

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О

ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ГЛАВОБОКА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при главобока.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при главобока е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при главобока по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за Упатство за практикување на медицина заснована на докази при главоболка („Службен весник на Република Македонија“ бр. 50/14)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2603/1
27 февруари 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

ГЛАВОБОЛКА

МЗД Упатство
8.2.2013

- Основи
- Епидемиологија и класификација
- Преглед на пациентот со главоболка
- Дијагностицирање на симптомите на главоболката
- Индикации за преупатување и натамошни испитувања
- Третман на главоболката
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВИ

- Околу 70-95% од општата популација имале главоболка во текот на својот живот.
- Земените податоци од пациентот се камел-темелник за дијагностицирање на главоболката. Испитувањата кои се преземаат дополнително нема да помогнат во разјаснувањето на дијагнозата на примарните главоболки.
- Ако податоците упатуваат дека пациентот има примарна главоболка и наодите од невролошкиот наод е нормален, натамошните испитувања, обично, не се оправдани.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА И КЛАСИФИКАЦИЈА

- Најчесто се јавува на возраст од 20-45 години, инциденцијата се намалува со зголемувањето на возраста.
 - Според интернационалните критериуми, главоболките се поделени во 14 различни класи:
 - Класи 1-4: примарни главоболки;
 - Класи 5-12: секундарни главоболки;
 - Класи 12-13: невралгии на кранијалните нерви, лицева болка и други главоболки.
 - Според класификацијата на ICHD од 2004 година, секоја главоболка кај пациентот се класифицира одделно, т.е пациентот може да има различни конкурентни болести кои создаваат главоболка.

Примарни главоболки

- Мигрена;
- Тензиска главоболка;
 - „Cluster“ главоболка и други тригеминални автономни невралгии;
- Други примарни главоболки.

Секундарни главоболки

- Главоболки, поврзани со цереброваскуларните нарушувања;
 - Главоболки, поврзани со промени на ликворниот притисок во мозокот (растечки лезии, хидроцефалус, главоболки, предизвикани од спонтано намалување на ликворниот притисок или намалување на ликворниот притисок по лумбалната пункција);
- Травматски главоболки;

- Главоболки, поврзани со инфекциите;
 - Апстиненциски главоболки (аналгетици и нивна прекумерна употреба, кофеин, алкохол);
- Главоболки, поврзани со промените во хомеостазата (електролитен дисбаланс и сл.);
- Главоболки поврзани со структурите на черепот: ушите, очите, синусите и забите;

Кранијални невралгии и лицеви болки

- Лицеви невралгии;
 - Други главоболки.

ИСПИТУВАЊЕ НА ПАЦИЕНТОТ СО ГЛАВОБОЛКА

- Врз основа на добиените анамнестички податоци, егзаминацијата ќе се одвива во една од двете главни насоки:
 - Акутна главоболка;
 - Супакутна хронична главоболка.

Причини за акутната главоболка

- Мигренска атака;
- „Cluster” главоболка;
- Ненадејно зголемување на крвниот притисок;
- Главоболка поврзана со физички напор, главоболка при сексуален чин;
- Вазодилататорни лекови, нитрати;
- Невралгии;
- Супарахноидална хеморагија и церебрални хеморагии;
- Менингит/други инфекции;
- Повреди на черепот;
- Зголемен интракранијален притисок;
- Феохромоцитом.

Причини за супакутна или хронична главоболка

- Тензиска главоболка;
- Синусит, отит;
- Главоболка предизвикана од расипани заби и од забало;
- Окуларни причини (тегоби заради рефракција, глауком);
- Зависност од аналгетици;
- Посттравматска главоболка;
- Интракранијална хипотензија;
- Тракциска главоболка (тумори);
- Хроничен менингит (саркоидоза, габичен, туберкулоза);
- Хипертиреозидизам;
- Хиперпаратиреозидизам;
- Хипогликемија, хипооксија, хиперкапнија;
- Васкулит, тромбоза на дурален/венски синус.
- Хронична секојдневна главоболка:
 - Секојдневната или скоро секојдневната главоболка е причинета од неколку конкурентни различни главоболки, како што е хроничната мигрена, хроничната тензиска главоболка, претераната употреба на аналгетици и сл. Многу е важно да се

спречи преголемата употреба на аналгетици (ннд-**D**) и да се започне со третман на секоја состојба со главоболка одделно.

