

СИМПОЗИУМ «ПЕРВИЧНАЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ»

Проводит: кафедра детской и общей неврологии ФИПО Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького.

Рекомендован: неврологам (детским и взрослым), врачам общей практики и семейной медицины, педиатрам.

*ШЕСТОВА Е.П., ЕВТУШЕНКО С.К., МОРОЗОВА Т.М., ЕВТУШЕНКО И.С., ОМЕЛЬЯНЕНКО А.А.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

ПЕРВИЧНАЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Головная боль (ГБ) в практике педиатра, врача общей практики и невролога встречается часто. Анализируя ее происхождение, доктор традиционно разделяет ГБ по течению на острую и хроническую (рецидивирующую).

Острая нарастающая ГБ может указывать на возможность опасного для жизни заболевания и требовать экстренного обследования и лечения. Например, ГБ при заболевании глаз, ушей, субарахноидальном кровоизлиянии, общеинфекционных процессах (самой частой причиной острой ГБ у детей являются острые респираторные вирусные инфекции). Поэтому при первичном обращении к врачу с жалобами на головную боль необходимо, по крайней мере, измерить ребенку температуру. Следует помнить, что остро возникшая или нарастающая по интенсивности ГБ значительно чаще указывает на серьезное и даже опасное для жизни заболевание (менингит, субарахноидальное кровоизлияние, опухоль мозга и др.), чем постоянная или периодически повторяющаяся хроническая ГБ.

Наибольшие трудности при дифференциальной диагностике вызывают повторяющиеся головные боли у детей, при которых в отличие от острых ГБ не сразу можно поставить диагноз и определить тактику лечения ребенка даже при повторных обращениях к врачу. Во взрослой практике невролога такие хронические головные боли относят к первичным головным болям.

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

первичных головных болях. Более того, назначение так называемых сосудистых, ноотропных и дегидратирующих медикаментозных средств порой ухудшало состояние ребенка, т.к. не являлось полностью патогенетически оправданным при данных ГБ.

Многочисленные эпидемиологические исследования при изучении головных болей у детей показали, что рецидивирующие ГБ являются одной из наиболее частых жалоб среди школьников и подростков. Более того, первичными головными болями не так уж и редко страдают дети дошкольного возраста. 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 истинные страдания ребенку, существенно ухудшая качество жизни.

Целесообразно повторяющуюся головную боль при дифференциальной диагностике разделить на первичную, при которой она является ядром клинической картины, и вторичную, где она является симптомом другого заболевания.

Такое деление четко указано во II Международной классификации головных болей (МКГБ II) 2003 года. Она разработана классификационным комитетом Международного общества головной боли, в состав которого вошли ведущие неврологи из стран Европы, США и Австралии, занимающиеся проблемами головной боли. В основу второго издания МКГБ были положены результаты клинических наблюдений, лонгитудинальных когортных, генетических, эпидемиологических и патофизиологических исследований, клинических исследований лекарственных препаратов, а также результаты исследований, полученные с помощью нейровизуализационных методов.

Во втором издании МКГБ для классификации вторичных головных болей применен этиологиче-

ский принцип, для первичных — симптоматический. Классификация состоит из трех частей, включающих первичные, вторичные головные боли, а также в отдельную часть вошли краниальные невралгии, центральные и первичные лицевые боли и другие головные боли. **В данной статье излагаются именно основные положения первичной головной боли.**

К первичным головным болям относятся:

1. Мигрень.
2. Головная боль напряжения.
3. Пучковая (кластерная) головная боль и другие тригеминальные вегетативные (автономные) цефалгии.

Рассмотрим более подробно первичные головные боли у детей. Пучковая (кластерная) головная боль — относительно редкая форма головной боли, наблюдается преимущественно у мужчин в возрасте 20–40 лет. У детей практически не встречается.

Головная боль напряжения

Головные боли напряжения (ГБН) — наиболее часто встречающийся вид головной боли среди населения. Некоторые авторы считают ее самой частой среди первичных головных болей и у детей. По разным данным исследователей, распространенность ГБН у детей школьного возраста составляет от 50 до 70 %.

Ранее ГБН называли стрессорными головными болями, идиопатическими, эссенциальными, простыми, головными болями напряжения мышц, «невротической каской». В настоящее время согласно МКБ-10 шифр G44.2 используется терминология «головная боль напряжения».

