

БІЛЬ ГОЛОВИ В ДІТЕЙ

W. Molofsky
Headaches in Children
Pediatric Annals 1998; 27(10): 614-621

Біль голови є частою скаргою у практиці як педіатра амбулаторної установи, так і лікаря відділу невідкладної допомоги. Нерідко в дітей трапляється і хронічний рецидивуючий біль голови. Епідеміологічне дослідження цього феномену засвідчило, що майже 80—90% дітей віком до 15 років хоч раз скаржилися на сильний біль голови. Мігрень — синдром первинного болю голови — трапляється у 5—8% дітей. Вважають, що половина дорослих, які страждають від мігрені, вперше відчули прояви цього захворювання ще в дитинстві. Мігренозний стан трапляється навіть у дітей віком 1—2 роки, хоча діагностувати його складно. Такі симптоми, як дратівливість, дзвеніння в голові, стискання голови, блідість, світлобоязнь, надмірна чутливість до світла, звуків і запахів, розлади сну, раптові зміни поведінки, незрозумілі блювання і біль у шлунку можуть бути клінічними проявами дитячої мігрені. У переважної більшості дітей з гострим або рецидивуючим боєм голови немає структурних змін мозку, проте це питання хвилює більшість батьків, які приводять таких пацієнтів до лікаря. Отже, педіатри повинні знати клінічні прояви різних типів болю голови і вміти розрізнити їх.

Ключовим моментом лікування таких пацієнтів є визначення типу болю, від якого страждає дитина, а відтак — спроба зменшити частоту нападів і їх тривалість. Для цього необхідно ретельно зібрати анамнез і провести обстеження в амбулаторних умовах. Усвідомлення різноманітності типів болю голови, які трапляються в дітей, та особливостей кожного з них є важливим моментом у визначенні обсягу лабораторних обстежень, які доцільно призначити таким пацієнтам.

Сучасну класифікацію болю голови запропонувало Міжнародне товариство з проблем болю голови (International Headache Society) у 1988 р. (табл. 1). У ній кожен з синдромів характеризується низкою специфічних ознак. Цю систему було розроблено з метою поліпшення розуміння різних типів болю голови і порівняння різних діагностичних і лікувальних підходів. У класифікацію входять мігренозні синдроми з аурую і без аури, біль, зумовлений перенапруженням,¹ та кластерний біль голови². Тут йдеться про первинний біль голови, не пов'язаний з хворобами, які спричиняють структурні зміни головного мозку, в етіології якого (зокрема, це стосується мігрені чи кластерного болю) є генетичний компонент. Решта синдромів болю голови — це вторинні прояви, зумовлені внутрішньочерепними, черепно-лицевими або системними розладами. Ця класифікація постійно вдосконалюється, особливо щодо педіатричної вікової групи, де багато синдромів мають інші клінічні характеристики, ніж у дорослих.

Інший спосіб згрупувати названі раніше синдроми болю голови ґрунтується на основі його тривалості (табл. 2). Гострий рецидивуючий біль голови найхарактерніший для мігренозного синдрому. Загалом найчастіше трапляється хронічний

¹ Англomовний термін "tension-type headache" пояснюють як біль, зумовлений тривалою інтенсивною працею або емоційним стресом. Уражується переважно потилична ділянка, біль триває кілька тижнів або й місяців. Пояснюють його порушеннями в нервових шляхах, які відповідають за проведення болю. Розрізняють епізодичний тип, коли напади болю розділені світлими проміжками, і нерервний, коли біль триває 6 місяців і довше. (Прим. ред.).

² Синдром, який, можливо, є типом мігрені. Характеризується нападами однобічного нестерпного болю над очима або в лобній ділянці, що супроводжується підйомом температури, сльозотечею і виділеннями з носа. Напади тривають від 15 хв. до кількох годин і часто виникають серіями по кілька разів на день упродовж кількох тижнів з тривалими світлими проміжками (до кількох років). Цей стан називають також мігренозною невральгією Гарріса, хворобою Гортонна, синдромом "гістамінового болю голови" (спричиняється введенням гістаміну) тощо. (Прим. ред.).

