

БЪЛГАРСКО ДРУЖЕСТВО ПО ГЛАВОБОЛИЕ И БОЛКА

CEPHALGIA

THE OFFICIAL JOURNAL OF THE BULGARIAN HEADACHE AND PAIN SOCIETY

VOLUME 11

NUMBER 1

APRIL 2009



**BULGARIAN
HEADACHE
AND PAIN
SOCIETY**

CERHALGIA



Гл. редактор: И. Миланов, София

Зам. гл. редактор: Д. Хаджиев, София

Секретар: Й. Докова, София

Редакционна колегия: Г. Бузи, Венафро

Д. Георгиев, София

Д. Гербер, Кил

Д. Напи, Рим

Д. Сандрини, Павиа

П. Стаменова, София

К. Тасорели, Павиа

Л. Чипилски, София

Д. Шоенен, Лиеш

О. Шьостаг, Трондхаим

Ст. Янчева, София

Editor-in-chief: I. Milanov, Sofia

Associate Editors: D. Hadjiev, Sofia

Secretary: Y. Dokova, Sofia

Editorial Board: G. Buzzi, Venafro

D. Georgiev, Sofia

D. Gerber, Kiel

G. Nappi, Roma

G. Sandrini, Pavia

P. Stamenova, Sofia

C. Tassorelli, Pavia

I. Tchipilski, Sofia

J. Schoenen, Liege

O. Sjaastad, Trondheim

St. Yancheva, Sofia

Техн. секретар: Й. Докова, София

Technical secretary: Y. Dokova, Sofia

CEPHALGIA

СЪДЪРЖАНИЕ

CONTENTS

ОБЗОРИ

REVIEWS

И. Миланов, А. Бозаров

I. Milanov, A. Bozarov

НАРЪЧНИК ЗА ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА
НАЙ-ЧЕСТИТЕ ВИДОВЕ ГЛАВОБОЛИЕ В
ПЪРВИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ 6

EUROPEAN PRINCIPLES OF MANAGEMENT OF
COMMON HEADACHE DISORDERS
IN PRIMARY CARE. 6

ИНСТРУКЦИИТЕ КЪМ АВТОРИТЕ НА БЪЛГАРСКИ И АНГЛИЙСКИ

Българско дружество по главоболие и болка издава списание "Cephalgia", два броя годишно. В него ще се публикуват оригинални статии, обзори, кратки научни съобщения, нови диагностични методи и новости в терапията, свързани с проблемите на главоболието и болката. Приемат се само непубликувани материали. В списанието ще се помещава актуална информация, рецензии на статии и книги.

Статиите трябва да бъдат отпечатани на компютър на двоен интервал на лист със стандартен размер - А4. Всяка страница трябва да съдържа 30 машинописни реда, с 60 знака на ред.

НАЧИН НА ОФОРМЯНЕ НА СТАТИИТЕ:

Заглавна страница

Пълно заглавие, имената на авторите, институцията, в която работят, означена с цифра зад името им, ако авторите работят на различни места, пълен адрес за кореспонденция.

Резюме

Трябва да е отпечатано на отделна страница, както на български език, така и на английски език и дължина 30 реда. Трябва да съдържа заглавие, имената на авторите, въведение, целите на проучването, контингент, методи и получени резултати, обсъждане. Резюмето завършва с ключови думи, подредени по азбучен ред и адрес за кореспонденция, също на английски.

Оригинални статии и кратки научни съобщения

Те трябва да съдържат: въведение, контингент и методи, резултати, обсъждане и книгопис. Те се разграничават с подзаглавия на всяка една от тези части. Оригиналните статии трябва да бъдат до 8 стандартни страници, а кратките научни съобщения - до 4 страници, включително илюстрации, таблици, резюме и книгопис. На отделна страница се поставя легендата за илюстрациите, включваща заглавията и обяснение на съкращенията. Таблиците и илюстрациите са номерирани с арабски цифри.

Обзорни статии

Те трябва да съдържат резюме и книгопис и да бъдат до 10 страници.

Таблицы и илюстрации

Всяка таблица или илюстрация да се представя на отделен лист. На гърба им да се отбелязват с молив авторите и заглавието на материала, както и вертикалната посока със стрелка. За публикуване на снимки, същите трябва да бъдат ясни и гъвкави черно-бели гладки фотографии. Публикуването на цветни снимки се заплаща от автора.

В текста на ръкописа трябва точно да

бъдат обозначени местата за включване на таблиците и фигурите. Мерителните единици да се представят по SI-система и да се изписват на латиница.

Книгопис

Да не съдържа повече от 20 заглавия за научните съобщения и до 30 за обзорите, като се отпечатват на отделен лист, на двоен интервал. Авторите се подреждат по азбучен ред, като се изписват фамилиите и инициалите на всички автори. В началото се изброяват източниците на кирилица, а след тях - тези на латиница. Заглавията на цитираните статии се представят изцяло, а съкратените названия на списанията - както в Index Medicus. В текста цитираните автори се означават с поредния номер от книгописа.

Пример

Научна статия

Couch, J.R., Zienger, D.K., Hassanein, R.S. Evaluation of the relationship between migraine headache and depression. *Headache*, 1975, 15, 41-50.

Глава от книга

Ferrari, M.D., Haan, J. Drug treatment of migraine attacks. In: *Headache*. Goadsby, P.J., Silberstein, S.D., eds. Boston: Butterworth-Heinemann, 1997, 117-131.

Книга

Cummings, J.L. and Benson D.F. *Dementia: A Clinical Approach*. Second ed. Boston: Butterworth-Heinemann, 1992, pp. 348.

Два отпечатани екземпляра от материалите, придружени от текста, записан на 3.5"-дискета, набран на Word for Windows; графики, фигури, илюстрации - всяка отпечатана на отделен лист, да се изпращат на адрес:

Главен редактор: проф. д-р Иван Миланов, дмн
 Университетска специализирана болница
 за активно лечение по неврология
 и психиатрия "Св. Наум"
 ул."Любен Русев" №1, София 1113

INSTRUCTION FOR AUTHORS

"CEPHALGIA" publishes original articles in every aspect of the headache and pain. Manuscripts are considered for publication with the understanding that they have not been published elsewhere except in abstract form. Articles undergo peer review. The journal publishes the following types of articles: reviews, scientific articles, short communications, case reports and letters to the editor. Papers must be written in English. Reviews should not exceed 10 standard type-written pages (30 lines, 60 characters per line). The limit for scientific articles is 8 pages, for short communications and case reports is 4 pages, including the title page, abstract, tables, figures and references; and for letters to the editor is 1 page.

AUTHORS ARE KINDLY ASKED TO PREPARE THE MANUSCRIPTS IN THE FOLLOWING WAY:

Title page:

The title; the name(s) of the author(s); the name(s) of the institution(s) where they work was carried out. If there are more than two authors from different institution, please mark their names with a superscript index. A detailed official mailing address. Second page (not for letters to the editor). A brief abstract (30 lines) arranged under Introduction, Materials and methods, Results, Discussion and Conclusions. Key words (no more than 6) in alphabetic order.

The articles should have the following sections:

Introduction, Materials and Methods, Results, Discussions, Conclusions, References and Legends. The measures should be given according to SI-system. All abbreviations should be explained when appeared for the first time.

Figures All figures should be numbered consecutively throughout and submitted on separate sheets without legends (all legends should be on a separate sheet). All figures should bear the first author's name and the figure number and the top of the figure should be indicated on the back in soft pencil.

Pictures Please, submit only well-contrasted black and white high-quality glossy photographic prints. Colored illustrations will be accepted if the author pays the extra costs.

Tables All tables should be numbered consecutively throughout and submitted on separate sheets including appropriate headers and legends with a minimum explanatory text, if necessary at all.

The place of location for the figures, pictures and tables should be pointed out with a pencil in the text.

References

Citation of works in the text should be by num-

bers in brackets. The list should be numbered in alphabetical order according to the first author's name. Works by 2 or 3 authors should be listed alphabetically according to the second or third author's name. The names of all authors should be included. References may contain up to 30 sources for reviews, up to 20 for articles and no more than 10 for short communications. The journals should be abbreviated according to Index Medicus. References should be styled as follows:

Examples:

Couch, J.R., Zienger, D.K., Hassanein, R.S. Evaluation of the relationship between migraine headache and depression. *Headache*, 1975, 15, 41-50.

Ferrari, M.D., Haan, J. Drug treatment of migraine attacks. In: *Headache*. Goasdsby, P.J., Silberteiu, S.D., eds. Boston: Butterworth-Heinemann, 1997, 117-131.

Cummings, J.L. and Benson D.F. *Dementia: A Clinical Approach*. Second ed. Boston: Buterworth-Heinemann, 1992, p. 348.

Offprints may be purchased, provided the order is received with the corrected proof.

Please submit your manuscript and illustrations in duplicate accompanied by the text on a 3.5" diskette written on Word for Windows. Identify first author's name, file name and program version on the diskette label. Please send the papers to the following address:

Editor-in-chief: Prof. Ivan Milanov, MD, PhD, DSc.

Vice Editor-in-chief of "Cephalgia"

University Hospital "St. Naum"

Department of Neurology,

Ljuben Russev 1 Str, IV kilometer,

1113 Sofia, Bulgaria

НАРЪЧНИК ЗА ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА НАЙ-ЧЕСТИТЕ ВИДОВЕ ГЛАВОБОЛИЕ В ПЪРВИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

под редакцията на проф. д-р И. Миланов, д.м.н. и д-р А. Бозаров
Българско Дружество по главоболие и болка

ПРЕДГОВОР КЪМ БЪЛГАРСКОТО ИЗДАНИЕ

Настоящият наръчник, озаглавен "Европейски принципи при лечението на честите видове главоболие в първичната помощ" е публикуван в списание "The Journal of Headache and Pain" 2007, 8, suppl. 1. Той е създаден в рамките на глобалната кампания за намаляване на бремето от главоболие по света, под егидата на Световната здравна организация. Преведен е на Български език съобразно с приложените към оригиналното издание изисквания за превод. Целта на тази кампания е наръчникът да бъде преведен на всички езици, под контрола на съответните национални дружества по главоболие по света. С това се цели неспециалистите да получат известно обучение в диагнозата и лечението на главоболието. Поради тази причина наръчникът е разработен така, че да не изисква специални познания и умения. Смята се, че главоболието е много често срещано заболяване и може да се диагностицира и лекува в първичната медицинска помощ. Считаме, че в България този наръчник ще бъде полезен както за общо практикуващите лекари, така и за невролозите от доболничната помощ.

ЕВРОПЕЙСКИ ПРИНЦИПИ ПРИ ЛЕЧЕНИЕТО НА ЧЕСТИТЕ ВИДОВЕ ГЛАВОБОЛИЕ В ПЪРВИЧНАТА ПОМОЩ

Steiner, T.J., Paemeliere, K., Jensen, R., Valade, D., Savi, L., Lainez,
M.J.A., Diener, H.C., Martelletti, P., Couturier, E.G.M.,

on behalf of the European Headache Federation and Lifting the Burden:

The Global Campaign to reduce the burden of headache worldwide

Цели: Глобална кампания за намаляване на бремето от главоболието по света

ВЪВЕДЕНИЕ

Главоболието е сред десетте най-чести причини за инвалидизация в Европа (1). Три вида главоболие (мигрена, тензионен тип главоболие и главоболие, дължащо се на злоупотреба с медикаменти) са най-важни в първичната помощ, тъй като те са чести и включват почти всички случаи на главоболие. Лечението на тези нарушения се извършва предимно в рамките на първичната медицинска помощ. Един

четвърти вид главоболие (кластерното главоболие) е също важно, защото то протича със силна болка, лечимо е, но често е погрешно диагностицирано.

Целта на настоящия наръчник е да се помогне на общо практикуващите лекари да диагностицират тези няколко нарушения, да ги лекуват добре, когато това е възможно, да разпознават проявите на други тежки заболявания, протичащи с главоболие и

когато се налага да насочват пациентите към специалисти. Той е най-полезен, когато се прочете цялостно поне веднъж. Принципите са представени в 12 отделни части, групирани в три раздела:

Указания за диагнозата (някои части е необходимо да се запомнят и приложат в рутинната практика, докато други могат да се използват за справка)

1. Главоболието като основно оплакване
2. Диагноза на главоболието
3. Типични прояви на честите видове главоболие
4. Диференциална диагноза на честите видове

главоболие

Указания за лечението (представяват ръководства, които се използват след като диагнозата вече е поставена. Част № 6 включва указания относно информацията за пациентите)

5. Общи аспекти при лечение на главоболието
6. Съвети към пациентите
7. Лечение на мигренозен пристъп
8. Профилактично лечение на мигрена
9. Лечение на тензионен тип главоболие
10. Лечение на кластерно главоболие
11. Лечение на главоболие, дължащо се на злоупотреба с медикаменти

Указания за насочване към специалист (служи за справка и напомняне)

12. Лечение на главоболието в първичната помощ: кога да се насочва към специалист

Към наръчникът са приложени и два въпросника и пет брошури за пациентите, които са разработени от програмата *Lifting The Burden* по егидата на Световната Здравна Организация (СЗО):

- Headache-Attributed Lost Time (HALT) - въпросник за количествена оценка на загубата на време поради главоболие
- Headache and Assessment of Response to Treatment (HART) - въпросник за оценка на ефекта от лечението и указания за проследяване
- серия от брошури с информация за пациентите.

ПРОЦЕС НА РАЗРАБОТВАНЕ

УЧАСТНИЦИ

Първоначалната група разработила тези принципи е на базата на колаборация между Европейската Федерация по Главоболие - European Headache Federation (EHF) и програмата *Lifting The Burden* (*Вдигане на бремето*): Глобална кампания за намаляване на бремето от главоболието по света (The Global Campaign to Reduce the Burden of Headache Worldwide). Състои се от специалисти по главоболие от Белгия, Дания, Франция, Германия, Италия, Холандия, Испания и Обединеното Кралство. Пилотната група се състои от лекари от първичната помощ от същите държави. Консултиращата група се състои от членове на националните гружества по главоболие в рамките на EHF, представящи Албания, Австрия, Белгия, Беларус, България, Дания, Финландия, Франция, Германия, Гърция, Унгария, Израел, Испания, Италия, Литва, Холандия, Полша, Португалия, Румъния, Русия, Сърбия и Черна Гора, Словения, Хърватска, Швеция, Швейцария и Обединеното Кралство. Представители на пациентите и техни защитници са участвали в консултации посредством борда на Европейския Алианс по Главоболие (European Headache Alliance).

ИЗИСКВАНИЯ КЪМ РАЗРАБОТВАНЕТО

Процесът на разработване включва както обзор на всички предписания за лечение, които се използват в Европа и са публикувани или са налични по друг начин на английски език, така и тяхното хармонизиране, селектирайки тези с най-голяма тежест. Базираните на доказателства препоръки са предпочитани пред тези, които не са подкрепени от ясни и недвусмислени такива. Несъответствията между различните предписания са решени чрез директна справка с оригиналния доказателствен материал или там, където такъв липсва - чрез консенсус от експертните мнения.

ЯСНОТА НА ИЗЛОЖЕНИЕТО

Целта е да се дадат ясни и лесно приложими предписания за общо практикуващите лекари, които се предполага, че не са експерти в областта на главоболието. Тези предписания са съставени със съзнанието, че наличието и регулаторното одобрение на различните медикаменти, както и политиката на реимбурсация се различават в отделните страни. Поради тази причина са представени различни терапевтични подходи, като са набляга на ясни и недвусмислени съвети и препоръки.

ПРИЛАГАНЕ НА ПРИНЦИПИТЕ

При съставянето на тези принципи се приема, че лечението на главоболието е развито и адекватно подсигурано във всички страни на Европа, макар това да не е вярно към момента. От страна на EHF и Lifting The Burden се предприемат различни инициативи, които да подпомогнат по-добрата организация на лечението на главоболието във всички страни на Европа. Предписанията са под наблюдението на пилотната група и се преразглеждат годишно от групата по тяхното разработване.

НЕЗАВИСИМОСТ НА РЕДАКЦИОННИЯ КОЛЕКТИВ

EHF самостоятелно е финансирала разработването на тези принципи. Членовете на групата по разработването декларираха следните възможни конфликти на интереси: консултантски споразумения с и/или финансиране на изследвания от ACRAF SpA, Addex Pharma, Allergan, Almirall, Alpharma, Astra Zeneca, Bayer Healthcare, Berlin Chemie, Вцhringer Ingelheim, Bristol-Myers Squibb, CoLucid, Eli Lilly,

GlaxoSmithKline, Grьnenthal, Helsinn Healthcare, Hoffmann La Roche, Janssen-Cilag, Johnson & Johnson, Lusofarmaco, Menarini, Merck Sharpe and Dohme, 3M Medica, Novartis, Pfizer, Pierre Fabrў, Solvay Pharma, SanofiAventis, Sanofi-Synthўlabo, Schaper and Brўmmer, Weber & Weber.

Настоящият наръчник не препоръчва някой оригинален медикамент пред друг такъв с подобен ефект.

КНИГОПИС

1. Stovner LJ, Hagen K, Jensen R; The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide, Cephalalgia, 2007; 27:193-210

1. Главоболието като основно оплакване

Повечето хора имат понякога главоболие и смятат това за нормално. При около 40% от хората в Европа това се превръща в проблем в някакъв период от живота им. В първичната помощ са честите четири вида главоболие (виж таблица 1). Всяко едно от тях има собствена невробиологична основа и е инвалидиращо за пациента, като намалява качеството му на живот.

