

**Национален консенсус за диагностика и лечение на
първичните типове главоболие**

Под редакцията на Акад. проф. д-р И. Миланов, д.м.н.

По инициатива на Българска асоциация по главоболие и болка

2025 г.

**Национален консенсус за диагностика и лечение на първичните типове
главоболие**

Днес, 17.10.2025 г., ние долуподписаните специалисти достигнахме до
консенсус за диагностика и лечение на първичните типове главоболие:

Акад. проф. Ив. Миланов

Акад. проф. Л. Трайков

Проф. И. Търнев

Проф. А. Капрелян

Проф. Д. Масларов

Проф. Л. Хараланов

Проф. В. Божинова

Проф. Ю. Петрова

Проф. Е. Василева

Проф. П. Атанасова

Проф. К. Генов

Доц. М. Дановска

Доц. Д. Богданова

Доц. С. Иванова

The block contains a series of handwritten signatures in blue ink, each corresponding to one of the names listed on the left. The signatures are written on horizontal dotted lines. The signatures are: 1. A large, stylized signature for Ив. Миланов. 2. A signature for Л. Трайков. 3. A signature for И. Търнев. 4. A signature for А. Капрелян. 5. A signature for Д. Масларов. 6. A signature for Л. Хараланов. 7. A signature for В. Божинова. 8. A signature for Ю. Петрова. 9. A signature for Е. Василева. 10. A signature for П. Атанасова. 11. A signature for К. Генов. 12. A signature for М. Дановска. 13. A signature for Д. Богданова. 14. A signature for С. Иванова.

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. В третото издание на Международната класификация на главоболията (Cephalalgia, 2018 г.) са отдиференцирани първичните и вторични главоболия, които се дължат на друго заболяване и следователно лечението е насочено към основното заболяване.

Първичните типове главоболие включват мигрената, тензионният тип главоболие и тригеминалните автономни цефалгии. В първичните главоболия е отделена група на други първични главоболия, които са клинично хетерогенни, срещат се по-рядко и не са добре проучени. Те включват главоболие при кашлица, при физическа активност, свързано със сексуална активност, тип "гръмотевичен удар", при студени стимули приложени външно, при инхалиране или поглъщане на студени стимули, при натиск, при компресия, при тракция, пробощащо, като монета, хипнагогно и ново ежедневно персистиращо главоболие.

Вторичните типове главоболие включват главоболие при травма или увреждане на главата и шията, при краниално и/или цервикално съдово заболяване, при несъдово интракраниално увреждане, при прием на субстанции или спиране на техния прием, при инфекция, при нарушение на хомеостазата, главоболие или лицева болка при увреждане на краниума, шията, очите, ушите, носа, синусите, зъбите, устата или други лицеви и шийни структури, при психични заболявания, болезнени лезии на краниалните нерви и други лицеви болки и други главоболия.

Епидемиологичните проучвания показват, че около 51% от популацията (56% от жените и 39% от мъжете) страдат 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%. Кластерното главоболие се среща по-рядко, при 0,07 до 0,4% от популацията, 4-6 пъти по-често при мъже. Епизодичното тензионно 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, модулацията и продължителността на главоболието са едни и същи за всички видове. Те са свързани с деполяризация и активиране на ноцицептивните неврони на краниалните нерви (trigeminus, 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 при използване на критериите на Международното Дружество по Главоболие (IHS) от 2018 г. 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.
- Придружаващи симптоми
- 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 са 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 отдавна.
 - *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 краниална ямка (която не се визуализира добре с КТ) и ствола, както и демиелинизиращ 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 краниално 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 месеца. 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 отдиференциране на първичните от вторични главоболия. За отдиференциране 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 отдиференциране 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 тригеминоваскуларната 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 неврпептиди (субстанция Р, неврокинин А и калцитонин генно свързан пептид - CGRP) 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 неврпептиди 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 (от които поне 8 са типични мигренни) 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 мигренно главоболие, типична аура без главоболие, мигрена със стволова аура, хемиплегична мигрена и ретинна мигрена. Периодичните синдроми в детска възраст, предшественици на мигрената включват: рекурентни гастроинтестинални нарушения (циклично повръщане, абдоминална мигрена), бенигнено пароксизмално вертиго и бенигнен пароксизмален тортиколис в детска възраст. Усложненията на мигрената включват мигренен статус (мигрнен пристъп продължаващ над 72 часа), персистираща аура без мозъчен инфаркт, мигренен мозъчен инфаркт и тригирани от мигренна аура епилептични припадъци.

При 10% от жените мигрената настъпва предимно по време на менструалния цикъл и е типично без аура. Тези пристъпи са с по-дълга продължителност и се придружават от изразено гадене. *Менструалната мигрена* се определя като пристъпи, които настъпват само от 2 дни преди менструацията до третия ден от менструалния цикъл. Диагнозата се поставя при наличие на главоболие при два от три менструални цикъла. Може да се определи като менструална мигрена без аура, менструална мигрена с аура или менструално свързана мигрена (главоболието възниква и извън менструалния цикъл) с и без аура.

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

Продромите се наблюдават при 60-90% от пациентите, часове или 1-2 дни преди пристъпа, по-често при мигрена без аура. Най-честите симптоми са тревожност (46%), стягане в шията, фонофобия (42%), фотофобия, раздразнителност (42%), прозяване, (30%), нарушения на настроението (депресия или еуфория) и апетита, ненаситно желание за консумация на шоколад, умора, сънливост, гадене, размазано зрение, прозяване, бледост 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. Най-честа (при 90%) е зрителната аура. Следващи по честота са сетивните нарушения, изразени в боцкания и изтръпвания, които се разпространяват едностранно в областта на тялото, лицето и езика. По-рядко възникват афатични нарушения на речта. При всеки пациент по време на различни пристъпи могат да възникнат и трите вида аура, както самостоятелно, така и последователно един след друг. Могат да възникнат и симптоми на стволова аура, които ако са свързани с мускулна слабост, заболяването се определя като хемиплегична мигрена, която има различна генетична и патофизиологична характеристика.

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 стадии на пристъпа при 80% от пациентите. Дължи се на централна сензитизация на тригеминоваскуларните неврони в спиналните тригеминални ядра. Могат да се добавят и краниални автономни симптоми.

Постдромите се проявяват при 80% от пациентите и продължават от няколко часа до 2 дни. Най-често се проявяват като астения, стегнатост в шията, умора, сомнолентност и затруднена концентрация.

Тригерни фактори са тези външни фактори, предизвикващи мигренен 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 медикаменти), промяна в начина на живот (сън, хранене), промяна във времето, преминаване в други часови зони, сетивни стимули (светлина, шум, миризми), диета, алкохол (особено шампанско, бели и червени вина, бира), медикаменти (nitroglycerine, reserpine, естрогени) и физическа преумора. По-дългият 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 мигрена с много чести пристъпи. 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 наслабват пристъпи от мигренозно главоболие. При повечето пациенти главоболието се засилва в края на деня.

Главоболие при злоупотреба с медикаменти се развива при пациенти злоупотребявали години наред с медикаменти за лечение на главоболието. Злоупотребата с аналгетици променя активността на серотониновите рецептори и увеличава предразположението към главоболие.

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:
 - Едностранна 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:
 - Гадене и/или повръщане
 - Фотофобия или фонофобия
 5. Симптомите не могат да бъдат по-добре обяснени с друг вид главоболие.
- При наличие на по-малко от 5 пристъпа се поставя диагнозата вероятна мигрена.

При деца до 18 годишна възраст се използват същите критерии, като продължителността на главоболието е от 2 до 72 часа и то е често двустранно и фронтотемпорално.

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

1. Най-малко 2 пристъпа, отговарящи на критериите от 2 и 3.
2. Поява на един или повече напълно възвратими симптоми на аура:
 - зрителни
 - сетивни
 - на речта и езика
 - двигателни
 - стволони
 - ретинни
3. Наличие на поне 3 от 6 характеристики:
 - поне един от симптомите на аурата се развива постепенно в рамките на 5 или повече минути
 - два или повече симптома на аурата се появяват последователно
 - всеки симптом продължава между 5 и 60 минути
 - поне един симптом на аурата е едностранен

- поне един симптом на аурата е позитивен
- аурата се придружава или последва до 60 минути от главоболие

4. Симптомите не могат да бъдат по-добре обяснени с друг вид главоболие.

Типичната аура се проявява със зрителни, сетивни и симптоми от страна на речта и езика, без двигателни, стволони и ретинни симптоми. Типичната аура може да възникне и без главоболие. Когато настъпва за първи път над 40 годишна възраст, симптомите са предимно негативни (хемианопсия), когато аурата е пролонгирана или много къса, трябва да се отдиференцира от транзиторните исхемични атаки. Двигателните симптоми на аурата могат да продължат до 72 часа. Афазията винаги се приема като едностранен симптом, но дизартрията може да бъде едностранна или двустранна. Сцинтилациите и боцканията са позитивни симптоми на аурата.

Същите критерии важат и за деца под 18 годишна възраст.

Диагнозата **мигрена със стволони аура** (стар термин базиларна мигрена) се поставя при пациенти отговарящи на критериите за мигрена с аура, които отговарят и на следните два критерия:

1. Наличие на поне два напълно възвратими стволони симптома: - дизартрия, - вертиго, - tinnitus, - хипакузис, - диплопия, - атаксия, която не е свързана със сетивен дефицит, - намалено ниво на съзнание (Glasgow coma scale < 13).

2. Липса на двигателни и ретинни симптоми

Диагнозата **хемиплегична мигрена** се поставя при пациенти с мигрена с аура, която отговаря на следните критерии:

1. Напълно възвратима мускулна слабост

2. Напълно възвратими зрителни, сетивни и/или говорни симптоми

Различават се няколко форми на хемиплегична мигрена: фамилен хемиплегичен тип 1, 2, 3 или свързана с други локуси и спорадична хемиплегична форма.