Таблиця 1.
Класифікація болю голови
(запропонована *International Headache Society*)

1. Мігрень
Мігрень без аури
Мігрень з ауру
Офтальмоплегічна мігрень
Ретинальна мігрень
Дитячі періодичні синдроми, які можуть бути попередниками мігрені або супроводжуватись мігренню
Мігренозні стани, які не належать до названих категорій
2. Біль голови, пов'язаний з перенапруженням
Епізодичний біль голови, пов'язаний з перенапруженням
Хронічний біль голови, пов'язаний з перенапруженням
Біль голови, пов'язаний з перенапруженням, який не належить до названих категорій
3. Кластерний біль голови та хронічна пароксизмальна гемікранія
Кластерний біль голови
Хронічна пароксизмальна гемікранія
Розлади по типу кластерного болю голови, які не належать до названих категорій
4. Різні типи болю голови, не пов'язані із структурними ураженнями
Ідіопатичний пульсуючий біль голови
Біль голови із відчуттям стискання обручем
Біль голови, спричинений холодом
Доброякісний біль голови, спричинений кашлем
Доброякісний біль голови, спричинений фізичним навантаженням
Біль голови, пов'язаний із статевою активністю
5. Біль голови, пов'язаний із її травмою
Гострий посттравматичний біль голови
Хронічний посттравматичний біль голови
6. Біль голови, зумовлений судинними розладами
Гострі ішемічні цереброваскулярні розлади
Внутрішньочерепна гематома
Субарахноїдальний крововилив
Нерозірвана судинна мальформація
Артеріїт
Біль, спричинений патологією сонних або хребтових артерій
Венозний тромбоз
Артеріальна гіпертензія
Біль голови, пов'язаний з іншими судинними розладами
7. Біль голови, пов'язаний з несудинною внутрішньо-черепною патологією
Високий тиск спинномозкової рідини
Низький тиск спинномозкової рідини
Внутрішньочерепна інфекція

Внутрішньочерепний саркоїдоз та інші неінфекційні запальні захворювання
Біль голови, зумовлений інтратекальною інфекцією
Внутрішньочерепні новоутвори
Біль голови, пов'язаний з внутрішньочерепними розладами

8. Біль голови, пов'язаний з прийманням медикаментів або їх відміною

Біль голови, пов'язаний з гострим прийманням медикаментів
Біль голови, пов'язаний з хронічним прийманням медикаментів
Біль голови, пов'язаний з відміною медикаментів (при їх гострому прийманні)
Біль голови, пов'язаний з відміною медикаментів (при їх хронічному прийманні)
Біль голови, пов'язаний з прийманням медикаментів, механізм виникнення якого невідомий

9. Біль голови, зумовлений немозковою інфекцією

Вірусна інфекція
Бактеріальна інфекція
Біль голови, пов'язаний з іншою інфекцією

10. Біль голови, зумовлений метаболічними розладами

Гіпоксія
Гіперкапнія
Поєднання гіпоксії і гіперкапнії
Гіпоглікемія
Діаліз
Біль голови, зумовлений іншими метаболічними розладами

11. Біль голови або обличчя, зумовлений ураженням черепа, шиї, очей вух, носа, навколоносових пазух, зубів, рота або інших структур голови

Кістки черепа
Шия
Очі
Ніс і навколоносові пазухи
Зуби, щелепи і прилеглі структури
Хвороба висково-нижньощелепного суглоба

12. Черепні невралгії, біль нервових стовбурів і біль при деаферентації

Персистуючий (на відміну від тікоподібного) біль, який походить з черепних нервів
Невралгія трійчастого нерва
Невралгія язикового нерва
Невралгія проміжного нерва
Невралгія верхнього гортанного нерва
Невралгія потиличного нерва
Біль голови або обличчя через інші, ніж *tic douloureux*, причини
Біль обличчя, який не відповідає критеріям, наведеним у групах 11 і 12

13. Некласифікований біль голови

непрогресуючий біль голови. Він може бути в пацієнтів з болем голови, пов'язаним з перенапруженням, і характеризується припливами і відпливами та високою частотою нападів болю. Найскладнішим випадком у практиці педіатра амбулаторії або відділу ургентної допомоги, є первинний гострий сильний біль голови в дитини без згадок про біль голови в анамнезі. У перший момент важко оцінити, чи це початок доброякісного, проте рецидивуючого синдрому, чи, можливо, стан, зумовлений гострою внутрішньочерепною патологією (напр., крововиливом або інфекцією). Останнім типом у цій класифікації є хронічний прогресуючий біль голови, для якого характерні зростання з часом частоти і важкості нападів. Такий біль є найтривожнішим, він, як буде сказано пізніше, потребує особливо уважного ставлення.

Таблиця 2.
Часова класифікація
болю голови

Гострий
Гострий рецидивуючий
Хронічний рецидивуючий
Хронічний прогресуючий

Мігрень

Мігрень — це один зі специфічних синдромів болю голови у практиці педіатра. Як звичайно, це захворювання трапляється в молодих людей з віковим піком у 25—35 років. Співвідношення між частотою мігрени серед дорослих жінок та чоловіків становить 3:1. Виявлено, що принаймні у 50% дорослих пацієнтів з рецидивуючим типом мігрени перші напади болю голови трапились у віці до 15 років. До періоду статевого дозрівання цей синдром спостерігається серед хлопців і дівчат однаково часто. Розрізняють просту мігрень (без аури), частота якої сягає 80% усіх випадків, і класичну, яка поєднується з різними видами аури.

