

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
від 22 травня 2025 року № 856

НОВИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

**Оцінка та лікування головного болю після струсу головного мозку/легкої
черепно-мозкової травми: керівництво для фахівців первинної медичної
допомоги
(бойова травма)**

Склад мультидисциплінарної робочої групи з опрацювання нового клінічного протоколу медичної допомоги

Дубров Сергій Олександрович	перший заступник Міністра охорони здоров'я України, голова робочої групи;
Лінчевський Олександр Володимирович	старший лікар-хірург Військово-медичного управління Служби безпеки України, лікар-хірург медичного центру «Добробут», заступник голови робочої групи з клінічних питань (за згодою);
Гаращук Олександр Віталійович	лікар-нейрохірург відділення політравми комунального неприбуткового підприємства «Київська міська клінічна лікарня № 17» (за згодою);
Григоровський Володимир Валерійович	старший ортопед-травматолог Військово-медичного управління Служби безпеки України (за згодою);
Гуменюк Костянтин Віталійович	головний хірург Збройних Сил України, Командування Медичних сил, полковник медичної служби (за згодою);
Данилюк Олександр Мирославович	капітан медичної служби, заступник директора Департаменту – начальник відділу медичної допомоги та медичної евакуації Департаменту охорони здоров'я Міністерства оборони України (за згодою);
Денисюк Максим Володимирович	асистент кафедри анестезіології та інтенсивної терапії Національного медичного університету імені О.О.Богомольця;
Деркач Роман Володимирович	головний лікар державної установи «Інститут травматології та ортопедії Національної академії медичних наук України» (за згодою);
Спіцин Віталій Євгенович	лікар-анестезіолог Військово-медичного управління Служби безпеки України, лікар-анестезіолог медичного центру «Добробут» (за згодою);
Ульянова Надія Анатоліївна	завідувач відділу посттравматичної патології ока державної установи «Інститут очних хвороб і тканинної терапії імені В.П. Філатова Національної академії медичних наук України» (за згодою);
Возніцина Ксенія Борисівна	директор державного закладу «Центр психічного здоров'я та реабілітації ветеранів «Лісова поляна» Міністерства охорони здоров'я України»

Методологічний супровід та інформаційне забезпечення

Гуленко Оксана Іванівна	начальник відділу стандартизації медичної допомоги державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», заступник голови робочої групи з методологічного супроводу.
----------------------------	--

Список термінів та скорочень

BCB	Відділ у справах ветеранів
ГБН	головний біль напруги
КПТ	когнітивно-поведінкова терапія
МІГБ	медикаментозно індукований головний біль
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
НКПМД	новий клінічний протокол медичної допомоги
НПЗЗ	нестероїдні протизапальні засоби
ПТГБ	посттравматичний головний біль
ПТСР	посттравматичний стресовий розлад
ПН	потиличний нерв
ТН	трійчастий нерв
ЧМТ	черепно-мозкова травма
CGRP	пептид, який кодується геном кальцитоніну
ICHD-3	Міжнародна класифікація розладів головного болю
DHA	Військово-медична агенція США
DoD	Department of Defense (міністерство оборони США)
TBICoE	Traumatic Brain Injury Center of Excellence (провідний центр із лікування черепно-мозкових травм)

Передмова мультидисциплінарної робочої групи

Цей новий клінічний протокол медичної допомоги (далі – НКПМД) розроблено відповідно до Методики розробки та впровадження медичних стандартів медичної допомоги на засадах доказової медицини, затвердженої наказом МОЗ України від 28.09.2012 № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 29.11.2012 за № 2001/22313 (зі змінами).

НКПМД - це клінічні рекомендації, обрані Міністерством охорони здоров'я України для застосування на території України як клінічного протоколу без проходження процедури адаптації; визначають процес надання медичної допомоги при певному захворюванні; затверджуються Міністерством охорони здоров'я України як текст нового клінічного протоколу.

НКПМД «Оцінка та лікування головного болю після струсу головного мозку/легкої черепно-мозкової травми: керівництво для фахівців первинної медичної допомоги» є перекладом Клінічних рекомендацій Міністерства оборони США, березень 2024, підготовлені Центром передового досвіду з питань черепно-мозкової травми, та є оглядом актуальної опублікованої літератури та висновків клінічних експертів, які представляють академічний, дослідницький та цивільний сектори: Збройні сили Міністерства оборони (DoD) США; Військово-медичну агенцію (DHA); Відділ у справах ветеранів (BCB).

Звісно, новий клінічний протокол не замінить собою клінічне мислення. Ми даємо цей інструмент нашим розумним і досвідченим колегам-клініцистам і переконані, що кожен із вас, хто читатиме ці протоколи, дасть раду з усіма неточностями й нюансами.

НКПМД містить рекомендації про те, як повертати військовослужбовця до повноцінного виконання службових обов'язків після струсу головного мозку / лЧМТ.

Додаткову інформацію та ресурси можна знайти на веб-сайті TBISoE: [Health.mil/TBISoE](https://www.health.mil/TBISoE).

Слід зазначити, що на момент розробки НКПМД лікарські засоби: онаботулінумтоксин А, атогепант, римегепант, еренумаб, урогепант, нортриптилін в Україні не зареєстровано; лікарський засіб за міжнародною непатентованою назвою суматриптан в Україні зареєстрований у лікарських формах: таблетки та капсули.

Водночас зазначимо, що допомога пацієнтам з посттравматичним стресовим розладом (далі – ПТСР) надається з урахуванням рекомендацій Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19.07.2024 № 1265.

Вступ

Посттравматичний головний біль є одним із найпоширеніших і постійних симптомів черепно-мозкової травми (далі – ЧМТ).¹⁻⁴ В осіб із легкою ЧМТ частіше спостерігається більша частота, більша тривалість та більша інтенсивність посттравматичного головного болю (далі – ПТГБ) порівняно з особами з помірною чи тяжкою ЧМТ.^{5,6}

Відповідно до Міжнародної класифікації розладів головного болю, 3-є видання, ПТГБ класифікується як вторинний розлад головного болю, пов'язаний із травматичним ушкодженням голови, що розвивається протягом 7 днів після травми голови, або наявним первинним розладом головного болю, який стає хронічним або з суттєвим погіршенням протягом 7 днів після травми голови. ПТГБ класифікується як *гострий*, якщо головний біль зникає протягом 3 місяців, або *постійний*, якщо головний біль триває довше.^{7,8}

Найбільш поширеними типами ПТГБ є мігрень і головний біль напруги (далі – ГБН).^{5,8} Ймовірно, механізми ПТГБ збігаються з мігренню та первинним ГБН, але травма затьмарює клінічну та патофізіологічну картину. ПТГБ, ймовірно, є багатофакторним процесом, який з часом розвивається від гострої до хронічної фази.⁹