Един пациент може едновременно да има повече от едно от тези главоболия. Съществуват голям брой други **вторични главоболия**, някои от които са сериозни и трябва да бъдат разпознавани, но общо те се установяват при <1% от пациентите, представящи се с главоболие (виж част № 4. *Диференциална диагноза на честите видове главоболие*).

Таблица 1

Честите видове главоболие в първичната помощ

Мигрена	обикновено е епизодична, с честота 12-16% от общата популация, по-честа при жени отколкото при мъже в отношение 3:1
Тензионен тип главоболие	обикновено е епизодично, засяга >80% от хората; в поне 10% то е често, в 2-3% от възрастните и при някои деца то е хронично, т.е. по-често го имат, отколкото не
Кластърно главоболие	интензивно и често настъпващо главоболие, с краткотрайни пристъпи от главоболие; засяга до 3 на 1000 мъже и 1 на 2000 жени
Главоболие, дължащо се на злоупотреба с медикаменти	синдром на хронично ежедневно главоболие, настъпва в до 3% от възрастните, в отношение 5 жени към 1 мъж и в 1% от децата и непълнолетните; представлява вторично главоболие развиващо се единствено като усложнение на предшестващо главоболие, най-често мигрена или тензионен тип главоболие

2. ДИАГНОЗА НА ГЛАВОБОЛИЕТО

Анамнеза

Анамнезата е най-важна за диагнозата на първичните главоболия и главоболието, дължащо се на злоупотреба с медикаменти (виж таблица 2). Не съществуват диагностични изследвания, които да са от полза за диагнозата. Анамнезата следва да изясни всяка обезпокоителна проява на сериозно вторично главоболие.

Обезпокоителни находки от анамнезата

При всяко новопоявило се главоболие или при значителна промяна в неговата характеристика трябва да се подхожда с повишено внимание.

Следните находки от анамнезата са обезпокоителни:

- главоболие тип "гърмотевичен трясък" (силно главоболие с "експлозивно" или внезапно начало) насочва към субарахноиден кръвоизлив.
- главоболие с атипична аура (продължаваща >1 час или протичаща с пареза). Може да е симптом на ТИА или инсулт.
- аура без главоболие, при липса на анамнеза за мигрена с аура. Може да е симптом на ТИА или инсулт.
- аура настъпваща за първи път при пациент по време на прием на комбинирани орални контрацептиви. Показва риск от инсулт.
- новопоявило се главоболие при пациент на възраст над 50 години (може да е симптом на темпорален артериит или на интракраниален тумор) или такова при дете преди пубертет (изисква насочване към специалист и диагностициране)
- прогресиращо главоболие, което се влошава за седмици или за по-дълго (може да се дължи на интракраниална пространствозаемаща лезия)

- главоболие, влошаващо се при заемане на поза или при маньовър, които повишават интракраниалното налягане (може да е симптом на интракраниален тумор)

- новопоявило се главоболие при пациент с анамнеза за ракови заболяване, HIV инфекция или имунна недостатъчност (вероятно е да е вторично главоболие).

Диагностичен дневник

Когато сериозните причини за главоболие бъдат изключени, воденето на дневник на главоболието за няколко седмици уточнява патерна на главоболието и свързаните с него симптоми, както и употребата или свръх употребата на медикаменти.

Физикален преглед при пациенти с главоболие

Мигрената, тензионният тип главоболие, кластерното главоболие и главоболието, дължащо се на злоупотреба с медикаменти се диагностицират единствено от анамнезата. Симптомите на кластерното главоболие се забелязват по време на пристъп. Физикалният преглед е задължителен, когато анамнезата насочва към вторично главоболие.

Обезпокоителни находки от прегледа

- повишена температура по време на главоболието
- огнищна неврологична симптоматика по време на главоболието

Изследване на пациент с главоболие

Изследвания, включително невроизобразяващи, са показани, когато анамнезата или прегледа насочват към вторично главоболие.

Таблица 2

Въпроси, които се задават при снемане на анамнеза

Колко различни видове главоболие има пациентът? За всеки вид трябва отгелна анамнеза	
Време	<ul style="list-style-type: none"> • Защо пациентът търси лекарска помощ сега? • От кога е започнало главоболието? • Колко често е то? (епизодично или ежедневно и/или без ремисии)? • С каква продължителност е?
Характер	<ul style="list-style-type: none"> • Сила на болката? • Вид и качество на болката? • Локализация и разпространение на болката? • Придружаващи симптоми?
Причина	<ul style="list-style-type: none"> • Прегразполагащи и/или провокиращи фактори? • Влошаващи и/или облекчаващи фактори? • Има ли подобно главоболие в семейството?
Поведение	<ul style="list-style-type: none"> • Какво прави пациентът по време на главоболието? • До каква степен се ограничава или възпрепятства функционирането на пациента? • Как е било лекувано, как се лекува сега, с какъв ефект е лечението?
Състояние между пристъпите	<ul style="list-style-type: none"> • Напълно добро; има ли остатъчни или персистиращи симптоми? • Притеснения, безпокойство, страх от повтарящи се пристъпи и/или страх от причината за тях?

3. ТИПИЧНИ ПРОЯВИ НА ЧЕСТИТЕ ВИДОВЕ ГЛАВОБОЛИЕ

Мигрена

Мигрената протича в два основни подвида, мигрена без аура и мигрена с аура. Един пациент може да има и двата подвида.

Мигрена без аура

Възрастните с това нарушение обикновено описват:

- пристъпно, епизодично, умерено до тежко главоболие, което:

- често е едностранно и/или пулсиращо
- продължава от 4 до 72 часа
- е придружено от гагене и/или повръщане
- се влошава от рутинна физическа активност
- по време на главоболието ограничават активността си и предпочитат затъмнено и тихо място

- липса на симптоми между пристъпите.

При геца:

- пристъпите могат да са по-кратки
- главоболието е по-често двустранно и по-рядко пулсиращо
- гастроинтестиналните нарушения са по-изявени.

Мигрена с аура

Мигрената с аура засяга една трета от хората с мигрена и представлява 10% от мигренните прис-

тъпи. Характеризира се с аура, предхождаща главоболието, която се състои от един или няколко неврологични симптома, развиващи се постепенно за >5 минути и които отшумяват в рамките на 60 минути:

- хемипаретични нарушения на зрението или сцинтилиращи скотоми (ако бъде помолен, пациентът може да нарисува назъбен полумесец)
- и/или едностранни парестезии в ръката, целия горен крайник и/или лицето
- и/или (рядко) дисфазия.

Останалите симптоми са подобни на мигрената без аура.

Типична аура без главоболие може да настъпи при пациенти с минала анамнеза за мигрена с аура.

Тензионен тип главоболие

То се проявява в три подвида. Само два от тях имат медицинско значение. Това са: честото епизодично тензионен тип главоболие и хроничното тензионен тип главоболие.

Често епизодично тензионен тип главоболие:

- протича като пристъпно-подобни епизоди, най-малко един път месечно, с продължителност от часове до няколко дни
- може да е едностранно, но по-често е генерализирано

- най-често се описва като притискане или стягане в главата, подобно на менгеме или стягаща кърпа, или се усеща във врата

- липсва симптомо-комплексът свързан с мигрената.

Хронично тензионен тип главоболие

- по дефиниция се появява ≥ 15 гена в месеца за повече от 3 месеца, като може да е ежедневно и непрекъснато

- Останалите симптоми са подобни на честото епизодично тензионен тип главоболие.

Кластърно главоболие

Това е лесно различимо състояние, което се проявява в два подвида, епизодично кластърно главоболие и хронично кластърно главоболие. Епизодичното кластърно главоболие настъпва на периоди (кластър) с продължение от 6 до 12 седмици, веднъж годишно или на две години, след което настъпва период на ремисия до следващия кластър.

Хроничното кластърно главоболие персистира без ремисии, но то е по-рядко. Може да се развие от или да се върне към епизодично кластърно главоболие.

Кластърното главоболие:

- засяга по-често мъжете
- проявява се като строго едностранна, мъчителна болка около окото

- настъпва често, един път или повече дневно, често през нощта

- е краткотрайно, пристъпите продължават от 15 до 180 минути (обикновено 30-60 минути)

- има много характерни и строго ипсилатерални автономни нарушения, включващи:

- зачервяване на окото и сълзотечение

- ринорея или запушване на ноздрата

- птоза на клепача

- причинява значително неспокойствие (пациентът не може да лежи в легло, крачи из стаята, дори излиза навън).

Обобщени характеристики, по които се различават честите видове главоболия (NB: два или повече вида главоболие могат да се проявяват едновременно)			
	Мигрена	Тензионен тип главоболие (ТТГ)	Кластърно главоболие (КГ)
Времеви патерн	повтарящи се пристъпи с продължителност от 4 часа до 3 дни; с честота най-често от 1-2/месеца, като варира от 1/година до 2/седмица; липсват симптоми между пристъпите	Епизодично ТТГ: пристъпноподобни епизоди с продължителност от часове до няколко дни; с честота от 1 до 14 дни на месец; липсват симптоми между пристъпите Хронично ТТГ: с честота ≥ 15 дни на месец (често е ежедневно и без ремисии)	Епизодично КГ: краткотрайни пристъпи (15-180 минути), настъпващи често (обикновено ≥ 1 дневно) за периоди (кластър) с продължителност 6-12 седмици, веднъж годишно или на две години, следвани от ремисия Хронично КГ: подобно, но без ремисии между кластърите
Типични характеристики на главоболието	често едностранно и/или пулсиращо	може да е едностранно, но по-често е генерализирано; може да се усеща във врата; най-често се описва като притискане или стягане	строго едностранно, периорбитално
Сила на главоболието	обикновено умерено до силно	обикновено леко до умерено	много силно
Придружаващи симптоми	често гадене и/или повръщане; често фото- и/или фонофобия	липсват (леко гадене, но без повръщане, може да придружава хроничното ТТГ)	строго ипсилатерални автономни симптоми: зачервяване на окото и сълзотечение, ринорея или запушване на ноздрата, птоза на клепача
Поведенческа реакция	избягване на физическа дейност; почивка на легло; предпочитание към тъмни и тихи места	няма специфична такава	изразена ажитация

*Главоболие, дължащо се на злоупотреба с
медицименти*

Главоболието, дължащо се на злоупотреба с медикаменти е синдром на хронично ежедневно главоболие и представлява усложнение на предшестващо главоболие (най-често мигрена или тензионен тип главоболие). Дължи се на хронична свръх употреба на медикаменти, използвани за лечение на главоболие или на друг вид болка.

Всички медикаменти за симптоматично лечение на главоболие могат да имат този ефект. Честотата, редовността и продължителността на приема са важни детерминанти на риска.

Анамнезата разкрива епизоди на главоболие с нарастваща честота, на фона на нарастваща употреба на медикаменти, за период от месеци до много години.

*Главоболие, дължащо се на злоупотреба с
медицименти*

- свързва се с:
 - редовна употреба на аналгетици за ≥ 15 дни на месец
 - и/или
 - редовна употреба на опиоиди, ерготаминови алкалоиди или триптани, или всяка комбинация от тях, за ≥ 10 дни на месец
 - проявява се ежедневно или почти ежедневно
 - налице е при събуждане сутрин (често в най-тежката си форма)
 - първоначално се влошава от опитите да се прекрати медикацията.

Диагнозата главоболие, дължащо се на злоупотреба с медикаменти се потвърждава ако симптомите се подобряват до 2 месеца след прекратяване на злоупотребата.

**4. ДИФЕРЕНЦИАЛНА ДИАГНОЗА НА ЧЕСТИТЕ
ВИДОВЕ ГЛАВОБОЛИЕ**

Всяко от първичните главоболия е в диференциалната диагноза на всяко едно от другите. Главоболието, дължащо се на злоупотреба с медикаменти е в диференциалната диагноза на мигрената и тензионния тип главоболие. Диференциалната диагноза включва и малък брой сериозни вторични главоболия, които е важно да бъдат разпознавани.

*Обезпокоителни находки от анамнезата или от
прегледа*

- ново появило се или неочаквано главоболие или главоболие развиващо нови характеристики.
- главоболие тип "гърмотевичен трясък" (силно главоболие с "експлозивно" или внезапно начало). Насочва към субарахноиден кръвоизлив.
- главоболие с атипична аура (продължаваща > 1 час или протичаща с пареза). Може да е симптом на транзиторни исхемични атаки (ТИА) или инсулт.
- аура без главоболие, при липсата на анамнеза за мигрена с аура (може да е симптом на ТИА или инсулт)
- аура настъпваща за първи път при пациент по време на прием на комбинирани орални контрацептиви (показва риск от инсулт)
- ново появило се главоболие при пациент на възраст над 50 години (може да е симптом на темпорален артериит или на интракраниален тумор) или при дете преди пубертет (изисква насочване към специалист и диагностициране)
- прогресиращо главоболие, влошаващо се за седмици или за по-дълго (може да е симптом на интракраниална пространство заемаща лезия)
- главоболие свързано или влошаващо се при промяна на позата или при маньовър, които повишават интракраниалното налягане (може да е симптом на интракраниален тумор)
- новопоявило се главоболие при пациент с анам-

неза за раково заболяване, HIV инфекция или имунна недостатъчност (вероятно да е вторично главоболие)

- неизяснена пирексия придружена от главоболие (може да е симптом на менингит)
- огнищни неврологични симптоми придружени от главоболие (насочва към вторично главоболие)

5. ОБЩИ АСПЕКТИ ПРИ ЛЕЧЕНИЕТО НА ГЛАВОБОЛИЕТО

Следните принципи са от важно значение при лечението на всички видове главоболие в първичната помощ.

Разбиране на ефектите от главоболието

- Повтарящото се инвалидиращо главоболие е бремене за пациента и има ефект върху други хора - семейството, колегите и работодателя.
- Повтарящото се инвалидиращо главоболие може да доведе до негативни промени в начина на живот или по време на пристъпите или при опит те да се избегнат. По този начин епизодичното главоболие може да има постоянен ефект върху качеството на живот на пациента.

Въпросникът HALT разработен от Lifting The Burden (Приложение 1) е инструмент за количествена оценка на загубеното време дължащо се на главоболие.

Реалистични цели на лечението

- В повечето случаи, главоболието не може да бъде излекувано, но то може да бъде ефективно контролирано.
- Обикновено при възрастни главоболието ремитира.

Разясняване и успокояване на пациента

- Много от пациентите с повтарящо се главоболие неправилно се страхуват от подлежащо забо-

ляване. Ето защо не трябва да се пропуска пациентът да бъде успокоен по подходящ начин.

- Разясненията са важен елемент от превантивната терапия при пациенти с мигрена или с често епизодично тензионен тип главоболие, тъй като при тях има риск от прекомерна употреба на медикаменти.

Причини и провокиращи фактори

- Макар често пациентите да искат да знаят причината за тяхното главоболие, това не винаги е възможно. Генетични фактори и фактори на околната среда допринасят за развитието на процеси, които не са добре изяснени.
- Много пациенти търсят помощ, за да идентифицират провокиращите фактори. При мигрената значението на провокиращите фактори е преувеличено. Обикновено те се разпознават от самия пациент. Провокиращите фактори могат по-трудно да се установят, когато имат кумулативен ефект и заедно достигат праг, над който настъпва пристъп. Дори когато са ясни, провокиращите фактори не винаги могат да бъдат избегнати.
- Противно на популярното схващане не съществува "мигрена диета". Алкохолът и monosodium glutamate са единствените доказани провокиращи фактори.

Проследяване

Всеки пациент, при когото се прилага лечение или то се променя, изисква проследяване с оглед провеждане на оптимална терапия. Препоръчва се оценка на изхода от лечението. За тази цел в първичната помощ може да се използва въпросникът HART (Приложение 1).

Персистираща липса на ефект от лечението е показание за насочване към специалист.

Водене на дневник и календар

Воденето на дневник се препоръчва за:

- документиране на симптомите и характера на главоболието - помагат за правилната диагноза
- документиране на употребата и злоупотребата с медикаменти
- установяване на евентуална връзка с менструалния цикъл и други потенциално провокиращи фактори.

Воденето на календар се препоръчва за:

- насърчаване на комплайънса към профилактичното лечение
- документиране на ефекта от лечението
- мониториране на употребата и свърх употребата на медикаменти за симптоматично лечение
- документиране на изхода от лечението.

6. СЪВЕТИ КЪМ ПАЦИЕНТИТЕ

Пациентите с главоболие обикновено търсят и изискват информация. Много от тях намират или вече са намерили подвеждаща информация в интернет.

Немедикаментозно лечение

На пациентите, които се интересуват могат да се дадат следните съвети:

- **Биофигбек и релаксираща терапия** - могат да бъдат полезни и са потенциални възможности, когато е необходимо да се избягва медикаментозното лечение. Този вид терапия трябва да се прилага само от обучен персонал. В повечето страни такъв персонал е в ограничена наличност.
- **Физиотерапия** - има доказан ефект при някои пациенти с тензионен тип главоболие. Изисква се да бъде направена умело и да бъде индивидуализирана, което е трудно постижимо в повечето страни.
- **Акупунктура** - при някои пациенти с мигрена или с тензионен тип главоболие има терапевтична

полза, въпреки че големи клинични проучвания не са успели да направят разлика между акупунктурата и нерегламентираните процедури. Акупунктурата трябва да бъде направена правилно и да е индивидуализирана.