Среди причин ГБН у детского населения, как и у взрослого, доминируют реакция на психосоциальный стресс и аффективные состояния (тревога и депрессия). При этом депрессия может быть клинически не выражена, а представлена в атипичной форме. Социальные факторы (неурядицы и конфликты в школе, семье) играют драматическую роль в возникновении и поддержании ГБН. Психическое напряжение сопровождается повышением тонуса лобных, височных, затылочных, трапециевидных мышц. Напряженные мышцы спазмируют расположенные в них сосуды, что приводит к ишемии и отеку и усиливает болевые ощущения.

Другой механизм возникновения ГБН можно определить как сегментарно-рефлекторный. В этом случае напряжение мышц мягких покровов головы возникает при антифизиологических позах: длительная работа с компьютером, неудобный рабочий стол, парта, не соответствующая росту, неправильно подобранные очки или контактные линзы при астигматизме, неоткорректированное зрение и др. При этом в напряжении находятся глазные мышцы, мышцы шеи, скальпового апоневроза. Некоторым исследователям это дало основание называть такие головные боли школьными или «отраженными». Подобного вида ГБН могут вызвать длительно сохраняющиеся неудобные позы во время сна. Как правило, причин головной боли у каждого

больного бывает несколько, причем возможны любые их сочетания.

Международная ассоциация по изучению головной боли предлагает следующие диагностические критерии ГБН:

- длительность эпизода ГБ не менее 30 мин;
- ГБ сжимающего, стягивающего, сдавливающего, монотонного характера;
- по локализации ГБ диффузная и обязательно двусторонняя (больные достаточно образно описывают локализацию своих болей — «голову стянуло шлемом, обручем, каской, тисками»);
- существенно, что ГБ не усиливается от привычной повседневной физической деятельности.

К сожалению, диагностические критерии головной боли напряжения у детей не разработаны, поэтому предложенными критериями ГБН у взрослых можно руководствоваться и у детей.

Клиническая картина ГБН практически всегда полиморфна и редко проявляется исключительно головными болями. У больных 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. К факторам, провоцирующим очередное усиление ГБН, относятся смена погоды, сильный ветер, вынужденное голодание, работа в душном помещении, бессонные ночи, прием алкоголя и токсических напитков, длительное физическое и умственное перенапряжение.

Среди психопатологических проявлений ГБН лидируют тревожно-депрессивные расстройства, могут наблюдаться ипохондрические черты личности. Очень часто эти расстройства передаются ребенку от окружающих его родственников. Важную роль в постановке диагноза играют жалобы и целенаправленный сбор анамнеза, что позволяет выявить источник возникновения и поддержания стрессовой ситуации. Существует так называемое «болевое» воспитание в семье. При повышенном внимании к боли и болезни в семье вообще (часто это бывает при наличии больных родственников), при частом обсуждении этой проблемы, при переживании ребенком каких-либо эпизодов сильной боли в сочетании с эмоциональным стрессом может сформироваться так называемая «болевая личность», которая боится и не терпит любой, даже самой умеренной боли. Другая сторона этой проблемы — использование боли, а затем и болезни в целом для привлечения к себе внимания окружающих. В такой ситуации при работе с родителями врач должен проявить особое терпение и настойчивость.

К сожалению, в большинстве случаев дети, как и взрослое население, страдают головной болью напряжения. И чаще всего виновники этого — именно те, кто должны стоять на страже здоровья детей: семья и школа. Ссоры родителей, неумение понять ребенка и

предотвратить неприятности, возникающие в школе и при общении со сверстниками, очень часто провоцируют стрессовое состояние ребенка с последующим возникновением головной боли напряжения. Поэтому во многих странах с такими пациентами работают психологи. В нашей стране это не так широко распространено и популярно. И родители все силы отдают поиску «волшебного» лекарства, которое бы могло вылечить ребенка, а заодно снять все проблемы, накопившиеся в семье.

Интересно отметить, что медики, занимающиеся проблемой головной боли у детей, давно отметили существование так называемой «боли 8 сентября». Обычно она напоминает головную боль напряжения: стягивающая, сжимающая голову, как тиски, без четкой локализации или проявляющаяся тяжестью в голове. В данном случае эффективными терапевтическими мероприятиями являются правильный режим дня, полноценный сон, игры на воздухе. Необходимо также, чтобы ребенок доверял вам, и вы вовремя могли бы выяснить, нет ли в школе эмоциональных проблем, конфликтных ситуаций, которые ребенок не может разрешить самостоятельно и которые могут спровоцировать приступы.

