

**Министерство здравоохранения Республики Беларусь
Учреждение образования «Витебский государственный
ордена Дружбы народов медицинский университет»**

Шевцова В.В.

**ГОЛОВНАЯ БОЛЬ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ:
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ,
ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ**

ВИТЕБСК, 2017

УДК 616.857-058.86-053.6-08-07

ББК 57.33я73

Ш 37

Рецензент:

заведующий кафедрой педиатрии ВГМУ, доктор медицинских наук,
профессор И.М. Лысенко

Утверждено Центральным учебно-методическим Советом
Витебского государственного медицинского университета
в качестве учебно-методического пособия,
протокол №8 от 28.09.2017г.

Шевцова, В.В.

Ш 37 Головная боль у детей и подростков: дифференциально-
диагностические подходы, основные принципы терапии : уч.-метод. пособие /
В.В. Шевцова – Витебск: ВГМУ, 2017. – 24 с.

В пособии сформулированы основные этапы дифференциально-
диагностического поиска, наиболее частые клинические формы, представлены ос-
новные принципы терапии.

Предназначено для студентов, врачей- интернов, клинических ординаторов,
врачей педиатров, врачей общей практики и врачей других специальностей.

УДК 616.857-058.86-053.6-08-07

ББК 57.33я73

© Шевцова В.В., 2017

© Оформление. УО «ВГМУ», 2017

ВВЕДЕНИЕ

Головная боль (ГБ) или цефалгия является универсальной жалобой и может сопровождать практически любое заболевание. Нет заболевания, при котором головные боли категорически исключены, нет человека, который никогда ее не испытывал, нет и врача – специалиста любого профиля, который не встретился бы в своей практике с жалобами пациента на цефалгию.

По данным многочисленных эпидемиологических исследований в возрасте от 3 до 5 лет, когда ребенок способен сформулировать, в каком месте у него болит, цефалгия составляет лишь 3%, в 6 лет уже 15%, в период полового созревания головные боли достигают максимума – 80%. У детей наиболее частой причиной головных болей являются инфекции, мигрень, менингит, черепно-мозговая травма.

Подтверждением актуальности проблемы цефалгии является активная деятельность Европейской федерации головной боли, (ЕФГБ), Международного общества головных болей (МОГБ) и различных общественных организаций, представляющих интересы больных с головными болями.

Основные этапы диагностики

Принципиально важным методологическим подходом в диагностическом поиске является выделение первичных и вторичных головных болей.








Несмотря на то, что количество нозологических форм в группе первичных головных болей весьма невелико, именно на эти заболевания приходится от 80 до 90% пациентов, упорно страдающих цефалгиями.

Вторичные же головные боли, которые составляют около 10% клинических ситуаций, могут быть обусловлены великим множеством причин, которые необходимо установить и исключить до того, как принять решение об отношении цефалгии к группе первичных.

Начало диагностического поиска состоит в получении максимально подробной информации о характеристиках синдрома головной боли.

1. Локализация. Головные боли могут локализоваться в лобной, затылочной, теменной части, могут охватывать лоб и затылок по типу «обруча» или «каска», могут быть четко латерализованы в половине головы или в области проекции придаточных пазух носа, височно-нижнечелюстного сустава, уха, глаза и т.д.

2. Интенсивность. Весьма эффективно оценивать ее по существующим специально разработанным шкалам, в том числе в динамике для подтверждения эффективности терапии или аргументации изменения лечебной тактики.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Описание степени боли с помощью слов	боль отсутствует	лёгкая боль	умеренная боль	умеренная боль	умеренная боль	умеренная боль	умеренная боль	умеренная боль	сильная боль	невыносимая боль	невыносимая боль
Шкала лиц Вонга-Бэкера											
Шкала переносимости боли	боль отсутствует	боль можно игнорировать	мешает деятельности	мешает концентрироваться	мешает концентрироваться	мешает концентрироваться	мешает концентрироваться	мешает концентрироваться	мешает основным потребностям	необходим постельный режим	необходим постельный режим

3. Характеристика цефалгии: давящая, сжимающая, пульсирующая, стреляющая, колющая и т.д.

4. Течение. Острые головные боли составляют от 1% до 15% всех обращений, остальные приходятся на хронические (рецидивирующие). Острая нарастающая ГБ чаще вторична, может указывать на возможность опасного для жизни заболевания и требовать экстренного обследования и лечения. (нейроинфекция, суб-

арахноидальное кровоизлияние, опухоль или абсцесс мозга, синусит, тяжелая черепно-мозговая травма и др.), Повторяющиеся цефалгии чаще относятся к первичным.

5. Самочувствие пациента в межприступном и постприступном периоде, причины и провоцирующие факторы, способы купирования или уменьшения цефалгии.

6. Дополнительные симптомы: сонливость, изменение настроения (тревога, депрессия), тошнота, рвота, повышение температуры тела, светобоязнь, аура, судороги, менингеальные симптомы, очаговая неврологическая симптоматика (диплопия, парезы, парестезии, атаксия и т.д.).

После оценки характеристик головной боли врач определяет программу дальнейших исследований. Кроме рутинных лабораторных показателей (общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи) может понадобиться рентгенография черепа, придаточных пазух носа, височно-нижнечелюстного сустава, зубов, шейного отдела позвоночника, осмотр глазного дна, нейровизуальные методы исследования (нейросонография (УЗИ), компьютерная (КТ) либо магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга), осмотр профильных специалистов: невролога, оториноларинголога, стоматолога, окулиста и других.

После детализации синдромального, установления топографического диагноза, имея дополнительные данные, необходимо установить клинический (этиологический) диагноз, в соответствии с которым определить программу лечения.

1. Вторичные головные боли

Алгоритм диагностического поиска должен начинаться с выяснения причин цефалгии.

