

Glavobolja naša nasušna





Glavobolja je jedan od najčešćih simptoma zbog kojeg se pacijenti javljaju lekaru. Istraživanja pokazuju da tokom života 70-95 odsto osoba doživi glavobolju. Od toga samo pet odsto zatraži pomoć lekara. Oko 30 odsto osoba sa glavoboljom javlja se lekaru u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. U nivou ambulantnih pregleda, više od jedan odsto čine pregledi osoba sa glavoboljom. Pokušaćemo ukratko da vam približimo značaj i kliničke manifestacije onih oblika glavobolje koji se najčešće viđaju u kliničkoj praksi.

MKG (Međunarodna klasifikacija glavobolja, ICHD-I iz 1988, i ICHD-II 2004) zbog jedinstvene terminologije i preciznih dijagnostičkih kriterijuma smatra se standardom za dijagnostiku glavobolja. Po ovoj klasifikaciji glavobolje mogu biti primarne, sekundarne, kranijalne neuralgije, primarni i centralni uzroci bola lica, i neklasifikovane i nedovoljno specifične glavobolje. S obzirom na to da se svaki tip glavobolje individualno klasifikuje, jedna osoba može imati više različitih oblika glavobolje. Primarnim glavoboljama se smatraju migrene, glavobolje tenzionog tipa, Klaster (*Cluster*) glavobolje. Sekundarne glavobolje su glavobolje nastale usled traume glave i vrata, vaskularnih i nevaskularnih intrakranijalnih poremećaja, poremećaja homeostaze, infekcija, trovanja raznim supstancama ili usled apstinencije, glavobolje poreklom oboljenja orofacijalne regije i psihijatrijskih poremećaja. Kranijalne neuralgije čine neuralgije nastale usled oboljenja kranijalnih nerava i razni oblici centralnih uzroka bola lica. Zbog provocirane glavobolje pacijenti se u svakodnevnoj kliničkoj praksi često javljaju lekaru tokom i posle stresnih situacija, nepravilne i neadekvatne ishrane, nakon unosa prevelike količine alkohola, opojnih sredstava, cigareta, kao posledica fizičke neaktivnosti.

Detaljno uzeta anamneza umnogome opredeljuje terapijske korake. Stoga je veoma važno da tokom pregleda lekar dobije detaljne informacije o lokalizaciji, intenzitetu i tipu bola, zatim vremenu javljanja, dužini trajanja, dosadašnjim intervencijama, postojećim oboljenjima i eventualno već ranije apliciranoj terapiji ili nekim drugim tretmanima bilo da su dati u okviru pomoćnih medicinskih metoda ili fizikalnih i sl. Za razliku od primarnih, sekundarne glavobolje karakterišu: nagli početak, javljanje najčešće posle fizičkog napora, izmenjen neurološki i mentalni status, obično obuhvataju dob stariju od 50 godina, patološki vitalni znaci, pogoršanje tokom opservacije, već poznate prethodne bolesti kao npr. karcinom, povrede glave i vrata, metabolički poremećaji, epileptički napadi, infekcije bilo da se radi o sistemskim ili lokalnim infekcijama (npr. infekcije sinusa) i sl.

Sve navedeno je naročito važno pri prvom pregledu i umnogome može opredeliti tok dijagnostike, jer nemali broj glavobolja može biti uzrokovan oboljenjima mozga koja zahtevaju urgenciju (tumori mozga, krvarenja i sl.). Dijagnoza za primarne glavobolje se postavlja u odnosu na simptome, a za sekundarne glavobolje u odnosu na etiologiju.

Ukratko ćemo se osvrnuti na najčešće pominjane oblike glavobolja u kliničkoj praksi.

Migrena

Migrena je najčešće opisivan primarni oblik glavobolje. Milioni ljudi svakodnevno su pogođeni migrenama ali, prema mišljenju stručnjaka, ova bolest je često nedijagnostikovana, pogrešno dijagnostikovana ili jednostavno pogrešno shvaćena. Smatra se hereditarno uslovljenom, a najčešće se javlja u adolescentnom dobu, neretko već i u dečijem uzrastu, i to već u prvoj deceniji života. Migrena podrazumeva

paroksizmalni poremećaj koji potiče iz jedra moždanog stabla. Incidenca oboljevanja je 370 obolelih na 100.000 osoba, 15–20% stanovništva, od toga su 12–20% žene i svega 3–4% muškarci. U ekonomski razvijenim zemljama zastupljena je u znatno višem procentu i iznosi 10-12% (kod muškaraca 4,8%, a kod žena 14,6%). Po pomenutoj klasifikaciji ICHD II – migrena se deli na migrenu bez aure i migrenu sa aurom, u detinjstvu su obično prekursorne migrene, zatim retinalnu migrenu, komplikacije migrene, verovatnu migrenu.

