

Клиническая медицина

**ЦЕФАЛГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО
РИНОСИНУСИТА У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА НА САНАТОРНО-
КУРОРТНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ.**

Завадская М.А.¹, Корсунская Л.Л.¹, Завадский А.В.²

¹*Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского, кафедра нервных болезней и нейрохирургии, Симферополь, Россия*

²*Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского, кафедра оториноларингологии, Симферополь, Россия*

Ключевые слова: цефалгия, хронический риносинусит, детский возраст/

Резюме. Авторы провели анализ структуры и особенностей цефалгического синдрома на фоне хронического риносинусита у 100 пациентов детского возраста с 8 до 17 лет, проходящих курс санаторно-курортного лечения. Результаты комплексного исследования позволили осветить вопрос развития преобладающих типов головной боли у детей, скорректировать правильность проведения курса лечения.

Summary. The authors analysis the structure and features of cephalgia and its association with chronic diseases of nose and paranasal sinuses in 100 pediatric patients from 8 to 17 years, undergoing sanatorium-resort treatment. The results of a comprehensive examination allowed to highlight the development of the prevalent types of headache in children, and correct the course of treatment.

Актуальность. Головная боль (ГБ) у лиц детского и подросткового возраста является одной из актуальных проблем здравоохранения в связи с снижением социальной активности и приводит к снижению социальной активности, ухудшению эмоционального состояния ребенка [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7]. Согласно статистическим данным частота головных болей у детей увеличивается с возрастом, ранжируя в диапазоне от 20% у детей младше 5 лет до 75% у детей в возрасте 15 лет [4].

Частота встречаемости первичных головных болей, таких как головная боль напряжения и мигрень, составляет по данным различных исследований 18,6–27,9% в популяции среди детей и подростков. В числе вторичных головных болей преобладающей по распространенности считается головная боль, связанная с хроническим или рецидивирующим риносинуситом (Международная классификация головных болей (МКГБ-3) 2018 г.). Заболевания околоносовых пазух (ОНП) в свою очередь являются важной медицинской и социально-экономической проблемой и диагностируются с 1,5 лет, а с возрастом отмечается рост заболеваемости до 30% от возрастной популяции [9].

Цель исследования. Определение структуры и особенностей цефалгического синдрома и его связи с хронической патологией носа и околоносовых пазух, определение основных направлений реабилитационного лечения в зависимости от характера головной боли при наличии сопутствующей патологии носа и околоносовых пазух у пациентов детского возраста на санаторно-курортном этапе лечения.

Клиническая медицина

Задачи исследования. Определение характера, структуры цефалгического синдрома у пациентов детского возраста, находящихся на санаторно-курортном лечении в Республике Крым.

Материалы и методы исследования. В соответствии с поставленной целью нами отобрано 100 человек, страдающих различными формами хронического риносинусита и предъявляющих жалобы на головные боли. Возраст пациентов был в диапазоне от 8 до 16 лет. Лица мужского пола составили 47 человек и лица женского пола 53 человек. Средний возраст 12 лет.

Обследование пациентов включало сбор жалоб и анамнеза заболевания, оценку клинической картины, стандартное неврологическое и оториноларингологическое обследование; использовались опросник головной боли, шкалы тревожности и депрессии Бека (подростковая версия), визуальная аналоговая шкала интенсивности боли; оценивались результаты данных R-графии черепа и околоносовых пазух, показатели клинического анализа крови.

Результаты исследования и их обсуждение. Исследование показало, что с наибольшей частотой (44%) пациенты младшего школьного и подросткового возраста предъявляли жалобы на головную боль сжимающего или давящего характера в височных областях, длительностью около получаса, легкой интенсивности, не усиливающуюся при физической нагрузке, не сопровождающуюся тошнотой, возникающую днем после уроков («головная боль 5–6 школьных уроков» [3]) или в вечернее время, что соответствовало критериям головной боли напряжения (ГБН). При этом нечастая эпизодическая (31 пациент) превалировала над частой эпизодической (12 пациентов), хронической ГБН (1 пациент). Среди главных провоцирующих факторов основное значение имеет психосоциальный стресс, который пациенты связывали с повышенной конфликтностью в семье и школе, повышенным объемом школьной нагрузки, перегрузкой дополнительными занятиями вне школьного времени, повышенной ответственностью перед членами семьи, возникновением тревожности за определенные жизненные ситуации, взаимоотношениями со сверстниками и другими психоэмоциональными перегрузками. К аггравирующим факторам можно отнести длительное пребывание в антифизиологических позах в связи с неправильно подобранным по росту рабочим столом, партой, с неудобным местом для сна, некорректно подобранными очками или контактными линзами, неоткорригированным зрением, длительным нахождением за компьютером, отсутствие достаточной физической активности. Часть пациентов связывало появление головной боли с депривацией и нарушением качества сна, чрезмерной физической нагрузкой и оказываемым психо-эмоциональным давлением со стороны родственников. С целью купирования эпизода ГБ 71,3% из опрошенных детей утверждали, что принимали лекарственные препараты по рекомендации взрослых.

