



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

9 (71) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

9 (71)

2024

сентябрь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК:616.831-005.8:616.12-008.331.1

БОШ ОҒРИҒИ ВА УЙҚУ БУЗИЛИШИ

Бозоров Шахоб Исматович <https://orcid.org/0009-0008-2366-0470>

Бухоро давлат тиббиёт институти e-mail: shaxobbozorov888@gmail.com

✓ Резюме

Эпидемиологик тадқиқотлар бош оғриғи ва уйқу бузилиши ўртасидаги муносабатни кўрсатади. Ушбу мақолада бош оғриғида сурункали уйқусизлик ривожланишининг патофизиологик ва хулқ-атвор механизмлари тасвирланган. Уйқу бузилишининг бирламчи бош оғриғи, мигрен ва кластерли бош оғриғига таъсирига алоҳида эътибор берилди. Сурункали бош оғриғини комплекс даволашда мелатониндан фойдаланиш тўғрисидаги маълумотлар келтирилган.

Ключевые слова: бош оғриғи, уйқу бузилиши, мигрен, Кластер бош оғриғи, мелатонин.

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ И НАРУШЕНИЯ СНА

Бозоров Шахоб Исматович

Бухарский государственный медицинский институт

✓ Резюме

Эпидемиологические исследования показывают взаимосвязь между головными болями и нарушениями сна. В этой статье описываются патофизиологические и поведенческие механизмы, с помощью которых хроническая бессонница развивается при головных болях. Особое внимание уделяется влиянию нарушений сна на первичные головные боли, мигрень и кластерные головные боли. Представлены данные о применении мелатонина в комплексном лечении хронических головных болей.

Ключевые слова: головная боль, нарушения сна, мигрень, кластерная головная боль, мелатонин.

HEADACHE AND SLEEP DISORDERS

Bozorov Shakhob Ismatovich

Bukhara State Medical Institute

✓ Resume

Epidemiological studies show the relationship between headaches and sleep disorders. This article describes the pathophysiological and behavioral mechanisms by which chronic insomnia develops with headaches. Special attention is paid to the effect of sleep disorders on primary headaches, migraines and cluster headaches. Data on the use of melatonin in the complex treatment of chronic headaches are presented.

Keywords: headache, sleep disorders, migraine, cluster headache, melatonin.

Долзарблиғи

Эпидемиологик тадқиқотлар бош оғриғи ва уйқу бузилиши ўртасидаги боғлиқликни кўрсатди. Бош оғриғи ишлашни сезиларли даражада камайтиради. Мисол учун, охири Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти томонидан ўтказилган тадқиқотга кўра, мигрен 19-49 ёш гуруҳидаги ногиронликнинг асосий сабабидир [1]. Уйқу бузилиши сайёрамиз аҳолисининг 45% дан ортиғига таъсир қилади ва сўнгги ўн йилликларда глобал соғлиқ муаммосига айланди [2]. Бош миянинг ривожланишида уйқунинг роли яхши маълум. Яхши уйқу бош оғриғи

