

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 МИГРЕНА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при мигрена.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при мигрена 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 мигрена 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 практикување на медицина заснована на докази при мигрена („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. 17-2604/1
27 февруари 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

МИГРЕНА

МЗД Упатство
8.4.2014

- Основи
- Дефиниција и епидемиологија
- Симптоми
- Дијагноза
- Третман на мигренозната атака
- Превентивна терапија
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВИ

- Терапијата на лесниот степен на мигрената е со paracetamol, аспирин или NSAID, како монотерапија или во комбинација со metoclopramide.
- Кај жестоки атаки или атаки кои онеспособуваат, triptan-от би требало да се внесе иницијално како примарна терапија, а не откако NSAID ќе се покажат како неуспешни во почетокот на третманот на атаката (ннд-А).

ДЕФИНИЦИЈА И ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Мигрената е пароксизмално заболување, со сè уште нејасен патогенетски механизам. Херeditарните фактори имаат улога во наследувањето на заболувањето.
- Средната преваленција во општата популација е 10%, кај мажите е 5%, кај жените е 15%. Главно, се јавува кај популацијата која е во периодот на работоспособност.
- Мигренозните атаки се класифицирани на тип со аура (15%) во која продромните симптоми & претходат на атаката, т.е. аура (пр. нарушувања во видот и други невролошки нарушувања) пред главоболката и тип без аура (85%) кој почнува само со главоболка.
- Факторите кои ја преципитираат главоболката се нарушувањата во ритамот сон-будност, хипогликемијата и промената на интензитетот на стресот. Влијанието на исхраната, со исклучок на алкохолот, е варијабилно.
- Кај жените менструалниот циклус го поттикнува настанувањето на мигренозните атаки (таканаречена катаменијална мигрена, односно мигренозни атаки кои настануваа истовремено со менструалниот циклус).

СИМПТОМИ

- Продромни симптоми кои се јавуваат во текот на 24 часа пред атаката: компулсивно просевање, потреба од слатка храна, замор и промена во личноста.
- Симптоми на аура: прогресивни нарушувања на видот, сцинтилациски скотоми, линии во цик-цак форма, нарушувања на осетот, нарушување во говорот, парестезии. Симптомите на аурата траат од 5 до 60 min.
- На крајот на фазата со аура или по неа, се јавува пулсирачка, унилатерална силна или средно силна главоболка, која е следена со гадење и на повраќање.
- Мигрената без аура почнува со главоболка.
- Мигренската аура може да се јави без пратечка главоболка (види: диференцијална дијагноза).

- Атаката е поврзана и со нарушувања во автономниот нервен систем: бледа кожа, нарушена функција на мочниот меур и сл.

ДИЈАГНОЗА

- Се базира на анамнестичките податоци од пациентот и нормалниот невролошки наод помеѓу атаките.
- Кај возрасните пациенти со типична мигрена, неврорадиолошките испитувања не се оправдани ако невролошкиот статус е нормален (ннд-В).

Дијагностички критериуми за мигрена со аура (ICHD-2; 2005)

- Ако пациентот имал барем две атаки во текот на кои се јавуваат следниве симптоми:
 - Симптоми од аурата;
 - Траењето на аурата е повеќе од 4 минути или пациентот имал две аури една по друга.
 - Аурата е следена од главоболка во следните 60 минути.
- Главоболката ги исполнува критериумите за мигрена без аура.

Дијагностички критериуми за мигрена без аура (ICHD-2; 2005)

- Ако пациентот имал барем пет атаки на главоболка кои траат 4-72 часа со исполнување на најмалку два критериума од групата со А-симптоми и барем еден од групата со Б-симптоми.
- Симптоми А:
 - Пулсирачка главоболка;
 - Главоболката е унилатерална;
 - Главоболката е со среден или со силен интензитет и го засега извршувањето на дневните активности;
 - Физичката активност ја засилува главоболката.
- Симптоми Б за време на атаката:
 - Гадење и/или повраќање;
 - Фотофобија и фонофобија.

