Azərbaycan
Respublikası
Səhiyyə
Nazirliyi

BAŞ AĞRILARININ DİFERENSİAL DİAQNOSTİKASI ÜZRƏ KLİNİK PROTOKOL



Bakı
2012

Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi
kollegiyasının 27 sentyabr 2012-ci il tarixli
30 saylı qərarı ilə təsdiq edilmişdir

BAŞ AĞRILARININ DİFERENSİAL DİAQNOSTİKASI ÜZRƏ KLİNİK PROTOKOL

Bakı - 2012

56.12
B 29

B 29 Baş ağrılarının diferensial diaqnostikası üzrə klinik protokol, 2012. – 36 səh.

Bu klinik protokol ABŞ-ın Beynəlxalq İnkişaf Agentliyi tərəfindən maliyyələşdirilən “İlkin Səhiyyə Xidmətlərinin Gücləndirilməsi” Layihəsinin dəstəyi ilə hazırlanmışdır.

Klinik protokolun redaktoru:

C.Məmmədov	Səhiyyə Nazirliyi İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinin direktoru, t.f.d.

Klinik protokolun tərtibçilər heyəti:

R.Rzayev	Səhiyyə Nazirliyinin baş uşaq nevropatoloqu, Azərbaycan Tibb Universitetinin Nevrologiya və tibbi genetika kafedrasının dosenti, t.f.d.
M.Salihov	Azərbaycan Tibb Universitetinin Ailə təbabəti kafedrasının müdiri, t.f.d.
A.Məmmədbəyli	Azərbaycan Tibb Universitetinin Nevrologiya və tibbi genetika kafedrasının dosenti, t.f.d.
F.Məmmədbəyov	Azərbaycan Tibb Universitetinin Nevrologiya və tibbi genetika kafedrasının dosenti, t.f.d.
T.Sadıqova	Azərbaycan Tibb Universitetinin II Daxili xəstəliklər kafedrasının dosenti, t.f.d.
E.Ağamalıyev	Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun Nevrologiya kafedrasının baş laborantı
S.Qazıyeva	Səhiyyə Nazirliyi İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinin Tibbi keyfiyyət standartları şöbəsinin həkim-metodisti

Rəyçilər:

Ş.Mahalov	Səhiyyə Nazirliyinin baş nevropatoloqu, Azərbaycan Tibb Universitetinin Nevrologiya və tibbi genetika kafedrasının müdiri, professor, t.e.d.
R.Həsənov	Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun Nevrologiya kafedrasının dosenti, t.f.d.

Sübutların etibarlılıq dərəcəsi və elmi tədqiqatların tipləri

Sübutların etibarlılıq dərəcəsi	Sübutların mənbələri (elmi tədqiqatların tipləri)
Ia	Sübutlar meta-analiz, sistematik icmal və ya randomizasiya olunmuş klinik tədqiqatlardan (RKT) alınmışdır
Ib	Sübutlar ən azı bir RKT-dən alınmışdır
IIa	Sübutlar ən azı bir yaxşı planlaşdırılmış, nəzarət edilən, randomizasiya olunmamış tədqiqatdan alınmışdır
IIb	Sübutlar ən azı bir yaxşı planlaşdırılmış kvazi-eksperimental tədqiqatdan alınmışdır
III	Sübutlar təsviri tədqiqatdan (məsələn, müqayisəli, korrelyasion tədqiqatlar, ayrı-ayrı halların öyrənilməsi) alınmışdır
IV	Sübutlar ekspertlərin rəyinə və ya klinik təcrübəyə əsaslanmışdır

Tövsiyələrin etibarlılıq səviyyəsi şkalası

Tövsiyənin etibarlılıq səviyyəsi	Tövsiyənin əsaslandığı sübutların etibarlılıq dərəcəsi
A	RKT-lərin yüksək keyfiyyətli meta-analizi, sistematik icmalı və ya nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistematik səhv ehtimalı çox aşağı olan (++) irimiqyaslı RKT. Sübutların etibarlılıq dərəcəsi Ia.
B	Kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli tədqiqatların yüksək keyfiyyətli (++) sistematik icmalı, yaxud Sistematik səhv riski çox aşağı olan (++) yüksək keyfiyyətli kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli tədqiqat, yaxud Nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistematik səhv riski yüksək olmayan (+) RKT. Sübutların etibarlılıq dərəcəsi Ib və IIa.
C	Nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistematik səhv riski yüksək olmayan (+) kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli və ya nəzarət edilən, randomizasiya olunmamış tədqiqat, yaxud Nəticələri uyğun populyasiyaya bilavasitə şamil edilə bilməyən, sistematik səhv riski çox aşağı olan və ya yüksək olmayan (++ və ya +) RKT. Sübutların etibarlılıq dərəcəsi IIb.
D	Klinik hallar seriyasının təsviri, yaxud Nəzarət edilməyən tədqiqat, yaxud Ekspertlərin rəyi. Yüksək səviyyəli sübutların mövcud olmamasının göstəricisidir. Sübutların etibarlılıq dərəcəsi III və IV.

İxtisarların siyahısı

BA - baş ağrısı
CO - karbon monooksid
EÇS - eritrositlərin çökmə sürəti
EEQ - elektroensefaloqrafiya
EGBA - epizodik gərginlik baş ağrısı
FDE - fosfodiesteraza
GBA - gərginlik baş ağrısı
XBH - xoşxassəli beyindaxili hipertenziya
XBT-10 - Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı (10-cu baxış)
IHS - International Headache Society (Baş Ağrılarının Beynəlxalq Assosiasiyası)
İİV - insanın immunçatışmazlığı virusu
ICHD-II - The International Classification of Headache Disorders 2nd Edition (Baş Ağrılarının Beynəlxalq 2-ci Təsnifatı)
KBA - klaster baş ağrısı
KBT - kəllə-beyin travması
KQNBA - konyuktivanın qızarması və göz yaşının axması ilə müşayiət olunan qısa müddətli bir tərəfli nevroloji baş ağrıları
KQYP - kalsitonin genomuna yaxın peptid
KS - kəllə sinirləri
KT - kompüter tomoqrafiyası
KVBA - kranial vegetativ simptomlu qısa müddətli bir tərəfli nevralgiya baş ağrıları
QSİƏD - qeyri-steroid iltihab əleyhinə dərmanlar
QİÇS - qazanılmış immunçatışmazlığı sindromu
QBQ - qapalı bucaqlı qlaukoma
MRT - maqnit rezonans tomoqrafiyası
MSS - mərkəzi sinir sistemi
PBA - punksiyadan sonra baş ağrısı

PET - pozitron-emission tomoqrafiyası
PH - paroksizmal hemikraniya
PTBA - posttravmatik baş ağrıları
SAQ - subaraxnoidal qansızma
sAMF - siklik adenozin monofosfat
SBA - servikogen baş ağrıları
sQMF - siklik quanozin monofosfat
TİH - tranzitor işemik həmlə
TVS - trigeminal vegetativ sefalgiyalar
ÜSN - üçlü sinirin nevralgiyası
ÜST - Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı

Protokol ilkin səhiyyə səviyyəsində çalışan sahə həkimləri, ailə həkimləri və təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardım həkimləri üçün nəzərdə tutulmuşdur.

Pasiyent qrupu: baş ağrısı olan 18 yaşdan yuxarı şəxslər.

Protokol baş ağrılarının mümkün səbəblərinin araşdırılması və diferensial diaqnostikasının təkmilləşdirilməsi üzrə sübutlu təbabətə əsaslanan metodik tövsiyələrin verilməsi məqsədini daşıyır.

Giriş

Baş Ağrılarının Beynəlxalq Təsnifatında 200-dən çox baş ağrısı növü qeyd edilir. Bu klinik protokolda ən geniş yayılmış birincili baş ağrılarından (miqren və gərginlik BA) və bəzi az rast gəlinən birincili baş ağrılarından ətraflı məlumat təqdim olunub.

Protokolda ikincili baş ağrılarının "**təhlükə əlamətləri**" və əsas müayinə növləri göstərilib.

Baş nahiyəsində olan hər hansı ağrı və ya diskomfort hissinə baş ağrıları deyilir. Baş ağrıları başı örtən toxumalarda – dəri, əzələ, başın vətər dəbilqəsində və onlarda olan damarlarda, kəllə sümüyü sümüküstlüyündə, beyin qişaları və onların damarlarında, kəllədaxili vena və arteriyalarda olan ağrı reseptorlarının qıcıqlanması zamanı əmələ gəlir.

Ümumi müddəalar

Baş ağrıları çox geniş yayılmış haldır və əhalinin 90%-dən çoxunda həyatı boyunca baş verir. Səhiyyənin ilkin səviyyəsində müraciətlərin 4,4%-i, ambulator nevroloji müraciətlərin isə 30%-i BA ilə bağlıdır.

Miqren əmək qabiliyyətinin əhəmiyyətli dərəcədə itirilməsinə gətirən birincili baş ağrılarının ağır formasının ən geniş yayılmış növüdür. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı (ÜST) miqreni 15-44 yaş həddlərində olan qadınlar üçün 20 ən ağır xəstəlik siyahısına daxil etmişdir.

Gərginlik baş ağrılarına əhalinin 40%-də rast gəlinir.