Ця клінічна рекомендація розроблена, щоб надати керівникам первинної ланки медичної допомоги найкращі практики для оцінки та лікування військовослужбовців і ветеранів із ПТГБ. Було показано, що навчання за попередніми рекомендаціями цієї клінічної рекомендації зменшує кількість направлень до медичних закладів вищого рівня, покращує спостереження після початкового лікування та підвищує дотримання пацієнтом рекомендацій щодо лікування.¹⁰

Початкова оцінка та лікування ПТГБ

Надання допомоги при гострому болю, викликаному струсом головного мозку

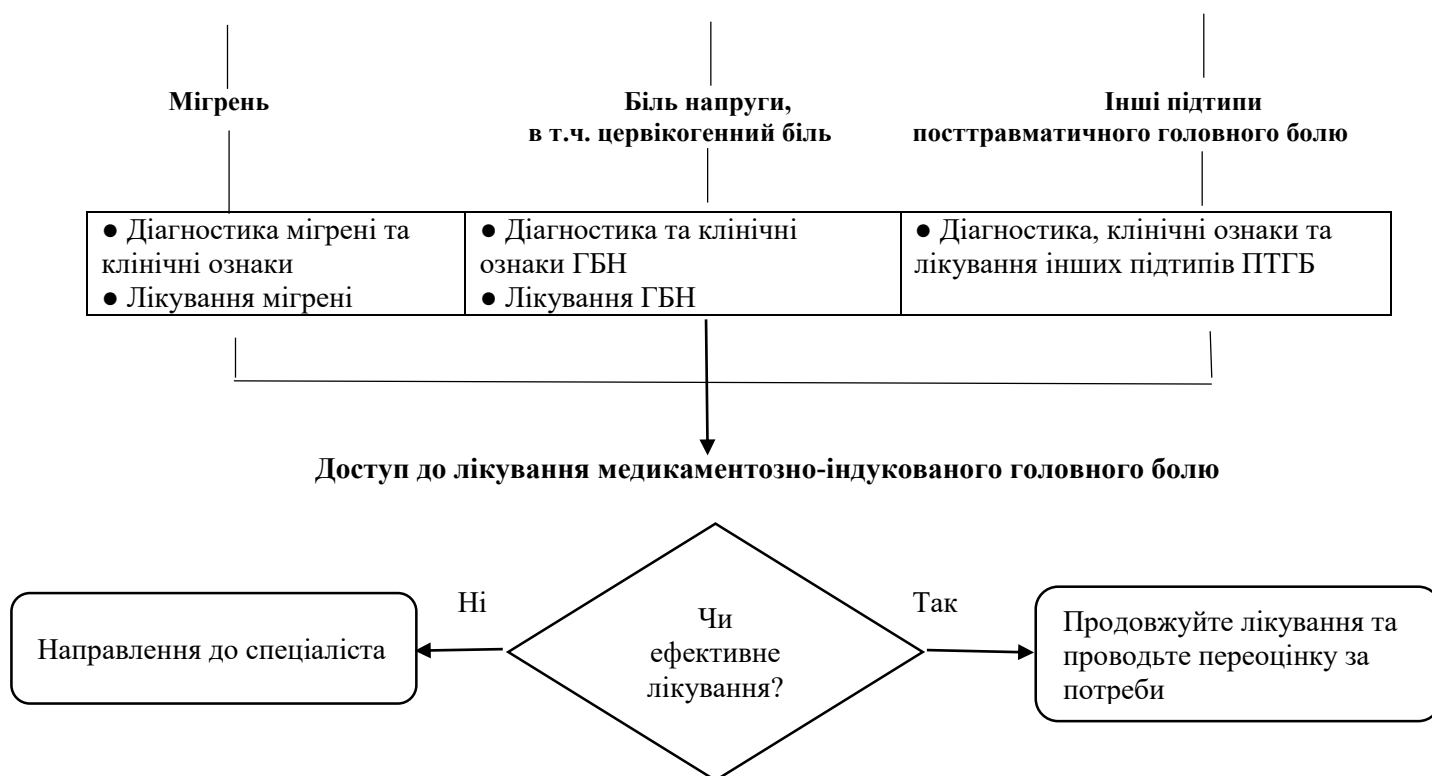
- Заповніть та задокументуйте MACE 2 в електронній медичній картці після події, що може призвести до струсу головного мозку.
- Розгляньте показання до нейровізуалізації або проконсультуйтеся з фахівцем вищого рівня.
- Забезпечте дотримання та лікування гострого головного болю відповідно до рекомендацій щодо поступового повернення до активної діяльності.

При постійному головному болю

- Розгляньте можливість направлення до спеціаліста згідно з рекомендаціями щодо поступового повернення до активної діяльності.
- Порадьте пацієнту почати вести щоденник головного болю.
- Оцініть історію хвороби пацієнта (включаючи супутні захворювання).
- Проведіть ретельне фізикальне обстеження, включаючи неврологічне обстеження.
- Надайте пацієнту інформаційний листок «Менеджмент головного болю після ЧМТ».

Визначення та лікування певного типу головного болю





Супутні стани

Особи з гострим або постійним ПТГБ часто мають багато фізичних, психологічних і когнітивних посттравматичних симптомів. Необхідно провести ретельний збір анамнезу пацієнта, включаючи огляд медикаментозного лікування, історію головного болю (щоденник головного болю) та оцінку супутніх станів. Супутні стани специфічні для ПТГБ, які можуть сприяти посиленню або загостренню головного болю, включають порушення сну, тривогу, депресію, посттравматичний стресовий розлад (далі – ПТСР), а також окорухові та вестибулярні дисфункції.¹¹⁻¹⁷ Тривога та депресія також можуть підвищити ризик виникнення медикаментозно-індукованого головного болю (далі – МІГБ), який розвивається через регулярне надмірне необґрунтоване вживання лікарських засобів. Головний біль є поширеним явищем після легкої ЧМТ, а надмірне вживання ліків може заплутати клінічну картину та лікування головного болю (наприклад, посилює головний біль, притупляє ефективність профілактичних препаратів, трансформує епізодичний головний біль у хронічний).¹⁸⁻²¹

Своєчасне розпізнавання та належне лікування супутніх станів може допомогти запобігти хронічному головному болю, резистентності до лікування, затримці повернення до виконання службових обов’язків та підвищенню рівня непрацездатності.