Диференцијална дијагноза

- Тензиска главоболка (нема продромни симптоми, билатерална стегачка болка, вежбањето ја подобрува состојбата);
- Cluster главоболка (типично без аура, без повраќање, болка околку едно око, солзење и ринореа на страната на болката; болката трае краткотрајно, но е измачувачка);
- Супарахноидална хеморагија (перакутен почеток, често поврзана со нарушена свест)
- Транзиторна исхемична атака (ТИА, сенки во видното поле, нема светечки сензации во видот, нема главоболка која следи потоа);
- Акутен глауком;
- Менингит (треска, закочен врат, намалено ниво на свесност);
- Епилептичен напад од темпоралниот лобус може да се јави како симптом на аура.

ТРЕТМАН НА МИГРЕНОЗНАТА АТАКА

- Одмор во тивка, темна просторија.
- *За време на мигренската атака лековите најдобро се ресорбираат доколку се дадени ректално, како назален спреј, ефервети или во форма на прав.*
- *Комбинацијата на metoclopramide со другите лекови за мигрена ја подобрува нивната апсорпција.*

Нестероидни антиинфламациски лекови

- Аспирин 1000mg (ннд-А) или paracetamol 1000mg (ннд-А); или како монотерапија или во комбинација со metoclopramide 10-20mg
- Некои други перорални, нестероидни антиинфламациски лекови:
 - Diclofenac 50mg (ннд-В);
 - Ketoprofen 50–100mg;
 - Naproxen 500–1000mg (ннд-А);
 - Ibuprofen (ннд-А) 800mg итн.

Триптани

- *Триптаните се лекови на прв избор кај жестоките и онеспособувачките атаки на мигрената* (ннд-А):
 - Almotriptan 12.5mg пер ос.
 - Eletriptan (ннд-А) 40–80mg пер ос;
 - Frovatriptan 2.5mg пер ос.
 - Naratriptan (ннд-А) 2.5–5mg пер ос.
 - Rizatriptan (ннд-А) 5–10mg пер ос.
 - Sumatriptan 50-100mg пер ос (ннд-А); 25mg супозиторија (ннд-С); 6mg супкутано (ннд-В); 20mg интраназално (ннд-В).
 - Zolmitriptan (ннд-А) 2.5-5mg пер ос, 5mg интраназално.
- Триптанот се зема по веројатна аура, со јавувањето на главоболката.
- Вреди да се направи обид со најмалку три различни триптани пред да се заклучи дека триптаните не се од корист за пациентот.
- Триптаните се контраиндицирани кај хемиплегичната, базиларната или кај офталмоплегичната мигрена.
- Триптаните би требало да се користат помалку од 3 дена во текот на една недела, во спротивно се зголемува ризикот од главоболка заради користење аналгетици.
- Дополнителен ефект во третманот на акутна атака може да се постигне со комбинација на триптан со НСАИЛ (ннд-А).
- Контраиндикации за употреба на триптани:
 - Ишемичната срцева болест, принцметал ангина, неодамнешна ТИА, субарахноидална хеморагија, мозочен удар, нетретиран или висок крвен притисок и тешка ренална инсуфициенција.

Други лекови

- Diazepam 2–10mg пер ос/ректално.

Лекови во текот на бременоста и на доењето

- Paracetamol-от може да се употребува во текот на бременоста. Ibuprofen и naproxen може да се употребуваат во раната бременост.
- Триптаните и ergotamine-от се контраиндицирани. Повремената употреба на sumatriptan (помалку од 4 пати) во текот на раната бременост, најверојатно, не е штетно. Познато е дека sumatriptan-от се излучува во млекото во мали количини; конвенционалните дози не би требало да доведуваат до оштетување кај детето).

ПРЕВЕНТИВНА ТЕРАПИЈА

- Одржување на стабилен ритам сон-будност и редовно земање храна, одбегнувајќи преципитирачки фактори (на пример алкохол).

