Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

Зав.кафедрой: ДМН, проф. Прокопенко С.В

**РЕФЕРАТ :**

**«Головная боль напряжения у детей и подростков»**

Выполнила:

Ординатор первого года обучения

Потылицына Н.В

Красноярск 2019 г

***Содержание:***

* *Введение*
* *Определение заболевания и клинический формы*
* *Патогенез ГБН*
* *Клиническая картина*
* *Лечение*
* *Профилактика развития ГБН*

***Введение***

Головная боль относится к часто встречающимся жалобам в детском и подростковом возрасте. Согласно данным исследований, частота встречаемости головной боли возрастает от 3–8% среди дошкольников до 57–82% – у подростков [1]. Поэтому в докладе экспертов ВОЗ «Головные боли и общественное здоровье» [2] в качестве одной из приоритетных задач названо «повышение эффективности лечения и профилактики головной боли у детей». При этом первичные головные боли выявляются в педиатрической практике у 18,6–27,9% детей и подростков, преимущественно в виде мигрени и головных болей напряжения (ГБН) [3–5].

У детей и подростков, как и взрослых пациентов, в основе диагноза первичной головной боли лежат критерии Международной классификации головных болей 3–го пересмотра (бета-версия) (МКГБ-IIIb) [6], которые в отношении ГБН однотипны с предыдущей редакцией МКГБ-II [7]. На основании этих критериев от 7 до 10% детей и подростков страдают мигренью, до 15% – вероятной мигренью и 20–25% – ГБН [8–10].
Наиболее распространенными формами первичных головных болей являются мигрень и ГБН. Как мигрень, так и ГБН чаще встречаются у пациентов с отягощенным семейным анамнезом по данным заболеваниям. В большинстве случаев головные боли у детей и подростков имеют благоприятный прогноз, если поставлен точный диагноз и своевременно и правильно назначена соответствующая терапия.

***Определение заболевания и клинический формы***

ГБН – легкая или умеренная повторяющаяся двусторонняя головная боль сжимающего, давящего или ноющего характера, которая имеет значительную продолжительность. Длительность приступа – от 30 мин до нескольких дней (с некоторым колебанием интенсивности боли), но менее недели. ГБН может сопровождаться свето- или звукобоязнью (но не обоими этими признаками сразу), не усиливается под влиянием повседневной физической активности и не сопровождается рвотой. Провоцирующими факторами для появления головной боли обычно являются психическое утомление, зрительное напряжение, особенно связанное с компьютерными играми, стрессовая ситуация, депривация сна, которые часто сегодня встречаются в детском и подростковом возрасте.

В МКГБ-IIIb [6] в зависимости от частоты приступов ГБН делятся на следующие варианты: нечастые эпизодические (менее одного раза в месяц, при наличии не менее 10 ранее перенесенных эпизодов); частые эпизодические (более одного, но не более 15 раз в 1 мес.); хронические (более 15 раз в месяц на протяжении более 3 мес.). В случае недостаточного количества эпизодов головной боли или при неполном соответствии диагностическим критериям ставится диагноз «возможная ГБН». По данным Н.Ю. Будчановой и соавт. [11], которые проводили исследование частоты встречаемости ГБН в школах Москвы, структура ГБН выглядит следующим образом: нечастая ГБН отмечалась у 21,8% пациентов детского и подросткового возраста, частая ГБН – у 53,3%, хроническая ГБН – у 15,2%, возможная ГБН – у 9,7%.