Često se opisuju najveći mitovi o migreni, kao na primer: migrena je samo

Pošto smo samo u najkraćim crtama naveli najznačajnije i najčešće oblike glavobolja koje lekar svakodnevno može sresti u svojoj praksi – osvrnimo se na najznačajnija pitanja koja pri pregledu pacijenta lekar ne sme izostaviti:

1. detaljno ispitati simptome i utvrditi da li je prisutno više tipova glavobolje;
2. koliko se često javlja i koliko dugo traje (minuta, sati, dana);
3. kolika je jačina bola;
4. kakav je kvalitet bola: pulsirajući, stežući, probadajući, tišteći;
5. da li se bol pogoršava prilikom fizičkog napora ili ne;
6. gde je lokalizovan – u određenoj regiji ili difuzan;
7. da li ima udruženih simptoma koji prate bol;
8. da li je prepoznatljiv uzrok ili početak glavobolje koji je ranije markiran.

Bilo kako bilo, glavobolja je jedan od najznačajnijih uzroka i najčešći remeteći faktor kvaliteta života uopšte.



jaka glavobolja, a glavobolja je samo jedan od simptoma migrene. U ostale spadaju mučnina, povraćanje, osetljivost na svetlost i zvuk, poteškoće s govorom, usporenost, depresivno raspoloženje, ali i ozbiljne organske bolesti, kao što su srčana oboljenja i moždani udar. Po nekima, depresivni ljudi su skloniji migrenama jer su nezadovoljstvo i neraspoloženje provokativni faktori, te neki ova dva stanja posmatraju uzročno-posledično u oba smera. Po nekima su alergije često uzrok migrena. Takođe, žene tri puta češće obolevaju nego muškarci. Ovo se naročito odnosi na periode menstrualnog ciklusa kada su migrene kod velikog broja žena neizostavni prateći simptom. Kao što vidite, zbog složenosti samog statusa, veoma je složen i proces dijagnostikovanja i opservacije osoba sa sumnjama na simptome migrene. Zbog toga ćemo se ukratko zadržati na simptomatologiji koja je klinički najčešća i prepoznatljiva. Ovaj oblik glavobolje praćen je simptomima koji su inače pomenutom klasifikacijom izneti kao prateći, i to najmanje pet od navedenih: atak glavobolje nelečen ili neuspješno lečen i traje 4-72h; glavobolja ima najmanje dve osobine, unilateralna lokalizacija, pulsirajući kvalitet, umeren ili jak intenzitet bola, pogoršanje sa pojačanjem rutinskih fizičkih aktivnosti, posebno izražene. Tokom glavobolje prisutan je bar jedan simptom: mučnina sa povraćanjem ili bez njega i fotofobija (preosetljivost na svetlosnu draž) i fonofobija (preosetljivost na zvuke) i ne može se pripisati drugom oboljenju koje

u trenutku dijagnostike može uzrokovati glavobolju.

Najčešći prototip migrene, koji obuhvata 85 odsto bolesnika, daleko češći od one sa aurom i obično vezan za menstrualni ciklus, jeste migrena koja nosi raniji naziv obična ili hemikranična (*hemikrania simplex*) migrena. Novi naziv za ovaj oblik je migrena bez aure.

Migrena sa aurom (raniji naziv je klasična ili komplikovana migrena) je atak reverzibilnih fokalnih neuroloških simptoma koji se postepeno javljaju tokom 5-20 min. i traju manje od 60 minuta. Najčešće sledi glavobolja mada ona može početi i pre i tokom aure. Statističkom obradom podataka, kod ispitivanih osoba zabeležen je najčešće vizuelni tip aure, u čak 99 odsto slučajeva. Za postavljanje ovog oblika migrene potrebna su najmanje dva dijagnostikovana ataka.

