

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

**С. Карпищенко**<sup>1</sup>, доктор медицинских наук, профессор,

**С. Алексеенко**<sup>1, 2</sup>, кандидат медицинских наук,

**А. Волошина**<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Первый Санкт-Петербургский государственный  
медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

<sup>2</sup>Детская городская больница №19 им. К.А. Раухфуса,  
Санкт-Петербург

<sup>3</sup>Городская поликлиника №109, детское поликлиническое  
отделение №64, Санкт-Петербург

**E-mail:** anvoloshina1987@gmail.com

*Представлены и проанализированы результаты наблюдения и лечения детей с головной болью в амбулаторных условиях. Сделаны выводы о тактике ведения пациентов с цефалгией.*

**Ключевые слова:** педиатрия, головная боль, диагностика, лечение.

Головная боль (ГБ) – вечная проблема медицины. Термин «головная боль» применяли еще до нашей эры, ее пытались понять и лечить врачи древности. При более чем 45 болезнях ГБ является единственным или ведущим симптомом. Термином «головная боль, или цефалгия» обозначают любые боли и чувство дискомфорта в области головы. Причин цефалгии много. ГБ входит в десятку наиболее частых причин обращений к врачу в педиатрии. Жалобы на ГБ могут появиться у детей приблизительно с 5 лет, когда ребенок уже способен описать те ощущения, которые испытывает. В дошкольном возрасте ГБ встречается у 3–8% детей, у подростков этот показатель увеличивается до 50–80%. У маленьких детей, которые не могут рассказать о своей боли, существуют признаки, позволяющие определить ее наличие, – плохой сон, нарушение аппетита.

Если ребенка беспокоит ГБ, его необходимо обследовать. Врачи-неврологи и педиатры чаще всего являются первым звеном в цепочке обследования, так как именно к ним ведут родители детей с жалобами на ГБ. На этом этапе важно очень подробно собрать анамнез и выяснить характер ГБ.

Рассмотрим основные причины ГБ у детей.

### **ЦЕФАЛГИЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ**

Помимо ГБ, наблюдаются заложенность носа, гнойное или слизистое отделяемое из полости носа. Локализация боли связана с расположением очага воспаления. Болевые ощущения в области лица встречаются как при острых, так и при хронических процессах. К хроническим поражениям околоносовых пазух (ОНП) можно отнести полипы, кисты, инородные тела, хронические гнойные риносинуситы, сопровождающие аденоидиты. Аллергический отек слизистой оболочки полости носа может привести к нарушению пневматизации ОНП, что также способствует возникновению ГБ. Исключить связь цефалгии с патологией ОНП можно, выполнив рентгенографию или компьютерную томографию (КТ) ОНП.

### ЦЕФАЛГИЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ

Ее причиной чаще всего является патология височно-нижнечелюстных суставов. ГБ возникает при жевании и обычно локализуется в височных областях, иррадирует в область шеи, щеки.

### ЦЕФАЛГИЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ ОРГАНА ЗРЕНИЯ

К ГБ могут привести аномалия рефракции (гиперметропия, астигматизм, пресбиопия), ношение неправильно подобранных очков. Характерна ГБ слабой интенсивности в лобной области и глазах; обычно она отсутствует при пробуждении и провоцируется длительными зрительными нагрузками. Скрытое или явное косоглазие (гетеротропия) вызывает ГБ при выполнении заданий, связанных с напряжением зрения. При этом периодически отмечаются неясное зрение, ухудшение аккомодации. Описанные симптомы исчезают или уменьшаются, если закрыть один глаз.

### ЦЕФАЛГИЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ ОРГАНА СЛУХА

К ГБ приводит воспаление уха, чаще — среднего уха. Помимо цефалгии, наблюдается боль в воспаленном ухе, иногда в нем имеется гнойное отделяемое, отмечается снижение слуха.

### ЦЕФАЛГИЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ КОСТЕЙ ЧЕРЕПА И ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Боль характерна для пациентов, перенесших травму головы и шейного отдела позвоночника. Она возможна также при аномалии краниовертебрального сочленения (например, аномалия Киммерли и Арнольда—Киари). ГБ локализуется в шейно-затылочной области.

Как видно из перечисленного, характер и локализация ГБ разнообразны, поэтому очень важно выявить ее истинную причину, что иногда очень трудно.

На базе Городской детской поликлиники №64 проведено обследование 24 пациентов (19 девочек и 5 мальчиков) в возрасте от 5 до 16 лет.

Все обследуемые обратились в детскую поликлинику с ведущей жалобой на ГБ. В табл. 1 отражена их первичная обращаемость к врачам.

Из табл. 1 видно, что чаще всего по поводу ГБ родители детей обращаются к педиатру. Все 18 обследованных педиатром были направлены на дополнительное обследование к врачу-неврологу, после осмотра неврологом — к оториноларингологу для исключения патологии со стороны ЛОР-органов. Обследование оториноларингологом (сбор анамнеза и жалоб, эндоскопический осмотр ЛОР-органов, рентгенография ОНП) выявило патологию, которая представлена в табл. 2.

