

**П.В. Ковальчук**, детский невролог, Винницкая областная детская клиническая больница; **А.В. Катилов**, к. мед. н., доцент, Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова; **С.А. Паненко**, заведующая отделением неврологии, **О.П. Слична**, детский невролог, Винницкая областная детская клиническая больница; **Е.В. Дехтярь**, медицинский факультет № 2, Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова

# Головная боль напряжения у детей: эпидемиология, диагностика и тактика ведения

**Головная боль напряженного типа (ГБНТ) – одно из самых распространенных расстройств, большая часть людей в мире перенесла хотя бы один приступ боли с характеристиками, соответствующими этому диагнозу. Так как ГБНТ является доброкачественным состоянием и в большинстве случаев не имеет существенного влияния на повседневную активность, очень важно определить возможную первопричину – интракраниальную патологию, лор-заболевания, влияние токсических, метаболических, психических факторов, травм и др. На этапе первичной оценки важно уметь определить «красные флажки», чтобы своевременно диагностировать угрожающие здоровью и жизни состояния и в то же время избежать излишнего назначения дорогостоящих, а иногда – вредных методов исследования, неэффективных и опасных методик лечения. Следующим этапом является использование наиболее эффективных для конкретного пациента методов лечения, улучшение качества жизни, восстановление для пациента и его близких четкой картины заболевания – с одной стороны, разубедить тревожных пациентов в наличии у них серьезных некурабельных заболеваний, с другой – объяснить близким пациента, что его состояние является заболеванием, а не нарушением поведения и адаптации. Несмотря на большое количество лекарственных средств с доказанной эффективностью, во всех странах мира, независимо от уровня экономического развития, сохраняется проблема ведения как взрослых, так и детей с головной болью [1].**

В современных условиях украинской системы здравоохранения данный диагноз часто маскируется под терминами «вегето-сосудистая дистония», «сосудистая головная боль», «цефалгия» и др. Соответственно пациенты не проходят адекватного обследования и лечения, что влияет на качество жизни, затраты пациентов и медицинских учреждений.

## Эпидемиология и патогенез

Головная боль напряженного типа (головная боль напряжения, tension-type headache) является самым распространенным видом головной боли в мире. Точная распространенность этого состояния на данный момент не известна ввиду разницы в критериях отбора в исследования. Количество людей в общей популяции, которые испытывали хотя бы один приступ головной боли с характеристиками ГБНТ, превышает 90%. По данным разных исследователей, у 21,7-86,5% пациентов на протяжении года возникает эпизод одного из типов ГБНТ. Если нечастая эпизодическая ГБНТ имеет место практически во всей популяции и не требует лечения, то частая эпизодическая и хроническая ГБНТ значительно нарушает качество жизни и требует вмешательства специалиста [2-4].

Существует мнение, что в механизме возникновения головной боли ведущая роль принадлежит комбинированному влиянию периферических и центральных факторов, включая ослабление антиноцицептивной системы супраспинальных структур с участием серотонина и эндогенных пептидов, сенситизации всех порядков нейронов задних рогов спинного мозга и ядер тройничного нерва с участием, соответственно, нитрата, кальцитонин-ген-зависимого пептида, субстанции Р, нейроеккина-А [14, 15].

## Международная классификация головной боли 3-го издания (2018)

2. Головная боль напряженного типа.
- 2.1. Нечастая эпизодическая головная боль напряженного типа.
- 2.1.1. Нечастая эпизодическая головная боль напряженного типа, ассоциированная с чувствительностью надкостницы.
- 2.1.2. Нечастая эпизодическая головная боль напряженного типа без чувствительности надкостницы.
- 2.2. Частая эпизодическая головная боль напряженного типа.
- 2.2.1. Частая эпизодическая головная боль напряженного типа, ассоциированная с чувствительностью надкостницы.
- 2.2.2. Частая эпизодическая головная боль напряженного типа без чувствительности надкостницы.
- 2.3. Хроническая головная боль напряженного типа.
- 2.3.1. Хроническая головная боль напряженного типа, ассоциированная с чувствительностью надкостницы.
- 2.3.2. Хроническая головная боль напряженного типа без чувствительности надкостницы.
- 2.4. Вероятно головная боль напряженного типа.
- 2.4.1. Вероятно нечастая эпизодическая головная боль напряженного типа.
- 2.4.2. Вероятно частая эпизодическая головная боль напряженного типа.