- **Транскутанна електро-нервна стимулация (TENS)** - може да е от полза при хронична болка, но е с недоказана ефективност при лечението на главоболие.

- **Билки** - в повечето случаи не се препоръчват. Според клинични проучвания, чобанката (*petasites hybridus*) има известна ефективност и е одобрена за използване в някои страни, но продаваните форми се различават по съдържание и тяхната токсичност не е добре проучена. Продаваните форми на вратигата (*tanacetum parthenium*) се различават значително по съдържание, като тяхната токсичност също не е добре изяснена.

- **Хомеопатия** - не е с доказана терапевтична стойност. Няма разумни доводи за свободната продажба на хомеопатични средства.

- **Рефлексология** - няма научна обосновка.

- **Различни уреди** - съществуват много на пазара, като някои от тях са скъпи и рекламирани чрез непотвърдени твърдения за ефективност. Съобщенията за ефективност могат да се отгадат на плацебо ефект и следва да се пренебрегват.

- **Студени пакети** - при някои хора приложени върху главата и/или на врата облекчават болката или дискомфорта.

- **Стоматологично лечение (вкл. шини и хирургично наместване на захапката)** - е с недоказана стойност за лечение на главоболие и следва да не се препоръчва за тази цел.

- **Очила** - трябва да са предписани от специалист и носени когато трябва, но рефрактерните нарушения рядко са причина за притеснително главоболие.

- **Затваряне на персистиращ foramen ovale**

(PFO) - има недостатъчно доказателства да се поддържа хипотезата, че затварянето на PFO намалява честотата на пристъпите от мигрена. Тази процедура носи малък риск от сериозни нежелани събития, включително инсулт, сърдечна тампонада, предсърдно мъждене и смърт. Провеждат се допълнителни проспективни проучвания, като затварянето на PFO, не трябва да се прилага за профилактика на мигрена извън рамките на тези проучвания.

- **Други хирургични процедури на лицето и шията** - нямат полза и са потенциално увреждащи.

Хормонална контрацепция и хормоно заместителна терапия (ХЗТ)

Главоболието често е странична нежелана реакция на комбинираните орални контрацептиви (КОК). Много жени съобщават за начало или за влошаване на мигрената след като са започнали прием на такива медикаменти.

На пациентите с мигрена могат да се дадат следните съвети относно хормоналната контрацепция:

- мигрената с аура и етинилестрадиолът в КОК са два независими рискови фактори за инсулт при млади жени
- при жени с мигрена с аура и с допълнителни рискови фактори за инсулт (включително тютюнопушене) се препоръчват алтернативи на КОК
- контрацепцията само с прогестерон е приемлива при всеки вид мигрена.

Хормоно заместителната терапия не е противопоказана при мигрена. Решението дали да се започне или да се продължи ХЗТ следва да се вземе според общо прилаганите критерии.

Информационни източници за пациентите

Програмата Lifting The Burden е разработила серия от брошури с информация за пациентите относно

честите видове главоболие и тяхното лечение, както и една брошура относно женските хормони и главоболието (Приложение 2). Досега те са издадени на датски, холандски, английски, френски, немски, италиански, португалски и испански език.

Световният Здравен Алианс - World Health Alliance (WHA)

WHA е благотворителна организация. Нейната уеб страница съдържа много информация за хората с главоболие, като има и връзки с много други полезни страници, включително и с тези на организациите членки от 26 страни.

За повече информация посетете www.w-h-a.org

7. ЛЕЧЕНИЕ НА ПРИСТЪП ОТ МИГРЕНА

Всички възрастни трябва да имат достъп до медикаменти за лечение на мигренен пристъп. Деца с краткотрайни пристъпи могат да се повлияят добре от почивка на легло без допълнително лечение.

При възрастни и деца, честата употреба (>2 дни седмично) на медикаменти за лечение на пристъп, представлява риск за развитието на главоболие, дължащо се на злоупотреба с медикаменти.

Медикаментозно лечение

Всички пациенти следва да предприемат стъпаловидно лечение, обикновено лекувайки три пристъпа по време на всяко стъпало преди да преминат към следващото. Тази стратегия, ако се следва точно, позволява достигането на най-ефективната и икономически най-изгодната индивидуализирана терапия.

Първа стъпка: симптоматично лечение

- аналгетици
- плюс, антиеметик при нужда

Аналгетици	Антиеметици
ацетилсалицилова киселина 900-1000 mg (само при възрастни) или ibuprofen 400-800 mg или diclofenac 50-100 mg или ketoprofen 100 mg или naproxen 500-1000 mg или (когато горните са противопоказани) paracetamol 1000 mg	domperidone 20 mg или metoclopramide 10 mg

Различни предписания могат да препоръчват в първа стъпка да се опита повече от един аналгетик, преди да се премине към втора стъпка.

За ефективността на paracetamol няма достатъчно доказателства и той не е средство на първи избор.

Принципи на първата стъпка

- да се използват разтворими аналгетици или спрей форми
- приемът да става в началото на пристъпа, в адекватни дози
- стомашната стаза, която е ранна проява при мигрената и нарушава оралната бионаличност на медикаментите се потиска с прокинетилен антиеметик
- при повръщане се предпочита ректалното приложение
 - супозатории аналгетик (diclofenac 100 mg, ibuprofen 400 mg, ketoprofen 100-200 mg или naproxen 500-1000 mg)
 - при нужда, супозатории антиеметик (domperidone 30 mg или metoclopramide 20 mg).

Първа стъпка при деца (когато това е наложително)

- аналгетик: ibuprofen 200-400 mg в зависимост от възрастта и теглото
- антиеметик: domperidone 10-20 mg в зависимост от възрастта и теглото.

Втора стъпка: специфична терапия

Специфични анти-мигрени медикаменти, фармакологични форми и дози (наличността им варира за отделните страни)	
Almotriptan	таблетки 12,5 mg
Eletriptan	таблетки 20 mg и 40 mg (доза от 80 mg може да е ефективна, ако 40 mg не е)
Frovatriptan	таблетки 2,5 mg
Naratriptan Rizatriptan	таблетки 2,5 mg таблетки 10 mg (таблетки 5 mg - да се използват при едновременен прием на propranolol); диспергиращ се в устата лиофилизат 10 mg
Sumatriptan	таблетки и бързо разтворими таблетки 50 mg и 100 mg; супозатории 25 mg; назален спрей 10 mg (при деца) и 20 mg; подкожна инжекция 6,0 mg
Zolmitriptan	таблетки 2,5 mg и 5,0 mg; диспергиращи се в устата таблетки 2,5 mg и 5,0 mg; назален спрей 5,0 mg
ergotamine tartrate	таблетки 1,0 mg и 2,0 mg; супозатории 2,0 mg

Принципи на втората стъпка

- при наличие на триптани и ако не са противопоказани, те трябва да се препоръчват на всички пациенти, при които първа стъпка е неефективна
- ерготаминът има много ниска и трудно предвидима бионаличност, което нарушава неговата ефективност и фармакокинетика и намалява продължителността му на действие. Общо тези фактори водят до лоша поносимост на този медикамент
- за да се избегне рискът от развитието на главоболие, дължащо се на злоупотреба с медикаменти, триптаните не трябва да се използват системно за повече от 10 дни на месец.
- триптаните имат малки разлики помежду си, докато терапевтичният отговор към тях има големи и непредвидими индивидуални различия. Един триптан може да е ефективен докато друг да не е. Пациентите трябва да опитат няколко от тях, в различни форми и да изберат един.
- първоначалната доза на всички перорални триптани (освен в някои случаи eletriptan) е една таблетка
- при липса на ефект, втора доза не се препоръчва от повечето производители на триптани, но ако е приета по-малко от 2 часа след първата, в

някои случаи може да има ефект

- триптаните са по-ефективни, когато се приемат докато главоболието е все още слабо (тази инструкция трябва да се дава само на пациенти, които сигурно могат да различат мигрена от тензионен тип главоболие)

- при загене може да се добавят domperidone 20 mg или metoclopramide 10 mg

- при повръщане може да се предпочетат супозитории sumatriptan, назален спрей zolmitriptan (абсорбира се през носната лигавица) или подкожни инжекции sumatriptan

- когато всички други триптани са неефективни, трябва да се вземе предвид подкожна инжекция на 6 mg sumatriptan

- при до 40% от пациентите с първоначален терапевтичен отговор, триптаните са свързани с повторна поява на симптомите в рамките на 48 часа (рецидив).

Лечение на рецидив

- повторната доза триптан обикновено е ефективна

- повторната доза може да доведе до нов рецидив (когато това се повтаря, триптанът трябва да се смени)

- НСПВС могат да са ефективна алтернатива.

Предотвратяване на рецидив

- ограничен брой доказателства показват, че един от следните подходи може да предотврати появата на рецидив:

- едновременно използване на триптан и НСПВС

- използване на триптан, последвано от НСПВС 6-12 часа по-късно.

Противопоказания за втора стъпка

Бременността представлява общо противопоказание за употребата на ерготамин и на всички

триптани. Съществуват специални предупреждения за всеки триптан поотделно (виж фармакопейта).

Всички триптани и ерготаминови алкалоиди трябва да се избягват от хора с:

- неконтролирана хипертония

- коронарна болест на сърцето, мозъчносъдова болест или периферна съдова болест

- множествени рискови фактори за коронарна или мозъчносъдова болест.

Втора стъпка при деца

Няма специфичен анти-мигренен препарат, който да е ефективен при деца (под 12 годишна възраст). Неуспех при първа стъпка е показание за насочване към специалист.

Проследяване

Всеки пациент, на когото се предлага профилактично лечение или на когото се променя терапията, изисква проследяване с оглед на прилагането на оптимална терапия.

За мониториране на симптоматичното лечение или свръх употреба на медикаменти, както и за подобър комплайънс към профилактичното лечение и за документиране на ефекта от лечението се препоръчва воденето на календар. Препоръчва се също така и оценка на изхода от терапията. В условията на първичната помощ може да се използва индексът HART (Приложение 1). Неуспех на симптоматичното лечение може да е показание за профилактика (виж част 8. Профилактично лечение на мигрена).

Информация за пациентите

Програмата Lifting The Burden е разработила информационна брошура относно мигрената и нейното лечение (Приложение 2). Брошурата е издадена на датски, холандски, английски, френски, немски, италиански, португалски и испански език.

8. ПРОФИЛАКТИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА МИГРЕНА

При всеки пациент, възрастен или дете, с намалено качество на живот дължащо се на мигрена, може да се наложи профилактика в допълнение към симптоматичното лечение.

Показания за профилактика

Профилактична терапия може да се добави когато:

- пристъпите инвалидизират за два или повече дни на месец
- и
- когато това не се предотвратява от оптимизирано симптоматично лечение, и
- пациентът има желание да приема ежедневно медикация.

Други показания за профилактика са:

- риск от свръх честа употреба на симптоматични медикаменти, дори когато те са ефективни (профилактичните медикаменти също носят риск от развитие на главоболие, дължащо се на злоупотреба с медикаменти)
- при деца, които отсъстват често от училище.

Ефективни медикаменти

Профилактични медикаменти с доказано добра ефективност (наличието им и регулаторното одобрение се различават за отделните страни; отговорността за използването на неodobрени медикаменти е индивидуална)	
бета-адренергични блокери без частичен агонизъм	atenolol 2 x 25-100 mg/гн. или bisoprolol 5-10 mg/гн. или metoprolol 2 x 50-100 mg/гн. или propranolol LA 80 mg/гн. 2 x 160 mg/гн.
Topiramate	25 mg/гн. - 2 x 50 mg 2/гн.
Flunarizine	5-10 mg/гн.
sodium valproate	600-1500 mg/гн.
Amitriptyline	10-100 mg/вечер

Всички тези медикаменти имат противоположния и странични ефекти (виж фармакопея).

Принципи на профилактиката

- За оценка на ефективността и за по-добрия комплайънс, всеки пациент на профилактична терапия следва да води календар.
- Лошият комплайънс е основен фактор за намалената ефективност на профилактиката. Еднократната дневна доза е свързана с по-добър комплайънс.
- Всеки един медикамент трябва да се започне с ниска доза и тя да бъде увеличавана при липсата на сериозни странични ефекти.
- Медикаменти, които изглеждат, че са неефективни, не трябва да се спират твърде рано. Минималното време за достигане на ефект може да е 2-3 месеца.
- Неуспех с един медикамент не означава, че такива от друга група ще са неефективни.
- Постепенно отнемане на профилактичния медикамент може да се предприеме след 6 месечен добър контрол, като то не трябва да става след повече от 1 година.
- Amitriptyline може да се предпочете, ако мигрената се придружава от тензионен тип главоболие, депресия или нарушение на съня.
- При бременност, propranolol е с най-добре доказана безопасност.

Профилактика при деца

- Могат да се опитат бета блокери (дозирането е според телесното тегло) или flunarizine (дозирането е според възрастта).

Проследяване

Всеки пациент, на когото се предлага профилактично лечение или на когото се променя терапията, изисква проследяване за постигането на оптимална терапия.

За по-добър комплайънс и за документиране на ефекта от лечението се препоръчва воденето на ка-

ленгар. Препоръчва се също така и оценка на изхода от терапията. В условията на първичната помощ може да се използва индексът HART (Приложение 1).

При неуспех на профилактиката

- неуспехът може да се дължи на субтерапевтични дози или на недостатъчна продължителност на лечението
- да се преразгледа диагноза
- да се оцени комплайансът
- да се търсят други медикаменти, които пациентът употребява и особено такива, с които се злоупотребява
- при ясна липса на ефект, профилактиката да се прекрати
- при изчерпване на всички възможности е показано насочване към специалист.

Информация за пациентите

Програмата Lifting The Burden е разработила информационна брошура относно мигрената и нейното лечение (Приложение 2). Тя е издана на датски, холандски, английски, френски, немски, италиански, португалски и испански език.

Хормонална контрацепция и хормоно заместителна терапия (ХЗТ)

Много жени съобщават за начало или за влошаване на мигрената, след като са започнали прием на комбинирани орални контрацептиви (КОК). Някои жени обаче съобщават за подобрене на съществуваща мигрена.

Следните съвети могат да се дадат относно хормоналната контрацепция:

- мигрената с аура и етинилестрадиолът в КОК са два независими рисков фактори за инсулт при млади жени
- препоръчват се алтернативи на КОК при жени с мигрена с аура и с допълнителни рискови фактори

за инсулт (включително тютюнопушене)

- контрацепцията само с прогестерон е приемлива при всеки вид мигрена.

ХЗТ не е противопоказана при мигрена. Решението дали да се започне или да се продължи ХЗТ следва да се вземе според общо прилаганите критерии.

Програмата Lifting The Burden е разработила информационна брошура относно женските хормони и главоболието.

Ботулинов токсин (Botox)

Пациентите биха могли да се интересуват от този вид лечение.

Няма достатъчно доказателства, които да са в подкрепа на ефективността на Botox при профилактиката на мигрената. Понастоящем този вид лечение не се препоръчва.

Персистиращ foramen ovale (PFO) и мигрена

Пациентите биха могли да се интересуват от този вид лечение.

Няма достатъчно доказателства, за да се поддържа хипотезата, че затварянето на PFO намалява честотата на мигренните пристъпи. Тази процедура носи малък риск от сериозни нежелани събития, включително инсулт, сърдечна тампонада, предсърдно мъждене и смърт. Провеждат се допълнителни проспективни проучвания, като затварянето на PFO, не трябва да се прилага за профилактика на мигрена извън рамките на тези проучвания.

9. ЛЕЧЕНИЕ НА ТЕНЗИОННИЯ ТИП ГЛАВОБОЛИЕ

При тензионния тип главоболие, медикаментозното лечение има ограничено приложение, но в тези рамки то е ефективно при голям брой от пациентите. Може да съществуват показания, както за симптоматично така и за профилактично лечение. В случаите когато главоболието е често, поради риск от лекарствена злоупотреба симптоматичното

лечение трябва да се прилага с повишено внимание.

Симптоматично лечение

- Симптоматично лечение с аналгетици е подходящо при пристъпи от епизодично тензионен тип главоболие с честота ≤ 2 дни на седмица:

- ацетилсалицилова киселина 600 -1000 mg (само при възрастни).

- ibuprofen 400-800 mg

- paracetamol 1000 mg е по-малко ефективен.

- Епизодично тензионен тип главоболие с честота > 2 дни на седмица е показание за профилактика, по скоро вместо, отколкото като допълнение към симптоматичното лечение.

- Лечението при хронично тензионен тип главоболие е по-вероятно да бъде неефективно, като това поставя пациента пред риск от развитие на главоболие, дължащо се на злоупотреба с медикаменти.

Принципи на симптоматичното лечение

- Опиоидите трябва да се избягват; и по-специално:

- codeine и dihydrocodeine

- dextropropoxyphene

- комбинирани аналгетици съдържащи някои от тях.

- Барбитуратите нямат място в лечението на тензионния тип главоболие

- Тъй като честотата на главоболието нараства, нараства и рискът от злоупотреба на медикаменти.

Профилактика

- Amitriptyline 10-100 mg вечер, е медикамента на първи избор при често епизодично и хронично тензионен тип главоболие.

- Nortriptyline има по-слабо изразено антихолинергично действие, но има по-малко доказателства

за неговата ефективност (amitriptyline може да се замести с nortriptyline в същите дози).