Dokazano je da i pojedine vrste namirnica mogu biti direktan uzrok pojave migrene. Mesne preradevine bogate nitrinitima, kao što su viršle, salame, kobasice, mogu provocirati napade, a naročito je interesantno da napade glavobolje mogu isprovocirati i čokolada (koja sadrži phenylethylamin), kao i konzumiranje luka, prevrelih sireva, stres, namirnice koje sadrže mononatrijum glutamat, nitrata (obrađeno meso poput viršle), tiramin (stariji sir i dimljena riba), alkohol, a kod nekih osoba i orgazam. Takođe je zanimljivo i da gladovanje ili smanjen, kao i nekontrolisan unos hrane može kod nekih osoba da bude provocirajući faktor ovog tipa glavobolje. Takođe se, često, kao uzrok migrenoznog napada

kod pojedinaca pominje alkohol i nikotin, pa i crno vino, iako je preporučljivo njegovo konzumiranje u malim količinama. Na ovom mestu moramo naznačiti i činjenicu da je i izlaganje suncu, isto tako, jedan od faktora rizika za pojavu napada migrene, ne samo zbog UV zračenja i prekomerne toplote već i zbog provocirajućeg svetlosnog efekta.

Glavobolja tenzionog tipa (GTT)

Ova vrsta glavobolje je takođe jedan od veoma često pominjanih oblika glavobolje. GTT se javlja kao retka epizodična GTT (jednom mesečno, oko 12 puta godišnje) ili česta epizodična GTT koja pokriva 180 dana godišnje, znači 15 dana mesečno. Jasno je da ovaj oblik glavobolje može veoma uticati na svakodnevne radne zadatke i kvalitet života uopšte. Ona takođe može biti hronična kada se javlja u više od 180 dana godišnje i može biti verovatna GTT koja još uvek nije po obliku i kliničkoj slici dijagnostički opredeljena.

Glavobolja ovog tipa obuhvata simptome koji se za postavljanje dijagnoze moraju javiti u deset epizoda glavobolje, a obuhvataju: napad bola koji traje 30 minuta do 7 dana; ima najmanje dve osobine, bilateralna lokalizacija, bol je po tipu stezanja ili pritiska (nije pulsirajući), po intenzitetu može biti blag do umeren i ne pogoršava se pri obavljanju rutinskih dnevnih zadataka, kao što je, na primer, hodanje ili penjanje uz stepenice ili slično. I jedan i drugi oblik

ne prati mučnina niti povraćanje, kao što nema fotofobije (preosetljivosti na svetlosnu draž) niti fonofobije (preosetljivosti na zvuk).

Ovaj oblik glavobolje se tokom detaljne i iscrpne anamneze, koju obavlja lekar, ne može pripisati drugom oboljenju, niti vezati za neko drugo. Periferni uticaji se tradicionalno smatraju ključnim za nastanak tenziona glavobolje. U nastajanju hroničnog oblika ove glavobolje najznačajniju ulogu imaju centralni faktori. Glavobolju tenzionog tipa karakteriše postepen početak, često prolazi spontano, a najčešće pogađa mlađe osobe i to češće muškog pola. U kliničkoj praksi su najčešće kao faktori rizika za javljanje GTT markirani: opšte loše stanje, poremećaj spavanja, posebno stres, napetost miškulature u predelu vrata, gladovanje, u poslednje vreme se kao uzrok ovome pominju sve češće glavobolje zbog uticaja vremenskih promena kod meteoropata. Loše prognostičke glavobolje ovog tipa su hronične, udružene sa migrenom uz poremećaj spavanja.

Trigemino-autonomne glavobolje (TAG)

Ovaj oblik glavobolja čine jednu veliku grupu glavobolja u koje spadaju: Klaster glavobolja (akutna ili hronična), paroksizmalna hemikrania koja može biti epizodična i hronična paroksizmalna hemikranija; kratkotrajni unilateralni neuralgiformni ataci glavobolje sa konjunktivalnom hiperemijom i lučenjem suza (SUNCT); verovatne trigeminalne autonomne cefalalgije, kao što su verovatna Klaster glavobolja, verovatna paroksizmalna hemikranija i verovatni SUNCT.