2.4.3. Вероятно хроническая головная боль напряженного типа.

## Диагностические критерии

### Нечастая эпизодическая головная боль напряженного типа

- А. От 10 приступов головной боли, которые возникают не чаще 1 раза в месяц (не больше 12 дней в год), с критериями В-D.
- В. Продолжительность приступа от 30 мин до 7 дней.
- С. Удовлетворяет 2 характеристики или больше из 4:

- 1) двухсторонняя локализация;
- 2) давящий или стягивающий (не пульсирующий) характер боли;
- 3) легкая или средняя интенсивность головной боли;
- 4) не усиливается при рутинной физической активности (например, при ходьбе, подъеме по ступенькам).
- Д. Обе характеристики:
- 1) отсутствие тошноты или рвоты;
- 2) не более одной: фотофобия или фонофобия.

Е. Не может быть лучше описана другим диагнозом из Международной классификации головной боли 3-го издания (МКГБ-3).

Наличие или отсутствие чувствительности надкостницы (чувствительность при пальпации лобных, височных, теменных областей во время приступа) рекомендовано указывать в диагнозе [2].

### Частая эпизодическая головная боль напряженного типа

- А. По крайней мере 10 приступов головной боли, которые возникают в среднем в течение 1-14 дней в месяц на протяжении более 3 мес (более 12, но не менее 180 дней в год), удовлетворяющие критерии В-D.
- В. Длительность приступа от 30 мин до 7 дней.
- С. Удовлетворяет по крайней мере 2 характеристики из 4:

- 1) двухсторонняя локализация;
- 2) давящая или стягивающая (не пульсирующая) боль;
- 3) легкая или средняя интенсивность головной боли;
- 4) не усиливается при рутинной физической активности (например, ходьбе или подъеме по лестнице).
- Д. Обе из следующих характеристик:
- 1) отсутствие тошноты или рвоты;
- 2) не более одной из двух: фотофобия или фонофобия.

Е. Не может быть лучше описана другим диагнозом из МКГБ-3.

### Хроническая головная боль напряженного типа

- А. По крайней мере 10 приступов головной боли, которые возникают в среднем в течение 15 дней в месяц и более на протяжении больше 3 мес (более 180 дней в год), удовлетворяющие критерии В-D.
- В. Приступ длится в течение часов, дней или непрерывно.
- С. Удовлетворяет, по крайней мере, 2 характеристики из 4:
- 1) двухсторонняя локализация;
- 2) давящая или стягивающая боль (не пульсирующая);

3) легкая или средняя интенсивность головной боли;

4) не усиливается при рутинной физической активности (например, ходьбе или подъеме по ступенькам).

Д. Обе из следующих характеристик:

- 1) не более одной из трех: фотофобия, или фонофобия, или легкая тошнота.
- 2) отсутствие среднетяжелой, тяжелой тошноты или рвоты.

Е. Не может быть лучше описана другим диагнозом из МКГБ-3.

## Дифференциальная диагностика

Вторичная головная боль у детей чаще всего связана с экстракраниальной инфекцией (острая респираторная вирусная инфекция, грипп, другие заболевания с интоксикацией). В таких случаях клинически определяется воспалительное заболевание, боль носит диффузный, подобный ГБНТ характер. При воспалительных заболеваниях лор-органов (фроните, гайморите, этмоидите, сфеноидите) боль локализуется на стороне пораженной пазухи, перкуссия болезненна, боль усиливается при наклоне вперед, сопровождается выделениями из носовых ходов, заложенностью носа. При отите отмечается боль в области уха, которая усиливается при пальпации (для подтверждения диагноза и дифференциальной диагностики используется отоскопия), при мастоидите возникает болезненность во время перкуссии сосцевидного отростка. Боль, связанную с черепно-мозговой травмой (ЧМТ) или травмой шеи, определяют путем тщательного сбора анамнеза, оценки признаков травмы – гематом, ссадин, ран, шрамов, деформации костей черепа [4-13, 15].

