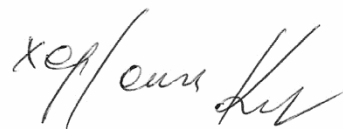


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства
здравоохранения Российской Федерации.

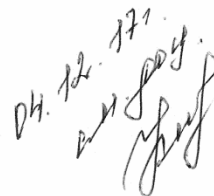
Кафедра педиатрии ИПО



Зав. кафедрой: проф, д.м.н., Таранушенко Т.Е.

Проверил: асс, к.м.н., Кустова Т.В.

Реферат



На тему: «Головная боль у детей»

Выполнил: врач-ординатор Попова Д.В.

г. Красноярск, 2017 год

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
Основные типы головной боли.....	5
Эпидемиология первичной головной боли.....	6
Классификация.....	8
Принципы диагностики.....	11
Мигрень. Этиопатогенез.....	13
Хроническая мигрень.....	24
Лечение и профилактика мигрени.....	25
Оценка эффективности лечения.....	31
 СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	 33

ВВЕДЕНИЕ

Головная боль относится к часто встречающимся жалобам в детском и подростковом возрасте. Между тем, обращаемость по этому поводу пациентов и их родителей за помощью в медицинские учреждения парадоксально остается на довольно низком уровне. Согласно данным исследований, частота встречаемости головной боли возрастает от 3–8% среди дошкольников до 57–82% у подростков. Поэтому в докладе экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) «Головные боли и общественное здоровье» в качестве одной из приоритетных задач названо «повышение эффективности лечения и профилактики головной боли у детей». В большинстве случаев головные боли у детей и подростков имеют благоприятный прогноз, если поставлен точный диагноз, своевременно и правильно назначена терапия. Бытует мнение о том, что у детей периодически может болеть голова, что связано с «переходным возрастом», а потому не требует специального внимания. В данном утверждении верным может быть только то, что пик встречаемости головных болей приходится на «переходный возраст». Появление жалоб на них свидетельствует не о том, что ребенок растет, а о том, что в процессе возрастной перестройки организма его функционально-адаптационные системы не справляются с возросшей учебной нагрузкой, возможно не всегда оправданной, в том числе из-за завышенных требований к ребенку со стороны родителей и педагогов. Следовательно, ребенок нуждается в плановой помощи, в основе которой находится реорганизация режима дня, оптимизация нагрузок, при необходимости – проведение курсов медикаментозной терапии. С другой стороны, интенсивный характер головной боли и ее сочетание с другими симптомами (тошнота, рвота, бледность, сонливость и пр.) нередко вызывают чрезмерные опасения, как со стороны родителей, так и самого больного. Обращаясь к врачу, родители стремятся убедиться, что головная боль не вызвана тяжелым заболеванием (например, опухолью головного

мозга). Частые пропуски ребенком школьных занятий и ограничение его активности по причине головных болей могут приводить к отставанию от программы обучения, отрицательно сказываться на его психологическом состоянии и взаимоотношениях со сверстниками. Между тем, применение наряду с лекарственной терапией доступных профилактических мер, таких как регулярный прием пищи, избегание дегидратации, переутомления, перевозбуждения и ряда других факторов, способно предотвращать определенные формы головной боли.

ОСНОВНЫЕ ТИПЫ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

Первичная головная боль представляет собой самостоятельную патологию, не вызванную какими-либо заболеваниями. *Вторичная* (или симптоматическая) головная боль является симптомом соматической патологии или основного заболевания ЦНС.

Наиболее распространенные формы первичных головных болей — мигрень и головные боли напряжения (ГБН), которые чаще встречаются у пациентов с осложненным семейным анамнезом по данным заболеваниям.

Причинами вторичных головных болей чаще выступают синуситы и инфекции среднего уха, системные инфекции, а также черепно-мозговые травмы, артериальная гипер- или гипотензия; реже — побочные эффекты лекарственных средств (вызывающих вазодилатацию или вазоконстрикцию), внутричерепная опухоль, менингит или энцефалит.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПЕРВИЧНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

Частота встречаемости головной боли увеличивается с возрастом, достигая пика примерно к 11–13 годам как у девочек, так и мальчиков. К возрасту 3 лет головная боль отмечается у 3–8% детей, к 5 годам – у 19,5%, к 7 годам – уже у 37–51,5%. Среди школьников 7–15 лет головными болями страдают от 26 до 82%. При этом первичные головные боли выявляются в педиатрической практике у 18,6–27,9% детей и подростков, преимущественно в виде мигрени и головных болей напряжения (ГБН). Серьезной проблемой является коморбидность первичных головных болей. Так, в популяции детей с первичными головными болями отмечен высокий процент трудностей школьного обучения (24,7%) и СДВГ (28%). У детей и подростков, как и взрослых пациентов, в основе диагноза первичной головной боли лежат критерии Международной классификации головных болей 2-го пересмотра (МКГБ-II). На основании этих критериев от 7 до 10% детей и подростков страдают мигренью, до 15% – вероятной мигренью и 20–25% – ГБН. По данным исследования распространенности головных болей среди школьников в возрасте 7–14 лет в Германии, ГБН выявлена у 18,5%, мигрень – у 7,5% детей. В одном из самых больших популяционных исследований, в которое вошли 8255 подростков 13–15 лет из Норвегии, обнаружена годовая распространенность головной боли напряжения – на уровне 18%, мигрени – на уровне 7% и неклассифицированных головных болей – на уровне 4,8%. Будчанова Н.Ю. и соавт. оценили распространенность и структуру первичных головных болей среди учеников 1–11 классов городских общеобразовательных учреждений в возрасте 7–17 лет, диагноз устанавливался в соответствии с критериями МКГБ-II [2004]. Было обследовано 959 детей (432 мальчика и 527 девочек). Жалобы на головные боли предъявляли 26,2% школьников (из них 36,7% мальчиков и 63,3% девочек). Частота первичных головных болей среди обследованных