Супутні стани	Ресурси
Порушення сну (наприклад, безсоння, обструктивне апное уві сні)	ТВІСоЕ Лікування порушень сну після струсу мозку/легкої ЧМТ: Керівництво для первинної медичної допомоги
Поведінкове здоров’я (наприклад, тривога, депресія, ПТСР)	Ресурси лікарів Центру передового досвіду з питань психологічного здоров’я
Окорухові або вестибулярні дисфункції	ТВІСоЕ Оцінка та лікування запаморочення та розладів зору після струсу мозку/легкої ЧМТ: Керівництво для менеджера первинної медичної допомоги

Медикаментозно-індукований головний біль	Таблиця МІГБ
--	--------------

ДІАГНОСТИКА ТА КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ МІГРЕНІ ТА ГБН		
	Мігрень (з ауурою або без неї)	ГБН (включаючи цервікогенний біль)
Критерії діагностики	Критерії ICHD-3 для мігрені	● Критерії ICHD-3 для ГБН ● Критерії ICHD-3 для цервікогенного головного болю
Інтенсивність болю	Часто сильний або виснажливий	Зазвичай легкий або помірний
Характер болю	Пулсуючий або ритмічний, також може бути гострим, колючим або схожим на електричний	● Тупий, ниючий або стрічкоподібний тиск ● Гострий біль може бути присутнім, але не переважати.
Тривалість	4-72 години	Зазвичай менше 4 годин, але може варіюватися від 30 хвилин до 7 днів
Локалізація	Часто односторонній і може бути різним за локалізацією в різних епізодах	Зазвичай двосторонній лобовий, ретроорбітальний, скроневий, шийний, потиличний або голоцефальний
Фоно- або Фотофобія	Зазвичай присутня одна або обидві	Може бути присутня одна, але не обидві
Нудота або блювання	Зазвичай присутні	Немає
Рутинна фізична активність (наприклад, ходьба, підйом по сходах)	Посилює симптоми	Не посилює симптоми
Результати оцінки	Локальний м'язовий біль не є типовим, але м'язовий біль може бути присутнім при тривалому головному болю.	● Підвищена чутливість перикраніальних м'язів є найбільш вираженою ознакою ГБН. ● Кількість міофасціальних тригерних точок значно збільшена у пацієнтів з ГБН. ● Обстеження шії може виявити зменшення об'єму рухів, пальпаторну болючість або скорочення шийних чи перикраніальних м'язів.
Додаткові особливості	Продромальний синдром мігрені: Симптоми можуть включати посилене позіхання, ейфорію, депресію, дратівливість, потяг до їжі, закрепи або скутість шії. До 77% пацієнтів можуть відчувати продромальну симптоматику, яка з'являється за 24-48 годин до початку головного болю. Аура мігрені: Вогнищеві неврологічні симптоми (наприклад, зорові, слухові або соматосенсорні симптоми), які розвиваються поступово і можуть тривати до години до або під час нападу головного болю. Аури виникають приблизно у 25% пацієнтів.	● Мігрень і ГБН можуть розглядатися як споріднені стани зі спільними факторами навколишнього середовища та способу життя. ● Цервікогенний головний біль слід розглядати, якщо головний біль є одностороннім або асиметричним, а механізм травми відповідає травмі шії або ураженню шийного відділу.

ЛІКУВАННЯ ГОЛОВНОГО БОЛЮ ПРИ МІГРЕНІ 20, 26-38

Код за МКХ-10: G43.001-G43.919

Нефармакологічні міркування щодо лікування

- Надайте пацієнту:
 - Інформаційний бюлетень «Менеджмент головного болю після легкої ЧМТ»
 - Інформаційний бюлетень «Сон після легкої ЧМТ»
- Обговоріть питання профілактики МІГБ та надайте пацієнту інформаційний лист про МІГБ
- Наголосіть на важливості модифікації активності, щоб уникнути порогу виникнення симптомів.
- Уникайте тригерів головного болю (наприклад, модифікація дієти та навколишнього середовища за результатами перегляду щоденника головного болю).

- Аеробні вправи, прогресивні силові тренування
- Прогресивна м'язова релаксація
- Подумайте про направлення на:
 - Акупунктура (наприклад, бойова акупунктура)
 - Нейромодуляція (наприклад, транскраніальна магнітна стимуляція)
 - Поведінкове здоров'я (наприклад, біологічний зворотний зв'язок, КПТ)
 - Фізична терапія

Фармакологічні міркування щодо лікування

Необґрунтоване лікування: Обмежте вживання, щоб уникнути МІГБ

Від легкого до помірного

- Ібупрофен: 400-800 мг кожні 6 годин за необхідності до 2,4 г/добу
- Напроксен натрію (ІК): 500-750мг кожні 12 годин за необхідності до 1г/добу
- Парацетамол: 500-1000 мг кожні 4-6 годин за необхідності до 3 г/добу
- Ацетилсаліцилова кислота: 500-1000 мг кожні 4-6 годин за необхідності до 4 г/добу
- Комбіновані анальгетики/кофеїнові сполуки: АРАР 250мг/ААА 250мг/кофеїн 65мг: 2 таблетки один раз кожні 24 години

Додаткова інформація

- Застосовуйте на початку нападу.
- Велика початкова доза може дати більший ефект, ніж кілька менших доз.
- Використовуйте альтернативний шлях введення (наприклад, підшкірно, інтраназально) та протиблювотні засоби у разі одночасної нудоти та блювання.
- Пероральні препарати також можуть бути неефективними через погану абсорбцію внаслідок шлункового стазу, спричиненого мігренню.
- Альтернатива (зазвичай призначається невропатологом):
 - Антагоністи CGRP (наприклад, римегепант, урогепант). Розгляньте можливість застосування, якщо триптани протипоказані (наприклад, перенесений інфаркт або інсульт), погано переносяться або неадекватна відповідь на ≥ 2 триптани.
 - Доведено, що блокади великого потиличного нерва зменшують інтенсивність та частоту головного болю при мігрені у рефрактерних пацієнтів або пацієнтів, які мають протипоказання до стандартних методів лікування.

Від помірного до важкого

Розгляньте можливість застосування перорального або внутрішньовенного НПЗЗ у комбінації з триптаном, якщо триптан не є ефективним.