Baş ağrılarının diferensiasiyasında həkimlər tez-tez çətinliklərlə qarşılaşırlar. Baş ağrılarının nadir hallarda, beyin şişləri kimi, ciddi səbəblərinin mümkünlüyü həm həkimləri, həm də xəstələri narahat edir. Bununla yanaşı, düzgün diaqnozun qoyulması ümumi praktika həkimlərinə xəstələrin vaxtında ixtisaslaşmış tibbi yardıma göndərilməsi üçün imkan yaradır.

Birincili baş ağrılarının bir çox növlərinin effektiv müalicə üsulları mövcuddur, buna baxmayaraq, bir çox halda xəstəyə əsassız olaraq analgetiklər təyin olunur. BA-nın müalicəsi üçün istifadə edilən dərmanlar özləri də BA-nın səbəbi ola bilər.

Əksər hallarda birincili baş ağrısının müalicəsi ilkin səhiyyə xidməti səviyyəsində aparıla bilər. Nadir hallarda əlavə müayinələrin aparılması tələb olunur.

XBT-10 ÜZRƏ TƏSNİFAT

G 43 Miqren

G 43.0 Aurasız miqren (sadə miqren)

G 43.1 Aura ilə gedən miqren (klassik miqren)

Miqren:

- Baş ağrısız aura
- Bazilyar
- Ekvivalentlər
- Ailəvi hemiplegik
- Hemiplegik:
  - ✓ Kəskin başlanğıcda aura ilə
  - ✓ Uzunmüddətli aura ilə
  - ✓ Tipik aura ilə

G 43.2 Miqrenoz status
G 43.3 Ağırlaşmış miqren
G 43.8 Digər miqren
Oftalmoplegik miqren
Retinal miqren
G 43.9 Dəqiqləşdirilməmiş miqren
G 44 Baş ağrısının digər sindromları
G 44.0 "Histamin" baş ağrısı sindromu
Xronik paroksizmal hemikraniya
Xroniki paroksizmal hemikraniya
- xronik
- epizodik

} "histamin" baş ağrısı

G 44.1 Digər rubrikalarda təsnif olunmayan damar mənşəli baş ağrısı
G 44.2 Gərginlik tipli baş ağrısı
Gərginliklə bağlı xronik baş ağrısı
Gərginliklə bağlı epizodik baş ağrısı
G 44.3 Xronik posttravmatik baş ağrısı
G 44.4 Digər rubrikalarda təsnif olunmayan dərman qəbulu ilə bağlı baş ağrısı
Dərman maddəsini müəyyənləşdirmək lazım gəldikdə xarici səbəblərin əlavə kodundan istifadə edilir (XX sinif).
G 44.8 Digər dəqiqləşdirilmiş baş ağrısı sindromu
G 50 Üçlü sinirin zədələnməsi
G 50.0 Üçlü sinirin nevralgiyası
Paroksizmal üz ağrısı sindromu
Ağrılı tik
G 50.1 Atipik üz ağrısı
G 50.8 Üçlü sinirin digər zədələnmələri
G 50.9 Üçlü sinirin dəqiqləşdirilməmiş zədələnməsi
R 51 Baş ağrısı

Baş ağrıları aşağıdakı növlərə bölünür:

Birincili – bu halda BA hər hansı əsas xəstəliklə əlaqəli deyil. Buraya miqren, gərginlik baş ağrıları və digər birincili baş ağrıları növləri aiddir.

İkincili – bu halda BA əsas xəstəliyin baş verməsi səbəbindən meydana çıxır və infeksion, şiş, damar, medikamentoz və digər mənşəli baş ağrılarını əhatə edir.

Birincili baş ağrıları

İlkin səhiyyə xidməti müəssisələrinə tibbi yardım üçün müraciət edən xəstələrin əksəriyyəti **birincili baş ağrılarından** əziyyət çəkir. Bir xəstədə bir növdən çox birincili baş ağrıları ola bilər (məsələn, aurasız miqren, gərginlik baş ağrıları).

Baş ağrılarının hər bir növünə ayrı-ayrılıqda baxılmalıdır.

Birincili BA zamanı nevroloji müayinə heç bir patologiyanı aşkar etmir və instrumental müayinələr nəticəsiz olur. BA-nın qiymətləndirilməsi üçün anamnezin toplanması müstəsna rol oynayır. O, BA-nın növünün və "təhlükə əlamətlərinin" müəyyən edilməsinə yardım edir. Anamnezin qeyri-dəqiq toplanması, adətən, BA-nın növünün qeyri-düzgün müəyyən edilməsinə səbəb olur.

Birincili baş ağrılarının növləri:

- Miqren
- Gərginlik baş ağrıları
- Klaster baş ağrısı və digər trigeminal sefalgiyalar
- Paroksizmal hemikraniya
- Konyuktivanın qızarması və göz yaşının axması ilə qısa müddətli birtərəfli nevralgik baş ağrıları (KQNBA)
- Digər birincili baş ağrıları (*hemicrania continua*, yeni gündəlik davamlı baş ağrısı və s.)

Miqren

Miqren ağır formalı birincili baş ağrısının ən geniş yayılmış növüdür. Yayılma dərəcəsinə görə 10% kişilərdə, 22% qadınlarda müşahidə olunur.

Miqren ağrılarının səciyyəvi xüsusiyyətləri:

- birtərəfli
- pulsasiya edən
- bir neçə dəqiqədən bir neçə saata qədər müddətdə artan
- intensivliyinə görə: orta ağır və ağır
- ürəkbulanma, qusma, işığa və səsə qarşı həssaslığın artması ilə müşayiət olunur
- əmək qabiliyyətinin itirilməsi
- adi fiziki yükdən BA-nın güclənməsi

Miqren tutmaları ildə bir dəfədən hər gün baş verən tutmalara qədər, davamı isə 4-72 saat ola bilər.

Miqren üçün qıcıq olan amillər

Müəyyən amillər miqren tutmasına qıcıq ola bilər (qeyd etmək lazımdır ki, sadə bir qıcıq miqren tutmasının başlanmasına səbəb ola bilər, halbuki bir neçə amilin kombinasiyası tutmaya çox nadir hallarda səbəb olur): isti, soyuq, müxtəlif qoxular, parlaq işıq, səs-küy, fiziki gərginlik/hərəkət, xronik stress, yuxu pozğunluğu, vaxtsız/pis qidalanma, tütünçəkmə, cinsi yetkinlik dövrü, menstruasiya və ya ovulyasiya, menopauza, hamiləlik, dərman amili (nitroqliserin, oral kontraseptivlər, hormonal terapiya, opiat və barbituratlar, nifedipin və s.), qida məhsulları (sitrus meyvələri, tərkibində kofein, nitritlər və aspartam olan qida məhsulları, yetişmiş pendir, şokolad, alkoqol, monosodium qlutamatlı qida məhsulları və s.).

Miqrenin iki əsas növü müəyyən edilir: **aurasız miqren** (köhnə təsnifata görə sinonimlər – sadə miqren, *hemicrania simplex*) və **auralı miqren** (sinonimlər – klassik miqren, assosiasiya olunmuş miqren, oftalmik, ağırlaşmış miqren və s.).

Miqren aurası – miqren baş ağrılarının əvvəlində və ya ondan öncə baş verən simptomların kompleksidir. Tipik aura vizual və/və ya sensor hissiyyatın müvəqqəti pozulmasından və/və ya nitqin disfaziyası simptomlarından ibarətdir. Simptomlar müsbət (məsələn: işıqlanma, ləkələr, əyri xətlər, iynə batması) və mənfi (görmənin itməsi, dilin tutulması) ola bilər. Simptomlar 5 dəqiqə ərzində tam formalaşır və 60 dəqiqə ərzində keçir. Auranın müxtəlif simptomları ardıcıl olaraq baş verə bilər.

Auranın qəfil başlandığı, simptomlarının ardıcıl deyil, eyni zamanda baş verdiyi zaman, mənfi xarakterli və ya çox qısa müddətli

olması hallarında, tranzitor işemik həmlə barədə düşünmək lazımdır. Uzun sürən aura baş ağrısının ikincili səbəbinin ehtimalını artırır.

Xronik miqren üç ay ərzində ayda 15 və daha çox dəfə baş verən miqren kimi təsnifatlanır. Xronik miqren zamanı daha çox gərginlik BA-ya səciyyəvi olan əlamətlər müşahidə oluna bilər.

Miqrendən əziyyət çəkən xəstələrin 50%-nə yanlış olaraq başqa BA diaqnozu qoyulur. Ən çox yol verilən səhv diaqnoz – epizodik gərginlik diaqnozudur.

Əksər hallarda xəstələrdə tipik miqren əlamətləri müşahidə olunmur (40%-də bilateral (iki tərəfli) ağrı müşahidə olunur, xəstələrin 50%-i isə ağrını pulsasiya etməyən kimi təsvir edir, qusma halları isə 33%-dən az hallarda təsadüf olunur).

Aurasız miqren ilə epizodik GBA diferensiasiyasının çətin olmasını nəzərə alaraq, İCHD-II (Baş Ağrılarının Beynəlxalq 2-ci Təsnifatı) kriteriyalarına əsasən, miqren diaqnozunun dəqiqləşdirilməsi üçün ən azı 5 xəstəlik tutmasının olması tələb olunur. Auralı miqren diaqnozunun qoyulması üçün iki tutmanın olması tələb olunur. Birdən çox BA növü olan xəstələrdə IHS (Baş Ağrılarının Beynəlxalq Assosiasiyası) diaqnozun ən ağır baş ağrısı formasına əsaslanması ilə səviyyəli diaqnostika strategiyasını təklif edir.