Есть несколько тяжелых заболеваний, угрожающих жизни пациента, при которых из-за скудной и неспецифической клинической картины возможны диагностические ошибки: абсцесс мозга, опухоль мозга, сосудистые мальформации (аневризмы и врожденные пороки сосудов, которые до разрыва иногда вообще не имеют клинических проявлений), а также хроническая субдуральная гематома. Для исключения этих редких, но крайне опасных заболеваний следует соблюдать алгоритм осмотра и внимательно оценивать наличие «красных флажков» [4-13, 15].

## Дифференциальный диагноз по характеру боли

### Острая локализованная боль:

- 1) ассоциированная с инфекциями верхних дыхательных путей (синуситы, средний отит) или с вирусными инфекциями;
- 2) обусловлена травмой;
- 3) связанная с процессами в ротовой полости (зубная боль, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава);
- 4) обусловлена абсцессом мозга;
- 5) первый приступ мигрени.

### Острая генерализованная боль:

- 1) при повышении температуры тела;
- 2) системная инфекция (грипп);
- 3) инфекции центральной нервной системы (менингит, энцефалит);
- 4) артериальная гипертензия, гипертоническая энцефалопатия;
- 5) внутричерепное кровоизлияние.



П.В. Ковальчук



А.В. Катилов



С.А. Паненко

*Головная боль, обусловленная физической нагрузкой:*

- 1) первый приступ мигрени;
- 2) последствия травмы;
- 3) воздействие токсинов (например, угарного газа), лекарственных средств (амфетаминов, пероральных контрацептивов), наркотических и психотропных веществ;
- 4) острая и повторяющаяся;
- 5) приступы мигрени;
- 6) кластерная головная боль.

Следует помнить, что объемные внутричерепные поражения также обуславливают головную боль, которая возникает или усиливается при физической нагрузке, натуживании, выполнении приема Вальсальвы.

### Хроническая непрогрессирующая боль:

- 1) головная боль напряженного типа;
- 2) психические расстройства (депрессия, боязнь посещать школу);
- 3) посттравматическая, после сотрясения мозга;
- 4) абзусная головная боль (связанная с чрезмерным употреблением обезболивающих препаратов).

### Хроническая прогрессирующая боль:

- 1) идиопатическая внутричерепная гипертензия;
- 2) объемные поражения (опухоли, абсцессы, паразитарные поражения, кровоизлияния, гидроцефалия, сосудистые мальформации);
- 3) посттравматическая, после сотрясения мозга.

## Симптомы («красные флажки»), которые указывают на необходимость дальнейшего дополнительного обследования пациента

1. Первый эпизод самой интенсивной головной боли, особенно с резким началом, короткие пароксизмы головной боли, боль по типу удара грома.
2. Впервые возникшая прогрессирующая головная боль, которая длится днями, усиление интенсивности, частоты, длительности, изменение характера приступов.
3. Неврологический дефицит (например, диплопия, снижение остроты зрения, сенсорные расстройства, слабость, атаксия), нарушение сознания.

Продолжение на стр. 36.

**П.В. Ковальчук**, детский невролог, Винницкая областная детская клиническая больница; **А.В. Катилов**, к. мед. н., доцент, Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова; **С.А. Паненко**, заведующая отделением неврологии, **О.П. Сличко**, детский невролог, Винницкая областная детская клиническая больница; **Е.В. Дехтярь**, медицинский факультет № 2, Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова

# Головная боль напряжения у детей: эпидемиология, диагностика и тактика ведения

Продолжение. Начало на стр. 35.

