

БЪЛГАРСКО ДРУЖЕСТВО ПО ГЛАВОБОЛИЕ И БОЛКА

CEPHALGIA

THE OFFICIAL JOURNAL OF THE BULGARIAN HEADACHE AND PAIN SOCIETY

VOLUME 11

NUMBER 2

DECEMBER 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

CERHALGIA

СЪДЪРЖАНИЕ

под редакцията на проф. д-р Ив. Миланов, д.м.н.

НАЦИОНАЛЕН КОНСЕНСУС ЗА ДИАГНОСТИКА
И ЛЕЧЕНИЕ НА ПЪРВИЧНИТЕ ТИПОВЕ
ГЛАВОБОЛИЕ 7

CONTENTS

Prof. Ivan Milanov, MD, PhD, DSc.

NATIONAL CONSENSUS FOR DIAGNOSIS AND
TREATMENT OF PRIMARY HEADACHES! 7

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., Silbertein, 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:

Eitor-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

**НАЦИОНАЛЕН КОНСЕНСУС
ЗА ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ПЪРВИЧНИТЕ ТИПОВЕ ГЛАВОБОЛМЕ**

Днес, 14.11.2009 г., ние долупописаните специалисти достигнахме до консенсус за диагностика и лечение на първичните типове главоболие:

Проф. Ив. Миланов	.....
Проф. П. Стаменова	.....
Проф. П. Шотеков	.....
Проф. Л. Трайков	.....
Проф. И. Търнев	.....
Проф. З. Захариев	.....
Проф. Ст. Янчева	.....
Проф. Е. Титянова	.....
Доц. Н. Делева	.....
Доц. Д. Георгиев	.....
Доц. И. Райчев	.....
Доц. И. Велчева	.....
Доц. М. Даскалов	.....
Доц. Л. Хараланов	.....
Доц. Б. Стаменов	.....

НАЦИОНАЛЕН КОНСЕНСУС ЗА ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ПЪРВИЧНИТЕ ТИПОВЕ ГЛАВОБОЛИЕ

пог редакцията на проф. г-р И. Миланов, г.м.н.

По инициатива на "Българско дружество по главоболие и болка"

Главоболието е най-честото оплакване, което пациентите съобщават при посещенията си при различни медицински специалисти. В много случаи то е симптом на неврологично, психично или соматично заболяване. Във второто издание на Международната класификация на главоболията (Cephalalgia, 2004 год.) са отгиференцирани 73 основни вида главоболия, като 69 от тях се дължат на друго заболяване и следователно лечението е насочено към основното заболяване.

Първичните типове главоболие включват мигрената, кластърното и други тригеминални автономни главоболия и тензионният тип главоболие. В първичните главоболия е отделена група на други първични главоболия, които са клинично хетерогенни, срещат се рядко и не са добре проучени. Те включват първично пробождащо, при кашляне, при усилие, свързано със сексуална активност, хипнагозно, тип "гръмотевичен трясък", hemicrania continua и ново ежедневно персистиращо главоболие.

Епидемиологичните проучвания показват, че около 51% от популацията (56% от жените и 39% от мъжете) страда от първично главоболие, като често пациентите имат два или повече различни видове главоболие. Болестността от мигрена при мъжете е около 6%, а при жените е 3 пъти по-висока и достига до 18%. Средно за популацията болестността е 10-14%. Кластърното главоболие се среща по рядко, при 0,07 до 0,4% от популацията, 4-6 пъти по-често при мъже. Епизодичното тензионен тип главоболие се среща при 80% от популацията. Хроничното главоболие се среща по-

рядко, при 40% от хората. Тензионното главоболие е малко по-често при жени, отколкото при мъже, в съотношение 1,16:1.

Патофизиологичните механизми на възникването, модуляцията и продължителността на главоболието са едни и същи за всички видове. Те са свързани с деполяризация и активиране на ноцицептивните неврони на краниалните нерви (trigeminalis, vagus, glossopharyngeus) или горните шийни гръбначномозъчни коренчета. Активацията се предизвиква от механична, химична или възпалителна стимулация на ноцицепторите. След възникването на ноцицептивната аферентация, тя не се различава според стимула, който я предизвиква.

Диагнозата се поставя въз основа на детайлното описание на главоболието. Преди поставяне на окончателната диагноза и започване на лечението е необходимо пациентът да представи дневник на главоболието, в който поне в продължение на един месец е отбелязвал дните с главоболие от месеца, продължителността и силата на болката (слаба, умерена, силна) и часовете с най-силно главоболие от денонощието.

Задълбочената **анамнеза** с изясняване на характеристиките на главоболието е най-важна за поставяне на диагнозата, особено при пациенти с повече от един вид главоболие:

- Ново или старо е главоболието? Първичните главоболия са стари и се проявяват с една и съща характеристика във времето. Най-трудно се поставя диагнозата при пациенти с главоболие започнало през последния месец. Новото главоболие може да бъде старо, което е променило своята

характеристика. Промяната само в честотата и силата на старо главоболие не го прави ново.

- На каква възраст е започнало (каква е неговата продължителност)? Продължителността на главоболието насочва към хронично или злокачествено заболяване. Остро започналото главоболие, особено при наличие на неврологични симптоми изисква спешно и задълбочено изясняване.

- При какви обстоятелства е започнало?
- По кое време на деня започва?
- Колко време продължава?
- Връзката му с менструалния цикъл, пубертета, бременността и менопаузата.
- Честота.
- Локализацията на болката.
- Характеристиката на болката.
- Какви медикаменти е приемал пациента, в какви дози и какъв е бил техният ефект?

Диагностични методи или тестове, специфични за поставяне на диагнозата няма. Заболяването се диагностицира чрез строгото спазване на представените критерии за различните главоболия. Провежданите параклинични изследвания спомагат да се изключат вторични главоболия.

- **Лабораторните изследвания** включват пълна кръвна картина, СУЕ (за изключване на темпорален артериит над 45 годишна възраст), биохимия и изследване на урина. При показания се изследват антинуклеарни антитела, хормони на щитовидната жлеза, пролактин и серология.

- **Невроизобразяващи изследвания** на мозъка се провеждат след консултация с невролог при съмнение за вторично главоболие.

- *Рентгенография* се провежда при съмнение за шийна или патология на темпоромандибуларната става при пациенти с тензионен тип главоболие. Рентгенологичните данни за цервикална спондилоза рядко могат да бъдат причина за главоболие.

- *Компютърната томография (КТ)* се провежда

при съмнение за обемен процес в мозъка, абсцес, хидроцефалия, мозъчен оток, инфаркт или кръвоизлив. Чрез КТ не могат да се установят мозъчни аневризми, но те рядко предизвикват главоболие преди да руптурират. Показанията за КТ са установяване на неврологични симптоми, наскоро започнало главоболие и промяна в характера на главоболие, настъпило отгавна.

- *Магнитно-резонансната томография (МРТ)* дава възможност за по-ранно визуализиране на патологията на меките тъкани. Показана е при пациенти със съмнение за обемен процес в задната черепна ямка (която не се визуализира добре с КТ) и ствола, както и гемиелинизирац процес. МРТ ангиография е показана за идентифициране на малки аневризми и мозъчен ангиит.

- **Ултразвуковите методи** за изследване на нервната система (недоплерови, доплерови и комбинирани) се прилагат при съмнение за вторично главоболие. Пациентът се насочва за това изследване от невролог.

- **Неврофизиологичните изследвания** (ЕЕГ, евокирани потенциали, транскраниалната магнитна стимулация) показват променена корова възбудимост, по време на пристъп и в междупристъпния период. Тези неспецифични промени, както и отклоненията в ЕЕГ, които се намират при около 20% от пациентите нямат диагностична стойност. Неврофизиологичните изследвания може да имат диагностична стойност за изключване на вторично главоболие. Преценка за провеждането се прави от невролог.

- **Биопсия** от темпоралната артерия се извършват при съмнения за темпорален артериит.

- **Лумбалната пункция** е необходима при съмнение за повишено вътречерепно налягане, грануломатозно възпаление, като саркоидоза, менингеално засягане от малигнен процес, Лаймска болест, криптококова инфекция и туберкулоза.

▪ **Офталмологично изследване** се налага при съмнение за остро настъпила глаукома и за евентуална корекция на рефракцията.