TAG spada u primarne glavobolje udružene sa autonomnim fenomenima. Prevalenca oboljevanja od ovog tipa glavobolje je 0,1 – 0,4%. Za njih je značajno istovetno ispoljavanje kliničkih simptoma po tipu unilateralne trigeminalne distribucije (jednostrano bol podseća na bol kod oštećenja n. trigeminisa) različite je dužine trajanja, nema pravila u javljanju i učestalosti ataka, kao ni u intenzitetu bola. Kod ovog tipa glavobolje veoma je izražen autonomni fenomen i jasan odgovor na terapiju. Klinički simptomi TAG su konjunktivalna hiperemija i / ili lakrimacija (crvenilo ili pojačan vaskularni crtež konjunktive i beonjače te strane lica); nazalna kongestija i/ili rinorea (pojačan sekret iz nosa tokom bola), vrlo često edem kapka,

znojenje čela ili lica, a ne retko mioza i/ili ptoza kapka te strane lica. U svega tri odsto nedostaju autonomni fenomeni.

Glavobolje vezane za posttraumatski stresni poremećaj

Ono što bi bilo vredno pomenuti na ovom mestu jeste veliki značaj ovih glavobolja i u proteklom periodu zapažen linearni rast glavobolja porekla posttraumatskog stresnog poremećaja. Radi se, zapravo, o psihijatrijskom poremećaju koji kod nekih osoba nastaje nakon izuzetno jakog stresnog događaja koji predstavlja stvarnu ili preteću smrt, ozbiljnu povredu ili ugrožavanje nečijeg fizičkog integriteta. Kod ovog tipa glavobolje najviše su izraženi simptomi bespomoćnosti ili užasa i intenzivan strah.

U ovoj grupi glavobolja dominiraju simptomi nametanja ponovnog proživljavanja traume, zatim izbegavanja i emocionalne tuposti ili preterane razdražljivosti, odnosno pobuđenosti. Ovi simptomi mogu biti kratkotrajni ili, pak, doživotni. Pacijenti su neretko predmet medicinskog veštačenja zbog velike socijalne izolovanosti i visokog procenta izostanaka s posla, te sledstveno potrebe penzionisanja. U ovoj oblasti posebno su upadljivi



procesu oštećenja memorije uz postojanje „ostrvaca“ memorije jer je traumatski događaj implementiran u sistem za nedeklerativnu memoriju. Ovi momenti su posebno važni zato što se obično analiziraju u periodu kada se i najčešće dešavaju, a to je period najveće radne sposobnosti pojedinca, te su stoga na posebnom mestu po važnosti s obzirom na učestalost trauma. Ne malo važne za navedeno su i migrene koje takođe zauzimaju visoko mesto po odsustvovanju s posla i radnom onesposobljavanju uošte.

Headache is one of the most common reasons why patients go to see a doctor and one of the most disturbing factors regarding the quality of life in general.

70-95% people have a headache during their lives, and 5% of those seek medical assistance. The IHC (International Headache Classification, ICHD-I from 1988, and ICHD-II from 2004) for the reasons of unique terminology and precise diagnostic criteria is considered to be standard for headache diagnostics. They can be primary and secondary cranial neuralgias; primary and secondary causes of facial pain and unclassified and insufficiently specific headaches.

Since each type of headache is classified individually, one person can suffer from a number of different forms of headache. Headaches that are considered as primary are migraine, tension-type headaches and cluster headaches.

Secondary headaches are attributed to head injuries, vascular or non-vascular disorders, headaches attributed to substances and infections. They are: head and neck trauma, vascular and non-vascular intracranial disorders, disorder of homeostasis, infections, attributed to substance or its withdrawal, headaches attributed to affected orofacial region and psychiatric disorder. Cranial neuralgias are cranial neuralgias attributed to disorder of cranial nerves and various forms of central causes of facial pain. Posttraumatic headache are a separate group, because they are highly-important for forensics.

During the examination, it is very important for the doctor to receive detailed information on the locality of the pain, intensity, type of pain, time of occurrence, its time-course, interventions up to now, existing co-morbidities, and therapy that has already been suggested.

All of the above is of utmost importance during the first examination and can determine the diagnostic flow to a great degree, because a large number of headache types can be caused by brain disorders which require urgent treatment (brain tumours, haemorrhages and similar).

Headache diagnostics for primary types is based on the symptoms, and for the secondary ones it is based on etiology.

Feel free to find more in the story on headaches.