

მიღებულია “კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასებისა და დანერგვის ეროვნული საბჭოს” 2009 წლის 30 დეკემბრის №2 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2010 წლის 11 ოქტომბრის № 333/თ ბრძანებით

თავის ტკივილის მართვა პირველად ჯანდაცვაში

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო
სტანდარტი

(პროტოკოლი)

თავის ტკივილის მართვა პირველად ჯანდაცვაში (პროტოკოლი)

1. დაავადების/პრობლემის განმარტება

თავის ტკივილი ეწოდება ტკივილს თავის არეში, რომელიც ლოკალიზებულია თვალებისა და ყურების ზემოთ, კეფაში ან კისრის ზედა ნაწილის უკან.

თავის ტკივილი ზოგადად კლასიფიცირდება, როგორც პირველადი ან მეორეული, ხოლო აღნიშნული ფორმები კი შემდგომში იყოფა თავის ტკივილის სპეციფიურ ტიპებად. პირველადი თავის ტკივილი ეწოდება ტკივილს, რომელიც არ არის ასოცირებული სხვა გამომწვევ პათოლოგიასთან და იგი მოიცავს შაკიკს, დაძაბვისა და კლასტერულ თავის ტკივილს. მეორეული ეწოდება თავის ტკივილს, რომელიც უკავშირდება რომელიმე გამომწვევ პათოლოგიურ მდგომარეობას და მასში შედის ინფექციური, ნეოპლაზიური, ვასკულური, მედიკამენტებით გამოწვეული ან იდიოპათიური წარმოშობის თავის ტკივილი.

გაიდლაინში გამოყენებულია თავის ტკივილის საერთაშორისო საზოგადოების კლასიფიკაციის (ICHD-II) შერჩევითი დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები.

2. სადიაგნოზო კრიტერიუმები

თავის ტკივილის დიაგნოზი ანამნეზს, ობიექტური გასინჯვისა და ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული გამოკვლევების შედეგებს ეყრდნობა. თავის ტკივილის ანამნეზური შეკითხვების მაგალითი იხილეთ დანართში.

ქვემოთ მოცემულია თავის ტკივილის საერთაშორისო საზოგადოების კლასიფიკაციის (ICHD-II) შერჩევითი დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები, რომელშიც არ არის შესული კლასიფიკაციის ყველა ერთეული; შესაბამისად, ნუმერაციის თანმიდევრულობაც დარღვეულია.

1. შაკიკი

1.1. შაკიკი აურის გარეშე.

აღწერილობა: თავის ტკივილის მორეციდივე პათოლოგია, რომელიც ვლინდება 4-72 საათის ხანგრძლივობის შეტევებით. თავის ტკივილის ტიპური დამახასიათებელი ნიშანია ცალმხრივი ლოკალიზაცია, მოპულსირე ხასიათი, საშუალო ან მძიმე ხარისხის ინტენსივობა, გაუარესება ჩვეული ფიზიკური აქტივობის შედეგად და თანმხლები ღებინება და/ან ფოტოფობია და ფონოფობია.

სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები:

- A. სულ მცირე 5 შეტევიდან, ერთი უნდა აკმაყოფილებდეს B-D სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმებს;

- B. თავის ტკივილის შეტევა გრძელდება 4-72 საათის განმავლობაში (მკურნალობის არარსებობის ან წარუმატებელი მკურნალობის პირობებში);
- C. თავის ტკივილს ახასიათებს ქვემოთ ჩამოთვლილიდან სულ მცირე ორი ნიშანი:
 - 1. ცალმხრივი ლოკალიზაცია;
 - 2. მოკულისირე (მფეთქავი) ხასიათი;
 - 3. ტკივილის ინტენსივობა საშუალო სიმძიმის ან მძიმეა;
 - 4. გაუარესება დაკავშირებულია ჩვეულ ფიზიკურ აქტივობასთან ან ტკივილის გამო ხდება ფიზიკური აქტივობისთვის (მაგალითად, ფეხით სიარულის, ან საფეხურებზე ასვლის) თავის არიდება.
- D. თავის ტკივილის დროს ადგილი აქვს ქვემოთ ჩამოთვლილიდან სულ მცირე ერთ ნიშანს მაინც:
 - 1. გულისრევა და/ან ღებინება;
 - 2. ფოტოფობია და ფონოფობია.
- E. არ არის დაკავშირებული სხვა პათოლოგიასთან.

1.2. შაკიკი აურით

აღწერილობა: მორეციდივე პათოლოგია, რომელიც ვლინდება შექცევადი ფოკალური ნევროლოგიური სიმპტომების შეტევების სახით. შეტევები ჩვეულებრივ, ვითარდება თანდათანობით 5-20 წუთის განმავლობაში და გრძელდება სულ მცირე, 60 წუთის მანძილზე. აურის სიმპტომებს ჩვეულებრივ, თან სდევს თავის ტკივილის განვითარება, რომელიც ხასიათდება აურის გარეშე მიმდინარე შაკიკისთვის დამახასიათებელი ნიშნებით. უფრო იშვიათად თავის ტკივილი მოკლებულია შაკიკის მახასიათებლებს, ან იგი საერთოდ არ ვლინდება.

სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები:

- A. სულ მცირე 2 შეტევა, რომელიც აკმაყოფილებს B კრიტერიუმს;
- B. შაკიკის აურა აკმაყოფილებს 1.2.1-1.2.6 ქვეტიპების B და C კრიტერიუმებს;
- C. არ არის დაკავშირებული სხვა პათოლოგიასთან.

1.2.1. ტიპური აურა შაკიკის ტიპის თავის ტკივილით

სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები:

- A. სულ მცირე, 2 შეტევა, რომლებიც აკმაყოფილებს B-D კრიტერიუმებს;
- B. აურა, რომელიც მოიცავს ქვემოთ ჩამოთვლილიდან სულ მცირე, ერთ-ერთს მაინც, მაგრამ არა მოტორულ სისუსტეს:
 - 1. სრულად შექცევადი ვიზუალური სიმპტომები, პოზიტიური ნიშნების (მაგალითად, სინათლის ციმციმი, ლაქები ან ხაზები) და/ან

ნეგატიური ნიშნების (მაგალითად, მხედველობის დაკარგვის) ჩათვლით.

2. სრულად შექცევადი სენსორული სიმპტომები პოზიტიური (მაგალითად, ჩხვლეტისა და შერჭობის შეგრძნება) და/ან ნეგატიური (მაგალითად, დაბუჟების) ნიშნების ჩათვლით;
 3. მეტყველების სრულად შექცევადი დისფაზიური დარღვევა.
- C. ქვემოთ ჩამოთვლილიდან ხუთ მცირე ორის არსებობა:
1. ჰომონიმური ვიზუალური სიმპტომები და/ან უნილატერალური სენსორული სიმპტომები;
 2. აურის სულ მცირე ერთი სიმპტომი მაინც, რომელიც თანდათანობით ვითარდება ≥ 5 წუთის მანძილზე და/ან აურისგან განსხვავებული სიმპტომი, რომელიც ვლინდება თანმიმდევრულად ≥ 5 წუთის შემდეგ;
 3. თითოეული სიმპტომი გრძელდება ≥ 5 და ≤ 60 წუთის განმავლობაში.
- D. 1.1 შაკიკი აურის გარეშე-ს B-D კრიტერიუმების დამაკმაყოფილებელი თავის ტკივილი ვითარდება აურის პერიოდში ან მოყვება მას 60 წუთის განმავლობაში.
- E. არ არის დაკავშირებული სხვა პათოლოგიასთან.

1.5.1. ქრონიკული შაკიკი

- A. თავის ტკივილი (დაძაბულობის ტიპის თავის ტკივილი და/ან შაკიკი), რომელიც გრძელდება თვეში ≥ 15 დღის მანძილზე სულ მცირე 3 თვის განმავლობაში;
- B. უვითარდება პაციენტებს, რომელთაც აქვთ სულ მცირე 5 შეტევა, რომელიც აკმაყოფილებს 1.1. შაკიკი აურის გარეშე-ს სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმებს;
- C. სულ მცირე 3 თვის მანძილზე ≥ 8 დღის განმავლობაში თავის ტკივილი აკმაყოფილებს ქვემოთ მოყვანილ C1 და/ან C2 კრიტერიუმებს, რაც ნიშნავს იმას, რომ დაკმაყოფილებულია ტკივილისა და ასოცირებული სიმპტომების კრიტერიუმები შაკიკისათვის აურის გარეშე:
 1. ვლინდება სულ მცირე ორი a-d ნიშნებიდან:
 - (a) ცალმხრივი ლოკალიზაცია;
 - (b) მოკულისირე ხასიათი;
 - (c) ტკივილის საშუალო ან მძიმე ინტენსივობა;
 - (d) გაუარესება დაკავშირებულია ჩვეულ ფიზიკურ აქტივობასთან ან ტკივილის გამო ხდება ფიზიკური აქტივობისთვის (მაგალითად, ფეხით სიარულის, ან საფეხურებზე ასვლის) თავის არიდება.

და სულ მცირე ერთი ნიშანი **a** ან **b** კრიტერიუმებიდან:

- (a) გულისრევა და/ან ღებინება;
 - (b) ფოტოფობია და ფონოფობია.
2. ტკივილი გადის ან მსუბუქდება ტრიპტანების ან ერგოტამინის ზემოქმედებით ზემოთ მოყვანილი მოსალოდნელი C1 სიმპტომების განვითარებამდე მიღების შემთხვევაში.
- D. ადგილი არა აქვს მედიკამენტების ჭარბად გამოყენებას და არ არის დაკავშირებული სხვა მიზეზობრივ პათოლოგიასთან.

2. დაძაბულობის ტიპის თავის ტკივილი

2.1. იშვიათი ეპიზოდური დაძაბულობის ტიპის თავის ტკივილი

აღწერილობა: თავის ტკივილის იშვიათი ეპიზოდები, რომლებიც გრძელდება რამდენიმე წუთიდან რამდენიმე დღემდე. ტკივილი ტიპიურ შემთხვევებში ბილატერალურია, დამწოლი ან მოჭერითი ხასიათის, მსუბუქი ან საშუალო ინტენსივობის და მისი გაუარესება არ ხდება რუტინული ფიზიკური აქტივობის შედეგად. ამ დროს ადგილი არა აქვს გულისრევას, მაგრამ შესაძლებელია გამოვლინდეს ფოტო - ან ფონოფობია.

სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები:

- A. სულ მცირე 10 ეპიზოდი, რომელიც ვითარდება საშუალოდ თვეში < 1 დღეზე სიხშირით (< 12 დღეზე წელიწადში) და აკმაყოფილებს B-D კრიტერიუმებს;
- B. თავის ტკივილი გრძელდება 30 წუთიდან 7 დღემდე;
- C. თავის ტკივილი ხასიათდება ქვემოთ ჩამოთვლილიდან სულ მცირე, ორი ნიშნით:
 - 1. ბილატერალური ლოკალიზაცია;
 - 2. ზეწოლითი/მოჭერითი (არა მფეთქავი) ხასიათი;
 - 3. მსუბუქი ან საშუალო ინტენსივობის;
 - 4. არ უარესდება ისეთი ჩვეული ფიზიკური აქტივობის ფონზე, როგორცაა მაგალითად ფეხით სიარული ან კიბეებზე ასვლა.
- D. ქვემოთ ჩამოთვლილიდან ორივე:
 - 1. არ აღინიშნება გულისრევა ან ღებინება (შესაძლებელია გამოვლინდეს ანორექსია);
 - 2. ფოტოფობიიდან ან ფონოფობიიდან ვლინდება მხოლოდ ერთ-ერთი.
- E. არ არის დაკავშირებული სხვა პათოლოგიასთან.

± მანუალური პალპაციისას პერიკრანიული კუნთების მომატებული დაჭიმულობა.

2.2. ხშირი ეპიზოდური დაძაბულობის ტიპის თავის ტკივილი

სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები:

იგივეა, რაც 2.1. იშვიათი ეპოიზოდური დაძაბულობის ტიპის თავის ტკივილის შემთხვევაში, გარდა:

- A. სულ მცირე 10 ეპიზოდი, რომელიც ვითარდება თვეში ≥ 1 , მაგრამ < 15 დღის განმავლობაში, სულ მცირე 3 თვის მანძილზე (≥ 12 და < 180 დღეზე წელიწადში) და აკმაყოფილებს B-D კრიტერიუმებს (2.1).