хужумларини бостиради, уйку етишмаслиги эса унинг пайдо бўлишига олиб келади. Уйкунинг бош оғриғининг бошланишига таъсири йиллар давомида тасвирланган. Масалан, 1873 йилда Едвардлининг "мигрэн хужумлари одатда уйкуни тўхтатиш билан тўхтатилади" деб даъво қилди [3] ва Морис Ромберг 1853 йилда "[мигрэн] хужумлари одатда чуқур уйку билан тўхтатилади. бу чуқур уйку билан тўхтади" [3], "[мигрэн] хужумлари одатда чуқур уйку билан тўхтади" [3]. [3], Морис Ромберг 1853 йилда "(соқчилик) Мигренлари одатда чуқур ва тетиклантирувчи уйку билан тугайди." [4] Бош оғриғининг халқаро таснифида, 3-нашр, уйку ҳақида 38 марта эслатиб ўтилган [4] ва аксинча, уйку бузилишининг халқаро таснифида бош оғриғи кўпинча уйку бузилишининг аломатларидан бири сифатида тилга олинади [6]. Уйку билан боғлиқ бош оғриғи Америка уйку тиббиёти жамияти томонидан бош оғриғининг (мигрэн ёки бошқа турдаги) характерли шикоятларидан бири сифатида тан олинган. Бош оғриғи ва уйку шаклланиши ўртасидаги боғлиқликка ҳисса қўшадиган нейроанатомик тузилмалар бош оғриғи ва уйку бузилиши гипоталамусининг патофизиологияси ва функциясини бир вақтнинг ўзида ўрганиш оғриқни идрок этиш, уч шохли нерв иштироки ва уйку индукцияси ўртасидаги муносабатни тушунтириши мумкин. Бош оғриғининг шаклланишида муҳим рол ўйнайдиган тригеминоцервикал комплекс илдиз тузилмаларининг шаклланиши билан боғлиқ. Ноцицептив маълумот таламус ядросига киради ва унинг фаоллашиши мигрен ва Кластер бош оғриғининг ривожланишида муҳим рол ўйнайди. Trigeminal ganglion интракраниал экстракраниал тузилмаларга, қон томирларига ва орқа мия trigeminal комплексига afferent импульсларни юборади (Фиг. 1а) [7]. Кальцитонилглицин билан боғлайдиган пептид (СГРП) ва Р моддаси каби вазоактив моддалар уч шохли нервнинг ҳиссий фаоллашувини модуляция қилишда муҳим рол ўйнайди. Уч шохли нервнинг иккиламчи нейронлари таламо кортикал нейронларга қўтарилган импульсларни юборади, улар ҳам периталамус ва гипоталамуснинг кулранг моддаси билан бевосита ва билвосита алоқага эга. Учинчи таламокортикал нейронлар ҳаракат (M1/M2), соматосенсор (C1/C2) ва кўрув (V1/V2) пўстлоғи каби бош мия ярим шар пўстлоғига синаптик уланишларга эга. Норадренергик, серотонергик, дофаминергик ва периферик кулранг моддалар каби моноаминергик нейронлар таламусга (орексин) ва миянинг базал қисмига (холинергик ва ГАМК-эргик) таъсир қилади. Шундай қилиб, бош оғриғи содир бўлганда кўзғалиш узатилади. Тригеминоваскуляар комплекс тўғридан-тўғри ва билвосита тартибга солувчи импульсларни олади, тўғридан-тўғри импульслар соматосенсор кортекс ва умуртқалардан келади ва гипоталамусдан билвосита импульслар. Ушбу комплекс про ва антиноцицептив ўзаро таъсирга олиб келади (Фиг. 2). Гипоталамуснинг супрахиазматик ядроси retinal ganglion хужайраларидан тўғридан-тўғри импульсларни ва атроф-муҳитдан билвосита сигналларни (ёруғлик ва зулмат) олади. Таламуснинг орқа қисмидаги нейронлар ретинадан ёруғлик сигналларини олади. Ушбу нейронлар сезгир (C1, C2) кўрув (V1, V2) пўстлоққа проекцияланади, бу мигрен хужумлари пайтида фотофоби пайдо бўлиши ва ушбу беморларда нурга юқори сезувчанлик асабийлашиш учун асосдир. Моноаминергик ядролар ventral lateral преоптик ядрони (ВЛПН) тормазлайди ва гипоталамус орехинергик) тизимини ва мия кўпригининг ядроларини рағбатлантиради. Уйкуга ўтиш пайтида ВЛПО орехинергик тизими томонидан фаоллашади. Ушбу тизим ўртача тормаз қилинмаса, уйку ҳолатини қўллаб-қувватловчи аорехинергик фаоллик пасаяди, уйкудан уйғонишга ўтиш тезлашади ва аксинча. Орехинергик тизим, шу жумладан орексин А ва Орексин В нейропептидлари posterior, lateral ва паравентрикуляар гипоталамусда ифодаланади [8]. Орексин рецепторлари prefrontal пўстлоқ, таламус ва субкортикал сохаларда мавжуд бўлиб, ноцицептив нейротрансмиссия, терморегуляция, нейроэндокрин ва автоном функцияларда иштирок этади. Ушбу сохалар тригеминоваскуляар комплекснинг ноцицептив фаоллашувини тартибга солишда ҳам иштирок этади [10]. Учокли хужумдан олдин беморлар тез-тез эснайдилар, оч ва уйкучанликни ҳис қиладилар, бу гипоталамус ва орексин нейронларининг ўзгариши билан боғлиқ бўлиши мумкин, бу мигрен хужумларидан олдин ва пайтида функционал МРТ ёрдамида невровизуализацион тадқиқотлари билан тасдиқланган [11]. Шундай қилиб, уйку ва уйғониш жараёнларини тартибга солувчи тизимлар ва бош оғриғини шакллантиришда иштирок этадиган тизимлар ўртасида боғлиқлик мавжуд. Сурункали уйқусизлик ва сурункали бош оғриғи ўртасидаги муносабатлар механизмларининг таклиф этилаётган биохулқ-атвор модели учта асосий фикрни таклиф қилади: 1) бош оғриғини енгишга қаратилган хатти-ҳаракатлар уйку бузилишларини келтириб чиқаради ва кучайтиради; 2) уйку физиологияси бузилиши бош оғриғига мойилликни оширади; 3) вақт ўтиши билан бу циклар ўзаро таъсир