Принципи на профилактиката

- Рискът от непоносимост към профилактичните медикаменти намалява при започване с ниска доза (10 mg), като тя се увеличава с 10-25 mg на всеки 1-2 седмици.

- Воденето на календар се препоръчва за оценка на ефективността и за насърчаване на комплайънса към профилактичното лечение.

- Профилактика, която изглежда неефективна, следва да не се спира твърде рано - 2-3 месеца могат да са минимумът време необходимо за постигане на добър ефект.

- Постепенно отнемане може да се предприеме след 6 месечен добър контрол, но в някои случаи е показано и продължително лечение.

Проследяване

Всеки пациент, на когото се предлага профилактично лечение или на когото се променя терапията, изисква проследяване за постигане на оптимална терапия.

За мониториране на симптоматичното лечение или свръх употреба на медикаменти, както и за добър комплайънс и за документиране на ефекта от лечението се препоръчва воденето на календар. Препоръчва се също така и оценка на изхода от терапията. За тази цел в условията на първичната помощ може да се използва индексът HART (Приложение 1).

При неуспех на профилактиката

- неуспехът може да се дължи на субтерапевтични дози или на недостатъчна продължителност на лечението

- да се преразгледа диагнозата

- да се оцени комплайънсът

- да се търсят други медикаменти, които пациентът приема, особено такива, с които се злоупотребява
- при ясна липса на полза, профилактиката да се прекрати
- при изчерпване на всички възможности е показано насочване към специалист.

Лечение на болката

Независимо от усилията, хроничното тензионен тип главоболие често не се поддава на лечение. При пациентите в подобна ситуация се налага прилагането на програми за лечение на болката с акцент върху психологическите подходи.

Информация за пациентите

Програмата Lifting The Burden е разработила информационна брошура относно тензионния тип главоболие (Приложение 2). Тя е издадена на датски, холандски, английски, френски, немски, италиански, португалски и испански език.

Ботулинов токсин (Botox)

Пациентите биха могли да се интересуват от този вид лечение.

Няма достатъчно доказателства, които да са в подкрепа на ефективността на Botox при тензионния тип главоболие. Понастоящем този вид лечение не се препоръчва.

10. ЛЕЧЕНИЕ НА КЛАСТЪРНОТО ГЛАВОБОЛИЕ

Лечението на кластърното главоболие е по-добре да се извършва от специалисти с опит, които се срещат често с това нарушение. Разпознаването му в първичната помощ е от важно значение с оглед бързото насочване към специалист. Целта на лече-

нието и при епизодичното и при хроничното кластърно главоболие е пълно потискане на пристъпите. Това не винаги е постижимо. Както симптоматичното лечение, така и профилактиката имат значение за лечението, но в основата му лежи прилагането на профилактика.

Симптоматично лечение

- Sumatriptan 6 mg подкожно, е единственото доказано високо ефективно симптоматично лечение, но то не може да се препоръча за употреба повече от два пъти дневно.
 - 100% кислород с дебит ≥ 7 l/мин. за до 15 минути помага при някои случаи и може да се използва колкото често е необходимо.
 - Аналгетиците, включително опиоидите нямат място в лечението на кластърното главоболие.

Профилактика

Принципи

- специалистите използват медикаментите от таблицата, като балансират между ефективност и токсичност
 - профилактиката на епизодичното кластърно главоболие трябва да започне възможно най-рано след началото на нов кластърен период и трябва да се спира постепенно, по-схема за 2 седмици след настъпване на пълна ремисия (освен prednisolone, който се използва единствено за кратки курсове).
 - при хроничното кластърно главоболие, лечението може да се наложи да продължи дълго време
 - неуспех с един медикамент не означава неуспех с другите
 - могат да се опитат комбинации, но рискът от токсичност е очевиден висок.

Медикаменти използвани от специалистите за профилактика на кластърното главоболие (всички са потенциално токсични: виж фармакопея)	
vegapamil 240-960 mg/гн.	препоръчва се ЕКГ мониториране
prednisolone 60-80 mg/гн. за 2-4 дни; спирането да става с намаляване на дозата за 2-3 седмици	може да се наложи повторение на курса, поради рецидив по време на намаляването на дозата
lithium carbonate 600-1600 mg/гн.	изисква мониториране на серумните нива
ergotamine tartrate, 2-4 mg/гн. per rectum	обикновено приемът се пропуска всеки 7-и ден; да не се използва едновременно със sumatriptan
methysergide 3 x 1-2 mg/гн.	употребата трябва да се прекрати за поне 1 месец на всеки 6 месеца; не се препоръчва използване едновременно със sumatriptan

Проследяване

Всеки пациент с активно кластърно главоболие изисква често проследяване на ефективността и токсичността на терапията.

Информация за пациентите

Програмата Lifting The Burden е разработила информационна брошура относно кластърното главоболие (Приложение 2). Издадена е на датски, холандски, английски, френски, немски, италиански, португалски и испански език.

11. ЛЕЧЕНИЕ НА ГЛАВОБОЛИЕТО, ДЪЛЖАЩО СЕ НА ЗЛОУПОТРЕБА С МЕДИКАМЕНТИ

Главоболието, дължащо се на злоупотреба с медикаменти е усложнение на предхождащо първично главоболие. То се дължи на хронична злоупотреба на медикаменти приемани за лечението му.

При веднъж развито се такова нарушение, ранната намеса е от голямо значение. Дългосрочната прогноза зависи от продължителността на злоупотребата с медикаменти.

Лечение

- Превенцията чрез обучение на пациентите, е с по-добър ефект от лечението.
- Единственото ефективно лечение на устано-

вено главоболие, дължащо се на злоупотреба с медикаменти е прекратяването приема на подозирания медикамент(и).

Цели

Съществуват четири основни цели, като всички от тях са важни:

- първата, е да се постигне прекратяване приема на свръхупотребявания медикамент
- втората, която би трябвало да следва е възстановяването
- третата, е да се преразгледа и преоцени подлежащото първично главоболие (мигрена или тензионен тип главоболие)
- четвъртата, е да се предотврати рецидив.

Принципи

- особено важно за успеха е ясното разясняване на пациента, че "лечението", което приема за главоболието си, е всъщност причината за него
- пациентът трябва да бъде уверен, че резултатът от спирането на медикамента обикновено е добър
- с предварително предупреждение, спирането е най-успешно, ако се направи внезапно. Приемане в болница се налага рядко.
- спирането на медикамента води първоначално до влошаване на главоболието. Това налага планиране, така че да се избегне ненужна промяна в начина на живот на пациента (може да се наложи и издаване на болничен лист за 1-2 седмици)
- обикновено, след 1-2 седмици главоболието показва признаци на подобрение
- възстановяването продължава бавно - от седмици до месеци.

Проследяване

- всеки пациент, който прекратява приема на медикация, изисква проследяване с цел наблюдение и

оказване на подкрепа

- първият контролен преглед се препоръчва да се назначи след 2-3 седмици, за да се проследи дали спирането на медикамента е постигнато
- силно се препоръчва използването на календар за отбелязване на симптомите и приеманото лечение по време на спирането на медикамента, както и за документирание на промените в характеристиката на главоболието
- при повечето пациенти, в рамките на 2 месеца се възвръща първоначалният вид главоболие (мигрена или тензионен тип главоболие); това налага ново диагностициране и адекватно лечение
- допълнителното проследяване е важно за да се избегне рецидив, като повечето пациенти се нуждаят от подкрепа: в рамките на 5 години честотата на рецидивите е 40%.

Повторно прилагане на спряното лечение

- спряното лечение трябва да се избягва максимално дълго
- когато се налага, то може внимателно да се приложи повторно след 2 месеца от спирането му
- по принцип честотата на употребата не трябва да надвишава 2 дни/седмица.

Информация за пациентите

Програмата Lifting The Burden е разработила информационна брошура относно главоболието, дължащо се на злоупотреба с медикаменти. Тя е издадена на датски, холандски, английски, френски, немски, италиански, португалски и испански език.

12. ЛЕЧЕНИЕ НА ГЛАВОБОЛИЕТО В ПЪРВИЧНАТА ПОМОЩ: КОГА ДА СЕ НАСОЧВА КЪМ СПЕЦИАЛИСТ

Повечето първични главоболия, както и главоболието, дължащо се на злоупотреба с медикаменти могат най-добре да се лекуват в първичната помощ.

Случаите, при които се насочва към специалист са:

- несигурност в диагнозата
- диагнозата кластърно главоболие (повечето случаи се лекуват най-добре от специалисти)
- съмнение за сериозно вторично главоболие или случаите, когато се налагат допълнителни изследвания за изключване на сериозна патология (насочването към специалист може да се наложи да е по спешност):
 - всяко ново появило се или неочаквано главоболие и по специално:
 - ♦ ново появило се главоболие тип "гърмотевичен трясък" (силно главоболие с внезапно или "експлозивно" начало)
 - ♦ ново появило се главоболие при пациент над 50 годишна възраст
 - ♦ ново появило се главоболие при деца преди пубертет
 - ♦ ново появило се главоболие при пациент с анамнеза за неопластично заболяване, HIV инфекция или имунен дефицит
 - нетипична аура при мигрена:
 - ♦ аура с продължителност > 1 час
 - ♦ аура протичаща с пареза
 - ♦ аура без главоболие при липсата на анамнеза за мигрена с аура
 - ♦ аура, която настъпва за първи път при употребата на комбинирани орални контрацептиви
 - прогресивно влошаващо се главоболие за седмици или за по-дълго време
 - главоболие свързано с промени в позата, което насочва към повишено или понижено интракраниално налягане
 - главоболие свързано с неизяснен фебрилитет
 - главоболие свързано с необяснена физикална находка
- персистираща резистентност към лечението
- коморбидност изискваща лечение от специалист

- наличието на рискови фактори за коронарна болест на сърцето, може да наложат консултация с кардиолог преди започване на лечение с триптани.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

ИНДЕКСИТЕ HALT И HART

T.J. Steiner

**Прегледател: Global Campaign
Committee Lifting The Burden**

ВЪВЕДЕНИЕ

Оценяването на вида главоболие с цел планиране и започване на най-добрата терапия изисква повече от поставяне на диагноза: трябва да съществуват начини за измерване и оценка на ефекта на главоболието върху ежедневните дейности на пациента и начина му на живот. Има различни механизми, по които пристъпното или хроничното главоболие могат да имат пагубно влияние върху начина на живот. Намирането на лесен начин за измерване му, който обобщава всичко това в един индекс, и който да е приложим за всички чести видове главоболие представлява голямо предизвикателство. Въпросникът MIDAS, разработен от Stewart и Lipton (1) се е доказал като изключително полезен. Концепцията, която стои зад него е достатъчно опростена: оценява се активното време, загубено поради инвалидизиращия ефект на главоболието, като резултатът се изразява в число с ясно значение (часове).

Индексът HALT е дериват на MIDAS и е разработен от *Lifting The Burden* с цел използване на фрази, които са по-лесни за превод.

Винаги, когато се започне или променя терапия, проследяването идентифицира дали оптималното лечение е постигнато или не е, както и показва дали има нужда от допълнителна промяна в терапията.

Не винаги е лесно да се разбере дали постигнатият резултат от страна на пациента е най-добрият, който той може да очаква. За неспециалиста, понякога възниква въпросът: "Какво допълнително усилие е оправдано, с надеждата за по-добри резултати?" Възниква и втори въпрос, когато се смята, че трябва да се направи още нещо допълнително: "Какво е това, което трябва да се промени?" Международна работна група от програмата *Lifting The Burden* разработва индекса Headache Under-Response to Treatment (HURT), който представлява инструмент за измерване на резултата и подпомага лечението предлагайки отговори на тези два въпроса. Този индекс ще бъде публикуван по-късно на друго място. Въпросникът, който е представен тук е предшественик на HURT и все още не е валидиран. За да се разграничават помежду си той се нарича "Главоболие и оценка на терапевтичния отговор" - Headache and Assessment of Response to Treatment (HART).

Авторска група на *Lifting The Burden*.

R. Lipton (USA), M. Al Jumah (Saudi Arabia), B. Eggleston (Australia), M. Fontebasso (UK), L. Gardella (Argentina), R. Jensen (Denmark), H. Kettinen (Finland), MJA Lainez (Spain), F. Mennini (Italy), M. Peters (Netherlands/UK), K. Ravishankar (India), F. Sakai (Japan), N. Sharma (India), T.J. Steiner (UK), W. Stewart (USA), A.D. Tehindrazanarivelo (Madagascar/France), D. Valade (France), M. Von Korff (USA), S.Y. Yu (PR China).

КНИГОПИС

1. Stewart WF., Lipton RB., Kolodner K., Validity of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) score in comparison to a diary-based measure in a population sample of migraine sufferers, Pain, 2000; 88:41-52

Индексът HALT*
(Загуба на време поради главоболие)

Преди да започне лечението лекуващият лекар или сестра могат да Ви дадат този кратък въпросник. Моля, отговорете на петте въпроса. Това ще им помогне да разберат до каква степен главоболието влияе на живота Ви и да проведат лечението Ви.

Моля, отговорете внимателно на петте въпроса

1.	Колко дни през последните три месеца не сте били на работа или на училище поради главоболие?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2.	Колко дни през последните три месеца вършихте по-малко от половината от обичайните си задължения в работа или в училище поради главоболие? (Не включвайте дните от въпрос 1, в които не сте били на работа или на училище)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3.	Колко дни през последните три месеца не сте изпълнявали домакинските си задължения поради главоболие?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
4.	Колко дни през последните три месеца сте изпълнявали по-малко от половината от обичайната си домакинска работа поради главоболие? (Не включвайте дните от въпрос 3, в които не сте извършвали домакинска работа)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
5.	Колко дни през последните три месеца сте пропуснали различни семейни и социални дейности или такива през свободното време поради главоболие?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Оценяване (Оценки I-IV показват нарастваща нужда от медицински грижи; оценка III или IV показват силна нужда)		Общо					
0-5	Минимално или рядко влияние	Оценка I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6-10	Слабо или рядко влияние	Оценка II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11-20	Умерено влияние	Оценка III	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20+	Силно влияние	Оценка IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Индексът HALT се основава на първите пет въпроса от въпросника MIDAS, разработен от RB Lipton и WF Stewart

Индексът HART
(Главоболие и оценка на терапевтичния отговор)

Лечението на Вашето главоболие може да не е толкова добро, колкото би могло да бъде. С попълването на този кратък въпросник, вие ще помогнете на лекуващия лекар или сестра да го подобрят.

Моля, отговорете внимателно на тези въпроси:

- През последния месец, колко гена имахте главоболие? нито един 1-2 3-5 6-15 16-30
- През последните три месеца, поради главоболие колко гена Ви беше трудно да работите, учите или да изпълнявате домашните си ангажменти? нито един 1-5 6-10 11-20 21+
- През последните три месеца, колко гена главоболието Ви попречи на семейните и социалните ангажменти или на дейности през свободното време? нито един 1-5 6-10 11-20 21+

Анализ (тези въпроси установяват честотата на всички видове главоболие, както и на инвалидиращо главоболие, което се лекува в момента; колкото по-нагясно е маркировката, толкова по-голяма е нуждата от преразглеждане на терапията):

Отговори в белите квадрати:
- Добър контрол на главоболието: няма нужда от преразглеждане на терапията.

Един или повече отговори в светло сивите квадрати:
- Нужна е по-добра симптоматична терапия; използвайте въпроси 4-8 за допълнителна информация; може да не се налага профилактика.

Един или повече отговори в тъмно сивите квадрати:
- Недостатъчно добър контрол на главоболието; използвайте въпроси 4-8 за оптимизиране на симптоматичната терапия; необходимо е намаляване на честотата (избягване на провокиращи фактори и прилагане на профилактична терапия).

Един или повече отговори в черните квадрати:
- Лошо лекувано инвалидиращо главоболие; възможно е хронично ежедневно главоболие (трябва да се избягва симптоматичната терапия); виж въпроси 4-8, необходимо е намаляване на честотата.

- Колко гена вземахте лекарство през последния месец за да облекчите главоболието си? нито един 1-4 5-9 10-15 16-30
- Колко често една доза от лекарството Ви за главоболие е достатъчна за пълното му премахване? винаги често понякога рядко никога
- Приемате ли лекарството си за главоболие без да Ви пречат страничните ефекти? винаги често понякога рядко никога
- Чувствате ли, че главоболието Ви е под контрол? винаги често понякога рядко никога
- Каква диагноза за главоболие Ви е казано, че имате? Моля напишете вашата диагноза тук: да не

Смятате ли, че я разбирате?

Анализ (тези въпроси подсказват как би могла да се промени настоящата терапия).

Въпрос 4: Отговорът трябва да съвпада с въпрос 1. Когато дните, през които е бил приеман медикамент са >10, съществува риск от главоболие, дължащо се на злоупотреба с медикаменти.

Информирайте пациентът за рисковете и опасностите от злоупотребата с медикаменти. Необходимо е намаляване на честотата (избягване на провокиращи фактори и профилактично лечение).

Въпрос 5: Маркиране в посока на дясно показва нарастващо лоша ефективност.

Трябва да се обмислят по-ранен прием на медикаменти по време на главоболието, промяна в медикацията, дозата или начина на приложение, или използване на комбинирана терапия според месните ръководства.

Въпрос 6: Маркиране в посока на дясно показва нарастващо лоша поносимост.