2.3. ქრონიკული დაძაბულობის ტიპის თავის ტკივილი

სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები:

იგივეა, რაც 2.1. იშვიათი ეპოიზოდური დაძაბულობის ტიპის თავის ტკივილის შემთხვევაში, გარდა:

- A. თავის ტკივილი, რომელიც ვითარდება ≥ 15 დღეზე საშუალოდ > 3 თვის განმავლობაში (≥ 180 დღეზე წლის მანძილზე) და აკმაყოფილებს B-D კრიტერიუმებს (2.1).

3. კლასტერული თავის ტკივილი და სხვა ტრიგემინულ-ავტონომიური ცეფალალგიები

3.1. კლასტერული თავის ტკივილი

აღწერილობა: მკვეთრად უნილატერალური თავის ძლიერი ტკივილის შეტევები, რომელიც ხასიათდება ორბიტალური, სუპრაორბიტალური, ტემპორალური, ან ამ არეების რაიმე სახის კომბინირებული ლოკალიზაციით, გრძელდება 15-180 წუთის განმავლობაში და ვითარდება ყოველდღიურად ერთიდან 8 შეტევამდე სისშირით. შეტევები ასოცირებულია ჩამოთვლილიდან ერთ ან მეტ ნიშანთან, რომელთაგანაც თითოეული იფსილატერალურია: კონიუნქტივის ჰიპერემია, ცრემლდენა, ცხვირით სუნთქვის გაძნელება, რინორეა, შუბლისა და სახის ოფლიანობა, მიოზი, ფტოზი, ქუთუთოს შეშუპება. პაციენტთა უმრავლესობა შეტევის პერიოდში მოუსვენარი ან აჟიტირებულია.

სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები:

- A. სულ მცირე 5 შეტევა, რომელიც აკმაყოფილებს B-D კრიტერიუმებს.
- B. მძიმე ან ძალიან მძიმე უნილატერალური, სუპრაორბიტალური და/ან ტემპორალური ტკივილი, რომელიც გრძელდება 15-180 წუთის განმავლობაში;
- C. თავის ტკივილს თან სდევს ქვემოთ ჩამოთვლილიდან ერთ-ერთი:
 1. კონიუნქტივის იფსილატერალური ჰიპერემია და/ან ცრემლდენა;
 2. ცხვირის იფსილატერალური გაჭედულობა და/ან რინორეა;
 3. ქუთუთოს იფსილატერალური შეშუპება;
 4. შუბლისა და სახის იფსილატერალური ოფლიანობა;
 5. იფსილატერალური მიოზი და/ან ფტოზი;
 6. მოუსვენრობის ან აჟიტირების შეგრძნება.

- D. შეტევების სიხშირე მერყეობს ყოველდღიურად ერთიდან 8-მდე დღეში;
- E. არ არის დაკავშირებული სხვა დაავადებასთან.

3.1.1. ეპიზოდური კლასტერული თავის ტკივილი

კლასტერული ტკივილის სულ მცირე ორი პერიოდი, რომელიც გრძელდება 7-365 დღის განმავლობაში და ერთმანეთისაგან განცალკევებულია 1 თვეზე ნაკლები ხანგრძლივობის რემისიის პერიოდით.

3.1.2. ქრონიკული კლასტერული თავის ტკივილი

შეტევები ვითარდება 1 წელზე მეტი დროის განმავლობაში რემისიის პერიოდების გარეშე ან რემისიის პერიოდით, რომლის ხანგრძლივობაც < 1 თვეზე.

3.2. პაროქსიზმული ჰემიკრანია

აღწერილობა: თავის ტკივილის შეტევები, რომელთა ტკივილის მახასიათებლები და ასოცირებული სიმპტომები და ნიშნები მსგავსია კლასტერული თავის ტკივილისა, მაგრამ ხასიათდება ნაკლები ხანგრძლივობით. შეტევები უფრო ხშირია, მეტად გავრცელებულია ქალებში და აბსოლუტურად ემორჩილება ინდომეტაცინით მკურნალობას.

სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები:

- A. სულ მცირე 20 შეტევა, რომელიც აკმაყოფილებს B-D კრიტერიუმებს;
- B. მძიმე უნილატერალური ორბიტალური, სუპრაორბიტალური ან ტემპორალური ლოკალიზაციის ტკივილის შეტევები, რომლებიც გრძელდება 2-30 წუთის განმავლობაში;
- C. თავის ტკივილს თან სდევს ქვემოთ ჩამოთვლილიდან სულ მცირე ერთი მაინც:
 1. კონიუნქტივის იფსილატერალური ჰიპერემია და/ან ცრემლდენა;
 2. ცხვირის იფსილატერალური გაჭედულობა და/ან რინორეა;
 3. ქუთუთოს იფსილატერალური შეშუპება;
 4. შუბლისა და სახის იფსილატერალური ოფლიანობა;
 5. იფსილატერალური მიოზი და/ან ფტოზი.
- D. შეტევები შესაძლებელია განვითარდეს 5-ჯერ მთელი დღის მანძილზე, ხოლო ხანგრძლივობა ნახევარ დღეზე მეტი იყოს; თუმცა შესაძლებელია აღინიშნებოდეს ნაკლები სიხშირის პერიოდებიც;
- E. შეტევების თავიდან აცილება სრულად შესაძლებელია ინდომეტაცინის თერაპიული დოზების საშუალებით;
- F. არ არის დაკავშირებული სხვა პათოლოგიასთან.

3.2.1. ეპიზოდური პაროქსიზმული ჰემიკრანია

შეტევების სულ მცირე ორი პერიოდი, ხანგრძლივობით 7-365 დღე, რომლებიც ერთმანეთისაგან განცალკევებულია რემისიის ≥ 1 თვეზე შუალედით.

3.2.2. ქრონიკული პაროქსიზმული ჰემიკრანია

შეტევები, რომლებიც ვითარდება > 1 წელზე პერიოდში რემისიის შუალედების გარეშე, ან რემისიის შუალედებით, რომელთა ხანგრძლივობაც ნაკლებია 1 თვეზე.

3.3. ხანმოკლე ცალმხრივი ნევრალგიისმაგვარი თავის ტკივილის შეტევები კონიუნქტივის შეწითლებით და ცრემლდენით (SUNCT)

აღწერილობა: ეს სინდრომი ხასიათდება უნილატერალური თავის ტკივილის ხანმოკლე შეტევებით, რომლებიც უფრო ნაკლები ხანგრძლივობისაა, ვიდრე ნებისმიერი სხვა ტიპის ტრიგემინული ნევრალგიების დროს და ძალიან ხშირად თან სდევს იფსილატერალური თვალის გამოსატული ცრემლდენა და სიწითლე.

სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები:

- A. სულ მცირე 20 შეტევა, რომელიც აკმაყოფილებს B-D კრიტერიუმებს;
- B. უნილატერალური ორბიტალური, სუპრარბიტალური ან ტემპორალური ლოკალიზაციის გამჭოლი ან მფეთქვე ტკივილის შეტევები, რომლებიც გრძელდება 5-240 წამის განმავლობაში;
- C. ტკივილს თან სდევს კონიუნქტივის იფსილატერალური ჰიპერემია და ცრემლდენა;
- D. შეტევები ვითარდება დღეში 3-დან 200-მდე სიხშირით;
- E. არ არის დაკავშირებული სხვა პათოლოგიასთან.

ხანმოკლე ცალმხრივი ნევრალგიისმაგვარი თავის ტკივილის შეტევები კრანიალური ვეგეტატიური სიმპტომებით (SUNA)

აღწერილობა: ეს სინდრომი ხასიათდება თავის ტკივილის ხანმოკლე შეტევებით, რომელთა ხანგრძლივობაც ბევრად ნაკლებია, ვიდრე ნებისმიერი სხვა ტიპის ტრიგემინული ნევრალგიების დროს და ძალიან ხშირად თან სდევს გამოსატული კრანიალური ავტონომიური ნიშნები.

სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები:

- A. სულ მცირე 20 შეტევა, რომელიც აკმაყოფილებს B-D კრიტერიუმებს;
- B. უნილატერალური ორბიტალური, სუპრარბიტალური ან ტემპორალური ლოკალიზაციის გამჭოლი ან მფეთქვე ხასიათის ტკივილის შეტევები, რომლებიც გრძელდება 2 წამიდან 10 წუთამდე.
- C. თავის ტკივილს თან ახლავს ქვემოთ ჩამოთვლილიდან ერთ-ერთი:
 - 1. კონიუნქტივის ჰიპერემია და/ან ცრემლდენა;

- 2. ცხვირის გაჭედებულობა და/ან რინორრეა;
- 3. ქუთუთოს შეშუპება.
- D. შეტევები ვითარდება დღეში 1-ზე მეტი სიხშირით დღის ხანგრძლივობის ნახევარზე მეტი დროის განმავლობაში;
- E. ტრიგერული არეების გაღიზიანების შედეგად პროვოცირებულ ტკივილის შეტევებს არ მოჰყვება რეფრაქტერული პერიოდი;
- F. არ არის დაკავშირებული სხვა პათოლოგიასთან.

4. სხვა პირველადი თავის ტკივილები

4.1. პირველადი მხსვლელტავი თავის ტკივილი

აღწერილობა: თავის მხსვლელტავი ტკივილის გარდამავალი და ლოკალიზებული შეტევები, რომელიც ვითარდება სპონტანურად სტრუქტურული ან კრანიალური ნერვების ორგანული დაავადების არარსებობის პირობებში.

სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები:

- A. თავის ტკივილი, რომელიც ვითარდება ერთადერთი გამჭოლი შეტევის ან მისი სერიების სახით და აკმაყოფილებს B-D კრიტერიუმებს;
- B. ექსკლუზიურად ან ძირითადად შეიგრძნობა სამწვერა ნერვის პირველი ტოტის საინერვაციო ზონაში (ორბიტა, საფეთქელი და თხემის არე);
- C. შეტევები გრძელდება რამდენიმე წამის მანძილზე და ვითარდება არარეგულარული სიხშირით დღეში ერთიდან რამდენიმე შეტევამდე;
- D. არ ახასიათებს თანმხლები სიმპტომების არსებობა;
- E. არ არის დაკავშირებული სხვა პათოლოგიასთან.

4.2. პირველადი ხველის თავის ტკივილი

აღწერილობა: თავის ტკივილი, რომელიც ვითარდება ხველის ან დაჭიმვის შედეგად რაიმე ინტრაკრანიალური პათოლოგიის არარსებობის პირობებში.

სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები:

- A. თავის ტკივილი, რომელიც აკმაყოფილებს B და C კრიტერიუმებს;
- B. უეცარი დასაწყისი და ხანგრძლივობა ერთი წამიდან 30 წუთამდე;
- C. მისი პროვოცირება და განვითარება ხდება მხოლოდ ხველის, გაზმორების და/ან ვალსალვას სინჯის შედეგად;
- D. არ არის დაკავშირებული სხვა პათოლოგიასთან.

4.3. პირველადი თავის ტკივილი ფიზიკური დატვირთვისას

აღწერილობა: თავის ტკივილი, რომლის პროვოცირებაც ხდება ფიზიკური დატვირთვის რაიმე ფორმით.

სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები:

- A. მფეთქავი ხასიათის თავის ტკივილი, რომელიც აკმაყოფილებს B და C კრიტერიუმებს;
- B. გრძელდება 5 წუთიდან 48 საათამდე;
- C. მისი პროვოცირება და განვითარება ხდება მხოლოდ ფიზიკური დატვირთვის შემდეგ;
- D. არ არის დაკავშირებული სხვა პათოლოგიასთან.

4.4. სექსუალურ აქტივობასთან დაკავშირებული პირველადი თავის ტკივილი

აღწერილობა: თავის ტკივილი, რომლის პროვოცირებაც ხდება სქესობრივი აქტივობით, ჩვეულებრივ იწყება როგორც ყრუ ხასიათის ბილატერალური ტკივილი სქესობრივი აგზნების მატებასთან ერთად და უეცრად გარდაიქმნება ინტენსიურ ტკივილად ორგანოს დროს, რაიმე ინტრაკრანიალური პათოლოგიის არარსებობის პირობებში.