- Усиление боли или ухудшение общего состояния при натуживании, кашле, чихании, наклоне головы, движениях глазами, выполнении приема Вальсальвы, в положении лежа.
- Головной боли предшествовала травма головы, шеи или другая значительная травма либо наличие ее признаков (синяки, рубцы, повреждения кожных покровов), факты о жестоком обращении с ребенком в анамнезе.
- Изменение венозного рисунка головы: набухание вен, набухание, венозное полнокровие конъюнктивы.
- Головная боль, которая сопровождается ригидностью шейных мышц и/или жаром.
- Повторная локализованная головная боль, боль в области затылка.
- Недостаточный ответ на оптимальную терапию.
- Анамнез головной боли менее 6 мес.
- Наличие факторов риска развития интракраниальной патологии: онкологическое заболевание, скомпрометированный иммунитет (прием иммуносупрессантов – цитостатиков, кортикостероидов, синдром приобретенного иммунодефицита, врожденный иммунодефицит), наличие ликворешунтирующей системы.
- Впервые возникшая боль у лиц в возрасте <6-7 лет или у пациентов, контакт с которыми ограничен (дети с задержкой психического развития, в состоянии стресса).
- Головная боль, связанная с персистирующей тошнотой/рвотой, особенно утром.
- Повышение температуры и уменьшение массы тела.
- Артериальная гипертензия.
- Возможное влияние токсических веществ.
- Необычный анамнез или характер головной боли, которая не соответствует критериям диагноза ГБНТ.

**Первичная головная боль.** В случае, когда головная боль стереотипно повторяется и ее интенсивность не нарастает, вероятнее всего, имеет место первичная головная боль, т.е. без структурной этиологии. Дифференцировать ГБНТ от других типов первичной головной боли необходимо для назначения оптимального лечения. Другими видами первичной головной боли являются мигрень, автономные тригеминальные цефалгии, «разрушающая» мигрень, первичная головная боль по типу удара грома, первичная головная боль при физических нагрузках и другие в соответствии с МКГБ-3.

**Вторичная головная боль.** Самой частой является вторичная головная боль воспалительного происхождения, связанная с заболеваниями лор-органов (отит, синусит), и головная боль после ЧМТ, а также ассоциированная с другими болезнями, в том числе сосудистыми, токсическими поражениями (табл.).

Обязательно следует помнить об угрожающих жизни состояниях, которые проявляются головной болью: субарахноидальная кровоизлияния, внутричерепные мальформации сосудов, объемных поражениях, тромбозе центральных синусов черепа, спонтанном или травматическом расслоении внутренней сонной или позвоночной артерий. В целом вторичную этиологию головной боли у детей фиксируют редко, однако при наличии факторов риска необходимо применить методы нейровизуализации и/или выполнить другие исследования.

## Ведение пациентов с ГБНТ

Лечение пациентов с ГБНТ включает 2 основных компонента: превентивная и abortивная терапия. Превентивное лечение можно разделить на медикаментозное и немедикаментозное (изменение способа жизни, избегание воздействия триггеров, использование психоневрологических методик). Важно исключить симптомы, которые могут свидетельствовать о вторичной этиологии головной боли (см. выше) [4-6, 11, 15, 16].

## Abortивное лечение (неотложная помощь)

Врач, оказывающий неотложную помощь, должен уметь идентифицировать головную боль вторичного происхождения, причины которой требуют интенсивного лечения или хирургического вмешательства. Однако около 90% пациентов, которые обращаются за неотложной помощью по поводу головной боли, имеют мигрень, ГБНТ, вторичную головную боль доброкачественного происхождения. Поэтому приоритет следует отдавать симптоматическому обезболиванию [4-6, 11, 15, 16]. Отдых в темной тихой комнате, иногда – прикладывание холода к болезненному участку помогают уменьшить выраженность боли.

К препаратам первой линии для купирования приступа головной боли относятся:

- ибупрофен в дозе 7,5-10 мг/кг массы тела (показал более высокую эффективность у детей в сравнении с ацетаминофеном);
- ацетаминофен (парацетамол) в дозе 15 мг/кг.

