**УДК: 615.857:616.89**

**Н.Б. Исмаилова, А.Н. Жумабаева**

*Сельская больница с. Каргалы Алматинской области*

**КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ У ДЕТЕЙ 7–10 ЛЕТ**

*В статье описаны результаты изучения клинической характеристики головной боли напряжения у детей 7-10 лет. Цефалгия напряжения носит преимущественно эпизодический характер с относительно небольшой частотой (8,8 эпизодов в месяц) и длительностью (1,64 часа в сутки), средней интенсивностью (5,3 балла) болевых эпизодов с доминированием локализации в лобной и теменной областях, давящего или сжимающего характера, однако при её раннем дебюте (до 7-летнего возраста) у каждого пятого ребенка она приобретает хронический характер с преобладанием диффузной локализации и большей продолжительностью. Также выявляется рассеянная микросимптоматика, проявляющаяся недостаточностью функций III, VI, VII и XII пар черепных нервов, сухожильной анизорефлексией по вертикальному типу, снижением общей и мелкой моторики, сформированная на резидуальном фоне перинатального генеза.*

***Ключевые слова:*** *головная боль напряжения, дети младшего школьного возраста, эпизодическая, хроническая.*

В последние десятилетия все более возрастает интерес к проблеме высокой распространенности и полиморфизма клинических проявлений головной боли (ГБ) в детской популяции [1]. «Детская» ГБ – частый и мучительный симптом, констатация которого среди школьников колеблется в широком диапазоне [2].

Немногочисленные отечественные и зарубежные клинико-эпидемиологические исследования последнего времени выявили высокую частоту ГБ у детей: цефалгиями страдают от 4 до 19,5% дошкольников, а у детей в возрасте 7–15 лет выявляется неуклонное повышение частоты ГБ – от 57 до 82%, причем в большинстве случаев это первичные ГБ – головные боли напряжения (ГБН) и мигрень [3], однако данные о месте ГБН в общей структуре ГБ у школьников часто разноречивы и варьируют в широком диапазоне – от 36,8 до 60% [4].

Высокая частота и интенсивность ГБ, возникшей в детском возрасте, могут приводить к ограничению социальной и бытовой активности, снижению качества жизни и присоединению вторичных психопатологических симптомов во взрослом состоянии [5].

В настоящее время считается, что в развитии ГБН существенную роль играет острый или хронический эмоциональный стресс, который формируется под влиянием индивидуально значимых психогенных факторов у детей с психоастеническимми, тревожными, гипотимическими особенностями личности и недостаточностью механизмов психологической и биологической защиты [6]. Выявление предмета внутренних негативных переживаний у ребенка всегда вызывает большие трудности. Дети крайне чувствительны к обстоятельствам жизни, нарушенным семейным взаимоотношениям, разводу родителей, нарушению взаимоотношений со сверстниками, конфликтам с учителями. При этом ребенок испытывает чувство вины и тревоги из-за несоответствия своих возможностей требованиям. Подавление аффекта, невозможность «отреагирования» эмоций приемлемым способом (например, при физической активности) усиливают психоэмоциональное напряжение и приводят к срыву адаптационно-приспособительных механизмов высшей нервной сиситемы (ВНС), в том числе лимбико-ретикулярного комплекса, и возникновению психосоматических и алгических расстройств [7].

К факторам, провоцирующим усиление ГБН, можно отнести в первую очередь эмоциональный стресс, смену погоды, сильный ветер, вынужденное голодание, работу в душном помещении, занятия в ночное время, длительное физическое и умственное перенапряжение, усталость. Головная боль мышечного напряжения нередко возникает после длительной работы за столом, компьютером, после экзаменов или после нескольких напряженных уроков в учебном заведении, неудобной позы во время работы или сна. Даже легкая степень мышечного напряжения, если она возникает в ответ на значимый эмоциональный стрессор, может усилить интенсивность головной боли. Появление частой ГБН у школьников, по мнению детских неврологов [8], в 80% случаев является индикатором психовегетативных расстройств. Дети с ХГБН часто наряду с жалобами на головную боль предъявляют жалобы на полиморфные болевые ощущения: миалгии, артралгии, боли в животе, сердце. Болевые расстройства у большинства детей сопровождаются астенией, пониженным настроением, тревогой, расстройствами сна и аппетита, что характерно и для депрессивных нарушений. Вышеуказанное определяет актуальность изучения головной боли напряжения у детей школьного возраста.