школьников составила 23,1%, среди лиц женского пола – 28,5%, среди лиц мужского пола – 16,7%. Среди всех первичных головных болей преобладала ГБН, которая была диагностирована у 74,3% детей и подростков. Мигрень выявлена у 19,4% обследованных, сочетание ГБН и мигрени – у 2,3%, редкие формы первичных головных болей – у 4,1% учащихся. При этом среди лиц женского пола, страдающих первичными головными болями, ГБН была диагностирована у 70,7%, среди лиц мужского пола – у 81,9%.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Код МКГБ-II	Код МКБ-10	Диагноз
1.	G43	Мигрень
1.1.	G43.0	Мигрень без ауры
1.2.	G43.1	Мигрень с аурой
1.2.1.	G43.10	Типичная аура с мигренозной головной болью
1.2.2.	G43.10	Типичная аура с немигренозной головной болью
1.2.3.	G43.104	Типичная аура без головной боли
1.2.4.	G43.105	Семейная гемиплегическая мигрень
1.2.5.	G43.105	Спорадическая гемиплегическая мигрень
1.2.6.	G43.103	Мигрень базилярного типа
1.3.	G43.82	Периодические синдромы детского возраста – предшественники мигрени
1.3.1.	G43.82	Циклические рвоты
1.3.2.	G43.820	Абдоминальная мигрень
1.3.3.	G43.821	Доброкачественное пароксизмальное головокружение детского возраста

1.4.	G43.81	Ретинальная мигрень
1.5.	G43.3	Осложнения мигрени
1.5.1.	G43.3	Хроническая мигрень
1.5.2.	G43.2	Мигренозный статус
1.5.3.	G43.3	Персистирующая аура без инфаркта
1.5.4.	G43.3	Мигренозный инфаркт
1.5.5.	G43.3 + G40 или G41	Мигрень-индуцированные эпилептические приступы
1.6.	G43.83	Возможная мигрень
1.6.1.	G43.83	Возможная мигрень без ауры
1.6.2.	G43.83	Возможная мигрень с аурой
1.6.3.	G43.83	Возможная хроническая мигрень

2. G44.2 Головная боль напряжения (ГБН)

2.1.	G44.2	Нечастая эпизодическая ГБН
2.1.1.	G44.20	Нечастая эпизодическая ГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
2.1.2.	G44.21	Нечастая эпизодическая ГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
2.2.	G44.2	Частая эпизодическая ГБН
2.2.1.	G44.20	Частая эпизодическая ГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц

2.2.2.	G44.21	Частая эпизодическая ГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
2.3.	G44.2	Хроническая ГБН
2.3.1.	G44.22	Хроническая ГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
2.3.2.	G44.23	Хроническая ГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
2.4.	G44.28	Возможная ГБН
2.4.1.	G44.28	Возможная нечастая ГБН
2.4.2.	G44.28	Возможная частая ГБН
2.4.3.	G44.28	Возможная хроническая ГБН

3.	G44.0	Пучковая (кластерная) головная боль и другие тригеминальные вегетативные (автономные) цефалгии
3.1.	G44.0	Пучковая головная боль
3.1.1.	G44.01	Эпизодическая пучковая головная боль
3.1.2.	G44.02	Хроническая пучковая головная боль
3.2.	G44.03	Пароксизмальная гемикрания
3.2.1.	G44.03	Эпизодическая пароксизмальная гемикрания
3.2.2.	G44.03	Хроническая пароксизмальная гемикрания
3.3.	G44.08	Кратковременные односторонние невралгические головные боли с инъектированием конъюнктивы и слезотечением (КОНКС)
3.4.	G44.08	Возможные тригеминальные вегетативные цефалгии
3.4.1.	G44.08	Возможная пучковая головная боль
3.4.2.	G44.08	Возможная пароксизмальная гемикрания
3.4.3.	G44.08	Возможная КОНКС (см. 3.3.)
4.	G44.80	Другие первичные головные боли
4.1.	G44.800	Первичная колющая (<i>stabbing</i>) головная боль
4.2.	G44.803	Первичная кашлевая головная боль
4.3.	G44.804	Первичная головная боль при физическом напряжении
4.4.	G44.805	Первичная головная боль, связанная с сексуальной активностью
4.5.	G44.08	Гипническая головная боль
4.6.	G44.08	Первичная громоподобная головная боль (<i>thunderclap headache</i>)
4.7.	G44.08	Гемикрания континуа (<i>hemicrania continua</i>)
4.8.	G44.2	Новая ежедневная персистирующая головная боль