Miqreni digər baş ağrıları formalarından ayırd etməyə imkan verən anamnestik məlumatların **xüsusiyyətləri** (diaqnozun qoyulması üçün aşağıda verilən simptomların hamısının olması zəruri deyil):

- fəaliyyətin məhdudlaşmasına gətirən epizodik kəskin baş ağrıları
- ürəkbulanma
- baş ağrıları zamanı işığa qarşı həssaslıq
- ağrı tutmalarıarası işığa həssaslıq
- səs-küyə qarşı həssaslıq
- tipik aura (xəstələrin 15-33%-də)
- fiziki fəaliyyət zamanı kəskinləşmə
- ailə anamnezində miqrenin olması

Funksional pozuntuların qiymətləndirilməsi ilə birgə, miqrenin diaqnostikasında ən həssas və spesifik olan əlamətlərə ürək bulanma və işığa qarşı həssaslıq aiddir.

Ürəkbulanma və işığa qarşı artmış həssaslıq ilə müşahidə olunan, əmək qabiliyyətinin məhdudlaşdırılmasına gətirən təkrarlanan kəskin baş ağrıları ilə nevroloji müayinələrin nəticələri normal olan pasiyentlər miqren xəstəliyi olan xəstələr kimi qəbul olunmalıdırlar (C).

Gərginlik baş ağrısı

Gərginlik baş ağrısı (GBA) geniş yayılmış baş ağrısı formasıdır. Kişilərdə – 42%, qadınlarda isə 49% hallarda müşahidə olunur. GBA miqrenlə müqayisədə mülayimdir. Adi hallarda GBA zamanı BA aşağıdakı xüsusiyyətlərə malikdir:

- ikitərəfli lokalizasiya
- sıxıcı və ya təzyiqedici xarakter
- ağrılar yüngüldən orta ağırlıq dərəcəsinə qədər
- ürəkbulanma və ya qusma yoxdur
- adi fiziki gərginlik zamanı artmır
- perikranial əzələlərin ağrıları, işığa və ya səs-küyə qarşı artmış həssaslıqla müşahidə oluna bilər

Epizodik (EGBA) (müxtəlif davamiyyət və başvermə tezliyinə malik və ayda 15 gün ərzində baş verən) və **xronik** (3 ay ərzində ayda 15 gündən çox müddət ərzində baş verən) GBA formaları mövcuddur.

EGBA nadir hallarda əmək qabiliyyətinin itirilməsinə gətirir və xəstələr hər zaman həkimə müraciət etmirlər. İlkin müayinə zamanı miqren, adətən, səhv olaraq GBA kimi təyin edilir.

GBA-nın səbəbləri tam aydın deyil, lakin onun əmələ gəlməsinə gətirən amillər müəyyən edilmişdir. Onların sırasına aşağıdakılar aiddir:

- emosional (həyəcan, depressiya, ailədə və həyatda stress və münaqişə vəziyyətləri)
- əmək və asudə vaxt rejiminin pozulması (işdə və ya təhsildə monoton əmək və ya artıq iş yükü, dincəlmə müddətinin yetərli olmaması)
- cinsi problemlər
- yuxunun pozulması
- havanın dəyişməsi
- gicgah-çənə oynağının disfunksiyası

- ənsə-alın və ənsəaltı əzələlərin spastik yığılması, əzələ gərginliyinə anadangəlmə meyililik

Gərginlik baş ağrısı diaqnozu nevroloji müayinələrin nəticələrinin normal olması ilə yanaşı əmək qabiliyyətinin itirilməsinə gətirməyən ikitərəfli baş ağrısı olan xəstələrə qoyulmalıdır (C).

Trigeminal vegetativ sefalgiyalar

TVS nadir hallarda baş verir və üçlü sinir nahiyəsində güclü birtərəfli ağrı tutmaları ilə səciyyələnir. Bu ağrılar ipsilateral kəllə vegetativ xüsusiyyətlərdən asılıdır.

Klaster baş ağrıları (KBA) TVS-nin ən geniş yayılmış formasıdır – əhali arasında yayılma dərəcəsi 1:1000 təşkil edir.

Paroksizmal hemikraniya – ehtimal olunan yayılma dərəcəsi 1:50 000 təşkil edir.

Konyuktivanın qızarması və göz yaşının axması ilə qısa müddətli birtərəfli baş ağrıları (KQNBA) və kranial vegetativ simptomlarla müşayiət olunan qısa müddətli birtərəfli nevralgik baş ağrıları (KVBA) nadir hallarda baş verir.

Klaster baş ağrısı

KBA-nın xüsusiyyətlərinə orbital, supraorbital, gicgah nahiyələrində və ya onların bir neçəsində cəmləşən intensiv, yalnız birtərəfli baş ağrıları aiddir. KBA-nın ən səciyyəvi əlamətlərinə aşağıdakılar aiddir:

- həddindən artıq dözülməz olması
- gündüz və gecə ərzində dəfələrlə təkrarlanması
- üz nahiyəsində aydın vegetativ əlamətlərlə təzahür etməsi
- xəstəliyin özünəməxsus formada getməsi
- ağrı tutmalarının dalbadal və ya "dəstə" şəklində baş verməsi.

Ağrı olan tərəfdə tutmalar bir və ya bir neçə əlamətlərlə müşayiət olunur: konyuktivanın qızarması, göz yaşının axması, burunun tutulması, burunun axması, alın və üz nahiyəsində intensiv tərləmə, mioz, ptoz, göz qapaqlarının şişkinliyi. Hər bir tutma gözlənilmədən başlayır və tamamlanır, 15 dəqiqədən 3 saata qədər çəkir, günaşırı bir

dəfədən gün ərzində səkkiz dəfəyə qədər təkrarlana bilər. Xəstə tutmalar zamanı həyəcanlı olur.

Bəzi xəstələrdə klaster tutmaları arasında ənənəvi və miqrenoz xüsusiyyətli baş ağrıları davam edə bilər. BA sirkad ritmə tabe olaraq ilin eyni fəslində və ilin eyni vaxtında inkişaf edir. Xəstələrin 80-90%-də KBA-nın epizodik formaları müşahidə olunur və bu zaman bir neçə həftədən bir neçə aya (adətən 6 ay) qədər davam edən xəstəliyin kəskinləşməsi dövrləri uzun müddətli remissiyalarla müşahidə olunur, xəstələrin 10-20%-də isə daha nadir hallarda baş verən Xronik forma müşahidə olunur. Bu zaman il ərzində remissiya müşahidə olunmur və ya remissiyanın müddəti 1 aydan az olur.

Paroksizmal hemikraniya

Paroksizmal hemikraniyanın klaster baş ağrısına bənzər xüsusiyyətləri var, lakin hücumlar daha qısa müddətli olur (2-45 dəqiqə) və onlar daha tez-tez – gün ərzində 40 dəfəyə qədər baş verir, adətən, qadınlarda daha çox müşahidə olunur. Xəstələrin əksəriyyəti xəstəliyin epizodik deyil, Xronik formasından əziyyət çəkir. Hücumların əksəriyyəti öz-özünə baş verir, lakin 10% halda mexaniki səbəblərdən (başın bükülməsi və ya fırlanması) baş verə bilər. Diaqnozun təsdiqlənməsi üçün istifadə edilən İCHD-II (Baş Ağrılarının Beynəlxalq 2-ci Təsnifatı) meyarları indometasinlə tam müalicəvi cavab (indometasinin terapevtik dozada təyin edildiyi zaman hücumların qarşısı tam olaraq alınır) və ağrı tutmaları zamanı ipsilateral vegetativ simptomların olmasıdır. Yəni ağrı tərəfində aşağıdakı simptomlardan birinin olması nəzərdə tutulur: konyuktivanın qızarması və/və ya göz yaşının axması; burunun tutulması və/və ya rinoreya; göz qapaqlarının şişkinliyi; alının və üzün tərləməsi; mioz və/və ya ptoz.

Konyuktivanın qızarması və göz yaşının axması ilə qısamüddətli birtərəfli nevralgik baş ağrıları (KQNBA) və kranial vegetativ simptomlarla qısamüddətli nevralgik baş ağrıları (KVBA)

KQNBA paroksizlmal hemikraniya və klaster baş ağrıları ilə oxşar xüsusiyyətlərə malikdir. Hücumların müddəti qısadır (2-250 saniyə), lakin tezliyi daha çoxdur – saatda 30-dək. Onlar bir

zərbə, zərbələr qrupu və ya üst-üstə düşən hücumlar kimi («mişar dişləri») baş verir. Tutmalar toplusu 1-3 saat davam edə bilər. Konyuktivanın qızarması və/və ya göz yaşının axması diaqnozun təsdiqi üçün tələb olunan simptomlardır.

Hücumlar kortəbii və ya üçlü sinirin qıcıqlanması (məsələn, üzə toxunma) nəticəsində və ya ekstra-trigeminal təsirdən (məsələn, idman hərəkətləri) baş verə bilər. Residivlər və remissiyaları öncədən müəyyən etmək mümkün deyil. Kranial vegetativ simptomlarla qısamüddətli nevralgik baş ağrıları KQNBA əlamətlərinə malikdir, lakin digər beyin vegetativ xüsusiyyətləri ilə müşahidə olunur.

TVS-ni miqrendən diferensiasiya edən xüsusiyyətlər cədvəl l-də verilmişdir .