При наличие на най-малко един родственик от първи или втори ред с мигрена аура, включваща двигателна слабост се поставя диагнозата фамилен хемиплегичен мигрена, а при липса на родственици с такива симптоми – спорадична хемиплегична мигрена.

Диагнозата **ретинна мигрена** (наричана по-рано офталмична) се поставя при пациенти с мигрена с аура, която отговаря на следните два критерия:

1. Напълно възвратими монокулярни, позитивни или негативни зрителни феномени (сцинтилации, скотоми или слепота), потвърдени по време на пристъпа посредством един или два от следните методи:

- клинично изследване на зрителни полета
- пациентът рисува монокулярния си зрителен дефект

2. Поне две от следващите:

- Симптомите се разпространяват постепенно за 5 и повече минути
- Симптомите продължават от 5 до 60 минути
- Придружават се или се последват до 60 минути от главоболие

3. Симптомите не могат да бъдат по-добре обяснени с друг вид главоболие и е изключена amaurosis fugax.

Диагнозата **менструална мигрена без аура** се поставя при пристъпи, които се проявяват при 2 от три менструални цикъла, отговарящи на критериите за мигрена без аура, които настъпват от 2 дни преди менструацията до третия ден от менструалния цикъл. Пациентките нямат пристъпи извън менструалния цикъл и не получават аура.

Диагнозата **менструално свързаната мигрена без аура** се поставя при пациентки, които отговарят на критериите за менструална мигрена, но имат пристъпи и извън менструалния цикъл.

Диагнозата **менструална мигрена с аура** се поставя при пристъпи отговарящи на критериите за мигрена с аура и менструална мигрена.

Менструално свързаната мигрена с аура отговаря на критериите за мигрена с аура и менструално свързана мигрена.

Диагнозата **хронична мигрена** се поставя при изпълняване на следните критерии:

1. Главоболие (приличащо на мигрена или тензионно) появяващо се за 15 или повече дни в месеца в продължение на поне 3 месеца и изпълняващо критерии 2 и 3.

2. Проявява се при пациенти които имат поне 8 пристъпа изпълняващи критериите за мигрена с или без аура.

3. За 8 или повече дни в месеца за повече от 3 месеца изпълняват някой от критериите:

- За мигрена без аура
- За мигрена с аура
- Според пациента в началото на заболяването главоболието е било мигрена и се е повлиявало от триптани или ерготаминови деривати

4. Симптомите не могат да бъдат по-добре обяснени с друг вид главоболие

- **Общопрактикуващият лекар трябва:**
- да насочи пациента за диагностика и лечение към невролог

■ **Неврологът трябва:**

- използвайки диагностичните критерии, да установи дали е налице мигрена с или без аура
- да прецизира диагнозата, като при необходимост извърши съответните параклинични изследвания и консултации с други специалисти.
- насочва пациента за консултация в кабинет или клиника за лечение на болката когато се подозира някоя от сравнително редките форми на мигрена като: типична аура без главоболие, мигрена със стволова аура, хемиплегична мигрена и ретинна мигрена и периодични синдроми в детството, които могат да предхождат или да са свързани с мигрена.
- Необходима е хоспитализация на пациента при усложненията на мигрената, които включват мигренен статус, персистираща аура без мозъчен инфаркт, мигренен мозъчен инфаркт и тригериран от мигренна аура епилептични припадъци.

Диагностичните методи включват диагностичните критерии за поставяне на диагнозата.

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

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

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 да се забравя, че мигрената може да бъде съчетана с тензионен тип главоболие при един и същ болен.

б/ кластерно главоболие – едностранно, най-често орбитално, пробуждащо, много силно и с продължителност 15-180 минути. Страдат 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 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 менингоградикулерно дразнене.

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 под 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 дилатирана, корнеята е мътна.

е/ **Темпоралният (гигантоклетъчен) артериит** протича с главоболие, придружено от повишена чувствителност на скалпа, умора при дъвчене, 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 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.

- **Неврологът** трябва да насочи пациента към кабинет или клиника за лечение на болката при:
- установяване на анамнестични и клинични данни за вторично главоболие или промяна в характеристиките на вече установена мигрена.

- данни за трансформиране на мигрената в хронична и медикаментозна злоупотреба.

- **Неврологът** в кабинет или клиника за лечение на болката 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 дезинтоксикация 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, прекомерната употреба на аналгетици и да предотврати хронифицирането 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

Използват се за лечение на по-леки мигренни пристъпи, при пациенти, които имат противопоказания за използване на триптани и при пациенти злоупотребяващи с триптани през периода на спирането им. Не бива да се използват за повече от 15 дни месечно, независимо от дневната доза.

а/ Paracetamol – 1 g в началото на пристъпа е по-слабо ефективен.

б/ *нестероидните противовъзпалителни средства* (НСПВС) потискат простагландиновата синтеза и повлияват предаването на болковите импулси в тригемино-васкуларната система. Не бива да се използват повече от 10-14 дни в месеца. Най-често се прилагат:

- Diclofenac в доза от 50 – 100 mg за пристъп
- Ibuprofen в доза 400 – 800 mg за пристъп
- 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 гадене 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. При деца 0,1 mg/kg еднократна доза, максимална дневна доза 0,5 mg/kg.
- domperidone 20 mg за пристъп

г/ *Кортикостероидите* се използват за лечение на продължителни и рефрактерни на лечение пристъпи, предимно при мигренен статус.

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

Не се препоръчват за лечение на мигренен пристъп аналгетици (наркотични и ненаркотични) и аналгетични комбинации, поради опасност от злоупотреба и усложнение на главоболието.

В **детската възраст** се използват ibuprofen (10 mg/kg) и paracetamol (15 mg/kg, до 1 g). Ацетил салициловата киселина е ефективна, но не бива да се използва под 15 годишна възраст, поради опасността от синдрома на Reye.

2. Специфичните медикаменти за лечение на умерени и тежки пристъпи

включват селективните серотонинови агонисти и CGRP рецепторните антагонисти.

Селективните серотонинови агонисти (триптани) потискат дуралното 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, дуралните, церебралните и пиалните 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, максималната доза за 24 часа е 80 mg.

- **frovatriptan** таблетки 2,5 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 2,5 mg, максималната доза за 24 часа е 5 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 50-100 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.

Приемът на триптани води до поява на “триптанови симптоми” – изтръпвания, безчувственост, затопляне, тежест и стягане в различни части на тялото, включително в гърдите. Торакалните симптоми се дължат на промени в мотилитета на хранопровода, ефекти върху скелетните мускули, централна сензитизация на болковите пътища и промени в белодробната васкуларизация. Те имитират стенокардни пристъпи, но не са установени промени в коронарното кръвоснабдяване. Независимо от това всички триптани са противопоказни при пациенти със сърдечно-съдови и изразени мозъчно-съдови заболявания, тежка, неконтролирана артериална хипертония, периферна и мозъчна васкулопатия, синдром на Raynaud, при пациенти с пролонгирана или неспецифична аура, мигрена със стволова аура и хемиплегична мигрена. Противопоказани са и при пациенти на възраст под 18 или над 65 години. Противопоказани са за едновременно приложение с инхибитори на обратния захват на серотонина, поради опасност от серотонинов синдром. Противопоказани са за прием с MAO-A инхибитори, като moclobemide, защото се метаболизират чрез MAO-A ензима. Ако се приемат заедно със cimetidine, орални контрацептиви, ciprofloxacin,

erythromycin, clarithromycin, ritonavir, indinavir или propranolol, техните серумни нива нарастват, което засилва страничните ефекти. Приемането на paratriptan при пушачи води до повишаване на неговите плазмени концентрации.

Тези медикаменти не бива да се използват повече от 10 дни в месеца, за да се избегне риска от медикаментозно индуцирано главоболие. Приемат се веднага след започване на главоболието, преди да се е засилило. При възвръщане на главоболието в рамките на 48 часа медикаментът може да се повтори, но не по рано от 2 часа след първия прием. Могат да се приложат допълнително и НСПВС.

CGRP рецепторните антагонисти, малки молекулни инхибитори на CGRP (гепанти) са ефективни за лечение на мигренен пристъп. Действието им се осъществява чрез свързване с CGRP рецепторите и повлияване на индуцираното от CGRP невrogenно възпаление и вазодилатация и тригеминоваскуларното ноцицептивно активиране. Антагонизмът на CGRP рецепторите върху мастоцитите, сателитните глиални клетки и астроцитите предотвратява индуцираното от CGRP невровъзпаление. Гепантите потискат CGRP-индуцираната вазодилатация, без да предизвикват вазоконстрикция, което ги прави предпочитана алтернатива при пациенти с контраиндикации за лечение с триптани. Като се има предвид, че 30-40% от пациентите не се повлияват от лечението с триптани, разработването на тази група медикаменти дава надежда за ефективно лечение на мигренните пристъпи. Гепантите се препоръчват за лечение на мигренен пристъп при липса на адекватен ефект от приложението на два или повече различни триптана. Честия прием на гепанти не води до главоболие вследствие на злоупотреба с медикаменти.

Rimegepant е CGRP рецепторен антагонист, който повлиява болката и придружаващите симптоми до 2 часа след приема на медикамента и с продължителност на ефекта 24-48 часа. Прилага се в доза 75 mg перорално при пристъп. Страничните ефекти са замаяност, гадене и уринарни инфекции.

В **детската възраст** могат да се използват sumatriptan назален спрей при деца и юноши (10 mg при тегло под 40 kg и 20 mg при тегло над kg), zolmitriptan назален спрей (2,5-10 mg) над 12 г., rizatriptan табл. при деца над 6 г. и юноши (5 mg при телесно тегло между 20 и 40 kg и 10 mg при тегло над 40 kg), almotriptan при юноши над 12 г. (6,25-12,5 mg) и eletriptan 40 mg.

По време на бременност може да се използва paracetamol през първия триместър и НСПВС през втория и третия триместър. Може да се прилага domperidone, не е желателно да се прилагат триптани.