Под *острой головной болью* понимают однократную, интенсивную, непродолжительную головную боль, возникшую впервые. Острая головная боль с одновременным развитием очаговой неврологической симптоматики требует немедленного обследования для исключения внутричерепного кровоизлияния, ишемического инсульта, тромбоза церебральных вен и синусов. Дифференциальный диагноз проводят с нейроинфекциями, артериальной гипертензией, отравлениями и др.

Острая повторяющаяся головная боль возникает периодически и характеризуется наличием светлых промежутков, то есть протекает по типу повторных приступов. Такой тип головных болей присущ мигрени.

Для *хронической прогрессирующей головной боли* характерна тенденция к нарастанию интенсивности боли с течением времени. Это может указывать на прогрессирование латентного патологического процесса (объемные образования головного мозга, гидроцефалия), особенно при усилении других неврологических симптомов.

Хроническая непрогрессирующая головная боль имеет одинаковую интенсивность, встречается ежедневно или несколько раз в неделю; отсутствуют объективные неврологические изменения, признаки повышения внутричерепного давления. Такие боли имеют преимущественно психогенное происхождение.

ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ

При жалобах на головную боль в первую очередь необходимо собрать подробный анамнез с обязательным выяснением обстоятельств и времени возникновения головной боли, провоцирующих факторов, ее характера (пульсирующая, ноющая, стреляющая, сверлящая, острая, тупая и т.д.), уточнить локализацию, интенсивность, длительность приступов и их периодичность, наличие сопутствующих симптомов (тошнота, рвота, недомогание, свето или звукобоязнь, болезненность мышц, инъекция склер, слезотечение, гиперемия лица, ринорея, отечность век и т.д.), а также психическое состояние больного (невроз, депрессия) и его поведение во время приступа головной боли.

Следует установить, получал ли ранее ребенок медикаментозные препараты по поводу других заболеваний, какие лекарства использовались по поводу головной боли и их эффективность. Для исключения симптоматического характера головной боли назначают общий анализ крови (выявление анемии, признаков воспаления), динамическое измерение АД, офтальмологическое исследование глазного дна, остроты зрения, выпадения полей зрения, спазма аккомодации. При выявлении очаговой симптоматики, отека дисков зрительного нерва или явлений застоя на глазном дне и нарастании интенсивности головных болей показаны КТ или МРТ для исключения объемных образований, кровоизлияний. УЗДГ вне- и внутричерепных сосудов позволяет определить состояние магистральных артерий и вен, реактивности сосудистой системы. При подозрении на аневризму или артериовенозную мальформацию проводят КТ с внутривенным введением контрастного вещества, МРТ в сосудистом режиме. Острые интенсивные головные боли, особенно сопровождающиеся менингеальными симптомами, являются показанием к проведению спинномозговой пункции для выявления

менингита или субарахноидального кровоизлияния. Дифференциальную диагностику мигрени с эпилепсией проводят с помощью ЭЭГ.

МИГРЕНЬ

Мигрень – хроническое заболевание, проявляющееся периодически повторяющимися стереотипичными приступами интенсивной головной боли, чаще пульсирующего характера, локализуемой преимущественно в одной половине головы, в лобно-височной, реже – в глазничной области, усиливающейся при обычной физической активности и часто сопровождающейся рвотой на высоте приступа, после которой приходит облегчение; одновременной фото- и фонофобией, с длительностью приступов от 4 до 72 ч и полным восстановлением после сна, который обычно следует за приступом.

У детей младшего возраста мигренозные боли часто имеют двусторонний характер; односторонний паттерн боли, свойственный взрослому возрасту, обычно появляется в подростковом или юношеском возрасте, и не всегда специфичен для мигрени, может встречаться и при головной боли напряжения ассоциированной с односторонней повышенной чувствительностью перикраниальной мускулатуры.

Распространенность мигрени у детей в зависимости от возраста, %

Возраст	Дошкольники	Школьники начальных классов	Школьники старших классов
Распространенность	1,2–3,2	4–11	8–23
Преобладание по полу	Мальчики > девочки	Мальчики = девочки	Девочки > мальчики

Этиология и патогенез

Почти 50% случаев мигрени вызвано мутацией гена на хромосоме 19p13.1, который отвечает за состояние кальциевых каналов. При этой мутации возникают гемиплегическая форма мигрени и другие заболевания - «каналопатии». Риск развития мигрени у ребенка достигает 60-90%, если

мигренью страдали оба родителя; 72% - если мигренью страдала только мать, 20% - если мигренью страдал только отец.