Клінічними симптомами простої мігрени є вкрай виснажливий, переважно однобічний, а часом і двобічний пульсуючий біль у ретроорбітально-фронтально-темпоральній ділянці голови. Класична тривалість болю у дорослих від 4 до 72 годин, проте в дітей цей часовий проміжок може бути скорочений до 2—4 годин. Біль голови супроводжується блювотою, фотофобією та фонофобією. Напади мігрени повторюються не щоденно, а періодично — від 1—2 разів на рік до 5—10 разів на місяць.

При класичній мігрени приблизно за 30—60 хвилин до нападу болю голови з'являється аура, яка проявляється різноманітними неврологічними розладами: підвищеною чутливістю сприйняття подразників, дратівливістю, бажанням їсти, розладами мови, зоровими розладами (спалахами світла перед очима з дефектами поля зору), порушеною чутливістю (відчуттям уколів голкою або навпаки, втраченою чутливістю), локальною слабкістю, атаксією. У дітей можуть виникати дезорієнтація, проблеми з координацією рухів і ходом. Трапляється особливий тип аури — так званий синдром "Аліси в країні чудес" — коли навколишні предмети пацієнт сприймає як збільшені або зменшені. У дітей раннього віку можна виявити зміни поведінки або незрозумілі циклічні блювання. При первинній появі таких розладів встановити діагноз складно. Якщо водночас з'являються неврологічні симптоми, можна припустити, що в дитини гострий епілептичний напад або навіть інсульт. При першому гострому епізоді хвороби, коли в анамнезі пацієнта немає аналогічних симптомів, діагностика мігрени вкрай складна.

При обстеженні пацієнта з первинними проявами класичної мігрени слід провести диференціальну діагностику з судомними нападами, інсультом та транзиторними розладами мозкового кровообігу. Загалом повернення стану до норми після затихання болю голови, відсутність вогнищевої симптоматики, сімейний анамнез мігрени, як і сама природа приступу, дають змогу встановити діагноз.

Діагностичні критерії мігрені у дітей віком до 15 років (за IHS)

Мігрень без аури (проста мігрень)

Принаймні 5 атак з такими характеристиками:

Біль голови тривалістю 4–72 год. (нелікований або неефективно лікований)

Біль голови, що відповідає принаймні двом із наведених критеріїв:

- 1) Однобічна локалізація
- 2) Пульсуючий
- 3) Середньої або вираженої інтенсивності, яка обмежує або позбавляє звичайної денної активності
- 4) Провокування болю звичайною фізичною активністю

Біль голови, який супроводжується принаймні одним із переліченого:

- Нудота та/або блювання
- Фотофобія і фонофобія

Мігрень з аурою (класична мігрень)

Принаймні дві атаки з такими характеристиками:

Біль голови, який характеризується такими трьома ознаками:

- 1) Один або більше повністю зворотних симптомів аури, які свідчать про вогнищеву дисфункцію головного мозку, його кори або стовбура
- 2) Принаймні один симптом аури, який поступово розвивається впродовж 4 хвилин або більше, або 2 чи більше симптомів, які виникають послідовно
- 3) Відсутність симптомів аури тривалістю понад 60 хвилин

Біль голови, який розпочинається перед аурою, одночасно з нею або впродовж 60 хвилин від її початку.

(Подано з: *International Headache Society. Cephalgia. 1988*)

У дітей трапляється кілька особливих типів ускладненої мігрені. Геміплегічна мігрень, яка загалом трапляється рідко, характеризується раптовою появою геміпарезу, після чого розпочинається біль голови. При офтальмоплегічній мігрені виникає орбітальний чи періорбітальний біль, або, що важливіше, можуть бути залучені третя, четверта та шоста пари черепних нервів. Як наслідок, з'являється диплопія, яка може тривати впродовж декількох днів після припинення болю голови. У таких випадках пацієнт скаржиться на двоїння в очах і може не згадати про біль голови, що наводить на думку про внутрішньочерепну патологію або ураження стовбура мозку. При мігрені базиллярної артерії³ сильний біль голови локалізується в потиличній ділянці і може супроводжуватися запамороченням, слабкістю, атаксі-

³ Різновид офтальмічної мігрені, супроводжується двобічною зоровою аурою. Неврологічні симптоми відповідають басейну базиллярної і задньої мозкової артерій. Називається також мігрень Бікерстаффа. (Прим. ред.).

