



**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

**5 (91) 2026**

**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  
У.О. АБИДОВ  
М.М. АКБАРОВ  
Х.А. АКИЛОВ  
М.М. АЛИЕВ  
С.Ж. АМИНОВ  
Ш.Э. АМОИВ  
Ш.М. АХМЕДОВ  
Ю.М. АХМЕДОВ  
С.М. АХМЕДОВА  
Т.А. АСКАРОВ  
М.А. АРТИКОВА  
Д.Т. АШУРОВА  
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. ИСКАНДАРОВА  
А.С. ИЛЪЯСОВ  
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  
Б.Б. ХАСАНОВ  
Д.А. ХАСАНОВА  
Б.З. ХАМДАМОВ  
Э.Б. ХАККУЛОВ  
Г.С. ХОДЖИЕВА  
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)  
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)  
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)

**5 (91)**

**2026**  
*Май*

www.bsmi.uz  
https://newdaymedicine.com  
E: ndmuz@mail.ru  
Тел: +99890 8061882

УДК 616.857+616.8-07+616-001.31

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ В ОТДАЛЁННОМ ПЕРИОДЕ ЛЁГКОЙ ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Артыкова М.А. <https://orcid.org/0000-0003-2750-8114>

Авезов С.К. <https://orcid.org/0009-0006-0601-3138>

Тухтасинов Х.В. <https://orcid.org/0009-0008-3361-7871>

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,  
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

### ✓ Резюме

**Актуальность темы.** Лёгкая закрытая черепно-мозговая травма (ЛЗЧМТ) занимает ведущее место в структуре нейротравмы. Ежегодно в мире регистрируются десятки млн. случаев черепно-мозговой травмы, причём до 70–80% из них составляют лёгкие формы. Не решены вопросы фенотипической структуры болевого синдрома в отдалённом периоде, что затрудняет разработку дифференцированных диагностических и лечебных подходов. Цель исследования - выявление клинической структуры болевого синдрома, оценки его интенсивности в формировании и поддержании посттравматической головной боли. **Материал и методы исследования.** В работу включены 164 пациента молодого (18-44 лет) и среднего возраста (44-59 лет), распределённые на две сопоставимые по возрастной структуре группы: пациенты с головной болью после ЛЗЧМТ (83 чел.) и пациенты с первичными формами головной боли без травматического анамнеза (81 чел.). **Результаты исследования.** В основной группе (ОГ) преобладала персистирующая посттравматическая головная боль и была установлена у 72 (88,9%) пациентов, а в ГС не зарегистрирована ПТГБ. Мигрень в ОГ диагностирована у 28 (34,6%) пациентов, в ГС - у 14 человек (16,9%). Мигренозный фенотип в два раза чаще встречался у пациентов после травмы. В ГС данный вариант регистрировался чаще (38,6%) по сравнению с ОГ(11,1%). Венозный вариант головной боли чаще выявлялся в ОГ - 27,2% против 9,6% в ГС. **Заключение.** Полученные данные свидетельствуют о полиморфности посттравматической головной боли и её сочетании с первичными механизмами.

**Ключевые слова:** легкая закрытая черепно-мозговая травма, головная боль, фенотип.

## YENGIL YOPIQ BOSH MIYA JAROHATINING UZOQ DAVRIDAGI BOSH OG‘RIG‘INING KLINIK XUSUSIYATLARI

Artiqova M.A. <https://orcid.org/0000-0003-2750-8114>

Avezov S.K. <https://orcid.org/0009-0006-0601-3138>

To‘xtasinov X.V. <https://orcid.org/0009-0008-3361-7871>

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O‘zbekiston,  
Buxoro sh., A.Navoiy ko‘chasi, 1-uy Tel.: +998 (65) 223-00-50 E-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