килади ва эпизодик бош оғриғи ўзгаради ёки сурункалига айланади. Ушбу моделдаги муҳим тахминлар безовта қилувчи шахсий хусусиятлар, симпатик асаб тизимини фаоллаштириш тенденцияси ва психологик стресс уйқу бузилишини кўзғатиши мумкин. Компенсацион кундузги уйқу, ётишдан олдин уйқу таблеткаларини қабул қилиш ва кун давомида кофеин истеъмол қилиш каби уйқу бузилишларини бартараф этишга қаратилган ҳаракатлар сурункали уйқусизликнинг шаклланишига олиб келади. Ушбу модел уйқу бузилишининг ривожланишидаги биологик ва психологик омилларнинг ўзаро таъсирини тушунтиради [12]. Бош оғриғи ва уйқу бузилишларининг коморбидлиги Бош оғриғининг халқаро таснифига кўра, 3-нашр (2018), бош оғриғини касалликнинг натижаси бўлмаган бирламчи деб ажратиш мумкин; бош оғриғи асосий касалликнинг аломати бўлса, иккиламчи ёки симптоматик; юз оғриғи, масалан, краниал нервлардаги оғриқ; ва руҳий касалликлардан келиб чиққан оғриқ. Бош оғриғи ва кўзғалиш патофизиологияси [7]. Бирламчи бош оғриғига мигрен, кучланиш бош оғриғи, кластерли бош оғриғи ва бошқа ноёб бош оғриғи киради. Иккиламчи бош оғриғи сони бирламчи бош оғриғи сонидан сезиларли даражада ошса-да, бирламчи бош оғриғи аҳоли орасида енг кўп учрайди (барча бош оғриғи ҳолатларининг 85-90%). Ўчоқли ва кластерли бош оғриғи каби бирламчи бош оғриғи кўпинча уйқу бузилиши билан боғлиқ.



Расм – 1.

Бош оғриғи ва уйқу бузилиши ўртасидаги муносабатлар кўп қиррали. Бир томондан, бош оғриғини уйқу бузилиши кўзғатиши мумкин, унинг классик намунаси паст босимли бош оғриғи. Trigeminal вегетатив бош оғриғи, шу жумладан мигрен ва кластерли бош оғриғи бўлган беморлар уйқу пайтида бош оғриғидан шикоят қиладилар. Бошқа томондан, уйқусизликка бош оғриғи сабаб бўлиши мумкин. Аҳолига асосланган тадқиқотлар мигрен ва безовта оёқ синдроми мавжудлигини, мигрен ва нарколепсиянинг биргаликда мавжудлигини, шунингдек, кластерли бош оғриғи бўлган беморларда обструктив уйқу апноэсини тасдиқлади. Ушбу касалликларнинг ривожланишига таъсир қилувчи яна бир жиҳат-бу дори терапияси. Бош оғриғини даволаш учун ишлатиладиган баъзи дорилар уйқу бузилишига олиб келиши мумкин. Мисол учун, мигрен бош оғриғини профилактик даволаш учун буюрилган бета-блокаторлар оғир тушлар ва тез-тез тунги уйғонишларга олиб келади. Тез-тез мигрен хуружларини профилактик даволаш учун биринчи

даражали дорилар бўлган Бета-блокаторлар эндоген мелотонин секрециясини камайтиради, бу эса уйқу сигналларини бостиришга ва потенциал уйқу бузилиши олиб келади.