Cədvəl 1. **Trigeminal vegetativ sefalgiyaları miqrendən fərqləndirən xüsusiyyətlər**

	Baş ağrısının növü			
Xüsusiyyətlər	**KQNBA**	**PH**	**KBA**	**Miqren**
Müddət	2-250 saniyə	2-45 dəqiqə	15 dəqiqə-3 saat	4-72 saat
Başlanğıc	Sürətli	Sürətli	Sürətli	Tədricən
Tezlik	Gündə 1 dəfədən saatda 30 dəfəyə qədər	Gündə 1-40 dəfə	Günaşırı bir dəfədən gündə 8 dəfəyə qədər	İldə 1 dəfədən gündə 1 dəfəyə qədər (orta hesabla ayda 1-2 dəfə)
Tutma zamanı narahatlıq	50%	50%	100%	0
İpsilateral avtonom simptomlar	Qabarıq	Qabarıq	Qabarıq	Nadir hallarda təsadüf edilir

Vegetativ klinik təzahürləri olan, bir tərəfdə lokallaşan, tez-tez, qısamüddətli baş ağrılarının olması trigeminal vegetativ sefalgiya sayılmalıdır **(D)**.

Trigeminal avtonom sefalgiyalı xəstənin ilk gəlişində onu müvafiq dar mütəxəssisə göndərmək lazımdır **(D)**.

Digər birincili baş ağrıları

Davamlı birtərəfli baş ağrıları (*Hemicrania continua*)

Hemikraniya continua (HC) sırf birtərəfli davamlı baş ağrıları ilə səciyyələnir, onların intensivliyi artır və azalır, lakin tam itmir. Qısa deşici ağrılar davamlı baş ağrılarının üstünə gələ bilər və ipsilateral vegetativ əlamətlərlə müşayiət oluna bilər (konyuktivanın qızarması və/və ya göz yaşının axması, burunun tutulması və/və ya rinoreya, ptoz və/və ya mioz). Nadir hallarda baş verməsinə baxmayaraq, HC indometasinə mütləq müsbət effekt verdiyi üçün baş ağrılarının diferensial diaqnostikasında indometasindən istifadə olunmalıdır. Baxmayaraq ki, indometasinlə müalicəyə mütləq müsbət cavab ikincili baş ağrısını istisna etmir.

Sırf bir tərəfli xronik baş ağrıları *hemikraniya continua* kimi qəbul olunmalıdır **(D)**.

Hemikraniya continua diaqnozuna şübhəli bilinən yeni xəstələri mütəxəssis müayinəsinə göndərmək lazımdır **(D)**.

Yeni gündəlik davamlı baş ağrısı

Gündəlik və başlanğıcından davamlı xarakterdə olan baş ağrıları yeni gündəlik davamlı baş ağrıları kimi təsnifatlanır. Üç ay ərzində ikincili baş ağrılarını nəzərdə saxlamaq vacibdir, bu müddətdən sonra diaqnoz qoyula bilər. Yeni gündəlik davamlı BA-nın istənilən fenotipi ola bilər. Bu müddət ərzində ikincili baş ağrılarının səbəbləri kimi subaraxnoidal qansızmaları (SAQ), meningit, yüksək beyindaxili təzyiq, onurğa beyni mayesi (likvorun) təzyiqinin aşağı olması, giqant hüceyrəli arteriit və posttravmatik BA-nı nəzərdən keçirtmək lazımdır.

Yeni gündəlik davamlı BA olan xəstələri mütəxəssis müayinəsinə göndərmək lazımdır.

İkincili baş ağrıları

İkincili baş ağrısı – əsas xəstəliyin olması nəticəsində əmələ gələn baş ağrısıdır, ilk dəfə baş ağrıları və ya əvvəllər rast gəlinən BA-dan fərqli olan baş ağrıları simptomları olan xəstələrdə onu ehtimal etmək lazımdır. Potensial ikincili baş ağrılarının əlavə müayinələr tələb edən xəbərverici əlamətləri ("**təhlükə əlamətləri**") mövcuddur.

Təhlükə əlamətləri:

- İlk dəfə baş verən və ya 50 yaşdan sonra əlamətləri dəyişmiş baş ağrısı
- İldırım sürətli baş ağrısı: qısa müddətdə (bir neçə saniyədən 5 dəqiqəyədək) intensivlik zirvəyə çatır
- Fokal nevroloji əlamətlər (məs: ətraflarda zəiflik, 5 dəqiqədən az və ya 1 saatdan artıq çəkən aura)
- Qeyri-fokal nevroloji əlamətlər (məs: koqnitiv funksiyaların pozulması əlamətləri)
- Baş ağrısının tezliyinin, əlamətlərinin və ya yanaşı simptomların dəyişməsi
- Nevroloji müayinədə patoloji simptomların aşkarlanması
- Bədən vəziyyətinin dəyişməsi ilə bağlı ağrının xarakterinin dəyişməsi
- Yuxudan ayılmağa məcbur edən baş ağrısı (diqqət: miqren səhər baş ağrılarının ən çox rast gəlinən səbəbidir!)
- BA-nın fiziki aktivlik və ya Valsalva sınağı (məs: öskürək, gülmə, gücənmə) zamanı güclənməsi
- Beyinin venoz ciblərinin trombozuna aid risk faktorlarının olması
- Çeynəmə vaxtı çənədə fasiləli ağrı və ya görmə pozğunluğu
- Ənsə əzələlərinin rigidliyi
- Qızdırma
- İİV yoluxmuşlarda ilk dəfə meydana çıxan BA
- Onkoloji xəstələrdə ilk dəfə meydana çıxan BA

Baş ağrıları və yuxarıda qeyd edilmiş simptomları olan ikincili baş ağrısı diaqnozu ehtimal edilən şəxsləri müayinələrinin davam etdirilməsi üçün mütəxəssisə göndərmək lazımdır **(D)**.

Davamlı baş ağrısı olan xəstələrdə, klaster ağrısı zamanı əmələ gələn və sonralar qalan ptoz istisna olmaqla, nevroloji müayinələr

normal olur. Ocaqlı və qeyri-ocaqlı nevroloji və/və ya patoloji simptomların olması patologiya ehtimalını əhəmiyyətli dərəcədə artırır.

Göz dibinin müayinəsini və arterial təzyiqin ölçülməsini əhatə edən müvafiq klinik və nevroloji müayinə xəstənin ilk gəlişi zamanı çox əhəmiyyətlidir **(D)**.

İldırım sürətli baş ağrısı

İldırım sürətli BA birincili və ya ikincili ola bilər. İldırım sürətli baş ağrısı – yüksək intensivliyi olan, sürətlə inkişaf edən və 1 dəqiqədən az müddətə maksimal intensivliyə çatan baş ağrısıdır. Əksər xəstələrdə baş ağrısı ani olaraq zirvəyə çatır. 19% halda SAQ olan xəstələrdə ağrı tədricən (5 dəqiqəyə qədər) maksimal səviyyəyə çatır.

Gözlənilmədən bərk baş ağrıları cinsi aktivlik və ya məşq zamanı baş verə bilər. Digər səbəblər beyindaxili qansızma, beyinin venoz sinuslarının trombozu, arteriyanın laylanması və hipofizar apopleksiya ola bilər.

İldırım sürətli birincili və ikincili baş ağrılarının etibarlı fərqləndirici əlamətləri yoxdur və SAQ zamanı qəfləti baş ağrısının meydana çıxması daha mülayim xarakterdə ola bilər.

İldırım sürətli BA içərisində ikincili BA əhəmiyyətli azlıq təşkil edir. Birinci dəfə təyin edilmiş ildırım sürətli güclü BA ilə xəstə dərhal ikincili səbəbi, xüsusilə SAQ-ni, istisna etmək üçün mütəxəssisin yanına göndərilməlidir.

İldırım sürətli BA-nın baş verməsindən sonrakı 2 həftə ərzində KT və onurğa beyini mayesinin lümbal punksiyası vasitəsi ilə aparılan müayinə mənfi olduqda SAQ diaqnozu istisna edilə bilər.

İlk dəfə ildırım sürətli baş ağrısı hadisəsi olan xəstə təxirəsalınmadan (həmin gün) müayinə edilməsi üçün xəstəxanaya göndərilməlidir **(D)**.

İldırım sürətli baş ağrısı olan xəstədə mümkün qədər tez (ilk hadisədən sonra 12 saat ərzində) beyinin kompüter tomoqrafiyası aparılmalıdır **(D)**.

İldırım sürətli baş ağrısı olan xəstədə normal KT müayinəsi nəticələri olduqda lümbal punksiya aparılmalıdır (C).

Lümbal punksiya təyin edilmiş xəstələrdə, onurğa beyini mayesinin müayinəsi keçirilərkən oksihemoqlobin və bilirubin yoxlanılmalıdır **(D)**.

Normal kompüter tomoqrafiyası və subaraxnoidal qanaxma şübhəsi olan xəstələrdə lümbal punksiya mümkün qədər tez ilk simptomların əmələ gəlməsindən 12 saat sonra aparılmalıdır.

Həkimə gec müraciət edildiyi zaman lümbal punksiya ilk simptomların əmələ gəlməsindən sonra iki həftə ərzində aparıla bilər.

Dərman vasitələrinin artıq miqdarda istifadə edilməsi nəticəsində yaranan baş ağrıları (abuzus baş ağrıları)

Dərmanların həddindən artıq istifadəsi nəticəsində əmələ gələn baş ağrısı ayın 15 və daha çox günü ərzində olan və dərmanların müntəzəm qəbulu zamanı başlayan və ya ağırlaşan ağrı kimi müəyyən olunur.

