

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра нервных болезней с курсом ПО

РЕФЕРАТ

Тема: «Головные боли напряжения у детей»

Выполнила:
ординатор 2 года обучения
Козлова А.Е.

КРАСНОЯРСК 2024г

Оглавление

Введение	3
Этиология и патогенез	4
Классификация	5
Клиническая картина	12
Диагностика	13
Лечение	15
Литература	17

Введение

Головная боль представляет собой симптом, определяемый как болезненное или иное неприятное ощущение кверху от бровей и до шейно-затылочной области (Шток В.Н., Левин О.С, 2006).

Головная боль напряжения (ГБН) — одна из наиболее распространенных форм первичной головной боли (ГБ), проявляющаяся двухсторонней ГБ давящего или стягивающего характера, слабой или умеренной интенсивности продолжительностью от 30 минут до нескольких суток. ГБ не усиливается при обычной физической активности и не сопровождается тошнотой, но могут наблюдаться снижение аппетита, фото- или фонофобия.

По распространенности среди болевых синдромов в детском возрасте головные боли (ГБ) занимают лидирующие позиции. Так, ГБ среди дошкольников встречаются у 3– 8% с отчетливым нарастанием после 7-летнего возраста и достигают 57–82% у подростков (Нестеровский Ю.Е., Заваденко Н.Н, 2013; Slater S. et al., 2009). По некоторым данным, в возрасте 12–13 лет встречаемость ГБ достигает 90% (Нестеровский Ю.Е., Заваденко Н.Н., 2013; Pothmann R. et al., 1994). Среди причин ГБ в детском возрасте преобладают первичные — мигрень и ГБ напряжения (ГБН). В возрасте до 6 лет на долю мигрени приходится 35,2%, эпизодических ГБН — 18% (Нестеровский Ю.Е., Заваденко Н.Н, 2013; Raieli V. et al., 2005). В подростковом периоде это соотношение меняется в сторону преобладания ГБН, доля которых может достигать 73% (Нестеровский Ю.Е., Заваденко Н.Н, 2013; Barea L.M. et al., 1996).

Этиология и патогенез

Причинами ГБН чаще бывают эмоциональное перенапряжение, нагрузки, связанные с обучением (чрезмерная загруженность дополнительными занятиями, неудобное рабочее место, напряжение зрения), семейные конфликты, избыточная родительская опека, недостаточная физическая активность или чрезмерная физическая нагрузка.

К частой причине ГБН относится длительное напряжение мышц при статических позах, таких как занятия или игры за компьютером, работа с мелкими деталями.

Наиболее признанные теории ГБН: психогенная, миофасциальная, биохимическая, дополнены конкретными нейрональными механизмами головной боли, открытием дополнительных рецепторов, участвующих в нейрохимической передаче боли.

В происхождении ГБН принимают участие как периферические, так и центральные ноцицептивные (болевые) механизмы.

Периферические механизмы связаны с болезненным напряжением мышц головы и шеи, гипоксией мышц и выделением в кровь болевых провоспалительных медиаторов. В результате повышается возбудимость ноцицептивных нейронов задних рогов спинного мозга.

Основной центральный механизм ГБН заключается в снижении активности ингибиторной антиноцицептивной системы ствола мозга, что облегчает передачу болевых импульсов и приводит к формированию центральной сенситизации (ЦС), что в свою очередь способствует хронизации ГБН. При эпизодической ГБН (ЭГБН) существенную роль играют периферические патологические факторы, при хронической ГБН (ХГБН) – центральные, связанные с развитием ЦС. Аффективные нарушения (депрессия и тревога) способствуют хронизации имеющегося болевого синдрома.

Классификация

1. Головная боль напряжения (ГБН)

2. Нечастая эпизодическая ГБН

(По меньшей мере 10 эпизодов ГБ, возникающих с частотой не более одного дня в месяц (не более 12 дней в год). Продолжительность ГБ от 30 мин до 7 дней. ГБ имеет как минимум две из следующих четырёх характеристик: 1. двухсторонняя локализация; 2. давящий/сжимающий/ не пульсирующий характер; 3. легкая или умеренная интенсивность боли; 4. ГБ не усиливается от обычной физической активности (ходьба, подъем по лестнице). ГБ сопровождается обоими симптомами из нижеперечисленных: 1. отсутствие тошноты или рвоты; 2. только фото- или только фонофобия.)