Подход к лечению эпизодических и хронических ГБН различен. При редких эпизодических ГБН наиболее привлекательными являются курсы расслабляющего массажа, лечебной гимнастики, методики релаксации и обратной биологической связи (biofeedback). Для профилактики редких ГБН назначение курсов фармакотерапии нецелесообразно. И только в тех случаях, когда эпизодические ГБН могут нарушать социальную адаптацию ребенка, можно прибегнуть к целенаправленному фармакологическому лечению, которое в каждом конкретном случае определяет врач. Эпизодические ГБН хорошо снимаются приемом НПВС или комбинированными анальгетиками. При частых эпизодах ГБН целесообразно проводить периодические курсы расслабляющего массажа головы и воротниковой зоны, аутогенной тренировки, лечебной физкультуры, физио- и рефлексотерапии. Весьма эффективны курсы психотерапии.

Лечение хронических ГБН — задача более сложная. Современный подход к их лечению у взрослых предполагает назначение антидепрессантов. В детской практике применение антидепрессантов не столь популярно, и этот вопрос остается открытым до того момента, пока ребенок не достигнет возраста, с которого разрешено принимать препарат. При лечении хронических ГБН возможно применение курсов мышечных релаксантов. Однако доминирование причины ГБН в виде стрессорного фактора над тоническим напряжением мышц скальпа настолько велико, что применение миорелаксантов в больших дозах сводит на нет целесообразность их применения при ГБН у ребенка. Лечение больных с хроническими ГБН требует от врача не только знаний, но и терпения. Не всегда первая предложенная больному терапия дает оптимальные результаты, нередко приходится менять

тактику лечения и назначать повторные курсы, сочетать фармакологический и нефармакологический подходы. Особое усилие врач должен приложить при разъяснительной работе с родителями.

Мигрень

Согласно эпидемиологическим исследованиям, в настоящее время мигренью страдает от 5 до 16 % населения развитых стран. Мигрень чаще встречается у женщин, в юношеском и молодом возрасте, а у 45 % начинается в детском возрасте. Несмотря на очевидную симптоматику, только 10 % детей ставится диагноз мигрени.

Мигрень чаще наследуется по женской линии, и наличие семейного анамнеза является важным диагностическим критерием заболевания. Если приступы мигрени были у обоих родителей, то заболевание встречается в 60–90 % случаев, только у матери — в 72 %, только у отца — в 20 %.

Человечеству уже давно известно, что приступ мигрени провоцируют определенные факторы: стресс, стадия разрядки после эмоциональных переживаний, изменение погоды, период менструации и овуляции, недосыпание или избыточный сон, физические нагрузки, запоры, употребление продуктов, содержащих какао, шоколад, сыр, орехи, яйца, копчености, помидоры, сельдерей, цитрусовые, консервы, жирная пища, острые блюда, алкоголь, некоторые лекарственные препараты, сильный свет, телевизионное изображение, шум, неприятные запахи, сильные вестибулярные раздражители (езда в поезде, автомобиле, полет в самолете, морские путешествия, качели). Мигренью страдают люди с определенными психологическими характеристиками:

- высокий уровень притязаний (при отсутствии личностных качеств характера);
- тревожность;
- высокая социальная активность;
- стремление к лидерству;
- хорошая социальная адаптация.

Патогенез мигрени чрезвычайно сложен, многие его механизмы до конца не изучены. В настоящее время известно, что мигрень — это наследственно детерминированная дисфункция вазомоторной регуляции. Считается, что важную роль играют такие компоненты, как дилатация артериальных кровеносных сосудов, нейрогенное воспаление, центральная трансмиссия болевых импульсов. У людей с мигренью предполагается наличие генетически детерминированной лимбико-стволовой дисфункции, приводящей к изменению взаимоотношения анти- и ноцицептивной систем со снижением влияния последней. Перед приступом нарастает уровень мозговой активности, с последующим снижением ее во время болевой атаки. Одновременно происходит активация тройничного нерва. Его аксоны заканчиваются в стенках артерий и выделяют вазоактивные нейропептиды. В периваскулярных окончаниях выделяются субстанция P, зависящий от гена кальцитонина пептид, нейрокинин A.