Основные признаки симптоматической головной боли, требующие неотложной консультации невролога и\или нейрохирурга и проведения углубленного обследования пациента (симптомы «тревоги»):

1. Диффузная ГБ, интенсивно нарастающая с каждым днем.
2. Утренние головные боли.
3. Сопровождающая ГБ многократная рвота без тошноты.
4. Упорная односторонность ГБ.
5. Нарастание ГБ параллельно повышению температуры.
6. Зависимость интенсивности ГБ от положения головы и тела.
7. Постоянные длительные ГБ, не поддающиеся терапии.
8. Сочетание ГБ с подъемом артериального давления.
9. Наличие очаговой и общемозговой неврологической симптоматики.
10. Изменение картины глазного дна, смещение М-ЭХО, отклонения в анализах крови и мочи, патология при нейровизуальных методах исследования.

1.1. Головные боли, связанные с травмой головы (ЧМТ)

Посттравматические головные боли в соответствии с международной классификацией ГБ подразделяются на острые, которые являются следствием травмы головы, возникают в первые 14 дней после ЧМТ и длятся не более 8 недель и хронические, которые также начинаются в первые 2 недели после травмы, но их продолжительность превышает 8 недель.

- Головная боль наблюдается практически у всех пострадавших, имеет лобно-височную локализацию, носит диффузный характер и при легкой травме не мучительная, исчезает в покое и не требует применения анальгетиков.

- Факт удара головой (или по голове) не всегда информативен. Сложность заключается в том, что дети имеют повышенный риск травмы головы и практически всегда могут быть указания на наличие травмы в анамнезе. В то же время ситуация усложняется тем, что травму могут отрицать заинтересованные лица (например, родители, если случайно уронили ребенка) или сам пациент из-за нередкой в таких случаях ретроградной амнезии или страха.

- Повреждения мягких тканей головы, костей черепа выявляются при рутинном осмотре (визуально, пальпаторно), подтверждаются рентгенологически и являются достаточно информативными симптомами.

- Объективные признаки перелома основания черепа значительно повышают вероятность тяжелой ЧМТ: симптом «очков» через 24-48 часов после травмы, кровотечение и/или ликворея из носа и /или уха, рентгенологические либо КТ – данные. Линейные переломы часто сочетаются с субдуральной или эпидуральной гематомой.

- Нарушения сознания. Дети младшего возраста очень редко теряют сознание при получении легкой травмы, а старшего возраста - только в 57% случаев. Дети первого года жизни даже при тяжелой ЧМТ теряют сознание не более, чем в 20%.

- Расстройства памяти чаще возникают у пострадавших со среднетяжелой и тяжелой степенью ушибов мозга, после длительной потери сознания. Если ребенок не помнит событий, произошедших до травмы, - это ретроградная амнезия, после травмы - антероградная амнезия.

- Рвота возникает у всех пострадавших обычно в первые сутки после травмы. При легкой травме она, как правило, однократная, при тяжелой - многократная (повторная).

- Симптомы поражения черепных нервов у детей имеют неотчетливую и чрезмерно субъективную интерпретацию, неврологическая симптоматика изменяется и пропадает весьма быстро. Может наблюдаться вялая реакция зрачков на свет (при тяжелой ЧМТ реакция отсутствует), расширенные или суженные зрачки, де-

виация языка, асимметрия лица (стойкая асимметрия лица свидетельствует о среднетяжелой или тяжелой черепно-мозговой травме). Анизокория - симптом дислокации головного мозга при внутричерепной гематоме или тяжелом базальном ушибе.

- Рефлексы и мышечный тонус переменчивы: от умеренной гипотонии при легкой травме, до повышения тонуса в разгибателях туловища и конечностей при тяжелой.

- Стойкие признаки очаговых поражений головного мозга свидетельствуют об ушибе или сдавлении (внутричерепные гематомы) мозга;

- Клинические признаки повышенного внутричерепного давления: у детей первого года жизни – выбухание и пульсация большого родничка, расхождение швов черепа, набухание подкожных вен головы; у более старших – брадикардия, одностороннее расширение зрачка без фоторефлексии, сходящееся косоглазие.

- Анализ цереброспинальной жидкости (ЦСЖ) позволяет диагностировать субдуральное кровоизлияние либо вторичный гнойный менингит.

- Необходимым является нейровизуализационное подтверждение ЧМТ.

Важно:

- Диагноз ЧМТ тяжелой степени устанавливается на основании указания на факт травмы и наличие хотя бы одного из следующих симптомов: уровень сознания ниже 15 баллов по шкале Глазго, многократная рвота, судорожный припадок, симптом «очков», парезы конечностей, анизокория, брадикардия, наличие "светлого" промежутка.

- ЧМТ у детей характеризуется более быстрой динамикой симптомов, включая и нарушения жизненно важных функций, что расширяет показания к госпитализации.

Основания для постановки диагноза ЧМТ у детей до 1 года:

- пронзительный крик или кратковременное апноэ в момент травмы;
- появление двигательных автоматизмов (сосательный, жевательный);
- срыгивание, рвота, жидкий стул и повышение температуры до 37,5 - 38,5 °С;
- вегетативные нарушения (тахикардия, гипергидроз, лихорадка);
- нарушение сна.
- Появление хотя бы одного из этих симптомов после травмы у детей 1-го года жизни требует госпитализации ребенка для исключения ЧМТ.

Неотложная помощь при ЧМТ:

- При сотрясении головного мозга (легкая ЧМТ) обычно неотложная помощь не требуется (при избыточном возбуждении 0,5% раствор диазепама в дозе 0,1 - 0,2 мг/кг в/м; при болевом синдроме 50% раствор метамизола из расчета 0,1 мл/год жизни в/м или в/в).

