

Г.Л. Пономарева

**ПЕРВИЧНЫЕ ГОЛОВНЫЕ БОЛИ У ДЕТЕЙ***Кировская государственная медицинская академия*

G.L. Ponomareva

**PRIMARY HEADACHES AT CHILDREN***Kirov state medical academy*

Жалобы на головные боли, пожалуй, одни из самых частых жалоб на приеме у педиатра, особенно в подростковом возрасте. И не всегда педиатр или врач общей практики правильно может разобраться в причинах и патогенезе развития данных симптомов, а следовательно, и назначить адекватное лечение. Данная статья направлена на объяснение наиболее частых причин головной боли у детей, алгоритма лечения при первичных головных болях, рекомендациям по работе с родителями пациентов.

**Ключевые слова:** первичные головные боли, головная боль напряжения, мигрень, дети.

Complaints of headaches, perhaps, one of the most common complaints at the reception at the pediatrician, especially in adolescence. And not always a pediatrician or general practitioner can properly understand the causes and pathogenesis of these symptoms, and, therefore, prescribe adequate treatment. This article aims to explain the most common causes of headaches in children, treatment algorithm for primary headaches, the guidelines for use with parents of patients.

**Keywords:** primary headaches, tension headache, migraine, children.

По результатам эпидемиологических исследований во всем мире в последнее время отмечается рост жалоб на головные боли не только у взрослого населения, но и у детей. Поэтому головная боль в практике врача-педиатра, врача общей практики и невролога встречается достаточно часто. Распространенность головной боли отмечается от 37% до 51 % с увеличением ее частоты от 57% до 82% к возрасту пятнадцати лет [2, 3, 9].

В 2003 году практическим врачам предложена Международная классификация головной боли 2-го пересмотра (МКГБ-2), где представлены критерии диагностики головных болей [3, 5].

В данной статье мы хотим напомнить врачам о первичной головной боли у детей.

К первичным головным болям относятся:

1. Головная боль напряжения;
2. Мигрень;
3. Пучковая (кластерная) головная боль и другие тригеминальные вегетативные (автономные) цефалгии.

Пучковая (кластерная) головная боль встречается относительно редко,

наблюдается преимущественно у мужчин 20–40 лет. У детей практически не встречается.

#### *Головная боль напряжения*

Головная боль напряжения (ГБН) — наиболее часто встречающаяся форма головной боли среди населения. По данным различных авторов, распространенность ГБН у детей школьного возраста составляет от 50 до 70%. Согласно МКБ-10 ГБН имеют шифр G 44.2 [3, 6].

Среди *причин* ГБН у детей доминируют реакция на психосоциальный стресс и аффективные состояния (тревога и депрессия). Социальные факторы (конфликты в школе, семье), длительное умственное и физическое перенапряжение, усталость играют важнейшую роль в возникновении и поддержании ГБН. Психическое напряжение сопровождается повышением тонуса лобных, височных, затылочных, трапециевидных мышц. Напряженные мышцы спазмируют расположенные в них сосуды, вследствие чего наступает ишемия и отек, что ведет к усилению болевых ощущений.

Другой механизм возникновения ГБН определяется как сегментарно-рефлекторный. Напряжение мышц мягких тканей головы может возникать при антифизиологических позах: длительной работе за компьютером, неудобном рабочем столе или парте, которая не соответствует росту, неправильно подобранные очки или линзы при астигматизме, неоткоррегированное зрение и т.д. Т.е. в перенапряжении находятся глазные мышцы, мышцы шеи, скальповый апоневроз. Некоторые авторы называют головные боли, имеющие такой патогенез «школьными» головными болями.

В последнее время выявлен еще один патогенетический механизм возникновения ГБН — низкий уровень магния, который служит фактором расслабления миоцита, нарушение взаимоотношений кальция и магния. При дефиците магния снижается активность процессов фосфорилирования, уменьшается энергетический потенциал, что снижает устойчивость нервной системы к стрессам [2, 4, 6, 10].

