

Д.Х. Лотфи

**ХАРАКТЕРИСТИКА ГОЛОВНОЙ БОЛИ У ДЕТЕЙ
С ВЕГЕТОСОСУДИСТОЙ ДИСТОНИЕЙ**

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Е.С. Зайцева

1-ая кафедра детских болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

D.H. Lotfi

**CHARACTERISTICS OF HEADACHE IN CHILDREN
WITH VEGETATIVE VASCULAR DYSTONIA**

Tutor: PhD, associate professor E.S. Zaitseva

1st Department of children's diseases

Belarusian state medical university, Minsk

Резюме. В ретроспективном анализе авторы проанализировали характеристику головной боли у детей с вегетососудистой дистонией, госпитализированных в 2022 году. Выявлены особенности проявления болей на фоне сопутствующей патологии.

Ключевые слова: головная боль, дети, вегетососудистая дистония.

Resume. The article presents the results of studies the characteristics of headache in children with vegetative vascular dystonia hospitalized in 2022. The peculiarities of the manifestation of pain against the background of concomitant pathology were revealed.

Keywords: headache, children, vegetative vascular dystonia.

Актуальность. Головная боль (ГБ) – часто встречающийся симптом у пациентов детского и подросткового возраста – от 3-8% среди дошкольников, до 80% у подростков. Именно поэтому в докладе экспертов ВОЗ «ГБ и общественное здоровье» в качестве одной из приоритетных задач обозначено «повышение эффективности лечения и профилактики головной боли у детей».

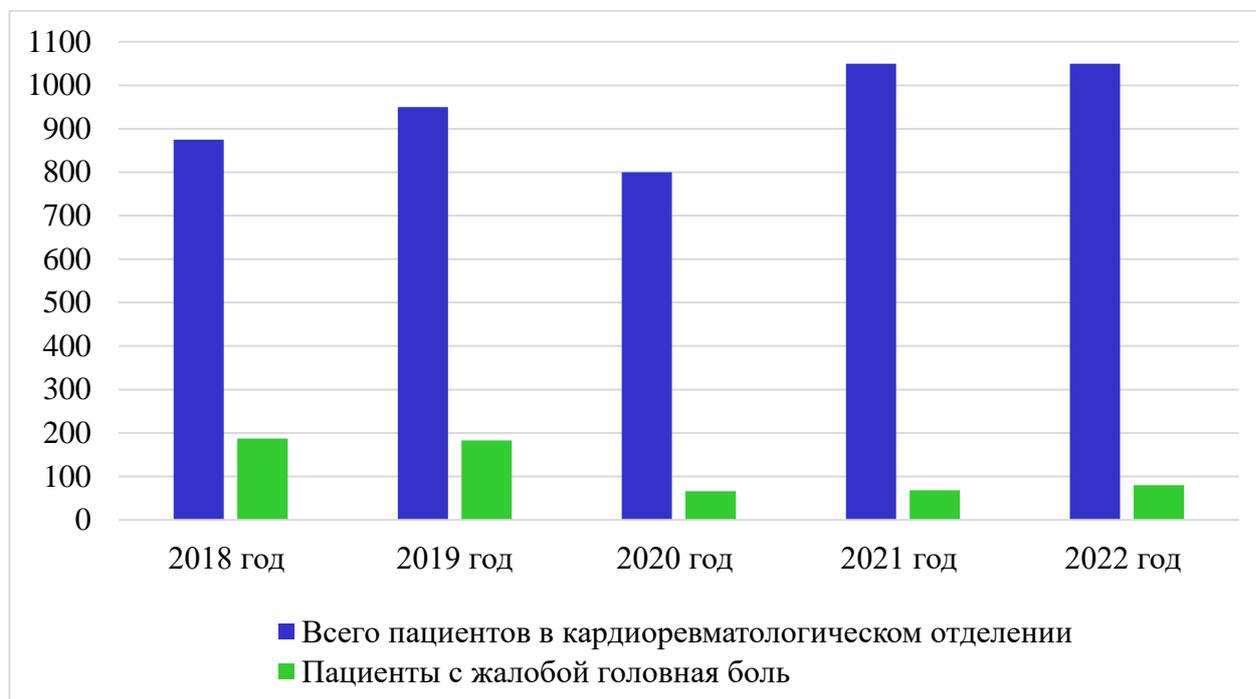
Головная боль, по определению Д. Харрисона – любая боль и чувство дискомфорта в области головы. Ощущение головной боли субъективно и обусловлено раздражением внутричерепных или внечерепных болевых рецепторов: твердой мозговой оболочки, стенки венозных синусов, менингеальные, внечерепные артерии, ткани, покрывающие череп (кожа, мышцы, сухожилия, апоневрозы), черепно-мозговые нервы (V, IX, X пары) и верхние шейные корешки (C1-C3) [2].

