Мигренда кучли бир томонлама бош оғриғи бўлиб, кўнгил айниш, қусиш, ёруғликдан кўрқиш, фонофобия билан кечади. Оғриқ хуружи бир неча соатдан бир неча кунгача давом этади. Мигреннинг иккита асосий подтипи мавжуд, аурали ва аурасиз мигрень. Аурасиз мигрендан фарқли равишда аурали мигрень турли махаллий неврологик ва кўрув белгилари (фотопсия, ёруғликдан кўрқиш, 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 (Fraser et al., 2019). Сурункали мигреннинг эпизодик мигрендан фарқи 15 кун ва ундан узоқ давом этишидир (Cephalalgia, 2018). Мигрень ривожланиш этиопатогенетик механизмлари аниқ эмас, аёлларда эркаклардан 4 баробар кўп учрайди (Broner et al., 2017), кўпинча 30-40 ёш оралиғида кузатилади (GBD 2016 Headache Collaborators, 2018). Мигрень ривожланиши ирсий компонентлари борасида маълумотлар мавжуд (de Boer et al., 2019). Хавф омиллари орасида психологик ва психик бузилишлар бор (Pisanu et al., 2020).). Мигрень ривожланишида гормонал статус, миофасциал синдромлар, ташқи муҳит ноқулай омиллари (овқатланиш муассолари ва стрессли вазиятлар) муҳим ўрин эгаллайди (Chai et al., 2014 ; Pisanu et al., 2017 ; Marmura, 2018 ; Zobdeh et al., 2021). 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 (Marmura, 2018). Мигрень патофизиологиясида уч шохли

нерв қатнашиши билан кечувчи томир- асаб инқирози ва унинг асосида ётувчи нейрояллиғланиш, вазоспазмнинг вазодиятацияга ўтиши билан кечадиган томир тонуси ўзгариши ётади (Charles, 2018 ; Ferrari et al., 2015 ; Kojic and Стоянович, 2013). Мия пўстлоғи, гипоталамус ва пўстлоқ ости ядролари орасидаги ўзгаришлар тригеминоваскуляр конфликтга олиб келади деб ҳисобланади (Dodick, 2018). 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 (Haanes and Edvinsson, 2019). Серотонин, адреналин ва бошқа моноаминлар тизимидаги дисбаланс мигрень патогенезида аҳамиятли деб ҳисобланади (Tardiolo et al., 2019).

Зўриқишдаги бош оғриғи билан дунёдаги кўплаб инсонлар азият чекади (Ashina et al., 2021). 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, 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 (Cephalalgia, 2018). 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, эффе́ктив муолажа танлаш қийинлиги СЗБО ни мураккаб ижтимоий- тиббий муаммо даражасига олиб чиқиши келтирилган (Steiner et al., 2019). 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 (Cephalalgia, 2018). 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 узоқ вақт мобайнида велосипедда юриш ёки иш вақтидаги давомли ноқулай жойлашув сабаб бўлиши мумкинлиги келтирилган (Gildir et al., 2019). 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 (Wrobel Goldberg et al., 2014). Рецептсиз анальгетиклар эпизодик ЗБО да қўлланилади (Scripter, 2018). Сурункали ЗБО кўпинча давога берилмайди ва психологик ёндашувни талаб қилади (Steiner et al., 2019).

Мигренни даволаш икки асосий йўналишни ўз ичига олади: мигрень ўткир хуружида оғриқсизлантириш мақсадида симптоматик даво ва сурункали мигрень хуружлари профилактикаси учун фармакологик даво (Digre, 2019). 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 (Loder et al., 2012 ; Marmura et al., 2015 ; Orr et al. , 2015 г.; Роусон ва ҳамм., 2017 г.; Штайнер ва ҳамм., 2019). Мураккаб ҳолатларда опий унумларидан фойдаланилади (трамадол ёки буторфанол) (Loder et al., 2012 ; Marmura et al., 2015). Муолажа бемор ёши, қўшимча касалликлари мавжудлиги, беморга самара беришига қараб белгиланади (Rizzoli, 2018). Терапевтик воситаларнинг кўпчилиги мигрендаги оғриқ симптомини йўқотади, бироқ аура белгиларига таъсир эта олмайди. Триптанлар фотопсия ва кўриш бузилишларини яхшилаши кўрсатилган (Tang et al., 2020). Ўткир мигрень хуружида қўлланиладиган дори воситалари ноҳўя таъсирларга эга. НЯҚВ лар ошқозон- ичакдан қон кетиш, гепатотоксиклик, аллергия реакциялари, гематотоксиклик билан характерли (Zajic et al., 2019). Гепантлар (уброгепант ва римегепант) гиперсезгирлик, кўнгил айниш, уйқусизлик, оғизда қуруқлик, гепатотоксиклик ноҳўя самаралари мавжуд (Moreno-Ajona et al., 2020 ; Szkutnik-Fiedler, 2020).

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. Affatato O., Moulin T. C., Pisanu C., Babasieva V. S., Russo M., Aydinlar E. I., et al. (2021). High Efficacy of onabotulinumtoxinA Treatment in Patients with Comorbid Migraine and Depression: a Meta-Analysis. J. Transl Med. 19 (1), 133. 10.1186/s12967-021-02801-w [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
6. Afridi S. K., Shields K. G., Bhola R., Goadsby P. J. (2006). Greater Occipital Nerve Injection in Primary Headache Syndromes-Prolonged Effects from a Single Injection. Pain 122 (1-2), 126–129. 10.1016/j.pain.2006.01.016 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
7. Aggarwal M., Puri V., Puri S. (2012). Serotonin and CGRP in Migraine. Ann. Neurosci. 19 (2), 88–94. 10.5214/ans.0972.7531.12190210 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
8. Agius A. M., Muscat R. (2019). Chronic Tension-type Facial Pain-A Pilot Study on HTTLPR Genetic Polymorphisms. Rhinology Online 2 (2), 125–133. 10.4193/rhinol/19.036 [CrossRef] [Google Scholar]
9. Ahn A. H., Basbaum A. I. (2005). Where Do Triptans Act in the Treatment of Migraine. Pain 115 (1-2), 1–4. 10.1016/j.pain.2005.03.008 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
10. Al-Eitan L. N., Al-Dalala I. M., Elshammari A. K., Khreisat W. H., Nimiri A. F., Alnaamneh A. H., et al. (2020). Genetic Association of Epilepsy and Anti-epileptic Drugs Treatment in Jordanian Patients. Pharmgenomics Pers Med. 13, 503–510. 10.2147/PGPM.S273125 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]