Необходима е промяна в медикацията или дозата според местните ръководства.

Въпрос 7: Този въпрос се отнася до собствената ефективност и до удовлетворението.

Когато отговорът е в затъмнената зона, потърсете причината (причините) в отговорите на въпроси от 1 до 6. Ако причината не е очевидна трябва да се мисли за коморбидност. Отговорът трябва да бъде в съответствие с предните отговори.

Когато отговорът не съответства трябва да се обмислят когнитивна намеса и разясняване с оглед на реалистични очаквания.

Въпрос 8: Този въпрос касае обучението на пациента относно главоболието му.

На пациента винаги трябва да се дава подходящата информационна брошура. Когато диагнозата е неправилно посочена или отговорът е "не", са необходими допълнителни разяснения.

Приложение 2

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТИТЕ

T.J. Steiner

Прегсегател: Global Campaign
Committee *Lifting The Burden*

ВЪВЕДЕНИЕ

Лечението на главоболието се улеснява, ако пациентът разбира своето главоболие и терапията, която му се предлага. Така се подобрява комплайансът и възможността за по-добър изход от лечението. Разясняването отнема време, което не винаги е налично, но то не трябва да се пропуска.

Авторска група от *Lifting The Burden* разработва серия от информационни брошури за пациентите, които да се раздават по време на прегледа. Те включват брошури относно всяко едно от четирите важни в първичната помощ видове главоболие (мигрена, тензионен тип главоболие, кластерно главоболие и главоболие, дължащо се на злоупотреба с медикаменти). Петата брошура обяснява някои от взаимовръзките между употребата на женски хормони и главоболието, които често пораждаат въпроси у пациентите. Тези брошури са публикувани на следващите страници. Авторската група включва панел от международни специалисти по главоболие, лекари от първичната медицинска помощ и представители на пациентите. Целта на тази група е в тези брошури да се осигури информация за всички аспекти от лечението на главоболието.

Авторска група на *Lifting The Burden* за брошурите с информация за пациента:

E.A. MacGregor (UK), E.G.M. Couturier (Netherlands), E. Eggleston (Australia), M. Fontebasso (UK), L. Gardella (Argentina), R. Jensen (Denmark), Z. Katzarava (Georgia/Germany), R. Kamoga (Uganda), H. Kettinen (Finland), D. Kernick (UK), MJA Lainez (Spain), P. Martelletti (Italy), P. Murphy (Eire), E. Ruiz de la Torre (Spain), E. O'Sullivan (Eire), J.M. Pereira Monteiro (Portugal), S. Qureshi (Saudi Arabia), K. Ravishankar (India), F. Sakai (Japan), N. Sharma (India), F. Sheftell (USA), T.J. Steiner (UK), L.J. Stovner (Norway), D. Valade (France), S.Y. Yu (PR China).

Информация за хората с мигрена

Главоболието представлява реален проблем - то не съществува само в съзнанието на хората. Ако главоболието Ви притеснява, трябва да се обърнете към лекар. Целта на тази брошура е да Ви помогне да разберете същността на главоболието, което имате, как се диагностицира и лекува то, а също и да Ви помогне да работите заедно с лекуващия лекар или сестра за постигане на най-добрия резултат от лечението.

Какво представлява мигрената?

"Когато имам пристъп от мигрена се чувствам много болен и това ме прави неработоспособен за цял ден или за по-дълго време. Мога да усетя, когато пристъпът настъпва, а когато мигрената се разгърне напълно се чувствам ужасно и се налага да легна на легло. По време на пристъп ми се гади, после започвам да повръщам и най-накрая болката започва да отслабва. На следващия ден имам лека болка и съм напълно изтощен, но все пак добре."

Мигрената е медицински проблем. Тя настъпва под формата на пристъпи, при някои хора веднъж или два пъти годишно, а при други - до няколко пъти месечно. Най-характерната проява на пристъпа е главоболието, което може да протича и тежко. Други чести прояви са гадене и повръщане, както и гразнене от светлина и шум.

Много вероятно е да имате мигрена, ако когато Ви боли главата Ви се гади, или светлината и шумът Ви притесняват или когато главоболието Ви пречи да извършвате обичайните си ежедневни дейности.

Какво причинява мигрената?

Мигрената е заболяване на мозъка. При нея има нарушение в онези части от него, които обработват болката и други видове усещания. Вероятно сте наследили мигрената си от един от родителите си или от баба си или дядо си.

Кой получава мигрена?

Около един от седем възрастни имат мигрена, което я прави много често заболяване. Тя се среща три пъти по-често при жените, отколкото при мъжете. Мигрената започва често в детска или юношеска възраст. Конкретно при момичетата може да започне в началото на пубертета. Мигрената се наследява от членовете в рамките на едно семейство.

Кои са различните видове мигрена?

Най-честият вид е *мигрена без аура* (понятието аура е обяснено по-долу). Около три четвърти от хората имат само този вид; един от 10 имат *мигрена с аура*, а два пъти повече могат да имат и двата вида. Много по-редки са пристъпите само на аура без главоболие, като този вид мигрена се развива предимно при по-възрастни хора. Съществуват и други видове мигрена, които обаче са редки.

Кои са симптомите на мигрената?

Симптомите на мигрената се проявяват по време на пристъп, който протича в четири фази, макар наличието на всички фази да не е задължително. Между пристъпите повечето хора с мигрена се чувстват напълно добре.

Фазата на *прогримите* предшества всички симптоми на пристъпа. Само половината от хората с мигрена имат такава фаза. Ако сте един от тях може да се чувствате разгрозителен, депресиран или уморен, часове или дори един или два дни преди да започне главоболието. Някои хора усещат, че са необикновено енергични по време на тази фаза. Някои имат повишен апетит, други "просто знаят", че приближава пристъп от мигрена.

Аурата, когато тя се случва, е почти винаги следващата фаза. Само една трета от хората с мигрена са имали някога аура, като дори при тях тя може да не е част от всеки пристъп. Аурата е

сигнал от мозъка, който временно (но не сериозно) е под влиянието на мигрениния процес. Обикновено тя продължава от 10 до 30 минути, но може и да е по-дълга. Най-често засяга зрението. Може да забележите бели петна, ярка или мигаща светлина или цветни зигзагообразни линии пред очите Ви, предимно едностранно. По-редки са сетивните симптоми - боцкане или мравучкане - които обикновено започват от пръстите на едната ръка, като се разпространяват нагоре по ръката и достигат до същата страна на лицето или езика. Когато това се случи, почти винаги има и зрителни симптоми. Част от аурата също могат да бъдат и затруднения в говора и трудности в намирането на правилните думи.

Фазата на главоболие продължава от няколко часа до два или три дни и е най-притесняващата фаза за повечето хора. Най-често главоболието при мигрената е тежко. То е предимно едностранно, но може да бъде и двустранно и макар най-често да е в челото или темето, то може да обхваща всяка част на главата. Обикновено болката е пулсираща или чукаща, много често влошаваща се при движение. Вероятно е да Ви се гади, а може и да повръщате (което изглежда облекчава главоболието). Също така е възможно светлината и шумът да са Ви неприятни и да предпочитате да сте сами на затъмнено и тихо място.

След като главоболието отслабне, настъпва фазата на *постгримите*, по време, на която е възможно да се чувствате отново изморен, разгрозителен и депресиран и да имате затруднение в концентрацията. Възможно е да отминете още един ден, преди да се почувствате напълно възстановен.

Какъв е прагът на мигрената ми?

Мигрената е непредвидимо заболяване. Пристъпът може да започне по всяко време. Някои хора са по-предразположени към пристъпи от други. Колко-

то по-висок е *прагът на мигрената*, толкова по малко вероятно е да получите пристъп и обратно-то, колкото по-нисък е той, толкова по-висок е рискът от получаването му.

Роля при това играят и така наречените провокиращи фактори. Те предизвикват пристъп (макар и да не е изяснено как това се случва), което става по-лесно, ако прагът на мигрената е нисък. От друга страна, ако прагът е висок, тогава е необходимо два или три провокиращи фактори да подействат едновременно, за да се провокира пристъп. Различни от провокиращите са *предразполагащите фактори*. Техният ефект е да намаляват прага на мигрената, което улеснява действието на провокиращи фактори. Умората, напрежението и общият стрес имат такова действие, а при жените също и менструацията, бременността и менопаузата.

Кои са провокиращите фактори?

Всеки би искал да знае какво може да провокира неговата мигрена. Това често е трудно, а понякога и невъзможно, поради това, че провокиращите фактори не са еднакви за всеки човек и не винаги са същите по време на отделните пристъпи. Много от хората не могат да идентифицират нито един такъв фактор. Потенциалните провокиращи фактори са много и различни.

Диета: някои храни (вкл. алкохол), но само при някои хора; по-често се касае за късно или пропуснато хранене, непълноценен хранителен режим, спиране на приема на кофеин или обезводняване.

Сън: промяна в режима на спане, както и липсата на сън или преспиване.

Някои дейности: интензивно физическо натоварване, дълго пътуване, особено с пресичане на различни часови зони.

Фактори на околната среда: ярка или мигаща светлина, силни миризми и резки промени във времето.

Психологически: емоционално разстройство или след период на стрес.

Хормонални фактори при жените: менструация; прекъсване на хормонална контрацепция или хормоно заместителна терапия.

Най-честите провокиращи фактори са гладуването и недостатъчното хранене. Това важи с най-голяма сила за младите - деца предразположени към мигрена никога не трябва да пропускат закуска. При жени, хормоналните промени по време на менструалния цикъл са важни потенциални провокиращи фактори.

Повечето провокиращи фактори представляват някаква форма на стрес, което означава, че хората с мигрена не понасят добре промените.

Какво лечение мога да приемам?

Лекарствата, които лекуват пристъпите от мигрена представляват така нареченото *симптоматично* лечение. Правилните медикаменти могат да са много ефективни, но трябва да се приемат по указания начин и да не се злоупотребява с тях. Те включват болкоуспокояващи без рецепта, повечето, от които съдържат аспирин, Ibuprofen или Paracetamol. От тях най-слабо ефективен е Paracetamol. Във всички случаи разтворимите или ефервесцентните форми на тези лекарства имат по-бърз и по-добър ефект.

Ако имате гадене или повръщане може да приемате и медикаменти наречени антиеметици. В действителност някои от тях спомагат за по-бързото усвояване на болкоуспокояващите от организма. Ако имате силно гадене по време на мигренния пристъп може да приемате антиеметиците под формата на супозатории.

За най-добрите лекарства без рецепта може да потърсите съвет от фармацевт. Ако от тях не настъпва ефект или имате нужда от по-висока доза от препоръчаната, фармацевтът може да Ви по-

съветва да отидете на консултация при лекар.

Лекарят може да Ви препише един от специфичните антимигренни медикаменти. Трябва да опитате тези лекарства ако болкоуспокояващите и антиеметиците не облекчават симптомите и не Ви позволяват бързо да се върнете към ежедневните си дейности. Антимигренните медикаменти действат по различен начин от болкоуспокояващите. Те не повлияват болката, а не позволяват на това, което се случва в мозъка да причини мигренен пристъп. В тях се включват ерготамин - използва се широко само в някои страни и групата от по-нови лекарства наречени триптани. Ако лекарят прецени, може да използвате тези лекарства заедно с болкоуспокояващи, антиеметици или и двете.

Съществуват някои прости мерки, които могат да увеличат ефекта от лечението.

Вземайте медикамента възможно най-рано...

Винаги носете със себе си поне една доза от лекарството, препоръчано Ви от лекуващия лекар, сестрата или фармацевта. Вземете дозата веднага щом усетите, че ще получите пристъп. Ранното приемане на лекарството увеличава шанса му да подейства добре. По време на пристъп от мигрена стомахът е с понижена активност, поради това приетите през устата таблетки не се абсорбират така добре в кръвообращението, както биха нормално. Ако е възможно приемете някаква храна или изпийте нещо сладко.

... но не твърде често

Винаги следвайте внимателно инструкциите от листовката на медикамента. По-конкретно, не приемайте симптоматичното лечение твърде често, защото така може да получите главоболие, дължащо се на самото лечение. Това е така нареченото *главоболие, дължащо се на злоупотреба с медикаменти*, за което има отделна брошура и ако се

притеснявате от този вид главоболие може да се поинтересувате от нея. За да избегнете този вид главоболие, не приемайте лекарство за лечение на главоболие редовно за повече от два или три дена на седмица.

Какво следва, ако тези лекарства не действат?

Ако при честите или при тежките пристъпи от мигрена не се постигне добър контрол със симптоматичното лечение може да се използва възможността за така нареченото *профилактично* лечение. За разлика от симптоматичното лечение то трябва да се приема *ежедневно*, защото действа по напълно различен начин - като не позволява да започне процеса на мигрена. С други думи профилактичното лечение повишава прага на мигрената.

Лекарят или сестрата могат да Ви насочат при избора на медикаменти, както и да разяснят потенциалните им странични ефекти. Повечето от тях са били първоначално разработени за лечението на различни от мигрената нарушения. Ето защо не се изненадвайте, ако Ви се предложат медикаменти предназначени за лечение на високо кръвно налягане, епилепсия или дори депресия. Това *не* са причините, поради които ги приемате. Тези медикаменти действат и срещу мигрената.

Ако приемате такова лекарство следвайте инструкциите внимателно. Изследванията показват, че много често причина този вид медикаменти да нямат ефект е, че пациентите забравят да ги взимат.

Какво друго мога да направя, за да си помогна?

Редовните физически упражнения и поддържането на форма имат добър ефект. Избягването на преградолагашите и провокиращите фактори е трудно и Ви трябва да сте наясно с всички възможни такива. Бихте могли да избягвате някои от тях, дори да има такива, които е трудно или невъзможно

да се контролират.

Водете си дневник

Воденето на дневник може да предостави важна информация относно главоболието Ви - колко често го получавате, кога го получавате, колко време продължава и какви са симптомите. Така може да помогнете за диагнозата, за идентифицирането на провокиращите фактори и за оценката на ефекта от лечението.

Какво следва, ако съм бременна?

Трябва да се консултирате с лекуващия лекар или сестра. Някои от медикаментите използвани за лечение на мигрена са неподходящи за употреба по време на бременност.

Трябва ли да проведа някакви изследвания?

Повечето случаи на мигрена са лесни за разпознаване. Не съществуват изследвания, които да потвърдят диагнозата. Тя се основава на описаните от Вас симптоми, както и на липсата на отклонения по време на прегледа. Скенерът на мозъка е малко вероятно да помогне. Ако лекуващия лекар не е сигурен в диагнозата, могат да се проведат изследвания, с помощта, на които да се изключат други причини за главоболието. Все пак това не се налага често.

Ще се подобри ли мигрената ми?

Няма познат метод за излекуване от мигрена. При повечето хора с това заболяване обаче, пристъпите стават все по-редки с напредване на възрастта. Същевременно, ако следвате съветите в тази брошура мигрената може да се превърне от неконтролиран проблем в такъв, който е под Ваш контрол.

За повече информация посетете www.w-h-a.org

Информация за хората с тензионен тип главоболие

Главоболието представлява реален проблем - то не съществува само в съзнанието на хората. Ако главоболието Ви притеснява, трябва да се обърнете към лекар. Целта на тази брошура е да Ви помогне да разберете същността на главоболието, което имате, как се диагностицира и лекува то, а също и да Ви помогне да работите заедно с лекуващия лекар или сестра за постигане на най-добрия резултат от лечението.

Какво представлява тензионният тип главоболие?

"Получавам главоболие, което продължава няколко дни и усещането е като че ли нося стегнатата шапка - по скоро притискане, отколкото истинска болка. В действителност то не пречи на ежедневните ми ангажименти, но е много по-трудно да се справям с тях."

Тензионният тип главоболие е вид често главоболие, което почти всеки някога е получавал. Макар и да не е сериозно, то може да пречи на нормалното протичане на ежедневието. При малко хора то може да е притеснително до степен да изисква медицински преглед, като най-често това се дължи на зачестяването му.

Кой получава тензионен тип главоболие?

От време на време, повечето хора получават тензионен тип главоболие, като при жените това се случва по-често, отколкото при мъжете. То се среща и при деца.

Кои са различните видове тензионен тип главоболие?

Епизодичното тензионен тип главоболие често е наричано "нормално" или "обикновено" главоболие. Настъпва под формата на пристъпи (епизоди), които имат продължителност от половин час до няколко дни. Честотата им варира широко, както при различните хора, така и за отделния човек.

Около трима души на всеки 100 имат тензионен тип главоболие през повече дни, отколкото са дни-те без главоболие. Това е *хроничното тензионен тип главоболие*, което представлява един от хроничните ежедневни синдроми на главоболие (има отделна брошура за тях, която, ако желаете може да потърсите). В някои случаи тензионният тип главоболие е постоянно - отслабва, но никога не минава. То може да бъде причина за временна нетру-госпособност и да доведе до немалко страдания.

Какви са симптомите на тензионния тип главоболие?

Обикновено тензионният тип главоболие се описва като стягане или притискане в главата, което е подобно на стягаща кърпа или на тясна шапка. Най-често то е двустранно и често обхваща врата. Болката е умерена или лека, но може да е достатъчно силна, за да ограничи ежедневните дейности. В повечето случаи липсват други симптоми, макар някои хора с тензионен тип главоболие да не понасят ярка светлина или силен шум, или да имат намален апетит.