Вазоактивные вещества вызывают резкое расширение сосудов, нарушение проницаемости сосудистой стенки, инициирующее процесс нейрогенного воспаления (выделение в периваскулярное пространство из сосудистого русла ноцицептивных веществ: простагландинов, брадикининов, гистамина, серотонина и др.). Известна особая роль серотонина при мигрени. Перед приступом усиливается агрегация тромбоцитов, из них высвобождается серотонин, что приводит к сужению крупных артерий и вен и расширению капилляров (важнейший фактор развития 1-й фазы приступа). В дальнейшем вследствие интенсивного выделения серотонина почками содержание его в крови снижается, что обуславливает вместе с другими факторами дилатацию и атонию сосудов. Таким образом, боль при мигрени является следствием возбуждения афферентных волокон тройничного нерва в результате выделения ряда биологически активных ноцицептивных веществ, участвующих в формировании нейрогенного воспаления.

К диагностическим критериям мигрени у взрослого населения относятся:

- односторонняя локализация головной боли;
- пульсирующий характер;
- умеренная или выраженная интенсивность ГБ;
- ухудшение состояния при физической активности;
- тошнота и рвота;
- фото- и фонофобия;
- наличие хотя бы пяти приступов головной боли продолжительностью от 4 до 72 часов;
- отсутствие органического заболевания, которое может вызвать головную боль.

Однако такие критерии мигрени совершенно не подходят для детского возраста, по крайней мере для детей первого десятилетия жизни. Прежде всего, гемикрания редко встречается в этом возрасте. Должно пройти немало времени, чтобы мигрень у ребенка обрела типичные клинические симптомы взрослого. Поэтому критерии диагностики мигрени у взрослых не всегда можно использовать для постановки диагноза у ребенка.

Существуют критерии диагностики мигрени, разработанные для детей Prensky (1976). Согласно им, 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.

Каковы основные отличия мигрени у детей (согласно многочисленным эпидемиологическим исследованиям головной боли у детей)? До 6 лет головные

боли, как правило, не классифицируются и критерии классификации для них неприемлемы. У детей может быть двусторонняя локализация боли при мигрени. В отличие от взрослых мигрень у детей еще не оформлена, она не имеет определенной клинической картины гемикрании — продолжительного приступа пульсирующей боли половины головы. Для врачей детская мигрень трудна для диагностики не только в силу ощущения детьми боли и отношения детей к боли вообще. Затрудняет диагностику тот факт, что мигрень у детей часто сопровождается висцеральными (внутричерепными) проявлениями: сердцебиением, болями в животе, вздутием живота, поносом, рвотой, головокружением, икотой, покраснением или побледнением кожных покровов. Приступ короче: он длится от получаса до 5 часов. Существует особая связь детской мигрени с психической сферой, что провоцирует развитие различных эмоциональных и мотивационных расстройств. Кстати, если ребенок страдает мигренью, скорее всего, его мама и/или папа также болеют ею. Не исключена ситуация, когда приступ мигрени у ребенка протекает абсолютно нетипично, без головной боли, и проявляется лишь болями в животе. У детей намного чаще наблюдают ауру приступа мигрени. Особым провоцирующим фактором для развития мигрени является пубертатный период, когда организм бурно перестраивается в связи с наступлением полового созревания.

Прогноз при детской мигрени в целом хороший. Установлено, что у 41 % детей, страдавших тяжелой формой этой болезни, в последующие 16 лет приступы мигрени не наблюдались, а у 35 % — в последующие 6 лет. Хотя к 30 годам у 60 % из них мигренозные атаки все же были.

Характеристика отдельных форм мигрени у детей

Семейная гемиплегическая мигрень. В настоящее время семейную форму этой мигрени относят к каналопатиям — это группа врожденных заболеваний, вызванных нарушениями в работе ионных каналов. Каждая каналопатия обусловлена патологией соответствующих ионных каналов. В основе патологии лежит либо мутация генов, кодирующих строение белков-каналоформеров, либо производство аутоантител, агрессивных по отношению к собственным ионным каналам.

Семейная гемиплегическая мигрень обусловлена мутацией в гене, кодирующем альфа-1А-субъединицу кальциевого канала P/Q-типа в головном мозге. Начинается заболевание в раннем возрасте. В 50 % случаев у больных развиваются атрофия коры мозжечка и легкая атаксия.

Заболевание проявляется аурой в виде парестезий, онемением в руке с распространением на язык, лицо, ногу с той же стороны. Эти симптомы у детей кратковременны, сохраняются от 2 до 15–20 минут. Затем возникает ГБ.