3. Нечастая эпизодическая ГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц

(По меньшей мере 10 эпизодов ГБ, возникающих с частотой не более одного дня в месяц (не более 12 дней в год). Продолжительность ГБ от 30 мин до 7 дней. ГБ имеет как минимум две из следующих четырёх характеристик: 1. двухсторонняя локализация; 2. давящий/сжимающий/ не пульсирующий характер; 3. легкая или умеренная интенсивность боли; 4. ГБ не усиливается от обычной физической активности (ходьба, подъем по лестнице). ГБ сопровождается обоими симптомами из нижеперечисленных: 1. отсутствие тошноты или рвоты; 2. только фото- или только фонофобия. Повышенная болезненность перикраниальных мышц при мануальной пальпации)

4. Нечастая эпизодическая ГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц

(По меньшей мере 10 эпизодов ГБ, возникающих с частотой не более одного дня в месяц (не более 12 дней в год). Продолжительность ГБ от 30 мин до 7 дней. ГБ имеет как минимум две из следующих четырёх характеристик: 1. двухсторонняя локализация; 2. давящий/сжимающий/ не пульсирующий характер; 3. легкая или умеренная интенсивность боли; 4. ГБ не усиливается

от обычной физической активности (ходьба, подъем по лестнице). ГБ сопровождается обоими симптомами из нижеперечисленных: 1. отсутствие тошноты или рвоты; 2. только фото- или только фонофобия. Нет болезненности перикраниальных мышц при мануальной пальпации)

5. Частая эпизодическая ГБН

(По меньшей мере 10 эпизодов ГБ, возникающих с частотой от 1 до 14 дней в месяц (более 12 дней на протяжении в среднем более 3 месяцев и менее 180 дней в год). ГБ продолжается от 30 минут до 7 дней. ГБ имеет как минимум две из следующих четырех характеристик: 1. двухсторонняя локализация; 2. давящий/сжимающий/ не пульсирующий характер; 3. легкая или умеренная интенсивность боли; 4. ГБ не усиливается от обычной физической активности (ходьба, подъем по лестнице). ГБ сопровождается обоими симптомами из нижеперечисленных: 1. отсутствие тошноты или рвоты 2. только фото- или фонофобия.)

6. Частая эпизодическая ГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц

(По меньшей мере 10 эпизодов ГБ, возникающих с частотой от 1 до 14 дней в месяц (более 12 дней на протяжении в среднем более 3 месяцев и менее 180 дней в год). ГБ продолжается от 30 минут до 7 дней. ГБ имеет как минимум две из следующих четырех характеристик: 1. двухсторонняя локализация; 2. давящий/сжимающий/ не пульсирующий характер; 3. легкая или умеренная интенсивность боли; 4. ГБ не усиливается от обычной физической активности (ходьба, подъем по лестнице). ГБ сопровождается обоими симптомами из нижеперечисленных: 1. отсутствие тошноты или рвоты 2. только фото- или фонофобия. Повышенная болезненность перикраниальных мышц при мануальной пальпации.)

7. Частая эпизодическая ГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц

(По меньшей мере 10 эпизодов ГБ, возникающих с частотой от 1 до 14 дней в месяц (более 12 дней на протяжении в среднем более 3 месяцев и менее 180

дней в год). ГБ продолжается от 30 минут до 7 дней. ГБ имеет как минимум две из следующих четырёх характеристик: 1. двухсторонняя локализация; 2. давящий/сжимающий/ не пульсирующий характер; 3. легкая или умеренная интенсивность боли; 4. ГБ не усиливается от обычной физической активности (ходьба, подъем по лестнице). ГБ сопровождается обоими симптомами из нижеперечисленных: 1. отсутствие тошноты или рвоты 2. только фото- или фонофобия. Нет болезненности перикраниальных мышц при мануальной пальпации)

8. Хроническая ГБН

(ГБ, возникающая более 15 дней в месяц на протяжении в среднем более 3 месяцев (более 180 дней в год). ГБ продолжается в течение нескольких часов или имеет постоянный характер. ГБ имеет как минимум две из следующих четырёх характеристик: 1. двухсторонняя локализация; 2. давящий/сжимающий/ не пульсирующий характер; 3. легкая или умеренная интенсивность боли; 4. ГБ не усиливается от обычной физической активности (ходьба, подъем по лестнице). ГБ сопровождается обоими симптомами из нижеперечисленных: 1. только фото-, фонофобия или легкая тошнота; 2. отсутствие умеренной или сильной тошноты или рвоты.)