4.4.1. პრეორგანული თავის ტკივილი

სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები:

- A. ყრუ ხასიათის ტკივილი თავისა და კისრის არეში, რომელიც ასოცირებულია კისრის და/ან ქვედა ყბის კუნთების დაჭიმულობასთან და აკმაყოფილებს B კრიტერიუმს.
- B. ვითარდება სქესობრივი აქტივობის დროს და ძლიერდება სქესობრივი აგზნების მატებასთან ერთად;
- C. არ არის დაკავშირებული სხვა პათოლოგიასთან.

4.4.2. ორგანული თავის ტკივილი

სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები:

- A. უეცარი ძლიერი თავის ტკივილი, რომელიც აკმაყოფილებს B კრიტერიუმს;
- B. ვითარდება ორგანოს დროს;
- C. არ არის დაკავშირებული სხვა პათოლოგიასთან.

4.5. ძილის თავის ტკივილი

აღწერილობა: თავის ყრუ ხასიათის ტკივილის შეტევები, რის გამოც პაციენტს ყოველთვის უწევს გაღვიძება.

სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები:

- A. ყრუ ხასიათის თავის ტკივილი, რომელიც აკმაყოფილებს B-D კრიტერიუმებს;
- B. ვითარდება მხოლოდ ძილის პერიოდში და აღვიძებს პაციენტს;

- C. დამახასიათებელია ქვემოთ ჩამოთვლილიდან სულ მცირე ორი ნიშანი:
 1. ვითარდება თვეში 15 შეტევაზე ხშირად;
 2. გაღვიძების შემდეგ გრძელდება ≥ 15 წუთზე ხანგრძლივად;
 3. პირველად ვითარდება 50 წელს ზემოთ ასაკში.
- D. არ აღინიშნება ვეგეტატიური სიმპტომები; აგრეთვე, არ აღინიშნება ერთზე მეტი სიმპტომი შემდეგი სიმპტომებიდან: გულისრევა, ფოტოფობია ან ფონოფობია;
- E. არ არის დაკავშირებული სხვა პათოლოგიასთან.

4.6. პირველადი “მეხის დაცემისმაგვარი” თავის ტკივილი

აღწერილობა: უეცარი დასაწყისის მქონე ძლიერი ინტენსივობის თავის ტკივილი, რომელიც მსგავსია თავის ტვინის ანევრიზმის გასკდომის შედეგად განვითარებული ტკივილისა.

სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები:

- A. თავის ძლიერი ტკივილი, რომელიც აკმაყოფილებს B და C კრიტერიუმებს;
- B. ქვემოთ ჩამოთვლილიდან ორივე დამახასიათებელი ნიშანი:
 1. უეცარი დასაწყისი, რომელიც მაქსიმალურ ინტენსივობას აღწევს 1 წუთზე ნაკლები დროის განმავლობაში;
 2. გრძელდება 1 საათიდან 10 დღემდე.
- C. კვირების ან თვეების განმავლობაში რეგულარული რეციდივები არ ვითარდება;
- D. არ არის დაკავშირებული სხვა პათოლოგიასთან.

4.7. უწყვეტი ჰემიკრანია

აღწერილობა: მუდმივი, მკაცრად უნილატერალური თავის ტკივილი, რომელიც ემორჩილება ინდომეტაცინით თერაპიას.

სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები:

- A. თავის ტკივილი > 3 თვეზე პერიოდში, რომელიც აკმაყოფილებს B-D კრიტერიუმებს;
- B. ქვემოთ ჩამოთვლილიდან ყველა დამახასიათებელი ნიშანი:
 1. უნილატერალური ტკივილი მხარის ცვლილების გარეშე;
 2. ყოველდღიური და უწყვეტი, ტკივილისგან თავისუფალი პერიოდების გარეშე;
 3. საშუალო ხარისხის ინტენსივობის, თუმცა გამწვავებების დროს შესაძლებელია ძლიერი ტკივილი.

- C. გამწვავების დროს ვლინდება ქვემოთ ჩამოთვლილიდან სულ მცირე ერთი ვეგეტატიური სიმპტომი, რომელიც ტკივილის იფსილატურად ვლინდება:
 - 3. კონიუნქტივის ჰიპერემია და/ან ცრემლდენა;
 - 4. ცხვირით სუნთქვის გაძნელება და/ან რინორეა;
 - 5. ფტოზი და/ან მიოზი.
- D. ინდომეტაციინის თერაპიული დოზების სრული ეფექტი;
- E. არ არის დაკავშირებული სხვა პათოლოგიასთან.

4.8. ახალი ყოველდღიური თავის ტკივილი (NDPH)

აღწერილობა: თავის ტკივილი, რომელიც ყოველდღიურია და დაწყების შემდეგ ძალიან მალე (უხშირეს შემთხვევაში 3 დღეში) იქცევა დაუმორჩილებელ ტკივილად. იგი ტიპურ შემთხვევებში ბილატერალურია, ზეწოლითი ან მოჭერითი ხასიათის და საშუალო ან მსუბუქი ინტენსივობის. შესაძლოა, ადგილი ჰქონდეს ფოტოფობიას, ფონოფობიას ან მსუბუქ გულისრევას.

8. ნივთიერებების მიღებასთან ან მათ მოხსნასთან დაკავშირებული თავის ტკივილი

8.2. მედიკამენტების ჭარბი მოხმარებით გამოწვეული თავის ტკივილი^o

სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები:

- A. თავის ტკივილი, რომელიც აღინიშნება თვეში ≥ 15 დღის განმავლობაში;
- B. შემდეგი მწვავე/სიმპტომური მედიკამენტების რეგულარული ჭარბი გამოყენება 3 თვეზე მეტი დროის განმავლობაში:
 - 1. ერგოტამინის პრეპარატების, ტრიპტანების, ოპიოიდების ან კომბინირებული ანალგეტიკების რეგულარული გამოყენება თვეში ≥ 10 დღის განმავლობაში 3 თვეზე მეტი დროის მანძილზე;
 - 2. მარტივი ანალგეტიკების ან ერგოტამინის, ტრიპტანების და ტკივილგამაყუჩებელი ოპიოიდების ნებისმიერი კომბინაციის რეგულარული ხმარება თვეში ≥ 15 დღის განმავლობაში 3 თვეზე მეტი დროის მანძილზე, მედიკამენტების ცალკე აღებული რომელიმე ჯგუფის გადაჭარბებული გამოყენების გარეშე.
- C. თავის ტკივილი განვითარდა ან მნიშვნელოვნად გაუარესდა მედიკამენტების გადაჭარბებული გამოყენების ფონზე.

11. თავის ან სახის ტკივილი, დაკავშირებული თავის ქალას, კისრის, თვალების, ყურების, ცხვირის, სინუსების, კბილების, პირის, აგრეთვე, სახის ან თავის ქალას სხვა სტრუქტურების პათოლოგიასთან

11.2.1. ცერვიკოგენული თავის ტკივილი

სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები:

- A. ტკივილი, რომელიც გადაეცემა კისრიდან, შეიგრძნობა თავის და/ან სახის ერთ ან მეტ რეგიონში და აკმაყოფილებს C და D კრიტერიუმებს;
- B. კისრის მალეების ან კისრის რბილი ქსოვილების კლინიკურად, ლაბორატორიულად და/ან გამოსახვითი კვლევით დადასტურებული პათოლოგია ან დაზიანება, რომელიც ჩაითვლება თავის ტკივილის გამომწვევ ღირებულ მიზეზად;
- C. მტკიცებულება, რომლის მიხედვითაც ტკივილი შეიძლება დაუკავშიროთ კისრის პათოლოგიას ან დაზიანებას, ქვემოთ ჩამოთვლილიდან სულ მცირე ერთ ნიშანზე დაყრდნობით:
 - 1. კლინიკური ნიშნების გამოვლინება, რაც მიუთითებს ტკივილის წყაროზე კისრის არეში;
 - 2. თავის ტკივილის გაქრობა ცერვიკალური სტრუქტურების ან მისი ნერვების დიაგნოსტიკური ბლოკადის შემდეგ პლაცებოს ან სხვა ადეკვატური კონტროლის გამოყენებით.
- D. გამომწვევი პათოლოგიის ან დაზიანების წარმატებული მკურნალობიდან 3 თვეში ტკივილის გაქრობა.

11.7. თავის ან სახის ტკივილი, განპირობებული საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსრის პათოლოგიით

სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები:

- A. მორეციდივე ტკივილი თავის და/ან სახის ერთ ან მეტ რეგიონში, რომელიც აკმაყოფილებს C და D კრიტერიუმებს;
- B. რენტგენოგრაფიული, მაგნიტურ-რეზონანსული და/ან ძვლის სცინტიგრაფიული კვლევით ვლინდება საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსრის პათოლოგია;
- C. მტკიცებულება, რომ ტკივილი შესაძლებელია უკავშირდებოდეს საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსრის პათოლოგიას, რომელიც ეყრდნობა ქვემოთ ჩამოთვლილიდან სულ მცირე ერთ ნიშანს:
 - 1. ტკივილის პროვოცირება ხდება ყბის მოძრაობისას და/ან მკვრივი და უხეში საკვების ღეჭვის დროს;
 - 2. პირის გაღების სიფართე შემცირებულია;
 - 3. ყბის მოძრაობისას ვლინდება ხმაური ერთ-ერთი ან ორივე საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსრის არეში.
 - 4. ერთ-ერთი ან ორივე საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსრის კაფსულის მგრძობელობა მომატებულია.
- D. ტკივილი გადის საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსრის პათოლოგიის წარმატებული მკურნალობიდან 3 თვის შემდეგ და მისი რეციდივები აღარ ვითარდება.

3. სიმპტომები და ნიშნები

შაკიკის დროს განვითარებული თავის ტკივილისთვის დამახასიათებელია:

1. ცალმხრივი ლოკალიზაცია;
2. მფეთქავი ხასიათი;
3. გაძლიერება წუთებიდან საათებამდე დროის პერიოდში;
4. საშუალო ხარისხის ან ძლიერი ინტენსივობა;
5. ასოცირებულია გულის რევასა და/ან ღებინებასთან და/ან მომატებულ მგრძობელობასთან სინათლის და/ან ხმაურის მიმართ;
6. ფიზიკური უუნარობა;
7. დამძიმება ჩვეული ფიზიკური აქტივობის ფონზე.

დაძაბულობის ტიპის თავის ტკივილის სიმპტომები:

1. ტიპურ შემთხვევებში ტკივილი ბილატერალურია, ზეწოლითი ან მოჭერითი ხასიათის და მსუბუქი ან საშუალო ინტენსივობის.
2. ადგილი არა აქვს გულის რევას და არ ხდება თავის ტკივილის გაუარესება ფიზიკური დატვირთვის ფონზე.
3. შესაძლებელია სახეზე იყოს პერიკრანიალური სტრუქტურების მომატებული მგრძობელობა, სინათლისა ან ხმაურის აუტანლობა.

ავტონომიურ-ტრიგემინული ცეფალაღვიების სიმპტომები:

1. ძლიერი უნილატერალური ტკივილით სამწვერა ნერვის საინერვაციო ზონაში.
2. იგი ასოცირებულია თვალსაჩინო კრანიალურ ვეგეტატიურ ნიშნებთან.
3. კლასტერული თავის ტკივილი ყველაზე გავრცელებულ ტვც-ს მიეკუთვნება.
4. პაროქსიზმული ჰემიკრანიის დიაგნოსტიკა სავარაუდოდ სათანადოდ არ ხდება.
5. ხანმოკლე ნევრალგიური თავის ტკივილის შეტევები კონიუნქტივის ჰიპერემიითა და ცრემლდენით (SUNCT) და ხანმოკლე ნევრალგიური შეტევები კრანიალური ვეგეტატიური სიმპტომებით (SUNA) ძალზედ იშვიათია.