***Патогенез ГБН***

Патогенез ГБН до конца не выяснен и включает комплекс взаимосвязанных механизмов. Ранее принятыми обозначениями ГБН были «головная боль мышечного напряжения», «психомиогенная головная боль», «стрессорная головная боль», «простая головная боль», что отражает представления о ведущей роли психологических факторов в патогенезе ГБН. Значимым фактором риска развития ГБН является семейная предрасположенность к головной боли, особенно со стороны матери. ГБН провоцируются хроническими психоэмоциональными перегрузками, стрессами, конфликтными ситуациями. Патогенетической особенностью ГБН у детей является незрелость механизмов психологической защиты, что обусловливает проявление заболевания при воздействии незначительных с точки зрения взрослых стрессовых факторов. Под влиянием психотравмирующих ситуаций формируются тревожные расстройства (фобическое тревожное расстройство, генерализованные тревожные расстройства, школьная фобия, социальная фобия). У некоторых пациентов тревога в виде тревожной реакции, тревожного расстройства или тревожно-педантической акцентуации личности являются первичными. Эти ситуации приводят к неконтролируемым миофасциальным феноменам, обозначаемым как повышенная чувствительность перикраниальной мускулатуры. Влияние психологического статуса у пациентов с ГБН реализуется через изменения состояния лимбико-ретикулярного комплекса, задействованного в регуляции вегетативных функций, мышечного тонуса, восприятия боли через общие нейромедиаторные механизмы. Центральные механизмы патогенеза ГБН связаны с диз­афферентацией антиноцицептивных релейных систем.
Боль при ГБН описывается как постоянная, давящая. В большинстве случаев она локализуется в области лба, висков с иррадиацией в затылочную область и заднюю поверхность шеи, затем может становиться диффузной и описывается как ощущение сжатия головы обручем, симптом «шлема, каски». Хотя боль обычно бывает двусторонней и диффузной, локализация ее наибольшей интенсивности в течение дня может попеременно переходить с одной половины головы на другую. Стойкая односторонняя головная боль (геми­крания), как правило, связана с повышенной чувствительностью перикраниальной мускулатуры. Обычно боль появляется днем (после 2–3 урока) или во второй половине дня и продолжается до вечера. Может возникать утром, после пробуждения, если головная боль отмечалась накануне вечером. Головная боль не усиливается при обычной ежедневной физической нагрузке. У больных могут отмечаться различные временные пат­терны течения головных болей – от редких, кратковременных эпизодических приступов с длительными ремиссиями до волнообразного течения, характеризующегося длительными периодами ежедневных болей, чередующимися с кратковременными ремиссиями. Транзиторные неврологические симптомы не характерны.

***Клиническая картина***

Характерные клинические проявления ГБН и мигрени, позволяющие дифференцировать эти формы первичных головных болей у детей и подростков, представлены в таблице 1.
«Немигренозные» признаки головной боли, такие как ее характер (давящий или стягивающий), интенсивность (легкая и умеренная) и отсутствие сопутствующих симптомов являются более специфичными для ГБН у детей (по сравнению с мигренью), чем локализация или продолжительность.
Диагностические критерии эпизодических ГБН:
А. По меньшей мере 10 эпизодов, отвечающих критериям В–D.
В. Продолжительность головной боли от 30 мин до 7 дней.
С. Головная боль имеет как минимум две из следующих характеристик:
• двусторонняя локализация;
•  сжимающий/давящий (непульсирующий) характер;
• интенсивность боли от легкой до умеренной;
•  головная боль не усиливается от обычной физической нагрузки.
D. Оба симптома из нижеперечисленных:
•  отсутствие тошноты или рвоты (возможно снижение аппетита);
• только фотофобия или только фонофобия.
Нечастые эпизодические ГБН – головная боль возникает с частотой не более 1 дня в месяц (не более 12 дней в год).
Частые эпизодические ГБН – головная боль возникает с частотой от 1 до 15 дней в месяц (от 12 до 180 дней в год).
Диагностические критерии хронических ГБН:
А. Головная боль, возникающая не менее 15 дней в месяц на протяжении в среднем более 3 мес. (не менее 180 дней в год) и отвечающая критериям В–D.
В. Головная боль продолжается в течение нескольких часов или имеет постоянный характер.
С. Головная боль имеет как минимум две из следующих характеристик:
• двусторонняя локализация;
•  сжимающий/давящий (непульсирующий) характер;
• интенсивность боли от легкой до умеренной;
•  головная боль не усиливается от обычной физической нагрузки.
D. Оба симптома из нижеперечисленных:
•  только один симптом из трех: фотофобия или фонофобия или легкая тошнота;
•  головная боль не сопровождается ни умеренной или сильной тошнотой, ни рвотой.
Следует отметить предрасполагающие к развитию ГБН особенности личности: эмоциональные нарушения различной степени выраженности (повышенная возбудимость, тревожность, склонность к депрессии), демонстративные проявления, ипохондрический синдром (фиксация на своих болевых ощущениях), пассивность и снижение стремления к преодолению трудностей. Дети с жалобами на ГБН стеснительны, плохо адаптируются к новой обстановке. У них могут отмечаться вспышки упрямства, капризы, которые чаще носят характер защитных реакций на фоне недовольства собой.
В межприступном периоде, в отличие от мигрени, большинство пациентов предъявляют жалобы на боли и чувство дискомфорта в других органах соматоформного типа (боли в ногах, кардиалгии, затруднения дыхания при вдохе, затруднения при глотании, дискомфорт в животе), характеризующиеся непостоянством и достаточно неопределенным характером, однако при обследовании патологических изменений не определяется. Для больных ГБН характерны нарушения сна: трудности засыпания, поверхностный сон с множеством сновидений, частыми пробуждениями, снижается общая длительность сна и особенно глубокой его фазы, наблюдаются раннее окончательное пробуждение, отсутствие ощущения бодрости после ночного сна и дневная сонливость.
В современных публикациях обращается внимание на высокую частоту встречаемости у пациентов с ГБН церебрастенических (и/или неврастенических) расстройств и когнитивных нарушений [12]. Проявления церебрастенического синдрома встречаются у многих детей и подростков с ГБН. Одним из его основных признаков считается так называемая «раздражительная слабость». К числу причин церебрастенического синдрома относятся патологическое течение беременности и родов, перенесенные соматические заболевания, черепно-мозговые травмы, нейроинфекции. С одной стороны, для этих детей характерны общая пассивность, вялость, медлительность в мышлении и движениях, даже при незначительных нервно-психических нагрузках наблюдаются повышенная утомляемость, истощаемость, снижение фона настроения. Истощаемость внимания и мышления сопровождается довольно выраженным и длительным снижением психической работоспособности, особенно при интеллектуальных нагрузках у детей школьного возраста. Нередко отмечается снижение памяти. С другой стороны, наблюдаются повышенная раздражительность, склонность к аффективным вспышкам, недостаточная критичность.