Полисомнографик тадқиқотлар пропранололни қабул қилишда плацебо билан таққослаганда кўзгалувчанликни оширди. Трициклик антидепрессантлар (амитриптилин) тез-тез мигрен хужумларини даволаш учун ишлатилади, ammo улар фақат умумий вақтни қисқартиради ухланг, лекин эрталаб ва тушдан кейин уйқунини оширинг. Триптанлар мигрен хужумларини бартараф этиш учун селектив ихтисослашган дорилар бўлиб, мигренни даволаш стандартлари ва кўрсатмаларига киритилган. Ушбу дорилар гуруҳининг ён таъсири сифатида тез-тез уйқучанлик қайд этилади, бу атеротонергик тизимга бевосита таъсир қилиш натижаси деб ишонилади. Уйқу бузилишларини даволаш учун буюрилган бензодиазепинлар нафақат бош оғриғини ёмонлаштиради. Гиёҳвандликдан келиб чиққан бош оғриғи Марказий асаб тизимида таъсир қилувчи дориларни қабул қилиш орқали кучаяди. Аксинча, мигренни профилактик даволаш учун антиконвульсантлар (топираматил ва валпроат) буюрилганда, биринчи дарҳол таъсир уйқунини яхшилаш ва мигрен хужумларининг интенсивлиги ва частотасини камайтиради [13]. Бош оғриғи ва уйқу бузилишларининг биргаликда пайдо бўлиши бўйича биринчи йирик эпидемиологик тадқиқот Данияда ўтказилди. Тадқиқотга 68 518 kishi киритилган, уларнинг аксарияти 55 ёшгача бўлган. Респондентларнинг 80% дан ортиғи қоғоз анкетани афзал кўришди, қолганлари уни онлайн тўлдиришди. Тадқиқот шуни кўрсатдики, 11520 kishi (18,1%) бир вақтнинг ўзида бош оғриғи ва уйқусизликни бошдан кечириётгани ҳақида хабар беришган. Ушбу аломатлар комбинациясининг юқори частотаси умумий патофизиологик механизм билан изоҳланади. 16,3% фақат бош оғриғи ва 21,1% уйқу бузилиши бор еди. Ушбу тадқиқотда бош оғриғи ва уйқу бузилишининг комбинацияси ўрта ёшли аёлларда кўпроқ учрайди. Ушбу тоифадаги беморларда паст ижтимоий-иктисодий ҳолат, носоғлом турмуш тарзи (ортикча вазн, семириш), юқори stress даражаси, ташвиш ва депрессия ҳам топилган. Тадқиқотчилар бош оғриғи ва уйқу бузилиши бўлган беморларни клиник амалиётда фаол равишда аниқлаш керак деган хулосага келишди. Турмуш тарзини ўзгартириш ва психологик муаммолар ушбу комбинацияни даволаш ва олдини олишда муҳим рол ўйнаши мумкин [14]. Бош оғриғи орасида мигрен иш қобилиятини сезиларли даражада камайтирадиган касаллик сифатида тадқиқотчиларнинг эътиборини тортди. Аҳолида мигренларнинг частотаси 14,5% ни ташкил қилади. Ўчоқли бош оғриғи одатда бир томондан пулсацияланади, лекин икки томонлама ҳам бўлиши мумкин. Ўчоқли кўнгил айниш, фотофобия, фонофобия ва ишлашнинг бузилиши каби кўшма аломатлар билан тавсифланади. Мигрен эркакларга қараганда кўпроқ аёлларга таъсир қилади, 5:2 нисбатда. Мигреннинг вақтинчалик биологик модели бир қатор тадқиқотларда кўрсатилган. Мисол учун, 1698 мигренли беморларда мигрен хронобиологиясини уч йиллик истиқболли ўрганиш шуни кўрсатдики, хужумларнинг ярмидан кўпи эрталаб соат 4 дан 9 гача содир бўлган. мигрен билан оғриган беморларда уйқу бузилиши нафақат соқчилик кўзгатувчиси сифатида қайд этилади (49,8% ҳолларда) [15], балки касалликнинг сурункали кечишида омил ҳисобланади. Ўчоқли ва уйқу бузилиши ўртасидаги муносабатни таҳлил қилган тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, 60,5 мигренли беморларнинг 1750% турли хил уйқу бузилишларига эга, жумладан, қисқа уйқу давомийлиги, узоқ уйқу вақти, кундузги уйқучанлик, ёмон уйқу сифати ва уйқу дориларидан фойдаланиш [16]. Ўчоқли ва уйқу бузилиши ўртасидаги муносабатни ўрганадиган яна бир тадқиқотда 33 мигренли бемор (15 уйқу мигренли ва 18 мунтазам мигренли) ва 34 назорат субъекти иштирок этди. Уйқу мигренли беморлар тунда уйғониш эҳтимоли кўпроқ бўлган, мунтазам мигренли беморларда эса секин уйқу ва қисқа муддатли уйғониш камроқ бўлган. Ушбу тадқиқотда, аввалгиларида бўлгани каби, ташвиш белгилари назорат гуруҳига қараганда мигренли беморларда кўпроқ учрайди. Қизиғи шундаки, уйқусида мигренли беморлар мунтазам мигренли беморларга қараганда кун давомида кўпроқ чарчаган. Уйқу пайтида мигренли беморларнинг пастки кўзгалувчанлиги мигреннинг ривожланишида муҳим рол ўйнайдиган периостеал кулранг модда билан боғлиқ бўлиши мумкин деб тахмин қилинади [17]. Ўчоқли беморлар уйқусизлик, кундузги уйқучанлик ва обструктив уйқу апноэсидан шикоят қилиш эҳтимоли кўпроқ. Бошқа томондан, уйқу бузилиши ва унинг давомийлигини қисқариши хужумларлар кўзғалишини келтириб чиқариши мумкин. Шу муносабат билан Жанубий Кореяда уйқу давомийлиги ва мигрен хужумлари частотаси ўртасидаги боғлиқликни аниқлаш учун тадқиқот ўтказилди, унда 2695-19 ёшдаги 69 бемор иштирок этди, улардан 143 нафари (5,3%) мигрен бош оғриғидан азият чекди. Беморларнинг 47,6