У записник клініцисту

- ☑ Ретельний збір анамнезу – це найважливіша передумова діагностики. Цілеспрямоване розпитування допомагає виявити специфіку профілю болю голови, що переважно провадить до правильного діагнозу.
- ☑ Серйозна неврологічна патологія не є першопричиною більшості випадків болю голови. У дітей та підлітків слід особливу увагу звернути на можливість травми – пропальпуйте голову, живіт, грудну клітку, кінцівки. При підозрі на інфекційний процес або підвищений внутрішньочерепний тиск слід провести візуалізацію мозку, а також зробити спинномозкову пункцію.
- ☑ Про очні симптоми, типові для аури, – сліпі плями, спалахи світла або зигзаги – діти з мігренню часто не повідомляють. Проте члени сім'ї таких пацієнтів можуть помітити симптоми, що передують нападу (блідість, втому, нездоровий вигляд, дратівливість). У дитини можуть виникати періоди веселості, невтомної активності, безсоння. Це можуть бути також втрата апетиту, депресія, сонливість, часте сечовипускання, закрепи або пронос.
- ☑ Клінічними особливостями епізоду мігрені в дітей є пароксизмальний пульсуючий та стукаючий або однобічний біль голови; полегшення після сну; супутні гастроінтестинальні симптоми, напр., нудота, блювання.
- ☑ Лікування мігрені передбачає загальні заходи, напр., розпізнавання й уникнення пускових чинників болю голови, полегшення болю під час гострого нападу, абортивне та профілактичне лікування. При рецидивуючому болеві голови надають перевагу нефармакологічним заходам. Лікування, яке застосовують для дорослих пацієнтів, із деякими модифікаціями придатне і в педіатричній практиці.

(Подано за: S. Diamond. *Migraine in Children. Consultant. July, 1999*).

єю та блюванням. При сенсорній мігрені виникають порушення сприйняття, тривожність, збудження або загальмованість, що може прогресувати аж до ступору. У цих випадках, особливо якщо пацієнт підліткового віку, треба виключити вплив наркотиків або інтоксикацію.

У немовлят і дітей трапляються й інші варіанти мігрені, коли на додаток до блювання, про яке сказано раніше, виникають пароксизми доброякісної кривошиї або навіть запаморочення з періодичним вимушеним положенням голови.

Патофізіологія болю голови при мігрені залишається не з'ясованою. Традиційно вважають, що мігрень виникає внаслідок комбінації спазму та розширення судин головного мозку. Проте результати недавніх досліджень змушують вважати,

що самі лише коливання кровоплини не є достатньо вираженими, щоб спричинити появу аури або біль голови. В іншому варіанті етіології припускають можливість пригнічення електричної активності мозку, яке настає під час нападу мігрени. Сучасніші теорії твердять, що цю патологію спричинює зміна рівня серотоніну (5-гідрокситриптаміну — 5-ГТ) у стовбурі мозку, тобто взаємодія різноманітних зовнішніх і внутрішніх чинників з рецепторами 5-ГТ цієї локалізації і є причиною мігрени. На користь цієї теорії свідчить ефективність застосування специфічних агоністів чи антагоністів 5-ГТ рецепторів стовбура мозку, які суттєво розширили можливості лікування мігрени.

Біль голови, пов'язаний із перенапруженням

Епізодичний біль голови, спричинений перенапруженням, — це найрозповсюдженіший варіант болю голови в дітей. До цієї категорії належить майже 90% гострого рецидивуючого болю голови, 15% випадків якого виникає у дітей віком до 10 років. Клінічно це тупий, тривалий та білатеральний біль, який спричинює відчуття стискання голови обручем. Біль голови, пов'язаний з перенапруженням, часто поєднується із стресовими факторами і може тривати від 30 хвилин до декількох днів. Якщо біль голови цього типу виникає більше, ніж 15 разів на місяць, то, згідно з класифікацією, його зараховують до хронічного болю голови, пов'язаного з перенапруженням. При оцінці цього типу болю треба враховувати, що він часто поєднується з депресією і тривогою.

Безперечно, стрес і психологічні фактори посилюють біль голови цього типу, проте, як уже було сказано в розділі про мігрень, біль голови загалом може виникати як наслідок дисфункції в системі 5-ГТ, спричиненій зовнішніми чинниками. Колись вважали, що біль голови, спричинений перенапруженням, зумовлений в основному спазмом м'язів потиличної ділянки. Проте насправді при електроміографічному обстеженні було виявлено, що у багатьох пацієнтів з істинною мігренню ці м'язи бували напружені частіше, ніж у тих, у кого був біль голови, пов'язаний з перенапруженням.

У диференціальній діагностиці болю голови, пов'язаного з перенапруженням, потрібно насамперед відрізнити цей стан від болю голови при істинній мігрени. Також слід виключити вогнищеву або системну патологію. Обов'язково проаналізуйте психосоціальний анамнез пацієнта.