По МКБ-2 выделяются три типа ГБН:

- редкая эпизодическая ГБН с частотой менее 1 дня в месяц (менее 12 дней в год);
- частая эпизодическая ГБН с частотой более 1 дня и менее 15 дней в месяц (менее 180 дней в год);
- хроническая ГБН с частотой более 15 дней в месяц (более 180 дней в год), продолжительностью более 6 месяцев [1, 6].

Головная боль напряжения отличается характером болевых ощущений. Она монотонная, тупая, сдавливающая, стягивающая, ноющая, умеренной интенсивности, обычно двусторонняя, но может локализоваться в лобно-височной или шейно-затылочной области. ГБН не усиливаются от обычной физической нагрузки, не сопровождаются тошнотой и рвотой, светом и звукобоязнью.

*Клиническая картина* ГБН всегда полиморфна и редко проявляется только головными болями. У больных могут наблюдаться боли в животе, сердце, шее, спине, суставах. Болевой синдром сопровождается страхом, раздражительностью, повышенной потливостью, неустойчивостью

артериального давления. К факторам, провоцирующим усиление ГБН, относятся смена погоды, сильный ветер, вынужденное голодание, нахождение в душном помещении, бессонница, прием алкоголя и токсических или энергетических напитков, длительное физическое и умственное перенапряжение.

Подход к лечению эпизодических и хронических ГБН различен.

При *редких эпизодических* ГБН приемлемы курсы расслабляющего массажа, лечебной гимнастики, методики релаксации и обратной биологической связи. Для профилактики редких ГБН назначение курсов медикаментозной терапии нецелесообразно. При мышечном напряжении показан однократный прием мидокалма (100–150 мг). Важно обучить ребенка приемам самомассажа, аутогенной тренировки, гимнастики, коррекции позы. Весьма эффективны курсы психотерапии. При *частой эпизодической* ГБН необходимо проводить короткие (4–6 недель) курсы комплексного медикаментозного лечения. В комплекс включаются седативные препараты растительного происхождения (валериана, пустырник, Новопассит и др.) или транквилизаторы (траксен, грандаксин) и НПВС в течение трех недель, нейрометаболические и вазоактивные препараты в течение одного-двух месяцев (семакс, кортексин, мексидол, пирацетам, глицин, фенибут, танакан, вазобрал). При выраженном мышечном напряжении показаны курсы толперизона (мидокалм) 2–4 мг/кг/сут. в течение 3–4 недель. При всех типах ГБН широко используется комбинированный препарат Магне В<sub>6</sub> в таблетках и в растворе. Детям старше 6 лет (массой более 20 кг) рекомендуется 3–4 таблетки в сутки или по 10 мл раствора 2–3 раза в сутки. Продолжительность лечения один месяц [2, 4, 10].

Лечение *хронических* ГБН — задача более сложная. Современный подход к их лечению у взрослых предполагает назначение антидепрессантов. В детской практике применение антидепрессантов крайне ограничено. В настоящее время применяются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина в пресинаптической мембране — сертралин (асентра). Кроме того, можно использовать антидепрессанты растительного происхождения — препараты зверобоя гелариум, деприм, гиперикум, негрустин, а также валериану, пустырник, пион.

Лечение больных с хроническими ГБН требует от врача не только знаний, но и терпения. Не всегда первая предложенная больному терапия дает положительный результат. Нередко приходится менять тактику лечения и назначать повторные курсы, сочетать фармакологический и нефармакологический подходы. Особое усилие врач должен приложить при разъяснительной работе с родителями [1, 4, 7, 8].

В *профилактике* ГБН у детей большое значение имеет предупреждение факторов риска: психоэмоциональных стрессов, высоких учебных и физических нагрузок, длительных занятий за компьютером, нарушений режима сна, питания. Больным рекомендуется соблюдение диеты с присутствием продуктов, богатых магнием, кальцием, витаминами группы В, инозитом, холином и витаминами С, Е, А и D. Огромное значение имеет сохранение оптимального для ребенка режима сна, учебных нагрузок, ограничение

времени, проводимого за компьютером и телевизором, спокойная обстановка дома и в школе [4, 8, 10].