фоизида қисқа уйқу давомийлиги ва ёмон уйқу сифати аниқланган. Мигрен кузатилган беморларда ёмон уйқу сифатининг тарқалиши статистик жиҳатдан аҳолига қараганда анча юқори эди. Тадқиқот натижаларига кўра, қисқа уйқу давомийлиги ва ёмон уйқу сифати билан мигрен хужумларининг частотаси икки барабар юқори еди. Уйқу давомийлиги қисқароқ ва уйқу сифати паст бўлган мигренли беморларда бош оғриғининг интенсивлиги фарқ қилмади. Мигрен кузатилган беморларда ташвиш мавжудлиги (30,1%) аҳолига қараганда юқори (13,2%) ва мигрен билан депрессия ҳам қайд этилган (мигрениз одамлар орасида 16,8% ва 5,9%). Уйқусизлик ҳам мигренларда (37,8%) бош оғриғи бўлмаган одамларга (9,2%) қараганда анча юқори эди. Статистик таҳлил шуни кўрсатдики, уйқу давомийлиги мигрен хужумларининг частотасига таъсир қилувчи энг муҳим ва мустақил омил бўлган. Ушбу хулоса шуни кўрсатадики, уйқу давомийлигини ўзгартириш мигренли беморларни даволаш учун янги имкониятлар очади [18]. Бирламчи бош оғриғининг яна бир тури-кластерли бош оғриғи тригеменал автоном краниал оғриқнинг энг кенг тарқалган тури бўлиб, кўз ва юзнинг қизариши, лакримация, эпистаксис ва бурун тикилиши каби автоном синдромлар билан кечадиган оғир бир томонлама бош оғриғи билан тавсифланади. Бош оғриғи фронтотемпорал ва орбитал минтақаларга таъсир қилади, одатда визуал аналог шкалада (ВАШ) 10 баллга етади ва бемор учун чидаб бўлмас, кўзғалиш ва кўзғалиш, шунингдек, юз соҳасидаги вегетатив аломатлар билан бирга келади. Кластер бош оғриғи аҳолининг 0,1 фоизида учрайди ва аёлларга қараганда эркакларда 4:1 нисбатда кўпроқ учрайди. Ушбу бузукликнинг муҳим хусусияти узок давом этадиган даврлар билан бир қатор бош оғриғи хужумларининг мавжудлиги [19]. Кластер бош оғриғини бошқа бош оғриғидан ажратиб турадиган хусусият шундаки, соқчилик циркад ритмлар билан аниқ боғлиқ. Эпизодик кластерли бош оғриғида ҳам, сурункали кластерли бош оғриғида ҳам тутилишларнинг 75% дан ортиғи соат 21 дан 10 гача бошланади ва кўпинча эрталаб соат 5 дан 7 гача содир бўлади. 6 та ҳолатдан 10 тасида кластерли бош оғриғи обструктив уйқу апноэси билан боғлиқ ва апноэни даволаш кўп ҳолларда бу бош оғриғининг ремиссиясига олиб келади. Кластер бош оғриғи ва гормон секрецияси ўртасидаги боғлиқлик бўйича кўплаб тадқиқотлар ўтказилди. Мелатонин, кортизол, тестостерон, лутеинлаштирувчи гормон, фолликулани огоҳлантирувчи гормон, пролактин, ўсиш гормони, қалқонсимон безни огоҳлантирувчи гормон ва беталипопротеин таҳлил қилинди. Кластер бош оғриғида бу ўзгаришларнинг аксарияти фақат бош оғриғи хужумлари пайтида содир бўлади. Кластерли бош оғриғи бўлган беморларда сийдикда мелатонин даражасининг пасайиши аниқ бир қатор бош оғриғи хужумлари пайтида кузатилади ва нейроимагинг маълумотлари, шу жумладан ПЭТ ва функционал МРИ гипоталамусда секреция билан чамбарчас боғлиқ бўлган нейронларнинг фаоллашувини кўрсатади. бу моддалар, бош оғриғи пайтида бош оғриғи билан ён томонда хужумлар. Ушбу топилмалар кластерли бош оғриғини даволашда мелатониннинг потенциал фаол ишлатилиши бўйича қўшимча тадқиқотларни талаб қилади. Бирламчи бош оғриғининг яна бир ноёб варианты, улкан бош оғриғи, фақат тунги уйқу пайтида содир бўлади, биринчи марта 50 йилдан кейин пайдо бўлади ва ёши билан ёмонлашади. Кўпгина беморлар уйқунинг ўртасида ёки иккинчи ярмида битта бош оғриғи ҳақида хабар беришади, бу эса беморнинг уйғонишига олиб келади. Гиперсомноленцияда бош оғриғи билан 255 беморларнинг бир ишда, у энг соқчилик ортиқ 2 соат давом этган ва 2 ва 4 ам ўртасида бир вақтнинг ўзида бошланган, деб қайд этилди. Гиперсомноленция бош оғриғи патофизиологик сабаб ҳозирча номаълум. Полисомнография ёрдамида олиб борилган тадқиқотлар ушбу ҳолатнинг ўзига хос хусусиятларини аниқламади. Литий, кофеин ва индометацин билан дори-дармонларни даволашга кўплаб тадқиқотлар бағишланган. Вақтинчалик биологик касалликларни даволаш учун ишлатиладиган кунига 3-5 мг дозада Мелатонин гиперсомноленция билан бош оғриғини даволаш усули сифатида таклиф қилинган ва жуда ижобий натижалар билан [20]. Ушбу маълумотларга асосланиб, бош оғриғи бўлган беморларда мелатонин терапиясини нафақат унинг гипноз таъсирини, балки аналгезик ва антиноцицептив таъсирини ҳам ҳисобга олган ҳолда ўрганишни давом эттириш керак. Эпизодик бош оғриғидан фарқли ўлароқ, сурункали бош оғриғи беморларнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада ёмонлаштирадиган ва бузадиган ҳолатдир. Сурункали бош оғриғи аҳолининг 3-5 фоизида ва бош оғриғи марказларига борадиган беморларнинг 70-80 фоизида қайд этилади; шуни таъкидлаш керакки, ICHDнинг учинчи нашрида сурункали бош оғриғи давомийлиги билан емас, балки оёйга хужумлар сони билан белгиланади. Сурункали мигрен ва зўриқишдаги бош оғриғи (ЗБО) мигрен ва ЗБО учун одатий диагностика мезонлари билан оёйга 15 кундан ортиқ