9. Хроническая ГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц

(ГБ, возникающая более 15 дней в месяц на протяжении в среднем более 3 месяцев (более 180 дней в год). ГБ продолжается в течение нескольких часов или имеет постоянный характер. ГБ имеет как минимум две из следующих четырёх характеристик: 1. двухсторонняя локализация; 2. давящий/сжимающий/ не пульсирующий характер; 3. легкая или умеренная интенсивность боли; 4. ГБ не усиливается от обычной физической активности (ходьба, подъем по лестнице). ГБ сопровождается обоими симптомами из нижеперечисленных: 1. только фото-, фонофобия или легкая тошнота; 2. отсутствие умеренной или сильной тошноты или рвоты. Повышенная болезненность перикраниальных мышц при мануальной пальпации.)

10. Хроническая ГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц

(ГБ, возникающая более 15 дней в месяц на протяжении в среднем более 3 месяцев (более 180 дней в год). ГБ продолжается в течение нескольких часов или имеет постоянный характер. ГБ имеет как минимум две из следующих четырёх характеристик: 1. двухсторонняя локализация; 2.

давящий/сжимающий/ не пульсирующий характер; 3. легкая или умеренная интенсивность боли; 4. ГБ не усиливается от обычной физической активности (ходьба, подъем по лестнице). ГБ сопровождается обоими симптомами из нижеперечисленных: 1. только фото-, фонофобия или легкая тошнота; 2. отсутствие умеренной или сильной тошноты или рвоты. Нет болезненности перикраниальных мышц при мануальной пальпации.)

11. Возможная ГБН

12. Возможная нечастая ГБН В

13. Возможная частая ГБН

14. Возможная хроническая ГБН

15. Лекарственно-индуцированной головной боли – по данным авторов у детей не встречаются или встречаются крайне редко.

(ГБ, возникающая ≥ 15 дней в месяц у пациента, исходно имеющего первичную ГБ. Регулярное злоупотребление на протяжении более чем 3 месяцев одним или более препаратами для купирования острой боли и/или симптоматического лечения ГБ.)

Форма ЛИГБ	Количество дней с приемом лекарственных средств, обладающих обезболивающим действием, в месяц (регулярный прием на протяжении 3 и более месяцев):
-------------------	--

8.2.1. ГБ, связанная с избыточным приемом эрготамин-содержащих препаратов	прием эрготамин-содержащих препаратов ≥ 10 дней в месяц
8.2.2. ГБ, связанная с избыточным приемом селективных агонистов серотониновых 5HT1-рецепторов (триптанов)	прием одного или более селективных агонистов серотониновых 5HT1-рецепторов (триптанов) ≥ 10 дней в месяц
8.2.3. ГБ, связанная с избыточным приёмом анальгетиков и антипиретиков, НПВП	
8.2.3.1. ГБ, связанная с избыточным приемом парацетамола**	прием парацетамола** ≥ 15 дней в месяц
8.2.3.2. ГБ, связанная с избыточным приемом НПВП	прием одного или нескольких НПВП ≥ 15 дней в месяц
8.2.3.2.1. ГБ, связанная с избыточным приемом ацетилсалициловой кислоты**	прием ацетилсалициловой кислоты** ≥ 15 дней в месяц
8.2.3.3. ГБ, связанная с избыточным приемом других анальгетиков и антипиретиков	прием одного или более анальгетиков и антипиретиков ≥ 15 дней в месяц
8.2.4. ГБ, связанная с избыточным приемом опиоидов	прием одного или более опиоидов ≥ 10 дней в месяц
8.2.5. ГБ, связанная с избыточным приемом анальгетиков, содержащих компоненты из разных классов,	прием одного или более анальгетиков, содержащих компоненты из разных классов,