### *Мигрень*

По эпидемиологическим данным в настоящее время мигренью страдает от 5 до 16 % населения развитых стран. Мигрень чаще встречается у женщин, в юношеском и молодом возрасте, а у 45 % начинается в детском возрасте. Мигрень чаще наследуется по женской линии. Наличие семейного анамнеза является важным диагностическим критерием заболевания. Если приступа мигрени были у обоих родителей, то заболевание встречается в 60–90 % случаев, если только у матери — в 72 %, только у отца — в 20 % случаев. Мигренью страдают лица с высоким уровнем притязаний, с высокой социальной активностью, стремлением к лидерству, хорошей социальной адаптацией [1, 2, 7].

*Патогенез* мигрени чрезвычайно сложен и до конца не изучен. Известно, что мигрень — это наследственно детерминированная дисфункция вазомоторной регуляции (лимбико-стволовой дисфункции), приводящей к изменению взаимоотношений анти- и ноцицептивной систем со снижением влияния последней. В периваскулярных окончаниях выделяется субстанция P, зависимый от гена кальцитонина пептид, нейрокинин A. Вазоактивные вещества вызывают резкое расширение сосудов, нарушение проницаемости сосудистой стенки, запуская процесс нейрогенного воспаления (выделение в периваскулярное пространство из сосудистого русла ноцицептивных веществ: простагландинов, брадикининов, гистамина, серотонина и др.). Исследована и роль серотонина при мигрени. Перед приступом усиливается агрегация тромбоцитов, из них высвобождается серотонин, что приводит к сужению крупных артерий и вен и расширению капилляров. В дальнейшем начинается интенсивное выделение серотонина почками, снижение его концентрации в крови, что обуславливает дилатацию и атонию сосудов [1, 2, 7].

К *диагностическим критериям* мигрени у взрослых относится односторонняя локализация головной боли пульсирующего характера умеренной или выраженной интенсивности в течение 4–72 часов, ухудшение состояния при физической активности, тошнота или рвота, фото- и фонофобия, отсутствие органического заболевания, которое может вызвать головную боль. У детей есть некоторые особенности: приступы головной боли могут сопровождаться болями в животе, наблюдается значительное улучшение самочувствия после короткого сна, приступы короче — от получаса до 5 часов, часто наблюдается визуальная, сенсорная или моторная аура.

*Диагностика* мигрени в основном клиническая, т.к. на сегодняшний день не существует ни одного метода обследования, достоверно подтверждающего диагноз мигрени. Инструментальные и радиологические методы исследования в межприступном периоде необходимы для проведения дифференциальной диагностики головной боли для исключения текущего органического заболевания [1, 2, 7].

*Лечение* мигрени у детей — сложная задача для врача. Врачу необходимо разъяснить родителям больного ребенка, какое это заболевание, как долго оно

длится. Что не существует медикаментов, которые смогли бы полностью ликвидировать заболевание. Кроме того, необходимо объяснить, что последующие приступы могут трансформироваться и быть непохожими на предыдущие.

Одним из самых важных компонентов лечения является купирование приступа. В качестве препарата выбора, особенно в тех случаях, когда не сформировались еще типичные приступы, являются парацетамол и нестероидные противовоспалительные средства. Их арсенал достаточно широк. Если родители рассказывают врачу о применении того или иного анальгетика с хорошим терапевтическим эффектом на ребенка — это необходимо учитывать и рекомендовать использовать данный препарат для купирования последующих приступов.