### ✓ Rezyume

**Mavzuning dolzarbligi.** Yengil yopiq bosh miya jarohati (YYBMJ) neyrotravma tarkibida yetakchi o‘rinni egallaydi. Dunyoda har yili o‘n millionlab bosh miya jarohati holatlari qayd etiladi, ularning 70-80 foizi yengil shakllarga to‘g‘ri keladi. Uzoq muddatli davrda og‘riq sindromining fenotipik tuzilishi masalalari hal etilmagan, bu esa differensial diagnostik va davolash yondashuvlarini ishlab chiqishni qiyinlashtiradi. **Tadqiqotning maqsadi** og‘riq sindromining klinik tuzilishi xususiyatlarini aniqlash, jarohatdan keyingi bosh og‘rig‘ining shakllanishi va saqlanishida uning intensivligini baholashdan iborat. **Tadqiqot materiali va usullari.** Tadqiqotga yosh (18-44 yosh) va o‘rta yoshdagi (44-59 yosh) 164 nafar bemor kiritilgan bo‘lib, ular yosh tuzilishiga ko‘ra ikkita taqqoslanadigan guruhga bo‘lingan: CHPMTTdan keyin bosh og‘rig‘i bo‘lgan bemorlar (83 kishi) va travmatik anamnezi bo‘lmagan bosh og‘rig‘ining birlamchi shakllari bo‘lgan bemorlar (81 kishi). **Tadqiqot natijalari.** Asosiy guruhda (AG) persistirlovchi posttravmatik bosh og‘rig‘i ustunlik qildi va 72 (88,9%) bemorda aniqlandi, TGda esa

*PTGB qayd etilmadi. AGda migren 28 nafar (34,6%) bemorda, TGda - 14 nafar (16,9%) bemorda tashxislandi. Migren fenotipi jarohatdan keyingi bemorlarda ikki baravar ko'p uchradi. TGda bu variant AGga (11,1%) nisbatan ko'proq qayd etildi (38,6%). Bosh og'rig'ining venoz varianti AGda ko'proq aniqlandi - 27,2% ga qarshi 9,6% TGda. Xulosa. Olingan ma'lumotlar posttravmatik bosh og'rig'ining polimorfligini va uning birlamchi mexanizmlar bilan uyg'unligini ko'rsatadi.*

*Tayanch iboralar: yengil yopiq bosh miya jarohati, bosh og'rig'i, fenotip.*

## CLINICAL FEATURES OF HEADACHE IN THE LATE PERIOD OF MILD CLOSED TRAUMA

Artikova M.A. <https://orcid.org/0000-0003-2750-8114>

Avezov S.K. <https://orcid.org/0009-0006-0601-3138>

Tukhtasinov X.V. <https://orcid.org/0009-0008-3361-7871>

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1

Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

### ✓ *Resume*

*Relevance of the topic. Mild closed traumatic brain injury (MCTBI) occupies a leading place in the structure of neurotrauma. Tens of millions of cases of traumatic brain injury are registered annually worldwide, with up to 70–80% of these cases being mild. The phenotypic structure of pain syndrome in the late period remains unresolved, which complicates the development of differentiated diagnostic and therapeutic approaches. The aim of the study was to identify the features of the clinical structure of pain syndrome, assess its intensity in the formation and maintenance of post-traumatic headache. Material and methods of the study. The work included 164 patients of young (18–44 years) and middle aged (44–59 years), divided into two groups comparable in age structure: patients with headache after LZTBI (83 people) and patients with primary forms of headache without a history of trauma (81 people). Results of the study. In the main group (MG), persistent post-traumatic headache prevailed and was detected in 72 (88.9%) patients, and in the CG PTHA was not registered. Migraine was diagnosed in 28 (34.6%) patients in the MG, in 14 people (16.9%) in the CG. The migraine phenotype was twice as common in patients after injury. In the CG, this variant was recorded more frequently (38.6%) compared to the MG (11.1%). Venous headache was more frequently detected in the MG – 27.2% versus 9.6% in the CG. Conclusion. The obtained data indicate the polymorphism of post-traumatic headache and its association with primary mechanisms.*

*Keywords: mild closed head injury, headache, phenotype.*

### Актуальность

Лёгкая закрытая черепно-мозговая травма (ЛЗЧМТ) занимает ведущее место в структуре нейротравмы и представляет собой одну из наиболее распространённых форм травматического поражения центральной нервной системы. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), травматические повреждения головного мозга входят в число основных причин временной и стойкой утраты трудоспособности у лиц молодого и среднего возраста. Ежегодно в мире регистрируются десятки миллионов случаев черепно-мозговой травмы, причём до 70–80% из них составляют лёгкие формы [2,7].