Dərmanların həddindən artıq istifadəsinə görə baş ağrıları miqren, GBA, *hemikraniya continua*, yeni gündəlik davamlı BA, KBA və KQNBA zamanı müşahidə olunur. KBA və KQNBA olan xəstələrin şəxsi və ya ailə anamnezində, adətən, miqren olur.

ICHD-II meyarlarına əsasən təklif edilir ki, dərmanların həddindən artıq istifadəsinə görə BA hesab olunması üçün: triptan, erqot, opioid və kombinə edilmiş analgetiklər qrupuna aid dərmanlar üçün onların ayda 10 gün ərzində, sadə analgetiklər üçün isə ayda 15 gün ərzində qəbul edilməsi tələb olunur.

Tez-tez baş ağrıları olan xəstələrdə xronik baş ağrısının olması riski artır. Baş ağrıları nə qədər tez-tez baş versə, risk bir o qədər yüksəkdir.

Artıq miqdarda dərman qəbulunun dayandırılması baş ağrılarının tutma tezliyinin və ağrıların kəskinliyinin azalması ilə nəticələnir.

Dərmanların həddindən artıq qəbulu ilə bağlı baş ağrısı xronik baş ağrıları (baş ağrıları ≥15 gün/ay, 3 ay ərzində) olan bütün xəstələrdə istisna edilməlidir **(D)**.

Həkim nəzərə almalıdır ki, baş ağrılarının təxirəsalınmaz və ya simptomatik müalicəsi üçün dərmanlardan istifadə edən şəxslərdə dərmanların həddindən artıq qəbulu ilə bağlı baş ağrılarının əmələ gəlməsi riski mövcuddur. Ən yüksək risk qrupuna miqrenli, tez-tez

baş ağrıları olan şəxslər və opioid tərkibli preparatlardan və ya triptanlardan artıq dərəcədə istifadə edən pasiyentlər daxildir **(D)**.

Dərmanların həddindən artıq istifadəsi ilə bağlı baş ağrılarının diaqnostikası zamanı insanda psixiatrik pozğunluğun və ya dərmandan asılılığın olduğu istisna edilməlidir (C).

Dərmanların həddindən artıq istifadəsi ilə bağlı baş ağrıları və psixi pozğunluqları və ya dərman asılılığı olan şəxslərdə hər xəstəlik ayrıca müalicə olunmalıdır. Eyni zamanda onların psixiatr və ya psixoterapevtə göndərilməsi nəzərdən keçirilməlidir (C).

Servikogen baş ağrısı

Xronik baş ağrılarının 14-18%-i servikogen mənşəlidir, yəni onurğa sütununun boyun hissəsində skelet-əzələ disfunksiyası nəticəsində əmələ gəlir.

SBA, adətən, başın bir yarısını əhatə edən, boyundan və ya ənsə nahiyəsindən başlayan və gücünə görə maksimal ağrının cəmləşdiyi başın alın və gicgah hissələrinə yayılan orta və ya mülayim intensivlikli ağrı tutmaları ilə səciyyələnir.

Ağrı boyunun spesifik hərəkəti və ya uzunmüddətli fiksə edilmiş vəziyyəti ilə bağlı güclənə bilər.

Manual müayinə oynaq hərəkətliliyini, əzələlərin dartılma qabiliyyətini və bükülmə və dartılma formasında hərəkət diapazonunu müəyyən edir və diaqnozun qoyulmasında yardım edə bilər. Əgər vizual olaraq və/və ya laborator üsullarla onurğa sütununun boyun nahiyəsində zədələnmələrin olduğu təsdiqlənirsə, baş ağrısı servikogen mənşəli ola bilər.

Baş ağrıları şikayətləri olan bütün xəstələrdə aşağıdakıların nəzərə alınması ilə boyun nahiyəsinin müayinəsini aparmaq lazımdır:

- boyunun vəziyyəti
- hərəkət həcmi
- əzələlərin tonusu
- əzələlərin ağrılı olması (**D**)

Yüksək beyindaxili təzyiq

Beyindaxili təzyiqin artması ilə bağlı BA, adətən, uzanıqlı vəziyyətdə artır və xəstəni yuxudan oyada bilər. Ağrı Valsalva

sınaqları (öskürmə, gülmə, gərginlik) və fiziki gərginlik zamanı güclənir. Valsalva sınaqları və bədən vəziyyətinin dəyişməsi zamanı gözlərdə qaralma və görmənin keçici pozulması likvor təzyiqinin artması ehtimalını göstərir. Bu simptomlardan hər hansı biri müşahidə olunarsa, əlavə müayinə üçün mütəxəssisə müraciət etmək lazımdır.

Böyük ölçüdə olmayan, xüsusilə alın payları kimi nevroloji olaraq "lal" nahiyələrdə yerləşən beyindaxili şişlər nadir hallarda baş ağrılarına səbəb olur. Hipofiz və arxa kəllə çuxuru şişləri istisna təşkil edir.

Şişə olan qansızma qəfil güclü baş ağrısı verə bilər, lakin belə xəstələrdə, qıcolmaların və ya ümumi (məsələn, koqnitiv dəyişiklər) və ya ocaqlı (məsələn, hemianopsiya, hemiparez) nevroloji simptomatikanın olması daha səciyyəvidir. Anamnezdə onkoloji xəstəlik likvor təzyiqinin yüksək olması ehtimalını artırır.

İdiopatik beyindaxili hipertenziyanın əhali arasında rastgəlinmə tezliyi hər 100 000 nəfərdən 1-3-də, 15-45 yaşlarında qadınlar arasında isə hər 100 000 nəfərdən 21-də müşahidə edilir. İdiopatik beyindaxili hipertenziya özünü beyindaxili təzyiqin artmasını müşayiət edən əlamət və simptomlarla göstərir. Xəstəlik zamanı neyrovizualizasiya müayinələri (o cümlədən KT və venoz sinusların trombozunun istisna edilməsi üçün maqnit-rezonans venoqrafiya) patologiyanın olmasını və onurğa beyini mayesi təzyiqinin artmasını aşkarlamır.

Baş ağrısı ilkin olaraq epizodik olur, sonra bir neçə həftə ərzində yüksək beyindaxili təzyiqə xas əlamətlərlə gündəlik baş ağrısına qədər inkişaf edir.

Müşahidə edilən digər əlamət və simptomlara daxildir: keçici görmə pozulması, qulaqlarda pulsasiya edən küylər, uzaqlaşdırıcı sinirin parezi, kor ləkələrin böyüməsi və papilloedema (görmə siniri disklərinin durğunluğu).

Ən çox fertil yaşda və piylənməsi olan qadınlarda baş verir.

Əksər hallarda etiologiya aydın deyil, lakin aşağıdakı ikincili səbəbləri nəzərdə saxlamaq lazımdır: venoz sinusun trombozu, müxtəlif dərmanlar (məsələn: tetrasiklinlər və retinoidlər), onurğa beyini mayesinin iltihabı dəyişiklikləri, infeksiyalar və ya törəmələr.

Baş ağrısı olan xəstədə titrətmə, boyunun rigidliyi, ocaqlı əlamətlər və ya qıcolmalar kimi əlamətlərin hamısı və ya bir neçəsi varsa, mərkəzi sinir sisteminin infeksiyası ehtimalını nəzərdən keçirmək lazımdır. İnfeksiya ümumi (meningit və ya ensefalit) və ya lokal (beyin absesi) ola bilər. Anamnezdə QİÇS olduğu halda şübhələr artır.

Beyindaxili təzyiqin artmasına dəlalət edən əlamətlərlə baş ağrısı olan xəstələri təxirə salmadan mütəxəssisə göndərmək lazımdır **(D)**.

MSS infeksiyası əlamətləri ilə olan BA-lı xəstələri təcili olaraq (həmin gün) mütəxəssisə göndərmək lazımdır **(D)**.

Beyindaxili hipotenziya (spontan və ya yatrogen)

Beyindaxili təzyiqin aşağı düşməsi ilə bağlı baş ağrıları bədənin vəziyyətinin dəyişməsi ilə əlaqəli olur. Baş ağrısı şaquli vəziyyət aldıqdan bir qədər sonra əmələ gəlir və ya güclənir və xəstə uzandıqdan sonra tezliklə azalır. Xronikləşmə zamanı o, bu xüsusiyyətini itirir. Beyindaxili hipotenziya zamanı baş ağrısının səbəbi onurğa beyini mayesinin azalmasıdır. Ən çox yayılmış səbəb – diaqnostik lümbal punksiyadır, yaxud çox vaxt aşkar olunmayan likvorun dural axması.

Şaquli vəziyyətə gələrkən inkişaf edən və ya pisləşən baş ağrıları olan xəstələrdə beyindaxili hipotenziyalar istisna edilməlidir **(D)**.

Giqant hüceyrəli arteriit

Giqant hüceyrəli arteriit (GHA) baş ağrısı yaşı 50-dən çox olan xəstələrdə nəzərdən keçirilməlidir. Ağrı gicgah nahiyəsində məhdudlaşmamaqla, daha çox diffuz xarakter daşıyır, daimidir və intensiv ola bilər. Səciyyəvi, lakin həmişə rast gəlinməyən simptom – fasiləli çeynəmədir, yəni qida qəbulu zamanı ağrılara görə xəstə çeynəməni bir neçə saniyəlik dayandırmalı olur. GHA-nın olmasını proqnozlaşdıran növbəti etibarlı əlamət – görmənin pozulmasıdır. Qabaran, təsbehvari, genişlənmiş gicgah arteriyaları diaqnoz baxımından GHA-nın ən əhəmiyyətli fiziki əlamətidir. EÇS-nin normal olması diaqnozun ehtimalını azaldır, lakin istisna etmir.