Патогенез мигрени изучен недостаточно. Ведущим фактором считают низкую функциональную активность антиноцицептивной системы. В настоящее время под термином «ноцицептивная система» понимают не только сеть проводящих нейронов, но и сложную систему секреции нейромедиаторов, в основном опиоидных пептидов. Боль при мигрени появляется вследствие возбуждения волокон тройничного нерва выделенными биологически активными ноцицептивными веществами. Периваскулярные окончания тройничного нерва выделяют вазоактивные вещества - субстанцию Р и кальцитонин. Они вызывают резкое расширение сосудов, нарушение проницаемости сосудистой стенки и способствуют выделению в периваскулярное пространство из сосудистого русла ноцицептивных веществ - простагландинов, брадикининов, гистамина, серотонина и др. Особая роль принадлежит серотонину, который, высвобождаясь из тромбоцитов вследствие их усиленной агрегации, приводит к сужению крупных артерий и вен и расширению капилляров. В результате этого активируется тригемино-вазкулярная система, обычно на одной стороне. Как и во взрослом возрасте, приступы мигрени у детей и подростков могут провоцироваться рядом факторов, такими как стресс, переутомление, физическая нагрузка, нарушения режима питания и сна, снижение уровня эстрогенов в предменструальном периоде. С точки зрения профилактики головных болей эти факторы могут быть разделены на модифицируемые и не поддающиеся изменениям. Не всякий пациент с мигренью в одинаковой степени подвержен воздействию триггеров. Поэтому наилучшим способом определения конкретной роли различных провоцирующих факторов будет ведение пациентом дневника, в котором отражается такая информация, как продолжительность головной боли,

употреблявшиеся перед ней продукты, стрессовые или какие-либо значимые события, произошедшие накануне (см. табл. 5).

Таблица 5. Пример ведения дневника самочувствия пациента с головными болями

Дата, день недели, время	Триггеры	Длительность и характер головной боли	Что сделано	Комментарии
10 марта Четверг 14:30	Переживал из-за контроль- ной работы; пропустил обед; поел шоколад	2 часа; Внезапная, нараставшая до сильной, пульсирующая в левой половине головы	Сообщил маме, принял лекар- ство, лег отдо- хнуть, уснул	Контрольную работу написал хорошо – зря волновался и пропустил обед. Головная боль прошла после сна

Клинические проявления

Согласно диагностическим критериям мигрени по Международной классификации головной боли 2-го пересмотра выделяют две основные формы мигрени:

1.1. Мигрень без ауры – клинический синдром, характеризующийся приступами головной боли со специфическими сопровождающими симптомами.

1.2. Мигрень с аурой – характеризуется локальными неврологическими симптомами, которые обычно предшествуют или сопровождают головную боль. У некоторых пациентов за несколько часов или даже суток до приступа могут возникать предвестники головной боли (продромальная фаза), а также симптомы после приступа (послеприступная фаза). Продромальные и послеприступные симптомы включают гиперактивность или, напротив, снижение активности, депрессию, желание есть определенные продукты, повторную зевоту и другие.

Мигрень без ауры (простая мигрень)

Мигрень без ауры – повторяющиеся головные боли, проявляющиеся приступами (атаками) цефалгии продолжительностью 4–72 часа.

К типичным проявлениям относятся:

односторонняя локализация боли,

пульсирующий характер,

средняя или значительная интенсивность,

ухудшение головной боли от обычной физической активности,

наличие таких сопровождающих симптомов, как тошнота, рвота, фоно- и фотофобия.

Данная форма мигрени протекает без ауры и характеризуется только головной болью. Она наблюдается примерно у половины всех больных мигренью.

Критерии диагноза

А. Не менее 5 приступов, которые отвечают следующим критериям (B–D).

В. Приступы головной боли продолжаются от 4 до 72 часов (у детей до 15 лет 2–48 часов) в отсутствие лечения или при его неэффективности.

С. Головной боли присущи не менее двух из следующих признаков:

- односторонняя локализация, пульсирующий характер, интенсивность боли от средней до значительной (затрудняет или делает невозможной повседневную активность),
- головная боль ухудшается от обычной физической активности или требует прекращения обычной физической активности (например, ходьба, подъем по лестнице).

Д. Головная боль сопровождается как минимум одним из следующих симптомов:

- тошнота и/или рвота,
- фотофобия и одновременно фонофобия

Необходимо помнить

- Если пациент засыпает во время приступа мигрени и просыпается без головной боли, продолжительность приступа считается равной продолжительности сна.
- У детей продолжительность приступов может составлять 1–72 часа (хотя возможность продолжительности нелеченого приступа менее 2 часов у детей с мигренью нуждается в подтверждении проспективными исследованиями с использованием дневников головной боли).
- У детей младшего возраста мигренозные боли часто имеют двусторонний характер, односторонний паттерн боли, свойственный зрелому возрасту, обычно появляется в подростковом или юношеском возрасте.
- Мигренозные боли обычно имеют лобно-височную локализацию.
- Односторонние или двусторонние затылочные боли у детей наблюдаются редко и требуют диагностической настороженности, поскольку во многих случаях являются следствием структурных повреждений.
- Пульсирующий – означает изменение характера головной боли с биением сердца.
- У маленьких детей о наличии фото- и фонофобии можно догадаться по их поведению.