В последние годы существенно расширились представления о патогенезе ЛЗЧМТ, механизмах формирования и хронизации посттравматической головной боли (ПТГБ), а также факторах, определяющих ее клиническое течение и прогноз. ЛЗЧМТ является наиболее распространенной формой травматического поражения центральной нервной системы и составляет, по данным эпидемиологических исследований, до 70–90% всех черепно-мозговых травм [1,4,8,9].

Несмотря на формальное определение «легкая», клинические последствия данной формы травмы нередко оказываются длительными и социально значимыми. Вместе с тем остаются нерешенными вопросы фенотипической структуры болевого синдрома в отдаленном периоде, что затрудняет разработку дифференцированных диагностических и лечебных подходов. В связи с этим анализ современных данных о ЛЗЧМТ и ПТГБ является необходимым этапом для обоснования цели и задач настоящего исследования.

Клиническая картина ЛЗЧМТ в остром периоде включает головную боль, головокружение, тошноту, когнитивные и эмоциональные нарушения. Однако особое значение имеет отдаленный период, когда у части пациентов формируется посткоммоционный синдром, характеризующийся персистирующими жалобами более 3 месяцев [10].

Следует отметить, что в настоящее время отсутствует единая точка зрения на механизмы хронизации симптомов после ЛЗЧМТ. Одни авторы подчеркивают роль органических изменений [5], другие акцентируют внимание на психосоциальных факторах [11,12]. Вероятнее всего, формирование стойких посттравматических расстройств имеет мультифакторную природу.

Особую сложность представляет диагностика ЛЗЧМТ в отдаленном периоде. Стандартные нейровизуализационные методы часто не выявляют патологических изменений, что создает диагностические и экспертные трудности. В связи с этим растет интерес к использованию диффузионно-тензорной МРТ, функциональной нейровизуализации и биомаркеров повреждения нервной ткани [3,6].

Таким образом, современные представления о легкой черепно-мозговой травме значительно расширились. ЛЗЧМТ больше не рассматривается как исключительно функциональное и полностью обратимое состояние. Даже минимальное механическое воздействие может запускать сложный каскад нейрометаболических, воспалительных и сосудистых изменений, которые в дальнейшем определяют клиническую симптоматику и могут способствовать формированию хронических посттравматических синдромов.

**Цель исследования** - выявление клинической структуры болевого синдрома, оценки его интенсивности в формировании и поддержании посттравматической головной боли.

### Материал и методы

Исследование выполнено в 2023–2025 гг. на базе неврологического отделения клиники Андижанского государственного медицинского института и носило одноцентровой сравнительный характер с формированием основной и группы сравнения. В работу включены 164 пациента молодого (18-44 лет) и среднего возраста (44-59 лет), распределённые на две сопоставимые по возрастной структуре группы: пациенты с головной болью после лёгкой ЧМТ (83 чел.) и пациенты с первичными формами головной боли без травматического анамнеза (81 чел.).

### Результат и обсуждение

Анализ структуры диагностированных типов головной боли показал, что в основной группе (ОГ) преобладала персистирующая посттравматическая головная боль, соответствующая критериям ICHD-3. Данный диагноз был установлен у 72 пациентов (88,9%). Это подтверждает, что у подавляющего большинства обследованных в отдалённом периоде легкой черепно-мозговой травмы сохраняется клинически значимый болевой синдром травматического генеза (рис. 1, табл. 1).