Дифференциальную диагностику гемиплегической мигрени проводят с эпилепсией, ишемическим

инсультом, транзиторными ишемическими атаками, антифосфолипидным синдромом, субарахноидальным кровоизлиянием, а также с такими заболеваниями, как MELAS и CADASIL. Гемиплегическая мигрень описана при системной красной волчанке и представляет в этом случае вторичную симптоматическую головную боль.

Базиллярная мигрень — наиболее тяжелая форма у девочек старшего школьного возраста в период полового созревания. Остро возникают нарушение зрения, шум в ушах, головокружение, атаксия, речевые расстройства, парестезии в руках и ногах. ГБ пульсирующего характера отличается выраженной интенсивностью, повторной многократной рвотой.

Дисфреническая мигрень — пароксизмально возникающие нарушения поведения: агрессивность, дезориентация, иррациональное поведение длительностью от нескольких часов до 1–3 суток.

Синдром Алисы в стране чудес характеризуется явлениями деперсонализации, дереализации (с искажением представлений о пространстве и времени), зрительными иллюзиями, псевдогаллюцинациями, метаморфопсиями. Предположительно, этот синдром может быть аурой мигрени в редких случаях и появляется до, во время, после приступа цефалгии или без нее.

Описаны особые варианты мигрени или предвестники мигрени у детей раннего возраста, проявляющиеся доброкачественным пароксизмальным головокружением и циклической рвотой младенцев. Синдром циклической рвоты (Cyclic Vomiting Syndrome) — стереотипные повторные эпизоды рвоты, сменяющиеся периодами полного благополучия. Приступы, как правило, сочетаются с бледностью кожных покровов и сонливостью.

Абдоминальная (брюшная) мигрень — пароксизмальные пульсирующие боли в области живота, сопровождающиеся иногда диспептическими расстройствами и чередующиеся с типичными цефалгиями. Наблюдается в возрасте 5–10 лет. Приступы боли по средней линии живота длительностью от 1 часа до 3 дней, средней интенсивности или очень интенсивные, сопровождаются вазомоторными проявлениями, тошнотой и рвотой. Между приступами у ребенка не отмечается каких-либо симптомов. При диагностике абдоминальной мигрени необходимо исключить первичную патологию желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Диагностика мигрени в основном клиническая, т.к. на сегодняшний день не существует ни одного метода обследования, достоверно указывающего на наличие мигрени у человека. Для мигрени в межприступный период инструментальные и радиологические исследования малоинформативны. Они необходимы для проведения дифференциальной диагностики головной боли. Как уже указывалось ранее, поставить диагноз мигрени ребенку при первом обращении с жалобой очень трудно. Доктору нужно дождаться не только пяти пароксизмов ГБ (как этого требуют критерии постановки диагноза мигрени у взрослых), но и провести дифференциальную диагностику со многими заболе-

ваниями. Все «симптомы опасности», установленные врачом при дифференциальной диагностике, требуют многочисленных дополнительных исследований для исключения текущего органического процесса.

Лечение мигрени у детей — сложная задача для врача. Кроме того, что доктор должен провести трудоемкую дифференциальную диагностику, ему необходимо разъяснить родителям, какое это заболевание, как долго оно длится, что не существует медикаментов, которые смогли бы полностью прекратить данное заболевание. Мало того, необходимо объяснить, что последующие приступы у ребенка могут трансформироваться и быть непохожими на предыдущие. Как правило, когда диагноз мигрени для врача становится очевидным, ребенку уже было выставлено много диагнозов и еще больше проведено курсов терапии.

Одним из важных подходов к лечению мигрени у детей является купирование приступа. По сей день для этой цели используют различные лекарственные средства. Значительные успехи, достигнутые в изучении патофизиологии мигрени, служат базой современной фармакотерапии этих цефалгий.

На сегодняшний день во многих странах в качестве препарата выбора при первичных головных болях у детей (особенно в тех случаях, когда не сформировались типичные приступы) являются парацетамол и многочисленные нестероидные противовоспалительные средства (НПВС). Парацетамол (международное название — ацетаминофен) — лекарственное средство, оказывающее жаропонижающее и обезболивающее действие, широко распространенный ненаркотический анальгетик. Средство относится к нестероидным (негормональным) противовоспалительным препаратам. Уже не одно десятилетие широко используется во всех странах. Хорошо разрекламированные эффералган, панadol — это тот же хорошо знакомый парацетамол. Очень важно, что парацетамол хорошо усваивается: попадание его в кровь через ЖКТ происходит за относительно короткое время, около получаса. Парацетамол при приступе мигрени принимается внутрь. Взрослым и подросткам старше 12 лет — по 200 мг (1 табл.). При отсутствии эффекта можно повторить ту же дозу через 2 часа (не более 4 г в сутки). Детям в возрасте 6–12 лет — по 100–200 мг (0,5–1 табл.) внутрь однократно. Через 2 часа при отсутствии эффекта можно повторить 200 мг.