Не бива да се използват алкалоидите на ерготамината (ergotamine tartrate 2 mg перорално) съгласно препоръка на Европейската Медицинска Агенция от 2013 г., защото риска надхвърля ползата от тяхното прилагане. Предизвикват генерализирана вазоконстрикция поради въздействието си върху различни типове серотонинови, алфа-адренергични и допаминергични рецептори. Могат по изключение да се прилагат само при пациенти, които са ги използвали дълго време, нямат съдови противопоказания и чести пристъпи и имат ефект.

■ ergotamine tartrate в доза 2 mg перорално в началото на пристъпа

3. Невромодулиращи методи за лечение на пристъп от мигрена:

- Еднопулсовата транскраниална магнитна стимулация (еп.ТМС) се прилага окципитално от пациента при пристъп от мигрена с аура, по време на аурата или при стартиране на главоболието.
- Неинвазивна вагусова нервна стимулация (нВНС). Портативното устройството (gammaCore) се поставя на врата (цервикалния клон на n. vagus). Провеждат се 2 последователни (една от ляво и една отдясно) 2-минутни стимулации при начало на болката. При необходимост сеанса може да се повтори след 20 минути и след 2 часа.
- Супраорбитална/супратрохлеарна транскутанна стимулация (Cefaly) се прилага в началото на пристъп от главоболие. Осъществява се чрез портативен стимулатор с формата на диадема/ромб, който се позиционира на челото. Представява нискочестотна стимулация, насочена към горните клонове на n. trigeminus.

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

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

■ При **леки** и умерено тежки пристъпи се прилагат неспецифични медикаменти.

■ При умерено тежки и **тежки** пристъпи се прилагат специфични медикаменти.

■ Медикаменти на *първи избор* са селективните серотонинови агонисти. При недостатъчен ефект могат да се добавят и неспецифични медикаменти.

- Медикаменти на *втори избор* са CGRP рецепторните антагонисти. Прилагат се при липса на ефект от три различни селективни серотонинови агонисти. При недостатъчен ефект се прилагат допълнително и невромодулиращи методи за лечение на пристъп.
- При неповлияване на пристъпите, 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.

Мигренният 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.

Лечението изисква хоспитализация за 2 до 4 дни, прием на подходящи медикаменти, контрол на метаболизма, психична подкрепа, покой и сън. Първата стъпка е рехидратирането на пациента и прилагането на metoclopramide 10 mg интравенозно (за 1 минута). Прилага се dexamethasone 4 mg интравенозно или prednisone 80-100 mg дневно. Прилага се sumatriptan (6 mg s.c. дн.) или naratriptan, в случай че пациентът не е злоупотребявал с тези медикаменти. Ако са прилагани ерготамини, трябва да изминат поне 24 часа. Профилактичните медикаменти се прилагат едновременно със симптоматичните, за да се избегне възвръщането на главоболието, което е сериозен проблем. Прилагането на sodium valproate интравенозно (500 mg/час или 750-1000 mg дневно) е ефективно при 70% от пациентите. Серумната концентрация трябва да се поддържа под 100 µg/ml.

- Мигренният статус е спешно състояние. Неврологът 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.

Лечението на **менструалната мигрена** се провежда при пристъп и като краткотрайна профилактика около менструалния цикъл. При пристъп се използват същите медикаменти, както при мигрена – НСПВС (naproxen 2 пъти по 550 mg дн.) и триптани. Ефективни са sumatriptan 100 mg и rizatriptan 10 mg, докато zolmitriptan и naratriptan не са ефективни.

Хемиплегичната мигрена се лекува с НСПВС и aspirin. Не се прилагат специфични средства за лечение на пристъпите, защото симптомите се дължат на вазоконстрикция и рискът от мозъчен инфаркт е голям.

Мигрената със стволова аура се лекува с НСПВС и aspirin. Не се прилагат специфични средства за лечение на пристъпите, както и при хемиплегичната мигрена.

Хроничната мигрена се лекува трудно. При повечето пациенти е налице злоупотреба с медикаменти в продължение на години, поради което първата стъпка в лечението е преустановяване на техния прием и детоксификация. Трябва да се сведат до минимум или да се спрат за 1-2 месеца всички медикаменти за лечение на пристъп. Пациентът остава само на профилактично лечение. Използват се две стратегии за спиране на използваните медикаменти – внезапно или постепенно спиране след включване на терминаторни медикаменти. Внезапното спиране води до сериозни симптоми, свързани с прекратяване на злоупотребата с медикаменти - засилване на главоболието, гадене, повръщане, ажитация, неспокойство, тревожност, непоседливост, нарушения на съня и настроението, артериална хипотония, тахикардия, рядко епилептични припадъци и халюцинации. Продължителността на синдрома е от 3 до 8 седмици. За да се намали силата на симптомите е желателно 4 седмици по-рано да се започне профилактично лечение. Поради опасност от възникване на епилептични припадъци и делир, барбитуратите, опиоидите и бензодиазепините се намаляват постепенно в продължение на няколко дни, а не се спират внезапно.

Пациентът се хоспитализира, за рехидратация, избор на профилактично лечение, прекратяване на цикъла на силна болка и обучение. При повръщане се прилагат и инфузии антиеметици (domperidone, metoclopramide 10 mg, при деца 0,1 mg/kg до максимална дневна доза 0,5 mg/kg). Могат да се използват и повтарящи се апликации от невролептици интрамускулно (haloperidol 5 mg, droperidol 1-2,5 mg или chlorpromazine 10-50 mg). Може да се приложи перорално атипичния невролептик olanzapine в дневна доза 5-10 mg. При прилагане на невролептици трябва да се следи за удължаване на QT интервала в ЕКГ изследването.

Трябва да се идентифицират всички коморбидни соматични и психични заболявания и факторите, свързани с обостряне на главоболието. Изработват се индивидуални програми, включващи нефармакологични (физиотерапия, рехабилитация, релаксация, биофийдбек, поведенческа и психотерапия) и фармакологични методи. Необходима е хронобиологична програма с регулиране на съня, бодърстването и храненето.

В някои случаи се налага през първите дни да се дават при много силно главоболие единични дози от медикаменти за лечение на пристъпа. Тези медикаменти се наричат “терминаторни” или “преходни”, защото се прилагат докато се разкъса патофизиологичния цикъл на хроничното главоболие. Ефективни са paratriptan 2,5 mg два пъти дневно или sumatriptan 25 mg 3 пъти дневно за 10 дни. Може да се използва комбинирано лечение от β блокер и антиепилептик. Много ефективно е прилагането на кортикостероиди (prednisone 100 mg за един ден), последвано от намаляващи с по 20 mg на ден дози за 1-14 дни. Могат да се използват amitriptyline 25 mg, НСПВС (naproxen 500 mg дн.), gabapentin 2400 mg дн., topiramate 50-100 mg дн., валпроати перорално (750 mg дн.) или интравенозно (до 500-1000 mg дн.). Ако пациентът е злоупотребявал с опиоиди, ефективно е прилагането на clonidine 0,1-0,2 mg три пъти дневно. Прилагането на α адренергичния агонист tizanidine е ефективно като допълнителна терапия. Особено подходящо е прилагането на ботулинов токсин.

След преминаване на острата фаза се започва поведенческа терапия. Трябва да се продължи профилактичното лечение, като се има в предвид, че профилактичните медикаменти, които преди това не са били ефективни стават ефективни след прекратяване на злоупотребата с медикаменти. Първата година след лечението е рискова – 40% от пациентите отново започват да злоупотребяват с медикаменти. Злоупотребата е по-честа при пациенти с тензионно главоболие, отколкото при тези с мигрена и при пациенти използвали аналгетици в сравнение с триптани.

2. Профилактика на мигренните пристъпи

Има за цел да намали честотата и тежестта на пристъпите и риска от прогресия на заболяването. Счита се за модифициращо заболяването лечение, тъй като честотата на пристъпите и злоупотребата с медикаменти за лечение на болката са рискови фактори за прогресията на заболяването.

Пациентите с мигрена се подразделят 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.

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 са и пациенти с липса на ефект от симптоматичното лечение.

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.

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.

1. 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 надморската 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.

2. Антиепилептични медикаменти

- Topiramate 100 mg дневно е най-ефективният антиконвулсант.
- Sodium valproate 600-1500 mg дневно
- Gabapentin 900 до 1800 mg дневно
- Pregabalin 300-600 mg дневно

3. Медикаменти, имащи отношение към норадреналина и серотонина.

■ *Трициклични антидепресанти*

- amitriptyline 25 – 75 mg вечер

■ *Инхибитори на обратния захват на серотонина и норадреналина*

- duloxetine 30 – 60 mg дневно
- venlafaxine 75 - 150 mg дневно
- mirtazapine 30 - 60 mg дневно

■ Антидепресантите потискащи обратният захват на серотонина **не са** ефективни и предизвикват главоболие като страничен ефект.

4. Неселективни бета (β_1 и β_2) адренергични блокери.

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

5. Неселективни блокери на калциевите канали

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

6. Моноклонални антитела насочени към калцитонин ген-свързан пептид или CGRP рецепторите. Прилагат се при пациенти с хронична мигрена при които прилагането на 2 различни класа профилактични медикаменти не е било ефективно или поради коморбидност или странични ефекти не могат да се използват. При

пациентите с хронична мигрена прилаганите перорални профилактични медикаменти не се спират при започване на лечението с моноклонални антитела. След известно време може да се обмисли спирането им.

■ erenumab 70-140 mg s.c. месечно. Насочен е към CGRP рецепторите.

■ fremanezumab 225 mg s.c. месечно или 675 mg s.c. на 3 месеца. Насочен е към CGRP пептида.

■ galcanezumab 120 mg s.c. месечно. Насочен е към CGRP пептида.

7. Ботулиновият токсин се прилага като втори ред профилактика при пациенти с хронична мигрена. Прилага се onabotulinumtoxinA (Botox) 155-195 U на всеки 3 месеца.

8. Гепантите се прилагат, като втори ред за профилактика на мигрената, след неуспешна профилактика с поне два класа други медикаменти.