მეორეული თავის ტკივილის “წითელი დროშის” ნიშნები:

- ახლად დაწყებული თავის ტკივილი ან მისი ხასიათის ცვლილება 50 წელს ზევით ასაკის პაციენტებში;
- “მეხისებრი“ თავის ტკივილი: თავის ტკივილი პიკს აღწევს ძალიან სწრაფად (წამებიდან 5 წუთამდე);
- ფოკალური ნევროლოგიური სიმპტომატიკა (მაგალითად, კიდურების სისუსტე, აურა <5 წუთზე და >1 საათზე);
- არა-ფოკალური ნევროლოგიური სიმპტომატიკა (მაგალითად, ცნობიერების დარღვევა)
- თავის ტკივილის ხასიათის, სიხშირისა ან ასოცირებული სიმპტომების ცვლილება;

- ობიექტური ნევროლოგიური გამოკვლევისას გამოვლენილი პათოლოგია;
- თავის ტკივილი, რომელიც იცვლება პოზიციის ცვლილებისას;
- თავის ტკივილი, რომელიც აღვიძებს პაციენტს (შაკიკი დილის თავის ტკივილის მიზეზებს შორის ყველაზე ხშირია);
- თავის ტკივილი, რომელიც მწვავედება ფიზიკური აქტივობის ფონზე ან ვალსალვას მანევრის შესრულებისას (მაგალითად, ხველის, სიცილის, გაზმორების დროს);
- პაციენტები ცერებრული ვენური თრომბოზის რისკ-ფაქტორებით;
- ყბის სახსრის პათოლოგია ან ვიზუალური დაზიანება;
- კისრის დაჭიმულობა;
- ცხელება;
- ახლად განვითარებული თავის ტკივილი ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით (აივ) ინფიცირებულ პაციენტში;
- ახლად განვითარებული თავის ტკივილი პაციენტში, რომელთაც ანამნეზში აღენიშნება კიბო.

4. ინსტრუმენტულ-ლაბორატორიული გამოკვლევები და სპეციალისტთა კონსულტაციები

პაციენტებს, რომელთაც პირველად მოგმართეს თავის ტკივილის გამო, ან თუკი თავის ტკივილმა იცვალა ჩვეული ხასიათი, უნდა ჩაუტარდეთ კლინიკური გამოკვლევა, ნევროლოგიური გამოკვლევა, ფუნდოსკოპია და არტერიული წნევის გაზომვა;

- ნევროლოგიური გამოკვლევა პაციენტებში ახლად განვითარებული თავის ტკივილით უნდა მოიცავდეს:
 - ფუნდოსკოპიას;
 - კრნიალური ნერვების შეფასებას, განსაკუთრებით, გუგების, მხედველობის ველის, თვალების მოძრაობის სიფართის, სახის კუნთების ძაღისა და მგრძნობელობის და ბუღბარული ფუნქციების (რბილი სახის, ენის მოძრაობის) გამოკვლევას;
 - ოთხივე კიდურის ტონუსის, ძაღის, რეფლექსებისა და კოორდინაციის შეფასებას;
 - პლანტარულ რეფლექსებს;
 - სიარულის, მათ შორის ქუსლებსა და ფეხის წვერებზე სიარულის უნარის შეფასებას.
- უფრო დეტალური შეფასება საჭიროა იმ შემთხვევაში, თუკი ამაზე მიუთითებს ანამნეზური მონაცემები. გასინჯვა სპეციალურად მიმართული უნდა იყოს ფოკალური ნევროლოგიური სიმპტომების აღმოჩენისაკენ.

- თავის ტკივილის დროს ზოგადად ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტულ გამოკვლევებს თავი უნდა ავარიდოთ, თუკი მის საფუძველზე არ არის მოსალოდნელი მართვის გეგმის ცვლილება ან თუ გამოკვლევის საშუალებით შესაბამისი პათოლოგიის აღმოჩენის ალბათობა დაბალია.
- ნეიროგამოსახვითი გამოკვლევის ჩატარება არ არის რეკომენდებული შაკიკის თვალსაჩინო ანამნეზის მქონე პაციენტებში მეორეული თავის ტკივილის "წითელი დროშის" ნიშნების გარეშე და ნევროლოგიური გასინჯვის ნორმალური შედეგებით.
- თავის ტვინის კტ უნდა ჩატარდეს თავის ტკივილის მქონე პაციენტებს აუხსნელი პათოლოგიური ნევროლოგიური სიმპტომებით, თუკი კლინიკური ანამნეზის საფუძველზე არ არის ნაჩვენები მრტ-კვლევა.
- ICHD-II კლასიფიკაციის მიხედვით პირველადი "მეხის დაცემისმაგვარი" თავის ტკივილის დიაგნოზის დასამადე აუცილებელია თავის ტვინის გამოსახვითი კვლევისა და თავ-ზურგტვინის სითხის ანალიზის ნორმალური შედეგების არსებობა.
- სუბარაქნოიდულ სისხლჩაქცევაზე ეჭვის შემთხვევაში თავის ტვინის კომპიუტერული ტომოგრაფია უნდა ჩატარდეს რაც შეიძლება სწრაფად მაქსიმალური მგრძობელობის მიღების მიზნით. კტ-ს მგრძობელობა სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევის პირველ 12 საათში 98%-ია, ხოლო 24 საათში კი – 93%.
- თავის ტვინის კტ-ს ნორმალური შედეგი არასაკმარისია სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევის გამოსარიცხად და ამისათვის აუცილებელია ლუმბალური პუნქციის განხორციელება იმ პაციენტებში, ვისაც ნორმალური ტომოგრაფიული მონაცემები აღენიშნებათ.
- სუბარაქნოიდულ სისხლჩაქცევაზე ეჭვის შემთხვევაში პაციენტებს თავის ტვინის კტ-ს უარყოფითი შედეგით, ლუმბალური პუნქცია უნდა ჩატარდეთ სიმპტომების დაწყებიდან 12 საათის გასვლის შემდეგ შეძლებისდაგვარად სწრაფად;
- პაციენტის დაგვიანებული მომართვის შემთხვევაში ლუმბალური პუნქციის ჩატარება შესაძლებელია განხორციელდეს სიმპტომების დასაწყისიდან 2 კვირის განმავლობაში.
- პაციენტებს გიგანტურუჯრედულ არტერიიტზე ეჭვით უნდა ჩატარდეთ ედს-ის და/ან C-რეაქტიული ცილის გამოკვლევა (მაქსიმალური სპეციფიურობისა და მგრძობელობის მიღების მიზნით სასურველია ამ დიაგნოსტიკური ტესტების კომბინირებული გამოყენება).

სპეციალისტის კონსულტაცია ნაჩვენებია შემდეგ შემთხვევებში:

- ქვემწვავე და/ან პროგრესირებადი თავის ტკივილი თვეების განმავლობაში;
- ახლად დაწყებული თავის ტკივილი ან მისი სახეცვლილება;
- "ყველაზე უარესი თავის ტკივილი";
- დაწყებისთანავე მაქსიმალური ინტენსივობის ნებისმიერი თავის ტკივილი;
- თავის ტკივილის დაწყება 50 წელს ზემოთ ასაკში;

- სისტემური დაავადების სიმპტომები;
- კრუნჩხვები;
- ნებისმიერი ნევროლოგიური ნიშანი;
- თავის ტკივილის მკურნალობის წარუმატებლობა;
- “წითელი დროშის” სიმპტომები.

5. მკურნალობა

შაკიკის მკურნალობა

შაკიკის მკურნალობა მოიცავს მწვავე შეტევებისა და პრევენციულ თერაპიას რეკომენდაციას:

- 900 მგ ასპირინი რეკომენდებულია შაკიკის მწვავე შეტევის მკურნალობის მიზნით ნებისმიერი ინტენსივობის ტკივილის შემთხვევაში **(A)**;
- 400 მგ იბუპროფენი რეკომენდირებულია შაკიკის მწვავე შეტევის მკურნალობის მიზნით **(A)**;
- შაკიკის მწვავე შეტევის მკურნალობის მიზნით შესაძლებელია ანთების სწინააღმდეგო სხვა არასტეროიდების გამოყენებაც (ტოლფენამის მჟავა, დიკლოფენაკი, ნაპროქსენი, ფლურბიპროფენი) **(D)**;
- შაკიკის მსუბუქი და საშუალო ინტენსივობის შეტევების მკურნალობის მიზნით რეკომენდებულია 1000 მგ პარაცეტამოლის გამოყენება **(B)**;
- ორალური ტრიპტანების გამოყენება რეკომენდებულია შაკიკის ნებისმიერი სიმძიმის მწვავე შეტევის სამკურნალოდ, თუკი ვერ ხერხდება მისი კონტროლი მარტივი ანალგეტიკების საშუალებით **(A)**;
- შაკიკის მწვავე შეტევის მკურნალობის მიზნით პერორალური ტრიპტანებიდან უპირატესობა ენიჭება 12,5 მგ აღმოტრიპანის, 40-80 მგ ელეტრიპანის ან 10 მგ რიზატრიპანის გამოყენებას **(A)**;
- თუკი ტკივილის შემსუბუქება ვერ ხერხდება ერთი ტრიპტანის მიღებით, ალტერნატივის სახით აუცილებელია განსხვავებული ტრიპტანის შეთავაზება **(B)**;
- ტრიპტანის მიღება რეკომენდებულია თავის ტკივილის შეტევის დაწყებისთანავე ან დაწყებიდან რაც შეიძლება მალე **(D)**.

ცხრილი 1. ტრიპტანების სხვადასხვა სახეობები, მათი დოზირება და გვერდითი მოვლენები.

სამშურნალო საშუალება	დოზირება	გვერდითი მოვლენები
ალმოტრიპტანი	ორალური: 6.25-12.5მგ საწყისი დოზა. შეიძლება განმეორდეს 2 სთ-იანი ინტერვალით მაქსიმუმ: 25მგ/დღეში	<p>ხშირად: გულისრევის შეგრძნება, ღებინება, ძილიანობა, პირის სიმშრალე, სისუსტე, თავბრუსხვევა, დიარეა, ტაქიკარდია, პარესთეზია, გაზოდილატაცია.</p> <p>იშვიათად: ეზოფაგოსპაზმი, პიპერტენზია, პიპერქოლესტერინემია, ართრიტები, მიოპათია, დიპლოპია, მშრალი თვალი, შუა ყურის ანთება, ლარინგიტი, სინკოპე, ნერწყვდენის გაძლიერება.</p>
ელეტრიპტანი	ორალური: 20-40მგ საწყისი დოზა. შეიძლება განმეორდეს 2 სთ-იანი ინტერვალით მაქსიმუმ: 80მგ/დღეში	
ფლოგატპიტანი	ორალური: 2.5მგ საწყისი დოზა. შეიძლება განმეორდეს 2 სთ-იანი ინტერვალით მაქსიმუმ: 7.5მგ/დღეში	
ნარატრიპტანი	ორალური: 2.5მგ საწყისი დოზა. შეიძლება განმეორდეს 4 სთ-იანი ინტერვალით მაქსიმუმ: 5მგ/დღეში	
სუმატრიპტანი	ორალური: 50-100მგ საწყისი დოზა. შეიძლება განმეორდეს 2 სთ-იანი ინტერვალით მაქსიმუმ: 200მგ/დღეში კანკევემ: 6მგ საწყისი დოზა. შეიძლება განმეორდეს 1 სთ-იანი ინტერვალით; მაქსიმუმ: 12მგ/დღეში ინტრანაზალურად: 20 მგ შეიძლება განმეორდეს 2 სთ-იანი ინტერვალით მაქსიმუმ: 40მგ/დღეში	
რიზატრიპტანი	ორალური: 10მგ საწყისი დოზა. შეიძლება განმეორდეს 2 სთ-იანი ინტერვალით მაქსიმუმ: 30მგ/დღეში	
ზოლმეტრიპტანი	ორალური: 2.5-5მგ საწყისი დოზა. შეიძლება განმეორდეს 2 სთ-იანი ინტერვალით მაქსიმუმ: 10მგ/დღეში ინტრანაზალურად: 5 მგ შეიძლება განმეორდეს 2 სთ-იანი ინტერვალით მაქსიმუმ: 10მგ/დღეში	

შაკიკის პრევენციული მედიკამენტური თერაპიის ზოგადი პრინციპებია:

- გვერდითი ეფექტების მინიმუმამდე დაყვანის მიზნით პრევენციული მედიკამენტების უმრავლესობის დოზა ნელ-ნელა უნდა გაიტიტროს ეფექტურ ან მაქსიმალურ დოზამდე;
- პრევენციული წამლის შერჩევა უნდა მოხდეს თანხმლები დაავადებებისა და გვერდითი მოვლენების გათვალისწინებით;
- პრევენციული მედიკამენტის მიღება საჭიროა დოზის ტიტრაციიდან სულ მცირე, 6-8 კვირის განმავლობაში;
- 6-დან 12 თვემდე ხანგრძლივობის ეფექტური პრევენციული თერაპიის შემდეგ გასათვალისწინებელია წამლის თანდათანობითი მოხსნა.