Из табл. 1 видно, что, кроме педиатра, пациенты первично обращались также были неврологу и оториноларингологу. Следует уточнить, что 5 пациентов, первично посетивших врача-невролога, сразу самостоятельно решили обратиться к нему; 1 пациент обратился сразу к ЛОР-врачу, чтобы исключить воспалительную природу боли, так как болевой синдром локализовался в височной области с иррадиацией в ухо.

После обследования у невролога и оториноларинголога были окончательно выявлены причины ГБ у детей и назначено соответствующее лечение.

Рассмотрим подробнее данные табл. 2. После детального опроса детей и родителей, сбора жалоб, неврологического осмотра, осмотра ЛОР-врачом у большинства пациентов (n=23) установлены признаки невралгии ветвей тройничного нерва.

При обследовании неврологом функции тройничного нерва оценивались по следующим критериям:

- наличие болей и парестезий в области лица;
- болезненность при пальпации точек выхода ветвей V нерва (над- и подглазничной, подбородочной);
- поверхностная чувствительность на симметричных участках лица путем сравнения интенсивности ощущений в зонах иннервации ветвей V нерва.

Такая оценка функции тройничного нерва производилась до и после лечения. Результаты оценки функций тройничного нерва у каждого пациента представлены в табл. 3.

Оперативное лечение получили 2 пациентки 15 и 16 лет в связи с тем, что при дополнительном обследовании, которое включало в себя рентгенографию и КТ ОНП, были выявлены признаки хронического верхнечелюстного синусита (кистоподобное образование верхнечелюстной пазухи). Оперативное лечение производилось в Санкт-Петербургской Детской городской больнице №19 им. К.А. Раухфуса. Операции выполнялись под общей анестезией методом эндоскопического эндоназального подхода (FESS) с применением ригидных эндоскопов с разным углом обзора. Послеоперационный период проходил спокойно, без осложнений.

Остальные 22 пациента получили консервативное лечение, основу которого составили прием нестероидных противовоспалительных препаратов и физиотерапия. Консервативная терапия продолжалась 10 дней; 8 пациентов из 22, как показал подробный анамнез, занимались в специализированных спортивных секциях, поэтому на момент лечения им было рекомендовано исключить физическую нагрузку на плечевой пояс и не посещать занятия физической культурой в течение 2 нед.

После 10 дней лечения — как оперативного, так и консервативного — 3 пациента отметили снижение интенсивности болевых ощущений и 21 — полное исчезновение боли. Следует уточнить, что среди 3 пациентов с остаточными болевыми ощущениями были 2 получивших оперативное лечение и 1 ребенок с болевыми ощущениями в теменно-затылочной области. У прооперированных пациентов на 15-е сутки по-

Таблица 1

#### Первичная обращаемость больных к врачам разных специальностей

| Врач              | Число пациентов |
|-------------------|-----------------|
| Педиатр           | 18              |
| Невролог          | 5               |
| Оториноларинголог | 1               |

Таблица 2

#### Заболевания, выявленные у обследованных

| Заболевание  | Число пациентов |
|--|-----------------|
| Невралгия ветвей тройничного нерва   | 23              |
| Затылочная невралгия   | 21              |
| Хронический верхнечелюстной синусит (кистоподобное образование верхнечелюстной пазухи) | 2               |
| Аденоиды II–III степени  | 9               |