Atogepant намалява с 50 до 100% броя на дните с мигренозно главоболие при 84% от пациентите, за 1 год. лечение. Приема се перорално, като препоръчителната доза е 60 mg веднъж дневно. При пациенти със съпътстваща употреба на силни инхибитори на CYP3A4 (ketoconazole, itraconazole, clarithromycin, ritonavir) или OATP (rifampicin, cyclosporin) дозата е 10 mg веднъж дневно.

Rimegepant 75 mg приеман през ден перорално, намалява с 50% броя на дните с мигренозно главоболие. Ефектът настъпва още в края на първия месец след започване на лечението. Трябва да се избягва друга доза rimegepant в рамките на 48 часа, когато се прилага съпътстващо с умерени инхибитори на CYP3A4 (напр. diltiazem, erythromycin, fluconazole) или със силни инхибитори на P-gp (ефлуксните транспортери Р-гликопротеин), като cyclosporine, verapamil, chinidine).

9. Невромодулиращите методи с възможен профилактичен ефект се делят на неинвазивни и инвазивни (окципитално нервна стимулация и стимулация на сфенопалатинния ганглий). Инвазивните методи са с предимно експериментално значение и не са налични в страната. Неинвазивните методи са:

- супраорбитална/супратрохлеарна транскутанна стимулация (Cefaly). Прилага се чрез портативен стимулатор под формата на диадема/ромб, който се позиционира на челото. Прилага се при пациенти с епизодична мигрена с или без аура. Осъществява се нискочестотна стимулация, насочена към горните клонове на n. trigeminus. Използва се веднъж дневно за 20 минути за профилактика.
- транскраниална правотокова стимулация (tDCS). Намалява честотата на мигренните пристъпи, след 15-минутни сесии, прилагани 2 пъти седмично в

областта на тила (окципиталната кора). Поради значително по-малките размери на устройството превъзхожда ВЧ рТМС.

- високочестотна репетитивна транскраниална магнитна стимулация (ВЧ рТМС). Приложена над първичната моторна кора (M1) в 12 сесии през ден, като профилактично лечение при епизодична и хронична мигрена намалява честотата на пристъпите.
- еднотулсова транскраниална магнитна стимулация (еп.ТМС). Прилага се чрез портативно устройство за профилактично лечение. Устройството се поставя в областта на тила (окципиталната кора), като се прилагат 2 пулса през 30-секунден интервал.
- неинвазивна вагусова нервна стимулация (нВНС). Прилага се чрез портативен стимулатор върху цервикалния клон (от едната и/или от двете страни) на n. vagus като профилактично лечение при хронична мигрена.

В **детската възраст** профилактиката може да се провежда с flunarizine 5 mg дн.), amitriptyline (1 mg/kg дн.), topiramate (2 mg/kg дн.), валпроати (10-40 mg/kg дн.), gabapentin (20 mg/kg дн.) и levetiracetam в доза 20-40 mg/kg дн. При деца над 7 годишна възраст може да се прилага propranolol 1-2 mg/kg дневно, максимум до 40-50 mg 2 пъти дневно.

По време на бременност не бива да се прилага профилактично лечение. Повечето жени (60-70%) с мигрена имат подобрене по време на бременността.

Мини-профилактика при пациенти с менструалната мигрена се прилага около менструалния цикъл.

Естрогените се използват за перименструална профилактика на пристъпите от менструална мигрена, когато менструалният цикъл е редовен и се знае времето на неговото начало. Противопоказани са при мигрена с аура, при жени с естрогенно зависими тумори и венозен тромбемболизъм.

■ Estradiol 1,5 mg гел ежедневно, 3 дни преди очакваната менструация, за 7 дни общо.

■ Estrogen 100 µg трансдермални пластири 3 дни преди менструацията до 5 ден на менструацията.

НСПВС се прилагат 1 седмица преди и 1 след менструалния цикъл.

■ naproxen sodium 1100 mg дн.

Триптаните се приемат 2 дни преди и 3 след цикъла.

■ sumatriptan 25 mg 3 пъти дн.

■ naratriptan 1 mg 2 пъти дн.

Хемиплегична мигрена

- verapamil 120 mg 3 пъти дневно

Мигрена със стволова аура

- flunarizine 10 mg дневно
- verapamil 120 mg 3 пъти дневно
- антиепилептични медикаменти

Ретинната мигрена е задължително да се профилактира.

- блокери на калциевите канали
- антиепилептични медикаменти
- магнезий 400 mg два пъти дневно
- riboflavin 400 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.
- Медикаменти на **първи избор** за профилактика са антиепилептичните, трицикличните и антидепресантите имащи отношение към норадреналина и серотонина, неселективните бета адренергични блокери и неселективните блокери на калциевите канали. Topiramate 100 mg дн. е най-ефективен.
- Медикаменти на **втори избор** са гепантите и моноклоналните антитела, насочени към CGRP при пациенти с хронична и епизодична мигрена, неповлияващи се от медикаментите на първи избор. Ботулинов токсин при пациенти с хронична мигрена, неповлияващи се от медикаментите на първи избор.

- Неврологът трябва да преглежда пациента с мигрена два пъти годишно и при всяко влошаване. Пациентът 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.

Тензионен тип главоболие

Определение

- Характеризира се 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 контрахиращия 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 модулация. 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 (нечесто) и често. Главоболието може да бъде или да не бъде свързано с перикраниална чувствителност.

Клинично протича при 90% от пациентите с леко до умерено постоянно главоболие. Главоболието 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 рядко (нечесто) епизодично тензионен тип главоболие:

1. Наличие на поне 10 епизоди от главоболие, възникващи до един път месечно (под 12 дни в годината) и изпълняващо критерии 2-4.
2. Главоболие продължаващо от 30 минути до 7 дни.
3. 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
4. Наличие на следните две условия:
 - Липса на гадене или повръщане
 - Липса едновременно на фотофобия и фонофобия, но само един от двата симптома може да е налице.
5. Симптомите не могат да бъдат по-добре обяснени с друг вид главоболие

Критериите за поставяне на диагнозата **често епизодично тензионен тип главоболие** са същите, но изискват над 14 дни с главоболие месечно или 12 до 180 дни годишно в продължение на поне 3 месеца.

Епизодичното тензионен тип главоболие (нечесто или често) 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:

1. Главоболие възникващо повече от 15 дни месечно (повече от 180 дни в годината) за повече от 3 месеца, изпълняващо критериите 2-4.
2. Продължаващо часове, дни или непрекъснато
3. Наличие на поне две от следните 4 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

4. 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

5. Симптомите не могат да бъдат по-добре обяснени с друг вид главоболие

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

- **Общопрактикуващият лекар трябва:**
- да насочи пациента за диагностика и лечение към невролог

- **Неврологът трябва:**
- използвайки диагностичните критерии, да установи дали е налице тензионен тип главоболие.
- чрез мануална палпация на перикраниалната мускулатура, да определи формата на главоболието
- да установи общия брой дни месечно и годишно с главоболие.
- 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 отдиференцира 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. Гаденето и фотофобията са по-изразени при мигренното главоболие и

повръщане обикновено не се наблюдава при тензионния тип главоболие. По-трудна е диференциалната диагноза при трансформирана (хронична) мигрена, където трябва да се разчита 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 ажитирани по време на пристъп.

■ **Неврологът** трябва да насочи пациента към кабинет или клиника за лечение на болката при установяване на анамнестични и клинични данни за вторично главоболие или промяна в характеристиките на вече установено тензионен тип главоболие.

■ **Неврологът** в кабинет или клиника за лечение на болката 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 групов 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, автоakupресура 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 не повлияват главоболието и аналгетичните комбинации водят до развитие на главоболие вследствие на злоупотреба с медикаменти. Прилагат се нестероидни противовъзпалителни средства, най-често:

- Paracetamol 1 g дневно еднократно
- Aspirin 1000 mg дневно
- Ibuprofen 400 до 800 mg дневно
- Naproxen 500 – 1000 mg дневно

В детска възраст могат да се прилагат НСПВС (paracetamol, ibuprofen).

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**

- duloxetine 30-60 mg дневно
- venlafaxine 75 – 150 mg дневно
- mirtazapine 30 mg дневно

■ **Антидепресантите потискащи обратният захват на серотонина** не са ефективни и предизвикват главоболие като страничен ефект.

По време на бременност може да се използва paracetamol през първия триместър и НСПВС през втория и третия триместър.

- 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

Тригеминални автономни цефалгии

Тази група заболявания има общи клинични характеристика, изразяващи се в едностранно главоболие и изразени краниални парасимпатикови автономни симптоми ипсилатерално на главоболието. Рядко може да се добави и типична мигренна аура.

1. Кластърно главоболие

Определение

- Манифестира се с пристъпи от силна, строго едностранна болка в орбиталната, супраорбиталната и/или темпоралната област или във всяка комбинация от тези области, продължаваща от 15 до 180 минути и появяваща се от 1 през ден до 8 пъти дневно. Болката е придружена от ипсилатерални прояви от автономната нервна система (конюнктивална инекция, лакримация, назална конгестия, ринорея, изпотяване на челото или лицето, миоза, птоза и едем на клепача) и ажитираност и неспокойство.
- Пристъпите се появяват на серии продължаващи седмици или месеци (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-вакуларната 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-вакуларната система. Повишената активност на тригеминалната система може да се дължи на намалена потискаща активност от периакведукталното сиво ядро и nucleus parvus или на нарушен контрол от лимбичната система върху ендогенната система за контрол на болката. Циркадната ритмичност на главоболието е свързана с участието на супрахиазмалното ядро и адаптационни промени в хипоталамичните функции.

Класификацията включва основно епизодично и хронично (15%) главоболие. 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, между 20 и 40 годишна възраст. Проявява се 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, хистамин, 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**:

1. Наличие на поне 5 пристъпа изпълняващи критериите 2-4.