Работоспособността при 15% от пациентите по време на пристъп от главоболие е намалена и те отсъстват от работа. Пациентите с мигрена не могат да работят 2-6 дни в годината. Тензионният тип главоболие се отразява по-малко на работоспособността отколкото мигрената, при която пристъпите са тежки. Социалната значимост на тензионният тип главоболие обаче не е по-малка, защото то се среща по-често.

Пациентите в голям процент от случаите провеждат самолечение, предимно с неопиатни аналгетици, което довежда до привикване поради използването им в големи количества, без особен ефект, хронифициране на страданието и съчетаването му с медикаментозно предизвикано главоболие. От друга страна една трета от страдащите или никога не са посещавали лекар или много скоро прекратяват визитите поради недостатъчния ефект от провежданото лечение. Самите лекари не винаги имат необходимите знания и опит за диагностициране и адекватно лечение на тези типове главоболия и нерядко пациентите излишно се насочват за диагностично уточняване в болнична обстановка, като се провеждат множество излишни изследвания, което допълнително ги оскъпява.

Диференциалната диагноза на главоболието включва на първо място отгиференциране на първичните от вторични главоболия. За отгиференциране на вторичните главоболия голямо значение имат т.н. "червени знамена": остро започнало главоболие, което е необичайно силно или се влошава в рамките на 24 часа, начало над 50 годишна възраст, прогресиращо развитие, промяна в патерна на съществуващо главоболие, провокиращо се или внезапно започнало от физическо усилие, поява на температура, общи или неврологични симптоми.

Наличието на "червени знамена" налага използване на диагностични методи за отгиференциране на основното заболяване.

На второ място се прави диференциална диагноза между различните първични главоболия.

МИГРЕНА

Определение

▪ Мигрената е идиопатично хронично заболяване, което се характеризира с пристъпи от повтарящо се главоболие, продължаващо 4-72 часа. В типичните случаи то се представя с едностранна локализация, пулсиращ характер, умерено или тежко по интензивност, засилващо се от обичайна ежедневна активност и се придружава от гадене, повръщане, фото- и фонофобия.

Патофизиологията е свързана с повишена мозъчна възбудимост, вследствие на абнормности в калциевите мембранни канали и вторични съдови промени. Особено важна е първоначалната активация на тригеминовакуларната система от вълната на деполяризация (невронна и глиална хипервъзбудимост) в мозъчната кора, която предизвиква аурата. Разпространяващата се корова деполяризация (депресия) предизвиква промени и в мозъчния кръвоток - настъпва олигемия, с продължителност от 2 до 6 часа, следваща скоростта и посоката на вълната. Локалното освобождаване на невропептиди води до вазодилатация и асептично невrogenно възпаление на дуралните и менингеалните кръвоносни съдове. Съдовите промени засягат предимно малките кръвоносни съдове и представляват епифеномен, предизвикан вторично от невrogenните механизми. Разширяването и асептичното възпаление на дуралните съдове е под серотонинергичен контрол. Агонистите на 5-HT_{1B/1D} рецепторите потискат освобождаването на невропептиди и прекратяват вазодилатацията, стерилното възпаление и главоболието.

Класификацията включва основно два типа

мигрена - без аура и с аура. Подразделя се също на епизодична и хронична. Когато пристъпите са повече от 15 месечно в продължение на повече от 3 месеца е налице хронична мигрена. Различават се и различни *варианти*. Вариантите на мигрената с аура са: типична аура с мигренозно главоболие, типична аура с немигренозно главоболие, типична аура без главоболие, фамилна хемиплегична, спорадична хемиплегична и базиларен тип мигрена. Периодичните синдроми в детска възраст, предшественици на мигрената включват: циклично повръщане, абдоминална мигрена и бенигно пароксизмално вертиго в детска възраст. Ретиналната мигрена е също вариант на мигрената. Усложненията на мигрената включват хронична мигрена, мигренозен статус, персистираща аура без инфаркт, мигренозен инфаркт и мигренозно-тригериран епилептични припадъци.

Менструалната мигрена се определя като пристъпи, които настъпват от 2 дни преди менструацията до третия ден от менструалния цикъл.

Клинично напълно разгърнатия мигренозен пристъп протича в четири фази: продроми, аура, главоболие и придружаващи симптоми, постдроми.

Прогромите се наблюдават при 60-90% от пациентите, по-често при мигрена с аура. Най-честите симптоми са тревожност (46%), фонофобия (42%), раздразнителност (42%), прозяване, (30%), нарушения на настроението (депресия или еуфория) и апетита, ненаситно желание за консумация на шоколад, умора, сънливост и други автономни симптоми.

Аурата е комплекс от пристъпни фокални неврологични симптоми, които предшестват и по-рядко придружават главоболието. Наблюдава се при 15-20% от пациентите, но и тези пациенти имат аура само преди някои от пристъпите.

Главоболието е обикновено фронтотемпорално, едностранно. Само при 15% от пациентите болката е винаги от една и съща страна. Силата на болката

е различна при всеки пристъп и при различните пациенти. *Кожната алодиния* се появява в напреднал стадий на пристъпа при 80% от пациентите. Дължи се на централна сензитизация на тригеминоваскуларните неврони в спиналните тригеминални ядра.

Постгромите се проявяват при 80% от пациентите и продължават от няколко часа до 2 дни. Най-често се проявяват като астения, умора, сомноленност и затруднена концентрация.

Тригерни фактори са тези външни фактори, предизвикващи мигренозен пристъп при 65-95% от пациентите в рамките на 48 часа от възникването им. Те могат да не предизвикват директно пристъп, а да повишават техния месечен брой. Установени са множество тригерни фактори: стрес, психично напрежение, тревожност, депресия, хормонални фактори (менструация, овулация, ановулационни медукаменти), промяна в начина на живот (сън, хранене), промяна във времето, преминаване в други часови зони, сетивни стимули (светлина, шум, миризми), гуета, алкохол (особено шампанско, бели и червени вина, бира), медукаменти (nitroglycerine, reserpine, естрогени) и физическа преумора. По-гългият сън е причина за мигрената на уикенда. При някои пациенти ролята на тригерни фактори играят определени храни, като шоколад, зрели сирена, цитрусови плодове, консервирани меса, храна съдържаща нитрити, аспартам, monosodium glutamat (Китайска храна) и пържени храни. По-рядко тригерни храни могат да бъдат домати, лук, чесън, киви, ядки, стриди, миди и раци.

Хроничната мигрена е усложнение на мигрената при пациенти са злоупотребявали години наред с медукаменти за лечение на мигрената. Злоупотребата с аналгетици променя активността на серотониновите рецептори и увеличава предразположението към главоболие. Трансформацията на епизодичната в хронична мигрена е свързана и с естествения ход на заболяването и наличието на рискови

фактори. След множество мигренни пристъпи с аура се установяват дефинитивни мозъчни лезии в дълбокото бяло мозъчно вещество или мозъчни инсулти. Броят на пристъпите зачестява в продължение на много години и до хронична мигрена се достига постепенно при жени около 40 годишна възраст. Характера на мигренния пристъп се променя във времето - главоболието намалява по сила, придружаващите симптоми стават по-слаби и се появяват по-рядко. Развива се ежедневно главоболие, което се състои от продължително фоново (тензионен тип или главоболие поради злоупотреба с медикаменти), върху което се наслаждат пристъпи от мигренно главоболие. При повечето пациенти главоболието се засилва в края на деня.

Диагнозата се поставя при повторяемост на сравнително еднотипни пристъпи. Всеки човек може да преживее мигренен пристъп по време на своя живот, но това не означава, че е налице мигрена. За да бъде поставена диагнозата **"мигрена без аура"** трябва да са налице следните критерии:

1. Най-малко 5 пристъпа, отговарящи на критериите от 2 до 4.

2. Пристъпи от главоболие, продължаващи 4-72 часа (нелекувани или без ефект от прилаганото лечение).

3. Главоболието да отговаря поне на 2 от следните критерии:

- Еностранна локализация
- Пулсиращ характер
- Умерено или силно по интензивност
- Усилващо се при обичайна физическа активност

4. По време на главоболието да е налице поне 1 от следните симптоми:

- Гагене и/или повръщане
- Фотофобия или фонофобия

5. Наличие на поне 1 от следните критерии:

▪ Липса на анамнестични и клинични данни за вторично главоболие.

▪ Наличие на анамнестични и клинични данни предполагащи вторично главоболие, но то е отхвърлено чрез подходящи изследвания.