Какво причинява тензионния тип главоболие?

Смята се, че тензионният тип главоболие или влияе на мускулите или започва от мускулите и техните връзки. Факторите, които го причиняват са много и различни, но има такива, които са с по-голямо значение:

Емоционалното напрежение: това могат да бъдат безпокойството или стресът;

Физическото натоварване на мускулите на скалпа и на врата: може да се причинява от неправилна стойка, например при работа с компютър или при неправилно вдигане на тежки предмети.

Какво мога да направя, за да си помогна?

Релаксирайте. Почивка, масаж или топла вана, разходка или упражнения, които да Ви откъснат от

ежедневните рутинни дейности могат да Ви помогнат.

Контролирайте стресът. Ако имате напрегатната работа или сте изправен пред стресова ситуация, която не може да избегнете, опитайте дихателни и релаксиращи упражнения. Има много аудиозаписи, които могат да Ви помогнат при изпълнението им.

Редовно правете физически упражнения. Тензионният тип главоболие се среща по-често при хората, които нямат редовни физически занимания в сравнение с хората, които имат такива. За да стане физическата активност част от начина Ви на живот, ходете, когато това е възможно или се качвайте по стълби вместо да ползвате асансьор.

Лекувайте депресията. Ако през повечето време се чувствате депресиран, важно е да се консултирате с лекар и да получите ефективно лечение.

Водете си дневник

Воденето на дневник може да осигури важна информация за вашето главоболие - колко често го получавате, кога се появява то, колко време продължава и какви са симптомите му. Това помага за поставянето на диагнозата, за идентифициране на провокиращите фактори и за оценка на ефекта от лечението.

При нужда приемайте болкоуспокояващи ...

Обикновените болкоуспокояващи като аспирин или Ibuprofen имат добро действие при епизодичното тензионен тип главоболие. Paracetamol е по-слабо ефективен, но при някои хора може да подейства.

...но не твърде често

Тези медикаменти действат единствено върху симптомите на тензионния тип главоболие. Това е напълно приемливо при положение, че нямате често

главоболие. Ако имате такова за да постигнете дълготраен контрол върху него, е по-добре да опитате да лекувате причините за него.

Винаги следвайте внимателно инструкциите в листовката за пациента на лекарството, което взимате. По-конкретно, не приемайте болкоуспокояващи твърде често, тъй като по този начин може да получите по-тежко главоболие. То се нарича главоболие, дължащо се на злоупотреба с медикаменти и ако се притеснявате дали го имате, запознайте се с отделната брошура за този вид главоболие. За да го избегнете не приемайте редовно лекарства за главоболие по-често от два или три дни в седмицата.

Какво друго лечение съществува?

Ако често имате епизодично тензионен тип главоболие или ако имате хронично тензионен тип главоболие, отговорът не е в болкоуспокояващите медикаменти. С времето те единствено влошават нещата. Възможностите, които съществуват са така наречените *профилактични* медикаменти. За разлика от болкоуспокояващите те *трябва* да се приемат ежедневно, тъй като действат по съвсем различен начин. Целите на лечението с тях е да намалят предразположеността Ви към главоболие и така да предотвратяват появата му.

Консултирайте се с лекуващия лекар за това какъв медикамент да изберете и за потенциалните му странични ефекти. Повечето медикаменти първоначално са били разработени за други заболявания, така че не се изненадвайте, ако Ви се предложи медикамент използван за лечение на депресия или епилепсия или е описан като мускулен релаксант. Това не са причините, поради които ги взимате. Профилактичните медикаменти имат действие и при тензионен тип главоболие, подобно на други състояния протичащи с болка.

Ако приемате такъв медикамент спазвайте

внимателно инструкциите. Проучванията показват, че много често причина за липсата на ефект е, това че пациентите забравят да си взимат лекарството. Тъй като роля при тензионния тип главоболие понякога играе и позата на тялото, тъй като се засягат мускулите, лекарят може да Ви препоръча физиотерапия на главата и врата. При някои хора този метод има много добър ефект.

Други немедикаментозни терапевтични подходи включват транскутанната електро-нервна стимулация (TENS) (която се използва за лечение на болката), релаксираща терапия, включваща биофидбек или йога и акупунктура. Те не са подходящи за всички пациенти, нямат ефект при всеки и имат ограничено разпространение. И отново, лекуващият лекар или сестра ще Ви дадат най-добър съвет.

Дали тези видове лечение ще подействат?

Ако причината се установи и лекува, то епизодичното тензионен тип главоболие рядко представлява сериозен проблем. Много често то се подобрява от само себе си или ако причината за него се премахне.

При някои хора, особено тези с хронично тензионен тип главоболие, описаните методи на лечение не помагат или помагат само частично. Ако всички опити са неуспешни, може да бъдете насочен към клиника за болката, където се използват по широк обхват от терапевтични подходи.

Трябва ли да проведа някакви изследвания?

Не съществуват изследвания, които да потвърдят диагнозата тензионен тип главоболие. Тя се поставя въз основа на описанието на главоболието от Вас и на липсата на отклонения при прегледа. Описвайте Вашите симптоми точно и внимателно. Също така споделете с лекаря кои болкоуспокояващи или други лекарства използвате за лечение на главоболието, както и колко често ги взимате.

Скенер на мозъка е малко вероятно да помогне. Ако лекуващият лекар е несигурен в диагнозата, той или тя могат да назначат изследвания за да се изключат други причини за главоболието, но това рядко се налага. Ако не назначи такива, това означава, че изследванията не биха помогнали за това да получите най-доброто лечение.

За повече информация посетете www.w-h-a.org

Информация за хората с кластърно главоболие

Главоболието представлява реален проблем - то не съществува само в съзнанието на хората. Ако главоболието Ви притеснява, трябва да се обърнете към лекар. Целта на тази брошура е да Ви помогне да разберете същността на главоболието, което имате, как се диагностицира и лекува то, а също и да Ви помогне да работите заедно с лекуващия лекар или сестра за постигане на най-добрия резултат от лечението.

Какво представлява кластърното главоболие?

"Болката често ме събужда по средата на нощта, няколко часа след като съм си легнал. Тя се засилва за секунди и става просто мъчителна. Болката е изгаряща и е само в дясното ми око. Не мога да си намеря място и трябва да върша нещо, за да се откъсна от болката. Понякога крача нагоре надолу из стаята държейки се за главата или сега на стола и се клатя."

С кластърно главоболие се обозначават краткотрайните пристъпи от много силна, едностранна болка в главата, която обикновено е в или около окото. Най-често тя започва внезапно, един или повече пъти на ден, обикновено по едно и също време всеки ден или през нощта. Често първоначалният пристъп събужда човека около един час след като е заспал.

Някои смятат кластърното главоболие за форма на мигрената, но това не е така. То представлява отделен вид главоболие и изисква различно лечение от това на мигрената.

Кой получава кластърно главоболие?

Кластърното главоболие не е често. То засяга до трима на 1 000 души. Мъжете имат пет пъти по-голяма вероятност да го получат, което не е характерно за другите видове главоболие. Първият пристъп от кластърно главоболие е вероятно да настъпи във възрастта между 20 и 40 години, но то може да започне във всяка възраст.

Кои са различните видове кластърно главоболие?

По-честият вид е *епизодичното кластърно главоболие*. То настъпва ежедневно за ограничени периоди, наречени кластърни периоди, след което спира. Това дава и наименованието "кластърно". Обикновено тези периоди продължават от 6 до 12 седмици, но могат да свършат и за 2 седмици или да продължат до шест месеца. Те се появяват през почти едно и също време на годината - най-често през пролетта или есента, но при някои хора има два или три периода всяка година, докато при други може да има разстояние от две или повече години между тях.

Хората с епизодично кластърно главоболие нямат никакви симптоми на това заболяване през времето между кластърните периоди.

Хроничното кластърно главоболие е непрекъснатото. То се наблюдава при един на 10 случая с кластърно главоболие. Ежедневните или почти ежедневните пристъпи продължават всяка година без прекъсване.

Епизодичното кластърно главоболие може да се превърне в хронично кластърно главоболие и обратно.

Какви са симптомите на кластърното главоболие?

Симптомите на кластърното главоболие се разпознават лесно. Най-важният е силната болка. Тя е строго едностранна и винаги засяга една и съща страна на главата (при епизодичното кластърно

главоболие страната може да се мени от период на период). Болката е в, около или зад окото и се описва като изгаряща, режеща или прободяща. Влошава се много бързо и достига пълна сила за 5 до 10 минути и ако не се лекува продължава от 15 минути до 3 часа (най-често между 30 и 60 минути). За разлика от мигрената, където повечето хора искат да легнат и да са на възможно най-тихо място, кластърното главоболие причинява тревожност и неспокойствие. Хората в това състояние не могат да стоят на едно място - крачат неспокойно, силно се клатят напред-назад и дори излизат навън.

Окото от страната на болката се зачервява, навлажнява, а клепачът може да спадне. Ноздрата се запушва или потича. Другата страна на главата е напълно незасегната.

Какво причинява кластърното главоболие?

Въпреки многото медицински изследвания за причината на кластърното главоболие, тя е все още неизвестна. Интересът е насочен към времето, през което настъпват пристъпите, като изглежда, че има връзка с циркадните ритми (биологическият часовник). Нови проучвания в тази сфера показват промени в една част от мозъка наречена хипоталамус, областта която контролира биологическия часовник.

Много от хората с кластърно главоболие са били или са тежки пушачи. Как това може да допринесе към причините, ако въобще го прави, е неясно. Спиране на тютюнопушенето е винаги добре по здравни причини, но рядко има някакъв ефект върху заболяването.

Кои са провокиращите фактори?

Така наречените *провокиращи фактори* причиняват пристъп от главоболие. Алкохолът, дори малки количества, може да провокира пристъп по време на кластърния период, но не и извън него. За нас не е

ясно как това се случва. Изглежда, че няма други честоти провокиращи фактори.

Трябва ли да проведем някакви изследвания?

Поради симптомите му, кластърното главоболие се разпознава лесно. Не съществуват изследвания, които да потвърдят диагнозата. Тя се основава на описаните от Вас симптоми, както и на липсата на отклонения по време на прегледа. Ето защо е много важно да опишете внимателно вашите симптоми.

Ако лекуващия лекар не е сигурен в диагнозата, могат да се проведат изследвания, включително и скенер на мозъка, чрез които да се изключат други причини за главоболието. Все пак това не се налага често. Ако лекарят не назначи скенер на мозъка, това означава, че това няма да помогне да получите най-доброто лечение.

Какво друго лечение съществува?

Съществуват голям брой начини за лечение на кластърното главоболие, които в повечето случаи имат добро действие. Всички те трябва да са назначени от лекар. Обикновено пристъпите се лекуват с подаване на 100% кислород, което изисква кислородна бутилка, регулатор на дебитата и маска за лицето, или с инжекция на лекарството наречено Sumatriptan, което се прилага чрез специално устройство.

При повечето хора с кластърно главоболие профилактичните медикаменти са най-доброто лечение. Те се приемат всеки ден по време на кластърния период за да се спре появата на главоболието. Тези медикаменти са ефективни, но трябва да сте под медицинско наблюдение, поради възможните странични ефекти. Ето защо Вие може да бъдете насочен към специалист. Това следва да се направи по спешност, тъй като ако имате това заболяване знаем, че страданието Ви е голямо.

Какво следва, ако тези лекарства не действат?

Има голям избор от профилактични медикаменти. Ако един от тях не действа ефективно, то друг може да подейства. Понякога два или три медикамента могат да се използват едновременно.

Какво мога да направя за да си помогна?

Обикновените болкоуспокояващи не действат - главоболието обикновено е отминало преди те да подействат. За да получите ефективно лечение, трябва да потърсите медицинска помощ. Направете го още в началото на кластърния период, тъй като лечението е по-ефективно когато се започне рано.

Водете си дневник

Може да използвате дневник за да записвате различна важна информация за вашето главоболие - колко често и кога го получавате, колко продължава то и какви са симптомите му. Това помага за поставяне на диагнозата, за установяването на провокиращи фактори и за преценка на ефекта от лечението.

Ще се подобри ли кластърното ми главоболие?

Кластърното главоболие може да продължи много години. Изглежда обаче, че при повечето хора то се подобрява по късно през живота - това важи най-много за хората с хронично кластърно главоболие.

За повече информация посетете www.w-h-a.org

Информация за хората с хронично ежедневно главоболие

Главоболието представлява реален проблем - то не съществува само в съзнанието на хората. Ако главоболието Ви притеснява, трябва да се обърнете към лекар. Целта на тази брошура е да Ви помогне да разберете същността на главоболието, което имате, как се диагностицира и лекува то, а също и да Ви помогне да работите заедно с лекуващия лекар или сестра за постигане на най-добрия резултат от лечението.

Какво представлява хроничното ежедневно главоболие?

"Главоболието ми започва следобед, мога да продължа да работя, но имам трудности да се концентрирам. Мислех си, че с болкоуспокояващи ще облекча главоболието си. То започна да зачестява и сега взимам болкоуспокояващи през повечето дни. Чувствам, че главата ми никога не минава напълно."

Хроничното ежедневно главоболие не е диагно-за. Това понятие описва главоболието, което настъпва през 15 или повече дни месечно, за повече от три месеца.

Кои са различните видове хронично ежедневно главоболие?

Съществуват няколко различни видове хронично ежедневно главоболие, които зависят от това, което ги причинява. Най-честите причини са *хроничното тензионен тип главоболие* и *главоболието, дължащо се на злоупотреба с медикаменти*. Ако се интересувате, съществува и отделна брошура за тензионния тип главоболие. Главоболието, дължащо се на злоупотреба с медикаменти (виж по-долу) може да се развие от мигрена или от тензионен тип главоболие.

Кой получава хронично ежедневно главоболие?

Изненадващо, но то е често разпространено. Около един на 20 души развиват хронично ежедневно главоболие в някакъв период от живота си. То е по-често при жените отколкото при мъжете, а също се среща и при деца.

Кои са симптомите на хроничното ежедневно главоболие?

Основната характеристика е много честото главоболие. Болката е различна, но най-често е с

характер на тъпа. Чести симптоми придружаващи главоболието са чувството за умора и неразположеност, раздразнителността и нарушенията на съня. Понякога главоболието е много силно, но характерното е, че то променя силата си в рамките на деня. Главоболието, дължащо се на злоупотреба с медикаменти често е най-силно при събуждане сутрин.

Дали хроничното ми ежедневно главоболие ще се подобри?

Лечението на хроничното ежедневно главоболие зависи от диагнозата и от причината за него. Много важно е да получите правилното лечение, което обикновено изисква лекарска помощ.

Всички видове хронично ежедневно главоболие могат временно да се облекчат от болкоуспокояващи и анти-мигренни медикаменти, но в много случаи това облекчение е само частично и ефектът им намалява с времето. Този подход не е подходящ, тъй като води до влошаване на състоянието.

Ако вашето главоболие е било причинено от свръх употреба на такива медикаменти, то вероятно е да получите подобрение от спирането на приема им, а не обратното.

Трябва ли да проведа някакви изследвания?

Независимо от вида на хроничното ежедневно главоболие, не съществуват изследвания, които да потвърдят диагнозата. Тя се поставя въз основа на вашето описание на главоболието и на липсата на отклонения при прегледа. Затова е важно да опишете внимателно вашите симптоми, и начина, по който те са се развили. Много важно е да кажете видовете болкоуспокояващи или други лекарства, които приемате за лечение на главоболието, както и колко често ги взимате. Би следвало лекуващият лекар да каже сравнително лесно дали имате заболяване, което да е по-сериозно от хроничното ежед-

невно главоболие. Ако той или тя не е сигурен в диагнозата или ако има внезапна промяна в главоболието, може да се проведат изследвания, включително и скенер на мозъка, за да се изключат други причини за него. Все пак това рядко се налага. Ако лекарят не назначи изследвания, това означава, че те не биха помогнали за това да получите най-доброто лечение.

Какво представлява главоболието, дължащо се на злоупотреба с медикаменти?

Всеки медикамент, който използвате за да лекувате симптомите на главоболие, взиман твърде често за дълго време, може да причини главоболие, дължащо се на злоупотреба с медикаменти. Аспиринът, Paracetamol, Ibuprofen, Codeine - в действителност всички болкоуспокояващи, дори тези без рецепта - са свързани с появата на този проблем. Това не важи единствено за болкоуспокояващите. Това важи и за медикаментите използвани за лечение на мигрената, когато се използват твърде често. Тук се включват триптаните и най-вече ерготаминът.

Подобно главоболие (макар и не точно главоболие, дължащо се на злоупотреба с медикаменти) може да се получи от приема на твърде много кофеин. Обикновено източникът са кафето, чаят или кока колата, но също и таблетки кофеин или болкоуспокояващи, съдържащи кофеин.

Не е ясен точно механизъмът, по който се развива главоболието, дължащо се на злоупотреба с медикаменти и той може да е различен, в зависимост от медикамента. Триптаните и ерготаминът могат да причинят ребаунд ефект - главоболие, дължащо се на изчерпване на техния ефект. Смята се, че с времето болкоуспокояващите повлияват пътищата за провеждане на болката в мозъка. Това означава, че тези пътища се пренастройват като резултат от действието на медикамента, което води до нарастваща нужда от него.