- Суматриптан
 - п/о: 50-100 мг на початку, можна повторити через 2 години, до 200 мг/добу
 - підшкірно: 6 мг на початку, можна повторити через 1 годину, до 12 мг/добу
 - Інтраназально (суспензія): 20 мг на початку, можна повторити через 2 години, до 40 мг/добу
- Золмітриптан
 - п/о / таблетки, що розсмоктуються перорально: 2,5-5 мг на початку, можна повторити через 2 години, до 10 мг/добу
 - Інтраназально: 2,5-5 мг на початку, можна повторити через 2 години, до 10 мг/добу
- Ризатриптан
 - п/о / таблетки, що розсмоктуються перорально: 5-10 мг на початку, можна повторити через 2 години, до 20 мг/добу
- Кеторолак
 - В/м: 30-60 мг одноразово

ЛІКУВАННЯ ГОЛОВНОГО БОЛЮ ПРИ МІГРЕНІ (ПРОДОВЖЕННЯ)

Код за МКХ-10: G43.001-G43.919

Профілактичне лікування (див. <u>Критерії ефективності лікування</u> щодо показань до профілактичного лікування)		
Лікарські засоби або добавки (рівень доказовості):	Майте на увазі, якщо:	Обережно, якщо:
Пропранолол*: 10-40 мг один раз на день у 1-4 окремі прийоми (залежно від форми випуску ІК або ЕР), поступово титрувати до 40-240 мг/добу за 1-4 прийоми (А)	• Тривога • Гіпертонія	• Депресія • Запаморочення • Непереносимість фізичних навантажень • Втома • Брадикардія • Гіпотонія • Статева дисфункція
Топірамат: 25 мг один раз на добу, титрувати з інтервалом ≥ 1 тижня з кроком 25-50 мг, до 100-200 мг/добу за 1-2 прийоми (А)	• Хронічна мігрень • МІГБ • Непереносимість фізичних навантажень • Часті напади мігрені • Ожиріння	• Когнітивна дисфункція • Тривога або депресія • Втома • Чутливість до побічних ефектів • Прийом гормональних контрацептивів
Амітриптилін*: 10-12,5 мг щовечора перед сном, титрувати кожні 2-3 тижні з кроком 10-12,5 мг, до 50-100 мг щовечора перед сном (В)	• Безсоння • Вестибулярна мігрень • Коморбідний біль	• Когнітивна дисфункція • Непереносимість фізичних навантажень • Втома • Сексуальна дисфункція[†]. • Суїцидальний ризик • Чутливість до побічних ефектів
Нортриптилін*: 10-25мг щовечора перед сном, титрувати з інтервалом ≥ 1 тижня з кроком 10-25мг, до 50-100мг щовечора перед сном	• Амітриптилін показаний, але антихолінергічні ефекти або седативний ефект обмежують його використання	
Венлафаксин ЕР*: 37,5 мг один раз на добу, титрувати щотижня з кроком 37,5 мг, до 75-150 мг/добу (В)	• Тривога або депресія • Когнітивна дисфункція • Непереносимість фізичних навантажень • Втома • ПТСР • Вестибулярна мігрень	• Безсоння • Сексуальна дисфункція[†] • Суїцидальний ризик • Гіпертонія (> 225 мг/день)
Дулоксетин*: 30 мг один раз на добу, титрувати до 60 мг один раз на добу через 1 тиждень	• Тривога або депресія • Когнітивна дисфункція • Непереносимість фізичних навантажень • Втома • Коморбідний біль	• Безсоння • Сексуальна дисфункція[†] • Суїцидальний ризик
ОнаботулінумтоксинаА: • Показаний для профілактики хронічної мігрені. • Зверніться до невролога або кваліфікованого лікаря. (А)	• Хронічна мігрень • МІГБ • Поліпрагмазія • Змішаний фенотип ПТГБ (хронічна мігрень і ГБН) • Погана толерантність до профілактичних засобів	
Антагоністи CGRP (наприклад, атогепант, римегепант, еренумаб, фреманезумаб) • Зверніться до невролога або проконсультуйтеся з кваліфікованим лікарем.	• Протипоказання, непереносимість або неадекватна відповідь на 8-тижневе випробування двох препаратів рівня (А) або (В) у терапевтичній дозі. • Хронічна мігрень • МІГБ	• Гіпертензія (з еренумабом) • Нещодавні серцево-судинні або цереброваскулярні ішемічні

	● Поліпрагмазія	хвороби (теоретичний ризик)
--	-----------------	-----------------------------

ЛІКУВАННЯ ГОЛОВНОГО БОЛЮ ПРИ МІГРЕНІ (ПРОДОВЖЕННЯ)		
Профілактичне лікування (див. <u>Критерії ефективності лікування</u> щодо показань до профілактичного лікування)		
Лікарські засоби або добавки (рівень доказовості):	Майте на увазі, якщо:	Обережно, якщо:
Кандесартан: 4-8 мг один раз на добу, титрувати щотижня, до 16 мг/добу (С)	● Когнітивна дисфункція ● Гіпертонія ● Чутливість до побічних ефектів	● Гіпотонія ● Запаморочення
● Оксид магнію: 400 мг один раз на добу (еквівалентно 240 мг елементарного магнію), титрувати до 400 мг двічі на добу (В) ● Рибофлавін (вітамін В2): 400 мг один раз на добу (В) ● Коензим Q10: 100 мг тричі на добу (С)	● Бажане доповнення до фармакотерапії ● Бажання пацієнта щодо добавок ● Чутливість до побічних ефектів	

* Бета-блокатори та антидепресанти можуть впливати на сон. Зверніться до клінічних рекомендацій ТВІСоЕ щодо порушень сну для отримання додаткової інформації.

† Антидепресанти можуть викликати різний рівень сексуальної дисфункції (венлафаксин > ТЦА > дулоксетин).

(А), (В), (С) вказують на рівень доказовості відповідно до рекомендацій Американської академії неврології/Американського товариства з питань головного болю 2012 року.³⁶

ЛІКУВАННЯ ГОЛОВНОГО БОЛЮ НАПРУГИ ТА ЦЕРВІКОГЕННОГО ГОЛОВНОГО БОЛЮ³⁹⁻⁴²

Код за МКХ-10: ГБН: G44.201-G44.229, цервікогенний: G44.86

Нефармакологічні міркування щодо лікування

ГБН

- Надайте пацієнту:
 - Інформаційний бюлетень «Менеджмент головного болю після легкої ЧМТ»
 - Інформаційний бюлетень «Сон після легкої ЧМТ»
- Обговоріть з пацієнтом профілактику МІГБ та надайте йому інформаційний лист про МІГБ
- Наголосіть на важливості модифікації активності, щоб уникнути порогу виникнення симптомів.
- Уникайте тригерів головного болю (наприклад, дієта та зміна навколишнього середовища при перегляді щоденника головного болю)
- Аеробні вправи, поступові силові тренування, розтяжка, йога
- Поступове розслаблення м'язів
- Подумайте про направлення на:
 - Акупунктуру (наприклад, бойова акупунктура)
 - Поведінкове здоров'я (наприклад, біологічний зворотній зв'язок, тренінг з релаксації, КПТ)
 - Фізичну терапію (наприклад, сухе голковколювання)
- Остеопатичне мануальне лікування

Цервікогенний

- Надайте пацієнту інформаційний лист «Менеджмент головного болю після легкої ЧМТ»
- Наголосіть на важливості модифікації активності, щоб уникнути порогу появи симптомів.
- Зверніться до фізичної терапії для оцінки та для лікування цервікогенного головного болю.
- Зверніться до невролога або фахівця з лікування болю для цервікогенного головного болю, що не піддається лікуванню фізіотерапією.
- Зверніться до розділу «Знеболення» при сильному болю в шії або хронічній травмі шії.