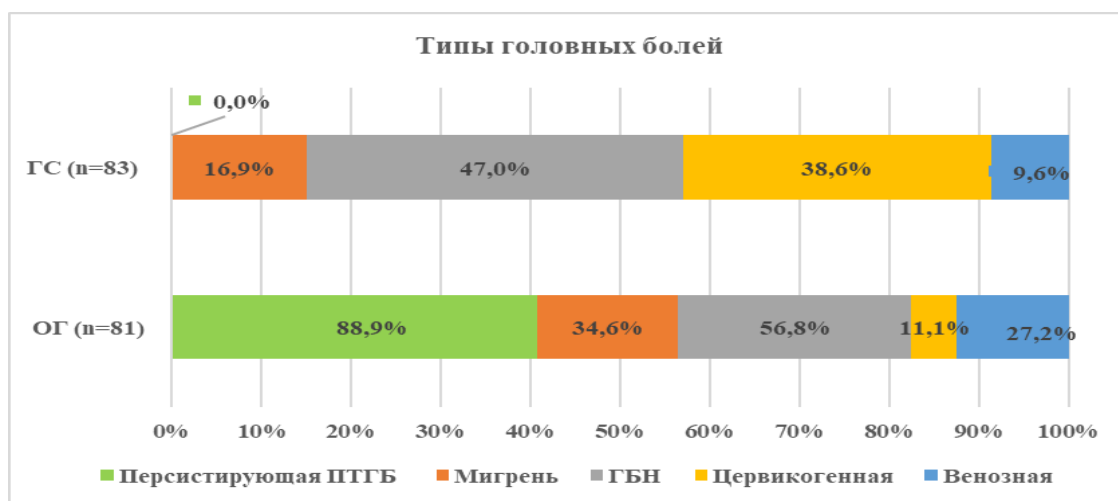


Рис.1. Структура диагностированных типов головной боли (по ICHD-3)

В группе сравнения (ГС) посттравматическая головная боль не регистрировалась, что соответствует критериям включения и подчёркивает корректность стратификации групп. При анализе первичных форм цефалгии установлено, что мигрень в основной группе диагностирована у 28 пациентов (34,6%), тогда как в группе сравнения - у 14 человек (16,9%).

Таким образом, мигренозный фенотип в два раза чаще встречался у пациентов после ЧМТ. Это может свидетельствовать о травматически индуцированной активации тригеминоваскулярных механизмов и повышенной чувствительности болевых структур. Головная боль напряжения выявлялась в обеих группах с высокой частотой: 56,8% в основной группе и 47,0% в группе сравнения. Несмотря на сопоставимость показателей, в основной группе доля ГБН была выше, что может отражать участие мышечно-тонического и центрально-сенситизационного компонентов в формировании посттравматической цефалгии.

Интересной особенностью является различие в частоте цервикогенной головной боли. В группе сравнения данный вариант регистрировался значительно чаще (38,6%) по сравнению с основной группой (11,1%). Это может быть связано с более выраженной дегенеративно-дистрофической патологией шейного отдела позвоночника у пациентов старших возрастных категорий, преобладающих в ГС. Венозный вариант головной боли, напротив, чаще выявлялся в основной группе - 27,2% против 9,6% в группе сравнения. Подобная разница позволяет предположить роль посттравматических нарушений венозного оттока в формировании хронического болевого синдрома.

Проведённый  $\chi^2$ -анализ показал статистически значимые различия между группами по большинству типов головной боли (табл.3.1). Персистирующая посттравматическая головная боль закономерно достоверно преобладала в основной группе ( $\chi^2 = 127,93$ ;  $p < 0,001$ ). Мигрень также чаще диагностировалась у пациентов основной группы ( $\chi^2 = 5,84$ ;  $p = 0,016$ ), что может свидетельствовать о травматически индуцированной активации тригеминоваскулярных механизмов. Цервикогенная головная боль значительно чаще выявлялась в группе сравнения ( $\chi^2 = 15,03$ ;  $p < 0,001$ ), что, вероятно, связано с возрастными дегенеративными изменениями шейного отдела позвоночника. Венозный вариант достоверно чаще встречался у пациентов после ЧМТ ( $\chi^2 = 7,29$ ;  $p = 0,007$ ), что подтверждает роль посттравматических нарушений венозного оттока в патогенезе боли. По частоте головной боли напряжения статистически значимых различий между группами выявлено не было ( $\chi^2 = 1,21$ ;  $p = 0,27$ ).

Таблица 1.