Мигрень с аурой

Мигрень с аурой – расстройство, проявляющееся повторяющимися эпизодами обратимых локальных неврологических симптомов (аурой), обычно нарастающих в течение 5–20 минут и продолжающихся не более 60 минут. Головная боль с характеристиками мигрени без ауры, как правило,

следует, за симптомами ауры. В редких случаях головная боль может отсутствовать совсем или не иметь мигренозных черт.

Критерии диагноза

A. Наличие не менее 2-х приступов, которые отвечают следующим критериям (B–D).

B. Аура включает по меньшей мере один из следующих симптомов и не включает двигательную слабость:

- полностью обратимые зрительные симптомы, в том числе позитивные (мерцающие пятна и полосы) и/или негативные (нарушения зрения);
- полностью обратимые чувствительные симптомы, в том числе позитивные (ощущения покалывания) и/или негативные (онемения); у полностью обратимые нарушения речи.

C. По меньшей мере два из ниже перечисленных:

- гомонимные зрительные нарушения и/или односторонние чувствительные симптомы;
- как минимум один симптом ауры постепенно развивается на протяжении не менее 5 минут и/или различные симптомы ауры возникают последовательно на протяжении не менее 5 минут;
- каждый симптом ауры имеет продолжительность не менее 5 минут, но не более 60 минут.

D. Наличие головной боли, соответствующей критериям диагностики мигрени без ауры, начинающейся во время ауры или в течение 60 минут после ее начала.

Необходимо помнить

- Продромальные симптомы могут возникать за несколько часов или 1–2 суток до приступа мигрени (с аурой или без ауры). Продрома включает различные сочетания таких симптомов, как слабость, трудности концентрации внимания, напряжение в области мышц шеи, повышенная чувствительность к световым и звуковым раздражителям, тошнота, нечеткость зрения, зевота и бледность кожи. Не следует путать продромальные симптомы с мигренозной аурой.
- С отставанием от начала симптомов ауры отмечается снижение регионального церебрального кровотока в зоне коры головного мозга, совпадающей с зоной, «ответственной» за симптомы ауры или несколько большей по площади (то есть начало ауры предшествует формированию гипоперфузии). Снижение кровотока, как правило, начинается с задних отделов и затем распространяется кпереди, обычно не достигая степени ишемии. Спустя один или несколько часов гипоперфузия сменяется повышенным кровенаполнением в той же области.
- Зрительная аура является наиболее распространенным видом ауры и часто проявляется в виде фортификационного спектра (схема крепости Ла Рошель) – зигзагообразной светящейся линии, фронт которой постепенно распространяется в поле зрения вправо или влево, оставляя за собой различной степени абсолютную или относительную скотому. В других случаях скотома может иметь острое начало, не сопровождаться позитивными симптомами и постепенно прогрессировать. Следующие по частоте за зрительными симптомами – чувствительные проявления в виде ощущения покалывания, которое медленно распространяется от места появления, захватывая более или менее обширную зону на одной половине тела и лица. В конце может

возникать чувство онемения; в ряде случаев онемение может быть единственным симптомом чувствительной ауры. Несколько реже возникают нарушения речи по типу дисфазии.

Возможно, мигрень встречается у детей дошкольного возраста чаще, чем регистрируется. Симптомы заболевания в этом возрасте могут быть атипичными, что не позволяет диагностировать мигрень своевременно. Для детского возраста характерна встречаемость специфических пароксизмальных состояний, являющихся предшественниками мигрени. К ним относятся абдоминальная форма мигрени, доброкачественное пароксизмальное головокружение детского возраста, циклические рвоты. Эти синдромы могут в дальнейшем переходить в классические формы мигрени с аурой или без ауры. В своем дебюте предшественники мигрени часто требуют исключения другой соматической или неврологической патологии, и постановка диагноза возможна только после длительного наблюдения за больным.

Абдоминальная форма мигрени

Абдоминальная форма мигрени – идиопатическое расстройство, встречающееся преимущественно у детей и проявляющееся повторяющимися пароксизмами тупых болей в животе умеренной или высокой интенсивности, с локализацией по средней линии преимущественно вокруг пупка продолжительностью от 1 до 72 часов. Боли сопровождаются анорексией, бледностью кожных покровов, тошнотой, рвотой, могут – диареей, похолоданием и ощущениями покалывания в конечностях. Между приступами состояние пациентов не нарушено. У некоторых пациентов в анамнезе имеются сведения о госпитализациях в хирургические отделения с подозрением на диагноз

«острый живот», «острый аппендицит», которые в дальнейшем не подтвердились.