GHA diaqnozuna şübhə yaradan əlamətləri olan xəstələri dərhal müayinə üçün mütəxəssisə göndərmək lazımdır.

Yaşı 50-dən çox olan bütün xəstələrdə, xüsusilə yeni yaranmış və ya yeni növlü baş ağrısı olanlarda GHA nəzərdən keçirilməlidir **(D)**.

GHA şübhə olunan xəstələrdə EÇS və ya C-reaktiv zülalın müayinələrini aparmaq lazımdır, lakin maksimal həssaslığın və spesifikliyin əldə edilməsi üçün hər ikisinin aparılması tövsiyə edilir **(D)**.

Qapalı bucaqlı qlaukoma

QBQ orta yaşa qədər nadir hallarda baş verir. Risk amillərinə irsi faktor, qadın cinsi və hipermetropiya (uzaqgörmə) aiddir. Xəstəlik müxtəlif formalarda təzahür edir. Xəstədə bəbəyin orta dərəcədə genişlənməsi, gözdaxili təzyiqin kəskin artmasına dəlalət edən görmənin pozulması, gözlərin qızarması ola bilər. Qapalı bucaqlı qlaukoma sadalananlara alternativ olaraq qeyri-spesifik baş ağrısı, göz ağrısı, işıq mənbəyi ətrafında halə və auralı miqren baş ağrısını imitasiya edən ağrılarla özünü birüzə verə bilər. Kəskin QBQ-dən öncə keçici QBQ baş verə bilər və gözlərdə hiperemiya olmaya da bilər.

Baş ağrıları gözlərin qızarması, işıq haləsi görüntü və görmənin birtərəfli pozulması əlamətləri ilə müşayiət olunan xəstələrdə QBQ diaqnozunu nəzərdən keçirmək lazımdır **(D)**.

Kəskin qlaukoma tutması təxirəsalınmaz oftalmoloji vəziyyətdir.

Karbon oksidi (dəm qazı) ilə zəhərlənmə

Dəm qazı ilə zəhərlənmə simptomlarına baş ağrıları, ürəkbulanma, qusma, baş gicəllənmə, əzələlərdə zəiflik və tutqun görmə daxildir.

Başın və/və ya boyunun travması ilə bağlı baş ağrıları

Baş ağrılarının ən tez-tez baş verən səbəblərindən biri başın və boynun travmalarıdır. Travmaların ən ciddi nəticəsi kəllə-beyin travmasıdır (KBT). KBT-nin təzahürləri sırasında baş ağrıları önəmli yer tutur. Baş ağrılarının müxtəlif formaları və dərəcələri baş beyin zədələnmələrinin bütün dövrləri zamanı ən çox təsadüf edilən simptomlarıdır.

Baş ağrılarının beynəlxalq təsnifatında posttravmatik baş ağrıları (PTBA) kəskin və xronik formaya bölünür. Beynəlxalq Təsnifatın

meyarlarına görə kəskin BA-lar KBT-dən sonra ilk 14 gün ərzində əmələ gəlir və travmadan sonra ən çox 8 həftə sürür, xronik PTBA-lar da travmadan sonra 14 gün ərzində əmələ gəlir, lakin travmadan sonra 8 həftədən çox sürür.

Kəskin posttravmatik baş ağrıları

Başın travması ilə əlaqəli kəskin BA-lar simptomatik xarakter daşıyır. Belə BA-nın səbəblərinin müəyyən edilməsi istənilən ixtisas həkiminin başlıca vəzifəsidir. KBT-dən sonra ilk 2 həftə ərzində əmələ gələn BA baş beyinin ciddi patologiyasının əmələ gəlməsinə işarə ola bilər. İlk növbədə beyindaxili hematomaları, travmatik subaraxnoidal qansızmaları və baş beyinin zədələnməsini istisna etmək lazımdır.

Beləliklə, həkimə sinir sisteminin üzvi patologiyasının olduğunu şübhə etməyə əsas verən ən vacib narahatedici amillər üç qrupa bölünür:

- BA-nın vaxt xüsusiyyəti (travma ilə vaxt bağlılığı, başlanğıc dövrün xarakteri: qəfil baş verməsi və ya ləng inkişafı, ağrının davamiyyət müddəti, xəstəliyin gedişinin vaxt dinamikası);
- təhrik edən amillər (başın vəziyyətinin dəyişməsi, yuxu, öskürmə, başın perkussiyası və s.);
- yanaşı simptomlar (qusma, huşun pozulması, epileptik tutma, ocaqlı nevroloji simptomların əmələ gəlməsi, hərarət, meningeal sindrom).

Şübhə olunan patologiyanın neyrovizualizasiya müayinələri vasitəsilə təsdiqi mütləq tələb olunan şərtdir.

Xronik posttravmatik baş ağrıları

Simptomatik kəskin PTBA-lardan fərqli olaraq xronik hal müstəqil xarakter alır, travmanın ağırlığından və nevroloji statusun qüsurlarından asılı olmur. Ən tez-tez rast gəlinən xronik PTBA beyin strukturunda aydın dəyişikliklərə gətirməyən və morfoloji qüsurların geriyədönən olduğu BBT-dən sonra əmələ gəlir. Xronik PTBA-lar travmadan sonra aylar və illər çəkə və hətta uzaq gələcəkdə belə, inkişaf edə bilər.

Ağrı müxtəlif xarakterdə ola bilər. Adətən, o, küt, basıcı, deşici, döyəcləyici, nadir hallarda pulsasiya edən olur. Bir qayda olaraq ağrı diffuz, yayılmış olur, miqrasiya edə bilər və olduqca nadir hallarda sırf lokallaşmış olur (hemikraniya). Tutmalar saatlarla, hərdən günlərlə davam edir. Sefalgiya sindromu meteohəssasdır, fiziki, emosional gərginlik zamanı güclənir. Xronik PTBA-nın aşağıdakı formaları mövcuddur: gərginlik baş ağrıları (ən geniş yayılmış), miqrenəbənzər ağrılar, klaster baş ağrıları (nadir variantdır, kavernoz sinus nahiyəsində zədələnmənin istisna edilməsini tələb edir), nevralgiya ağrıları, servikogen ağrılar.

PTBA-nın xronikləşməsində psixososial amillər və analgetiklərdən sui-istifadə əsas rol oynayır.

Qadınlarda baş ağrıları

Qadınlarda baş ağrıları, ginekoloji statusdan (hamiləlik, aybaşı, menopauza, oral kontraseptivlərin qəbulu) asılı olaraq, spesifik təzahürlərə malik ola bilər.

Hamiləlik. Hamiləlik zamanı müalicənin təyin edilməsindən mümkün qədər çəkinmək lazımdır, xüsusilə birinci 3 ayda.

Menstrual miqren. Qadınların 50%-dən çoxunda aybaşı zamanı miqrenin baş verməsi tezliyi və ağırlığı artır. Bu, aybaşının son lütein fazasında estrogenin ifraz olunması ilə əlaqəlidir. 10%-dən az qadınlarda miqren "sırf" aybaşı ilə bağlıdır və başqa vaxtlar müşahidə olunmur.

Aybaşı ilə bağlı olmayan miqrendən fərqli olaraq menstrual miqrenin tutmaları daha ağır, daha uzun, daha böyük dezadaptasiya və standart terapiyaya davamlılıqla xarakterizə olunur.

Baş ağrıları və oral kontraseptivlər. Miqrendən əziyyət çəkən qadınlar tərəfindən oral kontraseptivlərdən istifadə edilməsi diqqət tələb edən xüsusiyyətlərə malikdir.

Auralı miqrendən əziyyət çəkən və kombinə edilmiş oral kontraseptivlərdən istifadə edən qadınlarda insult olmasının nisbi riski artır. Aurasız miqreni və yaşı 35-dən çox olan qadınlar kombinə edilmiş oral kontraseptivlərin istifadə edilməsi ilə işemik insultun yüksək riski ilə qarşılaşır. Miqreni olan və oral kontraseptivlərin təyin edilməsini tələb edən qadınlarla insult təhlükəsinin müzakirə olunması əhəmiyyətlidir. 24-44 yaşlarında qadınlar arasında insult riski çox aşağıdır.

Auralı miqreni olan qadınlar kombinə edilmiş oral kontraseptivlərdən istifadə etməməlidirlər (B).

Aurasız miqrendən əziyyət çəkən və yaşı 35-dən çox olan qadınlar kombinə edilmiş oral kontraseptivlərdən istifadə etməməlidirlər **(D)**.

Menopauza. Miqren tutmalarının ikinci zirvəsi qadınlarda 40-50 yaşlar arasında, bədəndə hormonal tarazlıq pozulanda və progesteronun səviyyəsinin kəskin şəkildə azalması hesabına "nisbi" hiperestrogeniyanın yaranması və sikldən-siklə hormonların səviyyəsinin tərəddüd etdiyi zaman baş verir. Menopauzanın başlanması və reproduktiv sistemdə dövrü proseslərin başa çatması miqrenin gedişatına müsbət təsir göstərir. Lakin bəzi qadınlarda vəziyyət pisləşə də bilər, adətən, klimakterik sindrom və ya digər psixovegetativ pozğunluqlar baş verdiyi zaman. Cərrahi menopauza (yumurtalıqların alınması), xüsusilə gənc yaşlarda, miqrenin klinik təzahürlərinə mənfi təsir edir: xəstəlik daha ağır gedişat alır.