ДИЈАГНОСТИЦИРАЊЕ НА ГЛАВОБОЛКАТА

- Анализирајте го потеклото на симптомите на главоболката;
- Внимателно прегледајте го пациентот на соматски и на невролошки план;
- Разгледајте ја потребата за веројатни (диференцијални) дијагностички испитувања;
- Објаснете му ги на пациентот механизмите на настанување на основната главоболка;
- Разгледајте ги можностите за третман.

Анамнеза и статус на пациентот со главоболка

- Времетраење на болката;
 - 1-3 дена како кај мигрената или подолготрајна болка како кај тензиската главоболка и сл;
 - Краткотрајна главоболка, како епизода на „cluster” главоболката (30-180 минути) или нападот на невралгичната болка (секунди).
- Почеток на симптомите:
 - Ненадеен како кај САХ (во минути), мигрената (во часови) или „cluster” главоболката;
 - Развивање во тек на неколку часа: мигрена која е тригерирана од пролонгирана тензиска главоболка;
 - Постепен како кај тензиската главоболка или растечките лезии, инфекциите и сл.
- Зачестеност на појавување, повторување:
 - Повторувачката, долготрајна болка е честа кај мигрената или кај тензиската главоболка;
 - Епизодите на „cluster” главоболка се јавуваат речиси секојдневно, во траење на серијата од напади;
- Локализација на болката:
 - Тензиската главоболка е често окципитална или темпорална и се јавува на едната или на двете страни;
 - Мигрената е скоро секогаш еднострана, „cluster” главоболката е непроменливо еднострана;
 - Причините за едностраната темпорална главоболка може да бидат: тензиската главоболка, повраќањето, синуситот, темпоралниот артерит или нарушувањата на темпоромандибуларниот зглоб или расипан заб.
- Природа на болката:
 - Мигренската болка е често мачна или пулсирачка; тензиската главоболка е во вид на притискање или затегнување;
 - Мигрената и главоболката која е предизвикана од зголемениот интракранијален притисок почнуваат рано наутро;
 - Нападот на „cluster” главоболката често започнува по неколкучасовен сон.
- Симптоми, асоцирани со главоболка:
 - Продромските симптоми, како замор, прозевање, потреба за консумирање слатка храна и сл. сугерираат на мигрена;
 - Аура на мигрената може да биде протегањето, светкавиците во видното поле, ретко хемипарестезии/хемихипестезии, тешкотиите во говорот и сл;
 - Во епизодата на ТИА, видното поле или дел од него може да се замати, нема светкавици. Намалениот осет и промените во говорот може да упатуваат на исхемични цереброваскуларни нарушувања. Епизодата на ТИА не е следена со главоболка;
 - Аурата понекогаш може да биде епилептична и поврзана со тумор, итн;

- Кај тензиската главоболка нема гадење и повраќање. Ако се присутни вакви симптоми, значи дека има мигренска атака или гадењето може да е поврзано со зголемиениот интракранијален притисок.
- Провоцирачки и олеснувачки фактори:
 - Мигренозниот напад може да биде тригериран од психички стрес или од алкохол; мирисите и светлината можат, исто така, да провоцираат мигренски напад;
 - Пациент со мигрена бара одмор во затемнета просторија и внесот на алкохол ги влошува симптомите; додека тензиската главоболка може да биде поттикната од алкохол или од пешачење.
- Податоци за лекови:
 - Секојдневната употреба на аналгетици доведува до значителен ризик за јавување на главоболка од предозираност со лекови. Внимателно распрашајте го пациентот за сите лекови кои предходно ги користел.
 - Аналгетиците кои биле користени најмалку 3 дена во неделата доведуваат до склоност за повратна главоболка заради користењето аналгетици.
 - Триптаните се ефикасни само кај мигрената и „cluster“ главоболката.