При повечето хора с инцидентно главоболие, болкоуспокояващите са безопасен и ефективен начин за лечение. Главоболие, дължащо се на злоупотреба с медикаменти може да се развие при всеки, който приема редовно медикаменти за главоболие повече от три гена на седмица. Обикновено лицето с главоболие, дължащо се на злоупотреба с медикаменти започва да получава инцидентни пристъпи от тензионен тип главоболие или (по-често) от мигрена. Поради различни причини главоболието започва да зачестява. Това може да се дължи на естественото развитие на заболяването или на наслагването на допълнително главоболие, вероятно дължащо се на стрес или мускулна болка. Засилването на главоболието води до употребата на повече медикаменти в опит да се контролират симптомите, докато накрая и двете стават ежедневни.

Много хора в тази ситуация са наясно, че взимат повече от разумното количество медикаменти и правят опит да го намалят. Това води до появата на синдром на отнемане с влошаващо се главоболие, за което отново започват да приемат лечение. Става ясно, че това довежда до един порочен кръг, който е трудно да бъде прекъснат. Количеството, което приемате не е от такова значение - малко вероятно е да получите главоболие, дължащо се на злоупотреба с медикаменти, ако редовно взимате пълната доза болкоуспокояващи само един или два дни през седмицата. Ако обаче приемате малко болкоуспокояващи, но през повечето дни, ще влошите главоболието си. В основата на проблема е честата употреба на медикаменти за определен период от време.

Как мога да си помогна?

Единственият начин да се повлияе това състояние е да се спре злоупотребата на използваното лекарство (*отнемане*). Клинични проучвания показват, че повечето хора значително се подобряват след отнемане на медикамента. Може да са нужни до

три месеца преди да усетите пълния ефект. Дори ако главоболието продължи и след това, въпреки спирането на медикамента, причината за него става ясна и то би се повлияло по-добре от правилно предписано специфично лечение.

Може да спрете приемът или отведнъж или както постепенно, за период от две до три седмици намалявате приеманото количество. Които и начин да изберете, докато го правите, пийте достатъчно количество течности (но без да увеличавате приема на кофеин). Ако решите да спрете отведнъж, почти сигурно е, че ще получите симптоми на отнемане - влошаващо се главоболие, неразположеност, гадене и/или повръщане и нарушения на съня. Тези симптоми ще се появят в рамките на 48 часа и в най-лошия случай могат да продължат до две седмици. Хората, които се опитват да спрат бавно е по-вероятно да не успеят, може би, защото това отнема по-дълго време.

Разумно е да се избере кога точно да стане отнемането и то да не се започва преди важно събитие. Предупредете колегите си, че е възможно да не сте в състояние да отидете на работа за няколко дни.

Какво следва, ако оставя нещата така както са?

Ако злоупотребата с медикаменти е причината за честото Ви главоболие, да оставите нещата както са е неприемливо. Ще продължите да имате все по-често главоболие, което няма да се повлиява от болкоуспокояващи или профилактични медикаменти. В последствие може да се стигне до увреда на черния дроб или бъбреците.

Съществуват ли други медикаменти, които мога да взимам?

Съществуват и медикаменти, които лекарят може да предпише и които може да взимате всеки ден,

за да стане оттеглянето по-лесно. Те действат само ако спрете всички други лекарства за главоболие. Дори тогава не е ясно колко помагат те. В един момент ще трябва да спрете и тях, като при повечето хора е по-добре да се опита без тях.

Мога ли да съм сигурен/на, че това няма да се случи отново?

С развитието си главоболието, дължащо се на злоупотреба с медикаменти до голяма степен замества първоначалното главоболие (мигрена или тензионен тип главоболие), заради което сте започнали приема на медикамента. Това означава, че след отнемането, с подобряването на главоболието, дължащо се на злоупотреба с медикаменти може да очаквате първоначалното главоболие да се върне.

Съществуват две отделни брошури относно мигрената и тензионния тип главоболие. На този етап една от тях може да Ви е от полза.

Ако имате нужда от лечение, веднъж щом типичните за първоначалното главоболие прояви се появят отново, може да възобновите внимателно употребата на медикаменти за лечението му. Най-вероятно е това да стане след като изминат поне няколко седмици. Бъдете внимателни да не допуснете същите грешки както преди. За да не се случи това отново, избягвайте да взимате лекарства за главоболие за повече от три последователни дни или да взимате редовно такива през три или повече дни в седмица. Винаги четете листовката за пациента на всеки един медикамент, който употребявате.

Ако главоболието Ви не се подобрява, или минава само временно, не продължавайте да приемате медикаменти, без да се консултирате с вашия лекуващ лекар или сестра.

Посетете лекуващия лекар или сестра ако честото главоболие не минава или ако то се появи отново.

Водете си дневник

Може да използвате дневник, за да записвате различна важна информация за вашето главоболие - колко често и кога го получавате, колко продължава то и какви са симптомите му. Това помага за поставяне на диагнозата и за оценка на ефекта от лечението.

За хората изложени на риск от главоболие, дължащо се на злоупотреба с медикаменти, воденето на дневник е особено важно, тъй като това помага да се проследи какво количество и колко често приемате медикаменти.

За повече информация посетете www.w-h-a.org

Информация относно женските хормони за жени с главоболие

Главоболието представлява реален проблем - то не съществува само в съзнанието на хората. Ако главоболието Ви притеснява, трябва да се обърнете към лекар. Промените, които настъпват в хормоните по време на живота на жената, от пубертета до менопаузата, имат важно значение за мигрената и за други видове главоболие. Ако жената знае какво да очаква, това може да и помогне да разбере защо получава главоболие и по-важното, кога да потърси помощ.

Главоболие и женски хормони

Имайки предвид силното влияние на хормоните върху главоболието при жени, може да си задавате въпроса защо лекарите не провеждат хормонални изследвания. Простият отговор е, че няма такива изследвания, които да изяснят причината за главоболието.

Връзката между женските хормони и процесите, които причиняват главоболие, влошават го или го подобряват са много сложни. Дори тогава когато

е ясно, че хормоните са фактор за главоболието, обикновено всички стандартни хормонални изследвания са нормални. Проучвания, при които са измервани нивата на хормоните показват, че няма разлики между жените с главоболие провокирано от хормонални промени и жените без хормонално обусловено главоболие.

Главоболие, мигрена и пубертет

Пубертетът е времето, когато момичето започва да произвежда в месечен цикъл хормони, което води до началото на менструацията. Тогава хормоните за първи път могат да имат влияние върху главоболието. Макар мигрената да може да започне на всяка възраст при една на всеки шест жени, които ще развият това заболяване, пубертетът често е причина за неговото начало.

Главоболие и менструалния цикъл

Много жени забелязват връзка между главоболието и техния менструален цикъл. Обикновено главоболието е по-често и по-тежко през дните около менструалния период. По същото време може да има промени в настроението, задържане на вода, както и някои предменструални симптоми, които се подобряват с началото на менструацията.

Мигрената също се повлиява от менструалния цикъл, като при някои жени тя се провокира от естественото понижение на нивото на хормона естроген, около времето на менструацията. Други хормони, които търпят промени по време на менструалния цикъл, като простагландините, които се отделят точно преди и по време на менструацията, могат също да са важен провокиращ фактор. Това е най-вероятно при жени, които получават мигрена само през първия или втория ден на менструацията.

Така наречената "менструална мигрена" може да протича по-тежко, отколкото главоболието през останалите дни в месеца и това налага приемът на

медикамента срещу мигрена да става възможно най-рано. В този случай лекарят може да Ви предпише лекарства с рецепта за лечение на симптомите на мигрена, но ако се налага лекувайте и менструалните болки. Не се продават медикаменти, които са специфични за менструалната мигрена, но съществуват такива, които често действат добре. Изборът зависи от придружаващите симптоми и той трябва да се обсъди с лекуващия лекар.

Главоболие и контрацепция

Хормоналната контрацепция, като комбинираните хормонални контрацептиви (таблетки, лепенки, пръстени и инжекционни разтвори) е много безопасна за голямата част от жените, които я използват. Това важи и за повечето жени с мигрена. Много жени намират, че комбинираните хормонални контрацептиви не повлияват главоболието им - а в някои случаи дори им помагат. Независимо от това, главоболието е често съобщаван страничен ефект на този вид медикаменти. В повечето случаи подобно главоболие се подобрява след няколко месеца и то рядко е причина да се спре приема на контрацептиви.

Жените с мигрена без аура често забелязват, че получават пристъпите си по време на седмицата, през която не взимат контрацептиви. Тогава нивата на естрогена се понижават - получава се същия ефект, точно както при менструалната мигрена.

Комбинираните хормонални контрацептиви не трябва да се използват от жени с мигрена с аура. Причината за това е, че естрогенът в контрацептивите може да увеличи риска от инсулт. Ако 100 000 жени на възраст под 35 години, които имат мигрена с аура започнат да употребяват комбиниран хормонален контрацептив, бихме могли да очакваме, че около 28 от тях ще получат инсулт в рамките на една година. Ако същата група жени няма мигрена и не употребява комбиниран хормонален контрацеп-

тив, само една жена би се очаквало да получи инсулт в рамките на една година.

Макар рискът от инсулт да е много малък за жените на възраст по-малко от 50, разумно е той да не се увеличава, тъй като съществува голям избор от други методи за контрацепция. Няколко от тях са дори по ефективни от комбинираните хормонални контрацептиви. Това означава, че повишаването на риска може напълно да се избегне.

Ако една жена с *мигрена без аура* получи *мигрена с аура* след като е започнала да използва комбиниран хормонален контрацептив, то тя трябва да го спре веднага. При тази ситуация жената следва да се консултира с лекар относно това как да продължи контрацепцията. Има отделна брошура, която обяснява какво представляват мигрената без аура и мигрената с аура.

Контрацептивните методи само с прогестерон (таблетки, импланти, инжекционни разтвори и вътре маточни методи) не увеличават риска от инсулт и имат различни ефекти върху главоболието. Има доказателства, че ако методът спре менструацията, главоболието обикновено се подобрява.

Главоболие, бременност и кърмене

За щастие повечето жени съобщават, че главоболието им се подобрява по време на втората половина от бременността. Това се случва най-често при *мигрената без аура*. Благоприятно влияние може да оказва и кърменето.

По време на първите няколко месеца на бременността, обаче главоболието може да се влоши. Една от причините са гаденето и повръщането, особено, когато протичат тежко, тъй като намаляват приема на храна и течности, което от своя страна води до понижаване на кръвната захар и обезводняване. Ако Вие имате този проблем, опитайте да приемате малки, богати на въглехидрати порции храна и обилно количество течности. От значение е и адек-

ватната почивка, за да се избегне преумората. Други превантивни мерки, които могат да се опитат са акупунктурата, биофидбек, масаж и релаксационни техники.

Жените, които имат *мигрена с аура* преди да забременеят е по-вероятно да имат пристъпи по време на бременността. Ако мигрената започне по време на бременност, по-вероятно е тя да бъде *мигрена с аура*.

Няма доказателства, че главоболието или мигрената с или без аура имат някакъв ефект върху протичането на бременността или пък върху растежа и развитието на детето. Разбира се важно е да се убедим, че лечението, което приемаме за главоболие по време на бременност и кърмене е безопасно. Това е изследвано при няколко медикамента и в действителност Paracetamol (когато се използва правилно) е единственият медикамент, при който това е демонстрирано. За съжаление той не представлява най-ефективното лечение за мигрена, а също и не трябва да бъде приеман твърде често. Съществуват обаче и други медикаменти, които могат да се използват под лекарски контрол. Ако смятате, че имате нужда от прием на други медикаменти за лечение на главоболие, първо се консултирайте с лекар.

Главоболие, менопауза и хормоно заместваща терапия (ХЗТ)

С приближаване на менопаузата яйчниците произвеждат все по-малко естроген. През това време на нарушен хормонален баланс мигрената и други видове главоболие стават по-чести и по-тежки. При повечето жени те отслабват след менопаузата, вероятно поради спиране на колебанията в нивата на хормоните и стабилизиране на концентрацията на естрогена на по-ниски нива.

В няколко проучвания е изследван ефекта на ХЗТ върху главоболието, но решението за тази терапия

може да се вземе независимо от наличието на главоболие. За разлика от естрогените в синтетичните контрацептиви, естествените естрогени използвани при ХЗТ изглеждат не увеличават риска от инсулт при жени с мигрена с аура. Има съобщения, че мигрената е възможно да се влоши при прилагане на орална ХЗТ и да се подобри при други начини на приложение като лепенки или гелове. Високата доза естроген може да провокира мигренна аура, което е знак за намаляването на дозата. Независимо от типа на ХЗТ, който изберете е важно да дадете достатъчно време терапията да подейства: първите три месеца са време на променен баланс, след което организма се приспособява към хормоналните промени.

Много жени използват препарати без рецепта за лечение на топли вълни. Има известни доказателства, че съдържащите се в някои храни естрогени (изофлавонолите в соевите продукти) помагат за симптомите на менопаузата и мигрената. Така че е подходящо да се увеличи приема на храни богати на соя.

Главоболие и хистеректомия

Хистеректомията не допринася за лечението на хормонално обусловеното главоболие. Нормалният менструален цикъл е резултат от взаимодействието на няколко различни органи в организма. Освен яйчниците и матката, тук се включват и

някои части на мозъка. Отстраняването само на матката има слаб ефект върху хормоналните промени по време на менструалния цикъл, независимо, че менструацията спира.

Какво мога да направя, за да си помогна?

Ако смятате, че главоболието Ви се влошава по време на промените в хормоните, първото нещо, което трябва да направите е да си отбелязвате датите на първия ден на менструацията и датите на всеки ден с главоболие. След няколко месеца анализирайте записките си и вижте дали се оформя някаква тенденция. По този начин ще разберете дали хормоните имат отношение към вашето главоболие.

Помнете, че трябва да се изключат евентуални други причини за главоболие. Помислете дали има и други провокиращи фактори. Те биха могли да са част от проблема едновременно с хормоните, а би могло да е възможно да ги избегнете.

Когато получите главоболие и по-конкретно мигрена не отлагайте терапията; ако я оставите за по-късно, може да е с по-слаб ефект. Ако лечението Ви е не достатъчно ефективно, за да извършвате ежедневните си дейности, вземете вашите записки и заедно с лекуващия лекар обсъдете допълнителните възможности.

За повече информация посетете www.w-h-a.org

ИЗИСКВАНИЯ КЪМ ПРЕВОД

ВЪВЕДЕНИЕ

Програмата Lifting The Burden поставя цели и дейности в световен план. Програмите, които развива на английски език, трябва да се направят достъпни и на много други езици. Все повече нараства значението на точния превод на медицински документи и материали. Необходим е качествен контрол на лингвистичния превод, който да следва определен стандартизиран протокол. С това се повишава приликата между езиковия и концептуалния еквивалент между преведения материал, особено ако е необходимо сравняване на резултатите между различни култури и националности. Съществуват три различни вида документа: брошури (информационни материали за пациента); технически документ (информация за професионалисти, като например принципи за лечение); и хибридни документи (насочени към пациенти с главоболие, но могат да се ползват в клиничната практика или в проучвания, като например индексите HALT и HART).

Работната група на програмата Lifting The Burden е съставила протокол, който трябва да се следва при превода за всеки един от тези документи. Членовете на тази група са или професионални преводачи или са подробно запознати с изискванията за превод. Тяхната задача е била да състави протокол, който ще гарантира точен и качествен превод, ще бъде достатъчно прагматичен и удобен за приложение при пациенти от различни култури. Всички преводи трябва да следват един или друг от тези протоколи възможно най-прецизно.

Групата за преводи към програмата Lifting The Burden:

M. Peters (прегледател), UK; J.M. Bertolote, Switzerland; C. Houchin, UK; T. Kandoura, UK; T.J. Steiner, UK.

References:

1. Peters M, Passchier J (2006) Translating instruments for cross-cultural studies in headache research. *Headache* 46: 82-91
2. Wild D, Grove A, Martin M et al (2005) Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: Report of ISPOR task for translation and cultural adaptation. *Value Health* 8: 94-104.

ПРОТОКОЛ ЗА ПРЕВОД НА ТЕХНИЧЕСКИ ДОКУМЕНТИ

Тези инструкции са създадени от Работната група за преводи за адаптация на документи по егидата на програмата за Lifting The Burden и са насочени към професионалистите по здравни грижи.

Преводите на всички технически документи трябва да следват тези правила и трябва да бъдат одобрени от Работната група за преводи.

Преводът трябва да отговаря и следва следните пет стъпки.

1. Координиране на превода.

Този процес трябва да включва координатор на превода, който да надзирава, но не и да осъществява самия превод. Трябва да се избере, така че да отговаря на следните критерии:

- експерт по главоболие;

- да владее както английски, така и целевия език (отличен писмен и говорим роден език и да е жител на страната с целевия език).

- да е способен да посредничи достатъчно добре между различните преводачи и да разбира много добре различните им гледни точки.

Ако координаторът не е добър лингвист (не познава достатъчно добре родния език), трябва да се избере рецензент, отговарящ на горните критерии. Той не може да бъде ангажиран в превода, но може да арбитрира някои несъвместими гледни точки на преводачите и по този начин ще се избегне превод, базиран на консенсус.

Задачите на координатора включват:

- да избере преводачите и оценяващи (и рецензент, ако това е необходимо);

- да организира и надзирава превода; да организира срещи между преводачите с цел съставяне превод, базиран на консенсус;

- да организира и надзирава качествената оценка на превода;

- да създава доклади за процеса на работа.