Цель исследования - изучение клинического характеристики головной боли напряжения у детей 7–10 лет и выявить особенности неврологического статуса в зависимости от формы данной патологии.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 135 детей 7–10 лет: 55 детей, страдающих ГБН, составили основную группу, 30 практически здоровых детей, сопоставимых по полу и возрасту, не страдающих ГБ, – группу контроля.

Критерием исключения из исследования было наличие последствий перинатального поражения ЦНС: тяжелого гипоксически-ишемического, геморрагического, травматического, дисметаболического, токсико-метаболического и инфекционного характера, органических заболеваний внутренних органов, перенесенные черепно-мозговые травмы или нейроинфекции, а также острые инфекционные заболевания на момент обследования.

В зависимости от формы течения ГБН основная группа была разделена на 2 подгруппы: дети с эпизодической ГБН (ЭГБН) и школьники с хронической ГБН (ХГБН).

На момент осмотра средний возраст детей с ГБН был в пределах 9,3 ± 0,11 года. Частота ЭГБН составила 8,8±0,3 эпизодов в месяц и 105,6±3,4 эпизодов в год, при ХГБН – 17,1±0,3 эпизодов в месяц и 205,2±3,4 – в год.

При постановке диагноза ГБН применялись диагностические критерии второго, переработанного издания классификации Международного общества головной боли (International Headache Society, 2003).

Всем детям проводилось традиционное клиническое обследование со сбором жалоб, анамнеза, оценкой неврологического статуса, оценкой интенсивности ГБН с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) в модификации для детей.

Сведения о перенесенной патологии были получены из медицинской документации (уч. ф. № 112/у; 26/у; 003/у).

Результаты исследования оценивались с помощью программы «Statistica 6.0» («StatSoft», USA, 2001). При нормальном распределении признаков использовались параметрические статистические методы (t-критерий Стьюдента). В остальных случаях применялись непараметрические методы (критерий Манна –Уитни). Результаты представлялись в виде М ± m, где М – среднее значение, m – стандартная ошибка. Для расчета корреляционных связей между признаками использовался критерий Спирмана. В качестве порогового уровня статистической значимости было принято значение р<0,05.

Результаты исследования и их обсуждение. При анализе комплекса анамнестических данных установлено, что наиболее значимыми факторами риска формирования ГБН у детей младшего школьного возраста явились наследственно-семейная предрасположенность по материнской линии к сердечно-сосудистой патологии (вегетососудистой дистонии, артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца, инсульту, инфаркту), которая выявлена у 47,8% школьников с ХГБН, что в 2 раза чаще, чем у детей с ЭГБН (p<0,05). У детей группы контроля наследственно-семейной предрасположенности к сердечно-сосудистым заболеваниям не было.

Из факторов риска, действующих в период до наступления беременности, у матерей детей основной группы имел место отягощенный акушерско-гинекологический анамнез: предшествовавшие родам аборты (3 и более) и выкидыши регистрировались у 1/3 матерей детей с ХГБН, что в 3 раза чаще, чем у матерей детей с ЭГБН (р<0,01). В группе контроля подобных факторов не установлено.

Из хронических экстрагенитальных заболеваний у 1/4 матерей детей с ХГБН диагностирована вегетососудистая дистония по смешанному типу, что в 3 раза чаще, чем у матерей детей с ЭГБН (p<0,05).

Важную роль в формировании ГБН играло развитие перинатального гипоксически-ишемического поражения головного мозга плода за счет патологического течения антенатального периода. Так, угроза прерывания беременности в первой ее половине регистрировалась в 2,3 раза чаще у матерей детей с ХГБН по сравнению матерями детей с ЭГБН (p<0,05) и 5,8 раз чаще, чем в группе контроля (p < 0,01). При этом наиболее характерным фактором риска формирования ГБН явилась хроническая внутриутробная гипоксия плода, поскольку она регистрировалась в анамнезе матерей значительной части детей с ХГБН – 73,9%, что в 2,2 раза чаще, чем у матерей детей с ЭГБН (р<0,001), и в 11 раз чаще, чем в группе контроля (р < 0,001). Ранний гестоз выявлялся у 1/3 матерей детей с ХГБН, что в 3 раза чаще, чем у матерей детей с ЭГБН (p<0,01), и в 4,5 раза чаще, чем в группе здоровых ровесников (p<0,05). Большое значение как фактор риска развития ГБН имел позднийгестоз, поскольку это патологическое состояние встречалось более чем у половины матерей детей с ХГБН, что в 2,4 раза чаще, чем у матерей детей с ЭГБН (p<0,01), и в 15,8 раза чаще, чем в контрольной группе (p<0,001).