Miqrendən əziyyət çəkən qadınlara menopauza və ya ondan öncəki dövrdə hormonəvəzedici terapiya təyin edilməlidir **(D)**.

Hormonəvəzedici terapiya fonunda xəstədə miqren simptomlarının pisləşdiyi zaman həmin terapiyanı xəstənin vəziyyətinin pisləşməsinin səbəbi kimi nəzərdən keçirmək lazımdır **(D)**.

DİAQNOSTİKA
(bax *Əlavə 2*)

BA-nın diaqnostikası əsaslanır:

- anamnezin toplanılmasına
- ümumi klinik və nevroloji müayinələrə
- tələb olunduğu halda — mütəxəssislərin baxışlarına (nevroloq, otolarinqoloq və oftalmoloq)
- laborator və instrumental müayinə metodlarına

Müayinənin vacib mərhələləri:

1. Ətraflı anamnez

Son üç ayda işdə, məktəbdə, ev işləri zamanı və ya istirahət müddətində yaranan funksional pozğunluqlar haqqında dəqiq məlumat.

Baş ağrısı xüsusiyyətlərinin dəyərləndirilməsi üçün aşağıdakıların müəyyən edilməsi tələb olunur:

Zamana görə xüsusiyyətlər:

- Tutmanın başlanmasından zirvəyə çatanadək olan müddət
- Adətən, nə vaxt tutur (mövsüm, ay, menstrual sikl, həftə, günün saatı)
- Tezliyi və davam etmə müddəti
- Həyatının son altı ayı ərzində sabitlik və ya dəyişikliklər

Vegetativ sinir sisteminin disfunksiyasına aid olan əlamətlər:

- Burunun tutulması
- Rinoreya
- Göz yaşının axması
- Göz qapağının ptozu və ya ödemi

Xarakterik xüsusiyyətlər:

- pulsasiyaedici (nəbzvari), sıxıcı, kəskin və s.

Yerləşməsi:

- birtərəfli
- ikitərəfli
- tərəfini dəyişən

Ağırlığı:

- Baş ağrısını kəskinləşdirən və ya yüngülləşdirən amillər və xarakterik cəhətlər
- Baş ağrısını aradan götürən/yüngülləşdirən amillər
- Səhhətlə bağlı digər problemlər
- Effektiv və ya effekti olmayan müalicə tədbirləri (farmakoloji və qeyri-farmakoloji)
- Aura (miqren xəstələrinin təqribən 15%-də mövcuddur)

2. Dəqiqləşdirilmiş fiziki müayinə

- Həyati göstəricilər (arterial təzyiq, nəbz, tənəffüsün sayı və hərarət)
- Yuxu arteriyaları, burunətrafı ciblər, kəllənin dəri örtüyü arteriyaları, servikal, paraspinal əzələlər kimi ekstrakranial strukturlar.
- Meningeal qışaların qıcıqlanmasını/həssaslığını yoxlamaq üçün boyunun lateral rotasiya vəziyyətində fleksiya hərəkətlərinin qiymətləndirilməsi (boyunda fleksiyanın cüzi məhdudlaşması belə pozğunluğa dəlalət edir).

3. Dəqiqləşdirilmiş nevroloji müayinə

Dəqiqləşdirilmiş nevroloji müayinə baş ağrısı ilə müraciət edən xəstədə xəstəlik və ya ikincili səbəbdən yaranan hər hansı bir anormal əlamətin müəyyən edilməsində böyük əhəmiyyətə malikdir.

Bu müayinə zamanı ən azı aşağıdakı amillər qiymətləndirilməlidir:

- Xəstənin huşunun aydınlığı/pozulması, yaddaşın pozulması və onun dərəcəsi
- Oftalmoloji müayinə: göz bəbəklərinin simmetriyası və reaktivliyi, göz dibi, görmə sahəsi və göz almasının hərəkətliliyi
- Kəllə sinirlərinin müayinəsi korneal reflekslərin, üzdə hissiyyatın və üzün simmetriyasının qiymətləndirilməsini daxil etməlidir
- Əzələ tonusu və gücünün simmetriyası (özünü əl və ayağın normal pozasının cüzi dəyişməsi ilə göstərə bilər)
- Hissiyyat
- Plantar (pəncə) cavab
- Yeriş, əllərin və ayaqların hərəkətlərinin koordinasiyası

Anamnez vasitəsi ilə baş ağrısı növünün diferensiasiyası zamanı soruşulan sualların siyahısı: bax *Əlavə 1*.

İkincili baş ağrılarına təhlükə əlamətləri olmayan və normal nevroloji müayinə zamanı anamnezində aydın miqren olan xəstələrdə neyrovizuallaşdırma tələb olunmur **(D)**.

Qeyd etmək lazımdır ki, MRT-nin və KT-nin aparılması zamanı əsas xəstəliklə əlaqəli olmayan və tanışlıq zamanı xəstədə narahatçılıq hissini yaradan və müalicə həkimlərini yanlış istiqamətləndirən müxtəlif vizual normadan kənarlaşmaların müəyyən edilməsi mümkündür.

Mütəxəssisə göndərişlər və hospitalizasiya üçün göstərişlər (ilkin tibbi yardım protokolları üçün) aşağıdakılardır:

- Diaqnozu təsdiq/təyin etmək qeyri-mümkündür
- Etiologiyası müəyyən deyil və ya mövcud olan əlamətlər kifayət qədər təhlükəlidir
- Aparılan müalicəyə baxmayaraq, baş ağrıları tutmaları öz tezliyi və ağırlığı ilə xəstənin həyat keyfiyyətinə nəzərə çarpan dərəcədə təsir edir və ya verilən dərmanlar qeyri-effektivdir, ya da xəstə "status miqrenozus"dadır.

Anamnezin toplanması

1. Pasiyentdə neçə növ baş ağrıları mövcuddur?

Hər bir BA növü üçün ayrıca anamnez tələb olunur. Xəstəni ən çox narahat edən BA-ya diqqət yetirmək daha məntiqlidir, lakin klinik baxımdan əhəmiyyətli olduqda digərləri də nəzərdən keçirilməlidir.

2. Zamana aid suallar

a) Nə üçün məhz indi həkimə müraciət etmisiniz?
b) Sonuncu dəfə BA nə zaman olub?
c) BA hansı tezlikdə baş verir və vaxt baxımdan necə olur (gündə neçə dəfə, davam etmə müddəti: epizodik, arası kəsilməyən)
d) Tutmaların davam etmə müddəti

3. Ağrının xarakterinə dair suallar

a) Ağrının intensivliyi
b) Ağrının mənşəli və keyfiyyəti
c) Ağrının yerləşməsi və yayılması
d) Yanaşı simptomlar

4. Ağrıların əmələ gəlməsi səbəblərinə dair suallar

a) Təhrik edici və/və ya şərait yaradan amillər
b) Baş ağrını azaldan və/və ya gücləndirən amillər
c) Ailə anamnezində oxşar ağrılar

5. Ağrıya olan reaksiyaya dair suallar

a) Baş ağrıları zamanı xəstənin davranışı
b) Ağrı həyat fəaliyyətini nə dərəcədə məhdudlaşdırır və ona mane olur
c) Hansı preparatlar istifadə olunub və necə

6. Tutmalararası səhhətin vəziyyətinə dair suallar

a) Tam qənaətbəxş və ya qalıq simptomlar
b) Residivlər və/və ya onların səbəblərinə görə narahatçılıq, həyəcan, qorxu.