2. Силна или много силна едностранна болка в орбиталната, супраорбиталната и/или темпорална област с продължителност от 15 до 180 минути без прилагане на лечение.

3. Отговаря на един или два от критериите:

- налице е поне един от симптомите ипсилатерално на главоболието

- 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

4. Честотата на пристъпите е от един през ден до 8 дневно.

5. Симптомите не могат да бъдат по-добре обяснени с друг вид главоболие.

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 3 месеца.

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 3 месеца.

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 сублингвално е най-ефективният провокиращ фактор, който предизвиква типичен пристъп след около 30-50 минути. Трябва да се има в 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 умерено силна, пареща и е локализирана в областта на темпоралната артерия. Засилва се при дъвчене. 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 менингом, аденом на хипофизата, аневризма на предната комуницираща артерия, артериовенозни малформации и други процеси локализиращи 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 честа 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.

2. Пароксизмална хемикрания

Определение

■ Пароксизмалната хемикрания протича с пристъпи с характеристика на болката и придружаващите симптоми както при кластърното главоболие, но по-краткотрайни (2-30 минути) и по-чести, повлияващи се напълно от indomethacin.

Болестността е 1 на 25 000 души население и засяга 3 пъти по-често жени.

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

Класифицира се като епизодична (периоди с ремисии) и хронична форма (без ремисии). Двете форми могат да еволюират една в друга. Описана е вторична форма при артериовенозни малформации, мозъчни аневризми в кръга на Willis, мозъчносъдови инциденти, инфаркти, колагенозни съдови заболявания, тумор на Panscoast, на хипофизата, във фронталния дял, в задна краниална ямка, sella turcica и кавернозния синус, интракраниална хипертензия, тромбоцитемия и след травми.

Клинично се проявява около 34 годишна възраст, но може да започне между 1 и 81 години. Главоболието е много силно, локализира се в окото, 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, провокиращи фактори са флексията и ротацията на шията. Главоболието се придружава от краниални автономни симптоми.

Диагнозата пароксизмална хемикрания 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. Отговаря на един или два от следващите:
 - налице е поне един от симптомите ипсилатерално на главоболието:
 - Конюнктивална инекция и/или лакримация
 - Назална конгестия и/или ринорея

- Оток на клепача
- Изпотяване на челото или на лицето
- Миоза и/или птоза

- Чувство на беспокойствие или напрежение

4. Пристъпите са с честота над 5 пъти на ден

5. Пристъпите се повлияват напълно от терапевтични дози indomethacin.

6. Симптомите не могат да бъдат по-добре обяснени с друг вид главоболие.

За да бъде изключен непълен терапевтичен отговор indomethacin трябва да се приложи в дози над 150 mg дневно перорално (при необходимост до 225 mg) или 100 – 200 mg инжекционно.

Епизодичната пароксизмална хемикрания трябва да отговаря на критериите за пароксизмална хемикрания и да са налице най-малко 2 периода с продължителност от 7 до 365 дни, разделени от ремисии без болка по-дълги от 3 месеца.

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 3 месеца.

Диференциалната диагноза на първо място се прави с вторична (*симптоматична*) пароксизмална хемикрания. Тя е относително честа и се предизвиква от патологични процеси с различна локализация. Дори и пациенти с типично клинично протичане и повлияване от indomethacin могат да бъдат симптоматични. Важно е да се отдиференцира и съдово заболяване на мозъка. Това налага МРТ изследване при всеки ново диагностициран пациент, дори и да се повлиява добре от indomethacin. Необходимо е изследване на кръвната картина (тромбоцитемия), хормони на хипофизата, изследване в насока за васкулити и колагенози, лумбална пункция за установяване на интракраниална хипертензия и рентгенография на бял дроб (тумор на Pancoast).

Кластерното главоболие е следващата важна диференциална диагноза, предвид различното лечение на двата вида главоболие. Двата вида главоболие много си приличат по своето клинично протичане. Честотата на пристъпите при пациентите с пароксизмална хемикрания е по-голяма (6 към 1 пристъпа средно), а продължителността на пристъпите – по-къса (26 към 60 минути средно). Въпреки тези различия желателно е при всички пациенти да се опита ефективността от лечение с indomethacin.

Hemicrania continua също се повлиява от indomethacin. Отдиференцирането от пароксизмалната хемикрания, при която има междупристъпна болка е трудно. Отличителни белези са по-слабата междупристъпна болка, отколкото при *hemicrania continua*. Обострената болка при пароксизмалната хемикрания е по-краткотрайна, но по-силна от тази при *hemicrania continua*.

SUNCT синдрома не се повлиява от indomethacin.

3. Краткотрайно едностранно невралгично главоболие с конюнктивална инекция и сълзотечение (SUNCT)

Определение

- Характеризира се с пристъпи от умерено или силно, стриктно едностранно главоболие, продължаващо секунди до минути, проявяващо се поне еднократно дневно и придружено от лакримация и зачервяване на ипсилатералното око.

Заболяването е рядко, среща се малко по-често (1,5:1) при мъже.

Класифицира се като идиопатична и симптоматична форма. Симптоматичната форма се наблюдава при пациенти с артериовенозни малформации и аневризми в понтоцеребеларния ъгъл, аденом на хипофизата, базиларна импресия, стволкови инфаркти, HIV инфекция, тумори или друго мозъчно увреждане.

Подразделя се и на епизодична и хронична форма. Епизодичната е по-честа, при нея симптоматичните периоди се редуват с ремисии в случаен патерн.

Патофизиологията, както и при другите тригеминални автономни цефалгии, вероятно е свързана с активиране на хипоталамуса.

Клинично започва между 35 и 65 годишна възраст (средно 48 г.), но има описани случаи между 10 и 77 годишна възраст. Болката е краткотрайна, едностранна, силна и невралгична – остра, пареща, стрелкаща, като електрически ток или пробощаща. Започва внезапно, достига своя максимум за 1-2 секунди и остава максимално силна до момента в който спира внезапно. Локализира се в областта инервирана от офталмичния клон на тригеминалния нерв – окото, слепоочието, челото или лицето. Може да ирадира и в други ипсилатерални области, инервирани от максиларния и мандибуларния клон на тригеминалния нерв (носа и зъбите) и по-рядко – в ухото и шията. Болката рядко (20%) сменя страната си или е двустранна. Пристъпите са предимно през деня, като при 17% от пациентите са само дневни, някои пациенти (66%) имат понякога и нощни пристъпи. Средният брой на дневните пристъпи е 16, но могат да се получат от 1 до 100 пристъпа. Пристъпите са или

спонтанни или провокирани от докосването на определени зони в областта на инервация от тригеминалния нерв. Придружаващите автономни симптоми са едностранни и ипсилатерални. Започват 1-2 секунди след появата на болката и завършват секунди след нейното изчезване.

Синдромът с типично главоболие, но без конюнктивална инекция и лакримация се приема за подтип и се нарича **SUNA**.

Подразделя се на епизодична и хронична форма.

Диагностичните критерии изискват главоболието да отговаря на следните критерии:

1. Поне 20 пристъпа, изпълняващи критериите 2-4.

2. Умерено или силно едностранно главоболие, с орбитална, супраорбитална, темпорална или друга тригеминална локализация, продължаващо 1-600 sec и проявяващо се с единични или серии от пробуждания.

3. Ипсилатерално на болката възниква поне един от автономните симптоми:

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

4. Възниква с честота поне веднъж дневно

5. Симптомите не могат да бъдат по-добре обяснени с друг вид главоболие.

Епизодична форма на SUNCT се диагностицира при наличие на поне два пристъпа, продължаващи без лечение от 7 дни до 1 година и разделени от период на ремисия продължаващ три и повече месеца.

Хронична форма на SUNCT се диагностицира при главоболие без ремисия или с ремисия по-къса от 3 месеца, в продължение на една година.

Краткотрайно едностранно невралгиформено главоболие с краниални автономни симптоми (SUNA) се диагностицира при пациенти, които отговарят на критериите за SUNCT и имат не повече от един от симптомите ипсилатерално на главоболието:

- Конюнктивална инекция
- Лакримация

Епизодична форма на SUNA се диагностицира при периоди от главоболие, продължаващи от 7 дни до 1 година, разделени от периоди на ремисия продължаващи три и повече месеца.

Хроничната форма на SUNA се диагностицира при главоболие без ремисия или с ремисия по-къса от 3 месеца, в продължение на една година.

Диференциалната диагноза изисква на първо място отдиференциране на вторичен (*симптоматичен*) SUNCT синдром. Необходимо е да се проведе МРТ изследване на главен мозък, изследване на пролактин, тироид-стимулиращ хормон, свободен тироксин, кортизол, адренкортикотропен, лутеинизиращ, фоликулостимулиращ хормон, естроген, тестостерон и растежен фактор. Трябва да се проведе и диагностичен тест с indomethacin, за да се отхвърлят главоболията, повлияващи се от него.

Тригеминалната невралгия е трудно да бъде отдиференцирана, поради сходното клинично протичане.

Идиопатичното (първично) пробождащо главоболие е по-често при жените, болката е спонтанна, с различна локализация при всеки пристъп и липсват краниални автономни симптоми. Повлиява се от indomethacin.

Пароксизмалната хемикрания протича с по-дълготрайни пристъпи, настъпващи както през деня, така и през нощта и рядко провокирани от тригерни фактори. Повлиява се от indomethacin.

4. Hemicrania continua

Определение

- Характеризира се с персистиращо стриктно едностранно главоболие, придружено от ипсилатерална конюнктивна инекция, лакримация, назална конгестия, ринорея, изпотяване на челото и лицето, миоза, птоза и/или оток на клепачите и/или чувство на неспокойствие или напрежение, повлияващи се напълно от indomethacin.

Засяга до 1% от населението, но трудно се диагностицира. Среща се 2 пъти по-често при жени.

Класифицира се според своето протичане като ремитентна (12%), вторично хронична (35%) или първично хронична (53%) форма.

Патофизиологията не е известна, установени са активация в контралатералния заден хипоталамус и ипсилатералната рострална част на моста.