Фармакологічні міркування щодо лікування

Необґрунтоване лікування: Обмежте вживання, щоб уникнути МІГБ

ГБН

- Ібупрофен: 400-800 мг кожні 6 годин за необхідності до 2,4 г/добу
- Напроксен натрію (ІК): 500-750мг кожні 12 годин за необхідності до 1г/добу
- Ацетилсаліцилова кислота: 500-1000 мг кожні 4-6 годин за необхідності до 4 г/добу
- Парацетамол: 500-1000 мг кожні 4-6 годин за необхідності до 3 г/добу

Цервікогенний

- Ібупрофен: 400-800 мг кожні 6 годин за необхідності до 2,4 г/добу
- Напроксен натрію (ІК): 500-750мг кожні 12 годин за необхідності до 1 г/добу
- Парацетамол: 500-1000 мг кожні 4-6 годин за необхідності до 3г/добу

● Комбіновані анальгетики/кофеїнові сполуки: АРАР 250мг/АSА 250мг/кофеїн 65мг: 2 таблетки один раз кожні 24 години		
Профілактичне лікування ГБН: (див. Критерії ефективності лікування щодо показань до профілактичного лікування)		
Лікарські засоби або добавки (рівень доказовості):	Майте на увазі, якщо:	Обережно, якщо:
Амітриптилін*†: 10-12,5 мг щовечора перед сном, титрувати кожні 2-3 тижні по 10-12,5 мг, до 50-100 мг щовечора перед сном (А)	● Безсоння ● Супутній біль	● Когнітивна дисфункція ● Непереносимість фізичних навантажень ● Втома ● Сексуальна дисфункція† ● Суїцидальний ризик ● Чутливість до побічних ефектів
Нортриптилін*: 10-25мг щовечора перед сном, титрувати ≥ 1 тижневими інтервалами з кроком 10-25 мг, до 50-100мг щовечора перед сном	● Амітриптилін показаний, але антихолінергічні ефекти або седативний ефект обмежують його застосування	
Міртазапін†: 15 мг щовечора перед сном, може титруватися до 30 мг щовечора перед сном через 1 тиждень (В)	● Депресія ● Безсоння	● Втома ● Ожиріння ● Сексуальна дисфункція† ● Суїцидальний ризик
Венлафаксин ЕР†: 37,5 мг один раз на день, титрувати щотижня з кроком 37,5 мг, до 75-150 мг один раз на день (В)	● Тривога або депресія ● Когнітивна дисфункція ● Непереносимість фізичних навантажень ● Втома ● ПТСР	● Безсоння ● Сексуальна дисфункція† ● Суїцидальний ризик ● Гіпертонія (دوزи >225 мг/добу)

* Комбінована терапія з ТЦА та управлінням стресом може бути кращою, ніж будь-яка з цих двох терапій окремо.

† Антидепресанти можуть впливати на сон. Для отримання додаткової інформації зверніться до [клінічних рекомендацій ТВІСоЕ щодо порушень сну](#).

‡ Антидепресанти можуть викликати різний рівень сексуальної дисфункції (венлафаксин > ТЦА >> міртазапін).

(А), (В), (С) вказують на рівень доказовості відповідно до рекомендацій Європейської федерації неврологічних товариств.³⁹

ІНШІ ПІДТИПИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ГОЛОВНОГО БОЛЮ^{7, 43-47} <i>Код за МКХ-10: Невропатичний: М79.2, Трійчастий нерв: G50.0, Потиличний нерв: М54.81</i>			
	Головний біль, пов'язаний з невропатичним болем	Невралгія трійчастого/потиличного нерва	Вестибулярна мігрень
Критерії діагностики		● Критерії ІСНД-3 для ТН ● Критерії ІСНД-3 для ПН	● Критерії ІСНД-3 для вестибулярної мігрені
Клінічні характеристики	Локалізований, епізодичний біль, печіння, поколювання або гіперестезія, пов'язані з травмою м'яких тканин голови або обличчя	Від помірного до сильного, гострий, пекучий, поколюючий або схожий на електричний біль над ураженими нервовими гілками	Вестибулярні симптоми від помірних до тяжких (наприклад, запаморочення, головокружіння, спричинене рухом), пов'язані з мігренозними ознаками
Оцінка	Локалізована болючість або відтворення болю при русі чи пальпації	Позитивний симптом Тінеля або точкова болючість над ураженою гілкою нерва	● Перегляньте щоденник головного болю на предмет зв'язку з вестибулярними симптомами в часі. ● Ретельне неврологічне обстеження для виключення альтернативного діагнозу ● Ністагм може бути присутнім під час епізоду вестибулярної мігрені; однак, на основі клінічної

			підозри слід виключити альтернативні причини.
Немедикаментозні варіанти лікування	● Холодні або гарячі компреси ● Масажна терапія ● КПТ ● Медична, китайська або бойова акупунктура ● Зміна стандартів уніформи та зовнішнього вигляду (наприклад, стрижка, гоління, носіння накидок)	● Медична, китайська або бойова акупунктура ● Зміна стандартів уніформи та зовнішнього вигляду (наприклад, стрижка, гоління, носіння головних уборів)	

ІНШІ ПІДТИПИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ГОЛОВНОГО БОЛЮ (ПРОДОВЖЕННЯ)

Код за МКХ-10: Невропатичний: M79.2, Трійчастий нерв: G50.0, Потиличний нерв: M54.81