- При ушибе и сдавлении головного мозга:
- обеспечение проходимости дыхательных путей, адекватности вентиляции и оксигенации;

- нормализация объема циркулирующей крови (ОЦК) и артериального давления (АД);

- проведение инфузионной терапии солевыми растворами (Рингер-лактат, физраствор), учитывая, что артериальная гипотензия является более опасным повреждающим фактором, а коррекция внутричерепного давления может быть отсрочена до поступления в стационар;

- при наличии явных признаков отека-набухания головного мозга (глубокое нарушение сознания, анизокория или асимметричная зрачковая фоторефлексия, брадикардия) обеспечивается гипервентиляция и при длительной транспортировке показано введение Маннитола 0,5 г/кг внутривенно в течение 15-20 мин.

- стабилизация шейного отдела позвоночника до уточнения характера травмы;

Хронические посттравматические головные боли.

- Не существует специфически качественных характеристик этой цефалгии кроме регламентированных временных критериев (длительность более 8 недель после травмы). Головная боль носит самый разнообразный характер: тупая, давящая, сверлящая или стучащая, реже - пульсирующая. ГБ чаще является диффузной, рассеянной, может мигрировать; крайне редко оказывается строго локализованной.

- Приступы могут становиться ежедневными, сочетаются с общими жалобами: эмоциональной лабильностью, раздражительностью, быстрой астенией, снижением работоспособности, нарушением когнитивных функций, нарушением сна, вегетативной лабильностью, головокружением, шумом в ушах. Чем больше времени прошло с момента травмы, тем большую роль играют психологические, социальные и ятрогенные факторы.

- **Лечение** направлено на купирование приступа головной боли: Парацетамол (15 мг/кг) или Ибупрофен (7.5-10 мг/кг). В межприступном периоде проводится посиндромная терапия в зависимости от ведущих жалоб (ноотропы, церебропротекторы, антидепрессанты и др).

1.2. Гипертензивная гидроцефалия

Повышенное ВЧ давление (ВЧГ) частая причина вторичной цефалгии у детей. Встречаются, как идиопатические случаи, так и вторичные: врожденные нарушения в системе желудочков головного мозга, врожденная повышенная выработка цереброспинальной жидкости, последствия внутриутробных TORCH-инфекций, родовых травм, перенесенных инфекций ЦНС (менингит, энцефалит), черепно-мозговой травмы, объемного образования головного мозга.

- Головная боль возникает утром после сна, или даже ночью, и ослабевает в течение дня, что связано с затруднением венозного оттока и повышением внутричерепного давления в горизонтальном положении. Цефалгия двусторонняя, интенсивная, давящего или распирающего характера, сопровождается тошнотой и рвотой, может усиливаться при кашле и физической нагрузке.

- В неврологическом статусе у таких детей нередко выявляются патологическое увеличение размера головки, швов и родничков, «мозговой крик», симптом «заходящего солнца», сходящееся косоглазие, экзофтальм, нистагм. Диагноз подтверждается нейровизуальным и офтальмологическим обследованием.

- **Лечение** определяется после консультации нейрохирурга (возможно шунтирование либо другое нейрохирургическое вмешательство).

1.3. Доброкачественная внутричерепная гипертензия

- Головная боль носит диффузный характер, с максимальной болезненностью в лобной области, постоянная, могут быть периоды уменьшения или усиления ее интенсивности, нарастание ГБ ночью или в утренние часы, с сопровождающими

ГБ тошнотой и рвотой, а также вестибулярными и зрительными расстройствами. Головная боль особенно усиливается при кашле, чихании, наклоне головы вниз.

- Застойные диски зрительных нервов у тучных девушек.
- Признаков очагового поражения головного мозга обычно не выявляется.
- Ведущее значение в диагностике этих состояний имеют компьютерная и магнитно-резонансная томография.

1.4. Опухоли головного мозга

У детей встречаются реже, чем у взрослых (4,5%-5% всех органических заболеваний нервной системы). Локализуются в субтенториальной области и располагаются по средней линии. В основном это астроцитомы, а также медуллобластомы и эпиндимомы. Несколько реже встречаются краниофарингеомы, а опухоли полушарий встречаются редко.

- Головная боль отмечается более чем у двух третей детей. У трети пациентов является одним из первых симптомов заболевания. Однако у детей первых лет жизни головная боль наблюдается на более поздней стадии развития заболевания и определяется своеобразным поведением ребенка: непроизвольным криком, трением лица руками, особенно области глаз и лба, хватанием за голову.

- Нарастание ГБ постепенное. Вначале боль легкая и эпизодическая, в дальнейшем приступы ее учащаются, увеличиваются по интенсивности и продолжительности. В тех случаях, когда головная боль вызвана повышением внутричерепного давления, она возникает утром или ночью, может сопровождаться тошнотой и рвотой, ослабевает в течение дня. Головная боль обычно тупого характера, ее локализация чаще не связана с местонахождением опухоли, однако при конвексимальных менингиомах нередко отмечаются боли в проекции опухоли. Головная боль может усиливаться при кашле, физическом напряжении, изменении положения головы. При опухолях задней черепной ямки (а именно эта локализация наиболее свойственна детям) ГБ возникает несколько чаще, а тошнота может предшествовать ее появлению. При острой окклюзии четвертого желудочка мозга наблюдаются резкая головная боль, рвота, нарушение дыхания и вынужденное положение головы, при котором улучшается отток цереброспинальной жидкости.

- Очаговые неврологические синдромы (афазия, атаксия, парез и др.) и судорожные припадки обнаруживаются достаточно часто.

- **Лечение** определяется после консультации нейрохирурга.