Клинично започва около 34 годишна възраст (между 11 и 58 години). Персистиращото фоново главоболие е тъпо и притискащо, постоянно, с умерена интензивност. Строго едностранно е и не сменя страната си поне 3 месеца. Локализира се в очната, темпоралната или максиларната област. В повечето случаи е без ремисия и върху него се наслагват периоди на засилване на болката.

Обострения, с умерена до силна болка продължаващи от 20 минути до няколко дни се наслагват върху тъпото главоболие. Честотата на обостренията е от няколко пъти седмично, до веднъж на 3 месеца. Локализирант се в предната част на главата, но също и в окципиталната и аурикуларна област или шията. При 30% от пациентите периодите на засилване са през нощта и събуждат пациента. По време на обостренията прилича на мигренното, с внезапни пробуждания (20-40%), които продължават до 1 минута или усещане за чуждо тяло в окото. Преди изострянето на главоболието може да има аура или специфично усещане за пясък в очите. Не се провокира от нито един от известните фактори, които засилват другите главоболия.

Ипсилатерални автономни симптоми може да придружават болката по време на обостренията. Те не са толкова силно изразени, както при кластерното главоболие и пароксизмалната хемикрания. При 75% от пациентите има поне един автономен симптом, най-често конюнктивална инекция и лакримация. Могат да се добавят назална конгестия, ринорея, оток на клепача, птоза и миоза. По време на пристъпите може да има симптоми на мигрена, като фотофобия и фонофобия.

Диагностичните критерии изискват главоболието да отговаря на следните критерии:

1. Наличие на едностранно главоболие изпълняващо критериите 2-4.
2. Продължаващо повече от 3 месеца с изострения до умерен или силен интензитет
3. Налице са един или два от следващите симптоми:
 - поне един от симптомите възниква ипсилатерално на главоболието
 - Конюнктивална инекция и/или лакримация
 - Назална конгестия и/или ринорея
 - Оток на клепачите
 - Изпотяване на челото и лицето
 - Миоза и/или птоза
 - Чувство на неспокойствие или напрежение или засилване на главоболието от движение
4. Повлиява се напълно от indomethacin

5. Симптомите не могат да бъдат по-добре обяснени с друг вид главоболие

За да бъде изключен непълен терапевтичен отговор indomethacin трябва да се приложи в дози над 150 mg дневно перорално (при необходимост до 225 mg) или 100 – 200 mg инжекционно.

Ремитентната форма на главоболието се диагностицира при пациенти, които изпълняват критериите за hemicrania continua, при които главоболието оставено без лечение не е ежедневно и непрекъснато, а се прекъсва от периоди на ремисия продължаващи 24 и повече часа.

Формата без ремисии се диагностицира при пациенти, които изпълняват критериите за hemicrania continua, при които главоболието е ежедневно и продължително поне 1 година, без периоди на ремисия за поне 24 часа.

Диференциалната диагноза се прави с хроничните едностранни главоболия (хронична мигрена, ново ежедневно и цервикогенно главоболие) и едностранните краткотрайни главоболия с очно-лицеви автономни симптоми (тригеминалните автономни цефалгии). Повлиява се от indomethacin за разлика от хроничната мигрена, цервикогенното и новото ежедневно главоболие. Пароксизмалната хемикрания също се повлиява от indomethacin, но пристъпите са по-краткотрайни и с по-силно изразени автономни симптоми.

Трябва да се отдиференцира и вторичната форма вследствие на мозъчен тумор, HIV инфекция и други.

■ **Общопрактикуващият лекар трябва:**

- да насочи пациента за диагностика и лечение към невролог

■ **Неврологът трябва:**

- използвайки диагностичните критерии, да установи дали е налице форма на тригеминална автономна цефалгия.
- да прецизира диагнозата, като при необходимост извърши съответните фармакологични тестове, параклинични изследвания или консултации с други специалисти.

- **Неврологът** трябва да насочи пациента към кабинет или клиника за лечение на болката при установяване на анамнестични и клинични данни за вторично

главоболие или промяна в характеристиките на вече установена тригеминална автономна цефалгия.

■ **Неврологът** в кабинет или клиника за лечение на болката 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 12 – 15 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 Ergotamine tartarate или Dihydroergotamine 1 mg чрез назален спрей купира ефективно острия пристъп. Прилагането на препарата 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 (1-2 mg дневно) или ректални супозитории (2 mg).

■ **локални анестетици:**

■ Cocaine интраназално, ипсилатерално на главоболието под формата на 10% разтвор върху памучни тампони за 2 – 5 минути 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.

■ **Невромодулиращите методи** са неинвазивна (вагусовата нервна стимулация) и инвазивни (дълбока мозъчна стимулация/DBS, окципитална нервна стимулация/ONS и стимулация на сфенопалатинния ганглий/SPG). Инвазивните методи са скъпи имат странични ефекти, поради което намират много малко клинично приложение.

■ неинвазивна вагусова стимулация в областта на цервикален клон на n. vagus. Прилагат се чрез портативно устройство 3 последователни 2-минутни стимулации при начало на болката. След 3 минути при необходимост може да се повтори. Третират се до 4 пристъпа (до 24 стимулации) дневно.

■ В **детската възраст** се използват кислород и indomethacin.

■ **По време на бременност** може да се използва кислород и prednisone.

■ **По време на кърмене** може да се използва кислород, sumatriptan и prednisone.

■ Лечението на пристъпите от кластърно главоболие 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. Две седмици след завършването на периода профилактичното лечение се спира, защото то не може да предотврати следващ период.

1. Хигиенно-диетичния режим по време на кластърния период включва преустановяване на приема на всякакви алкохолни продукти и тютюнопушенето. Необходимо е да се спазва определен цикъл на сън и бодърстване, защото продължителният сън провокира пристъпи. Не бива да се спи след обяд, защото това

ще увеличи броя на пристъпите. Трябва да се избягват вазодилатативни (nitroglycerin) и антихипертензивни медикаменти и дълготрайната експозиция на летливи субстанции, като разтворители и маслени бои.

2. Кортикостероидите са най-бързо действащия профилактичен медикамент. Използват се заедно с друг профилактичен медикамент в началото на кластърния период за 5-7 дни за по-бързо постигане на ефекта и постепенно се намаляват, когато другият медикамент задейства. Могат да се прилагат за период от 10 до 20 дни около периода на пристъпите.

- Prednisone – 40 – 80 mg дневно

3. Калциевите антагонисти са много ефективни. Клиничната ефективност се достига след няколко седмици.

- verapamil (tabl. 40 и 80 mg) в доза 120 до 160 mg 3-4 пъти дневно. Лечението се започва с 240 mg дневно при нормална ЕКГ. Дозата се увеличава с 80 mg всяка седмица при нормална ЕКГ до постигане на ефект.

4. Антиконвулсантите се прилагат с добър ефект.

- валпроати – в дневна доза от 600 до 1200 mg разделена на 3-4 приема (плазмено ниво 60-75 mg/ml)
- topiramate 100-200 mg дневно
- gabapentin 900 – 1800 mg дневно

5. Lithium carbonate 300 mg 2 до 4 пъти дневно е ефективен при 60% от пациентите, предимно при хронично главоболие. При необходимост дозата може след няколко седмици да се повиши до 1200 mg дневно, но серумната концентрация трябва да се поддържа под 1,2 mEq/l. При пациенти с хронично главоболие лечението продължава 6-12 месеца, след което дозите се намаляват бавно. Серумната концентрация трябва да се измерва всяка седмица през първият месец, след което – всеки месец.

6. Локалните блокади на n. occipitalis major, ипсилатерално на болковите пристъпи, с кортикостероид и локален анестетик са ефективни. Прилагат се през 3 последователни дни.

По време на бременност може да се използва verapamil или gabapentin, както и окципитално нервни блокади с анестетик и кортикостероид.

По време на кърмене може да се използва prednisone, prednisolone, verapamil и lithium carbonate, както и окципитално нервни блокади с анестетик и кортикостероид.

■ **Неврологът** взема решението за включване на един или друг медикамент за профилактично лечение на кластърно главоболие. 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
- Не се допуска изписване на терапия без личен преглед на пациента.

■ **Неврологът** трябва да насочи пациента към кабинет или клиника за лечение на болката при:

- недостатъчен ефект от профилактичното лечение с оптимална доза.
- при наличие на симптоми за предозиране на терапията.
- неповлияващо се от терапия хронично кластърно главоболие.

4. Лечение на пароксизмалната хемикрания

Лекува се профилактично, защото пристъпите са твърде кратки, за да се разчита на терапевтично повлияване. Повлиява се драматично 48 часа след започване на лечение с indomethacin 25-50 mg 3-4 пъти дневно перорално или ректално. Дозата трябва да се поддържа по 150 mg дневно през първите 3-4 дни, до получаване на ефект. След това се преминава на индивидуална поддържаща доза, в зависимост от честотата и силата на пристъпите. При пациенти с епизодична форма лечението трябва да продължи малко по-дълго от времето през което продължава обичайния период и после постепенно дозите да се намалят. При хроничната форма лечението продължава поне 6 месеца и се опитва намаляване на дозите и спиране на медикамента.

5. Лечение на SUNCT

Лекува се само профилактично, защото пристъпите са твърде краткотрайни, за да се разчита на тяхното терапевтично повлияване. Прилага се дълготрайно и краткотрайно профилактично лечение.

Дълготрайното профилактично лечение се провежда на първо място с lamotrigine (100 – 400 mg дн.). Медикаменти на втори избор са topiramate (50 – 300 mg дн.) и gabapentin (800 – 2700 mg дн.), който е по-ефективен при SUNA. На трето място при липса на ефект може да се приложи carbamazepine самостоятелно или в комбинация с литий, naloxone, verapamil или prednisolone.