- Разгледување на стилот на живеење на пациентот и ситуации кои се поврзани со работата: дали постојат фактори во текот на животните ситуации или на работното место кои може да ја подржуваат мигрената и дали е тоа возможно да се промени?
- Редовните физички вежби ја намалуваат инциденцијата на мигренозните атаки.
- **Разгледајте ја употребата на превентивни лекови ако има три или повеќе атаки во текот на еден месец.**
- Бета-блокатори:
 - Propranolol 2–3 x 20–40mg, 1x160mg/ден;
 - Metoprolol 47.5–200mg/ден;
 - Контраиндикации: астма, брадикардија, артериска хипотензија.
- Candesartan 1x16mg/ден.
- Amitriptyline 10–25mg/ден или nortriptyline 25-50mg/ден, особено ако тензиската главоболка е поврзана со мигрената.
- Topiramate до 2x50mg/ден, со внимателно зголемување на дозата (ннд-А).
- Valproate (ннд-В) 2–3x300–500mg/ден.
- Gabapentin-от не покажа ефект во превенција на мигрената, а ефектот од pregabalin-от не беше истражуван за ова индикација (ннд-А).
- Понекогаш, неколку различни лекови за превенција треба да се комбинираат со цел да се постигне посакуваниот ефект.
- Лековите за превенција индивидуално се продолжуваат. Понекогаш, неколку месеци се доволни, а понекогаш лековите се потребни со години. Состојбата на пациент кој е на превентивни лекови би требало да се мониторира со водење дневник за главоболките.
- Вреди да се комбинира фармаколошки со нефармаколошки третмани:
 - Вежби;
 - Физикална терапија;
 - Акупунктура (ннд-С);
 - Релаксација, на пример јога, пилатес.

Интервенција при хронична дневна главоболка

- Хроничната дневна главоболка, која често е комбинација на хроничната мигрена и на тензиската главоболка, може да се третира ако се спречи употребата на прекумерното користење на сите лекови за болка и ако се започне со профилакса на главоболката, по можност комбинација со amitriptyline.

ПРОГНОЗА

- Често, мигрената започнува во школска возраст и веќе може да опаѓа во периодот на адолесценција.
- Ако мигренозните атаки продолжуваат да се јавуваат во периодот на зрелото доба, кај жените во текот на бременоста фреквенцијата им опаѓа, а по менопаузата атаките, често, се губат целосно.
- Кај мигрената со аура, пациентот би требало да престане со пушење и да ја избегнува комбинацијата на орални контрацептиви кои се поврзани со ризик за нарушување на церебралната циркулација.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Кохранови прегледи

- Спиналната манипулативна терапија (SMT) може да има сличен ефект како амитриптилинот во редукцијата на мигренската главоболка и ефектот може подолго да

трае. Во споредба со електротерапијата, SMT може да биде посупериорна во намалувањето на честотата, траењето на главоболката и намалената употреба на лекови за болка (ннд-С).

- Селективните серотонин re-uptake инхибитори не се подобри во превенирањето на мигрената или во тензискиот тип главоболка отколку плацебото. За хроничниот тензиски тип главоболка SSRI се помалку ефикасни отколку трицикличните антидепресиви, но имаат помалку несакани ефекти (ннд-Д).
- Хипербаричната кислородна терапија може да го ослободи болниот од акутната мигренска главоболка (ннд-С).

Други информативни прегледи

- Податоците од студиите сугерираат дека мигрената може да биде ризик фактор за настанување мозочен удар (ннд-С).
- Една доза на парентерално внесен дексаметазон ја редуцира рекурентната мигренска атака за 72 часа, но не ја редуцира иницијалната главоболка (ннд-А).