	Головний біль, пов'язаний з невропатичним болем	Невралгія трійчастого/потиличного нерва	Вестибулярна мігрень
Фармакологічні варіанти лікування	Невропатичний біль ● Амітриптилін: 10-25 мг щовечора перед сном, титрувати щотижня з кроком 10-25 мг, до 150 мг щовечора перед сном ● Габапентин (ІК): 100-300 мг 1-3 рази на добу, титрувати до 300-1200 мг тричі на добу ● Прегабалін: 25 мг один раз на добу, титрувати щотижня з кроком 25-150 мг, до 300-600 мг/добу за 2-3 прийоми ● Дулоксетин: 30мг один раз на добу, титрувати до 60мг один раз на добу через 1 тиждень	Невралгія потиличного нерва ● Блокада великого потиличного нерва ● Невропатичні знеболюючі засоби Невралгія трійчастого нерва Порадьтесь з невропатологом щодо медикаментозного лікування. ● Карбамазепін: 200-400 мг/добу в 2-4 прийоми, титрувати протягом декількох тижнів з кроком 200 мг до звичайної підтримуючої дози 600-800 мг/добу в 2-4 прийоми; максимальна доза 1200 мг/добу ■ Пацієнти з невралгією ТН зазвичай покращують свій стан на фоні лікування. Якщо немає поліпшення протягом 2 тижнів, припиніть лікування і зверніться до лікаря. ● Окскарбазепін: 300-600 мг/добу в 2 прийоми, титрувати кожні ≥ 3 дні з кроком 300 мг, до 1800 мг/добу	● Див. розділ <u>Лікування мігрені</u> ● Триптани можуть розглядатися, коли симптоми головного болю супроводжують напади запаморочення або коли запаморочення виступає як аура мігрені. ● Можна розглянути можливість застосування вестибулярних супресантів, однак, як правило, не рекомендується в найближчий період після легкої ЧМТ.
Направлення до спеціаліста	● Фізична терапія	● Фізична терапія з кваліфікованим фахівцем	● Неврологія для оцінки та лікування стійких симптомів

	• Знеболення при хронічних симптомах > 3 місяців • Масажна терапія	має переваги для людей з невралгією ПН. • Невролог для медикаментозного лікування (черезшкірні блокади нервів)	• Вестибулярна реабілітація (ФТ або ЕТ) для оцінки та лікування пацієнтів з візуальними/руховими тригерами або функціональними скаргами
--	--	--	---

МЕДИКАМЕНТОЗНО-ІНДУКОВАННИЙ ГОЛОВНИЙ БІЛЬ^{7, 19, 48-51} <i>Код за МКХ-10: G44.4, G44.40, G44.41</i>	
Фактори ризику	Розгляньте можливість проведення превентивної профілактичної терапії у пацієнтів з високим ризиком МІГБ. • Сильний або частий головний біль (≥ 7 днів на місяць) • Діагноз мігрені • Часте вживання анксиолітиків, анальгетиків або седативних снодійних препаратів • Куріння • Гіподинамія • Психічні розлади (наприклад, тривога, депресія), особливо в поєднанні зі скаргами зі сторони м'язово-скелетної системи або ШКТ • Самостійні повідомлення про травму • Жіноча стать • Лікарняний лист тривалістю > 2 тижнів за останній рік
Критерії діагностики	• <u>Критерії ICHD-3 для МІГБ</u> • Головний біль, що виникає 15 або більше днів на місяць у пацієнта з попереднім первинним розладом головного болю (переважно мігрень або напруги) • Регулярне надмірне вживання протягом > 3 місяців одного або більше препаратів, які можна приймати для гострого та/або симптоматичного лікування головного болю. • Не пояснюється іншим діагнозом за ICHD -3
Клінічні характеристики	Головний біль часто з'являється після пробудження і має давлячий, стискаючий або пульсуючий характер з одностороннім або двостороннім поширенням.
Профілактика	• Надайте пацієнту <u>інформаційний лист про МІГБ</u>. • Обмежте необґрунтований прийом лікарських засобів до < 10 днів на місяць або ≤ 2 днів на тиждень. • Використання нефармакологічних підходів (наприклад, нейромодуляція, поведінкові підходи) як доповнення до фармакотерапії може зменшити вживання необґрунтованих препаратів та ризик МІГБ. • Уникайте анальгетиків, що містять буталбітал, та опіоїди.
Оцінка	• Перегляньте <u>щоденник головного болю</u>, в тому числі щодо вживання анальгетиків. • Використовуйте опитувальник щодо медикаментозної залежності - головний біль (MDQ-H).
Варіанти фармакологічного лікування	• Розпочніть або оптимізуйте профілактичне лікування. • Припиніть або поступово зменште дозу надмірно вживаних ліків відповідно до переносимості та призначте альтернативний препарат з іншого класу, якщо це показано. Обмежте застосування до ≤ 2 днів на тиждень. • Якщо під час зменшення дози або відміни препарату потрібне додаткове симптоматичне полегшення (наприклад, часті або сильні головні болі), розпочніть проміжну терапію НПЗЗ тривалої дії (наприклад, напроксен) або преднізолоном.
Направлення до спеціаліста	Направте до неврологів або фахівців з ведення болю щодо припинення хронічного вживання барбітуратів, опіоїдів або бензодіазепінів через ризик виникнення симптомів відміни, включаючи судомні напади.

Оцінка ефективності лікування

Забезпечення ефективності лікування головного болю є вкрай важливим, оскільки неналежно контрольований головний біль може призвести до МІГБ, переходу епізодичного головного болю в хронічний, затримки повернення до виконання службових обов'язків та підвищення рівня непрацездатності.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ^{28, 52-55}	
Лікування ефективне?	Профілактичне (2-3 місяці в терапевтичній дозі)
● Пацієнт без болю і порушення функцій через 2-4 години після прийому ліків ● Лікування працює стабільно, без регулярних рецидивів головного болю. ● Можливість планувати свій день ● Толерантність до побічних ефектів ліків	У самооцінці або <u>щоденнику головного болю</u> пацієнта зазначено: ● $\geq 50\%$ зниження частоти головного болю порівняно з вихідним рівнем ● Значне зменшення тривалості або тяжкості нападу порівняно з початковим рівнем ● Зменшення невдалого використання ліків порівняно з вихідним рівнем ● Зменшення кількості днів пропущеної роботи порівняно з початковим рівнем ● Переносить побічні ефекти ліків
Якщо лікування неефективне	
● Дослідіть причини неефективності лікування (наприклад, недотримання призначень, погане всмоктування). ● Дослідіть інші потенційні причини головного болю (наприклад, МІГБ, супутні стани, тригери головного болю) за <u>щоденником головного болю</u>. ● Призначте альтернативний препарат першого ряду. ● Розгляньте профілактичну терапію, якщо лікування неефективне або: ■ терапія протипоказана або погано переноситься ■ Пацієнт має високий ризик МІГБ ■ Головні болі є тривалими (> 12 годин) або частими (≥ 2 сильних або ≥ 4 легких-помірних епізодів головного болю на місяць). ■ Напади головного болю спричиняють значну інвалідність або погіршують якість життя, незважаючи на відповідне лікування.	● Дослідіть причини неефективності лікування (наприклад, недотримання призначень, неадекватна доза). ● Дослідіть інші потенційні причини головного болю (наприклад, <u>МІГБ</u>, <u>супутні стани</u>, тригери головного болю за <u>щоденником головного болю</u>). ● Перейдіть на інший профілактичний засіб першої лінії в іншому класі ліків.
Направлення до спеціалістів	
● Розгляньте можливість направлення до невролога для будь-якого з наступного: ■ Дві або більше невдачі профілактичного лікування ■ Неефективність лікування через 2–3 місяці в терапевтичній дозі ■ Клінічне судження лікаря	

Рекомендації

Задokumentуйте рекомендації щодо скерування в електронній медичній карті та в Посібнику для пацієнтів і керівництва з урахуванням функціонального впливу посттравматичного головного болю на здатність військовослужбовця виконувати бойові завдання та ризик заподіяння шкоди собі або іншим. Певні стани та ліки можуть вплинути на здатність до виконання бойових завдань та обмежити придатність до служби. Інструкції та процедури залежать від роду військ і командування. Проконсультуйтеся щодо стандартів виконання службових обов'язків та бойових завдань для вашого формування під час вирішення питання щодо скерування пацієнта.