ცხრილი 2. პრევენციული მედიკამენტები შაკიკის მქონე პაციენტებისთვის

პრევენციული მედიკამენტი	სიფრთხილით გამოიყენება შემდეგი მდგომარეობების დროს (ჩამონათვალი არასრულყოფილია)	შესაძლებელია უპირატესობა მიენიჭოს შემდეგი მდგომარეობების დროს
ბეტა-ბლოკერები	ასთმა; დიაბეტი; ბრადიკარდია; პარიფერიული სისხლძარღვების დაავადება; დეპრესიის თანაარსებობა.	შფოთვის თანაარსებობა
ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები	დახურულ-კუთხოვანი გლუკომა	დეპრესიის თანაარსებობა; დაძაბულობის ტიპის თავის ტკივილის თანაარსებობა; ძილის დარღვევა.
ტოპირამატი ¹	თირკმელკენჭოვანი დაავადება; დახურულ-კუთხოვანი გლუკომა; ორსულობა.	სიმსუქნის თანაარსებობა
ვალპროატი	სიმსუქნე; ღბიძლის დაავადება; ორსულობა.	დეპრესიის თანაარსებობა

¹ ეს პრეპარატი ძალიან ძვირია და ამდენად, მისი რუტინული გამოყენება პრევენციის მიზნით საქართველოს პირობებში შეუძლებელია.

დაძაბულობის ტიპის თავის ტკივილის (დთტ) მკურნალობა

დაძაბვის თავის ტკივილის მკურნალობა მოიცავს დაძაბვის თავის ტკივილის ეპიზოდების მკურნალობას, დთტ-ის პროფილაქტიკას და არამედიკამენტურ მკურნალობას.

ცხრილი 3 – დაძაბულობის ტიპის თავის ტკივილის შეტევის სამკურნალო მედიკამენტები

სამკურნალო საშუალება	დოზირება	გვერდითი მოვლენები
აცეტამინოფენი	325-650 მგ ყოველ 4-6 სთ-ში საჭიროებისამებრ მაქსიმუმ 4000 მგ/დღეში	გულისრევა, ღებინება, ჰეპატოტოქსიკურია
ასპირინი	500 – 1000მგ	დისპეფსია, გასტროინტესტინალური დარღვევები, გულისრევა, დიარეა, ნეფროპათია
იბუპროფენი	400 მგ ყოველ 4-6 სთ-ში საჭიროებისამებრ მაქსიმუმ 3200 მგ/დღეში	დისპეფსია, გასტროინტესტინალური დარღვევები, გულისრევა, დიარეა, ნეფროპათია
ნაპროქსენი	500 მგ ყოველ 12-სთ-ში საჭიროებისამებრ მაქსიმუმ 1250 მგ/დღეში	დისპეფსია, გასტროინტესტი- ნალური დარღვევები, გულისრევა, დიარეა, ნეფროპათია

რეკომენდაცია (A):

- ასპირინი და პარაცეტამოლი რეკომენდებულია დაძაბულობის ტიპის თავის ტკივილის მწვავე შეტევების მკურნალობის მიზნით.

ცხრილი 4. – დაძაბულობის ტიპის თავის ტკივილის პრევენციული სამკურნალო საშუალებები

სამკურნალო საშუალება	დოზირება	გვერდითი მოვლენები
ამიტრიპტილინი	25 მგ საწყისი; მაქსიმუმ 100 მგ/დღეში	პირისა და თვალების სიმშრალე, სედაცია, წონაში მომატება, არითმიები, თვალშიდა წნევის მომატება. გულისრევა, ღებინება, ანორექსია
ბეტა ბლოკერები: ატენოლოლი ნადოლოლი პროპრანოლოლი	50-100 მგ 1ჯერ დღეში 40 მგ 1ჯერ დღეში 80 მგ 1ჯერ დღეში თავიდან 2-3 მიღებაზე გაყოფილი;	გულისრევა, დიარეა, ბრონქოსპაზმი, ჰიპოტენზია, ორთოსტატული ჰიპოტენზია, ცივი კიდურები, დისპნოე, ბრადიკარდია, ატრიო-ვენტრიკულური გამტარებლობის დარღვევა, კანზე გამონაყარი

რეკომენდაცია (A):

- თუკი ქრონიკული დაძაბულობის ტიპის თავის ტკივილის მქონე პაციენტს უნდა დაენიშნოს პრევენციული თერაპია, ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები, განსაკუთრებით კი ამიტრიპტილინი 25-150 მგ დღეში, რეკომენდებულია არჩევის პრეპარატის სახით.

ტრიგემინულ-ავტონომიური ცეფალალგიების მკურნალობა

კლასტერულ თავის ტკივილის მკურნალობა მოიცავს მწვავე შეტევებსა და პროფილაქტიკურ მკურნალობას.

აბორტული (მწვავე შეტევის სიმპტომური) მკურნალობა:

- ჟანგბადი;
- ტრიპტანები;
- პრედნიზოლონი;
- დიჰიდროერგოტამინი;
- ერგოტამინი;
- ლიდოკაინი;
- პროცედურები ტრიგემინულ ნერვულ კვანძებზე.

კლასტერული თავის ტკივილის პრევენცია:

- პაციენტი უნდა მოერიდოს შემდეგ მაპროვოცირებელ ფაქტორებს, როგორცაა: ალკოჰოლი, თვალისმომჭრელი კაშკაშა განათება, ძილის დარღვევა, სტრესი.
- პრევენციული მკურნალობა, ჩვეულებრივ, საჭიროებს კომბინირებულ თერაპიას ორი (ვერაპამილი და ლითიუმი, ან ვერაპამილი და ტოპირამატი) ან სამი მედიკამენტით (მაგ. ვერაპამილი, ლითიუმი და ერგოტამინი).
- გაბაპენტინი;
- ბეტა ბლოკერები;
- ვალპროის მჟავა;
- ამიტრიპტილინი, სეროტონინის უკუმიტაცების სელექტიური ინჰიბიტორი;
- აკუპუნქტურა
- ფსიქოლოგიური თერაპია, როგორცაა: რელაქსაცია, ჰიპნოზი.

ცხრილი 5 – კლასტერული თავის ტკივილის მწვავე შეტევის სამკურნალო საშუალებები

სამკურნალო საშუალება	დოზირება	გვერდითი მოვლენები
ელექტრიკანი	ორალური: 20-40მგ საწყისი დოზა. შეიძლება განმეორდეს 2 სთ-იანი ინტერვალით მაქსიმუმ: 80მგ/დღეში	<i>ხშირად: გულისრევის შეგრძნება, ღებინება, ძილიანობა, პირის სიმშრალე, სისუსტე, თავბრუსხვევა, დიარეა, ტაქიკარდია, პარესთეზია, ვაზოდილატაცია.</i>
ნარატრიკანი ²	ორალური: 2.5მგ საწყისი დოზა. შეიძლება განმეორდეს 4 სთ-იანი ინტერვალით მაქსიმუმ: 5მგ/დღეში	<i>იშვიათად: ეზოფაგოსპაზმი, ჰიპერტენზია, ჰიპერქოლესტერინემია, ართრიტები, მიოპათია, დიპლოპია, მშრალი თვალი, შუა ყურის ანთეზა, ლარინგიტი, სინკოპე, ნერწყვდენის გაძლიერება.</i>
სუმატრიკანი	ორალური: 25-100მგ საწყისი დოზა. შეიძლება განმეორდეს 2 სთ-იანი ინტერვალით მაქსიმუმ: 200მგ/დღეში ინტრამუსკულარული: 6მგ საწყისი დოზა. შეიძლება განმეორდეს 1 სთ-იანი ინტერვალით; მაქსიმუმ: 12მგ/დღეში	
რიზატრიკანი ²	ორალური: 5-10მგ საწყისი დოზა. შეიძლება განმეორდეს 2 სთ-იანი ინტერვალით მაქსიმუმ: 20მგ/დღეში	
ზოლმეტრიკანი	ორალური: 2.5-5მგ საწყისი დოზა. შეიძლება განმეორდეს 2 სთ-იანი ინტერვალით მაქსიმუმ: 10მგ/დღეში	

² ეს პრეპარატები საქართველოში რეგისტრირებული არ არის.

ცხრილი 6 – კლასტერული თავის ტკივილის პრევენციული სამკურნალო საშუალებები

სამკურნალო საშუალება	დოზირება	გვერდითი მოვლენები
ვერაპამილი	ორალური: სწრაფი შემსუბუქება: 80 მგ 3ჯერ დღეში ხანგრძლივი შემსუბუქება 120-480მგ/დღეში	სიმხურვალის შეგრძნება, ჰიპერემია, ჰიპოტენზია, გულის უკმარისობის სიმპტომები, თავბრუსხვევა, ბრადიკარდია, გადაღლილობა, გასტროენტერული დარღვევები -ხშირად ყაბზობა, გულისრევა, ზოგჯერ გაღიზიანებადობა, ნევროზული მდგომარეობა; - იშვიათად-ერთემა, ქავილი, ანგიონევროზული შემუპება
ლითიუმი	ორალური: 300მგ 4-ჯერ დღეში მაქსიმალური: 1200 მგ/დღეში	გულისრევა, დიარეა, გასტროენტერალური დარღვევები, ონის მომატება, სისუსტე, ვერტიგო, ტრემორი, აკნე, ფსორიაზი, ლეიკოციტოზი, ჰიპოთირეოიდიზმი, პოლიურია, ეკგ ცვლილებები
ერგოტამინი	ორალური: 2 მგ შეტვისას, შეიძლება განმეორეს 1 სთ-იანი ინტერვალით მაქსიმალური 6 მგ/დღეში ან 10მგ/კვირაში	გულისრევა, ღებინება, ვაზოკონსტრიქცია, პარესთეზიები, ვერტიგო, სისუსტე, ქავილი
ანტიეპილეფსიური საშუალებები:		
ვალპროატი	საწყისი 500 მგ/დღეში,	სედაცია, გასტროენტერული დარღვევები, წონის და მადის მომატება
გაბაპენტინი	საწყისი: 300მგ/დღეში; მაქსიმალური:3600მგ/დღეში	სედაცია, სისუსტე, ატაქსია, თავბრუსხვევა
ტოპირამატი	საწყისი: 25-50 მგ 1-2-ჯერ მაქსიმალური: 200 მგ/დღეში	სედაცია, ატაქსია, სისუსტე, თავბრუსხვევა, პარესთეზია, მეხსიერების დაქვეითება,
პრედნიზოლონი	ორალური(მწვავე): 20 მგ 3-ჯერ დღეში მკურნალობის კურსი: 14 დღე; ორალური(პროფილაქტიკა): 60-80 მგ 1-ჯერ დღეში მკურნალობის კურსი: 7 დღე;	დიარეა, გულისრევა, მადის მომატება, კუჭისა და 12-გოჯა ნაწლავის წყლული. წონის მომატება, ჰირსუტიზმი, თვალშიდა წნევის მომატება, იმუნოსუპრესია, თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის ფუნქციის დათრგუნვა.

პაროქსიზმული ჰემიკრანიის, უწყვეტი ჰემიკრანიის და შ ჩო-ის მკურნალობა

ინდომეტაცინზე დადებითი საპასუხო რეაქცია პაროქსიზმული ჰემიკრანიისა და უწყვეტი ჰემიკრანიის სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმია. ინდომეტაცინი ეფექტურია პაროქსიზმული და უწყვეტი ჰემიკრანიის შემთხვევაში დღეში 225 მგ-მდე დოზით. ლამოტრიჯინი შეიძლება ეფექტური იყოს SUNCT სინდრომის მკურნალობაში.

რეკომენდაცია (D):

- ინდომეტაციინი დღეში 225 მგ-მდე დოზით რეკომენდებულია პაროქსიზმული ჰემიკრანიის და უწყვეტი ჰემიკრანიის პრევენციული თერაპიის მიზნით.

მედიკამენტების გადაჭარბებულ გამოყენებასთან დაკავშირებულ თავის ტკივილის მკურნალობა

რეკომენდაცია:

- მედიკამენტების გადაჭარბებულ ხმარებასთან დაკავშირებული თავის ტკივილის მქონე პაციენტის ყველა შემთხვევაში საჭიროა განხორციელდეს წამლის მოხსნის მცდელობა **(D)**;
- პაციენტებს მედიკამენტების გადაჭარბებულ გამოყენებასთან დაკავშირებული თავის ტკივილით, რომლებიც იღებენ მარტივ ანალგეტიკებს ან ტრიპტანებს, უნდა ერჩიონ უცბად შეწყვიტონ ამ მედიკამენტების მიღება. პაციენტთა უმრავლესობაში აღნიშნულის განხორციელება შესაძლებელია ამბულტორიულად სტრუქტურირებული რჩევა-დარიგების ფონზე **(C)**;
- პაციენტებს, რომელთა თავის ტკივილიც გამოწვეულია ოპიოიდებით და ოპიოიდების შემცველი ანალგეტიკების გადაჭარბებული მიღებით, უნდა ერჩიონ ამ მედიკამენტების თანდათანობითი შეწყვეტა **(D)**.