Доброкачественное пароксизмальное головокружение детского возраста

Доброкачественное пароксизмальное головокружение детского возраста характеризуется многократными кратковременными (от нескольких минут до нескольких часов), внезапно возникающими и также внезапно проходящими эпизодами интенсивного системного головокружения, часто сочетающимися с нистагмом, рвотой, в некоторых случаях – с пульсирующей головной болью. В межприступном периоде исследования неврологического статуса, вестибулярной функции и аудиометрии, данные ЭЭГ не выявляют патологии

Синдром циклической рвоты

Синдром циклической рвоты – эпизодически повторяющееся патологическое состояние, при котором у ребенка отмечалось не менее 5 дискретных приступов рвоты, каждый из которых сопровождался более чем четырьмя эпизодами рвоты в течение 1 часа. В типичных случаях наблюдаются не более двух эпизодов за неделю. Средняя продолжительность приступа от 1 до 48 часов, но он может длиться до 5 дней. В межприступном периоде какие-либо жалобы отсутствуют. Длительность межприступных промежутков различна, в среднем приступы повторяются каждые 2–4 недели. При обследовании очевидной причины рвоты не выявляется.

Осложнения мигрени

К осложнениям мигрени относятся:

- хроническая мигрень, мигренозный статус,
- персистирующая аура без инфаркта,
- мигренозный инсульт,
- судорожный приступ, вызванный мигренью.

В педиатрической практике частота встречаемости осложнений мигрени достаточно низкая. В литературе имеются указания о диагностировании у детей таких осложнений мигрени как мигренозный статус, хроническая мигрень. Достаточно часто описываются сочетания эпилепсии и мигрени. Мигренозный инсульт в детском возрасте является исключением и требует выявления других возможных причин острого нарушения мозгового кровообращения.

Хроническая мигрень

Диагностическим критерием хронической мигрени является наличие головной боли, характерной для мигрени без ауры, возникающей не менее 15 дней в месяц на протяжении более трех месяцев. При этом не выявляется других причин способных вызвать схожую головную боль. Обычно в клинической картине в начале заболевания присутствуют типичные эпизодические приступы мигрени без ауры, которые в течение определенного временного периода из редких приступов превращаются в частые приступы. Учитывая эти особенности трансформации мигрени, хроническую мигрень принято рассматривать в рамках осложнений периодической мигрени



Лечение приступа мигрени

Мигрень – до настоящего времени неизлечимое заболевание, патофизиологические механизмы которого до конца не выяснены. Лечение мигрени подразделяют на превентивную (профилактическую) терапию и терапию острого болевого приступа. Приступ мигрени существенно снижает качество жизни пациентов и вызывает значительные экономические потери. Основными требованиями, предъявляемыми к современным средствам, являются эффективность, безопасность, быстрота действия.

Для купирования приступов мигрени используют **3 группы препаратов**. При этом пациентов обучают распознавать приближение приступа, так как ранний прием в начале приступа наиболее эффективен. Не следует дожидаться разворачивания приступа, поскольку в связи с сопутствующими симптомами (тошнота, рвота) принятый препарат может быть выведен со рвотными массами.

1-я группа – *нестероидные противовоспалительные препараты*. Эффективность различных лекарственных средств этой группы примерно одинакова и не зависит от тяжести купируемого приступа. Для детей старше 12 лет эффективным подходом является ранний, при первых ощущениях приближения приступа, однократный прием 10 мг *метоклопрамида* (церукала), с последующим через 30 минут однократным приемом 250–500 мг *ацетилсалициловой кислоты (аспирин)*, суточная доза не должна превышать 750 мг/сут. Следует учитывать, что у детей до 12 лет применение ацетилсалициловой кислоты противопоказано для купирования приступа мигрени, если он развивается на фоне вирусной инфекции с гипертермией. При этом производится замена препарата на *ацетаминофен (парацетамол)*. Доказанной эффективностью у детей при умеренных и интенсивных приступах является *ацетаминофен* в дозе 10–15 мг/кг (до 60 мг/кг/сут) или

ибупрофен в дозе 5–10 мг/кг (до 30 мг/кг/сут) 3–4 раза в сутки, per os или ректально. Могут применяться и другие нестероидные противовоспалительные препараты, но данных исследований, убедительно доказавших их эффективность, не имеется. *Напроксен* назначается детям до 5 лет из расчета 2,5–5 мг/кг/сутки в 1–3 приема, пациентам старше 5-летнего возраста – в дозе 10 мг/кг/сутки. *Фенацетин* – из расчета (разовая доза) 0,15 г для 3–4-летних пациентов; 0,2 г – для детей 5–6 лет; 0,25 г – для 7–9-летних и 0,25–0,3 г – для 10–14-летних детей.

В большинстве международных рекомендаций по лечению головных болей у детей ибупрофен позиционируется как препарат первой очереди выбора для купирования приступа. При сравнении с парацетамолом обезболивающий эффект ибупрофена через 2 часа после приема оказался более выраженным и продолжительным, при этом побочных эффектов не отмечалось.

2-я группа – препараты спорыньи (*редергин, дигидроэрготамин, дигидергот*) – обладают мощным сосудосуживающим действием, благодаря влиянию на серотониновые рецепторы, локализованные в сосудистой стенке, предотвращают нейрогенное воспаление и тем самым купируют мигренозную атаку. *Дигидроэрготамин* является неселективным агонистом серотонина и обладает также дофаминергическим и адренергическим действием. При передозировке или повышенной чувствительности к эрготаминовым препаратам возможны загрудинная боль, боли и парестезии в конечностях, рвота, понос (явления эрготизма). Из-за частых побочных явлений применение этих препаратов регламентировано, а с появлением триптанов они практически перестали применяться.