Краткотрайно профилактично лечение се прилага по време на симптоматичния период, като пациента се хоспитализира. В тези случаи пациентите са силно инвалидизирани, защото в много случаи не могат да се хранят и да пият течности, което тригерира нов пристъп. Прилагат се интравенозно lidocaine или кортикостероиди, като междувременно се оптимизира основното дълготрайно профилактично лечение.

6. Hemicrania continua

Повлиява се от профилактично лечение с indomethacin 25 – 300 mg. Ефектът настъпва 1-2 дни до 2 седмици след достигане на необходимата терапевтична доза. На всеки 6 месеца лечението се преустановява за да се провери за спонтанно настъпила ремисия.

- **Неврологът** провежда лечението на пароксизмалната хемикрания, hemicrania continua и SUNCT.
- При неповлияване от класическите медикаменти, пациента се насочва за консултация в специализиран кабинет или клиника за лечение на болката.

Класификация на главоболията III издание

International Headache Society 2018

Cephalalgia, 2018, 38, 1, 1–211.

Първични главоболия**1. Мигрена**

Мигрена без аура

Мигрена с аура

Мигрена с типична аура

Типична аура с главоболие

Типична аура без главоболие

Мигрена с мозъчно стволова аура

Хемиплегична мигрена

Фамилна хемиплегична мигрена (FHM)

Фамилна хемиплегична мигрена тип 1 (FHM1)

Фамилна хемиплегична мигрена тип 2 (FHM2)

Фамилна хемиплегична мигрена тип 3 (FHM3)

Фамилна хемиплегична мигрена, други локуси

Спорадична хемиплегична мигрена (SHM)

Ретинна мигрена

Хронична мигрена

Усложнения на мигрена

Мигренен статус

Персистираща аура без инфаркт

Мигренен инфаркт

Мигренна аура-тригериращи пристъпи

Вероятна мигрена

Вероятна мигрена без аура

Вероятна мигрена с аура

Епизодични синдроми, които могат да бъдат свързани с мигрена

Рекурентни гастро-интестинални нарушения

Синдром на циклично повръщане

Абдоминална мигрена

Доброкачествено пароксизмално вертиго

Доброкачествен пароксизмален тортиколис

2. Тензионен тип главоболие (ТТН)

Нечесто епизодично тензионен тип главоболие

Нечесто епизодично тензионен тип главоболие, свързано с перикраниална чувствителност

Нечесто епизодично тензионен тип главоболие, несвързано с перикраниална чувствителност

Често епизодично тензионен тип главоболие

Често епизодично тензионен тип главоболие, свързано с перикраниална чувствителност

Често епизодично тензионен-тип главоболие, несвързано с перикраниална чувствителност

Хронично тензионен тип главоболие

Хронично тензионен тип главоболие, свързано с перикраниална чувствителност

Хронично тензионен тип главоболие, несвързано с перикраниална чувствителност

Вероятно тензионен тип главоболие

Вероятно нечесто епизодично тензионен тип главоболие

Вероятно често епизодично тензионен тип главоболие

Вероятно хронично тензионен тип главоболие

3. Тригеминални автономни главоболия (TACs)

Кластърно главоболие

Епизодично кластърно главоболие

Хронично кластърно главоболие

Пароксизмална хемикрания

Епизодична пароксизмална хемикрания

Хронична пароксизмална хемикрания

Краткотрайни унилатерални невралгиформени пристъпи от главоболие

Краткотрайни унилатерални невралгиформени пристъпи от главоболие с конюнктивална инекция и сълзотечение (SUNCT)

Епизодични SUNCT

Хронични SUNCT

Краткотрайни унилатерални невралгиформени пристъпи от главоболие с краниални автономни симптоми (SUNA)

Епизодични SUNA

Хронични SUNA

Hemicrania continua

Hemicrania continua, ремитиращ субтип

Hemicrania continua, неремитиращ субтип

Вероятно тригеминално автономно главоболие

Вероятно кластерно главоболие

Вероятна пароксизмална хемикрания

Вероятни краткотрайни унилатерални невралгиформени пристъпи от главоболие

Вероятна хемикрания континуа

4. Други първични главоболия

Първично главоболие при кашляне

Вероятно първично главоболие при кашляне

Първично главоболие при физическа активност

Вероятно първично главоболие при физическа активност

Първично главоболие, свързано със сексуална активност

Вероятно първично главоболие, свързано със сексуална активност

Първично главоболие тип „гръмотевичен удар“

Главоболие при студени стимули

Главоболие при студени стимули, приложени външно

Главоболие при поглъщане или вдишване на студени стимули

Вероятно главоболие при студени стимули

Главоболие, вероятно дължащо се на студени стимули, приложени външно

Главоболие, вероятно дължащо се на поглъщане или вдишване на студени стимули

Главоболие при натиск

Главоболие при компресия

Главоболие при тракция

Вероятно главоболие при натиск

Вероятно главоболие при компресия

Вероятно главоболие при тракция

Първично пробуждащо главоболие

Вероятно първично пробуждащо главоболие

Главоболие като монета

Вероятно главоболие като монета

Хипнагно главоболие

Вероятно хипнагно главоболие

Ново ежедневно персистиращо главоболие (NDPH)

Вероятно ново ежедневно персистиращо главоболие

Вторични главоболия

5. Главоболие причинено от травма или нараняване на главата и/или врата

Остро главоболие, причинено от на травматично нараняване на главата

Остро главоболие, причинено от умерено или тежко травматично нараняване на главата

Персистиращо главоболие, причинено от травматично нараняване на главата

Персистиращо главоболие, причинено от умерено или тежко травматично нараняване на главата

Персистиращо главоболие, причинено от леко травматично нараняване на главата

Остро главоболие, причинено от камшичен удар

Персистиращо главоболие, причинено от камшичен удар

Остро главоболие, причинено от краниотомия

Персистиращо главоболие, причинено от краниотомия

Главоболие, причинено от краниално и/или цервикално съдово заболяване

6. Главоболие, причинено от мозъчно исхемично увреждане

Главоболие, причинено от исхемичен инсулт (мозъчен инфаркт)

Остро главоболие, причинено от исхемичен инсулт (мозъчен инфаркт)

Персистиращо главоболие, причинено от предхождащ исхемичен инсулт (мозъчен инфаркт)

Главоболие, причинено от транзиторна исхемична атака (TIA)

Главоболие, причинено от нетравматична интракраниална хеморагия

Остро главоболие, причинено от нетравматична интрацеребрална хеморагия

Остро главоболие, причинено от нетравматична субарахноидна хеморагия (SAH)

Остро главоболие, причинено от нетравматична остра субдурална хеморагия (ASDH)

Персистиращо главоболие, причинено от предхождаща нетравматична интракраниална хеморагия

Персистиращо главоболие, причинено от предхождаща нетравматична интрацеребрална хеморагия

Персистиращо главоболие, причинено от предхождаща нетравматична субарахноидна хеморагия

Персистиращо главоболие, причинено от предхождаща нетравматична остра субдурална хеморагия

Главоболие, причинено от неруптурирала съдова малформация

Главоболие, причинено от неруптурирала сакуларна аневризма

Главоболие, причинено от артерио-венозна малформация (AVM)

Главоболие, причинено от дурална артерио-венозна фистула (DAVF)

Главоболие, причинено от кавернозен ангиом

Главоболие, причинено от енцефалотригеминална или лептоменингеална ангиоматоза (Sturge Weber syndrome)

Главоболие, причинено от артериит

Главоболие, причинено от гигантоклетъчен артериит (GCA)

Главоболие, причинено от първичен ангиит на ЦНС (PACNS)

Главоболие, причинено от вторичен ангиит на ЦНС (SACNS)

Главоболие, причинено от заболяване на шийна каротидна или вертебрална артерия

Главоболие или лицева или шийна болка, причинено от дисекация на шийна каротидна или вертебрална артерия

Остро главоболие или лицева или шийна болка, причинено от дисекация на шийна каротидна или вертебрална артерия

Персистиращо главоболие или лицева или шийна болка, причинено от дисекация на шийна каротидна или вертебрална артерия

Главоболие след ендартеректомия

Главоболие, причинено от каротидна или вертебрална ангиопластика и стентирание

Главоболие, причинено от краниална венозни заболявания

Главоболие, причинено от церебрална венозна тромбоза (CVT)

Главоболие, причинено от стентирание на краниален венозен синус

Главоболие, причинено от други остри заболявания на интракраниални артерии

Главоболие, причинено от интракраниална ендартериална процедура

Главоболие при ангиография

Главоболие, причинено от обратимия мозъчен вазоконстрикторен синдром (RCVS)

Остро главоболие, причинено от обратимия мозъчен вазоконстрикторен синдром (RCVS)

Остро главоболие, вероятно причинено от обратимия мозъчен вазоконстрикторен синдром (RCVS)

Персистиращо главоболие, причинено от предхождащ обратим мозъчен вазоконстрикторен синдром (RCVS)

Главоболие, причинено от интракраниална артериална дисекация

Главоболие и/или подобна на мигрена аура, причинени от хронична интракраниална васкулопатия

Главоболие, причинено от церебрална автозомно-доминантна артериопатия със субкортикални инфаркти и левкоенцефалопатия (CADASIL)

Главоболие, причинено от митохондриална енцефалопатия, лактатна ацидоза, и инсултopodobни епизоди (MELAS)

Главоболие, причинено от Моуатоуа ангиопатия (MMA)

Мигреноподобна аура, причинена от церебрална амилоидна ангиопатия (CAA)

Главоболие, причинено от ретинална васкулопатия с церебрална левкоенцефалопатия и системни прояви (RVCLSM)

Главоболие, причинено от други хронични интракраниални васкулопатии

Главоболие, причинено от апоплексия на хипофизата

7. Главоболие, причинено от несъдови интракраниални заболявания

Главоболие, причинено от повишено налягане на цереброспиналната течност

Главоболие, причинено от идиопатична интракраниална хипертензия (IIH)

Главоболие, причинено от интракраниална хипертензия, вторична на метаболитни, токсични или хормонални причини

Главоболие, причинено от интракраниална хипертензия, вторична на хромозомна болест