Значимый вклад в развитие и прогрессирование ГБН вносили интранатальные факторы риска. Так, раннее излитие околоплодных вод регистрировалось у 1/4 матерей детей с ХГБН; обвитие пуповиной в родах и асфиксию перенесли 21,7% детей с ХГБН (p<0,05); низкая масса тела при рождении (менее 3000 г) регистрировалась у 1/3 детей с ХГБН (p<0,05).

В период новорожденности у 2/3 детей с ХГБН был диагностирован синдром доброкачественной внутричерепной гипертензии, двигательных нарушений и у 1/3 – синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости и вегетативно-висцеральных нарушений с последующим формированием изолированной задержки на первом году жизни моторного (21,7%), а в дальнейшем и речевого развития (34,8%).

В периоде, предшествовавшем возникновению ГБН, у детей с ХГБН достоверно чаще отмечались астенический синдром (60,9%), неврозоподобные нарушения (30,4%), синдром гиперактивности и дефицита внимания (26,1%), хронические соматические (60,9%) и острые инфекционные заболевания (34,8%).

Из анамнестических данных выявлено, что дебют ЭГБН приходился в среднем на возраст 7,2 ± 0,1 года, тогда как начало ХГБН было более ранним – в 6,7 ± 0,23 года. Давность ХГБН превышала таковую ЭГБН (2,8 ± 0,24 и 2,1 ± 0,13 года соответственно).

ЭГБН характеризовалась относительно небольшой частотой (от 1–2 раз в месяц до 1–2 раз в неделю) и длительностью (от 30 минут до 1 часа в сутки), средней интенсивностью болевых эпизодов (в среднем 5,3 ± 0,2 балла по шкале ВАШ); имела давящий или сжимающий характер; локализовалась в лобно-височной или теменной областях, чаще с обеих сторон; редко сопровождалась тошнотой без рвоты. Возникновение пароксизмов ГБ происходило чаще в дневное и вечернее время после переутомления, стрессовой ситуации или при перемене погоды; прекращение приступа отмечалось после смены вида деятельности, после сна или отдыха, в большинстве случаев без применения анальгетиков.

ХГБН имела давящий, сжимающий, редко – пульсирующий характер, лобно-височно-теменную или диффузную локализацию, интенсивность 6,7 ± 0,4 балла, частоту от 3–4 до 6–7 раз в неделю, длительность более 3 часов в сутки, сопровождалась тошнотой, фото- и фонофобией при интенсивных приступах. Основными факторами, провоцирующими начало пароксизма, являлись психогенные (стрессовые ситуации и конфликты в семье и школе).

Из сопутствующей неврологической симптоматики при ХГБН достоверно часто наблюдались астенический синдром (82,6%), диссомнические расстройства (56,5%), неврозоподобные нарушения (39,1%) и синдром гиперактивности и дефицита внимания (34,8%), что свидетельствует об их влиянии на процессы трансформации ЭГБН в ХГБН.

В то же время выявлен высокий уровень хронизации сопутствующей соматической патологии у детей с ГБН, особенно с ХГБН. Из сопутствующей соматической патологии у детей с ГБН достоверно чаще, чем в группе контроля, отмечалась патология опорно-двигательного аппарата (нарушение осанки), функциональные кардиопатии, заболевания ЛОР-органов, органов пищеварения (дисфункция билиарного тракта по гипертоническому типу, хронический гастродуоденит в стадии ремиссии) и почек (дисметаболическая нефропатия). При ХГБН достоверно чаще, чем при ЭГБН, выявлялась патология ЛОР-органов и глаз (спазм аккомодации).

Таким образом, высокая степень хронизации сопутствующей соматической патологии у детей с ГБН, сопровождающейся периодическим болевым синдромом различной локализации, являлась дополнительным фактором, способствующим трансформации ЭГБН в ХГБН.