▪ Налице са данни за заболяване, което може да предизвика вторично главоболие, но мигрената не настъпва за първи път в тясна връзка със заболяването.

Същите критерии се използват и при деца до 15 годишна възраст, като продължителността на главоболието е от 1 до 72 часа и то е обикновено двустранно.

За да бъде поставена диагнозата **"мигрена с аура"** трябва да са налице следните критерии:

1. Най-малко 2 пристъпа, отговарящи на критериите от 2 до 4.

2. Аурата да се проявява с поне един от симптомите (без мускулна слабост):

▪ Напълно възвратими зрителни позитивни (трепкащи светлини, петна или линии) и/или негативни (загуба на зрението) симптоми.

▪ Напълно възвратими сетивни позитивни (боцкания) и/или негативни (хипестезия) симптоми.

▪ Напълно възвратими дисфазични нарушения на речта.

3. Наличие на поне 2 от симптомите:

▪ хомонимни зрителни симптоми и/или унилатерални сетивни симптоми.

▪ поне един от симптомите на аурата да се развива постепенно в рамките на 5 или повече минути и/или другите симптоми на аурата да се появяват последователно в рамките на 5 и повече минути.

▪ всеки симптом да продължава между 5 и 60 минути.

4. Главоболието, което отговаря на критериите за мигрена без аура да започва по време на аурата или до 60 минути след нея

5. Липса на анамнестични и клинични данни за вторично главоболие.

6. Наличие на анамнестични и клинични данни предполагащи вторично главоболие, но то е отхвърлено чрез подходящи изследвания.

7. Налице са данни за заболяване, което може да предизвика вторично главоболие, но мигрената не настъпва за първи път в тясна връзка със заболяването.

Същите критерии важат и за деца под 15 годишна възраст.

▪ Общопрактикуващият лекар трябва:

- използвайки диагностичните критерии, да установи дали е налице мигрена с или без аура
- да насочи пациента за диагностика и лечение към невролог

Неврологът трябва да прецизира диагнозата, като при необходимост извърши съответните параклинични изследвания и консултации с други специалисти.

- Пациентът се насочва за консултация в кабинет или клиника за лечение на болката когато се подозира някоя от сравнително редките форми на мигрена като: мигрена с пролонгирана аура, фамилна хемиплегична мигрена, базиларна мигрена, офталмоплегична мигрена, ретинална мигрена и периодични синдроми в детството, които могат да предхождат или да са свързани с мигрена.

Диагностичните методи включват диагностичните критерии за поставяне на диагнозата. Диагностичната стойност на фармакологичния тест е малка.

- Може да се проведе фармакологичен тест с една таблетка **нитроглицерин**, при което възниква мигреноподобно главоболие (без аура), ако при пациентите е налице мигрена.

Диференциалната диагноза се прави с други първични и с вторични главоболие.

1. Диференциална диагноза с други типове първично главоболие

а/ **тензионен тип главоболие** - двустранно, много често тилно, стягащо или притискащо, слабо или умерено, не се засилва от обичайна ежедневна активност и е с по-голяма продължителност. Не трябва обаче да се забравя, че мигрената може да

бъде съчетана с тензионен тип главоболие при един и същ болен.

б/ **кластърно главоболие** - едностранно, най-често орбитално, пробуждащо, много силно и с продължителност 15-180 минути. Страгат предимно мъже и пристъпите са предимно нощно време. Налице са придружаващи симптоми които не се срещат при другите типове първично главоболие. Мигренното главоболие може да сменя страната си при различните пристъпи, докато кластърното остава от същата страна по време на всеки период.

в/ **хронична пароксизмална хемикрания** - нейните симптоми наподобяват тези при кластърно главоболие, но пристъпите са по-краткотрайни и се среща предимно при жени.

2. Диференциална диагноза с различни типове вторично главоболие

а/ главоболие при **субарахноиден кръвоизлив** - настъпва внезапно при физическо усилие, тилно е и е налице синдром на менингеорадикулерно сразнение.

б/ главоболие при **тромбоза на мозъчни вени и синуси** - дифузно, разпъващо, с постепенно нарастваща интензивност и данни за огнищна неврологична симптоматика.

в/ **транзиторните исхемични атаки** започват след 50 годишна възраст, за разлика от мигрената. Развиват се бързо, появяват се само негативни двигателни симптоми, продължават по 10 минути и не се установяват данни за наследственост.

г/ главоболие при **мозъчни тумори** - настъпва постепенно, прогресивно се усилва, особено през нощта и ранните сутрешни часове и скоро се добавят общомозъчна и огнищна неврологична симптоматика.

д/ главоболие при **остра глаукома** - остро нощно главоболие, орбитално и ретроорбитално, което най-често възниква при по-възрастни хора с хиперметропия. Увредената очна ябълка е твърда при палпация, ипсилатералната зеница е дилатира-

на, корнеята е мътна.

е/ **Темпоралният (гигантоклетъчен) артериит** протича с главоболие, придружено от повишена чувствителност на скалпа, умора при събуждане, зрителни нарушения и субфебрилна температура. При 26% от пациентите протича със зрителни исхемични усложнения, а при 15% - със слепота. Необходимо е да се изследват СУЕ и хематокрита, както и да се проведе биопсия на темпоралната артерия.

Това са само част от заболяванията, които могат да създадат затруднения при диагнозата мигрена. Не трябва да се забравя, че всяко неврологично, психично и соматично заболяване може да започне с главоболие или то да се появи впоследствие.

- При установяване на анамнестични и клинични данни за вторично главоболие или промяна в характеристиките на вече установена мигрена е необходимо общопрактикуващия лекар да насочи пациента към невролог.
- При данни за трансформиране на мигрената в хронична и медикаментозна злоупотреба е необходима консултация с невролог.

▪ **Неврологът** трябва да прецизира диагнозата, като при необходимост извърши съответните параклинични изследвания или консултации с други специалисти, съобразно настъпилите промени или събраните от анамнезата, клиничния преглед и параклиничните изследвания данни за вторично главоболие.

▪ При хронична мигрена и медикаментозна злоупотреба неврологът трябва да проведе детоксикация в болнична обстановка, като осигури адекватно лечение на възникнали мигренни пристъпи.

Лечение

1. Лечение на мигренни пристъпи

Симптоматичното лечение има за цел да намали силата и продължителността на пристъпите от главоболие, придружаващите симптоми, прекомер-

ната употреба на аналгетици и да предотврати хронизирането на заболяването. Лечението може да се провежда чрез две различни тактики - стъпаловидна или стратифицирана. При стъпаловидният подход пристъпите първоначално се лекуват с неспецифични медикаменти и ако те не са ефективни се преминава към лечение със специфични медикаменти. При стратифицирания подход медикаментът се избира според тежестта на пристъпа - леките пристъпи се лекуват с неспецифични медикаменти, а тежките - със специфични. Предпочита се стратифицираният подход на лечение, защото той взема в предвид различните нужди на пациента при различните пристъпи. Необходимо е да се осигури ефективно симптоматично лечение за тежките пристъпи, при строго проследяване честотата на употреба на медикаментите. При леки и умерени пристъпи е необходимо прилагането на алтернативни медикаменти, с по-малко странични ефекти. Лечението на пристъпа не е желателно да се прилага за повече от 2 дни в седмицата, поради опасност от възникване на главоболие вследствие на злоупотреба с медикаменти.

Критериите за самостоятелно симптоматично лечение са:

- пристъпите да са до 2-3 месечно
- лечението да е ефективно и да не уврежда други системи в организма

1. Неспецифични медикаменти за лечение на леки и умерени пристъпи

а/ *аналгетици* (наркотични и ненаркотични) и *аналгетични комбинации* не се препоръчват за лечение на мигренен пристъп, поради опасност от привикване и злоупотреба.

▪ Paracetamol - 1 g в началото на пристъпа по изключение, тъй като е слабо ефективен.

▪ Комбинацията Paracetamol 250 mg, Propyphenazone 150 mg, Caffeine 50 mg (Saridon по 3 таблетки дневно) може да се използва, но по-рядко.

б/ *нестероидни противовъзпалителни средства* (НСПВС), които потискат простагландиновата синтеза и така повлияват предаването на болковите импулси в тригемино-вакуларната система.