Главоболие, причинено от интракраниална хипертензия, вторична на хидроцефалия

Главоболие, причинено от ниско налягане на цереброспиналната течност

Главоболие след дурална пункция

Главоболие при цереброспинална фистула

Главоболие, причинено от спонтанна интракраниална хипотония

Главоболие, причинено от неинфекциозни възпалителни интракраниални заболявания

Главоболие, причинено от невросаркоидоза

Главоболие, причинено от асептичен (неинфекциозен) менингит

Главоболие, причинено от други неинфекциозни възпалителни интракраниални заболявания

Главоболие, причинено от лимфоцитно възпаление на хипофизата

Синдром на транзиторно главоболие и неврологичен дефицит с лимфоцитоза в цереброспиналната течност (HaNDL)

Главоболие, причинено от интракраниална неоплазия

Главоболие, причинено от колоидна киста на трети вентрикул

Главоболие, причинено от карциноматозен менингит

Главоболие, причинено от хипоталамична или хипофизна хипер- или хипосекреция

Главоболие, причинено от интратекална инфекция

Главоболие, причинено от епилептични пристъпи

Иктално епилептично главоболие, различно от несъдово интракраниално заболяване

Постиктално главоболие

Главоболие, причинено от малформация на Chiari тип I (CM1)

Главоболие, причинено от други несъдови интракраниални заболявания

8. Главоболие, причинено от субстанции или тяхното отнемане

Главоболие, причинено от употреба или излагане на субстанции

Главоболие, предизвикано от азотен оксид (NO)

Непосредствено главоболие, предизвикано от NO

Отложено главоболие, предизвикано от NO

Главоболие, предизвикано от фосфодиестеразни инхибитори (PDE)

Главоболие, предизвикано от въглероден оксид (CO)

Главоболие, предизвикано от алкохол

Непосредствено главоболие, предизвикано от алкохол

Отложено главоболие, предизвикано от алкохол

Главоболие, предизвикано от кокаин

Главоболие, предизвикано от хистамин

Непосредствено главоболие, предизвикано от хистамин

Отложено главоболие, предизвикано от хистамин

Главоболие, предизвикано от калцитонин ген свързан пептид (CGRP)

Непосредствено главоболие, предизвикано от CGRP

Отложено главоболие, предизвикано от CGRP

Главоболие, причинено от екзогенен остър пресорен агент

Главоболие, причинено от случайна употреба на медикаменти, непредназначени за облекчение на главоболие

Главоболие, причинено от дългосрочна употреба на медикаменти, непредназначени за облекчение на главоболие

Главоболие, причинено от използване или излагане на други субстанции

Главоболие, причинено от злоупотреба с медикаменти (МОН)

Главоболие, причинено от злоупотреба с ерготамин

Главоболие, причинено от злоупотреба с триптани

Главоболие, причинено от злоупотреба с неопиоидни аналгетици

Главоболие, причинено от злоупотреба с paracetamol (acetaminophen)

Главоболие, причинено от злоупотреба с нестероидни противовъзпалителни медикаменти (NSAID)

Главоболие, причинено от злоупотреба с ацетилсалицилова киселина

Главоболие, причинено от злоупотреба с други неопиоидни аналгетици

Главоболие, причинено от злоупотреба с опиоидни аналгетици

Главоболие, причинено от злоупотреба с комбинирани аналгетици

Главоболие, причинено от злоупотреба с много класове лекарства, с които поотделно не е злоупотребявано

Главоболие, причинено от злоупотреба с неуточнени или непотвърдени много класове лекарства

Главоболие, причинено от злоупотреба с други медикаменти

Главоболие, причинено от отнемане на субстанции

Главоболие, причинено от отнемане на кофеин

Главоболие, причинено от отнемане на опиоиди

Главоболие, причинено от отнемане на естроген

Главоболие, причинено от отнемане на хронична употреба на други субстанции

9. Главоболие, причинено от инфекция

Главоболие, причинено от интракраниална инфекция

Главоболие, причинено от бактериален менингит или менингоенцефалит

Остро главоболие, причинено от бактериален менингит или менингоенцефалит

Хронично главоболие, причинено от бактериален менингит или менингоенцефалит

Персистиращо главоболие, причинено от предхождащ бактериален менингит или менингоенцефалит

Главоболие, причинено от вирусен менингит или енцефалит

Главоболие, причинено от вирусен менингит

Главоболие, причинено от вирусен енцефалит

Главоболие, причинено от интракраниални гъбични или други паразитни инфекции

Остро главоболие, причинено от интракраниални гъбични или други паразитни инфекции

Хронично главоболие, причинено от интракраниални гъбични или други паразитни инфекции

Главоболие, причинено от локализирана мозъчна инфекция

Главоболие, причинено от системна инфекция

Главоболие, причинено от системна бактериална инфекция

Остро главоболие, причинено от системна бактериална инфекция

Хронично главоболие, причинено от системна бактериална инфекция

Главоболие, причинено от системна вирусна инфекция

Остро главоболие, причинено от системна вирусна инфекция

Хронично главоболие, причинено от системна вирусна инфекция

Главоболие, причинено от друга системна инфекция

Остро главоболие, причинено от друга системна инфекция

Хронично главоболие, причинено от друга системна инфекция

10. Главоболие, причинено от заболявания на хомеостазата

Главоболие, причинено от хипоксия и/или хиперкапния

Височинно главоболие

Главоболие, причинено от пътуване със самолет

Главоболие при гмуркане

Главоболие при сънна апнея

Главоболие при диализа

Главоболие, причинено от артериална хипертония

Главоболие, причинено от феохромоцитом

Главоболие, причинено от хипертонични кризи, без хипертонична енцефалопатия

Главоболие, причинено от хипертонична енцефалопатия

Главоболие, причинено от прееклампсия или еклампсия

Главоболие, причинено от автономна дисрефлексия

Главоболие, причинено от хипотиреоидизъм

Главоболие, причинено от гладуване

Сърдечно главоболие

Главоболие, причинено от други заболявания на хомеостазата

11. Главоболие и лицева болка, причинени от заболявания на черепа, врата, очите, ушите, носа, синусите, зъбите, устата или други лицеви или шийни структури

Главоболие, причинено от заболявания на черепните кости

Главоболие, причинено от заболявания на врата

Цервикогенно главоболие

Главоболие, причинено от ретрофарингеален тендинит

Главоболие, причинено от краниоцервикална дистония

Главоболие, причинено от заболявания на очите

Главоболие, причинено от остра закритоъгълна глаукома

Главоболие, причинено от рефракционни аномалии

Главоболие, причинено от възпалителни очни заболявания

Трохлеарно главоболие

Главоболие, причинено от заболявания на ушите

Главоболие, причинено от заболявания на носа и параназални синуси

Главоболие, причинено от остър риносинуит

Главоболие, причинено от хроничен или повтарящ се риносинуит

Главоболие, причинено от заболявания на зъбите

Главоболие, причинено от заболявания на темпоромандибуларната става (TMD)

Болка в главата или лицето, причинена от възпаление на стилохиоидния лигамент

Главоболие или болка в лицето причинени от други заболявания на черепа, врата, очите, ушите, носа, синусите, зъбите, устата и други лицеви или шийни структури

12. Главоболие, причинено от психиатрични заболявания

Главоболие, причинено от соматоформено заболяване

Главоболие, причинено от психотично заболяване

Болезнени краниални невропатии, други лицеви болки и главоболия

13. Болезнени лезии на краниални нерви и други лицеви болки

Болка, причинена от лезия или заболяване на тригеминалния нерв

Тригеминална невралгия

Класическа тригеминална невралгия

Класическа тригеминална невралгия, чисто пароксизмална

Класическа тригеминална невралгия с продължителна болка

Вторична тригеминална невралгия

Тригеминална невралгия, причинена от множествена склероза

Тригеминална невралгия, причинена от пространство-заемаща лезия

Тригеминална невралгия, причинена от друга причина

Идиопатична тригеминална невралгия

Идиопатична тригеминална невралгия, чисто пароксизмална

Идиопатична тригеминална невралгия с продължителна болка

Болезнена тригеминална невропатия

Болезнена тригеминална невропатия причинена от херпес зостер

Тригеминална постхерпетична невралгия

Болезнена, посттравматична тригеминална невропатия

Болезнена тригеминална невропатия причинена от други заболявания

Идиопатична болезнена тригеминална невропатия

Болка причинена от лезии или заболяване на глософарингеалния нерв

Глософарингеална невралгия

Класическа глософарингеална невралгия

Вторична глософарингеална невралгия

Идиопатична глософарингеална невралгия

Болестна глософарингеална невропатия

Болестна глософарингеална невропатия причинена от известна причина

Идиопатична болестна глософарингеална невропатия

Болка причинена от лезия или заболяване на n. intermedius

Невралгия на n. intermedius

Класическа невралгия на n. intermedius

Вторична невралгия на n. intermedius

Идиопатична невралгия на n. intermedius

Болестна невропатия на n. intermedius

Болестна невропатия на n. intermedius причинена от herpes zoster

Постхерпетична невралгия на n. intermedius

Болестна невропатия на n. intermedius причинена от други заболявания

Идиопатична болестна невропатия на n. intermedius

Окципитална невралгия

Синдром врат-език

Болестен оптичен неврит

Главоболие, причинено от исхемична лезия на очедвигателен нерв

Синдром Tolosa–Hunt

Паратригеминален окулосимпатиков синдром (Raeder)

Рекурентна болестна офталмоплегична невропатия

Синдром на „парещата“ уста (BMS)

Персистираща идиопатична лицева болка (PIFP)

Централна невропатна болка

Централна невропатна болка, причинена от множествена склероза

Централна постинсултна болка (CPSP)

14. Други

Главоболие, неклассифицирано другаде

Неуточнено главоболие





Лечение на тензионен тип главоболие

Пристъп

НСПВС

Профилактично

трициклични
антидепресанти

SNRI
антидепресанти