3-я группа – селективные агонисты рецепторов серотонина – триптаны (алмотриптан, суматриптан, ризатриптан, золмитриптан, элетриптан, наратриптан). Данные препараты обладают избирательным воздействием на

серотониновые рецепторы мозговых сосудов, блокируют выделение субстанции Р из окончаний тройничного нерва и предотвращают нейрогенное воспаление. Среди побочных явлений могут отмечаться: чувство покалывания, давления, тяжести в разных частях тела, гиперемия лица, усталость, сонливость, слабость. Триптаны противопоказаны при сопутствующей патологии сердечно-сосудистой системы, диабете, базилярной и гемиплегической формах мигрени. Злоупотребление приемом триптанов, как и нестероидных противовоспалительных препаратов, может приводить к возникновению абзусных головных болей и служить фактором хронизации головной боли. Препараты группы триптанов для купирования мигренозных приступов в нашей стране разрешены с 18 лет.

Таким образом, фармакотерапия мигрени проводится в двух основных направлениях: 1. Купирующая терапия при приступе. 2. Профилактическая (симптоматическая) терапия, предполагающая назначение курса лечения с ежедневным приемом препаратов с целью уменьшения частоты приступов.

Профилактическая терапия мигрени

Профилактическую терапию начинают с немедикаментозных подходов. Они включают рекомендации по режиму дня, изменения в диете, обучение методам релаксации. Контроль стресса и устранение других модифицируемых провоцирующих факторов должны стать первым шагом в профилактике приступов головной боли. Для профилактики приступов мигрени следует определить факторы, которые их провоцируют. Одним из основных факторов, аггравирующих (увеличивающих) тяжесть и частоту приступов у детей, является психотравмирующая ситуация, значение которой часто недооценивается. К значимым психотравмирующим факторам относятся как кратковременные, так и длительные воздействия на психику ребенка. При этом длительные воздействия даже низкой интенсивности

бывают более вредоносными, чем интенсивные, но кратковременные (например, скоропостижная смерть одного из родителей в сравнении с такими обстоятельствами, как напряженные отношения в семье, ремитирующий развод, алкоголизм или наркомания одного из родителей). Риск рецидивов приступов иногда удается снизить с помощью следующих приемов.

- Соблюдение постоянного режима питания с употреблением достаточного количества жидкости (4–8 стаканов в день) и регулярным приемом пищи.
- Отказ от продуктов или их компонентов, которые провоцируют головную боль, таких как кофеин, присутствующий в напитках типа колы. В отношении таких продуктов, как сыр, темный шоколад, какао, орехи рекомендуется разумное ограничение употребления, но не полный отказ.
- Соблюдение гигиены сна: необходимо регулярно ложиться спать в одно и то же время, продолжительность ночного сна должна быть 8–10 часов.
- Соблюдение режима дня со сбалансированным чередованием школьных занятий, отдыха, спорта и двигательной активности с исключением перегрузок и стрессовых ситуаций.
- Регулярные занятия физической культурой с умеренными нагрузками способствуют уменьшению частоты и интенсивности головных болей. Однако в случае уже начавшегося приступа мигрени физические упражнения приводят к усилению боли.
- Ограничение просмотра телепередач и компьютерных игр.
- Способствование формированию у ребенка положительной самооценки, несмотря на наличие головных болей. Обеспокоенность и тревоги родителей не должны приводить к тому, чтобы ребенок стал

ощущать себя беспомощным, больным, неспособным вести нормальный образ жизни. Родители должны максимально поощрять активный образ жизни ребенка, обычный для его возраста.

- Информирование школьных педагогов о том, что ребенок страдает головными болями и получает по этому поводу лечение. Одна из ключевых рекомендаций – индивидуальное планирование учебных нагрузок во избежание переутомления и предоставление ребенку возможности пропустить урок или день занятий в школе при плохом самочувствии.
- Следует обратить особое внимание, если у ребенка с головными болями появились повышенная тревожность и подавленное настроение. По этому поводу следует безотлагательно проконсультироваться со специалистом.
- Ведение дневника самочувствия, в котором фиксируются дни и время возникновения головной боли, предшествовавшие события или факторы, способные ее спровоцировать, продолжительность головной боли и другие особенности. Как правило, пациенты с длительным течением мигрени хорошо знают ситуации, приводящие к приступам, и стараются их избегать.
- Наблюдение ребенка врачом в динамике и точное выполнение его рекомендаций.