обладающих обезболивающим действием	обладающих обезболивающим действием, ≥ 10 дней в месяц
8.2.6. ГБ, связанная с применением нескольких классов лекарственных средств (без четкого превалирования какого-либо одного класса)	прием любых комбинаций эрготамина, селективных агонистов серотониновых 5HT1-рецепторов(триптанов), анальгетиков и НПВП ≥ 10 дней в месяц без четкого злоупотребления отдельным лекарственным средством или классом лекарственных средств
8.2.7. ГБ, связанная с неуточненным избыточным применением нескольких классов лекарственных средств	прием любых комбинаций эрготамина, селективных агонистов серотониновых 5HT1-рецепторов(триптанов), анальгетиков и НПВП ≥ 10 дней в месяц, когда сложно точно установить само лекарственное средство , его количество и кратность приёма
8.2.8. ГБ, связанная с избыточным приемом других препаратов	прием ≥ 10 дней в месяц любых других лекарственных средств , не обозначенных выше

Прим.: Например, диагноз «ГБ, связанная с избыточным приемом анальгетиков, содержащих компоненты из разных классов, обладающих

обезболивающим действием» выставляется при регулярном приеме одного или более таких препаратов ≥ 10 дней в месяц на протяжении более 3 месяцев, а «ГБ, связанная с избыточным приемом других НПВП» - при регулярном приеме одного или более НПВП ≥ 15 дней в месяц на протяжении более 3 месяцев. Наибольший риск ЛИГБ отмечается при использовании лекарственных препаратов, обладающих обезболивающим действием, содержащих наркотические компоненты (кодеин и др.), барбитураты и кофеин.

Клиническая картина

Для головной боли напряжения характерны двусторонность, давящий или сжимающий (но не пульсирующий) характер, легкая или умеренная интенсивность, отсутствие выраженной тошноты или рвоты, ухудшения при повседневной физической нагрузке, при этом допускается легкая тошнота либо свето- или звукобоязнь (лишь одного симптома из указанных трех) (МКГБ, пер. Осиповой В.В. и др., 2003).

Часто при ГБН отмечаются сопутствующие жалобы в виде эмоциональных расстройств, раздражительности, плохого настроения, снижения психической и физической активности.

Помимо болезненности мышц шеи и волосистой части головы, лба могут отмечаться боли в ногах, неприятные ощущения в области сердца, нарушения сна (трудности засыпания, поверхностный, беспокойный сон) (Нестеровский Ю.Е., Заваденко Н.Н., 2013).

По данным литературы, 20,5% детей с диагнозами психических расстройств страдают ГБ, среди этих пациентов преобладают девочки. Различные формы ГБ отмечаются у 34,1% девочек с тревожными и 40,8% с депрессивными расстройствами. Хронический болевой синдром, в частности ГБ, сам по себе может нарушать психоэмоциональное состояние пациента, приводить к депрессивным и тревожным нарушениям. Снятие болевого синдрома и профилактическая терапия лежат в основе предотвращения перехода патологического процесса в хроническую форму и позволяют избегать утяжеления пограничных психических нарушений.

Диагностика

Жалобы и анамнез

Основными жалобами пациента с ГБН являются повторяющиеся эпизоды двусторонней диффузной сжимающей и неппульсирующей ГБ по типу «каска» или «обруча» в лобной, височной, теменной, возможно затылочной области или всей головы слабой или умеренной интенсивности (4 - 7 баллов по визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ)). ГБ не усиливается при выполнении обычной физической нагрузки; для ГБН не характерны сопутствующие симптомы, однако возможна легкая тошнота и снижение аппетита. Фотофобия и фонофобия при ГБН отмечаются редко и не развиваются одновременно, как при мигрени. Эпизоды ГБ имеют продолжительность от 30 минут до нескольких дней; при ХГБН возможно присутствие ГБ на протяжении всего дня с периодическими усилениями и облегчениями боли.

Эпизоды ГБ провоцируются психическим или физическим напряжением головы и шеи, а облегчаются в состоянии психологической релаксации и/или при расслаблении перикраниальных мышц. Поэтому частота болевых эпизодов может увеличиваться в периоды эмоционального напряжения и интенсивной работы, связанной с перенапряжением мышц головы, лица и шеи, и напротив, снижаться при положительных эмоциях, психологическом и мышечном расслаблении.

Физикальное обследование:

1. Исследование неврологического статуса

При типичном течении ГБН не обнаруживается патологических изменений в неврологическом статусе. Может отмечаться снижение настроения, признаки повышенной тревожности, вегетативные нарушения (гипервентиляция, ладонный гипергидроз, признаки повышенной нервно-мышечной возбудимости

2. Рекомендуется у всех пациентов с ГБН провести пальпацию перикраниальных мышц с целью выявления болезненного мышечного напряжения в одной или более мышечных группах.