Литература

Клинички практични прегледи

- Loder E. Triptan therapy in migraine. N Engl J Med 2010 Jul 1; 363(1):63-70. **PubMed**
- Schürks M, Rist PM, Bigal ME, Buring JE, Lipton RB, Kurth T. Migraine and cardiovascular disease: systematic review and meta-analysis. BMJ 2009 Oct 27; 339():b3914. **PubMed**
- Authors: This article is created and updated by the EBMG Editorial Team, Article ID: rel00183 (036.042) © 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

РЕФЕРЕНЦИ

1. Fäkkilä M, Kallela M. Frovatriptan review. Expert Opin Pharmacother 2007 Dec;8(17):3029-33. **PubMed**
2. Lipton RB, Stewart WF, Stone AM, Láinez MJ, Sawyer JP, Disability in Strategies of Care Study group. Stratified care vs step care strategies for migraine: the Disability in Strategies of Care (DISC) Study: A randomized trial. JAMA 2000 Nov 22-29;284(20):2599-605.
3. Detsky ME, McDonald DR, Baerlocher MO et al. Does this patient with headache have a migraine or need neuroimaging? JAMA 2006;296(10):1274-83.
4. Kirthi V, Derry S, Moore RA. Aspirin with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults. Cochrane Database Syst Rev 2013;4():CD008041.
5. Derry S, Moore RA. Paracetamol (acetaminophen) with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults. Cochrane Database Syst Rev 2013;4():CD008040.
6. Derry S, Rabbie R, Moore RA. Diclofenac with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults. Cochrane Database Syst Rev 2013;4():CD008783.
7. Rabbie R, Derry S, Moore RA. Ibuprofen with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults. Cochrane Database Syst Rev 2013;4():CD008039.
8. Ferrari MD, Goadsby PJ, Roon KI, Lipton RB. Triptans (serotonin, 5-HT1B/1D agonists) in migraine: detailed results and methods of a meta-analysis of 53 trials. Cephalalgia 2002 Oct;22(8):633-58.
9. Law S, Derry S, Moore RA. Naproxen with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults. Cochrane Database Syst Rev 2013;10():CD009455
10. Smith LA, Oldman AD, McQuay HJ et al. Eletriptan for acute migraine. Cochrane Database Syst Rev 2001;(3):CD003224.
11. Morillo L. What are the effects of drug treatment for acute migraine?. Migraine headache. Clinical Evidence 2005;13:1624-1641.
12. Oldman AD, Smith LA, McQuay HJ et al. Rizatriptan for acute migraine. Cochrane Database Syst Rev 2001;(3):CD003221.

13. Derry CJ, Derry S, Moore RA. Sumatriptan (oral route of administration) for acute migraine attacks in adults. Cochrane Database Syst Rev 2012;2:CD008615.
14. Derry CJ, Derry S, Moore RA. Sumatriptan (rectal route of administration) for acute migraine attacks in adults. Cochrane Database Syst Rev 2012;2:CD009664
15. Derry CJ, Derry S, Moore RA. Sumatriptan (subcutaneous route of administration) for acute migraine attacks in adults. Cochrane Database Syst Rev 2012;2:CD009665.
16. Derry CJ, Derry S, Moore RA. Sumatriptan (intranasal route of administration) for acute migraine attacks in adults. Cochrane Database Syst Rev 2012;2:CD009663.
17. Law S, Derry S, Moore RA. Sumatriptan plus naproxen for acute migraine attacks in adults. Cochrane Database Syst Rev 2013;10():CD008541.
18. Linde M, Mulleners WM, Chronicle EP et al. Topiramate for the prophylaxis of episodic migraine in adults. Cochrane Database Syst Rev 2013;6():CD010610
19. Linde M, Mulleners WM, Chronicle EP et al. Valproate (valproic acid or sodium valproate or a combination of the two) for the prophylaxis of episodic migraine in adults. Cochrane Database Syst Rev 2013;6():CD010611
20. Linde M, Mulleners WM, Chronicle EP et al. Gabapentin or pregabalin for the prophylaxis of episodic migraine in adults. Cochrane Database Syst Rev 2013;6():CD010609
21. Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Manheimer E, Vickers A, White AR. Acupuncture for migraine prophylaxis. Cochrane Database Syst Rev 2009 Jan 21;(1):CD001218.

Author: Markus Färkkilä

Previous author: Kari Murros, Article ID: ebm00792 (036.042) © 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 8.4.2014, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира по 3 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2017 година.**

Упатството го ажурирала: Д-р Наталија Долненец-Банева
Координирал: Проф. Д-р Катица Зафировска