Одним з найпоширеніших чинників, який вважають відповідальним за прогресування епізодичного болю голови, пов'язаного з перенапруженням, є розвиток рикошетного больового синдрому внаслідок безконтрольного приймання анальгетиків, які продаються без рецепту. Хоча ця проблема поширеніша серед дорослих і підлітків, вона не втрачає актуальності і для молодших пацієнтів, яким батьки надто часто дають анальгетики, доступні без рецепта. Рикошетний больовий синдром може виникнути в пацієнтів з будь-яким типом болю голови, особливо при мігрени чи болевій, зв'язаному з перенапруженням. Такий стан описують як щоденний стискаючий біль голови, а з анамнезу таких пацієнтів довідуємось про самолікування або що дитині давали багато різноманітних анальгетиків у великій кількості. Самі ліки можуть спочатку полегшувати біль, проте після кількадечного приймання стають його причиною. Для позбавлення від медикаментозної залежності потрібне тривале лікування за спеціальною програмою, інколи навіть у стаціонарі з поступовою відміною ліків.

Ще одна форма хронічного прогресуючого болю голови буває при *pseudo-tumor cerebri*. Такі пацієнти, загалом здорові, можуть страждати від нападів сильного прогресуючого болю голови. Цей стан може поєднуватися з ожирінням, вагітністю, прийманням стероїдних гормонів, гіпервітамінозом А, лікуванням тетра-

цикліном. Інколи в таких пацієнтів виявляють двобічний набряк дисків зорового нерва і параліч VI пари черепних нервів. Але на відміну від пацієнтів, в яких внутрішньочерепний тиск підвищується внаслідок появи об'ємного утвору мозку, особи з цією патологією мають загалом здоровий вигляд. При комп'ютерній томографії структури мозку відповідають нормі, а діагноз встановлюють на основі неврологічної симптоматики підвищення внутрішньочерепного тиску або безпосереднього вимірювання тиску ліквору при люмбальній пункції. У лікуванні таких пацієнтів застосовують препарати, які зменшують продукцію спинномозкової рідини (ацетазоламід), і курс люмбальних пункцій.

Обстеження

Первинне обстеження дитини з сильним гострим болем голови або пацієнта з анамнезом рецидивуючого болю, в якого настало різке погіршення, — це одне з найважливіших завдань у педіатричній практиці. Дуже часто в таких випадках виникає підозра можливості органічного ураження мозку, хоч у більшості випадків біль голови не пов'язаний з новоутворами цієї локалізації. Первинний анамнез та фізикальне обстеження відіграють принципову роль у визначенні специфічної етіології захворювання. Коли стан пацієнта насторожує (виявлено порушення свідомості, вогнищеві неврологічні симптоми або ригідність потиличних м'язів), обстеження слід провести негайно. Такі клінічні прояви наводять на думку про можливість внутрішньочерепної інфекції, крововиливу або об'ємного утвору мозку, отже, такий пацієнт потребує негайної допомоги. Супутні симптоми — підвищення артеріального тиску, гарячка, набряк дисків зорових нервів і крововиливи в сітківку — це індикатори гострих неврологічних розладів. Критерії, на основі яких можна розпізнати пацієнтів, які потребують негайної допомоги, наведено у табл. 3.

Вперше оглядаючи пацієнта в амбулаторії або палаті невідкладної допомоги, у визначенні етіології захворювання слід спиратися на анамнез, загальне і неврологічне обстеження. На основі цього вирішують, які обстеження необхідні.

Детальний анамнез — це найсуттєвіший момент у визначенні етіології болю голови. По можливості варто порозмовляти з пацієнтом наодинці, оскільки тоді діти відвертіше розповідають, що саме відбувається з ними під час нападів болю голови. Спочатку слід попросити пацієнта детально описати напад болю голови, звертаючи увагу на моменти, перераховані в табл. 4.

Знання синдромів, які супроводжуються болем голови, дає змогу на основі анамнезу зробити припущення про можливу природу захворювання. Далі переходять до фізикального обстеження, яке включає загальний огляд із визначенням змін життєво важливих функцій,

Таблиця 3.
Перелік симптомів,
які змушують запідозрити
внутрішньочерепну патологію

1. Ранковий біль голови
2. Біль голови підсилюється при чханні, кашлі, напруженні
3. Рецидивуючий локалізований біль голови
4. Неврологічна симптоматика (транзиторна або постійна)
5. Персистуюче блювання
6. Зростання частоти або тривалості болю
7. Неефективність медикаментозного лікування
8. Диплопія, набряк диска зорового нерва
9. Ускладнена мігрень
10. Нервово-шкірні синдроми
11. Макроцефалія
12. Порушення росту