Лекарственные средства профилактической терапии мигрени у детей и подростков

Группа препаратов	Препараты	Терапевтические дозы	Формы выпуска	Побочные явления
Бета-блокаторы	Пропранолол	2–4 мг/кг в день	Табл. 10, 40, 80 мг	Артериальная гипотензия, астения, нарушения сна
	Надолол	0,5–2,5 мг/кг в день	Табл. 20, 40, 80, 120 и 160 мг	
	Атенолол	1–3 мг/кг в день	Табл. 25, 50, 100 мг	
Блокаторы кальциевых каналов	Циннаризин	0,5–1,5 мг/кг в день	Табл. 25 мг	Ортостатическая гипотензия, брадикардия, головокружение, тошнота, запоры
	Верапамил	4–10 мг/кг в день	Табл. 40, 80, 120 мг	
	Нифедипин	1 мг/кг в день	Табл. 10 мг	
	Нимодипин	1 мг/кг в день	Табл. 30 мг	
Антигистаминные средства	Ципрогептадин (перитол)	0,2–0,4 мг/кг в день	Сироп по 40 мг в 100 мл Табл. 4 мг	Седация, увеличение веса, сонливость
Антидепрессанты	Амитриптилин	1 мг/кг в день	Табл. 10, 25, 50 мг	Седация, увеличение веса
Антиконвульсанты	Вальпроаты	10–40 мг/кг в день	Табл. 250, 500 мг, сироп и капли	Увеличение веса, выпадение волос, желудочно-кишечные расстройства
	Топирамат	1–10 мг/кг в день	Табл. 25, 50, 100 мг	Седация, снижение веса, парестезии

Оценка эффективности лечения

Оценка эффективности лечения, в том числе лекарственной терапии, может осуществляться по следующим критериям [Царегородцев А.Д., Таболин В.А., 2004].

1. Значительное снижение или полное исчезновение интенсивности боли, что удобнее оценивать по данным визуальной аналоговой шкалы, представляющую собой прямую линию длиной 10 см: на одном конце боль равна нулю, на другом – 10 баллов, то есть носит нестерпимый характер.
2. Уменьшение или полное исчезновение сопровождающих симптомов (свето- и шумобоязни, тошноты, рвоты).
3. Повышение уровня работоспособности, оценивающееся по 4-х бальной системе («0» – работоспособность сохранена, «1» – незначительно снижена, «2» – значительно снижена, «3» – необходим постельный режим). Кроме того, для оценки исходной тяжести состояния пациентов детского и подросткового возраста с мигренью и другими формами первичной головной боли, а также динамики их состояния в процессе лечения целесообразно применять специально разработанные оценочные шкалы. Остановимся на краткой характеристике этих методов и принципах интерпретации полученных данных

Анкета PedMIDAS [Hershey A.D. и соавт., 2001] – педиатрический вариант известной, хорошо зарекомендовавшей себя анкеты для взрослых пациентов MIDAS (Migraine Disability Assessment). В основу этого подхода заложена оценка влияния мигрени на повседневную активность пациента одновременно с постановкой диагноза мигрени. Пациенту предлагается ответить на 5 простых вопросов о потере времени (количества дней) из-за головной боли в трех основных сферах его жизни: учеба, домашние дела и обязанности, досуг и спортивные занятия. При этом оцениваются не только

полностью «потерянные» дни, но и количество дней со сниженной активностью (со снижением продуктивности более чем на 50%). Пациент подсчитывает эти дни ретроспективно за три последних месяца. Затем врач подсчитывает сумму баллов за все 5 ответов. Далее оценивается степень тяжести мигрени у данного пациента.

Шкала делит пациентов на 4 группы:

- 1-я группа: 0–5 баллов – нарушения повседневной активности минимальны или отсутствуют;
- 2-я группа: 6–10 баллов – малая степень или редкие нарушения повседневной активности;
- 3-я группа: 11–20 – умеренная степень нарушений повседневной активности;
- 4-я группа: 21 и более – тяжелая степень нарушений повседневной активности.

Оценка влияния головной боли (The Headache Impact Test – HIT-6) [Kosinsky M. и соавт., 2003].

Метод позволяет определить степень влияния головной боли на основные характеристики качества жизни пациента. Оцениваются следующие шесть показателей: интенсивность головной боли, социальное функционирование, энергичность, повседневная активность, психологический дистресс, когнитивная сфера. Ответы пациента оцениваются в баллах. Диапазон суммарных оценок находится в пределах 36–78 баллов и чем выше балл, тем больше влияние головной боли на качество жизни пациента.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Головные боли у детей и подростков: клинические особенности и профилактика Н.Н. Заваденко, Ю.Е. Нестеровский //Журнал «ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОЙ ПЕДИАТРИИ» /2012/ ТОМ 10/ № 2
2. Детская неврология : учебник : в двух томах / А. С. Петрухин. - Т. 2. - 560 с. : ил. 2012 год
3. Первичные головные боли у детей и подростков. – Учебно-методическое пособие. – Под ред. Н.Н. Заваденко. – М.: ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, 2015. – 96 с.
4. Федеральные клинические рекомендации (протоколы) по диагностике и лечению мигрени у детей. Авторы: Гузева В.И., Куренков А.Л. Утверждены на заседании профильной комиссии в рамках IV Балтийского конгресса по детской неврологии СПб, 04.06.2013