По нашим наблюдениям, сочетание ГБН с церебрастеническим синдромом у детей и подростков способствует утяжелению течения головных болей. Присоединяются болевые синдромы функционального характера: миалгии различной локализации, кардиалгии, боли в животе. Более выраженными становятся жалобы на метеочувствительность, непереносимость вестибулярных нагрузок, периодические кратковременные эпизоды несистемного головокружения. Усиливаются такие проявления вегетативных нарушений, как нестабильность артериального давления с преимущественной склонностью к снижению, связанные с этим ортостатические феномены, чувство похолодания дистальных отделов рук и ног. У некоторых пациентов присоединяются симптомы нарушения центральной терморегуляции в виде периодической субфебрильной гипертермии или гипотермии.

Среди предикторов головных болей в детском возрасте указываются нарушения концентрации внимания, медленный темп когнитивной деятельности, эмоциональная нестабильность, гиперактивность, напряженные отношения в школе [13]. По данным популяционного исследования T.W. Strine и соавт. [14], которое охватывало детей и подростков 4–17 лет, у тех из них, которые страдали частыми головными болями, в 2,6 раза чаще отмечались нарушения внимания и гиперактивность.
Рассматривая вопросы терапии ГБН у детей, подчеркнем, что на первом этапе необходимо выявить наличие психотравмирующей ситуации для ребенка, что не всегда удается сделать сразу. При обнаружении такой ситуации (развод родителей, физическое насилие, конфликтная ситуация в школе) лечение головной боли должно начинаться с устранения или минимизации психотравмирующей ситуации с помощью занятий с квалифицированными психологами или психотерапевтами.

***Лечение***

Эффективным является сочетание лекарственной терапии с различными методами психотерапии и релаксации с применением модели биологической обратной связи (БОС). Такое лечение требует профессионального опыта и индивидуального подхода, что может ограничивать его доступность. Тренинги с использованием БОС вполне применимы для пациентов детского и подросткового возраста. Показана эффективность при ГБН электромиографического БОС-тренинга фронтальной мышечной группы [15].
Согласно современным Европейским рекомендациям [16], в лекарственной терапии ГБН применяются средства как для купирования головной боли, так и для ее профилактики. Симптоматическое лечение безрецептурными анальгетиками может применяться у пациентов с эпизодической ГБН при частоте болевых эпизодов не более 2 раз в неделю. Использование анальгетиков должно быть однократным или проводиться короткими курсами. При этом необходимо помнить о недопустимости злоупотребления данными препаратами. Анальгетики рекомендуется употреблять не более 8–10 раз в месяц. Применение более сильных анальгетиков или комбинации анальгетиков с мышечными релаксантами в детском возрасте значительной эффективностью не обладает, однако вызывает нежелательные симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы. Детям для обезболивания рекомендуется использовать парацетамол (разовая доза – 10–15 мг/кг, максимальная суточная доза – не более 60 мг/кг  массы тела) или ибупрофен (разовая доза – 5–10 мг/кг, максимальная суточная доза – не более 30 мг/кг, интервал между приемами – 6–8 ч).
При эпизодической ГБН с частотой более 2 дней в неделю более предпочтительным по сравнению с купированием приступов является профилактическое лечение. При хронической ГБН обезболивающие препараты обладают сомнительной эффективностью и повышают риск развития лекарственно-индуцированной головной боли [16].