стан систем дихання і кровообігу, стан свідомості. Найбільшу увагу слід звернути на пальпацію та перкусію черепа, щелеп, шиї, огляд ротової порожнини, вух та навколоносових пазух. Треба звернути увагу на спазм або ригідність м'язів шиї та потилиці, що дає змогу виявити захворювання спинного мозку, які спричинюють біль шиї. У кожній дитини оцінюють стан черепних нервів, звертаючи увагу на огляд очного дна, напрям погляду, гостроту зору. Обстеження закінчують оцінюванням ходи, моторних функцій, чутливості, глибоких сухожильних і мозочкових рефлексів, координації рухів. Переважно при первинному болі голови неврологічних розладів немає. У більшості пацієнтів із вторинним болем голови, який виникає внаслідок системного або черепно-лицевого запального процесу чи інфекції, виявляють характерні для таких станів прояви. Найзагрозливішими симптомами є набряк дисків зорових нервів, вогнищеві неврологічні симптоми випадіння, стійкі розлади чутливості та менінгізм.

Анамнестична інформація про гострий початок дуже інтенсивного болю голови, неефективність попереднього консервативного лікування, біль голови, що поєднується з неврологічними розладами (транзиторний або постійний), ранковий біль голови, який супроводжується блюванням, або зміни інтенсивності та частоти нападів болю голови є показами для візуалізації мозку.

Діагностичні тести

Ретельний анамнез і фізикальне обстеження переважно дають змогу відрізнити первинні і вторинні синдроми болю голови. При підозрі на вторинний біль голови необхідне подальше обстеження. У таких випадках треба зробити біохімічний та клінічний аналіз крові, аналіз сечі. Скринінгові дослідження крові і сечі дають змогу виявити наявність наркотиків чи ліків.

Методи візуалізації мозку (КТ або МЯР) слід призначати пацієнтам, які страждають настільки сильним болем голови, що він змушує їх звертатись до лікаря, якщо біль голови має хоча б одну з таких характеристик: раптовий початок, суттєво відрізняється від болю голови, який виникав у пацієнта раніше, неврологічні або загальні симптоми, які змушують припустити вогнищеве ураження ЦНС або

Таблиця 4.
Анамнез болю голови

1. Дата, обставини, початок болю голови
2. Характер, інтенсивність болю
3. Тривалість нападів болю
4. Локалізація болю — локальний чи генералізований, іррадіація
5. Частота нападів
6. Сезонна залежність
7. Неврологічні та/або соматичні симптоми, які передують болю голови або супроводжують його
8. Еволюція симптоматики
9. Чинники, що провокують біль голови
10. Засоби, які полегшують біль
11. Сімейний анамнез
12. Фах
13. Особливості сну
14. Емоційний профіль
15. Лікування, яке проводилось раніше чи проводиться тепер, у т. ч. чи застосовували анальгетики, які продаються без рецепта
16. Що стало поштовхом до погіршення?
17. Менструальний і акушерський анамнез
18. Загальні захворювання, операції
19. Хвороби очей, вух, носа, горла, зубів, шиї
20. Алергія

постійний чи рецидивуючий біль голови, який не піддається лікуванню стандартними препаратами.

КТ без застосування контрасту дає змогу виявити венрикуломегалію та крововиливи. МЯР чутливіший від КТ, тому саме йому слід надавати перевагу в пацієнтів з підозрою на ураження стовбура мозку або потилично-шийної зони, оскільки ці ділянки при КТ візуалізуються погано. Водночас МЯР ліпше візуалізує гіпофіз і дає змогу обійтись без контрастування для визначення демієлінізації, ішемічних та запальних уражень. Також цей метод інформативний у дослідженні лицевої та ретрофарингеальної (позагорлової) зони.

Спинномозкову пункцію роблять при несподіваному та різкому початку болю голови, коли припускають наявність pseudotumor cerebri або доброякісної внутрішньочерепної гіпертензії. Загалом КТ або МЯР може бути достатньо, щоб виключити необхідність спинномозкової пункції при субарахноїдальному або внутрішньочерепному крововиливі. Спинномозкова пункція інформативна при дослідженні можливості інфільтративного, запального або інфекційного процесу, спричиненого бактеріями або вірусами.

Електроенцефалографія (ЕЕГ) давно застосовується в обстеженні пацієнтів з болем голови. Проте недавні дослідження засвідчили, що цей метод у визначенні природи синдрому, який супроводжується болем голови (гострим чи хронічним), малоінформативний. ЕЕГ має обмежене значення лише в ситуаціях, коли анамнестичні дані дають змогу запідозрити судомні розлади. Для рутинного застосування цей метод недоцільний.