Преглед на пациентот

- При невролошка егзаминација на пациентот во отсуство на главоболката, наодот е обично нормален.
- Прегледот на очното дно треба да се направи кај сите пациенти со главоболка. Неправилните ивици на папилата и отсуството на пулсациите на крвните садови (стаза на папилата) може да упатува на зголемен интракранијален притисок.
- Треба да се измери крвниот притисок на сите пациенти. Треба да се измери интраокуларниот притисок во случај на главоболка во регијата на очите.

Натамошни испитувања

- Примарните главоболки, како мигрената и тензиската главоболка, се дијагностицираат врз основа на анамнезата и на прегледот.
- За диференцијалната дијагноза потребно е да се проверат следниве параметри:
 - Крвната слика;
 - Седиментацијата (SR);
 - Серумските TSH и/или слободен T4;
 - Гликемијата на гладно
 - Серумските Na, K, Ca;
 - Серумскиот креатинин.
- Пациентите со симптоми на инфекција се испитуваат со ултрасонографија и рентгенски испитувања на максиларните и фронталните синуси;
- Лумбалната пункција треба да се направи доколку постои сомнение за менингит или други инфекции на ЦНС.
- Ако постои сомнение за САХ, компјутеризираната томографија на мозокот е метода на избор за дијагностика, бидејќи лумбалната пункција може да го зголеми ризикот за хернијација кај пациентите со САХ. Ако кај пациентите со сомнение за САХ наодот на КТМ е негативен, за да се исклучи оваа состојба потребно е да се направи лумбална пункција.

ИНДИКАЦИИ ЗА ПРЕУПАТУВАЊЕ И ДОПОЛНИТЕЛНИ ИСПИТУВАЊА

- Главоболка, поврзана со патолошки наод:
 - Затегање во вратот, промени во личноста, диплопии, едем на папилата, асиметрични рефлекси, итн.
- Главоболката е континуирана и покрај уредниот соматоневролошки статус на пациентот.

- Појавата на главоболката е поврзана со физички напор или со кашлање (исклучена мигенска атака и инфекција на горните респираторни патишта).
- Сомнение за инфекција на ЦНС или за САХ.
- Неопходно е да се направи КТМ или МР и пациентот треба да се упати во специјализирана невролошка установа за испитување.
- На пациентот му е потребен третман за откажување од злоупотребата на аналгетици, триптани или на ерготамини.
- Атаката на главоболка која не реагира на лекови се среќава и во примарното здравство.
- Главоболката го оневозможува извршувањето на работните активности.

ТРЕТМАН НА ГЛАВОБОЛКАТА

- Третманот на главоболката се разгледува одделно за различните типови главоболка.
- Тензиска главоболка;
- Мигрена;
- Постпункциска главоболка;
- Главоболка кај деца.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Кохранови прегледи

- Dipyronе може да биде ефикасен во третманот на епизодите на тензискиот тип главоболка и на мигрената. Во текот на третманот лекот може да биде поврзан со извесен ризик од јавување на потенцијално, опасни по живот, хематолошки заболувања, како што е агранулоцитозата (ннд-С).

Литература

Клинички практични прегледи

- Management of medication overuse headache. BMJ 2010 Apr 28; 340():c1305. **PubMed**
- Fuller G, Kaye C. Headaches. BMJ 2007 Feb 3; 334(7587):254-6. **PubMed**
- Authors: This article is created and updated by the EBMG Editorial Team Article ID: rel00204 (003.006) © 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

РЕФЕРЕНЦИ

1. Ramacciotti AS, Soares BG, Atallah AN. Dipyronе for acute primary headaches. Cochrane Database Syst Rev 2007 Apr 18; (2):CD004842. **PubMed**
2. Zed PJ, Loewen PS, Robinson G. Medication-induced headache: overview and systematic review of therapeutic approaches. Ann Pharmacother 1999 Jan; 33(1):61-72. **PubMed**

Author: Markus Färkkilä,

Previous author: Kari Murros, Article ID: ebm00743 (003.016) © 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 8.2.2013, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира по 3 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2016 година.**

Упатството го ажурирала: Д-р Наталија Долненец-Банева

Координатор: Проф. Д-р Катица Зафировска