- Diclofenac в доза от 50 - 100 mg за пристъп
- Ibuprofen в доза 400 - 800 mg за пристъп
- Ketoprofen в доза 100 mg за пристъп
- Dexketoprofen trometamol 50 mg интрамускулно при по-тежко главоболие

- Naproxen в доза 500 - 1000 mg за пристъп

в/ *антиеметици* - по време на пристъп поради стомашна стаза абсорбцията на оралните медикаменти е намалена, дори и при отсъствие на гагене и повръщане. Това налага приемането на антиеметици половин час преди вземането на специфични или неспецифични медикаменти. Алтернативно могат да се използват парентерални форми на медикаментите.

- metoclopramide 10 mg за пристъп
- domperidone 20 mg за пристъп

г/ *Кортикостероидите* се използват за лечение на продължителни и рефрактерни на лечение пристъпи.

- prednisone в дневна доза 40-60 mg дневно перорално в продължение на 3 до 5 дни
- dexamethasone 8-16 mg интрамускулно при пристъп

2. Специфични медикаменти за лечение на умерени и тежки пристъпи

Тези медикаменти не бива да се използват повече от 10 дни в месеца, за да се избегне риска от медикаментозно индуцирано главоболие

а/ *алкалоиди на ерготамината* - предизвикват генерализирана вазоконстрикция поради въздействието си върху различни типове серотонинови, алфа-адренергични и допаминергични рецептори. Не бива да се прилагат по-често от 1 - 2 дни седмично.

- ergotamine tartarate в доза 2 mg перорално в началото на пристъпа

▪ Приемането на ergotamine в доза 2 mg дневно в продължение на повече от 3 месеца може да предизвика медикаментозно главоболие и други усложнения. При наличие на такава зависимост общопрактикуващия лекар трябва да насочи пациента към невролог.

▪ Неврологът трябва да проведе дезинтоксикация в амбулаторни условия или в болнична обстановка, като осигури адекватно лечение на възникнали мигренни пристъпи.

б/ *Селективни серотонинови агонисти (триптани)*. Потискат гуралното невrogenно възпаление, директно въздействат върху възбудимостта на клетките в тригеминалните ядра в мозъчния ствол чрез стимулиране на 5-HT_{1B/1D} рецепторите и предизвикват вазоконстрикция на менингеалните, гуралните, церебралните и пиаалните съдове. Различават се и по лекарствената форма (перорална, парентерална), времето за достигане на максимални плазмени концентрации, време на полуживот, бионаличността, продължителност на ефекта и необходимо време за настъпване на ефекта, скорост на началото на действие (скорост за достигане на максимална плазмена концентрация по време на пристъп T_{max}), отговор на главоболието на втория час от приема (пациенти без болка), период без болка, възвръщане на болката за 24 часа, продължителен отговор на главоболие, повтораемост на ефекта, съвместимост, нежелани реакции и безопасност и лекарствени взаимодействия. Най-общо те се разделят на две групи.

▪ *Първата група триптани* са с бързо начало, но по-кратко действие (полуживот 2-4 часа) и включват:

▪ eletriptan таблетки 20, 40 и 80 mg - един от най-ефективните и бързодействащи триптани, с по-дълга продължителност на ефекта която го доближава до групата на триптаните с дълго действие. Еднократната доза е обичайно 40 mg,

максимална-та доза за 24 часа е 80 mg.

- rizatriptan таблетки 5 и 10 mg - характеризира се с много добра абсорбция, не влияеща се от стомашната стаза по време на пристъп. Един от най-бързодействащите и ефективните триптани, който повлиява болката през първите 2 часа при най-много пациенти. При около 30% от пациентите болката се възобновява след 2 часа, което налага повторен прием на медикамента. Еднократната доза е 10 mg, максималната доза за 24 часа е 30 mg.

- zolmitriptan таблетки 2,5 и 5 mg - действието на медикамента настъпва по-бавно от rizatriptan, бионаличността му е най-малка в сравнение с другите триптани. Има най-силно изразени странични кардиални и некардиални (гадене, замаяност, сънливост, астения и др.) ефекти в сравнение с останалите триптани, което ограничава неговото приложение. Еднократната доза е 2,5 mg, максималната доза за 24 часа е 5 mg.

- sumatriptan таблетки 25, 50 и 100 mg. Еднократната доза е 50 mg, максималната доза за 24 часа е 200 mg. Има ниска орална бионаличност, не преминава кръвно-мозъчната бариера, предизвиква вазоконстрикция на коронарните и мозъчни артерии, тревожност, болки в гърдите, парестезии.

- *Втора група триптани* с бавно начало, но по-дълго действие включва:

- naratriptan (2,5 mg) - действието на медикамента настъпва по-бавно, като максималната му ефективност се достига на четвъртия час след приема, но осигурява не по-малко от 24-часов период на повлияване на болката, поради което се предпочита при пациенти с възобновяващо се главоболие. Има дълъг плазмен полуживот (6 часа) и висока орална бионаличност, което обяснява продължителния му терапевтичен ефект и по-малкото случаи на възобновяващо се главоболие. Еднократната доза е 2,5 mg, максималната доза за 24 часа е 5 mg.

Изборът на триптан от едната или другата

група зависи от повлияването на пациента. При всички случаи се предпочитат медикаменти с бързо действие, но при част от пациентите главоболието се завръща на втория час след приема на триптана, което налага прием на втора доза. В тези случаи може да се предпочете триптан с бавно начало, но по-продължително действие. Ако и след втората доза главоболието се възвърне се прилагат НСПВС. Пациенти при които главоболието се възвръща при всеки пристъп след употребата на триптан могат да използват в началото на пристъпа едновременно триптан и НСПВС.

- Лечението на мигренните пристъпи се провежда от невролог според силата и продължителността на пристъпите.

- При неповлияване от класическите медикаменти, пациента се насочва за консултация в специализиран кабинет или клиника за лечение на болката.

- При неповлияващо се главоболие в рамките на 72 часа, при тежки пристъпи, при които има предозиране на медикаменти или те са абсолютно неефективни или са налице други, застрашаващи синдроми пациентите се насочват за спешна хоспитализация.

Мигренния статус е едно от усложненията на мигрената. При него главоболието е силно и продължава повече от 72 часа, без ремисия, независимо от провежданото лечение. Налице са гадене, повръщане, диарии, които водят до дехидратация и електролитни нарушения. Сънят и храненето са нарушени. Възможно е, по време на мигренния статус, пациента да развие мозъчен инфаркт.

- Мигренният статус е спешно състояние. Общопрактикуващият лекар при установяване на мигренен статус незабавно трябва да хоспитализира пациента в неврологично отделение. Там се провежда рехидратация, парентерално се включват кортикостероиди и антиеметици и се мониторират виталните функции.

2. Профилактика на мигренните пристъпи

Лечението има за цел да намали честотата и тежестта на пристъпите. Счита се за модифициращо заболяването лечение, тъй като е известно, че честотата на пристъпите и злоупотребата с медикаменти за лечение на болката са рискови фактори за прогресията на заболяването. По този начин профилактичното лечение намалява риска от прогресия на заболяването.

Пациентите с мигрена могат да се погразделят на три групи, според необходимостта от провеждане на профилактично лечение: пациенти които задължително трябва да го провеждат, които биха могли да го провеждат и такива, които нямат необходимост от такова лечение.

1. **Показани** за профилактично лечение са всички пациенти с повече от 3 пристъпа месечно или повече от 1 тежък пристъп. Това са около 40% от пациентите с мигрена. Показани за профилактично лечение са и пациенти с липса на ефект от симптоматичното лечение.

2. **Задължително** следва да провеждат профилактично лечение пациенти с 6 и повече пристъпа месечно или с 4 и повече умерено тежки пристъпа или с 3 и повече тежки пристъпа.

3. **Могат** да провеждат профилактично лечение пациенти с 4-5 леки пристъпа месечно или 3 умерено тежки или 2 тежки пристъпа.

Принципите на профилактичното лечение налагат да се разработи индивидуална програма, като се подбере подходящия за всеки пациент медикамент и се осигури и симптоматично лечение при възникване на пристъпи. Ако лечението е неефективно в продължение на 8 седмици трябва да се спре и да се приложи медикамент от друга група. Профилактиката се счита за ефективна, ако редуцира честотата на пристъпите с 50% след поне 3 месечно приложение. В някои трудно повлияващи се случаи се налага комбинирането на медикаменти от различни

групи. Профилактичното лечение когато е достатъчно ефективно се прилага 12 месеца, след което трябва да се намали дозата и да се направи "медикаментозна почивка", при осигуряване на симптоматично лечение. При зачестяване на пристъпите, което се наблюдава при 50% от пациентите, профилактиката трябва да се продължи за още 1 година.