давом этадиган хужумлар билан бош оғриғи деб таърифланади. Ўчоқли ва кучланиш бош оғриғини ўрганиш бош оғриғи ва турли хил уйқу бузилишларининг шикоятлари ва тунги уйқу давомийлигининг қисқариши ўртасидаги боғлиқликни кўрсатди. Бу муносабатлар эпизодик бош оғриғига қараганда сурункали бош оғриғида кўпроқ намоён бўлади. Полисомнография маълумотлари мигрен ва ЗБО билан оғриган беморларда уйқу давомийлиги қисқароқ эканлигини тасдиқлайди. Бундан ташқари, мигрен секин тўлқинли ва REM уйқу фазаларини бузади ва мигрен хужумидан бир кеча олдин олинган ЭЭГ маълумотлари мия ярим кортексининг фаоллиги пасайиши билан бирга бета ритмларининг ўзгаришини кўрсатади [21]. Норвегиялик тадқиқотчилар сурункали мигрен ва сурункали ЗБО билан оғриган беморларда кундузги уйқунини ўрганиб, бош оғриғи бўйича мутахассис билан суҳбатлашган 935-3000 ёшдаги 30 бемордан 44 тез-тез бош оғриғи билан касалланганларни аниқладилар. Натижада сурункали бош оғриғи (мигрен ва ЗБО) бўлган 405 бемор аниқланди. Улардан 328 (81%) кундузи уйқу бор эди. Ушбу тадқиқотнинг энг қизиқарли натижалари сурункали мигрен ва кучланиш бош оғриғи бўлган беморлар ўртасида фарқларнинг йўқлиги, шунингдек, кундузги уйқучанлик уч ой ичида 80 ёки ундан ортиқ бош оғриғи хуружлари юқори бўлган беморлар орасида кўпроқ тарқалганлиги эди; MIDAS ногиронлик баллари, гиёҳванд моддаларни суиистеъмол қилиш ўртасида ҳеч қандай боғлиқлик топилмади ҳолат ва кундузги уйқучанлик [22]. Ушбу тадқиқот натижаларига кўра, муаллифлар сурункали бош оғриғи бўлган беморларда уйқу бузилишларини фаол равишда аниқлаш ва даволаш самарадорлигини ошириш ва унинг натижаларини яхшилаш учун бир вақтнинг ўзида иккала касалликни даволаш керак деган хулосага келишди. Циркад ритм бузилиши депрессия ва сурункали бош оғриғи бўлган беморларнинг портретида муҳим таркибий қисм ҳисобланади. Дастлабки тадқиқотда Россия Федерациясидаги географик координаталар ва кишки депрессиянинг тарқалиши ўртасидаги боғлиқлик баҳоланди. Шунингдек, у шунга ўхшаш муаммоларга эга бўлган ва депрессиядан азият чекмайдиган ёшларнинг хронотипларини таққослади. 3435 ёшдан 1517 ёшгача бўлган 1918 ўспирин (10 ўғил ва 20 қиз) ҳолати таҳлил қилинди. Натижалар шунини кўрсатдики, ухлаб қолиш ва кейинроқ уйғониш, умумий уйқу вақтининг қисқариши ва ёмон уйқу сифати эркакларда ҳам, аёлларда ҳам кишки депрессия билан боғлиқ. Депрессиянинг тарқалиши аёлларда 1,87 баравар юқори эди, бу ёшга қараб кенгликнинг ошиши билан боғлиқ - шимолда 1,49 баравар, куннинг вақти эса ғарбда 1,61 баравар юқори. Кучланиш ва стресс каби муайян иш шароитларида бош