Лікування

Лікування болю голови після визначення причини традиційно зосереджується на двох підходах: 1) абортівне лікування при гострому болеві і 2) превентивна терапія, якщо частота й інтенсивність нападів зумовлює її обґрунтованість. Ми говоритимемо про ті випадки, коли анамнез, фізикальне обстеження та методи візуалізації дали змогу виключити органічну внутрішньочерепну патологію. Якщо ж виявлено системне або внутрішньочерепне ураження, то необхідно обрати лікування, яке рекомендують саме для цього захворювання. Ідеться про ургентну допомогу пацієнтам з пухлиною мозку, внутрішньочерепним крововиливом, енцефалітом, обструктивною гідроцефалією, дисфункцією дренажної системи, синуситом та менінгітом, що виходить за межі нашої статті.

Лікування пацієнтів з гострим інтенсивним болем голови повинно бути систематизованим. Як уже було сказано, анамнез, фізикальне обстеження та необхідні дослідження проводять з метою виключення структурних змін у головному мозку або черепно-лицевій ділянці. Якщо встановлено діагноз мігрені або загострення хронічного чи епізодичного болю голови, пов'язаного з перенапруженням, то можна вибирати серед різноманітних запропонованих медикаментів з метою абортивного або симптоматичного лікування болю голови. Медикаменти, які застосовують для зняття нападу болю голови при мігрені, перераховано в табл. 5. Почат-

Таблиця 5.
Абортівна терапія
мігренозного болю голови

Агоністи серотонінових рецепторів
Дигідроерготамін
Похідні ерготаміну
Ерготамін і кофеїн
Ерготамін
Симпатоміметики
Ізометептен
Дихлоральфенезон
Кортикостероїди
Дексаметазон
Нестероїдні протизапальні препарати
Барбітурати, анальгетики

ковий підхід зосереджується на застосуванні анальгетиків, протизапальних препаратів та антиеметиків. Як звичайно, спочатку призначають ацетамінофен або ібупрофен, які проявляють цілком задовільну ефективність. Деколи надають перевагу напросодіуму, особливо в ситуаціях, коли пацієнт вже приймав якісь ліки перед поступленням. Упродовж останніх років специфічна abortивна терапія мігрені зазнала суттєвого прогресу. У минулому таке лікування спиралося на препарати ерготаміну в поєднанні з антиеметиками (хлорпромазин, метоклопрамід, прометазин). З'ясувалося, що при цьому захворюванні ефективні також препарати, в яких поєднується кофеїн та ацетамінофен. Агоністи 5-ГТ рецепторів — це найновіші медикаменти, які застосовують для abortивної терапії мігрені. Їх випускають в ін'єкційній та інтраназальній формах. Побічні ефекти таких ліків: дзвін у вухах, запаморочення, відчуття жару, біль у грудях та іноді — серцеві аритмії. Ось чому їх не рекомендують призначати пацієнтам із серцевою патологією, артеріальною гіпертензією та при вагітності.

Превентивний підхід обирають для пацієнтів із частотою важких нападів мігрені тричі в місяць або більше. Метою його є зменшення частоти, тривалості й інтенсивності болю голови. Остаточного обираючи схему лікування, слід якомога точніше діагностувати синдром болю голови. Важливим моментом терапії є розвіювання тривоги пацієнта. Цього можна досягнути заспокоєнням, розповідями пацієнтові про природу синдрому болю голови та поясненням етіологічних механізмів, які можуть бути до цього причетними. Через те, що лікування в більшості випадків призначається пацієнтам з рецидивуючим болем голови, зумовленим перенапруженням або мігренню, запевнення у відсутності новоутвору ЦНС суттєво допомагає зменшити частоту нападів у майбутньому.

Показами до превентивного лікування є частота болю голови принаймні двічі-тричі на місяць або випадки, коли його можна передбачити, наприклад, у дівчаток із передменструальною мігреною. Превентивна терапія проводиться щоденно і вважається ефективною, якщо

Таблиця 6.
Превентивне лікування при мігрені

Бета-блокатори Пропранолол Надолол Атенолол Тимолол Метопролол
Трициклічні антидепресанти Амітриптилін Нортриптилін Доксепін Іміпрамін
Антиконвульсанти Дифенілгідантоїн Карбамазепін Дивальпроат натрію
Адренергічні препарати Клонідин (клофелін)
Блокатори кальцієвих каналів Верапаміл Дилтіазем Ніфедипін
Антигістамінні засоби Ципрогептадин Терфенадин Астемізол
Інгібітори зворотного захоплення серотоніну Флуоксетин Тразодон
Нестероїдні протизапальні препарати Напроксен Меклофенамат Флурбіпрофен Ібупрофен

частота, інтенсивність та тривалість нападів зменшуються на 50% або більше. Переважно через кілька місяців, якщо напади піддаються контролю, а стан пацієнта стабільний, можна зменшити дозу ліків або відмінити їх.