ორსულობა, კონტრაცეპტივები, მენსტრუაცია და მენოპაუზა

რეკომენდაცია:

- ორსულებში შაკიკის და დაძაბულობის ტიპის თავის ტკივილის დროს 1000 მგ პარაცეტამოლი არჩევის პირველი რიგის მედიკამენტია იმ შემთხვევაში, თუკი ტკივილის ინტენსივობა მოითხოვს ანალგეზიური საშუალების გამოყენებას **(D)**;
- თუკი პარაცეტამოლი ვერ უზრუნველყოფს ადეკვატურ ანალგეზიას, ორსულობის პირველ და მეორე ტრიმესტრში შესაძლებელია 300 მგ ასპირინის ან 400 მგ იბუპროფენის გამოყენება **(D)**.
- ქალებმა, რომელთაც აღენიშნებათ შაკიკი აურით არ უნდა მიიღონ კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივები **(B)**;
- 35 წელს ზევით ასაკის ქალებმა, რომელთაც აღენიშნებათ შაკიკი აურის გარეშე, არ უნდა მიიღონ კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივები **(D)**.
- მენსტრუაციასთან დაკავშირებული შაკიკის მწვავე შეტევების მკურნალობის მიზნით შესაძლებელია მეფენამის მჟავის ან ასპირინის, პარაცეტამოლისა და კოფეინის კომბინაციის გამოყენება **(A)**;
- მენსტრუაციასთან დაკავშირებული შაკიკის მწვავე შეტევების სამკურნალოდ რეკომენდებულია სუმატრიპტანის, ზოლმეტრიპტანის, ნარატრიპტანისა და რიზატრიპტანის გამოყენება **(A)**.

- ფროვატრიპტანი 2.5 მგ/დღეში ან ნარატრიპტანი 1 მგ ორჯერ დღეში შეიძლება გამოვიყენოთ მენსტრუალური შაკიკის პრევენციის მიზნით მენზესის დაწყებამდე ორი დღით ადრე, ხოლო შემდეგ 4 ან 5 დღის განმავლობაში შესაბამისად.
- HRT (ჰორმონჩანაცვლებითი თერაპია) შეიძლება დაინიშნოს შაკიკის მქონე პაციენტებში მენოპაუზისა და პერიმენოპაუზის დროს (D).
- თუკი ჰორმონჩანაცვლებითი თერაპიის ფონზე პაციენტს აღენიშნება შაკიკის გაუარესება, HRT უნდა ჩაითვალოს მის გამომწვევ შესაძლო მიზეზად (D).
- თუკი პერორალური ჰორმონჩანაცვლებითი თერაპიის ფონზე ადგილი აქვს შაკიკის სიმპტომების გაუარესებას, უნდა გავითვალისწინოთ მისი დანიშვნის ტრანსდერმული გზა (D).
- შაკიკის მქონე პაციენტებს უნდა ერჩიოთ, მოერიდონ კვების გამოტოვებას.
- სტრესის მართვა განხილული უნდა იქნეს, როგორც კომბინირებული თერაპიის ნაწილი, პაციენტისთვის შაკიკთან დაკავშირებული თავის ტკივილის სიხშირისა და ინტენსივობის შემცირებაში დახმარების მიზნით.
- სპინალური მანუალური თერაპია უნდა გავითვალისწინოთ ცერვიკოგენური თავის ტკივილის მქონე პაციენტებში.
- შაკიკის მქონე პაციენტთა შემთხვევაში პრევენციული თერაპიის მიზნით უნდა გავითვალისწინოთ აკუპუნქტურის შესაძლებლობა.

6. რეაბილიტაცია/მეთვალყურეობა

ქრონიკული თავის ტკივილის მქონე პაციენტებზე მეთვალყურეობა ითვალისწინებს მწვავე შეტევების მკურნალობასა და პრევენციას, პაციენტთა სიმპტომების შემსუბუქებას, მათი შრომის უნარის გაზრდასა და სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესებას.

შაკიკის, კლასტერული თავის ტკივილისა და დაძაბულობის ტიპის თავის ტკივილის მქონე პაციენტებზე მეთვალყურეობის მიზნით რეკომენდებულია მათი ამბულატორიული შემოწმება 6 თვეში ერთხელ.

პრევენციული თერაპიის დანიშვნის დროს რეკომენდებულია პაციენტის განმეორებითი ვიზიტის ორგანიზება საწყისიდან 6-8 კვირაში, მედიკამენტის დოზის ტიტრაციისა და საუკეთესო ეფექტური თერაპიული დოზის შერჩევის მიზნით.

წარმატებული პრევენციული თერაპიის შემთხვევაში აუცილებელია წამლის მოხსნის მცდელობის განხორციელება 6-12 თვეში.

განმეორებითი ვიზიტების დროს აუცილებელია პაციენტის განათლება შემდეგ საკითხებზე:

- შეძლებისდაგვარად თავი აარიდოს სტრესულ სიტუაციებს;
- დაიცვას ძილის რეგულარული რეჟიმი;
- რეგულარულად ივარჯიშოს;

- იკვებოს ბალანსირებულად;
- თავი აარიდოს არაკომფორტულ პოზიციებს ყოველდღიური საქმიანობის ან ძილის დროს;
- თავი აარიდოს თვალების გადაძაბვას;
- მიეწოდოს ინფორმაცია ბიო-უკუკავშირისა და რელაქსაციის ტექნიკის შესახებ.

7. შუსაბამისი ბაილანი, რომელსაც ეხდნობა აღნიშნული პროტოკოლი

- „თავის ტკივილის მართვა პირველად ჯანდაცვაში“

8. აღამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
აღამიანური		
ოჯახის ექიმი ან უბნის ექიმი/თერაპევტი	კლინიკური შეფასება დიაგნოზის დადასტურება სპეციალისტის კონსულტაციის საჭიროების განსაზღვრა მედიკამენტური მკურნალობის თაობაზე გადაწყვეტილება მიმდინარე მეთვალყურეობა	
ზოგადი პრაქტიკის ექთანი	რისკის პროფილის შეფასება (მ.შ ანამნეზი, “წითელი დროშის” ნიშნები) რისკ-ფაქტორების, არამედიკამენტური მკურნალობის, პრევენციისა და მედიკამენტების გვერდითი ეფექტების თაობაზე კონსულტირება.	
ნევროლოგი	პაციენტის შეფასება ახლად დაწყებული თავის ტკივილით; ნეიროგამოსახვით კვლევისა და ლუმბალურ პუნქციაზე გადაწყვეტილების მიღება; თავის ტკივილის წარუმატებელი მკურნალობის შემთხვევაში პაციენტის კონსულტირება; პაციენტის კონსულტირება საშიშროების ნიშნების არსებობის შემთხვევაში.	
რეგისტრატორი	მიმდინარე მეთვალყურეობისათვის პაციენტის გამოძახების უზრუნველყოფა.	
მენეჯერი/ადმინისტრატორი	გაიდლაინისა და პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა; დანერგვაზე მეთვალყურეობა; აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი	

მატერიალურ-ტექნიკური		
თავის ტკივილის ანამნეზური შეკითხვების ფორმები	დიაგნოზის დასმა	სასურველი
თავის ტკივილის ყოველკვირეული დღიური	რისკის პროფილის შეფასება	სასურველი
სფიგმომანომეტრი	რისკის პროფილის შეფასება	სავალდებულო
თავის ტკივილის თაობაზე პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები	პაციენტის ინფორმირება	სასურველი
ლაბორატორია სისხლის საერთო ანალიზის განსაზღვრისთვის	რისკის პროფილის შეფასება	სავალდებულო
ფუნდოსკოპი, ნევროლოგიური ჩაქუჩი	რისკის პროფილის შეფასება	სავალდებულო
ნეიროგამოსახვითი კვლევებისათვის საჭირო აპარატურა (მრტ, კტ)	რისკის პროფილის შეფასება	მიმართვა სპეციალიზირებულ დაწესებულებაში

9. ღანართეპი

თავის ტკივილის ანამნეზთან დაკავშირებული შეკითხვები:

1. თავის ტკივილის რამდენ განსხვავებულ ტიპს აღწერს პაციენტი?

აუცილებელია თითოეული ტიპისათვის ცალკე-ცალკე ანამნეზის შეკრება. კარგია, თუკი მოხდება კონცენტრირება პაციენტისათვის ყველაზე შემაწუხებელ ტიპზე, მაგრამ დანარჩენებსაც აუცილებლად სჭირდებათ გამოკვლევა იმ შემთხვევაში, თუკი ისინი კლინიკურად მნიშვნელოვანია.

2. დროსთან დაკავშირებული კითხვები:

ა) რატომ მოგმართათ კონსულტირებისთვის ამჟამად?

ბ) რამდენი ხანია, რაც ტკივილი დაიწყო?

გ) რამდენად ხშირია და დროის მიხედვით როგორ ვითარდება (განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ეპიზოდურ და ყოველდღიურ ან ქრონიკულ თავის ტკივილს შორის განსხვავება)?

დ) ტკივილის ხანგრძლივობა.

3. ხასიათობრივი კითხვები:

ა) ტკივილის ინტენსივობა;

ბ) ტკივილის ბუნება და ხარისხი;

გ) ტკივილის ლოკალიზაცია და გავრცელება;

დ) ასოცირებული სიმპტომები.

4. მიზეზობრივი კითხვები:

ა) წინასწარგანმწყობი და/ან მაპროვოცირებელი ფაქტორები;

ბ) დამამძიმებელი და/ან შემამსუბუქებელი ფაქტორები;

გ) ანალოგიური თავის ტკივილის ოჯახური ანამნეზი.

5. მკურნალობასთან დაკავშირებული კითხვები:

ა) რას მიმართავს პაციენტი თავის ტკივილის დროს?

ბ) რამდენად ლიმიტირებულია აქტივობა (ფუნქციური უნარი) ან რამდენად ხდება მისთვის თავის არიდება?

გ) რა მედიკამენტებს იყენებდა ან იყენებს ამჟამად პაციენტი და რა სახით?

6. ჯანმრთელობის მდგომარეობა შეტევებს შორის პერიოდში:

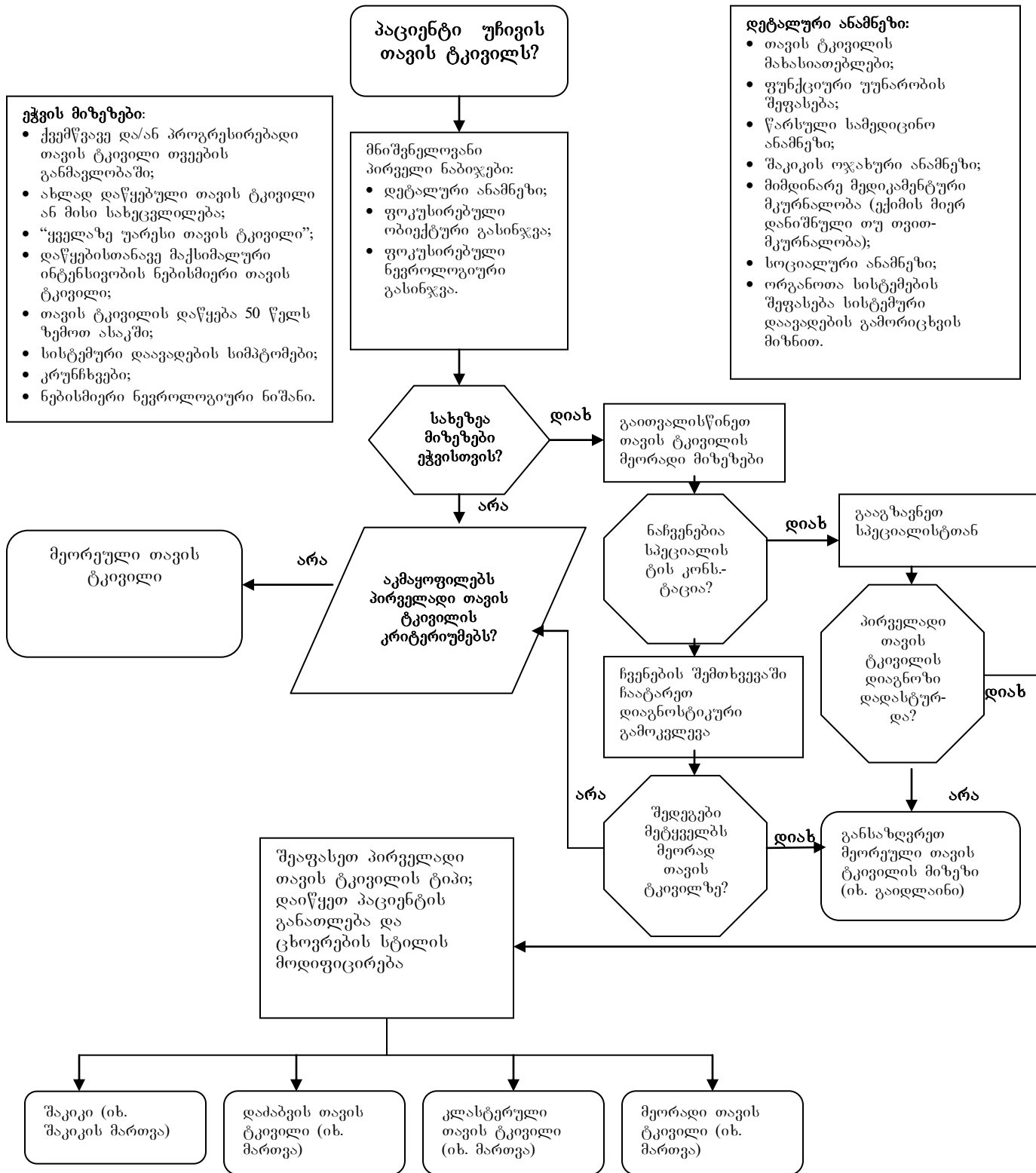
ა) აბსოლუტურად ჯანმრთელია, თუ აღინიშნება ნარჩენი ან პერსისტიული სიმპტომები?

ბ) აზრები, შფოთვა და შიში განმეორებითი შეტევების და/ან მათი მიზეზების თაობაზე.

თავის ტკივილის ყოველკვირეული დღიური

კვირა I	აღწერეთ თქვენი თავის ტკივილი 10-ქულიანი სისტემით და მიუთითეთ, თუკი გაქვთ ჩამოთვლილიდან რომელიმე სიმპტომი						
	ორშ	სამშ	ოთხშ	ხუთშ	პარასკ	შაბ	კვირა
თავის ტკივილი (0=არ არის, 10=ყველაზე უარესი)							
ავადმყოფობის შეგრძნება (დიახ/არა)							
ღებინება (დიახ/არა)							
სხვა სიმპტომები (დიახ/არა)							
შეტვის ხანგრძლივობა (საათი)							
წამოწოლის აუცილებლობა (დიახ/არა)							
დრო. რომლის განმავლობაშიც ვერ ეწეოდით ნორმალურ აქტივობას							
მიღებული მედიკამენტების ტაბლეტების რაოდენობა: დანიშნული							
საკუთარი ინიციატივით შექენილი							
მენსტუაცია (დიახ/არა)							

თავის ტკივილის საღიბნო ალგორითმი



ეჭვის მიზეზები:

- ქვეშევრდები და/ან პროგრესირებადი თავის ტკივილი თვეების განმავლობაში;
- ახლად დაწყებული თავის ტკივილი ან მისი სახეცვლილება;
- “ყველაზე უარესი თავის ტკივილი”;
- დაწყებისთანავე მაქსიმალური ინტენსივობის ნებისმიერი თავის ტკივილი;
- თავის ტკივილის დაწყება 50 წელს ზემოთ ასაკში;
- სისტემური დაავადების სიმპტომები;
- კრუნხვები;
- ნებისმიერი ნევროლოგიური ნიშანი.

დეტალური ანამნეზი:

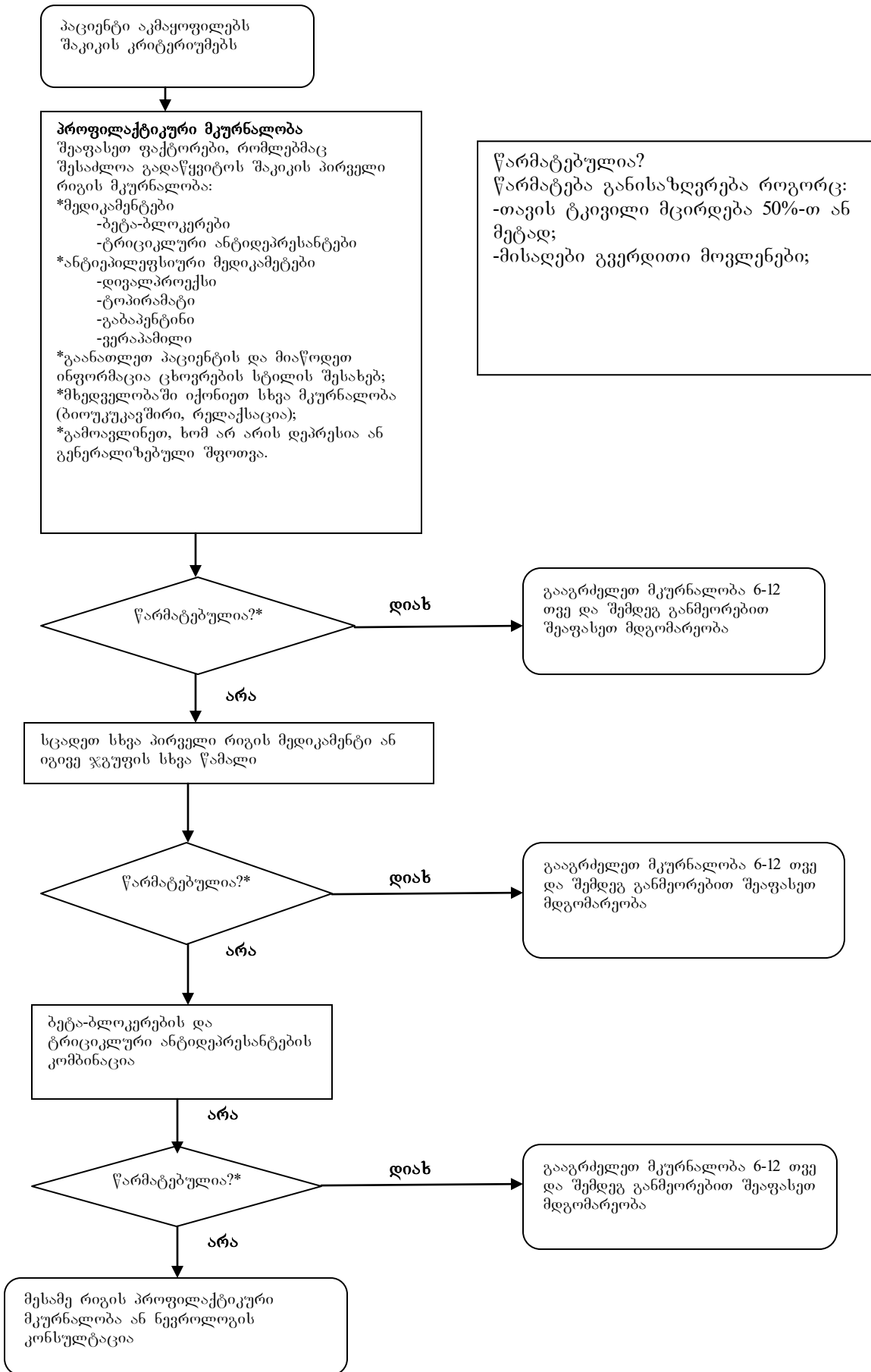
- თავის ტკივილის მახასიათებლები;
- ფუნქციური უუნარობის შეფასება;
- წარსული სამედიცინო ანამნეზი;
- შაკიკის ოჯახური ანამნეზი;
- მიმდინარე მედიკამენტური მკურნალობა (ეჭიმის მიერ დანიშნული თუ თვით-მკურნალობა);
- სოციალური ანამნეზი;
- ორგანოთა სისტემების შეფასება სისტემური დაავადების გამორიცხვის მიზნით.

სინუსური თავის ტკივილი

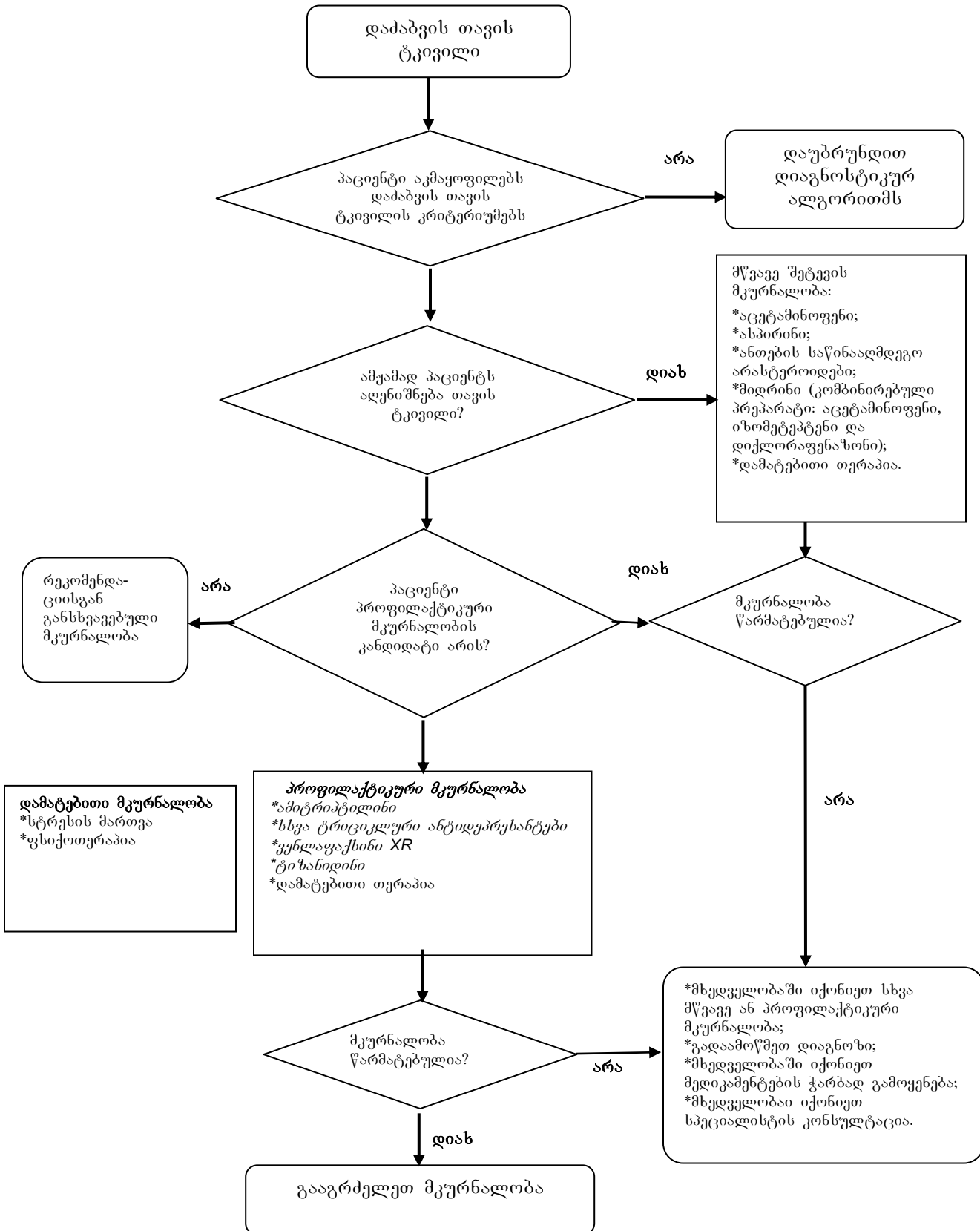
შაკიკთან ასოცირებული სიმპტომების დროს ხშირად არასწორად იხმება სინუსური თავის ტკივილის დიაგნოზი. ამის შედეგია შაკიკის არასათანადო დიაგნოსტიკა და მკურნალობა.