Пациентът трябва да получи информация за заболяването, за да играе активна роля в своето лечение. Трябва да се опита да установи тригерните фактори, броя и силата на пристъпите и повлияването им от медикаменти.

Необходимо е да се вземат мерки за някои заболявания (артериална хипертония, затлъстяване, желязодефицитна анемия) и да се избягват медикаменти (вазодилататори, хормонални естроген-прогестеронови медикаменти), които влошават заболяването. Използването на орални контрацептиви и тютюнопушенето засилват риска от инсулт, който е повишен при пациенти с мигрена.

а/ хигиенно-диетичен режим - Препоръчват се промени в начина на живот, които включват редовен сън и хранене, избягване на стреса и преумората (физическа и психическа), редуциране на теглото, физическа активност, избягване на шумни, ветровити, запушени, студени или горещи и силно осветени места, силни миризми и промени в нагморската височина. Необходимо е избягване на фактори, които пациентът е забелязал, че провокират пристъпи от главоболие. Някои пациенти са чувствителни към определени храни (сирене, шоколадени изделия, цитрусови плодове и др.) и алкохол, които трябва да се изключат от диетата. Трябва да се спазва диета само ако пациентът е установил със сигурност, че определени храни и напитки влошават заболяването.

б/ Антиепилептични медикаменти

- Topiramate 50 до 100 mg дневно
- Sodium valproate 600-1500 mg дневно

- Gabapentin 900 до 1800 mg дневно
- Pregabalin 300-600 mg дневно

в/ Медикаменти, имащи отношение към норадреналина и серотонина.

- Трициклични антидепресанти
 - Amitriptyline 25 - 150 mg вечер
- Инхибитори на обратния захват на серотонина и норадреналина
 - Venlafaxine 75-150 mg дневно
 - Mirtazapine 30 mg дневно
- Селективни възвратими MAO-A инхибитори
 - Moclobemide до 600 mg дневно.
- Антидепресантите потискащи обратният захват на серотонина не са ефективни и предизвикват главоболие като страничен ефект.

в/ Неселективни бета (1 и 2) агренергични блокери.

- propranolol 80-320 mg дневно
- metoprolol - 200 mg дневно
- atenolol - 40-100 mg дневно
- timolol - 20 mg дневно
- nadolol - 80-240 mg дневно

з/ Неселективни блокери на калциевите канали

- flunarizin 10 mg вечер
- verapamil 240-480 mg дневно
- amlodipine 5-10 mg дневно

г/ Нестероидни противовъзпалителни медикаменти - при липса на ефект от всички други меди-

каменти и като минипрофилактика при менструална мигрена.

- парохен sodium 500 - 1000 mg дневно

▪ Решението за включване на един или друг медикамент за профилактично лечение на мигрената се взема от невролог. То продължава поне 12 месеца, като на втория месец се преценява неговата ефективност и се взема решение дали да продължи със същия медикамент или да се включи друг. В някои трудно повлияващи се случаи, могат да бъдат комбинирани два и повече медикамента.

▪ Неврологът трябва да преглежда пациента с мигрена два пъти годишно и при всяко влошаване. Пациента трябва да се наблюдава за:

- ефект от прилаганото симптоматично лечение
- ефект от прилаганото профилактично лечение
- симптоми на предозиране на терапията
- влошаване на симптомите поради недостатъчна доза
- вторично хронифициране

▪ При недостатъчен ефект от профилактичното лечение при оптимална доза пациента се насочва за консултация в кабинет или клиника за лечение на болката. Такава консултация се изисква по спешност при наличие на симптоми за предозиране на терапията. Не се допуска изписване на терапия без личен преглед на пациента.

КЛАСТЪРНО И ДРУГИ ТРЕГЕМИНАЛНИ АВТОНОМНИ ГЛАВОБОЛИЯ

Кластърно главоболие Определение

▪ Кластърното главоболие се манифестира с повтаряща се силна, строго едностранна болка в орбиталната, супраорбиталната и/или темпоралната област, продължаваща от 15 до 180 минути и появяваща се от 1 през ден до 8 пъти дневно и придружена с ипсилатерални прояви от автономната нервна система (конюнктивална инекция, лакримация, назална конгестия, ринорея, изпотяване на челото или лицето, миоза, птоза и едем на клепача). Пристъпите се появяват на серии продължаващи седмици или месеци (т.н. кластърни периоди), разделени от периоди на ремисия продължаващи месеци или години, откъдето идва и името на главоболието. Около 15% от пациентите имат хронични симптоми, без ремисии.

Патофизиологията е свързана с активация на тригемино-васкуларната система и едностранна хиперактивност на ядрото на тригеминалния нерв. Автономните промени се дължат на пароксизмална активност на тригеминалните симпатикови и парасимпатикови ядра, вследствие на активация на тригемино-васкуларната система. Повишената активност на тригеминалната система може да се дължи на намалена потискаща активност от периаквадукталното сиво ядро и nucleus parabrachialis или на нарушен контрол от лимбичната система върху ендогенната система за контрол на болката. Циркажната ритмичност на главоболието е свързана с участието на супрахиазмалното ядро и адаптивни промени в хипоталамичните функции.

Класификацията включва основно три типа главоболие: епизодично, хронично (15%) и пароксизмална хемикрания. Хроничното главоболие може да възникне de novo или от епизодичния тип. При някои пациенти хроничното главоболие може да премине в

епизодично.

Клинично епизодичното главоболие възниква предимно при млади мъже, на периоди с продължителност от 2 седмици до 3 месеца, разделени от дълги периоди (месеци до години) на липса на главоболие. По време на периода пристъпите се появяват от един до няколко пъти (средно 4) дневно, често (при 54%) през нощта пациентът се събужда от болка. При всеки период от пристъпи болката е винаги от една и съща страна, но може да сменя страната си (при 14%) през различните периоди. Тригерните фактори провокират пристъп само по време на периода. Те включват алкохолни напитки, стрес и вазодилататори, като nitroglycerin. Хроничното кластърно главоболие е идентично на епизодичното по отношение на пристъпите, но между пристъпните периоди не са по-дълги от 2 седмици и преобладават дневните пристъпи.

Диагнозата кластърно главоболие изисква то да отговаря на следните **критерии**:

- Наличие на поне 5 пристъпа изпълняващи критериите за кластърно главоболие:
 - Силна или много силна едностранна болка в орбиталната, супраорбиталната и/или темпорална област с продължителност от 15 до 180 минути без прилагане на лечение.
 - Главоболието е свързано с поне един от симптомите, проявени на страната на болката:
 - Конюнктивална инекция и/или лакримация
 - Назална конгестия и/или ринорея
 - Едем на клепача
 - Изпотяване на челото или лицето
 - Миоза и/или птоза
 - Чувство на неспокойствие или напрежение
 - Честотата на пристъпите е от един през ден до 8 дневно.
 - Наличие на поне едно от следните изисквания:
 - Липса на анамнестични и клинични данни за вторично главоболие.

- Наличие на анамнестични и клинични данни предполагащи вторично главоболие, но те са отхвърлени чрез подходящи изследвания.

- Налице са данни за заболяване, което може да предизвика вторично главоболие, но кластърното главоболие не настъпва за първи път в тясна връзка със заболяването.

Епизодичното главоболие трябва да отговаря на критериите за кластърно главоболие, но да има най-малко 2 кластърни периода продължаващи от 7 до 365 дни и разделени от свободни от болка периоди на ремисия с продължителност над 1 месец.

Хроничното главоболие трябва да отговаря на критериите за кластърно главоболие, но да има пристъпи, повтарящи се повече от 1 година, без периоди на ремисия или с такива, но по-кратки от 1 месец.

Пароксизмална хемикrania Определение

- Пароксизмалната хемикrania се характеризира с пристъпи с характеристика на болката и придружаващите симптоми както при кластърното главоболие, но по-краткотрайни и по-чести, възникващи по-често при жени и повлияващи се напълно от indomethacin.

Патофизиологията е както при кластърното главоболие. Приема се като негов вариант.

Класифицира се като епизодична (периоди с ремисии) и хронична форма (без ремисии).