оғриғи ва уйқу бузилиши ўртасидаги муносабатни ўрганиш учун қизиқарли тадқиқот ўтказилди. Тадқиқотда учта шифохонанинг турли бўлимларидан 1102 ҳамшира иштирок этди. Уйқу сифати Пицбург уйқу сифати индекси ёрдамида таҳлил қилинди. Бош оғриғи диагностикаси (мигрен, кучланиш тури бош оғриғи ва сурункали кундузги бош оғриғи) ICHDга асосланган эди (3рд нашр, 2013). Натижалар шунини кўрсатдики, ҳамшираларнинг 56,7 фоизида уйқу бузилиши, 34,1 фоизида эса уйқу бузилиши ва бош оғриғи бор эди. Аксинча, кунлик бош оғриғи бўлган гуруҳда 82,1% уйқу бузилиши бўлган. Ўчоқли бош оғриғи бўлса, 78,9% ҳолларда уйқу бузилиши бўлган ва кучланиш типидagi бош оғриғи 59% ҳолларда ёмон уйқу сифати билан бирга бўлган [24]. Мелатонин ва унинг бош оғриғидаги роли уйқу ва уйғоқликни тартибга солишда иштирок этадиган циркад ритмлар уйқу бузилиши ва бош оғриғи ўртасидаги муносабатни таҳлил қилиш соҳасидир. Циркад ритмларга эпифиз беши томонидан ишлаб чиқариладиган ва супрахиазматик ядро томонидан бошқариладиган мелатонин гормони таъсир қилади. Мелатонин асосан эпифиз беши томонидан чиқариладиган нейрохормон бўлиб, циркад ритмларни тартибга солишда, шу жумладан уйқунинг бошланиши ва унинг ритмларини сақлашда муҳим рол ўйнайди. Мелатонин секрецияси кунлик циклга боғлиқ бўлиб, қоронғуда кўпаяди ва ёруғлик борлигида бостирилади. Ушбу жараён гипоталамуснинг супрахиазматик ядроси орқали тартибга солинади. Мигреноз хужумлар кўпинча эрта тонгда содир бўлади, бу мигрен ва циркад ритмлар ўртасидаги боғлиқликни тасдиқлайди. Мелатониннинг бош оғриғи билан оғриган беморлар учун турли мақсадлар учун аҳамияти, шу жумладан унинг яллиғланишга қарши восита сифатида потенциалини ўрганиш, эркин радикалларга таъсирини ўрганиш, цитокин синтези, мембранани барқарорлаштириш ва серотонин регуляциясига таъсирини ўрганиш бўйича кўплаб тадқиқотлар ўтказилди. Мигрен кузатилган беморларда мелатонин даражасининг пасайиши, шунингдек, қон ва сийдикда мелатонин даражасининг пасайиши ҳақида далиллар мавжуд эди. Аурали ва аурасиз бўлган мигренли беморларда мелатонин даражаси назорат гуруҳига қараганда паст бўлган, мигрен ва депрессия бирга кузатилганда мелатонин етишмовчилиги сезиларли даражада юқори бўлган. Мигрен кузатилган беморларда мелатонинни қабул қилишда оғриқ синдромларининг яққоллигининг пасайиши кўрсатилди [25]. Уйқу бузилиши ва бош оғриғи бўлган беморларда уч ойлик мелатонин юборилгандан сўнг бош оғриғи хуружларининг интенсивлиги ва частотаси камайди [26]. Мигрен ва кучли бош оғриғи билан оғриган ёши катта беморлар орасида ўтказилган тадқиқот шунини кўрсатдики,