25% больных отмечали появление двусторонней головной боли, преимущественно лобной или лобно-теменной локализации, которая носила распирающий или давящий характер, усиливалась при физической нагрузке, ослабевала в вертикальном положении

Клиническая медицина

и была связана с обострением хронического риносинусита. Степень выраженности головной боли определялась от легкой до интенсивной и оценивалась от 2 до 6 баллов по визуальной аналоговой шкале. В ходе оториноларингологического обследования в период ремиссии хронического риносинусита выявлены жалобы на периодическое затруднение носового дыхания преимущественно на холоде; заложенность одной половины носа, которая усиливается в положении лежа на боку; наличие незначительного слизистого отделяемого из носа; периодическую дизосмию. Передняя риноскопия определила искривление носовой перегородки, отечность и незначительное утолщение слизистой оболочки, расширение сосудистой сети, синюшность с застойными явлениями.

Анализ структуры цефалгического синдрома показал наличие других форм первичной ГБ, связанной с физическим напряжением (7 пациентов), ГБ, связанной с нарушением рефракции (4 пациента), мигрени (2 пациента) и ГБ, связанной с приемом внутрь или вдыханием холодных стимулов (17 пациентов). Важно, что большая часть пациентов на протяжении жизни отмечала появление разных видов головной боли с различными их комбинациями между собой. Выявлено, что наиболее распространенным являлось сочетание головной боли напряжения с головной болью, связанной с хроническим риносинуситом; при этом каждый из этих видов головной боли развивался у пациентов независимо друг от друга в разное время.

Необходимо отметить, что при сопоставлении комплексного оториноларингологического и неврологического обследования в санаториях с направительными диагнозами медицинских учреждений, выяснено, что ГБ как основная жалоба в них не учитывалась. 30,8 % больным, которые предъявляли жалобы на цефалгии различной локализации и степени выраженности, был выставлен диагноз вегето-сосудистой дистонии. В структуре направительных диагнозов преобладали: хронический тонзиллит у 44,9%, нарушение осанки в виде S-образного искривления позвоночника у 32,7%, хронический фарингит у 23,4%, хронический гастрит у 20,5%, а также аденоидные вегетации у 12,2%.

Выводы Анализ структуры цефалгического синдрома у пациентов детского и подросткового возраста выявил закономерность преобладания головной боли напряжения и головной боли, связанной с хроническим или рецидивирующим риносинуситом. Данные виды головной боли не были своевременно диагностированы и в структуру направительных диагнозов не входили. Так при каждом обращении пациента, предъявляющего жалобы на головные боли, в 30,8% случаев выставлялся диагноз вегето-сосудистой дистонии, но не диагноз головной боли. Результаты настоящего исследования позволят определить курс эффективного патогенетически обоснованного дифференцированного реабилитационного лечения.

Литература

1. Шток В.Н. Головная боль. М.: Медицинское информационное агентство; 2008.
2. Мищенко Т.С. Современная диагностика и лечение неврологических заболеваний. К.: Доктор-Медиа; 2010.

Клиническая медицина

3. Заваденко Н.Н., Нестеровский Ю.Е. Головные боли у детей и подростков: клинические особенности и профилактика. Вопросы современной педиатрии. 2011;2(10):162-169.
4. Slover R., Kent Sh. Pediatric Headaches. Advances in pediatrics. 2015;62:283–293. <https://doi.org/10.1016/j.yapd.2015.04.006>.
5. Арзыкулова Г.С., Корниенко А.М., Овчинников Ю.М. Роль патологии ЛОР-органов в этиологии лицевых болей. Вестник оториноларингологии. 1989;1:34-42.
6. Пальчун В.Т., Крюков А.И. Оториноларингология. М.: Медицина; 2001.
7. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. М.: Миклош; 2006.
8. Маневич Т.М., Соколова Е.Д., Яхно Н.Н. Хронические головные боли напряжения у детей и подростков: психосоматический подход к диагностике и лечению. Боль. 2004;1(2):7-11.
8. Осипова В.В. Алгоритм диагностики головных болей. Нервные болезни. 2013;3:10-14.
9. Лиманский С.С., Кондрашова О.В., Шуюпова О.Л. Лечение синусита у детей с дренированием околоносовых пазух. Российская оториноларингология. 2012;4 (59):64-72.