У табл. 6 наведено перелік медикаментів, які призначають для запобігання мігрені у підлітків та дорослих. Більшість із них можна застосовувати в педіатричній практиці, змінивши лише дози. Традиційно з метою запобігання мігрені у дітей застосовують бета-блокатори (пропранолол) або трициклічні антидепресанти (іміпрамін, нортриптілін, амітриптілін). У зменшенні частоти атак мігрені виявились ефективними також антиконвульсанти, зокрема, дивальпроат натрію. З профілактичною метою можна застосовувати також ципрогептадин та нестероїдні протизапальні препарати.

Превентивне лікування може тривати кілька тижнів, перш ніж буде помітний ефект. Це зумовлено тим, що відповідну дозу препарату починають добирати з найнижчої і постійно збільшують, відповідно до переносимості та зменшення частоти і важкості нападів болю голови. Переважно після першого візиту доцільно запропонувати пацієнту вести щоденник частоти і важкості болю голови в наступні 2–4 тижні. Як правило, заспокоєння і пояснення особливостей синдрому болю голови, від якого страждає пацієнт, є достатнім для зменшення в майбутньому частоти і важкості нападів, що зумовлює непотрібність подальшої медикаментозної профілактики. Дуже часто пацієнти звертаються в амбулаторію або відділ ургентної допомоги із скаргами на раптове загострення до того стабільного болю голови. Призначивши превентивну терапію таким пацієнтам, можна дійсно досягти ефекту, проте насправді це може бути лише повернення до попередньої стабільної частоти нападів, яку пацієнт добре переносить. Отже, виключивши органічні ураження ЦНС, педіатр повинен заспокоїти пацієнта і спостерігати за динамікою симптоматики наступні кілька тижнів, щоб визначити, чи профілактичне лікування справді є необхідним.

Таблиця 7.
Пускові фактори болю голови

Гормональні	
1.	Менструація
2.	Овуляція
3.	Замісна гормональна терапія (прогестерон)
Дієта	
4.	Алкоголь
5.	Шоколад
6.	Глютамінат натрію
7.	Аспартам
8.	Кофеїн
9.	Горіхи
10.	Нітрити, нітрати
11.	Інше
Зміни	
12.	Погоди
13.	Пори року
14.	Подорож (з перетинанням часових поясів)
15.	Висоти
16.	Розпорядку дня
17.	Режиму сну
18.	Дієти
19.	Пропускання їди (обіду або ін.)
Сенсорні стимули	
20.	Яскраве світло
21.	Блимання світла
22.	Запахи
“Стрес”	
23.	Періоди спаду
24.	Періоди інтенсивної активності
25.	Втрата (смерть, розлучення тощо)
26.	Переїзд
27.	Втрата або зміна роботи
28.	Криза
29.	Інше

Якщо все ж вирішують проводити превентивне лікування, можна почати з бета-блокаторів, переважно пропранололу, або з ципрогептадину, який є антигістамінним препаратом. Переважно ці ліки добре переносять, проте існують і протипокази до їх застосування, особливо до призначення бета-блокаторів пацієнтам з бронхіальною астмою, цукровим діабетом або серцевою патологією. Ефективні також трициклічні антидепресанти, особливо для старших дітей та підлітків, у яких може бути депресія — первинна або вторинна, яка виникає внаслідок болю голови. Ці препарати мають седативний ефект, який позитивно впливає на сон у пацієнтів, що мають з цим проблеми.

Крім описаних медикаментозних можливостей, існує широкий вибір немедикаментозних заходів, які дають змогу полегшити і зменшити частоту нападів у випадках хронічного болю голови, пов'язаного з перенапруженням та мігренню. У табл. 7 перераховано види діяльності і ситуації, які можуть бути тригерами рецидивуючого мігренозного болю голови. Якщо ці чинники справді посилюють біль голови, заходи щодо їх уникнення можуть дати цілком задовільний ефект.

Висновки

У лікуванні гострої та рецидивуючої мігрені, а також прогресуючого болю голови в дітей досягнуто помітних успіхів. Знання класифікації цієї патології, адекватне застосування лабораторних обстежень і методів візуалізації дає змогу визначити тип болю голови, від якого страждає дитина. Суттєвий прогрес у розумінні патофізіології цього феномену дав змогу розробити специфічне abortивне і превентивне лікування, яке відкрило можливості ефективного впливу як на вторинний, так і на первинний біль голови.

Переклад *Марти Городенчук*

Reprinted with kind permission of "Pediatric Annals"