Среди НПВС наибольшую популярность в мире приобрели производные уксусной кислоты и родственные соединения, производные пропионовой кислоты, коксибы. Эти препараты также широко применяются для купирования приступов головной боли у детей. При назначении НПВС врачу необходимо обращать внимание на возраст, при котором можно применять тот или иной препарат. Очень часто родители рассказывают врачу о применении того или иного анальгетика, который принес облегчение ребенку при приступе мигрени. Это необходимо учитывать и рекомендовать использовать данный препарат в дальнейшем для купирования пароксизма ГБ. Важно,

чтобы при приступе использовалась полная возрастная дозировка препарата, т.к. боязнь родителей передозировать таблетку и всевозможные отщипывания от нее кусочков не смогут дать положительный эффект. Можно рекомендовать комбинированные анальгетики, содержащие «усилители» обезболивающего действия основного анальгетика.

В случае неэффективности НПВС, а также только при достижении ребенком определенного возраста (14–16 лет согласно инструкции каждого препарата) при приступе мигрени можно использовать специфические антимигренозные средства. К ним относятся препараты группы триптанов. Первым из таких препаратов стал суматриптан — синтетическое производное триптамина. Был разработан GlaxoSmithKline в 1989 г. для лечения мигрени. Специфический селективный агонист (5-гидрокситриптами-1 серотониновых рецепторов — 5HT_{1D}), локализованный преимущественно в кровеносных сосудах головного мозга. Вызывает сужение сосудов каротидного артериального ложа, которые снабжают кровью экстра- и интракраниальные ткани, не оказывая при этом существенного влияния на мозговой кровоток. Подавляет активность рецепторов окончаний афферентных волокон тройничного нерва в твердой мозговой оболочке (в результате уменьшается выделение сенсорных нейропептидов). Оба этих эффекта могут лежать в основе противомигренозного действия суматриптана. Устраняет ассоциированные с мигренозным приступом тошноту и светобоязнь. В 50–70 % случаев быстро устраняет приступ при приеме внутрь в дозе 25–100 мг. В течение 24 ч в 1/3 случаев может развиваться рецидив, требующий повторного применения. Клинический эффект отмечается обычно через 30 мин после приема внутрь. В настоящее время доказана высокая эффективность при приступах мигрени суматриптана. Существенным для проведения эффективной терапии селективными агонистами серотонина является соблюдение следующих правил:

- эти препараты применяются только для купирования приступов, но не могут быть использованы для превентивной терапии мигрени;

- желательно их применять в начале болевого приступа, при этом чем быстрее, тем больше эффективность воздействия (лучше не позднее 1 ч от момента начала приступа);

- в случае недостаточного уменьшения боли и сопутствующих симптомов можно в течение суток принять еще 2 табл. с интервалом в 3 ч, но не более 3 табл. в течение 24 ч.

Другая группа медикаментозных средств, которые можно использовать для купирования приступов мигрени у детей, достигших 12-летнего возраста, — эрготаминовые препараты. Они обладают сосудосуживающим действием благодаря влиянию на серотониновые рецепторы, локализованные в сосудистой стенке, предотвращают нейрогенное воспаление и тем самым купируют мигренозную атаку. Эрготамины являются неселективными агонистами серотонина и обладают также допаминергическим и адренергическим действием. При передозировке или повышенной чувстви-

тельности к эрготаминовым препаратам возможны загрудинная боль, боли и парестезии в конечностях, рвота, понос (явления эрготизма). Эффективными препаратами, которые используются для купирования приступа мигрени, являются эрготаминовые назальные спреи. Достоинства данных форм — удобство применения, быстрота действия (75 % приступов купируются в течение 20–45 мин). Но эти назальные спреи периодически появляются и исчезают на нашем фармацевтическом рынке.