Лабораторная диагностика:

Поскольку диагностика ГБН является клинической, лабораторные методы не являются обязательными.

Инструментальная диагностика:

Инструментальные исследования не информативны в диагностике ГБН, поскольку не выявляют специфических для этого заболевания изменений.

Дополнительно:

Для установления числа дней с ГБ в месяц (определение формы ГБН) и числа дней с приемом лекарственных препаратов, обладающих обезболивающим действием, целесообразно ведение пациентом/родителем дневника ГБ. Ведение дневника ГБ в течение 1 - 3 месяцев помогает пациенту и врачу отличить один вариант ГБ от другого (например, приступ мигрени от эпизода ГБН), установить число дней с ГБ в месяц и число дней с приемом лекарственных препаратов с обезболивающим действием в месяц.

Лечение

При купировании болевых синдромов на первом месте стоят препараты группы нестероидных противовоспалительных средств, неопиоидные анальгетики. Во взрослой практике применяют ибупрофен, кетопрофен, аспирин, напроксен, диклофенак, парацетамол, кофеин, комбинированные средства. В детском возрасте применение некоторых из указанных препаратов при ГБ ограничено в связи с возможными побочными эффектами или недостаточностью клинических данных об эффективности и безопасности их применения детьми.

Наиболее известным препаратом для купирования ГБ у детей является ибупрофен, который используется в детской практике с 1989 г. Его эффективность доказана в многочисленных плацебоконтролируемых исследованиях как при ГБН, мигрени так и при других болевых и воспалительных синдромах. По своим обезболивающему и жаропонижающему эффектам, а также по воздействию на желудочно-кишечный тракт и почки ибупрофен сопоставим с парацетамолом, но не оказывает токсического действия на печень, и риск возникновения побочных эффектов при применении ибупрофена низок.

Механизм действия ибупрофена, как и других нестероидных противовоспалительных средств, связан с подавлением активности циклооксигеназ. Циклооксигеназы регулируют превращение арахидоновой кислоты в простагландины, простациклин и тромбоксан. Ряд простагландинов является медиатором и модулятором воспаления, вызывает расстройства микроциркуляции, развитие отека, повышение болевой чувствительности, гипертермию, а также катализирует высвобождение гистамина, серотонина, брадикинина. Известно свойство некоторых простагландинов повышать чувствительность болевых рецепторов к раздражителям (химическим, физическим), что приводит к усилению болевых ощущений.

Ибупрофен влияет на центральные механизмы боли не только посредством блокады циклооксигеназы в ЦНС, но и высвобождения эндогенных пептидов по типу эндорфина, обладающих анальгетическим влиянием, а также за счет воздействия на таламические центры болевой чувствительности, что приводит к торможению проведения болевых импульсов к коре головного мозга.

Как показано в сравнительных исследованиях с парацетамолом, обезболивающий эффект ибупрофена через 2 часа после приема более выражен, имеет более значительную продолжительность, при этом не имеет побочных эффектов.

Таким образом, для купирования приступа ГБ у детей наиболее эффективными и безопасными средствами выбора первой очереди служат препараты ибупрофена.

При назначении обезболивающих и противовоспалительных препаратов следует помнить о возможном риске развития злоупотребления данными препаратами и появления абзусных ГБ.

Необходимо ограничивать прием анальгетиков до 10–15 раз в месяц

Профилактическое лечение.

Большое значение имеет профилактическая терапия ГБ, которую начинают с немедикаментозных методов: исключения провоцирующих факторов, нормализации режима дня, рационального распределения физических, умственных и психоэмоциональных нагрузок. Применяют релаксационные техники, метод биологической обратной связи. При необходимости проводят занятия с психологом, биоповеденческую терапию

Динамическое наблюдение.

Каждый пациент, которому было назначено лечение или схема лечения была изменена, нуждается в динамическом наблюдении для контроля оптимальности терапии.

Литература:

1. Клинические рекомендации МЗ РФ «Головная боль напряжения (ГБН)» 2021г
2. Мисюк, Н. С. Головные боли / Н.С. Мисюк, П.П. Пригун. - М.: Беларусь, **2017**. - 144 с.
3. Федеральные клинические рекомендации (протоколы) по диагностике и лечению головной боли напряжения у детей.
4. Шток, В. Н. Головная боль / В.Н. Шток. - М.: Медицинское информационное агентство, **2016**. - 472 с.