**Результаты анализа диагностированных фенотипов головной боли**

Тип головной боли	ОГ (n=81)		ГС (n=83)		p	$\chi^2$
	абс	%	абс	%		
Персистирующая ПТГБ	72	88,9%	0	0,0%	<0,001*	127,93
Мигрень	28	34,6%	14	16,9%	0,016*	5,84
Головная боль напряжения	46	56,8%	39	47,0%	0,27	1,21
Цервикогенная	9	11,1%	32	38,6%	<0,001*	15,03
Венозная	22	27,2%	8	9,6%	0,007*	7,29

Примечание: \* — различия статистически значимы при  $p < 0,05$

Таким образом, в основной группе доминирует вторичная травматическая форма головной боли. У пациентов после ЧМТ чаще встречаются мигренозные и венозные варианты цефалгии. В группе без травмы более характерна цервикогенная головная боль. Полученные данные свидетельствуют о полиморфности посттравматической головной боли и её сочетании с первичными механизмами. Структура диагностированных типов головной боли демонстрирует не только наличие травматического компонента, но и различия в сопутствующих механизмах формирования болевого синдрома.

### Заключение

1. Установлено, что в отдалённом периоде лёгкой закрытой черепно-мозговой травмы головные боли характеризуются клинической гетерогенностью с преобладанием головной боли напряжения (46,7%) и мигреноподобного варианта (38,7%), при наличии смешанных форм (14,6%) ( $p < 0,05$ ).

2. Доказано, что посттравматическая головная боль не обладает специфическими клиническими признаками и требует фенотипической стратификации.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Андреева НВ. Клинические рекомендации по ведению посттравматической головной боли (руководство для практических врачей). М.: Российская ассоциация неврологов; 2023. 48 с.
2. Атаева ГМ, Махмудов ММ. Клинико-патогенетические особенности посттравматической цефалгии. *Международный неврологический журнал*. 2021;(6):21–27.
3. Беляев АС, Прохоров ВГ. Применение нейромодуляции при хронических болях после ЧМТ. *Вестник нейрофизиологии и биомедицины*. 2024;(1):12–21.
4. Борисова ЕА, Крылов ВВ. Практические аспекты ведения пациентов с посттравматической головной болью. *Российская медицина*. 2023;(9):42–51.
5. Еремина АЮ, Семёнова МВ. Обзор отечественных исследований по нейровоспалению после ЧМТ. *Неврологический вестник*. 2024;(1):5–14.
6. Зайцева ТП. Особенности диагностики и лечения болевого синдрома при сочетанной травме головы и шеи. *Журнал травматологии и ортопедии*. 2024;(2):15–23.
7. Орлова НИ, Козлова АП. Эпидемиология черепно-мозговой травмы в России: результаты многоцентрового исследования. *Российский медицинский журнал*. 2023;(14):12–22.
8. Ashina H, Pjazi A, Al-Khazali HM, et al. Clinical characteristics and burden of persistent post-traumatic headache: a prospective cohort study. *J Headache Pain*. 2022;23:120. doi:10.1186/s10194-022-01490-2.
9. Cnossen MC, Polinder S, Lingsma HF, et al. Prediction of persistent post-concussion symptoms after mild traumatic brain injury: a prognostic model study. *J Neurotrauma*. 2022;39(9-10):627–638. doi:10.1089/neu.2021.0412.
10. D'Souza MM, Trivedi R, Singh K, et al. Role of advanced neuroimaging in persistent post-traumatic headache. *Neuroradiology*. 2023;65:789–801. doi:10.1007/s00234-023-03112-7.
11. Høgh AL, Andersen TE, Jørgensen MB, et al. Sleep disturbances as predictors of persistent headache after mild traumatic brain injury. *Sleep Med*. 2023;101:251–259. doi:10.1016/j.sleep.2022.11.014.
12. Howe EI, Andelic N, Brunborg C, et al. Frequency and predictors of headache in the first year after traumatic brain injury: results from the CENTER-TBI study. *J Headache Pain*. 2024;25:44. doi:10.1186/s10194-024-01751-0.

**Поступила 20.04.2026**