

УДК: 616.857-036.12
© Черепяхина Л.П., 2011

ДЕТИ, СТРАДАЮЩИЕ ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ НАПРЯЖЕНИЯ, В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА

Черепяхина Л.П.

ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

Под головной болью (ГБ) или цефалгией принято понимать любые неприятные ощущения, возникающие в области от бровей до затылка (термин является производным от греческих слов *serhal* — мозг и *algos* — боль) [2,5,12].

По данным статистики, эта жалоба является одной из наиболее часто предъявляемых жалоб на приеме врачу. ГБ страдает от 70% до 80% взрослого населения развитых стран Европы и Америки [1,3,7]. По данным ряда авторов, среди детей распространенность цефалгий примерно аналогична, причем, дебют цефалгий в детском возрасте приходится на период от 3 до 8 лет [5,6,8]. Интересно так же, что до 7-летнего возраста у 75% пациентов отмечается головная боль по типу мигрени; и, тем не менее, наиболее распространенный тип цефалгий — это головная боль напряжения (ГБН) [1, 2].

Рассматривая вопросы патогенеза цефалгий напряжения у детей, Брызгунов И.П. и соавт. (2004г) пишут, что одной из причин возникновения ГБН является перенесенная ребенком родовая травма. Причем, почти у 30% детей эта травма долгое время клинически себя ничем не проявляет, однако, способствует формированию хронической церебральной сосудистой недостаточности, при декомпенсации которой и развивается головная боль напряжения [2]. Кроме того, в патогенезе этого состояния, в последние годы, рассматривают также задействованность «триггерных» точек некоторых мышц (трапециевидной, грудинно-ключично-сосцевидной, подзатылочной, височной и др.); сдавление сосудов спазмированной мышцей с венозным застоем; распространение боли на височную, околоушную и затылочную области вследствие дисфункции височно-нижнечелюстного сустава; нарушение смыкания зубов верхней и нижней челюстей и т. д. [12]

Необходимо отметить, что любая головная боль существенно снижает качество жизни человека, поэтому раннее выявление этиологических причин ГБ и последующее рациональное лечение этого состояния является на сегодняшний день актуальной задачей в клинической практике педиатра.

По данным Кадыкова А.С. (2006г) диагноз головной боли напряжения правомочен [9], если:

1. Головная боль возникает с частотой не менее 180 дней в году;
2. В случае хронической головной боли напряжения она носит семейный характер;
3. Отсутствуют очаговые неврологические знаки;

4. Отсутствует положительная динамика на мигренозную терапию;

5. У больного отмечается депрессивное состояние.

Учитывая эти диагностические критерии, исследователи пришли к выводу, что при лечении ГБН необходимо сочетать фармакологические, психологические и физиотерапевтические методы [5,8,12].

При этом в фармакологической терапии ведущую роль отводят НПВС [5,7,12].

Некоторые авторы считают, что отдельные пароксизмы эпизодической ГБН достаточно эффективно купируются приемом обычных анальгетиков: аспирина (1-2табл), ацетоминофена (0,5-1г), ибупрофена (0,2-0,4г), напроксена (250-500мг) или комбинацией кофеина с анальгетиками (кофан, саридон, гевалол - 1-2 таб)[4,10,11]. Однако их рекомендуется использовать не более 5-10 раз в месяц, во избежание перехода ГБН в лекарственную форму ГБ [2,5,12].

Хороший клинический эффект описывается и после применения комбинации НПВС с диазепамом (седуксеном, реланиумом). Последний назначают (при приеме внутрь) в следующей разовой дозировке: 1-3 года — 0,001 г, 3-7 лет — 0,002 г, 7 лет и более — 0,003-0,005 г [10,11].

Опыт использования миорелаксанта центрального действия Тизанидина (сирдалуд), который достаточно широко используется во взрослой практике, в педиатрии весьма ограничен из-за возможного его токсического воздействия на функцию печени и почек [4,10,11].

Феничел Дж.М. (2004г), для лечения эпизодической головной боли напряжения у детей, рекомендует на первом месте сон, затем использование аспирина или ацетаминофена, а при хронической головной боли напряжения — амитриптилин перед сном по 10-25 мг [6].

Брызгунов И.П. и соавторы (2002г) для лечения головной боли напряжения предлагают комплексный подход, включающий в себя: препараты, нормализующие тонус сосудов, психотерапию, ЛФК, массаж спины и шеи, ИРТ [2].

Необходимо помнить, что при редких эпизодах ГБН назначать превентивное медикаментозное лечение не рекомендуется. В этом случае показаны курсы расслабляющего массажа, занятия аутогенной тренировкой, постизометрическая релаксация [8].

При наличии у пациента хронической формы заболевания, патогенетически оправданным является использование антидепрессивных средств. С этой целью можно использовать трициклические антидепрессанты (амитриптилин,

имипрамин). Независимо от возраста и пути введения (внутрь, внутримышечно, внутривенно) amitriptилин назначают с 0,05-0,075 г/сутки, постепенно увеличивая дозу на 0,025-0,05 г до достижения эффекта [9].