2. Превод на таргетния език

Трябва да се направят два независими превода на оригиналния документ на съответния език.

Двата превода трябва да са от независими преводачи; от две двойки преводачи (единият осъществява превода, а вторият от двойката проверява работата) или от от две самостоятелни групи преводачи (състоящи се от 3-4 члена във всяка група). Ако се използва вариант с двойка преводачи или група, единият трябва да се титулова като председател и да носи отговорност за комуникацията с координатора. Преводачите не трябва да се съветват по между си, докато не завършат преводите си.

Преводачи се избират според следните критерии:

- да владее на много високо ниво родния език;
- поне един (от двойката, групата или независимия преводач) да бъде експерт по главоболие или общо-практикуващ лекар според изискванията на документа;
- (в идеалния вариант могат да се използват професионален преводач или лингвист с два езика, двойка или група, специализирана в езиците, като например учител или журналист. Ако не е наличен такъв преводач, може да се включи втори експерт по главоболие или общо-практикуващ лекар).

Преводачите се инструктират да спазват:

- професионалния характер на превода, като използват технически език;
- да правят семантични и концептуални преводи (а не литературни), така че значението на думите и фразите да се запази както в оригиналния документ;
- да избягват новаторството (прибавянето на техни идеи в текста);
- да записват всички части на текста, които намират трудни за превод.

3. Създаване на превод, базиран на консенсус

Координаторът трябва да работи и с двамата независими преводачи или с определения за председател на двойката или групата преводачи. Трябва да хармонизира различията между преводите и да създаде превод, базиран на консенсус. Налице са три стъпки към този процес:

- всеки преводач изпраща преводът си на координатора;
- координаторът прави първоначално сравняване между двата превода и подчертава и записва всички части, които се различават съществено;
- координаторът и преводачът (или председателя) се срещат (или, например, провеждат телеконференция), за да обсъдят тези части или други проблемни области, които се очертават при обсъждането на единия превод.

Ако преводачите не могат да стигнат до консенсус по някоя част, тогава координаторът, ако е с много високо ниво на познание на родния език, може да вземе крайно решение. Ако координаторът не владее достатъчно добре родния език, се определя рецензент, който трябва да вземе крайно решение.

4. Оценяване на качеството

Определят се трима оценяващи по следните критерии:

- или експерт по главоболие, или общо-практикуващ лекар според изискванията на документа;
- лингвист с много високи познания на родния език (живущ в съответната страна) с добро познание на лингвистичните фактори (като граматика, четемост), но не е задължително да владее два езика.

Оценяващите се инструктират:

- че документът ще се използва от професионалисти по здравни грижи;
- да оценят превода, базиран на консенсус дали е достатъчно разбираем, граматически коректен, медицински коректен и подходящ за съответната култура;

- да записват коментарите си и да ги изпращат на координатора.

Всеки оценяващ преглежда самостоятелно превода, базиран на консенсус, без да се съветва с другите и изпраща своите коментари на координатора.

Могат да се вмъкнат съвсем минимални промени, предложени от оценяващите, от координатора (ако е необходимо, може дори да се консултира с рецензент).

Когато се предлагат съществени промени, координаторът трябва да се свърже с преводачите (и рецензент, ако е необходимо това), за да се съгласят с алтернатива на превода. Ако тези промени се одобрят, качеството на новия превод трябва да се оцени на ново посредством същата процедура.

5. Доклагване на процеса на превеждане

Координаторът трябва да състави доклад на английски език въз основа на процеса на превеждане като документира детайлите (квалификациите и опита) на преводачите, рецензента и оценяващите.

Докладът трябва да съдържа:

- оригиналният документ;
- първите два превода, преводът, базиран на консенсус, всякакви други междинни версии и финалният превод;

- да се споменават всякакви съществени трудности по време на работа (трудностите могат да включват проблемни думи или цели части от документа, които са били трудни за превод, пунктове на несъгласие или алтернативи, или всякакви други аспекти, по които е било трудно да се достигне консенсус, или такива, които са били подчертани по време на оценяване на превода).

Докладът следва да се изпрати на председателя на Работната група за преводи.

За решаване на проблеми

Всякакъв вид проблеми или въпроси относно превода, трябва да се отнасят към председателя на Работната група за преводи.

ПРОТОКОЛ ЗА ПРЕВОД НА БРОШУРИ

Тези инструкции са създадени от Работната група за преводи за адаптация на документи (наречени брошури) по егидата на програмата за Lifting The Burden и са насочени към хората с главоболие, обществеността и свободните медиуми.

Преводите на такъв род документи трябва да следват тези указания, за да се гарантира високо качество на превод и да се одобри от Работната Група за преводи.

Преводът трябва да следва пет стъпки:

1. Координиране на превода

Този процес трябва да включва координатор на превода, който да надзирава, но не и да осъществява самия превод. Трябва да се избере, така че да отговаря на следните критерии:

- да владее както английски, така и таргетния език (отличен писмен и говорим роден език и да е жител на страната с таргетния език).

- да е способен да посредничи достатъчно добре между различните преводачи и да разбира много добре различните им гледни точки.

Ако координаторът не е добър лингвист (не познава достатъчно добре родния език), трябва да се избере рецензент, отговарящ на горните критерии. Той не може да бъде ангажиран в превода, но може да арбитрира някои несъвместими гледни точки на преводачите и по този начин ще се избегне превод, базиран на консенсус.

Задачите на координатора включват:

- да избере преводачите и оценяващи (и рецензент, ако това е необходимо);

- да организира и надзирава превода; да организира срещи между преводачите с цел да се състави превод, базиран на консенсус;

- да организира и надзирава качествената оценка на превода;

- да създава доклади за процеса на работа.

2. Превод на таргетния език

Трябва да се направят два независими превода на

оригиналния документ на съответния език.

Двата превода трябва да са от независими преводачи; от две двойки преводачи (единият осъществява превода, а вторият от двойката проверява работата) или от от две самостоятелни групи преводачи (състоящи се от 3-4 члена във всяка група). Ако се използва вариант с двойка преводачи или група, единият трябва да се титулова като председател и да носи отговорност за комуникацията с координатора. Преводачите не трябва да се съветват по между си докато не завършат преводите си.

Преводачи се избират според следните критерии:

- да владее на много високо ниво родния език;
- поне един (от двойката, групата или независимия преводач) да бъде експерт по главоболие или медицински експерт според изискванията на документа;
- (в идеалния вариант могат да се използват професионален преводач или лингвист с два езика, двойка или група, специализирана в езиците, като например учител или журналист. Ако не е наличен такъв преводач, може да се включи втори експерт по главоболие или медицински експерт).

Преводачите се инструктират да спазват:

- превода да е достъпен, да избягват техническия език, така че документът да бъде разбираем от хората със редни възможности за четене;
- да правят семантични и концептуални преводи (а не литературни), така че значението на думите и фразите да се запази както в оригиналния документ;
- да записват всички части на текста, които намират трудни за превод.

3. Създаване на превод, базиран на консенсус

Координаторът трябва да работи и с двамата независими преводачи или с определения за председател на двойката или групата преводачи. Трябва да хармонизира различията между преводите и да създаде превод, базиран на консенсус. Налице са три стъпки към този процес:

- всеки преводач изпраща преводът си на координатора;
- координаторът прави първоначално сравняване между двата превода и подчертава и записва всички части, които се различават съществено;
- координаторът и преводачът (или председателят) се срещат (или, например, провеждат телеконференция), за да обсъдят тези части или други проблемни области, които се очертават при обсъждането на единия превод.

Ако преводачите не могат да стигнат до консенсус по някоя част, тогава координаторът, ако е с много високо ниво на познание на родния език, може да вземе крайно решение. Ако координаторът не владее достатъчно добре родния език, се определя рецензент, който трябва да вземе крайно решение.

4. Оценяване на качеството

а) лингвистичен преглед

Един оценяващ се избира по следните критерии:

- страничен човек (да не е медицинско лице или научен изследовател);
- с много добри познания по родния език (жител на съответната страна) с добро познание на лингвистичните фактори (като граматика, четаемост), но не е задължително да владее два езика.

Оценяващият се инструктира:

- за това, че документът трябва да се разбира от хора със средни възможности за четене;
- да оцени превода, базиран на консенсус за разбираемост, граматическа коректност и подходящ за съответната култура;
- да записва неговия/ нейния коментар и да ги изпраща на координатора.

б) Преглед по отношение насочеността към съответна аудитория.

Втора качествена оценка съди за това дали е подходящ превода за съответната аудитория. Това става с помощта на група от шест човека, които се избират по следните критерии:

- засегнати са от главоболие;
- владеещи много добре родния език, но не е за-

гължително да знаят гва езика.

Всеки един от тези членове оценява самостоятелно превода, базиран на консенус, без да се съветва с останалите и изпраща коментарите си на координатора.

в) Изработване на краен, одобрен вариант на превода

Могат да се вмъкват съвсем минимални промени, предложени от оценяващите, от координатора (ако е необходимо, може дори да се консултира с рецензент)

Когато се предлагат съществени промени, координаторът, трябва да се свърже с преводачите (и рецензент, ако е необходимо това), за да се съгласят с алтернатива на превода. Ако тези промени се одобрят, качеството на новия превод трябва да се оцени на ново посредство същата процедура.

5. Доклаждане на процеса на превеждане

Координаторът трябва да състави доклад на английски език въз основа на процеса на превеждане, като документира детайлите (квалификациите и опита) на преводачите, рецензента и оценяващите.

Докладът трябва да съдържа:

- оригиналният документ;
- първите гва превода, преводът, базиран на консенус, всякакви други междинни версии и финалният превод;

- да се споменават всякакви съществени трудности по време на работа (трудностите могат да включват проблемни думи или цели части от документа, които са били трудни за превод, пунктове на несъгласие или алтернативи, или всякакви други аспекти, по които е било трудно да се достигне консенус, или такива, които са били подчертани по време на оценяване на превода).

Докладът следва да се изпрати на председателя на Работната група за преводи.

За решаване на проблеми

Всякакъв вид проблеми или въпроси относно превода, трябва да се отнасят към председателя на Работната група за преводи.

ПРОТОКОЛ ЗА ПРЕВОД НА ХИБРИДЕН ДОКУМЕНТ

Тези инструкции са създадени от Работната група за преводи за адаптация на документи (наречени хибридни документи) под егидата на програмата за Lifting The Burden и са насочени към хората с главоболие, но също така с цел да се използват в клиничната практика или в проучвания (като въпросници, дневници, инструменти).

Преводите на такъв род документи трябва да следват тези указания, за да се гарантира високо качество на превод и да се одобри от Работната Група за преводи.

Преводът трябва да следва шест стъпки:

1. Координиране на превода

Трябва да включва координатор на превода, който да надзирава, но не и да осъществява самия превод. Трябва да се избере, така че да отговаря на следните критерии:

- да има технически познания (да разбира същността на въпросите или превода на инструмента);
- да знае гва езика - английски и родният език (да има достатъчно добри познания по родния език, да е жител на съответната страна);
- да е способен да посредничи достатъчно добре между различните преводачи и да разбира много добре различните им гледни точки.

Ако координаторът не е добър лингвист (не познава достатъчно добре родния език), трябва да се избере рецензент, отговарящ на горните критерии. Той не може да бъде ангажиран в превода, но може да арбитрира някои несъвместими гледни точки на преводачите и по този начин ще се избегне превод, базиран на консенус.

Задачите на координатора включват:

- да избере преводачите за прав и обратен превод, оценяващи и група за преглед на работата (ако е необходимо и рецензент);
- да поддържа връзка с автора на документа;
- да организира и надзирава правия и обратния

превод, като урежда срещи с преводачите, за да се състави превод, базиран на консенсус за правия превод и отново (ако е необходимо) да се изчистят някои несъответствия по време на обратния превод;

- да организира и надзирава процеса по качествена оценка на превода;

- да създава доклади за процеса на работа.

1. Превод на целевия език

Трябва да се направят два независими прави превода на оригиналния документ на съответния език.

Двата превода трябва да са от независими преводачи; от две двойки преводачи (единият осъществява превода, а вторият от двойката проверява работата) или от две самостоятелни групи преводачи (състоящи се от 3-4 члена във всяка група). Ако се използва вариант с двойка преводачи или група, единият трябва да се титулова като председател и да носи отговорност за комуникацията с координатора. Преводачите не трябва да се съветват по между си докато не завършат преводите си.

Преводачи се избират според следните критерии:

- да владее на много високо ниво родния език;
- поне един (от двойката, групата или независимия преводач) да бъде експерт по главоболие;
- (в идеалния вариант могат да се използват професионален преводач или лингвист с два езика, двойка или група, специализирана в езиците, като например учител или журналист. Ако не е наличен такъв преводач, може да се включи втори експерт по главоболие или лекар).

Координаторът трябва да обясни на преводачите целта и концепцията, която стои в основата на документа.

Преводачите се инструктират да спазват следните изисквания:

- преводът да е достъпен, да избягват техническия език, така че документът да бъде разбираем от хората със средни възможности за четене;
- да правят семантични и концептуални преводи

(а не литературни), така че значението на думите и фразите да се запази както в оригиналния документ;

- да записват всички части на текста, които намират трудни за превод.

3. Създаване на превод, базиран на консенсус

Координаторът трябва да работи и с двамата независими преводачи или с определения за председател на двойката или групата преводачи. Трябва да хармонизира различията между преводите и да създаде превод, базиран на консенсус. Налице са три стъпки към този процес:

- всеки преводач изпраща превода си на координатора;

- координаторът прави първоначално сравняване между двата превода и подчертава и записва всички части, които се различават съществено;

- координаторът и преводачът (или председателя) се срещат (или, например, провеждат телеконференция), за да обсъдят тези части или други проблемни области, които се очертават при обсъждането на единия превод.

Ако преводачите не могат да стигнат до консенсус по някоя част, тогава координаторът, ако е с много високо ниво на познание на родния език, може да вземе крайно решение. Ако координаторът не владее достатъчно добре родния език, се определя рецензент, който трябва да вземе крайно решение.

4. Обратен превод

Един обратен превод е необходимо да се направи на вече направения прав превод, базиран на консенсус. Това се осъществява от преводач, отговарящ на следните критерии:

- с много високо ниво на владеене на английски;
- или специалист по главоболие или медицински експерт, или професионалист, или преводач с два езика, специалист по езиците/ лингвистични проблеми.

Обратният превод се изпраща на координатора, който препраща документа на автора на оригиналния документ с молба да сравни оригиналния до-

кумент и обратния превод. Ако авторът прецени, че липсва сходство между двата документа, той трябва да обясни становището си на координатора.

Като се следва това концептуално сравняване, минимални допълнения могат да се предложат на координатора (при наличие на консултация с рецензент, ако това е необходимо).

Когато съществени различия се докладват, координаторът свиква среща (или телеконференция) с преводача на правия и този на обратния превод, за да се уточнят различията и да се елиминират като се направят някои промени или в превода, базиран на консенсус, или в обратния превод.

Този процес създава проверен обратен превод, базиран на консенсус.

5. Оценяване на качеството

а) лингвистичен преглед

Един оценяващ се избира по следните критерии:

- страничен човек (да не е медицинско лице или научен изследовател);
- с много добри познания по родния език (жител на съответната страна) с добро познание на лингвистичните фактори (като граматика, четаемост), но не е задължително да владее два езика).

Оценяващият се инструктира:

- че документът трябва да се разбира от хора със средни възможности за четене;
- да оцени проверения обратен превод, базиран на консенсус за разбираемост, граматическа коректност и подходящ за съответната култура;
- да записва неговия/ нейния коментар и да ги изпраща на координатора.

б) Преглед по отношение насочеността към съответна аудитория

Втора качествена оценка съди за това дали е подходящ превода за съответната аудитория. Това става с помощта на група от шест човека, които се избират по следните критерии:

- засегнати са от главоболие;
- владеещи много добре родния език, но не е задължително да знаят два езика.

Всеки един от тези членове оценява самостоятелно проверения обратен превод, базиран на консенсус, без да се съветва с останалите и изпраща коментарите си на координатора.

в) Изработване на краен, одобрен вариант на превода

Могат да се вмъкват съвсем минимални промени, предложени от оценяващите, от координатора (ако е необходимо, може дори да се консултира с рецензент)

Когато се предлагат съществени промени, координаторът, трябва да се свърже с преводачите (и рецензент, ако е необходимо това), за да се съгласят с алтернатива на превода. Ако тези промени се одобрят, качеството на новия превод трябва да се оцени на ново посредство същата процедура.

5. Доклаждане на процеса на превеждане

Координаторът трябва да състави доклад на английски език въз основа на процеса на превеждане, като документира детайлите (квалификациите и опита) на преводачите, рецензента и оценяващите.

Докладът трябва да съдържа:

- оригиналният документ;
- първите два прави превода, преводът, базиран на консенсус, обратният превод, всякакви други междинни версии и финалният превод;
- да се споменава за всякакви съществени трудности по време на работа (трудностите могат да включват проблемни думи или цели части от документа, които са били трудни за превод, пунктове на несъгласие или алтернативи, или всякакви други аспекти, по които е било трудно да се достигне консенсус, или такива, които са били подчертани по време на оценяване на превода).

Докладът следва да се изпрати на председателя на Работната група за преводи.

За решаване на проблеми

Всякакъв вид проблеми или въпроси относно превода, трябва да се отнасят към председателя на Работната група за преводи.