Цель: оценить частоту, варианты клинических проявлений, пусковые факторы, динамику ГБ на фоне немедикаментозной и лекарственной терапии у детей с вегетососудистой дистонией (ВСД).

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 65 стационарных карт детей пубертатного возраста, наблюдавшихся в кардиоревматологическом отделении УЗ «2-я ГДКБ» г. Минска в 2022 году с диагнозом G90.8 ВСД, которые предъявляли основную жалобу на головную боль. Средний возраст пациентов 13,5 лет.

Результаты и их обсуждение. Анализ всех случаев госпитализации в кардиоревматологическое отделение УЗ «2-я ГДКБ» г. Минска за 2018-2022 годы

показал, что в структуре всех пролеченных пациентов дети с ВСД составляли $12,5 \pm 3,6\%$.



Диагр. 1 – Частота ВСД среди пациентов кардиоревматологического отделения по данным 2-й ГДКБ за период с 2018-2022 годы.

Все дети, предъявляющие жалобы на головную боль были разделены на две группы. В первой группе собраны дети, имеющие головную боль напряжения (ГБН), одна из форм первичных головных болей. Ко второй группе были отнесены дети с ранее верифицированным диагнозом мигрень.

Табл.1. Характеристика состава каждой группы

Группа 1 (ГБН)	Группа 2 (Мигрень)
Диагноз верифицирован у 41 (78,5%) пациента (м 11/ д 30)	Диагноз верифицирован у 14 (21,5%) пациентов (м 9/ д 5)
Средний возраст на момент обследования – $12,6 \pm 2,1$ лет	Средний возраст на момент обследования – $14,6 \pm 2,2$ лет

При сборе анамнеза отмечалось разнообразное описывание характера боли – острые, пульсирующие, давящие, жгучие, ноющий, диффузную форму ГБН сравнивали с ношением стягивающей шапки на голове. Проявление форм головных болей принимали различные течения, начиная с острых внезапных эпизодических приступов, заканчивая хроническим течением ГБ как с постепенным нарастанием интенсивности боли, так и с приступами острой боли на фоне постоянной [1].

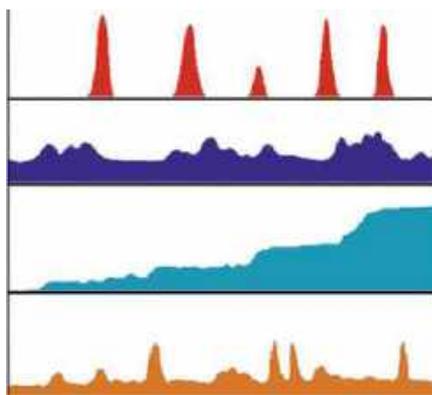


Рис. 1 – Течение основных типов головной боли

При анализе клинической картины головной боли необходимо выделить так называемые «красные флажки», при регистрации которых дети в обязательном порядке должны быть направлены на нейровизуализацию. Под красными флажками следует понимать: острое начало сильной ГБ, прогрессирование хронической ГБ, возраст ребенка младше 3 лет, присутствие ГБ или же рвоты при пробуждении, очаговый неврологический дефицит, рецидивирующие боли в одном и том же месте [1].