Клинично засяга 3 пъти по-често жени. Главоболието е много силно, локализира се в окоото, фронталната или темпорална област и по-рядко в инфраорбиталната, ушната, мастоидната област или врата. Болката никога не сменя своята страна, пристъпите са по-кратки (15 до 30 минути), на равни интервали, предимно през деня и техният брой е по-голям (от 8 до 16 дневно). Характерна е различната честота и сила на пристъпите през различните дни. За разлика от кластърното главоболие, прово-

киращи фактори са флексията и ротацията на шията.

Диагнозата пароксизмална хемикrania изисква главоболието да отговаря на следните **критерии:**

1. Най-малко 20 пристъпа изпълняващи критериите от 2 до 5.

2. Пристъпи от силна едностранна орбитална, супраорбитална или темпорална болка, продължаваща 2-30 минути.

3. Главоболието е придружено ипсилатерално от най-малко един от симптомите:

- Конюнктивална инекция и/или лакримация
- Назална конгестия и/или ринорея
- Оток на клепача
- Изпотяване на челото или на лицето
- Миоза и/или птоза

4. Пристъпите са с честота над 5 пъти на ден за повече от половината от времето, но може да възникнат периоди с по-малка честота.

5. Пристъпите се повлияват напълно от терапевтични дози indomethacin.

6. Наличие на поне едно от следните изисквания:

- Липса на анамнестични и клинични данни за вторично главоболие.

- Наличие на анамнестични и клинични данни предполагащи вторично главоболие, но то е отхвърлено чрез подходящи изследвания.

- Налице са данни за заболяване, което може да предизвика вторично главоболие, но пароксизмалната хемикrania не настъпва за първи път в тясна връзка със заболяването

За да бъде изключен непълен терапевтичен отговор indomethacin трябва да се приложи в дози над 150 mg дневно перорално или ректално или 100 mg инжекционно.

Епизодичната пароксизмална хемикrania трябва да отговаря на критериите за пароксизмална хемикrania и да са налице най-малко 2 периода с

продължителност от 7 до 365 дни, разделени от ремисии без болка по-дълго от 1 месец.

Хроничната пароксизмална хемикрания трябва да отговаря на критериите за пароксизмална хемикрания и да са налице пристъпи в продължение на 1 година без ремисии или с такива, но по-кратки от 1 месец.

▪ **Общопрактикуващият лекар трябва:**

- използвайки диагностичните критерии, да установи дали са налице кластърно главоболие или пароксизмална хемикрания в епизодична или хронична форма.
- да насочи пациента за диагностика и лечение към невролог

- **Неврологът** трябва да прецизира диагнозата, като при необходимост извърши съответните фармакологични тестове, параклинични изследвания или консултации с други специалисти.

Диагностичните методи включват диагностичните критерии и фармакологични тестове. Прилагането на nitroglycerine, хистамин или алкохол по време на кластърен период предизвиква типичен пристъп и може да се използва като диагностичен тест.

1. Nitroglycerine 1 mg, приложен сублингално е най-ефективният провокиращ фактор, който предизвиква типичен пристъп след около 30-50 минути. Трябва да се има предвид, че след 3-10 минути от приема на медикамента, някои здрави хора също могат да получат двустранно пулсиращо главоболие. Теста се приема за положителен, ако главоболието, което се провокира е със същата характеристика, както обичайното главоболие. Преди провеждането на теста пациентът трябва да лежи поне около 15 минути. За да се провокира пристъп е необходимо пациентът да не е имал спонтанен пристъп през последните 8 часа и да не е приемал вазоконстрикторни медикаменти през последните 18 часа. Необходимо е и да не е провеждал профилактично лечение.

2. Подкожно прилагане на 0,3 mg **хистамин** предизвиква след 1,5 минути двустранно пулсиращо главоболие за около 5-10 минути при всички хора, като 20-40 минути по-късно се провокира типичен пристъп.

3. **Алкохол** в малки количества е ефективен провокатор при около 50% от пациентите, като предизвиква пристъп след 30-50 минути.

4. Прилагането на други диагностични методи няма стойност, освен когато е необходимо да се прави диференциална диагноза с вторично главоболие.

Диференциалната диагноза с другите първични главоболия не е трудна, защото пристъпите и ремисиите от кластърно главоболие са много типични.

1. Диференциална диагноза с други типове първично главоболие

- **мигрена без аура** - има по-малка честота на пристъпите и те са с по-голяма продължителност. Нощните мигренни пристъпи се отличават с появата си късно през нощта, обикновено към разсъмване. Има гадене и повръщане, локални неврологични симптоми се появяват рядко.

- **хроничната пароксизмална хемикрания** - повлиява се много добре от indomethacin. Пристъпите от хронична пароксизмална хемикрания са по-чести и по-кратки, свързани с по-малко общо неспокойствие и са предимно дневни.

2. Диференциална диагноза с различни типове вторично главоболие

- **тригеминална невралгия** - болката прилича на електрически ток и е по-краткотрайна (секунди до минути). Липсват автономни симптоми и периодичност в пристъпите. Рядко са през нощта и могат да се провокират от тригерни зони по лицето.

- **темпорален артериит на Horton** - проявява се с едностранна болка, която персистира през целия ден, въпреки че намалява и отслабва. Болката е уме-

рено силна, пареща и е локализирана в областта на темпоралната артерия. Засилва се при гъвчене. Засегнатата артерия е уплътнена и чувствителна при палпация, често не може да се палпира пулса. Диагнозата се потвърждава чрез повишените стойности на СУЕ и намиране на гигантски клетки при биопсия.

- **синдром на Raeder** - прилича на кластърното главоболие по едностранната болка с локализация около окото и появата на частичен синдром на Horner. Болката обаче е персистираща и докато в началото е силна, през следващите седмици намалява.

- **феохромоцитом** - проявява се с двустранно силно парещо главоболие, предимно окципитално, придружено от преbledняване, изпотяване, тахикардия и повишено кръвно налягане.

- **симптоматично кластърно главоболие** вследствие на параселарен менингеом, агеном на хипофизата, аневризма на предната комуницираща артерия, артериовенозни малформации и други процеси локализирани в близост до кавернозния синус.

- **синдром на Tolosa-Hunt** - освен постоянна болка е налице и лезия на един или повече очевдигателни нерви (III, IV, VI). Повлиява се добре от кортикостероиди.

- **глаукомата** и другите очни заболявания също трябва да се имат предвид. Болката при острата глаукома е продължителна и е свързана с нарушение на зрението, разширение на зеницата, фотофобия и повишено вътреочно налягане. По-трудна е диференциалната диагноза с хроничната глаукома, която се характеризира с интермитентна, понякога много силна болка. Корнеитът също може да симулира кластърно главоболие поради едностранната болка, лакримацията, зачервяването на окото и честата поява на болката през нощта, която е с продължителност до 1 час. Болката обаче е твърде

локална и често се придружава от блефароспазм, освен това корнеалната лезия може да се види от очен лекар. Подобна клинична картина се намира и при задния склерит, но болката е по-продължителна.

- когато болката се локализира във венците и челюстта може да възникнат диференциално-диагностични проблеми със **зъбобол** и други стоматологични заболявания.

- понякога се налага диференциална диагноза със **синуит**, най-малкото защото някои болни смятат, че след като са налице симптоми от носа, те имат синуит.

- При установяване на анамнестични и клинични данни за вторично главоболие или промяна в характеристиките на вече установено кластърно главоболие е необходимо общопрактикуващият лекар да насочи пациента към невролог.

- Неврологът трябва да прецизира диагнозата, като при необходимост извърши съответните фармакологични тестове, параклинични изследвания или консултации с други специалисти съобразно настъпилите промени или събраните от анамнезата, клиничния преглед и параклиничните изследвания данни за вторично главоболие.

Лечение

1. Лечение на пристъпите от кластърно главоболие

Трябва да се знае, че болката при пристъп е толкова силна, че изисква незабавното внимание на лекаря.

- **инхалация на 100% кислород** през маска със скорост 7 l/min в продължение на 15 минути. Потиска главоболието след около 15 минути, ако се приложи в началото на пристъпа. Понякога след няколко часа главоболието се възвръща. Прилагането на кислород е ефективно предимно при пациенти под 50 годишна възраст и при тези с епизодично главоболие. Предимство на това лечение е липсата на противопоказания. Ефектът се дължи на вазоконстрикцията предизвикана от кислородът.

- **Кортикостероидите** (Prednisone 40-60 mg) повлияват бързо и ефективно пристъпа.