Основной целью профилактического, т.е. межприступного, лечения является снижение частоты и тяжести приступов. В настоящее время медикаментозное профилактическое лечение мигрени подвергается большому сомнению. Необходимо помнить, что на течение мигрени (частоту и интенсивность приступов) оказывает влияние целый ряд различных внешних и внутренних факторов. Очень важно определить для каждого больного провоцирующие факторы и решить, как их лучше устранить или ослабить.

Провоцирующие факторы мигрени у детей:

- стресс, стадия разрядки после эмоциональных переживаний;

- изменение погоды;

- период менструации и овуляции;

- недосыпание или избыточный сон;

- физические нагрузки;

- употребление некоторых продуктов (какао, шоколад, сыр, орехи, яйца, копчености, помидоры, сельдерей, цитрусовые, консервы, жирная пища, острые блюда), алкоголя, большие перерывы между приемами пищи;

- холодная вода;

- запоры;

- некоторые лекарственные препараты (пероральные противозачаточные средства);

- сильный свет, телевизионное изображение;

- шум;

- неприятные запахи;

- сильные вестибулярные раздражители (езда в поезде, автомобиле, полет в самолете, морские путешествия, качели);

- соматические заболевания (болезни лор-органов, аллергические состояния).

Наиболее важные психогенные факторы: эмоциональный стресс, разрядка после положительных или отрицательных эмоций. Как уже замечено выше, мигренью страдают люди с определенными психологическими характеристиками. Именно эти личностные качества позволяют лицам, страдающим мигренью, добиться в жизни замечательных успехов. Известно, что мигренью страдали многие выдающиеся люди: А.П. Чехов, Исаак Ньютон, Карл Маркс, Зигмунд Фрейд и многие другие.

Одним из частых провокаторов мигрени у детей и подростков является голод. Нерегулярные приемы пищи (голодание) или употребление некоторых пищевых продуктов может инициировать болевой мигренозный приступ. Примерно 25 % больных связывают воз-

никновение приступа с употреблением пищи, богатой тирамином (какао, шоколад, орехи, цитрусовые, сыр, копчености и т.д.). Аминокислота тирамин связывает фермент моноаминоксидазу и вызывает ангиоспазм. Кроме того, тирамин конкурирует с предшественником серотонина — триптофаном, препятствуя его поступлению в нейроны и снижая, таким образом, синтез серотонина в ЦНС. Тирамин является неотъемлемой частью некоторых продуктов, например как результат распада протеина в процессе старения продуктов. Чем больше срок хранения высокопротеиновой пищи, тем больше тирамина в ней содержится. Количество тирамина в сырах существенно отличается и зависит от процесса приготовления, брожения, хранения, ухудшения качества или даже наличия бактерий. Его находят и в алкогольных напитках.

К другим продуктам, содержащим высокий уровень тирамина, относятся: просроченное, консервированное или подвергнутое технологической обработке мясо, определенные бобовые (некоторые виды фасоли), лук, оливки, маринованные огурцы, авокадо, изюм, суповые консервы и орехи.

Помимо продуктов, содержащих тирамин, приступ мигрени могут вызывать пищевые добавки, а также консерванты, увеличивающие сроки хранения продуктов. К ним относятся: бензойная кислота (E 210); бензоаты (E 211/219); аскорбиновая кислота (E 200–208); сульфиды; нитриты. Из группы пищевых азокрасителей: тетразин (E 102); желто-оранжевый цвет (E 110). Из группы вкусовых добавок: глутамат натрия (E 621); глутамат калия (E 622); глутамат кальция (E 623); глутамат аммония (E 624); глутамат магния (E 625). Из веществ, не содержащих азогруппу: эриозин (E 127); аннато (E 160). Дополнительно следует упомянуть о биогенных аминах. К ним относятся такие вещества, как бета-фенилэтиламин, допамин, метилтирамин, антибиотики. Биогенные амины накапливаются прежде всего в тех продуктах, которые подвергаются быстрому перезреванию, брожению, гниению, ферментированию. Известными провокаторами мигренозного приступа являются также алкоголь (особенно красное вино, пиво, шампанское), курение.

У детей в отличие от взрослых более выражена повышенная чувствительность к изменению погодных условий, провоцирующих мигренозную атаку.

Физические нагрузки, особенно сверхсильные и сочетающиеся с эмоциональным стрессом, также провоцируют возникновение мигрени у детей и подростков.

Одним из выраженных провоцирующих факторов может быть как недосыпание, так и избыточный сон. Дети с мигренозным приступом, которые во время приступа засыпают (а это случается очень часто), купировать таким образом головную боль.