Таблица 3

**Характеристика функций тройничного нерва у каждого пациента**

| Пациенты, № п/п | Боль в области лица                            | Болезненность точек выхода ветвей V нерва | Оценка чувствительности лица           | Метод лечения  |
|-----------------|--|---|--|----------------|
| 1-й             | Область переносицы                             | В месте выхода 1-й ветви                  | Нарушения чувствительности не выявлено | Оперативный    |
| 2-й             | Височная область справа                        | В месте выхода 1-й и 2-й ветвей           | То же                                  | Консервативный |
| 3-й             | Теменная область                               | В месте выхода 1-й ветви                  | – " –                                  | То же          |
| 4-й             | Затылочная область                             | То же                                     | – " –                                  | – " –          |
| 5-й             | Теменно-затылочная область                     | – " –                                     | – " –                                  | – " –          |
| 6-й             | Височная область справа                        | В месте выхода 1-й и 2-й ветвей           | – " –                                  | – " –          |
| 7-й             | Теменно-затылочная область                     | То же                                     | – " –                                  | – " –          |
| 8-й             | Височная область слева                         | В месте выхода 1-й ветви                  | – " –                                  | – " –          |
| 9-й             | Теменная область                               | То же                                     | – " –                                  | – " –          |
| 10-й            | Височная область справа                        | – " –                                     | – " –                                  | – " –          |
| 11-й            | Теменная область                               | – " –                                     | – " –                                  | – " –          |
| 12-й            | Область переносицы                             | – " –                                     | – " –                                  | – " –          |
| 13-й            | Височная область слева                         | В месте выхода 1-й и 2-й ветвей           | – " –                                  | – " –          |
| 14-й            | Теменно-затылочная область                     | В месте выхода 1-й ветви                  | – " –                                  | – " –          |
| 15-й            | Височная область справа                        | То же                                     | Снижение чувствительности справа       | – " –          |
| 16-й            | Височная область слева                         | – " –                                     | Нарушения чувствительности не выявлено | – " –          |
| 17-й            | Область переносицы                             | В месте выхода 1-й и 2-й ветвей           | То же                                  | – " –          |
| 18-й            | Височная область слева                         | В месте выхода 1-й ветви                  | – " –                                  | – " –          |
| 19-й            | Область переносицы                             | То же                                     | – " –                                  | – " –          |
| 20-й            | Теменно-затылочная область                     | – " –                                     | – " –                                  | – " –          |
| 21-й            | Теменно-затылочная область                     | В месте выхода 1-й и 2-й ветвей           | – " –                                  | – " –          |
| 22-й            | Височная область слева                         | В месте выхода 1-й ветви                  | – " –                                  | – " –          |
| 23-й            | Область переносицы                             | То же                                     | – " –                                  | – " –          |
| 24-й            | Височная область слева, иррадирует в левое ухо | В месте выхода 1-й и 2-й ветвей           | Снижение чувствительности слева        | – " –          |

сле операции болевые ощущения прошли; скорее всего, остаточная цефалгия, наблюдавшаяся на 10-е сутки, была фактором послеоперационного периода. При осмотре пациента с болевыми ощущениями в теменно-затылочной области оказалось, что ребенок продолжал посещать спортивную секцию, несмотря на рекомендацию ограничить физическую нагрузку.

Таким образом, ввиду многообразия причин ГБ для ее диагностики требуется мультидисциплинарный подход. Дети с ГБ должны обследоваться неврологом, оториноларингологом, офтальмологом, стоматологом, аллергологом. Таким де-

тям необходимо максимально сократить длительность обследования на поликлиническом этапе. Своевременно поставленный диагноз позволит раньше начать необходимое лечение, а значит и получить желаемый результат. Следует рекомендовать родителям регулировать учебную и физическую нагрузку детей, так как очень часто ГБ связаны именно с перенапряжением мышечно-аппарата шейного отдела позвоночника.

**Рекомендуемая литература**

Danilov L., Ababii P., Sciurow L. et al. Bacterial pharyngeal flora in inflammatory pathologies of upper airways in children. // *Folia Otorhinolaryngologica et Pathologiae Respiratoriae*. – 2014; 20 (2): 15.

Lewis D., Middlebrook M., Mehallick L. Pediatric Headaches: What do the children want? // *Headache*. – 1996; 36: 224–30.

Sánchez del Rio M., Alvarez J. Functional neuroimaging of headaches // *Lancet Neurol*. – 2004; 3 (11): 645–51.

Swaiman K., Ashwal St., Ferriero D. et al. Headaches in Infants and Children. *Pediatric Neurology: Principles and Practice, Fifth Edition / London: Elsevier Inc. 2012; Ch. 63: 880–99.*

Будчанова Н.Ю., Делягин В.М., Хондкарян Г.Ш. Распространенность и особенности клинических проявлений первичных головных болей у школьников // *Педиатрия*. – 2008; 87 (5): 138–40.

Горюнова А.В., Пак Л.А. Современная классификация, эпидемиология и патогенез головной боли у детей // *Рос. педиат. журн.* – 2006; 4: 21–7.

Кваскова И.В., Шварков С.Б. Клинические проявления мигрени у детей // *Журн. неврол. и психиат. им. С.С. Корсакова*. – 1999; 1: 15–7.

Красильникова С.В., Шахов А.В. Опыт применения криогенного метода лечения у детей с патологией носоглоточной миндалины // *Folia Otorhinolaryngologica et Pathologiae Respiratoriae*. – 2015; 21 (2): 13.

**DIAGNOSIS AND TREATMENT OF HEADACHE IN CHILDREN IN OUTPATIENT SETTINGS**

Professor **S. Karpishchenko**<sup>1</sup>, MD; **S. Alekseenko**<sup>1,2</sup>, Candidate of Medical Sciences; **A. Voloshina**<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Acad. I.P. Pavlov First Saint Petersburg State Medical University

<sup>2</sup>K.A. Raikhfus City Children's Hospital, Saint Petersburg

<sup>3</sup>Children's Polyclinic Department Sixty-Four, City Polyclinic One Hundred and Nine, Saint Petersburg

The paper presents and analyzes follow-up and treatment results in children with headache in outpatient settings. The authors make conclusions concerning the management tactics in patients with cephalalgia.

**Key words:** pediatrics, headache, diagnosis, treatment.