

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

У П А Т С Т В О
ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ
“CLUSTER” ГЛАВОБОЛКА (HORTON-ОВ СИНДРОМ)

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинското згрижување преку практикување на медицина заснована на докази при постоење на “cluster” главоболка (Horton-ов синдром).

Член 2

Начинот на третман на “cluster” главоболката (Horton-ов синдром) е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинско згрижување при “cluster” главоболката (Horton-ов синдром) по правило согласно ова упатство.

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

Член 4

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

Бр. 07-8928/2
30 ноември 2013 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

„CLUSTER” ГЛАВОБОЛКА (HORTON-ОВ СИНДРОМ)

МЗД Упатство
17.06.2009

- Дефиниција и епидемиологија
- Симптоми и дијагностицирање
- Третман
- Референци

ДЕФИНИЦИЈА И ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Овој тип главоболка, кој се разликува од мигрената, започнува на возраст од 30-40 години и, главно, ги напаѓа мажите (70%). Преваленцијата изнесува околу 0.3 промили, од кои 10% страдаат од континуирана хронична форма.

СИМПТОМИ И ДИЈАГНОСТИЦИРАЊЕ

- Строго унилатерална, жестока, пулсирачка болка со чувство на горење и прободување околу регијата на окото, која го измачува болниот во времетраење од 30-180min.
- Атаките се јавуваат во периоди од 3-4 недели, но може да следат и асимптоматски периоди во времетраење од 2 месеца до неколку години.
- Атаките се јавуваат во текот на денот, но и во текот на ноќта по неколкупочасовен сон, некои од нив се поврзани со REM фазата.
- За време на атаките се јавува ипсилатерално солзење, иритација на коњуктивата, миоза и птоза на капакот.
- Продромски синдром не е регистриран.
- Повраќање не е регистрирано.
- Дијагнозата се базира на симптомите.

Диференцијална дијагноза

- Мигрената (настанува кај помладата популација, подолго трае, нападите се јавуваат многу поретко, придружени се со продромски синдром, гадење).
- Тригеминална невралгија (атаките се опишуваат како струен удар, има пократко времетраење, настанува по допир на кожата или на забите на страната на болката).
- Атипичната лицева болка (поблага, континуирана болка, често се јавува по стоматолошка или по лицева хируршка интервенција).
- Унилатералната темпорална тензиска главоболка (поумерена, континуирана болка).
- Хронична пароксизмална хемикранија (се јавува, главно, кај жени, повеќе од 5 атаки во текот на денот во времетраење од неколку минути, indomethacin-от потполно ги купира атаките).

ТРЕТМАН

Акутна атака

1. Суматриптан супкутано 6mg.
2. Ergotamine ректално 2mg; триптани со брзо дејство пер ос или интраназални триптани.
3. Вдишување 100% кислород преку маска во текот на 15-20min, со проток од 7-10 l/min (ннд-В). Третманот може да се повтори по 5-минутна пауза. Пациентот може да си обезбеди кислородна терапија и во домашни услови.

Профилактика

1. Verapamil, се започнува со 80mg x 3 дневно, најмногу до 600mg дневно, но може и повеќе, ако не се присутни кардиоваскуларни контраиндикации (*проверете ЕКГ*).
2. Prednisone 80mg за 5 дена, потоа 60mg за неколку недели, за потоа да започне намалување на лекот во период повеќе од една недела (*да се имаат предвид несаканите ефекти при долг третман со стероиди*).
3. Propranolol 40mg x 3 дневно, atenolol 100mg x 1 дневно, може да се внесат, ако претходните третмани се без успех, или ако се контраиндицирани.
4. Topiramate 100-150mg дневно, поделено во 2 дози.
5. Lithium (третманот бара мониторирање на концентрациите на лекот во крвта, бидејќи и краткотрајното предозирање може да предизвика ренално оштетување. Целта се постигнува со најмали дози). Спонтано внесување нестероидни антиинфламаторни медикаменти би требало да се избегнува.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Bennett MH, French C, Schnabel A, Wasiak J, Kranke P. Normobaric and hyperbaric oxygen therapy for migraine and cluster headache. Cochrane Database Syst Rev 2008 Jul 16; (3):CD005219. **PubMed**
2. Cohen AS, Burns B, Goadsby PJ. High-flow oxygen for treatment of cluster headache: a randomized trial. JAMA 2009 Dec 9; 302(22):2451-7. **PubMed**

Authors: Markus Färkkilä, Article ID: ebm00793 (036.043) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 17.06.2009, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до јуни 2014 година.**