Інструкції з кодування: Див. Інструкції з кодування МКХ-10-СМ для черепно-мозкової травми.

Перелік літературних джерел

1. Ferdosi H, Schwab KA, Metti A, et al. Trajectory of Postconcussive Symptoms 12 Months After Deployment in Soldiers With and Without Mild Traumatic Brain Injury: Warrior Strong Study. *Am J Epidemiol*. 2019;188(1):77- 86.
2. Lucas S, Hoffman JM, Bell KR, Dikmen S. A prospective study of prevalence and characterization of headache following mild traumatic brain injury. *Cephalalgia*. 2014;34(2):93-102.
3. Theeler BJ, Flynn FG, Erickson JC. Headaches after concussion in US soldiers returning from Iraq or Afghanistan. *Headache*. 2010;50(8):1262-1272.
4. Ashina H, Dodick DW, Barber J, et al. Prevalence of and Risk Factors for Post-traumatic Headache in Civilian Patients After Mild Traumatic Brain Injury: A TRACK-TBI Study. *Mayo Clin Proc*. 2023;98(10):1515-1526.
5. Sirko A, Mizyakina K, Chekha K. Post-Traumatic Headache. Current Views on Pathophysiological Mechanisms of Development and Clinical Specifics (Review). *Georgian Med News*. 2021(313):60-65.
6. Hoem Nordhaug L, Vik A, Hagen K, et al. Headaches in patients with previous head injuries: A population-based historical cohort study (HUNT). *Cephalalgia*. 2016;36(11):1009-1019.
7. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2018;38(1):1-211.
8. Ashina H, Eigenbrodt AK, Seifert T, et al. Post-traumatic headache attributed to traumatic brain injury: classification, clinical characteristics, and treatment. *Lancet Neurol*. 2021;20(6):460-469.
9. Mares C, Dagher JH, Harissi-Dagher M. Narrative Review of the Pathophysiology of Headaches and Photosensitivity in Mild Traumatic Brain Injury and Concussion. *Can J Neurol Sci*. 2019;46(1):14-22.
10. Remigio-Baker RA, Kiser S, Ferdosi H, et al. Provider Training in the Management of Headache Following Concussion Clinical Recommendation: Promoting a Standardized Means for Efficient Patient Recovery and Timely Return to Duty. *Front Neurol*. 2020;11:559311.
11. Kim SK, Chong CD, Dumkrieger G, Ross K, Berisha V, Schwedt TJ. Clinical correlates of insomnia in patients with persistent post-traumatic headache compared with migraine. *J Headache Pain*. 2020;21(1):33.
12. Ashina H, Al-Khazali HM, Iljazi A, et al. Psychiatric and cognitive comorbidities of persistent post-traumatic headache attributed to mild traumatic brain injury. *J Headache Pain*. 2021;22(1):83.
13. Scott BR, Uomoto JM, Barry ES. Impact of Pre-Existing Migraine and Other Co-Morbid or Co-Occurring Conditions on Presentation and Clinical Course Following Deployment-Related Concussion. *Headache*. 2020;60(3):526-541.
14. Lucas S, Smith BM, Temkin N, Bell KR, Dikmen S, Hoffman JM. Comorbidity of Headache and Depression After Mild Traumatic Brain Injury. *Headache*. 2016;56(2):323-330.
15. Pena A, Dumkrieger G, Berisha V, Ross K, Chong CD, Schwedt TJ. Headache Characteristics and Psychological Factors Associated with Functional Impairment in Individuals with Persistent Posttraumatic Headache. *Pain Med*. 2021;22(3):670-676.
16. Roper LS, Nightingale P, Su Z, Mitchell JL, Belli A, Sinclair AJ. Disability from posttraumatic headache is compounded by coexisting posttraumatic stress disorder. *J Pain Res*. 2017;10:1991-1996.
17. Guglielmetti M, Serafini G, Amore M, Martelletti P. The Relation between Persistent Post-Traumatic Headache and PTSD: Similarities and Possible Differences. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(11).
18. Radat F, Creac'h C, Swendsen JD, et al. Psychiatric comorbidity in the evolution from migraine to medication overuse headache. *Cephalalgia*. 2005;25(7):519-522.
19. Diener HC, Dodick D, Evers S, et al. Pathophysiology, prevention, and treatment of medication overuse headache. *Lancet Neurol*. 2019;18(9):891-902.
20. Burch R. Preventive Migraine Treatment. *Continuum (Minneap Minn)*. 2021;27(3):613-632.
21. Chan TLH, Woldeamanuel YW. Exploring naturally occurring clinical subgroups of post-traumatic headache. *J Headache Pain*. 2020;21(1):12.
22. Ligthart L, Huijgen A, Willemsen G, de Geus EJC, Boomsma DI. Are Migraine and Tension-Type Headache Genetically Related? An Investigation of Twin Family Data. *Twin Res Hum Genet*. 2018;21(2):112-118.