1.5. Головные боли, связанные с сосудистыми поражениями

1.5.1. Головная боль при артериальной гипертензии

Головная боль локализуется в затылочной области, имеет пульсирующий характер, она сильнее по утрам. При легком и среднетяжелом течении артериальной

гипертонии головная боль обычно психогенная и не связана с подъемом АД. Лечение назначается после уточнения этиологии гипертензии.

1.5.2. Артериальная гипотония (понижение артериального давления) характеризуется тупой давящей и распирающей болью.

1.5.3. Венозная головная боль возникает при ухудшении оттока венозной крови, расширении и переполнении вен кровью. Она тупая, распирающая и усиливается от длительного пребывания в горизонтальном положении. Она часто появляется утром и постепенно проходит после вставания.

К сосудистой головной боли можно отнести также острые нарушения мозгового кровообращения (инсульт). У детей встречаются редко.

1.5.4. Субарахноидальное кровоизлияние

- Внезапная сильная головная боль, сначала в основном в затылке, затем разлитая (однако, головная боль может быть и средней интенсивности).

- Возможно изменение сознания и неврологические проявления: гемиплегия (при распространении кровоизлияния на вещество мозга), поражение глазодвигательного нерва. Рвота часто. Ригидность затылочных мышц. Артериальное давление часто повышено.

- Причиной может служить разрыв аневризмы, ЧМТ.

1.6. Нейроинфекции: менингит, энцефалит, абсцесс мозга

- Головная боль острая, гипертензионного характера, диффузная, быстро нарастает, в течение нескольких дней или даже часов становится интенсивной.

- Общеинфекционные проявления: лихорадка, интоксикация вплоть до развития инфекционно-токсического шока, ДВС- синдрома особенно характерны для менингита; при абсцессе головного мозга могут быть нерезко выражены. Наблюдающиеся при этом сыпи, особенно геморрагического характера – свидетельство тяжелой инфекции (менингококковая, пневмококковая и другие).

- Симптомы раздражения мозговых оболочек: светобоязнь, гиперестезия, симптом Кернига, Брудзинского, ригидность мышц затылка, у детей до года – пульсация и напряжение большого родничка, пронзительный крик, симптом Лессажа.

- Общемозговые симптомы: возбуждение, сменяющееся адинамией, различной степени нарушения сознания, рвота, судороги, угроза отека мозга.

- Очаговые неврологические синдромы (анизокория, гемипарез), особенно нарастающие и стойкие, более характерны для энцефалита и абсцесса мозга, однако, могут быть проявлением отека головного мозга.

- Ведущее значение в диагностике имеют воспалительные изменения в ЦСЖ и крови, компьютерная и магнитно-резонансная томография

Лечение. Цефотаксим 200 мг/кг массы в сутки за 4 введения в/венно (в/мыш); или цефтриаксон 100 мг/кг массы в сутки за 2 введения в/венно;

Дезинтоксикационная терапия: солевые кристаллоиды – р-р Рингера, физраствор и др, реополиглюкин.

ГКС: детям 3-5 мг/кг/сут в пересчете на преднизолон, можно использовать дексаметазон (если преобладают явления отека мозга), гидрокортизон (при превалировании сосудистых расстройств), метилпреднизолон;

Противоотечная терапия – разово маннитол 0,5-1,0 г/кг в/венно, лазикс детям 1-3 мг/кг, при необходимости повторно;

Кислородотерапия через носовой катетер;

Противосудорожная терапия, лечение гипертермии – детям парацетомол, ибупрофен либо их комбинации, нимесулид

1.7. Общие инфекционные и соматические заболевания

- Практически все эти заболевания сопровождаются головной болью: грипп и другие ОРВИ, краснуха, корь, паротит, кишечные инфекции, бронхиты, ларингиты, пневмонии, воспаления почек и мочевыводящих путей.

- Головные боли при этом, как правило, малоинтенсивные, редко бывают основной и единственной жалобой, к тому же имеются множественные симптомы системных поражений, облегчающие диагностику.

Лечение основного заболевания.

1.8. Синуситы

- Головная боль периодична с максимальной выраженностью к середине дня. При фронтитах ГБ локализуется в лобной области, а максимальная выраженность боли приходится на область переносицы. Боль постоянная, в большинстве случаев достаточно интенсивная, особенно при затруднении оттока отделяемого. ГБ усиливается при физическом напряжении, кашле, чихании, при поворотах головы, в положении лежа на животе при давлении или постукивании по передней стенке лобной пазухи, и др.

- Светобоязнь, слезотечение и обильные выделения из соответствующей половины носа, особенно утром при переходе из горизонтального в вертикальное положение.

- Лихорадка субфебрильная, воспалительные изменения в общем анализе крови

- Диагноз подтверждается риноскопией и рентгенографией пазух.

Лечение у врача оториноларинголога.

1.9. Острые отиты

- Головные боли преимущественно локализуются в области уха, а иногда и с иррадиацией в теменно-височную и затылочную области. Боль может быть пульсирующей, сверлящей, колющей, усиливается при сморкании, чихании или кашле. При хронических отитах ГБ ноющего характера, часто локализуется в половине головы на стороне отита. Возможна болезненность в затылочной области в месте выхода затылочного нерва. Нередко наблюдается головокружение.

- Выделения из уха могут носить гнойный характер в случае перфорации барабанной перепонки.

- Характерно повышение температуры, гнойно-воспалительные изменения в общем анализе крови.

- Отоскопическое исследование имеет решающее значение в диагностике.

Лечение у врача оториноларинголога.

1.10. Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава

- Головная боль вокруг уха, в области щеки, челюсти или виска. Это умеренной интенсивности, тупая, постоянная, плохо локализуемая боль, усиливающаяся при движениях нижней челюсти (жевании, зевании).