Зарегистрирован высокий удельный вес сопутствующей патологии:

- синдром дисплазии соединительной ткани (СДСТ) $34,2 \pm 9,6\%$
- малые аномалии развития сердца (МАРС) $33,4 \pm 12,6\%$
- лабильность АД $20,2 \pm 3,0\%$
- нарушения осанки, ритма сердца, термоневроз, артропатии, избыток веса

Всем пациентам в динамике наблюдения проводились общеклинические анализы периферической крови и мочи, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Для диагностики сердечно-сосудистой системы были проведены ЭКГ, Эхо-КГ, СМАД, также пациенты были направлены на консультацию смежных специалистов: невропатолог, психолог, окулист, психотерапевт, эндокринолог, оториноларинголог. При диагностике головной боли использовалась электроэнцефалография (ЭЭГ). Она была выполнена 31 ребенку (14 с мигренью и 17 с ГБН). У большинства детей с ГБ изменения ЭЭГ носили неспецифический характер. Чаще других отмечается ослабление выраженности альфа-ритма в затылочных отведениях и снижение амплитуды биоэлектрической активности, подобные изменения выявлены у 64% пациентов, усиление диффузной медленноволновой активности – 12%, у 21% пациентов ЭЭГ соответствовала норме. По данным осмотра невролога у 8 детей с мигренью и у 12 с ГБН, были проявления церебрастенического синдрома – «раздражительная слабость», которые утяжеляли течение головных болей. Симптомы церебрастении у большинства пациентов стали регистрироваться после перенесенной covid-19 инфекции. У всех исследуемых детей установлено наличие провоцирующих ГБ факторов: эмоциональный стресс (85%), нарушение режима сна (65%), физический стресс (23%), внешние воздействия (20%), гормональные причины у девочек (менструальный цикл – 75%).

При нахождении в стационаре пациентам с умеренными и интенсивными болями проводилось лечение внутрь, в форме таблеток, парацетамолом (в дозировке 15 мг/кг, до 60 мг/кг/сут) или ибупрофеном (в дозировке 5-10 мг/кг, до 30 мг/кг/сут). Выше названные препараты назначались короткими курсами или же однократно. В дополнение к основному лечению проводили нейрометаболическую терапию – препараты магния, витамины группы В, коэнзим Q10, а также назначались ноотропные средства: аминофенилмасляная кислота, гамма-аминобутировая кислота, депротенинизированный гемодериват крови телят. Для снятия напряжения перикраниальной мускулатуры назначали миорелаксанты – толперизон, тизанидина гидрохлорид.

Во время госпитализации у 31 (75%) пациента с ГБН только за счет модификации образа жизни, занятий с психологом, проведении физиотерапевтического лечения, минимизации действия провоцирующих факторов исчезли жалобы на головную боль. Остальные дети получали дополнительно медикаментозную терапию: анксиолитики, нейрометаболические препараты. Не мало важную роль в лечении ГБ занимает семья. Родители должны способствовать формированию положительной, здоровой самооценки у ребенка, несмотря на наличие в его жизни головных болей. Обеспокоенность и тревога внутри семьи могут приводить к тому, что ребенок будет ощущать себя беспомощным, больным, неспособным вести нормальный образ жизни. Ни в коем случае не должно присутствовать ограничение в физической и интеллектуальной активности ребенка.

Выводы:

1. Установлена высокая частота встречаемости головной боли у детей с ВСД.
2. Чаще верифицируется головная боль напряжения. Мигрень преимущественно встречается у мальчиков, головная боль напряжения – у девочек.
3. Высокий удельный вес сопутствующей патологии, среди которой чаще встречались МАРС и СДСТ.
4. Важным аспектом профилактики и лечения ГБН является правильная организация режима дня школьника, психологический комфорт и рациональный выбор немедикаментозных методов терапии и лекарственных препаратов.

Литература

1. Ермакова, П. А., Котов, А. С. Головные боли у детей: клиническая лекция. Неврологический журнал имени Л. О. Бадаляна – 2020. – 1(3) – С. 177-187.
2. Сапожников, В. Г., Ларинова, А. Д. О дифференциальной диагностике головных болей (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание – 2014. – №1. – С. 3-13.