Аспирин не следует применять при ГБНТ у детей ввиду риска развития синдрома Рейе. Комбинированные препараты, препараты с ограниченными данными относительно

использования у детей не следует применять ввиду возможного развития зависимости, абзусной головной боли, высокой вероятности побочных эффектов.

Частое применение нестероидных противовоспалительных препаратов может привести к формированию абзусной головной боли. Не рекомендовано принимать обезболивающие препараты чаще 2 дней в неделю. О риске развития данного осложнения необходимо уведомить пациента и его родителей/опекунов. При частых эпизодах головной боли следует рассмотреть возможность применения превентивной терапии.

## Превентивное лечение

Что касается общих рекомендаций, то важным аспектом является обучение ребенка и его семьи. Ведение дневника головной боли с указанием даты, времени, длительности приступа, его характера, возможных провоцирующих факторов, лекарственных средств, которые были применены, и их эффективности поможет установить паттерн, возможные триггерные факторы, результаты лечения.

Первым шагом на пути преодоления головной боли является изменение образа жизни ребенка. Следует исключить воздействие следующих факторов:

- стресс, переутомление;
- нерегулярный прием пищи, гипогликемия, несбалансированное питание;
- недостаточное употребление воды;
- употребление продуктов, содержащих кофеин;
- недостаточное/несоответствующее возрасту количество часов сна, нарушения режима сна;
- длительный просмотр телепередач, использование компьютера и мобильных устройств, в частности перед сном;
- недостаточная физическая активность (рекомендовано выполнение аэробных упражнений начиная с 15 мин в день).

## Медикаментозное лечение

На данный момент имеется недостаточно данных относительно эффективности медикаментозной профилактики ГБНТ у детей, большинство рекомендаций основаны на тактиках, опробованных у взрослых. Препаратом первой линии в большинстве руководств указывается amitриптилин в дозе 0,25 мг/кг в сутки перед сном с возможным повышением дозы на 0,25 мг/кг в сутки через 2-3 недели до достижения максимальной дозы 1 мг/кг в сутки. Возможные побочные эффекты при использовании высоких доз – сонливость, ортостатическая гипотензия.

**Нельзя назначать трициклические антидепрессанты вместе с ингибиторами моноаминоксидазы!**

Препаратом второй линии для подростков является топирамат в дозе 1-2 мг/кг в сутки с возможным ее повышением на 1-2 мг/кг в сутки с интервалом в 7 дней до достижения дозы 200 мг/сут. При этом необходим мониторинг возможных побочных эффектов: уменьшение массы тела, метаболический ацидоз, когнитивные нарушения. Учитывая противосудорожный эффект, топирамат рекомендован при коморбидности головной боли с эпилепсией и/или ожирением.

Психотерапия, в особенности поведенческая, обеспечивает хорошие результаты у пациентов с ГБНТ и другой первичной головной болью.

Стационарное лечение оправдано в случае частого возникновения эпизодов ГБНТ или хронической ГБНТ с целью мультидисциплинарного обследования пациента, мониторинга ранних побочных эффектов и ответа на медикаментозную терапию, работы с психологом.

## Объем исследований

Необходимо уточнение анамнеза в отношении применения лекарственных препаратов, поскольку некоторые из них могут

вызывать головную боль: частый прием обезболивающих – аспирин, парацетамол, ибупрофен, кодеин, триптанов, других рецептурных обезболивающих средств (допустимой в большинстве протоколов считается частота применения не более 2 раз в неделю), препараты, содержащие кофеин, снотворные, противозачаточные средства, нитраты (нитроглицерин). Следует тщательно изучить анамнез по поводу других заболеваний, которые могут вызывать головную боль, – лор-патологии, ЧМТ, инфекционных заболеваний. Согласно консенсусу Международного общества по изучению головной боли, если головная боль возникла одновременно или через небольшой временной промежуток с другим нарушением, которое может проявляться таким образом, ее следует считать вторичной [5, 6, 11, 15, 17].