- Звуковой феномен (щелчок или хлопок) во время движений в височно-нижнечелюстном суставе, повышенная чувствительность суставной капсулы при пальпации.

- Неполное открывание рта: в норме степень открывания рта у разных людей не одинакова, однако возможность открыть рот менее чем на 30 мм (ширина двух пальцев) считается ограниченной.

- Пальпация жевательных мышц болезненна. Наблюдается утомляемость жевательных мышц, отклонение челюсти при открывании рта, бруксизм или стискивание зубов в течение дня.

- Рентгенологически подтверждаются изменения в суставе.

- Чаще встречается у подростков 15-17 лет. Надо отметить, что у девушек это заболевание встречается несколько чаще, чем у юношей.

Лечение: снижение нагрузки на сустав (протертая пища), физиолечение.

1.11. Дефекты органа зрения

- Головная боль возникает после чрезмерной длительной зрительной нагрузки (компьютер, телепередачи, продолжительное чтение). Вначале возникает в области лба, особенно у переносицы, глазниц, в темноте или при закрывании глаз ГБ уменьшается или проходит.

- Нарушение функции глазных мышц или аномалии развития оптических сред глаза: дальнозоркость, близорукость, нарушения аккомодации наиболее частые причины таких цефалгий.
- Диагноз подтверждается офтальмологическим обследованием.

Лечение: Коррекция зрительных нарушений полностью купирует такие боли. ГБ, обусловленные спазмом аккомодации, проходят при функциональном покое или атропинизации.

1.12. Вертеброгенная патология

- Головная боль имеет постоянный давящий характер, локализуется в области затылка, шеи, распространяется кпереди, иногда напоминает одевание "каска" или "шлема" и усиливается при поворотах головы или шеи, кашле и чихании.
- Двоение перед глазами, мозжечковые расстройства и синкопальные состояния могут сопровождать такую цефалгию.
- Рентгенологическое исследование может выявить патологию краниовертебрального перехода, добавочные ребра, нарушение осанки – сколиозы.

Лечение. Нестероидные противовоспалительные лекарственные средства, миорелаксанты, физиолечение.

1.13. Головная боль от внешнего сдавления

Головная боль носит постоянный, сжимающий или прокалывающий характер, локализуется в месте соприкосновения с воздействующим предметом и быстро исчезает после устранения провоцирующего фактора, например, снятия головного убора.

1.14. Холодовая головная боль

Головная боль обычно двусторонняя, продолжается не более 5-10 мин. Интенсивность головной боли у ребенка определяется выраженностью и длительностью холодового воздействия (холодная погода, холодный душ, а также при употреблении холодной воды, либо пищи).

1.15. Доброкачественная кашлевая ГБ

Относят только те головные боли, когда на фоне приступа кашля возникает двусторонняя головная боль, которая обычно продолжается в момент кашля и длится не более одной минуты. При повторяющихся приступах головной боли показано нейровизуализационное исследование (МРТ) для исключения опухоли задней черепной ямки.

1.16. Доброкачественная головная боль при физическом напряжении

Головная боль носит двусторонний давящий характер, но может приобретать черты мигренозного приступа. Продолжительность боли колеблется от 5 мин до суток. Возникновение этого типа ГБ связано с выполнением физической нагрузки.

1.17. Невралгия тройничного нерва

- Головные боли интенсивные, в виде кратковременных (от нескольких секунд до 1-2 мин) приступов, односторонние колющие или режущие (ощущение жжения или "прохождения электрического тока") в области одной или нескольких ветвей нерва. Во время приступа ребенок замирает, боясь пошевелиться и усилить боль, может потирать щеку или надавливать на висок, стараясь ослабить боль. Приступ может провоцироваться едой, разговором, умыванием, раздражением триггерных зон.

- Рефлекторное сокращение мимической и жевательной мускулатуры на стороне боли (болевого тик) может провоцироваться болевым приступом.

- Начало и окончание приступа внезапное, в межприступный период боль отсутствует.

- Неврологический осмотр позволяет выявить нарушение чувствительности в зоне иннервации 1-3 ветви тройничного нерва (гипер- или гипестезию).

- У детей невралгия первой ветви тройничного нерва встречается редко и иногда является дебютом рассеянного склероза

- Рентгенологическое исследование, консультации окулиста, оториноларинголога, стоматолога могут понадобиться для уточнения причины неврита.

Лечение у врача невролога.

1.18. Головные боли, связанные с различными веществами и их отменой Лекарственная головная боль

- Возникает чаще на фоне регулярного приема анальгетиков, чаще у детей и подростков, страдающих хроническим вариантом головной боли напряжения

- Лекарственные средства и вещества, вызывающие головную боль: алкалоиды спорыньи (синдром рикошета); алкоголь; анальгетики (синдром рикошета); антимикробные средства; H₂-блокаторы (ранитидин, циметидин); вазодилататоры (антагонисты кальция, нитраты); гипотензивные средства (антагонисты кальция, гидралазин, метилдофа); дипиридамол, закись азота, ингибиторы MAO, никотин, нитразепам, НПВС (индометацин), пероральные контрацептивы, симпатомиметики, теофиллин. Головные боли могут возникать, если больной, принимающий ингибиторы MAO, употребляет продукты, богатые тирамином, например, сыр, дрожжи, бобовые, сливки, сметану, шоколад, красное вино, пиво.

- Диагностика основывается на информации, позволяющей подтвердить связь головной боли с приемом лекарственных средств.
- Абузусная (лекарственная) головная боль носит хронический характер (15 дней и более), исчезает в течение месяца после отмены препарата.