თავის ტკივილის საერთაშორისო საზოგადოების (International Headache Society – IHS) დეფინიციის მიხედვით სინუსური თავის ტკივილის დიაგნოზი განისაზღვრება შემდეგი კრიტერიუმების საფუძველზე: ჩირქოვანი გამონადენი ცხვირიდან, ცხვირის დანამატი წიაღების პათოლოგია გამოსახებითი კვლევისას, სინუსიტისა და თავის ტკივილის ერთდროული დაწყება, თავის ტკივილი, რომელიც ლოკალიზებულია სინუსებისთვის სპეციფიურ ხაზისა და კრანიალურ არეებში.

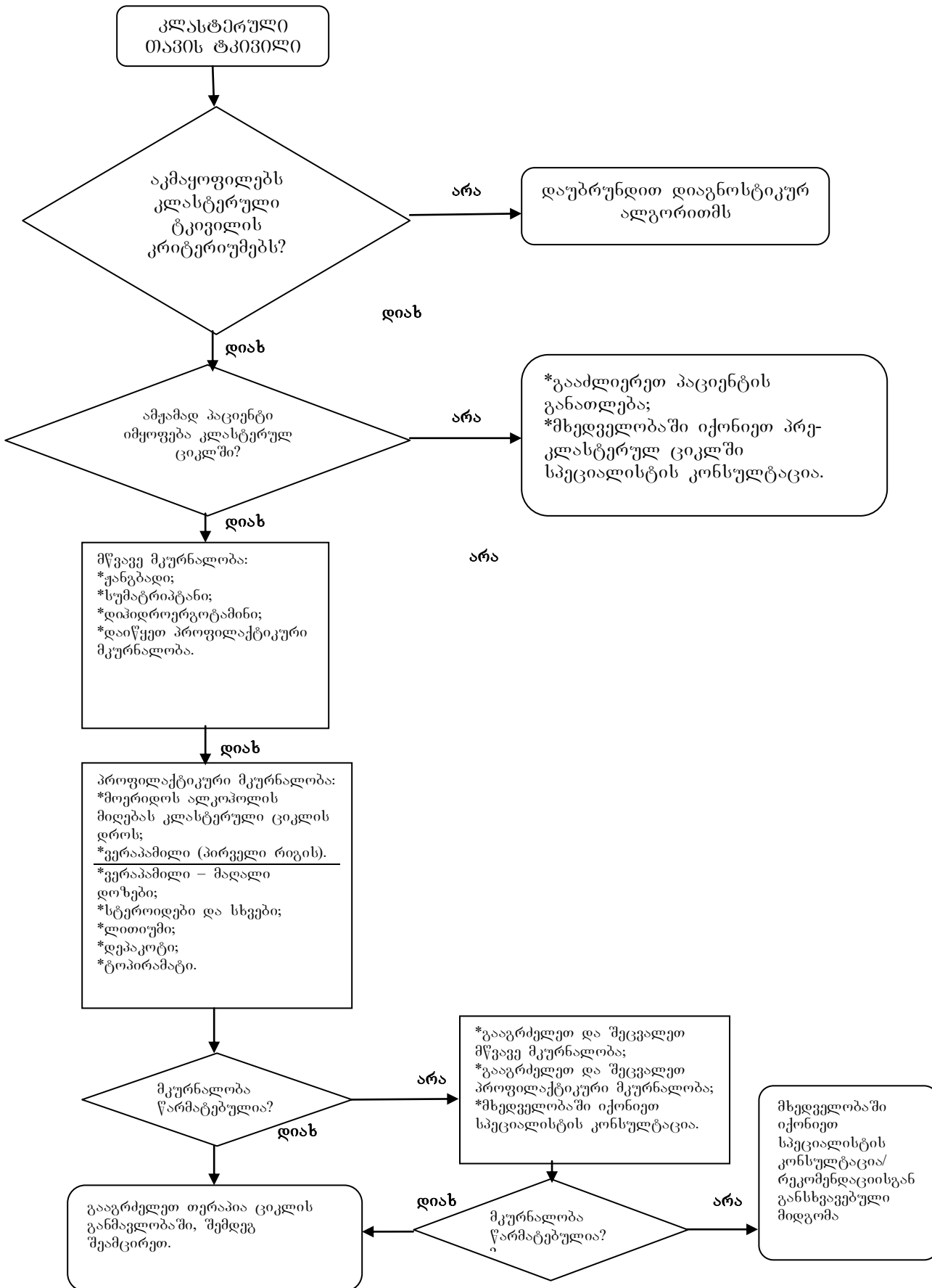
შაკივის პროფილაქტიკური მკურნალობის ალგორითმი



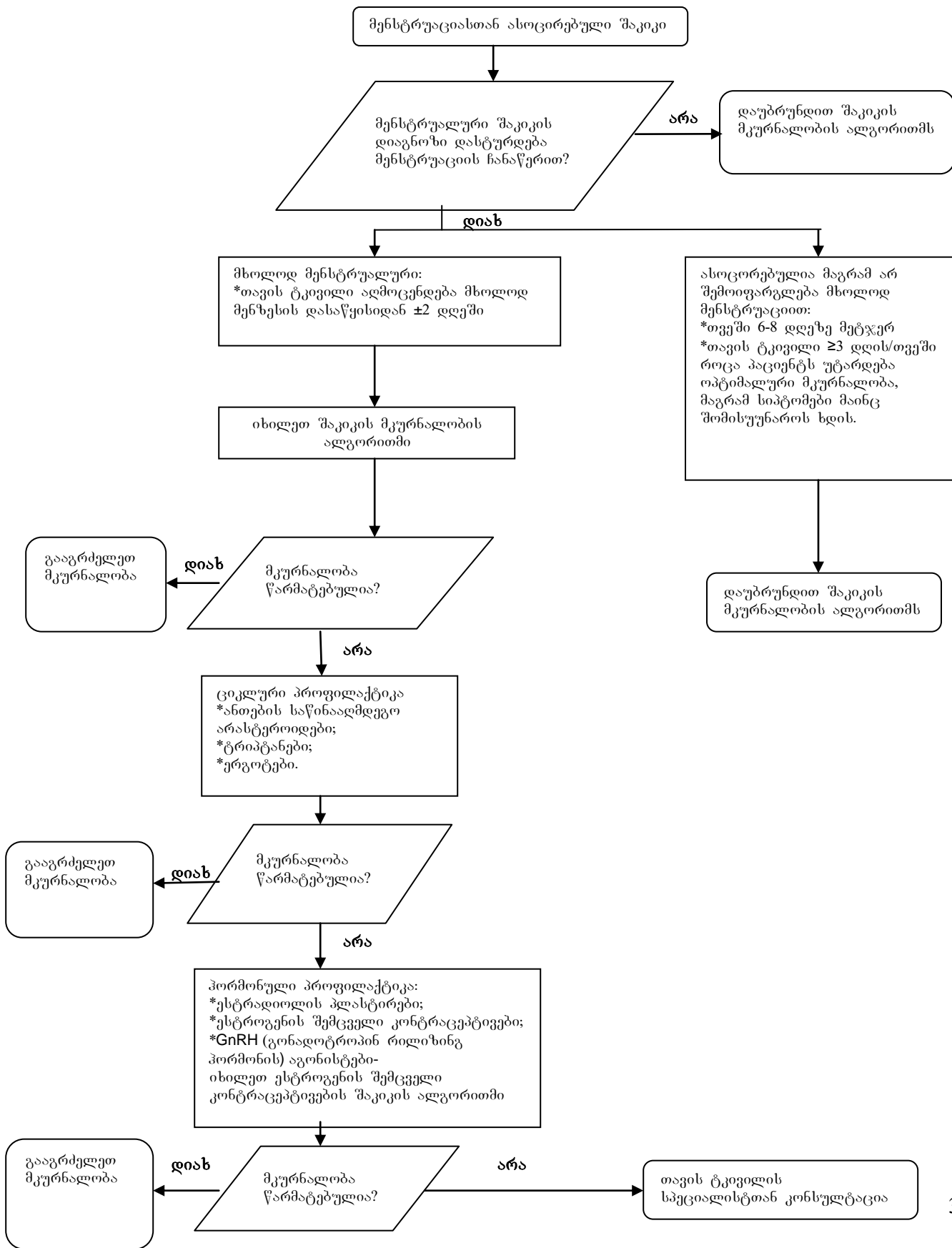
დაბაზის ტივის თავის ტივილის ალგორითმი



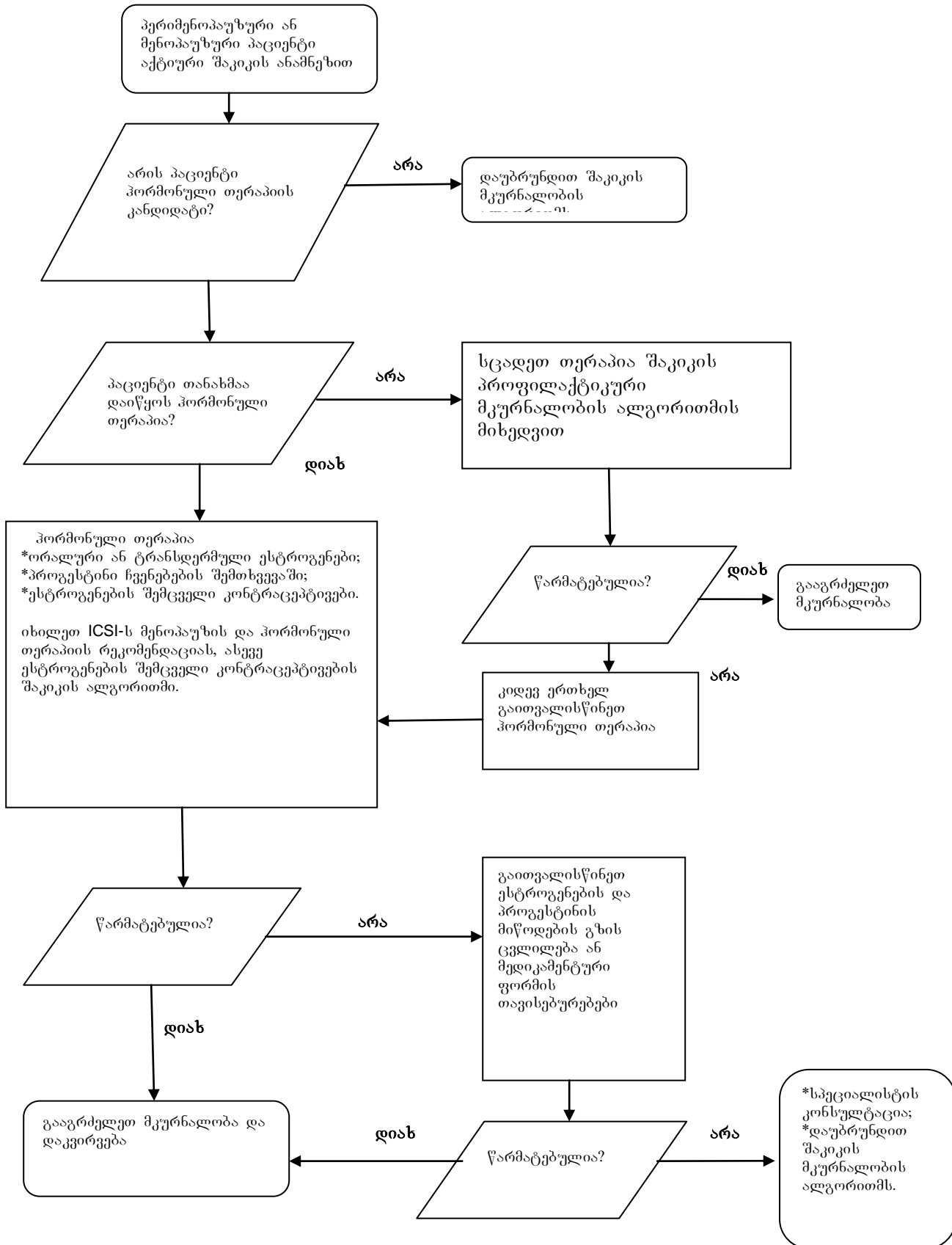
კლასტერული თავის ტკივილის ალგორითმი



მენსტრუაციასთან ასოცირებული შაკიკის მკურნალობა



პერიმენოპაუზური და მენოპაუზური შაკიკის ალგორითმი



ესტროგენების შემცველ კონტრაცეპტივებზე მყოფი ან ესტროგენების შემცველი კონტრაცეპტივების კანდიდატები, ვისაც აღენიშნება შაკიკი