При отсутствии ожидаемого эффекта от приема антидепрессанта, по истечении 6 недель, целесообразно перейти на препарат из этой же группы (имипрамин, мелипрамин, имизин). Детям их назначают, начиная с 0,01 г 1 раз в день, постепенно (в течение 10 дней) дозу увеличивают до 0,02 г детям 1-7 лет, до 0,02-0,05 г — детям 8-14-летнего возраста (пациентам старше 14 лет — до 0,05 г и более в день). Альтернативой являются препараты из группы ингибиторов MAO (аурорикс). Общий курс лечения в таком случае может составить от 6 до 12 месяцев. Учитывая довольно частое появление побочных эффектов при приеме этих препаратов (сухость во рту, гипотония, кардиотоксичность и т.п.), а также длительность приема, имеет смысл использовать более мягкие антидепрессанты, которые назначаются короткими курсами и в меньших дозировках - сертралин, флуоксетин и др. Последние являются специфическими ингибиторами поглощения 5НТ1-серотонина на нейронном уровне. Кроме того, назначаются и нетипичные бензо-диазепиновые препараты

(альпразолам и др.), обладающие, помимо миорелаксирующего эффекта, антидепрессивным действием[9].

Дозы лекарственных средств и продолжительность курсов лечения должны быть индивидуальны, т.е. подбираться для каждого конкретного больного с учетом выраженности симптомов заболевания, особенностей личности и тяжести психотравмирующей ситуации[9].

В последнее время возрос интерес к нефармакологическим методам лечения головной боли напряжения. Их можно использовать изолированно или в комбинации с лекарственными средствами. К ним относятся методы психологической коррекции, аутотренинга, прогрессивной мышечной релаксации, дыхательно-релаксационного тренинга, медитации, методов биологической обратной связи, иглоарефлексотерапии, диетотерапии и др.[2,3,5,12]

Таким образом, учитывая то, что в практике педиатра дети, страдающие головной болью напряжения встречаются достаточно часто, знание патогенеза ГБН и основных клинических критериев ее диагностики, являются залогом не только своевременной диагностики, но и назначения рациональной терапии, которая позволит значительно улучшить качество жизни пациента и предотвратит дальнейшую хронизацию процесса.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Баранок С.И. Роль физических факторов в комплексном лечении головной боли/ С.И. Баранок, О.С. Бурыкина // Здравоохранение. – 2003. № 6. - С.45-46.
2. Брызгунов И.П. К вопросу о патогенезе цефалгии напряжения у детей/ И.П. Брызгунов, М.Д.Митин, О.В. Кожевникова// Российский педиатрический журнал. – 2004. - № 2. – С.4-6.
3. Бурмак Ю.Г. Дифференциальная диагностика и лечение головной боли у детей в практике семейного врача (методические рекомендации)/ Ю.Г. Бурмак, Л.П.Черепяхина, Т.В. Мироненко, П.Д. Бахтояров//Луганск – 2006. – 33с.
4. Вышковский Г. Л. Регистр лекарственных средств России "Энциклопедия лекарств"/ Гл. ред. Г. Л. Вышковский 9-е изд., перераб. и доп. М., РЛС-2002. 2002. 1504 с.
5. Головкин И.С. Синдром головной боли: принципы лечения / И.С. Головкин //Вестник семейной медицины. – 2006. - № 7. – С.6-10.
6. Горюнова А.В. Современная классификация, эпидемиология и патогенез головной боли у детей/ А.В. Горюнова, Л.А. Пак // Российский Педиатрический журнал. – 2006. - №4. – С.33-36.
7. Григорова И.А. Современные аспекты мигрени/ И.А. Григорова, О.Н. Лещенко // Лікарська справа. – 2003. -№ 5-6. –С.80-85.
8. Дж.М.Феничел Педиатрическая неврология: основы клинической диагностики: Пер.с англ /Дж.М.Феничел. – М.:ОАО «Изд-во «Медицина», 2004. – С.132-153.
9. Кадыков А.С. Справочник по головной боли/ А.С. Кадыков – М.: «Миклош». – 2006. -170с.
10. Машковский М. Д. Лекарственные средства. В 2 ч. 12-е изд., перераб. и доп./ М. Д. Машковский. - М.: Медицина. – 1993 – 1341с.
11. Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России: Справочник. 8-е изд., перераб. и дополн. М.: АстраФармСервис. - 2002. - 1488 с.
12. Студеникин В. М. Лечение головной боли у детей/ В. М Студеникин // Лечащий Врач. – 2002. - №9 – С. 9-14.

Черепяхина Л.П. Дети, страдающие головной болью напряжения, в клинической практике педиатра // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 1. – С. 219-220.

В публикации даны современные аспекты патогенеза, диагностики и лечения головной боли напряжения у детей.

Ключевые слова: дети, головная боль напряжения, диагностика, лечение

Черепяхіна Л.П. Діти, які страждають на головний біль напруження, в клінічній практиці педіатра. // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 1. – С. 219-220.

В публікації надані сучасні аспекти патогенезу, діагностики та лікування головного болю напруження у дітей.

Ключові слова: діти, головний біль напруження, діагностика, лікування

Cherepachina L.P. Headache of strain by the children in the clinical practice of the pediatrician // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 1. – С. 219-220.

Modern concept of pathogenesis and treatment of the headache of strain in the children are given in this publication.

Key words: children, headache of strain, diagnostic, treatment.

Надійшла 12.11.2010 р.

Рецензент: проф. І.Б.Єршова