2. Первичные головные боли

Существование первичных цефалгий у детей до недавнего времени подвергалось сомнениям. Повторяющиеся головные боли рассматривали в структуре диагнозов вегетососудистой дистонии или ликворной дисциркуляции и др. Такой подход к диагностике не соответствует современным взглядам на происхождение головных болей, хотя вегетативные расстройства и сосудисто-ликворная дисциркуляция могут присутствовать как часть патогенетических расстройств при первичных головных болях.

Многочисленные эпидемиологические исследования при изучении головных болей у детей показали, что рецидивирующие ГБ являются одной из наиболее частых жалоб. Хроническая, периодически повторяющаяся ГБ чаще всего не опасна для жизни, она не требует проведения экстренных диагностических мероприятий, как вторичная головная боль у детей, но доставляет страдания ребенку, существенно ухудшая качество жизни.

К первичным головным болям относятся: мигрень, головная боль напряжения, пучковая (кластерная) головная боль и другие тригеминальные вегетативные (автономные) цефалгии.

2.1. Мигрень

- Согласно эпидемиологическим исследованиям, мигренью страдает от 5 до 20 % населения. Мигрень чаще встречается у женщин, в юношеском и молодом возрасте, а у 45% начинается в детском возрасте.
- Головная боль приступообразная, имеет одностороннюю локализацию, пульсирующий характер, выраженную интенсивность, усиливается при физической нагрузке, сопровождается тошнотой и рвотой, фото- и фонофобией.
- Мигрень в детском возрасте определяется как повторные головные боли (при отсутствии патологических симптомов в межприступном периоде), сопровождающиеся по крайней мере тремя из следующих симптомов: боль в животе, тошнота, рвота; односторонняя локализация боли; пульсирующий характер боли; значительное улучшение самочувствия после короткого сна; наличие визуальной, сенсорной или моторной ауры; семейный анамнез мигрени.
- Гемикрания редко встречается у детей первого десятилетия жизни. У детей головная боль чаще носит двухсторонний характер, приступы продолжаются меньше, чем у взрослого и могут сопровождаться болью в животе.

- Провоцирующие факторы: стресс, разрядка после эмоциональных переживаний, изменение погоды, период менструации и овуляции, недосыпание или избыточный сон, физические нагрузки, употребление продуктов, содержащих какао, шоколад, сыр, орехи, яйца, копчености, помидоры, сельдерей, цитрусовые, консервы, жирная пища, острые блюда, алкоголь, запоры, некоторые лекарственные препараты, сильный свет, телевизионное изображение, шум, неприятные запахи, сильные вестибулярные раздражители (езда в поезде, автомобиле, полет в самолете, морские путешествия, качели), пубертатный период, когда организм бурно переживает в связи с наступлением полового созревания.

- Психологические характеристики страдающих мигренью: высокий уровень притязаний; тревожность; высокая социальная активность; стремление к лидерству; хорошая социальная адаптация; семейный анамнез мигрени.

- Дополнительные методы исследования исключают какую-либо органическую патологию.

Лечение у детей сопряжено с большими трудностями, ведь далеко не все медикаменты, которые применяют у взрослых можно применять в детском возрасте.

Основное направление: купирование приступа:

- Использовать анальгетики или НПЛС
- Применять принцип «лестницы анальгетиков», т.е. постепенный переход в последующих приступах от «более слабых к более сильным» при неэффективности ЛС в двух (подряд) атаках мигрени

- Прием ЛС в самом начале приступа
- Стартово: Парацетамол (15 мг/кг) или Ибупрофен (7.5-10 мг/кг)
- Обеспечить больному покой и нахождение в темной комнате
- При рвоте 0,5% раствор метоклопрамида 0,05 мг/кг массы тела (не более 1 мл) в/м;

- Диклофенак натрия 1,5 - 2 мл в/м (1мг/кг)
- 1% раствор фуросемида 1,5 - 2 мл в/м
- При затянувшемся тяжелом приступе 0,5% раствор диазепама 1,5 - 2 мл в/м

- Преднизолон 15 - 30 мг в/м

- Госпитализация при приступе продолжительностью более суток.

При лечении среднетяжелой и тяжелой мигрени кроме купирования приступов требуется вспомогательная межприступная терапия. Для этих целей рекомендован Аминолон (1 табл 250 мг). в дозе: 5-8 лет по 100-125 мг 3 р/д; 9 лет и старше по 1 табл (250 мг) 3 р/д, при отсутствии приступов в течение 3 недель на фоне терапии (или уменьшении количества приступов на 50% и более), продолжить до 5 недель.

Возможно использование Пантогама (табл. по 250 мг) по 125 мг 3 р/д 2-3 дня, при отсутствии возбуждения дозу увеличить до 1 таблетки (250 мг) 3 р/д, при отсут-

ствии приступов в течение трех недель на фоне терапии (или уменьшении количества приступов на 50% и более), продолжить до 6 недель.

При отсутствии эффекта от проводимого лечения рекомендуется перейти к следующему этапу лечения, направленному на предупреждение, сокращение приступов мигрени.

Эффективное межприступное лечение способствует сокращению количества потребляемых анальгетиков, предупреждает развитие лекарственной зависимости, лекарственной формы головной боли и развитие осложнений мигрени.

В качестве межприступного лечения возможно использование следующих лекарственных средств:

- Тиоцетам-Н – нейрометаболический препарат, уменьшает интенсивность цефалгии, улучшает эмоциональный фон, снижает головокружение и нарушение памяти. С 18 лет. Курс лечения – по 10 мл*1-2 р/день в/в (или 5 мл в/м) № 10-15, затем по 1 табл 0,5 *3р/день 2-3месяца.

- Кортексин. Разрешен с рождения. До 20 кг - 0,5 мг/кг/сут; более 20 кг – 10 мг/кг/сут. в/мыш. Курс лечения – 10 дней; 2 раза в год.