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

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

Таким образом, первичные головные боли достаточно часто встречаются среди детского населения.

Список литературы

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., Härmäläinen 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., Cortinovi 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-Arafah 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. □

СИМПОЗИУМ «ПЕРВИЧНАЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ»

Проводит: кафедра детской и общей неврологии ФИПО Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького.

Рекомендован: неврологам (детским и взрослым), врачам общей практики и семейной медицины, педиатрам.

Анкета участника симпозиума «Первичная головная боль у детей и подростков»

1. Ф.И.О. _____
 2. Специальность _____
 3. Должность _____
 4. Аттестационная категория (на данный момент) _____
 5. Место работы _____
 Название учреждения _____
 Адрес учреждения _____
 6. Домашний адрес _____
 Индекс _____ Область _____
 Район _____ Город _____
 Улица _____ Дом _____ Квартира _____
 7. Контактные телефоны:
 Домашний _____ Рабочий _____ Мобильный _____
 8. E-mail _____
- Личная подпись _____

Внимание! Обязательно заполнение всех пунктов анкеты.

К рассмотрению принимаются только оригиналы тестов!

Проставьте галочку напротив правильного, по Вашему мнению, ответа. Вырежьте страницы с ответами и отправьте по адресу: 83030, г. Донецк, а/я 1347

Срок подачи тестов до 30.09.2012

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1. Наиболее часто головная боль напряжения встречается у детей:

- А. С ипохондрическими чертами личности.
- Б. С высоким уровнем притязаний и хорошей социальной адаптацией.
- В. С наследственной предрасположенностью.
- Г. Часто болеющих простудными заболеваниями.

2. Патогенез головной боли напряжения у детей обусловлен:

- А. Напряжением мышц скальпового апоневроза, которые спазмируют расположенные в них сосуды.
- Б. Наследственно детерминированной дисфункцией вазомоторной регуляции.
- В. Повышением ликворного давления.
- Г. Застойными явлениями в венозной системе головного мозга.

3. У 8-летнего ребенка длительно отмечались повторяющиеся головные боли. К ним присоединились парез отводящего нерва и шаткость при ходьбе, особенно при поворотах. Какое обследование необходимо провести ребенку в первую очередь?

- А. Общий анализ крови.
- Б. Осмотр глазного дна.
- В. МРТ головного мозга.
- Г. Ультразвуковое исследование сосудов шеи и головного мозга.

4. Выберите основное отличие головных болей напряжения от мигренозных.

- А. Головная боль не усиливается от привычной повседневной физической деятельности.
- Б. Головные боли появляются только после физической нагрузки.
- В. Головные боли сопровождаются тошнотой, иногда рвотой.
- Г. Головные боли возникают в утреннее время.

5. Какой препарат предпочтительнее использовать для купирования приступа мигрени у ребенка 10 лет?

- А. Ацетилсалициловую кислоту.
- Б. Парацетамол.
- В. Антимигрен.
- Г. Дигидроэрготамин.

6. Мальчик, 15 лет, жалуется на частые двусторонние головные боли в теменно-лобной области, сжимающего характера, длящиеся до двух дней, умеренной интенсивности, не зависящие от физической нагрузки. Боли возникают после конфликтов в школе с учителями, сопровождаются тревогой, апатией. Иногда головная боль сочетается с болями в области сердца. Объективно: болезненность перикраниальных мышц и мышц воротниковой зоны, шеи, надплечий. АД 115/80 мм рт.ст., пульс 70 уд/мин. С подобными жалобами обращается к врачу повторно. Выберите предварительный диагноз.

- А. Головная боль напряжения.
- Б. Мигрень.
- В. Невралгия большого затылочного нерва.
- Г. Повышение внутричерепного давления.

7. Какой препарат можно использовать для лечения эпизодической головной боли напряжения у ребенка 11 лет?

- А. Ноофен.
- Б. Парацетамол.
- В. Суматриптан.
- Г. Актовегин.

8. Боль при мигрени является следствием возбуждения афферентных волокон:

- А. Затылочного нерва.
- Б. Тройничного нерва.
- В. Лицевого нерва.
- Г. Корешков С1–С4.

9. Какой наиболее частый «пищевой» провокатор мигрени у детей?

- А. Тирамин.
- Б. Глюкоза.
- В. Молочный белок.
- Г. Растительное масло.