- **серотонинови агонисти (триптани)** - Sumatriptan и Zolmitriptan 10 mg под формата на назален спрей повлияват бързо и ефективно главоболието. Sumatriptan под формата на субкутанна инжекция е ефективен при 75% от пациентите

- **ерготаминови деривати** - прилагането на Dihydroergotamine 1 mg чрез назален спрей купира ефективно острия пристъп. Прилагането на препаратите в няколко последователни дни не предизвиква възвръщане на главоболието, както се получава при пациентите с мигрена. Ерготаминовите деривати се прилагат успешно и като сублингвални таблетки или ректални супозитории.

- **локални анестетици:**

- Cocaine интраназално под формата на 10% разтвор е ефективно, главно поради локалния анестетичен ефект и по-малко поради симпатомиметичното действие на медикамента. Проблем представлява опасността от пристрастяване.

- Lidocaine 4% 1 ml воден разтвор, приложен като носни капки, като пациентът лежи по гръб с наклонена глава към страната на болката, намалява главоболието. Ефектът е по-слаб от този на кокаин.

2. Лечение на пароксизмалната хемикрания

a/ indomethacin 150 mg дневно перорално или ректално.

- Лечението на пристъпите от кластърно главоболие и пароксизмална хемикрания се провежда от невролог. При неповлияване от класическите медикаменти, пациента се насочва за консултация в специализиран кабинет или клиника за лечение на болката.

3. Профилактично лечение през кластърния период

Профилактичното лечение, за да бъде ефективно трябва да има бърз ефект, за да може да предотврати пристъпите в рамките на започналия кластърен период. Прилагането на профилактика за предотвратяване на периода не е ефективна, освен в случаите когато периодът започва винаги в точно определено време на годината. В тези случаи профилактиката може да се започне преди началото на периода.

а/ кортикостероиди

- Prednisone - 40 - 75 mg дневно за 10 до 20 дни около периода на пристъпите е ефективен при повечето пациенти.

б/ Lithium carbonate 300 mg 2 до 4 пъти дневно е ефективен при 60% от пациентите. При необходимост дозата може след няколко седмици да се повиши до 900 mg дневно, но серумната концентрация трябва да се поддържа под 1,2 mEq/l. Серумната концентрация трябва да се измерва всяка седмица през първият месец, след което - всеки месец.

в/ калциевите антагонисти - verapamil в доза 120 до 160 mg 3-4 пъти дневно са много ефективни. Клиничната ефективност се достига след няколко седмици.

г/ антиконвулсанти

- валпроати - в дневна доза от 600 до 1200 mg разделена на 3-4 приема (плазмено ниво 60-75 mg/ml) се прилагат с добър ефект.

- topiramate 25-100 mg дневно

- gabapentin 900 - 1800 mg дневно

- Решението за включване на един или друг медикамент за профилактично лечение на кластърно главоболие се взема от невролог. Профилактичното лечение продължава толкова, колкото обичайно продължава кластърния период при всеки отделен пациент или до прекъсване на пристъпите при хроничната форма.

- Неврологът трябва да преглежда пациента с кластърно главоболие ежеседмично по време на кластърния период и при всяко влошаване. Пациентът трябва да се наблюдава за:

- ефект от прилаганото симптоматично лечение
- ефект от прилаганото профилактично лечение
- вторично хронифициране

- При недостатъчен ефект от профилактичното лечение при оптимална доза пациента се насочва за консултация в кабинет или клиника за лечение на болката. Такава консултация се изисква по спешност при наличие на симптоми за предозиране на терапията. Не се допуска изписване на терапия без личен преглед на пациента.

- Консултация се изисква и при неповлияващо се от терапия хронично кластърно главоболие.

ТЕНЗИОНЕН ТИП ГЛАВОБОЛИЕ

Определение

▪ Тензионният тип главоболие се характеризира с епизоди от главоболие, с продължителност от минути до дни, стягащ или притискащ характер, двустранно, слабо или умерено по интензивност, не се засилва от обичайна ежедневна активност и е придружено с фото и/или фонофобия.

Патофизиологията основно е свързана с контракцията на перикраниалните мускули и повишената болкова чувствителност. Дълготрайното мускулно напрежение води до релативна исхемия на контрахирания мускул поради компресия на малките кръвоносни съдове и по-нататъшно засилване на главоболието поради образуване на метаболити (брадикинин, серотонин, простагландини, млечна киселина) и засилване на болката. Повишената ноцицептивна аферентация от мускулите постъпва към стволният тригеминален ядрен комплекс, който е основното реле на сензорната информация. Повтарящите се епизоди от главоболие понижават прага за възникване на следващи епизоди чрез промени в миофасциалните тъкани. Вторично намалява активността на антиноцицептивните системи и като краен общ път се активират стволните ноцицептивни неврони, засилващи болката. По този начин епизодичното главоболие се превръща в хронично и започват да преобладават нарушенията в централните механизми на болката. Нарушава се десцендиращата супраспинална модуляция. Палпаторната чувствителност в мускулите се дължи на намален праг за болката и централна сензитизация.

Класифицира се като епизодично и хронично тензионен тип главоболие. Епизодичното от своя страна може да бъде рядко. Главоболието може да бъде или да не бъде свързано с перикраниална чувствителност.

Клинично протича при 90% от пациентите с леко до умерено постоянно главоболие. Главоболие-

то е двустранно, особено при жените, при 20% до 55% от пациентите то е едностранно. Болката е пулсираща (при 65%) или притискаща. Продължителността на всеки пристъп от главоболие е много различна (средно 12 часа), за разлика от мигренният пристъп. Характерна е локализацията на болката в различни мускули при всеки пристъп, както и различната интензивност на болката. Ремисиите между отделните пристъпи могат да бъдат дълготрайни за разлика от мигрената. Около 10% от пациентите се събуждат през нощта (между 1 и 4 часа) от болка. В някои случаи главоболието е най-силно в края на деня във връзка с нарастващия стрес през работния ден.

Диагнозата се поставя въз основа на клинични критерии.

Диагностични критерии за епизодично тензионен тип главоболие:

▪ Наличие на поне 10 епизоди от главоболие, изпълняващи критериите за тензионен тип главоболие. Броят на дните с главоболие трябва да бъде от 1 до 15 месечно (над 12 и под 180 в годината) в продължение на 3 месеца.

▪ Главоболие продължаващо от 30 минути до 7 дни.
 ▪ Наличие на поне две от следните характеристики на болката:

▪ Двустранна локализация
 ▪ Притискаща или стягаща (не пулсираща) характеристика на болката

▪ Слаба или умерена интензивност
 ▪ Липса на засилване на болката от рутинна физическа активност, като ходене или изкачване по стълби

▪ Наличие на следните две условия:
 ▪ Липса на гадене или повръщане (може да е наличие анорексия)

▪ Липса едновременно на фотофобия и фонофобия, но само един от двата симптома може да е наличие.

- Наличие на поне едно от следните изисквания:
- Липса на анамнестични и клинични данни за вторично главоболие.
- Наличие на анамнестични и клинични данни предполагащи вторично главоболие, но то е отхвърлено чрез подходящи изследвания.
- Налице са данни за заболяване, което може да предизвика вторично главоболие, но тензионният тип главоболие не настъпва за първи път в тясна връзка със заболяването

Това главоболие се означава като често епизодично тензионен тип главоболие. При брой на пристъпите под 1 месечно или под 12 годишно, главоболието се означава като рядко епизодично тензионен тип главоболие.

Епизодичното тензионен тип главоболие свързано с перикраниална чувствителност трябва да отговаря на критериите за епизодично тензионен тип главоболие и да бъде налице повишена чувствителност на перикраниалните мускули при мануална палпация. При *главоболието несвързано с перикраниална чувствителност* такава не се установява.

Диагностични критерии за хронично тензионен тип главоболие:

- Главоболие възникващо повече от 15 дни месечно (повече от 180 дни в годината) за повече от 3 месеца, изпълняващо критериите за тензионен тип главоболие.
- Продължаващо часове или непрекъснато
- Наличие на поне две от следните характеристики на болката:
 - Двустранна локализация
 - Притискащо или стягащо (непулсиращо)
 - Слаба или умерена интензивност
 - Липса на засилване на болката от рутинна физическа активност, като ходене и изкачване по стълби
- Наличие на следните две условия:

- Липсват едновременно фотофобия, фонофобия или леко гадене, но само един от симптомите може да е налице.
- Липса на средно или силно по интензитет гадене или повръщане
- Наличие на поне едно от следните изисквания:
 - Липса на анамнестични и клинични данни за вторично главоболие.
 - Наличие на анамнестични и клинични данни предполагащи вторично главоболие, но то е отхвърлено чрез подходящи изследвания.
 - Налице са данни за заболяване, което може да предизвика вторично главоболие, но тензионният тип главоболие не настъпва за първи път в тясна връзка със заболяването.