- Алмиба – ЛС левокарнитина (Швейцария), зарегистрирован в РБ. Курс лечения – 10% -10 мл на 400 мл физ. р-ра, в/в кап № 10. Детям – 10 - 50 мг/кг

- Билобил 40 мг* 3 р/день. К.л. – до 12 недель. С 18 л

- Лизина – эсцинат 0,1% - 5 мл.

- Среди немедикаментозных методов профилактической терапии мигрени у детей следует отметить следующие: курсы массажа гимнастики, акупунктура, методики релаксации и обратной биологической связи.

При неэффективности для превентивной терапии мигрени по назначению врача невролога используют одно из следующих групп лекарственных средств: бета-блокатор (пропранолол); или антидепрессант (амитриптилин); или противоэпилептическое ЛС (топиромат или вальпроевая кислота, или карбамазепин).

Долгосрочный прогноз мигрени у детей благоприятен по крайней мере в половине случаев. У трети детей мигренозные атаки вообще прекращаются с возрастом.

2.2. Головная боль напряжения (ГБН)

По разным данным распространенность ГБН у детей школьного возраста составляет от 50 до 70 %. Ранее ГБН называли «невротической каской». В настоящее время согласно МКБ-10 шифр G44.2 используется терминология «головная боль напряжения».

- Головная боль длится от 30 минут до 2-3 часов. Интенсивность ее низкая или средняя, до 6 баллов ВАШ, имеет диффузный двусторонний характер по типу «обруча» или «каска», сжимающая, стягивающая, монотонная, не пульсирующая, не

сопровождается какими-либо другими патологическими признаками и генетической предрасположенностью. Как правило, проходит самостоятельно после отдыха или обычного обезболивающего средства.

- Наблюдаются боли в сердце, животе, шее, спине, суставах. Болевой синдром нередко сопровождается страхом, раздражительностью, повышенной потливостью, неустойчивостью артериального давления. Нередко в подобных случаях у детей и подростков первыми жалобами, помимо боли, являются жалобы на постоянное чувство усталости, быструю утомляемость, нарушение сна и аппетита и др.

- Провоцирующие факторы: смена погоды, сильный ветер, вынужденное голодание, работа в душном помещении, бессонные ночи, прием алкоголя и токсических напитков, длительное физическое и умственное перенапряжение.

- Психопатологические проявления: тревожно-депрессивные расстройства, ипохондрические черты личности.

- Среди причин у детей преобладают реакция на психосоциальный стресс и аффективные состояния (тревога и депрессия). Другой механизм возникновения - сегментарно-рефлекторный: напряжение мышц мягких покровов головы возникает при длительной работе с компьютером, неудобный рабочий стол, парта, не соответствующая росту, неправильно подобранные очки или контактные линзы при астигматизме, неоткорректированное зрение и др.

Лечение: При редких эпизодических ГБН эффективными являются курсы расслабляющего массажа, лечебной гимнастики, методики психотерапии. При частых эпизодах ГБН целесообразно проводить периодические курсы расслабляющего массажа головы и воротниковой зоны, аутогенной тренировки, лечебной физкультуры, физио- и рефлексотерапии.

В тех случаях, когда эпизодические ГБН нарушают социальную адаптацию ребенка, можно прибегнуть к целенаправленному фармакологическому лечению:

- Ксефокам Ретард и Рапид – обладает анальгетической эффективностью сравнимой с высокими дозами кеторолака и ибупрофена. Таб. 4 мг и 8 мг. При выраженном болевом синдроме – начальная доза 16 мг. После 18 лет.

- Ноофен – миорелаксирующий, ноотропный, психотропный, вегетостабилизирующий эффект. Таб и капс 250 мг, капс 500 мг, порошки 100 мг. Детям 3-6 лет – 0,1*2 р/д; 7-10 лет – 0,2*2р/д; 14 лет – как взр

- Тенотен - препарат выбора при панических атаках, тревоге, депрессии, гиперактивности, синдроме дефицита внимания, вегетативной дисфункции. Не обладает седативным и миорелаксирующим эффектом. Курс лечения – 2 т*3 р/д 1 месяц, затем по 1 табл*3 р/д до 6 месяцев. Детям старше 3 лет – по 1т*3 р/д, до 3- 6 мес.

- Мидокалм – уменьшает мышечный спазм и боль при МТС. К.л. 150 мг* 3 р/сут.

При неэффективности – лечение по назначению врача невролога.

2.3. Тригеминальные вегетативные цефалгии (кластерная головная боль)

- Приступы кратковременной односторонней цефалгии, сопровождающиеся вегетативными проявлениями на болевой стороне. От других первичных ГБ отличается чрезвычайной интенсивностью (10 баллов ВАШ – «суицидальная») и уникальным сочетанием симптомов парасимпатической активации (слезотечение, покраснение конъюнктивы, ринорея) и симпатической дисфункции (синдром Горнера).

- В детской практике данное заболевание встречается редко, но иногда выявляются отдельные случаи у подростков 15-17 лет. Самый маленький пациент – 3-летнего возраста.

Лечение.

Средства для купирования приступа:

1. Эрготамин, Дигидроэрготамин, кислород.

*Неспецифические анальгетики и наркотические средства неэффективны (кратковременность приступа и парез желудка).