Необходимо провести измерение роста, массы тела, окружности головы с целью сопоставления данных с возрастными нормами, исключения признаков гидроцефалии, гигантизма или, наоборот, нанизма, определение уровня питания. Выполняют измерение артериального давления и пульса для исключения вторичной головной боли на фоне сердечно-сосудистой патологии, аускультацию области шеи и головы для исключения шумов при сосудистой мальформации. Проводят осмотр глазного дна и отоскопию: застойные явления на глазном дне требуют применения методик нейровизуализации, признаки отита служат подтверждением вторичного характера головной боли и основанием для назначения лечения. Осмотр и пальпация головы, шеи, плеч и спины дают возможность исключить наличие признаков травмы, цервикогенной головной боли. При неврологическом осмотре особое внимание уделяют определению состояния сознания, изучению функции черепных нервов, оценке двигательной функции (симметричность рефлексов, вставание из положения сидя без помощи рук, хождение на цыпочках и пятках), чувствительной сферы, функций мозжечка (обращается внимание на выполнение пациентом координационных тестов, в частности хождение по прямой линии – танцевальная ходьба; поза Ромберга). Любые выявленные отклонения следует расценивать как основание к применению методик нейровизуализации. При пальпации возможно выявление чувствительности височной, подзатылочных мышц, надкостницы лобной, теменных и височных костей, болевых точек в мышцах шеи и плечевого пояса, что соотносится с диагнозом ГБНТ и не требует проведения дополнительных исследований [5, 6, 11, 15, 17].

Состояния, соответствующие критериям диагноза «головная боль напряженного типа», без наличия «красных флажков» не требуют использования дополнительных методов исследования.

Для дифференциальной диагностики от вторичной головной боли применяют методики нейровизуализации, лабораторные исследования, которые назначают профильные специалисты – невролог, отоларинголог, нейрохирург. Сегодня доступны результаты исследования, в котором сравнивали диагностическую ценность и вред разных методов нейровизуализации (магнитно-резонансной томографии – МРТ, МР-артерио- и венографии, спиральной компьютерной томографии – СКТ, КТ-артерио- и венографии, ангиографии, рентгенографии). Эти данные основаны на анализе обширной доказательной базы и могут использоваться в качестве обоснования для назначения того или иного исследования пациенту с головной болью [17].

В случае вторичной головной боли, как правило, полезно выполнение МРТ без контрастирования (при диагностической необходимости в процессе исследования – с введением контрастного вещества); СКТ без контрастирования, КТ-артерио- и венографии с внутривенным введением контрастного вещества, МР-артерио- и венографии без контрастирования. Остальные методики нейровизуализации применять нецелесообразно.

Неожиданно возникшая интенсивная головная боль (по типу удара грома) дает возможность предположить сосудистые нарушения – внутричерепное кровоизлияние, ишемический инсульт, диссекцию

| Характеристика                                     | L.G. Burton, 1997 | D.W. Lewis, 2000 | L. Kan, 2000 | P. Scagni, 2008 | T.M. Lateef, 2009 | E. Conicella, 2008 |
|----------------------------------------------------|-------------------|------------------|--------------|-----------------|-------------------|--------------------|
| Возраст                                            | 2-18              | 2-18             | 0-18         | 0-16            | 2-5               | 2-18               |
| Количество пациентов                               | 288               | 150              | 130          | 526             | 364               | 432                |
| Частота вторичной головной боли, %                 |                   |                  |              | 42,0            | 84,3              | 55,0               |
| Вирусная патология                                 | 39,2              | 39,0             | 28,5         | 38,0            | 61,0              | 14,8               |
| Синуситы                                           | 16,0              | 9,0              |              |                 |                   | 16,7               |
| Травма головы                                      | 6,6               | 20,0             |              | –*              | 13,0              | 8,7                |
| Фарингит, вызванный β-гемолитическим стрептококком | 4,9               | 9,0              |              |                 |                   |                    |
| Вирусный менингит                                  | 5,2               | 9,0              | 2,3          | 0,4             | 1,1**             | 2,5                |
| Несостоятельность вентрикулоперитонеального шунта  | 0,3               | 2,0              | 11,5         | 0,4             | 3,8               | 1,8                |
| Опухоль мозга                                      |                   | 2,6              |              | 0,4             | 1,9               | 1,1                |
| Состояние после судорог                            |                   | 1,3              |              | 0,9             | 0,5               |                    |
| Цереброваскулярные заболевания                     |                   |                  |              | 0,5             | 0,3***            |                    |