23. Laurell K, Artto V, Bendtsen L, et al. Premonitory symptoms in migraine: A cross-sectional study in 2714 persons. *Cephalalgia*. 2016;36(10):951-959.
24. Kelman L. The premonitory symptoms (prodrome): a tertiary care study of 893 migraineurs. *Headache*. 2004;44(9):865-872.
25. Hansen JM, Lipton RB, Dodick DW, et al. Migraine headache is present in the aura phase: a prospective study. *Neurology*. 2012;79(20):2044-2049. DOD Clinical Recommendation| March 2024
- Assessment and Management of Headache Following Concussion/Mild Traumatic Brain Injury: Guidance for the Primary Care Manager 15 of 16 References (Continued)
26. Zirovich MD, Pangarkar SS, Manh C, et al. Botulinum Toxin Type A for the Treatment of Post-traumatic Headache: A Randomized, Placebo-Controlled, Cross-over Study. *Mil Med*. 2021;186(5-6):493-499.
27. Yerry JA, Kuehn D, Finkel AG. Onabotulinum toxin a for the treatment of headache in service members with a history of mild traumatic brain injury: a cohort study. *Headache*. 2015;55(3):395-406.
28. Ailani J, Burch RC, Robbins MS, Board of Directors of the American Headache Society. The American Headache Society Consensus Statement: Update on integrating new migraine treatments into clinical practice. *Headache*. 2021;61(7):1021-1039.
29. Ailani J. Acute Migraine Treatment. *Continuum (Minneapolis)*. 2021;27(3):597-612.
30. Worthington I, Pringsheim T, Gawel MJ, et al. Canadian Headache Society Guideline: acute drug therapy for migraine headache. *Can J Neurol Sci*. 2013;40(5 Suppl 3):S1-S80.
31. Marmura MJ, Silberstein SD, Schwedt TJ. The acute treatment of migraine in adults: the american headache society evidence assessment of migraine pharmacotherapies. *Headache*. 2015;55(1):3-20.
32. Holland S, Silberstein SD, Freitag F, et al. Evidence-based guideline update: NSAIDs and other complementary treatments for episodic migraine prevention in adults: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Headache Society. *Neurology*. 2012;78(17):1346-1353.
33. Cameron C, Kelly S, Hsieh SC, et al. Triptans in the Acute Treatment of Migraine: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Headache*. 2015;55 Suppl 4:221-235.
34. Law S, Derry S, Moore RA. Sumatriptan plus naproxen for the treatment of acute migraine attacks in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;4(4):CD008541.
35. Tullo V, Bussone G, Omboni S, et al. Efficacy of frovatriptan and other triptans in the treatment of acute migraine of hypertensive and normotensive subjects: a review of randomized studies. *Neurol Sci*. 2013;34 Suppl 1:S87-91.
36. Silberstein SD, Holland S, Freitag F, et al. Evidence-based guideline update: pharmacologic treatment for episodic migraine prevention in adults: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Headache Society. *Neurology*. 2012;78(17):1337-1345.
37. Shauly O, Gould DJ, Sahai-Srivastava S, Patel KM. Greater Occipital Nerve Block for the Treatment of Chronic Migraine Headaches: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Plast Reconstr Surg*. 2019;144(4):943-952.
38. Stern JI, Chiang CC, Kissoon NR, Robertson CE. Narrative review of peripheral nerve blocks for the management of headache. *Headache*. 2022;62(9):1077-1092.
39. Bendtsen L, Evers S, Linde M, et al. EFNS guideline on the treatment of tension-type headache - report of an EFNS task force. *Eur J Neurol*. 2010;17(11):1318-1325.
40. Kaniecki RG. Tension-type headache. *Continuum (Minneapolis)*. 2012;18(4):823-834.
41. Racicki S, Gerwin S, Diclaudio S, Reinmann S, Donaldson M. Conservative physical therapy management for the treatment of cervicogenic headache: a systematic review. *J Man Manip Ther*. 2013;21(2):113-124
42. Luedtke K, Allers A, Schulte LH, May A. Efficacy of interventions used by physiotherapists for patients with headache and migraine-systematic review and meta-analysis [published correction appears in *Cephalalgia*. 2016 Jul;36(8):819-20]. *Cephalalgia*. 2016;36(5):474-492.
43. Bates D, Schultheis BC, Hanes MC, et al. A Comprehensive Algorithm for Management of Neuropathic Pain [published correction appears in *Pain Med*. 2023 Feb 1;24(2):219]. *Pain Med*. 2019;20(Suppl 1):S2-S12

44. Gronseth G, Cruccu G, Alksne J, et al. Practice parameter: the diagnostic evaluation and treatment of trigeminal neuralgia (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the European Federation of Neurological Societies. *Neurology*. 2008;71(15):1183-1190.
45. Laguerre M, McGargill S, Herman DC. Occipital Neuralgia - A Masquerading Cause of Concussion Symptoms. *Curr Sports Med Rep*. Sep 2020;19(9):344.
46. von Brevern M, Lempert T. Vestibular Migraine: Treatment and Prognosis. *Semin Neurol*. Feb 2020;40(1):83-86.
47. Stancel-Lewis J, Lau JWL, Male A, et al. Vestibular Rehabilitation Therapy for the Treatment of Vestibular Migraine, and the Impact of Traumatic Brain Injury on Outcome: A Retrospective Study. *Otol Neurotol*. Mar 1 2022;43(3):359-367
48. Bigal ME, Lipton RB. Excessive acute migraine medication use and migraine progression. *Neurology*. 2008;71(22):1821-1828.
49. Bigal ME, Serrano D, Buse D, Scher A, Stewart WF, Lipton RB. Acute migraine medications and evolution from episodic to chronic migraine: a longitudinal population-based study. *Headache*. 2008;48(8):1157-1168.
- DOD Clinical Recommendation| March 2024 Assessment and Management of Headache Following Concussion/Mild Traumatic Brain Injury: Guidance for the Primary Care Manager 16 of 16 References (Continued)
50. Lipton RB. Risk Factors for and Management of Medication-Overuse Headache. *Continuum (Minneap Minn)*. 2015;21(4 Headache):1118-1131.
51. Ashina H, Dodick DW. Medication-overuse headache in patients with secondary headache disorders: Need for revision? *Headache*. 2021;61(5):790-791.
52. Dowson AJ, D'Amico D, Tepper SJ, Baos V, Baudet F, Kilminster S. Identifying patients who require a change in their current acute migraine treatment: the Migraine Assessment of Current Therapy (Migraine-ACT) questionnaire. *Neurol Sci*. 2004;25 Suppl 3:S276-278.
53. Steiner TJ, Jensen R, Katsarava Z, et al. Aids to management of headache disorders in primary care (2nd edition) : on behalf of the European Headache Federation and Lifting The Burden: the Global Campaign against Headache. *J Headache Pain*. 2019;20(1):57.
54. Lipton RB, Kolodner K, Bigal ME, et al. Validity and reliability of the Migraine-Treatment Optimization Questionnaire. *Cephalalgia*. 2009;29(7):751-759.
55. Coeytaux RR, Kaufman JS, Chao R, Mann JD, Devellis RF. Four methods of estimating the minimal important difference score were compared to establish a clinically significant change in Headache Impact Test. *J Clin Epidemiol*. 2006;59(4):374-380.
56. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Primary Care Management of Headache. (2020). The Primary Care Management of Headache Working Group. Washington, DC: U.S. Government Printing Office. Version 1.0.
57. VA/DoD Clinical Practice Guideline for Management of Headache. (2023). Management of Headache Work Group. Washington, DC: U.S. Government Printing Office. Version 2.0.