

## **ВІДНОВНЕ ЛІКУВАННЯ ЦЕРВІКОГЕННОГО ГОЛОВНОГО БОЛЮ У ДІТЕЙ**

**© О. В. Горша, Н. В. Короленко**

*Клінічний відділ мед. реабілітації ДП «УКРНДІ МТ МОЗ України», м. Одеса  
Одеський обласний благодійний фонд реабілітації дітей-інвалідів «Майбутнє», м. Одеса*

**Вступ.** До теперішнього часу однією з актуальних проблем медицини залишається проблема головного болю. За різними джерелами, більше 40 % дітей і підлітків скаржаться на головний біль. Актуальність вивчення даної проблеми обумовлюється не тільки зростанням частоти, а й складністю етіології та патогенезу головного болю, що, у свою чергу, обумовлює особливості терапевтичного впливу.

Цефалгія, пов'язана з патологією в ділянці шиї, в Міжнародній класифікації головного болю (МКГБ) Міжнародного товариства головного болю (2003 рік) відноситься до підтипу «Цервікогенний головний біль». Цервікогенний головний біль виникає при станах, що призводять до компресії хребтових артерій або подразнення чутливих нервових корінців, симпатичних нервів, з подальшою рефлекторною напругою м'язів шиї і потиличної ділянки. Нестабільність шийного відділу хребта є одним з таких станів.

Альтернативним підходом, який ми використовували для лікування головного болю у дітей з вертебробазиллярної дисфункцією, є метод кінезіотейпування м'язів комірцевої ділянки. Основний механізм в роботі тейпів – це моделювання м'язово-фасціального сегмента, яке відбувається завдяки певному натягу і особливому наклеюванню стрічок. Ми припускаємо, що при тейпуванні м'язів ділянки шиї і комірцевої ділянки буде зменшуватися прояв нестабільності в шийному відділі хребта, що приведе до зменшення патологічного впливу на хребтові артерії і дозволить вплинути на прояви симптому головного болю. Вивчення даної проблеми було метою дослідження.

**Матеріал і методи досліджень.** Методику кінезіотейпування м'язів ділянки шиї і комірцевої ділянки ми застосовували в амбулаторних умовах (Одеський обласний благодійний фонд реабілітації дітей-інвалідів «Майбутнє» м. Одеса). Діагностику відхилень проводили на підставі клінічних даних, даних анамнезу, рентгенологічних,

нейрофізіологічних досліджень. Під наглядом було 167 дітей у віці 5–11 років з установленим діагнозом.

**Результати й обговорення.** Результати відновного лікування оцінювали через 1–2 місяці від початку кінезіотейпування м'язів ділянки шиї і комірцевої ділянки на підставі виявлення скарг на головний біль і проведення контрольної ультразвукової доплерографії магістральних судин голови та шиї. Позитивна динаміка проявилася у всіх пацієнтів у вигляді поліпшення загального самопочуття (зниження стомлюваності, поліпшення сну, успішності). Зменшення частоти та інтенсивності головного болю відзначали в 26,9 % випадків, відсутність скарг відзначали 60,5 % дітей від загальної групи, ситуація не змінилася у 12,6 %.

При контрольному проведенні доплерографії реєстрували відновлення кровотоку по хребтових артеріях з відновленням індексу резистентності. Повне відновлення кровотоку по хребтових артеріях спостерігали у 77,8 % дітей, у решти відзначали позитивну динаміку. За параметрами венозного відтоку показники були неоднозначні. Поліпшення реєстрували лише за параметрами прямого синусу: у 77,2 % – поліпшення, без динаміки – 18 %, у 4,8 % відзначалося погіршення показника (при цьому скарги на головний біль значно зменшувалися).

**Висновки.** Результати наших досліджень показують, що застосування кінезіотейпування м'язів шиї і комірцевої ділянки дозволяє суттєво покращити стан гемодинаміки церебральних та хребетних судин, що підвищує ефективність лікування цервікогенного головного болю у дітей.

**Перспективи подальших досліджень.** Проведені дослідження реєструють позитивні результати при безмедикаментозній реабілітації дітей з цервікогенним головним болем і обґрунтовують необхідність подальших пошуків з розробки ефективних схем відновного лікування даного контингенту.