

Зайцева Е.С.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Головная боль у детей с вегетососудистой дистонией

Введение. 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 года.

Результаты. 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 $12,5 \pm 3,6\%$.

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.

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 – $12,6 \pm 2,1$ года	Средний возраст на момент обследования – $14,6 \pm 2,2$ года

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 течение, 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].

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 на 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 медленно волновой 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: парацетамолом (в дозировке 15 мг/кг, до 60 мг/кг/сут) или ибупрофеном (в дозировке 5–10 мг/кг, до 30 мг/кг/сут). Вышеназванные препараты назначались короткими курсами или же однократно. В дополнение к основному лечению проводили нейрометаболическую терапию – препараты магния, витамины группы В, а также назначались ноотропные средства: аминокислоты, гамма-аминобутировая кислота, депротеинизированный гемодериват крови телят. Для снятия напряжения перикраниальной мускулатуры назначали миорелаксант – толперизон.

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. Немало 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., Ларикова, А. Д. О дифференциальной диагностике головных болей (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание – 2014. – №1. – С. 3–13.

Международный научно-практический журнал

НЕВРОЛОГИЯ и нейрохирургия

2024, том 14, № 1. Приложение

Восточная
Европа

Neurology and Neurosurgery Eastern Europe
International Scientific Journal

2024 Volume 14 Number 1 Supplement



Екатерина Борченко и Эрнест Латыпов в балете «Баядерка».
Хореография Начо Дуато по мотивам Мариуса Петипа, музыка Людвиг Минкуса,
либретто Мариуса Петипа и Сергея Худекова. Сцена Михайловского театра, февраль 2020 года.

Тезисы XXIII Республиканской научно-практической
конференции с международным участием
молодых специалистов

«СОВРЕМЕННЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ НЕВРОЛОГИИ И НЕЙРОХИРУРГИИ»

Минск, 24 мая 2024 года

ISSN 2226-0838 (Print)

ISSN 2414-3588 (Online)



9 772226 083006



ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ
ИЗДАНИЯ