В случае неэффективности НПВС, а также только при достижении ребенком определенного возраста (чаще 14–16 лет) при приступе мигрени можно использовать специфические антимигренозные средства. К ним относятся препараты группы триптанов (селективных агонистов 5HT-серотониновых рецепторов) — суматриптан (имигран, амигренин, сумамигрен). Наиболее эффективно применение триптанов в начале болевого приступа (лучше не позднее 1 часа от момента начала приступа). Другая группа медикаментозных средств, которые можно использовать для купирования приступов мигрени с 12 лет — эрготаминовые препараты — неселективные агонисты серотонина (например, дигидроэрготамин) [1, 4, 7, 8].

Основной целью *профилактического*, т.е. межприступного, лечения мигрени является снижение частоты и тяжести приступов. Очень важно определить для каждого больного провоцирующие факторы и совместно с родителями решить, как их лучше устранить или ослабить. Провоцирующими факторами мигрени у детей являются стресс, изменение погоды, период менструации и овуляции, недосыпание или избыточный сон, употребление некоторых продуктов (какао, шоколад, сыр, орехи, копчености, помидоры, цитрусовые, консервы), алкоголь, голод, некоторые лекарственные препараты (контрацептивы), сильный свет, шум, неприятные запахи, сильные вестибулярные раздражители (езда в транспорте, полет в самолете, качели).

Среди немедикаментозных методов профилактики следует отметить курсы массажа, гимнастики, акупунктура, методики релаксации и обратной биологической связи [1, 4, 7, 8, 10].

*Прогноз* при детской мигрени в целом благоприятный. Установлено, что у 41% детей, страдающих тяжелой формой заболевания, в последующие 15 лет приступы мигрени не наблюдались, а у 35% — в последующие 6 лет. Хотя к 30 годам у 60% из них мигренозные атаки все же были [1, 2, 4, 7].

Таким образом, первичные головные боли достаточно часто встречаются в детском возрасте и требуют от врачей всех специальностей тщательного обследования пациентов, адекватного лечения и грамотной работы с пациентом и его родителями.

### Список литературы

1. Алексеев В.В. Хронические головные боли. Клиника, диагностика,

патогенез. Дис... докт. мед. наук. М., 2006.

2. Горюнова А.В., Маслова О.И., Дыбунов А.Г. Первичная головная боль у детей // Журн. неврол. и психиат. им. С.С.Корсакова. 2004, Т. 104. № 5, С. 69–76.

3. Горюнова А.В., Маслова О.И., Базарная Н.А., Пак Л.А. и др. Распространенность цефалгий у школьников // Актуальные проблемы педиатрии. 2006. Т. 3. № 2. Мат. VIII конгресса педиатров России.

4. Лечение заболеваний нервной системы у детей. Под ред. Зыкова В.П. М.: Триада-Х. 2009. С. 218–275.

5. Осипова В.В. Международная классификация головных болей // Лечение нервных болезней. 2003. Т. 4 (12), С. 3–9.

6. Рачин А.П. Головная боль напряжения у школьников. Дис. Канд. Мед. наук. 2002.

7. Рачин А.П. Закономерности формирования хронической головной боли (клинико-психофизиологические и социальные факторы, оптимизация терапии, прогноз и профилактика). Автореф. Дис...д.м.н. - М., 2007. 48 с.

8. Студеникин В.М., Шелковский В.И., Маслова О.И., Горюнова А.В. Подходы к лечению головной боли у детей с позиции доказательной медицины // Вестник практ. Неврологии. 2003. № 7, С. 103–106.

9. Юдельсон Я.Б., Рачин А.П. Эпидемиология головной боли у детей и подростков // Журн. неврол. и психиат. им. С.С. Корсакова. 2004, Т. 104. № 5. С. 50–53.

10. Шварков С.Б., Акарачкова Е.С. Коррекция энергетического и электролитного баланса препаратами магния и пиридоксина при неврологических заболеваниях. Медицинская технология. 2007. 31 с.

### **Сведения об авторе**

*Пономарева Галина Леонидовна* — кандидат медицинских наук, доцент кафедры неврологии и нейрохирургии Кировской ГМА.

E-mail: [galinalp@rambler.ru](mailto:galinalp@rambler.ru).