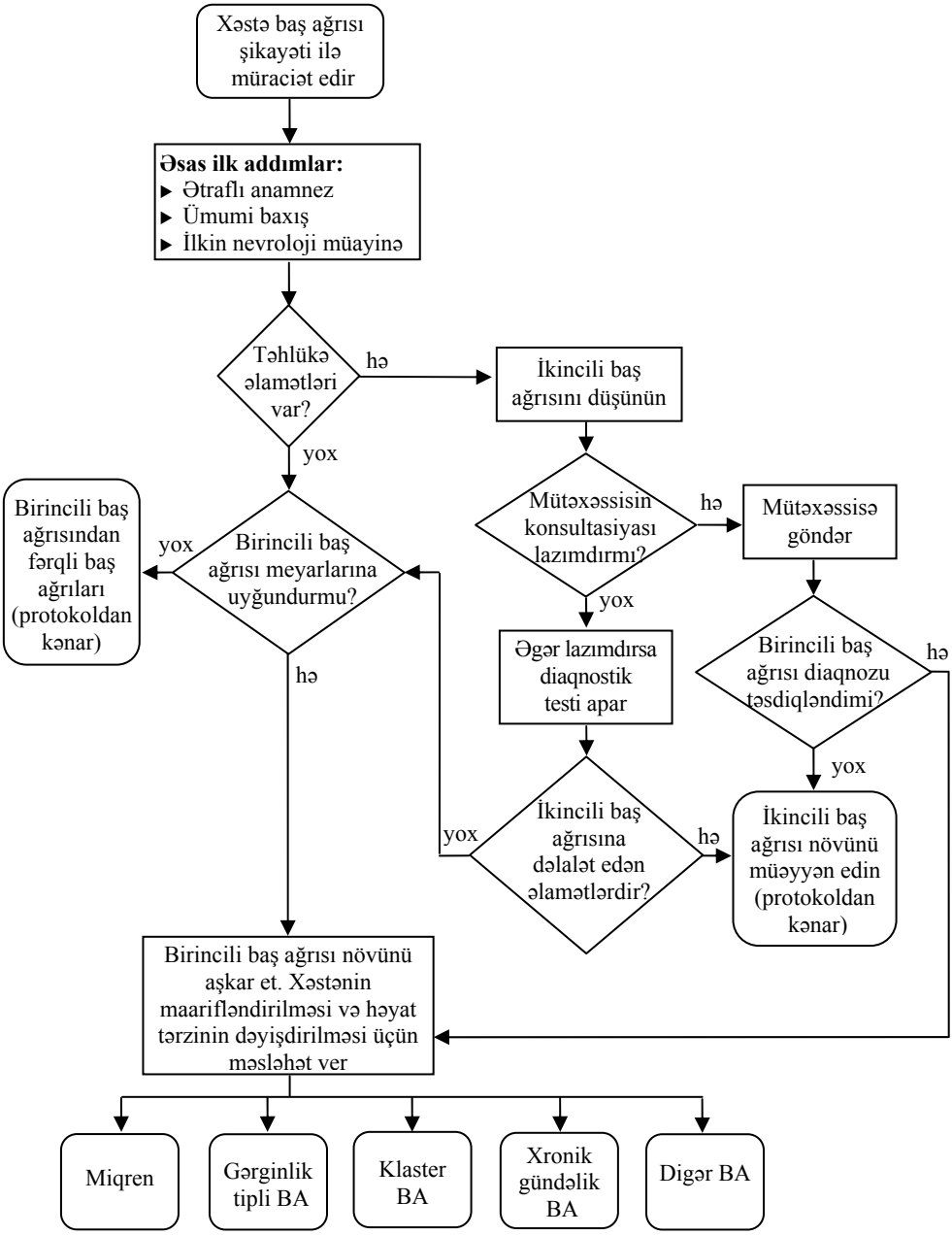
Əlavə №2

Baş ağrılarının əsas növlərinin diferensial diaqnostikası

Xüsusiyyətləri	Miqren	Gərginlik BA	Klaster BA	Servikogen BA	Giqant hüceyrəli arteriit	Subaraxnoidal qan sızması	Abuzus BA
Yerləşməsi	 Adətən bir tərəfli	 İkitərəfli	 Sırf birtərəfli (periorbital, gicgah nahiyəsində)	 Adətən birtərəfli (ənsə, təpə, qulaq və göz yuvası nahiyəsinə irradiasiya)	 Birtərəfli gicgah və ya ənsə nahiyəsində	 Generalizə olunmuş və ya bir tərəfli	 Müxtəlif
Təsviri	Pulsasiyaedici, sıxıcı	Basıcı (başda halqa və ya dəbilqə)	Yandırıcı, deşici	Küt	Yandırıcı və ya sızıldayan	Qəfil başlanğıc	Birincili ağrıların növünə uyğun olur
Ağırlığı	Orta ağır	Yüngül, orta ağır	Orta ağır, ağır	Yüngül, orta ağır	Ağır	Ağır	Müxtəlif
Səbəbləri	Neyrodamar dəyişiklikləri	Məlum deyil	Damar dəyişiklikləri	C1-C3 fəqərələri səviyyəsində onurğa sütununun zədələnməs	Məlum deyil	Subaraxnoidal qanaxma	Analgetiklərin uzunmüddətli qəbulundan sonra kəsilməsi
Müddəti	4-72 saat	30 dəqiqə-7 gün	15-180 dəqiqə	1-6 saat	Persistə edən	Müxtəlif	Persistə edən
Başlanğıcı	Tədricən	Tədricən	Sürətli	Sürətli	Sürətli	Qəfil	Tədricən

Başlama vaxtı	İstənilən zaman (adətən oyanma zamanı)	İstənilən zaman	Tez-tez eyni vaxtda (əsasən gecələr); günaşırı 1 gündə-8 tutmaya qədər	Səhər saatlarında	İstənilən zaman	İstənilən zaman	Analgetiklərin qəbulunun kəsilməsindən sonra
Prodromal əlamətləti	20-30%	Yox	Yox	Yox	Yox	Nadir hallarda	Yox
Yanaşı simptomları	Fonofobiya, fotofobiya, ürəkbulanma, qusma, iştahanın azalması, hərəkət zamanı ağrının artması	Fonofobiya, fotofobiya, fiziki gərginlik zamanı artmır	Göz yaşının axması, ağrı tərəfində burnun tutulması, konyuktivanın qızarması, "gözün arxadan basılması" hissi	Boyunda passiv hərəkətlərin məhdudlaşması, boyun əzələlərinin gərginliyi	Gicgah arteriyasının qalınlaşması və ağrılı olması, görmənin pisləşməsi, çeynəmə əzələlərində ağrı	Yuxululuq və ya komatoz vəziyyət, ənsə əzələlərinin riqidliyi, fotofobiya, 20-30% halda ocaqlı nevroloji simptomatika	Zəiflik, ürəkbulanma, qıcıqlanma, həyəcan, əhval-ruhiyənin düşməsi
Xəstəliyin başlanması (yaş)	10-30 yaş	İstənilən	Yaşlılar	İstənilən	50 yaşdan yuxarı	Adətən, 25-50 yaşlarda	İstənilən
Xəstənin cinsi	Əsasən qadınlar	Əsasən qadınlar	Əsasən kişilər	Eyni	Eyni	Eyni	Eyni
Xəstəliyin irsiyyəti	Tez-tez	Meyililik	Yox	Meyililik	Meyililik	Meyililik	Yox
Xəstənin davranışı	Sakitliyin və tənhalığın əldə olunması cəhdləri	Müxtəlif	Həyəcanlanma, başın bağlanması, hərəkətlərdə ehtiyat	Başın dönməsindən və əyilməsindən çəkinir	Dəyişiksiz	Süstlük, yuxululuq, huşun səviyyəsinin pozulması	Analgetiklərin qəbuluna qayıdış
Təhrikedici amillər	Stress, aybaşı, yuxusuzluq, hipoqlikemiya, intensiv fiziki yük, qida amilləri	Stress	Alkoqol, siqaret çəkmə, stress, damar genişləndirən dərmanların qəbulu	Başın qəfil dönməsi və ya uzun müddətli narahat vəziyyətdə olması, boyunun qamçıvari travması	Yox	Beyin damarlarının anevrizması, BBT, hipertonik xəstəlik, qan xəstəlikləri	Analgetiklərin kəsilməsi

DİAQNOSTİK ALQORİTM



Ədəbiyyat:

1. British Association for the Study of Headache. Guidelines for all healthcare professionals in the diagnosis and management of migraine, tension-type, cluster and medication-overuse headache, 3rd edition. Hull; 2007 http://217.174.249.183/upload/NS_BASH/2010_BASH_Guidelines.pdf
2. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Diagnosis and treatment of headache. Bloomington (MN); Tenth Edition/January 2011http://www.icsi.org/headache/headache__diagnosis_and_treatment_of_2609.html
3. International Headache Society. The international classification Of headache disorders, 2nd edition. Cephalalgia 2004 http://ihs-classification.org/_downloads/mixed/WatermarkedShortForm%20ICHD-II.pdf
4. Larner AJ: Guidelines for the management of headache in primary care: are they being used? *J Headache Pain* 2005, **6**(5)**:** 420-421. PubMed Abstract http://www.springerlink.com/content/v732175204j3737r
5. Matchar DB, Young WB, Rosenberg JA, et al. Evidence-based guidelines for migraine headache in the primary care setting: Pharmacological management of acute attacks. American Academy of Neurology. Accessed February 10, 2011. http://www.aan.com/professionals/practice/pdfs/gl0085.pdf
6. National Guideline Clearinghouse (NGC). Martin V, Elkind A.Diagnosis and classification of primary headache disorders In: National Guideline Clearinghouse (NGC) [Web site]. Rockville (MD): cited 2004. Available: http://www.guideline.gov.
7. Steiner TJ, Paemeleire K, Jensen R, Valade D, Savi L, Lainez MJ, Diener HC, Martelletti P, Couturier EG; European Headache Federation; Lifting The Burden: The Global Campaign to Reduce

the Burden of Headache Worldwide; World Health Organization. European principles of management of common headache disorders in primary care. J Headache Pain. 2007 Oct;8 Suppl 1:S3-47. http://www.l-t-b.org/assets/32/AD32D142-DA5C-077E-FA9391F46EE1D777_document/Principles_of_management.pdf

8. Steiner TJ, Paemeleire K, Jensen R, Valade D, Savi L, Lainez MJ, Diener HC, Martelletti P, Couturier EG; European Headache Federation; Lifting The Burden: The Global Campaign to Reduce the Burden of Headache Worldwide; World Health Organization. Aids for management of common headache disorders in primary care. J Headache Pain (2007) 8:S3 http://www.who.int/mental_health/neurology/who_ehf_aids_headache.pdf
9. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Diagnosis and management of headache in adults. *A national clinical guideline*. November 2008 http://www.sign.ac.uk/pdf/sign107.pdf
10. US Headache Consortium. Evidence-based guidelines in the primary care setting: neuroimaging in patients with nonacute headache. [cited 16 Oct 2008]. http://www.aan.com/professionals/practice/pdfs/gl0088.pdf