***Профилактика развития ГБН***

Профилактическую терапию при нечастых или частых эпизодических  ГБН следует начинать с растительных препаратов седативного действия в комбинации с витаминами группы В и препаратами магния, которые снижают уровень возбудимости ЦНС и повышают резерв нейропластичности. При неэффективности растительных препаратов и преобладании в клинической картине тревожных расстройств, эмоциональных нарушений рекомендовано применение анксиолитиков и легких нейролептиков, разрешенных к применению в детском возрасте.
Хронические ГБН не обязательно лишают пациентов возможности повседневной активности, но приносят им эмоциональный дискомфорт, хроническое чувство усталости, «разбитости». Оптимальный подход к лечению данной формы головной боли заключается в применении средств, влияющих на психоэмоциональную сферу и хроническое мышечное напряжение. При хронических ГБН применяются профилактические курсы амитриптилина – неселективного антидепрессанта, теоретически обладающего анальгезирующим эффектом. Рекомендуется начинать терапию с малых доз (5–10 мг) перед сном. Необходимость в повышении дозы возникает редко, что обусловлено в первую очередь дневной сонливостью и затруднением усвоения учебного материала. В исследовании L. Grazzi et al. [17] сравнивалась эффективность 3-месячных курсов лечения пациентов с ГБН в возрасте 8–16 лет с эффективностью расслабляющих тренингов и фармакотерапии амитриптилином, назначавшимся ежедневно по 10 мг/сут. Клиническое улучшение было достигнуто в обеих группах. В группе лечившихся амитриптилином исходная частота ГБН составляла 17±11 приступов в месяц и через 3 мес. снизилась до 5,6±6,7 в месяц. Эти результаты сопоставимы с результатами группы, в которой проводились расслабляющие тренинги: первоначальная частота приступов 12,1±10,1 в месяц уменьшилась до 6,4±9,6 в месяц.

Традиционно для профилактических курсов ГБН с целью снятия мышечного напряжения в перикраниальных и затылочных мышцах назначаются миорелаксанты (толперизон, тизанидин).
Часто у детей с ГБН наблюдаются проявления церебрастенического синдрома. Утомляемость может быть выражена настолько, что детям противопоказано длительное пребывание в коллективе сверстников. Главное, о чем должны помнить взрослые: эти дети нуждаются в помощи, нельзя считать их вредными, упрямыми, ленивыми и вести борьбу с этими качествами. Появление церебрастении способствует утяжелению течения головных болей.

Поэтому дополнительное направление профилактической терапии ГБН у детей и подростков, особенно в сочетании с астеническими проявлениями и снижением школьной успеваемости, заключается в назначении препаратов метаболического действия, которые улучшают обменные процессы в ЦНС и положительно влияют на показатели когнитивных функций, повышают «уровень бодрствования» и устойчивость ЦНС к нагрузкам. К числу таких препаратов относятся рибофлавин (витамин В), коэнзим Q10, препараты магния [1], препараты ноотропного ряда.
К данной группе лекарственных средств относится препарат Нооклерин (деанола ацеглумат). Это ноотропный препарат, по химической структуре близкий к естественным метаболитам головного мозга (ГАМК, глутаминовая кислота). Оказывает нейропротекторное действие, способствует улучшению памяти и процесса обучения, оказывает положительное влияние при астенических и адинамических расстройствах, повышая двигательную и психическую активность пациентов. Препарат разрешен к применению у детей с 10-летнего возраста. Лечебная суточная доза у детей 10–12 лет должна составлять 0,5–1,0 г (1/2–1 чайная ложка) Нооклерина, у детей старше 12 лет – 1–2 г (1–2 чайных ложки). Продолжительность курса лечения – 1,5–2 мес. 2–3 раза в год.
Высокая терапевтическая эффективность приема Нооклерина у подростков 14–17 лет с неврастенией была доказана Л.С.Чутко и соавт. [18]: отмечались отчетливое уменьшение проявлений общей, физической и психической астении, а также повышение концентрации внимания.
Купирование симптомов астении при ГБН способствует повышению устойчивости к нагрузкам и формированию более правильных адаптационных реакций организма на стрессовые факторы, которые лежат в основе возникновения ГБН.