4 мг мелатонин мигреннинг олдини олиш учун самарали. Тадқиқотда иштирок этган 49 беморнинг 41 нафари олти ойлик даволаниш курсини тугатди ва бош оғриғи хуружлари частотасининг статистик жиҳатдан сезиларли пасайиши ва бош оғриғининг ҳаёт сифатига таъсири олти ойлик мелатонин билан даволашдан кейин аниқланди [27]. Мигрен кузатилган беморларда мелатонин даражасининг пасайиши, шунингдек, қон ва сийдикда мелатонин даражасининг пасайиши ҳақида далиллар мавжуд эди. Аурали ва аурасиз бўлган мигренли беморларда мелатонин даражаси назорат гуруҳига қараганда паст бўлган, мигрен ва депрессия бирга кузатилганда мелатонин етишмовчилиги сезиларли даражада юқори бўлган. Мигрен кузатилган беморларда мелатонинни қабул қилишда оғриқ синдромларининг яққоллигининг пасайиши кўрсатилди [25]. Уйқу бузилиши ва бош оғриғи бўлган беморларда уч ойлик мелатонин юборилгандан сўнг бош оғриғи хуружларининг интенсивлиги ва частотаси камайди [26]. Мигрен ва кучли бош оғриғи билан оғриган ёши катта беморлар орасида ўтказилган тадқиқот шуни кўрсатдики, 4 мг мелатонин мигреннинг олдини олиш учун самарали. Тадқиқотда иштирок этган 49 беморнинг 41 нафари олти ойлик даволаниш курсини тугатди ва бош оғриғи хуружлари частотасининг статистик жиҳатдан сезиларли пасайиши ва бош оғриғининг ҳаёт сифатига таъсири олти ойлик мелатонин билан даволашдан кейин аниқланди [27]. Уйқу бузилиши ва турли хил бош оғриғи ўртасидаги муносабатни ўрганиш хулосаси уларнинг пайдо бўлишининг умумий патофизиологик ва психологик сабабларини кўрсатади. Тўпланган маълумотлар мелатониндан нафақат циркад ритмларни нормаллаштириш ва уйқу бузилишларини даволаш учун, балки бош оғриғини, айниқса сурункали касалликларни комплекс даволаш учун ҳам фойдаланиш имконини берди. Муайян рецепторларга қаратилган янги дори стратегияларини ишлаб чиқиш уйқунини тартибга солиш механизмлари ва уйқу-уйғониш тизими ва бош оғриғини яратиш тизими ўртасидаги муносабатлар ҳақида янги тушунча бериши мумкин деган хулосага келди. Орехин рецепторлари, калситонин гени билан боғлиқ пептидлар ва 5- НТ1 рецепторлари каби тартибга солувчи мақсадларга таъсир қилувчи янги молекулалар уларнинг уйқу бузилиши ва бош оғриғига бир вақтнинг ўзида таъсири учун текширилиши керак.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Steiner TJ, Stovner LJ, Vos T, Jensen R, Katsarava Z. Migraine is first cause of disability in under 50s: will health politicians now take notice? *The Journal of Headache and Pain*. 2018; 19: 17.
2. Stranges S, Tigbe W, Gomes-Olive F, Thorogood M, Kandala N. Sleep problems: an emerging global epidemic? Findings from the INDEPTH WHO-SAGE study among more than 40,000 older adults from 8 countries across Africa and Asia. *Sleep*. 2012, 35 (8): 1173–1181.
3. Living E. On megrim, sick headache, and some allied disorders. London: Churchill, 1873.
4. 4.Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2018; 38 (1): 1–211.
5. American Sleep Disorders Association. Diagnostic Classification Steering Committee. International classification of sleep disorders: diagnostic and coding manual. Westchester: American Academy of Sleep Medicine. 2005. 7
6. Holland PR and Goadsby PJ. The hypothalamic orexinergic system: Pain and primary headaches. *Headache*. 2007; 47: 951–962. 10. Robert C, Bourgeois L, Arreto C-D, Condes-Lara M, Nosedá R, Jay T, Villanueva L. Paraventricular hypothalamic regulation of trigeminovascular mechanisms involved in headaches. *J Neurosci*. 2013; 33: 8827–8840.
7. Goadsby P. J. Putting migraine to sleep: Rexants as a preventive strategy. *Cephalalgia*. 2015; 35 (5): 377–378. 12. Ong J, Park M. Chronic headaches and insomnia: Working toward a biobehavioral model. *Cephalalgia*. 2012; 32 (14): 1059–1070.
8. Morgan I, Eguia F, Gelaye B, Peterlin B, Tadesse M, Lemma S, Berhane Y, Williams M. Sleep disturbances and quality of life in Sub-Saharan African migraineurs. *The Journal of Headache and Pain*. 2015; 16: 18.
9. Song T-J, Yin CH, Cho SI, Yang KI, Chu MK. Short sleep duration and poor sleep quality among migraineurs. A population based study. *Cephalalgia*. 2018; 38 (5): 855–864.
10. Fischera M, Marziniak M, Gralow I, Evers S. The incidence and prevalence of cluster headache: A meta-analysis of population-based studies. *Cephalalgia*. 2008; 28: 614–668.
11. Holle D, Naegel S, Krebs Z, Diener HC, Gaul C, Oberman M. Clinical characteristics and therapeutic options in hypnic headache. *Cephalalgia*. 2010; 30: 1435–1442.

Қабул қилинган сана 20.08.2024