Профилактическое лечение (комбинированное):

1. Стероиды (преднизолон 10-100 г/сут);

2. Метисергид (4-8 мг/сут);

3. Блокаторы кальциевых каналов (верапамил 120-480 мг/сут, противопоказан при синусовых аритмиях, АВ-блокадах);

Резюмируя вышеизложенное, следует обратить внимание врачей на то, что популярный в прошлом диагноз «вегето-сосудистой дистонии по церебральному типу» не является первым при встрече педиатра с пациентом, который жалуется на головные боли. Это, скорее, диагноз исключения. Следует направить усилия на поиск причин цефалгии, исключить вторичные, затем первичные головные боли и только после этого подумать о психосоматике (расстройствах психики, которые проявляются в виде физиологических патологий). За развитие данного заболевания несут ответственность психотравмирующие ситуации, переживание острой психологической травмы, эмоциональное напряжение, депрессия. Психосоматические расстройства у детей и подростков (F-45. соматоформные расстройства (F-45.30 - F-45.38 соматоформная вегетативная дисфункция) – компетенция психиатра и психотерапевта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бадалян Л.О., Берестов А.И., Дворников А.В. Головные боли у детей и подростков. - М., 1991. - 60 с.
2. Юдельсон Я.Б., Рачин А.П. Клиника ГБН у детей и подростков // Интернет-журнал «Головная боль». - 2002. - № 3. - С. 1-4.
www.smolensk.ru/user/headache/archive/no3/clinic.htm
3. Рябус М.В., Колосова О.А., Вейн А.М. Лечение различных форм головной боли напряжения методом биологической обратной связи // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. - 1999. - Т. 99, № 12. - С. 35-38.
4. Табеева Г.Р., Вейн А.М. Хроническая ежедневная головная боль // Consilium Medicum. - 1999. - № 2. - С. 68-72.
5. Павленко Н.С. Хронические и рецидивирующие головные боли у детей и подростков. - www.painstudy.ru/matls/review/rezidiv.htm
6. Ahonen K., Hämäläinen M.L., Rantala H., Hoppu K. Nasal sumatriptan is effective in treatment of migraine attacks in children: A randomized trial // Neurology. - 2004. - 62. - 883.
7. Damen L., Bruijn J.K., Verhagen A.P. et al. Symptomatic treatment of migraine in children: a systematic review of medication trials // Pediatrics. - 2005. - 116. - e295.
8. Eiland L.S., Hunt M.O. The use of triptans for pediatric migraines // Paediatr Drugs. - 2010. - 12. - 379.
9. Evers S., Rahmann A., Kraemer C. et al. Treatment of childhood migraine attacks with oral zolmitriptan and ibuprofen // Neurology. - 2006. - 67. - 497.
10. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society // The International Classification of Headache Disorders. - 2nd edition. - Cephalalgia 2004. - 24 (Suppl. 1). - 9.
11. http://www.acr.org/SecondaryMainMenuCategories/quality_safety/app_criteria/pdf/ExpertPanelonPediatricImaging/HeadacheChildDoc3.aspx (Accessed on March 17, 2011).
12. Lewis D., Ashwal S., Hershey A. et al. Practice parameter: pharmacological treatment of migraine headache in children and adolescents: report of the American Academy of Neurology Quality Standards Subcommittee and the Practice Committee of the Child Neurology Society // Neurology. - 2004. - 63. - 2215.
13. Manzano S., Doyon-Trottier E., Bailey B. Myth: Ibuprofen is superior to acetaminophen for the treatment of benign headaches in children and adults // CJEM. - 2010. - 12. - 220.
14. Monastero R., Camarda C., Pipia C., Camarda R. Prognosis of migraine headaches in adolescents: a 10-year follow-up study // Neurology. - 2006. - 67. - 1353.

15. Monteith T.S., Sprenger T. Tension type headache in adolescence and childhood: where are we now? // *Curr. Pain. Headache Rep.* - 2010. - 14. - 424.
16. Parisi P., Papetti L., Spalice A. et al. Tension-type headache in paediatric age // *Acta Paediatr.* - 2011. - 100. - 491.
17. Rossi L.N., Vajani S., Cortinovis I. et al. Analysis of the International Classification of Headache Disorders for diagnosis of migraine and tension-type headache in children // *Dev. Med. Child. Neurol.* - 2008. - 50. - 305.
18. Seshia S.S., Abu-Arafeh I., Hershey A.D. Tension-type headache in children: the Cinderella of headache disorders! // *Can. J. Neurol. Sci.* - 2009. - 36. - 687.
19. Tepper S.J., Rapoport A.M., Sheftell F.D. Mechanisms of action of the 5-HT_{1B/1D} receptor agonists // *Arch. Neurol.* - 2002. - 59. - 1084.
20. Winner P. Classification of pediatric headache // *Curr. Pain. Headache Rep.* - 2008. - 12. - 357.
21. Методы лечения мигрени у детей и подростков/ Инструкция по применению рег № 015-0415/ БелМАПО/ кафедра детской неврологии/ к.м.н., доцент Шалькевич Л.В., Жевнеронок И.В., Филипович Е.К. Минск, 2015.
22. «Методы лечения детей с головной болью напряжения»/ Инструкция по применению рег № 004-0115/ БелМАПО/ кафедра детской неврологии/ к.м.н., доцент Шалькевич Л.В., Жевнеронок И.В., Филипович Е.К. Минск, 2015.

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Введение	3
2. Основные этапы диагностики	3
3. Вторичные головные боли	5
4. Первичные головные боли	15
5. Литература	21

Учебное издание

Шевцова Валентина Владимировна

**ГОЛОВНАЯ БОЛЬ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ:
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ,
ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ**

учебно-методическое пособие

Технический редактор И.А.Борисов
Компьютерная верстка В.В. Шевцова

Подписано в печать _____ Формат бумаги 64X84 1/16
Бумага типографская № 2. Гарнитура Times New Roman.
Усл. печ. листов _____. Уч.-изд. л. _____. Тираж _____ экз.
Заказ № _____.

Издатель и полиграфическое исполнение
УО «Витебский государственный медицинский университет»
Лицензия ЛП №-02330 /453 от 30.12.2013.
210023, г. Витебск, пр. Фрунзе, 27.