При изучении неврологического статуса у детей с ГБН выявлялась рассеянная микросимптоматика в виде недостаточности функций III, VI, VII и XII пар черепных нервов, сухожильной анизорефлексии по вертикальному типу, недостаточности общей и мелкой моторики.

Признаки компенсированного гипертензивно-гидроцефального синдрома (увеличение размеров головы, изменение формы черепа и усиление подкожного венозного рисунка в области висков) регистрировались у 34,8% детей с ХГБН, что в 2,6 раза чаще по сравнению с детьми с ЭГБН (р<0,05).

У здоровых сверстников данный синдром не выявлялся.

Синдром периферической цервикальной недостаточности, клинически проявляющийся гипотрофией мышц верхнего плечевого пояса, асимметрией плечевого пояса, «крыловидным» стоянием лопаток выявлен у 39,1% детей с ХГБН и у 34,1% детей с ЭГБН, что в 3 раза чаще, чем в группе контроля (р<0,05).

Миофасциальный синдром в виде напряжения, уплотнения перикраниальных (особенно височных), заднешейных и трапециевидных мышц, их болезненности (в т. ч. при пальпации) отмечался у 78,3% детей с ХГБН, что в 1,5 раза чаще, чем у детей с ЭГБН (р < 0,05).У здоровых сверстников данный синдром не выявлялся.

Синдром вегетативной дисфункции (перманентное течение) наблюдался у более 2/3 детей с ГБН. Наиболее часто присутствовали симптомы эмоциональной лабильности, быстрой утомляемости, сонливости, дыхательной аритмии, ощущения нехватки воздуха, лабильности пульса, повышенной влажности или сухости кожных покровов, «мраморности» кожи и цианоза конечностей, дистального гипергидроза стоп и кистей, понижения температуры кожи в дистальных участках тела, а также периодических кардиалгий и болей в животе, склонности к запорам. Реже отмечались диффузный гипергидроз, стойкий белый либо красный дермографизм, нарушения сердечного ритма в виде единичных экстрасистол.

По степени выраженности вегетативной дисфункции дети с ГБН распределялись следующим образом: слабовыраженная вегетативная дисфункция регистрировалась у 46,3% детей с ЭГБН, что в 5,3 раза чаще, чем при ХГБН (р<0,01), и в 7 раз чаще, чем у здоровых сверстников (р<0,001); умеренно выраженная вегетативная дисфункция выявлена у 56,5% детей с хроническими цефалгиями, что в 3,3 раза чаще, чем в группе с ЭГБН (р<0,001); выраженная вегетативная дисфункция встречалась редко: при ЭГБН – в 4,9% случаев и при ХГБН – в 8,7%, без достоверных межгрупповых различий.

Для детей с ХГБН наиболее характерным (в отличие от детей с ЭГБН) оказалось наличие признаков компенсированного гипертензивно-гидроцефального, миофасциального синдромов, а также синдрома вегетативной дисфункции с перманентным течением.

Таким образом, у детей 7–10 лет цефалгия напряжения носит преимущественно эпизодический характер с относительно небольшой частотой (8,8 эпизодов в месяц) и длительностью (1,64 часа в сутки), средней интенсивностью (5,3 балла) болевых эпизодов с доминированием локализации в лобной и теменной областях, давящего или сжимающего характера, однако при её раннем дебюте (до 7-летнего возраста) у каждого пятого ребенка она приобретает хронический характер с преобладанием диффузной локализации и большей продолжительностью. У всех детей с головными болями напряжения выявляется рассеянная микросимптоматика, проявляющаяся недостаточностью функций III, VI, VII и XII пар черепных нервов, сухожильной анизорефлексией по вертикальному типу, снижением общей и мелкой моторики, сформированная на резидуальном фоне перинатального генеза. У детей с хроническими цефалгиями напряжения чаще, чем при эпизодических, диагностируются гипертензивно-гидроцефальный и миофасциальный синдромы на фоне выраженной вегетативной дисфункции.