Както епизодичния така и хроничния тип тензионно главоболие може да бъде свързано с перикраниална чувствителност, установена чрез мануална палпация.

▪ **Общопрактикуващият лекар трябва:**

- използвайки диагностичните критерии, да установи дали е налице тензионен тип главоболие.
- чрез палпация на перикраниалната мускулатура, да определи формата на главоболието.
- да установи общия брой дни месечно и годишно с главоболие.
- да насочи пациента за диагностика и лечение към невролог

▪ **Неврологът** трябва да прецизира диагнозата, като при необходимост извърши съответните параклинични изследвания или консултации с други специалисти.

Диагностичните методи включват мануална палпация на перикраниалните мускули. При тензионното главоболие по-често се налагат различни изследвания и консултации, отколкото при другите видове първично главоболие, защото то по-трудно се отграничава от вторичните главоболия.

- Палпация на перикраниалните мускули (m. frontalis, m. temporalis, m. trapezius, mm. pterygoideus

lateralis и medialis, m. masseter, m. sternocleidomastoideus) за търсене на палпаторна болезненост, която потвърждава диагнозата. Често се намират повишена чувствителност и напрегнатост и на паравертебралните мускули в областта на шията и гърба. Трябва да се палпират и залавните места на мускулите. Палпацията се извършва симетрично и системно с малки ротационни движения на втория и третия пръст на ръката. При палпацията се обръща внимание не само на палпаторната болезненост, но и на повишения тонус и променената консистенция на мускула, както и на тяхната симетричност. Палпаторната болезненост и промененият мускулен тонус се намират и извън периодите на главоболие. Често в мускулите се намират и болезнени възелчета. Палпаторната болезненост извън пристъпа е най-силно изразена при болни с хронично главоболие.

- Полезен диагностичен метод може да бъде приемът на алкохол, който потиска тензионния тип главоболие, а засилва мигрената.

Диференциалната диагноза, както при всички видове главоболие включва на първо място отдиференциране на първичното от вторично главоболие.

Вторично главоболие, сходно на тензионното може да се получи вследствие на травма на главата, мозъчносъдово заболяване, несъдово интракраниално нарушение, прием на субстанции и прекъсване на тяхното приемане, извънмозъчни инфекции, метаболитни нарушения, увреждания на черепа, врата, очите, ушите, носа, синусите, зъбите, устата, или други лицеви или черепни структури. От вторичните главоболия най-често се налага диференциална диагноза с главоболието при съдови заболявания на нервната система и при процеси стесняващи вътречерепното пространство. Трябва да се отдиференцират цервикогенно главоболие и темпорален артериит (по-чести след 50 годишна възраст), както и дисфункция на темпоромандибуларната става.

Диференциалната диагноза с **мигрена** без аура се основава на по-кратката продължителност и

епизодичността на мигренните пристъпи. При мигренния пристъп силата на главоболието нараства бързо, докато при тензионния тип главоболие болката се засилва бавно. При мигренните пристъпи локализацията на болката обикновено е стереотипна, докато тензионното главоболие при всеки пристъп може да ангажира различни мускулни групи. Тензионният тип главоболие се появява по време на стрес или при очакване на неприятни събития, докато мигренният пристъп се развива след стреса. Физическата активност не засилва тензионния тип главоболие, но засилва мигрената. Пациентите с тензионен тип главоболие обикновено не прекратяват активността си по време на главоболието, за разлика от болните с мигрена, които се стремят да се уединят в тихо и тъмно помещение и да не се движат. Гагенето и фотофобията са по-изразени при мигренното главоболие и повръщане обикновено не се наблюдава при тензионния тип главоболие. Потрудна е диференциалната диагноза при трансформирана (хронична) мигрена, където трябва да се различа на анамнестичните данни за типични мигренни пристъпи в по-ранна възраст.

Диференциалната диагноза с **кластърно главоболие** не е трудна, тъй като това главоболие което засяга по-често мъжете е много силно, локално, получаващо се всеки ден и по-няколко пъти на ден и е придружено от автономни симптоми. Пациентите са ажигирани по време на пристъп.

- При установяване на анамнестични и клинични данни за вторично главоболие или промяна в характеристиките на вече установено тензионен тип главоболие е необходимо общопрактикуващият лекар да насочи пациента към невролог.

- Неврологът трябва да прецизира диагнозата, като при необходимост извърши съответните параклинични изследвания или консултации с други специалисти съобразно настъпилите промени или събраните от анамнеза и клиничния преглед данни за вторично главоболие.

Лечение

1. Нефармакологично лечение

▪ **Психологично лечение** - включва различни форми на индивидуална и групова психотерапия, поведенческа терапия и хипноза. Прилагането му е уместно при данни за тревожност.

▪ Физиологично лечение

▪ Прогресивна мускулна релаксация
 ▪ Електромиографски биофийдбек от фронталните и темпорални мускули.

▪ Акупунктура, акупресура, автоакупресура в областта на врата, непосредствено под окципиталната кост до горната част на processus mastoideus.

- Масаж
- Криотерапия
- Транскутанна електро-невро стимулация

2. Фармакологично лечение

Епизодично тензионно главоболие

Не всеки пристъп от главоболие е достатъчно силен за да се нуждае от лечение. Аналгетиците обикновено не повлияват главоболието.

a/ нестероидни противовъзпалителни средства

▪ Paracetamol - еднократна доза от 1 g, не повече от 4 g дневно.

▪ Деривати на пропионовата киселина

- Ibuprofen 400 до 800 mg дневно
- Naproxen 500 - 1000 mg дневно

▪ Деривати на пирол-оцетната киселина

- Indomethacin 75 mg дневно

▪ Деривати на фенилоцетната киселина

- Асеслофенас 200 mg дневно

▪ Деривати на пиранокарбоксилната киселина

- Etodolac 400 - 1200 mg дневно

▪ Сулфонанилиди

- Nimesulide 200 - 400 mg дневно

▪ Оксиками (еднократен дневен прием)

- Piroxicam 20 mg дневно
- Телоxicam 20 mg дневно
- Meloxicam 7,5 - 15 mg дневно

b/ миорелаксанти - няма сигурни доказателства за клинична ефективност

- Tetracepam (Myolastan) в дневни дози от 50 до 100 mg
- Tolperisone (Mydocalm) в дневни дози 450 mg
- Tizanidine в дневни дози 6-12 mg

в/ комбинация НСПВС и миорелаксант

Хронично тензионно главоболие. Терапията се прилага в продължение на 1 година, с последващо намаляване на дозите през следващите 3 месеца.

▪ **трициклични антидепресанти** - повлияват най-добре главоболието

- amitriptyline 25 до 75 mg вечер.

▪ **антидепресанти, които повлияват обратния захват на серотонина и норадреналина**

- venlafaxine 75 - 150 mg дневно
- mirtazapine 30 mg дневно

▪ Селективни възвратими MAO-A инхибитори

- Moclobemide до 600 mg дневно.

▪ **Антидепресантите потискащи обратния захват на серотонина** не са ефективни и предизвикват главоболие като страничен ефект. Единственият медикамент от тази група, който намира приложение е:

- Trazodone от 150 до 300 mg дневно.

▪ Лечението на епизодичното и хронично тензионно главоболие се провежда от невролог, след като бъдат изключени всички останали заболявания, които могат да се представят с подобна клинична картина.

▪ Не се допуска изписване на терапия без личен преглед на пациента.

▪ При неповлияване от класическите медикаменти, пациента се насочва за консултация в специализиран кабинет или клиника за лечение на болката. Такава консултация се изисква по спешност при наличие на симптоми за предозиране на терапията.

▪ Неврологът трябва да наблюдава пациента с тензионен тип главоболие 2 пъти годишно и при всяко влошаване. Пациентът трябва да се наблюдава за:

- ефект от прилаганото лечение
- развитие на зависимост към даден медикамент
- прояви на свръх дозиране

ДИАГНОЗА НА ТИПОВЕТЕ ГЛАВОБОЛИЕ