Список литературы

1. Филипович Е.К. Характер и частота коморбидных состояний при головных болях напряжения у детей // Неврология и нейрохирургия Восточная Европа. - 2012. - № 4. - С . 117-118.
2. Щербакова Н.Е., Медведева Л.А., Загорулько О.И., Гнездилов А.В. Эффективность комплексного подхода к лечению эпизодической головной боли напряжения у детей // Российский журнал боли. - 2012. - №1. - С. 45-46.
3. Митиш М.Д., Турти Т.В., Мигали А.В. Головные боли напряжения у детей // Вопросы современной педиатрии. - 2006. - № 5. - С. 385.
4. Сергеев А.В. Мигрень и головная боль напряжения у детей: основные подходы к эффективной терапии // Вопросы современной педиатрии. - 2012. - Т. 11. № 5. - С.64-69.
5. Горюнова А.В. Патогенетические механизмы головной боли напряжения у детей. терапевтическая стратегия и принципы профилактики // Лечащий врач. – 2012. - № 01. – C.6.
6. Васильева Л.В., Эверт Л.С., Макарова М.В., Катушенко О.Г. Факторы, провоцирующие развитие первичной головной боли у детей // Сибирский медицинский журнал (г. Иркутск). - 2011. – Т. 107. № 8. – С. 19-20.
7. Fallahzadeh H, Alihaydari M. Prevalence of migraine and tension-type headache among school children in Yazd, Iran // J.Pediatr Neurosci. - 2011 Jul. - 6(2). – C. 106-9.
8. Fabbri CE, Barbieri MA, Silva AM, Gutierrez MR, Bettiol H, Speciali JG, Rona RJ. Maternal smoking during pregnancy and primary headache in school-aged children: a cohort study // Cephalalgia. - 2012 Mar. - 32(4). – P.317-27.

**Н.Б. Исмаилова, А.Н. Жумабаева**

КЕРНЕУДI БАС АУЫРУЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ МIНЕЗДЕМЕСI 7-10 ЖЫЛДАРДЫҢ БАЛАЛАРЫНДА

**Түйін:**Бапта кернеудi бас ауыруының клиникалық мiнездемесiнiң зерттеуiнiң нәтижелерi 7-10 жылдардың балаларында сипатталған. Кернеудi цефалгия маңдай және желкелiк облыстарына оқшау бөлiгiнiң үстемдiк етуiмен қатерлi оқиғаларын (айға 8,8 оқиғалары) ептеген жиiлiкпен және (суткиге 1,64 сағаты) ұзақтықпен, (5,3 балл) орташа қарқын туралы көбiнесе эпизодтық сипатты тасысады, түйнеушi немесе сығушы сипат, дегенмен оның (7-жазғы жас шамасына дейiн) ерте дебютiнде оны әрбiр бесiншi бөпеде диффузиялық оқшау бөлiгiнiң басымдылығы бар созылмалы сипаты және үлкенiрек ұзақтық алады. Сонымен бiрге тiк түр бойынша бас сүйектiң жүйкелерiнiң функциялардың жеткiлiксiздiк көрсетiлетiн III, VI, VII және XII буы, сiңiр анизорефлексиямен алаңғасар микросимптоматиктi бiлiнедi, перинаталь генезiнiң фонының резидуальном құрастырылған ортақ және майда кiшкене моторының төмендетуiмен.

**Түйінді сөздер:** кернеудi бас ауыруы, кiшi мектеп жас шамасының балалары, эпизодтық, созылмалы.

**N.B. Ismailova, A.M. Zhumabaeva**

THE CLINICAL CHARACTERISTIC OF THE HEADACHE OF THE STRAIN AT CHILDREN OF 7-10 YEARS

**Resume:** In article results of studying of the clinical characteristic of a headache of a strain at children of 7-10 years are described. The cephalalgia of a strain has mainly incidental character with rather small frequency (8,8 episodes a month) and duration (1,64 hours per day), average intensity (5,3 points) painful episodes with localization dominance in the frontal and parietal areas, pressing or squeezing character, however at her early debut (to 7-year age) at every fifth child it gains chronic character with prevalence of diffuse localization and larger duration. Also the scattered micro symptom, being shown by a failure of functions III, VI, VII and XII of couples’s cranial nerves, a tendinous anizoreflection on vertical type, and depression of the general and fine motility, created on a residual background of a perinatal genesis is taped.

**Keywords:** strain headache, children of younger school age, incidental, chronic.