Процентные данные рассчитаны относительно всех вариантов головной боли; \* в исследовании не представлены данные относительно головной боли после травмы, при бактериальном менингите; \*\* бактериальный или вирусный менингит; \*\*\* инфекционное поражение головного мозга или острый рассеянный энцефаломиелит.



артерії. В такому випадку переважно інформативні СКТ без контрастування, МРТ, МР-артеріографія без контрастування, а також може бути корисна КТ-артеріографія з контрастуванням; інші методи застосовувати нецелеспрямовано.

При головній болі, пов'язаній з інфекцією, рекомендована МРТ без контрастування (з контрастуванням в разі виникнення діагностичної необхідності в процесі дослідження); СКТ і МР-веніографія з контрастуванням або без нього; може бути інформативна МР-артеріографія без контрастування. Інші методи застосовувати нецелеспрямовано.

Таким чином, в більшості випадків достатньо виконати МРТ і МР-ангіографію з контрастуванням або без нього, по інформативності вони еквівалентні КТ. Тому за винятком випадків, коли МРТ недоступна, стан пацієнта нестабільно, він не контактує, існує ризик внутрішнього магнітного поля в області голови або передбачення клінічно значимих пошкоджень кістки (перелом основи черепа, вдавнені, оскольчасті переломи, епідуральні гематоми – визначення джерела кровотечі для планування оперативного втручання), перевагу надають МРТ внаслідок кращої якості візуалізації, відсутності іонізуючого випромінювання. Звичайна рентгенографія має низький поріг чутливості, не забезпечує можливості візуалізувати пошкодження м'яких тканин, піддає пацієнта облученню. По суті, на краніограмах можна з впевненістю розрізняти переломи або новоутворення свода черепа і чужорідні тіла, окремі кісткові ознаки об'ємних пошкоджень (зміщення турецького седла, «волосатий» череп, розширення кістки над новоутворенням, зміщення кальцифікованої шишкоподібної залози). Рентгенографія широко застосовується в розвиваючись країнах внаслідок доступності і дешевизни.

**В разі виявлення змін при нейровізуалізації слід отримати консультацію спеціаліста з приводу того, чи можуть ці зміни бути причиною головної болі (часто випадково виявляють «бессимптомні» трифуркацію середньої мозкової артерії, гіпоплазію або аплазію судин вилізного кола або позвоночних артерій, арахноідальні кисти без мас-ефекта, кисту шишкоподібної залози або мікроаденому гіпофіза).**

**Розповсюджені помилки ведення пацієнтів з ГВН**  
**Неправильно встановлений діагноз**  
Вегетосудинна дистонія – це саме має на увазі лікар? Вегетативну нейропатію при діабеті? Вазовагальні синкопи? Постуральну ортостатичну тахікардію? Мультисистемну атрофію?

Судинна головна біль – абсолютно правомірний і патогенетичний діагноз. Згідно МКГБ-3, такою є біль, пов'язаний з пошкодженнями судин голови і шиї, – ішемічний інсульт, нетравматичне кровоизливання, нерозривався судинна мальформація, васкуліти, стани після інвазивних процедур (ендартеріотомії, артеріальне і венозне стентування, ангіографія, артеріальні диссекції), зворотний синдром церебральної вазоконстрикції (RSVS), хвороба м'якої і церебральна амилоїдна ангіопатія, інші рідкі васкулопатії. К сожалению, зарубіжні колеги не знайшли застосування реоенцефалографії для діагностики цих важких захворювань, як і позитивного ефекта від похідних гамма-аміномасляної кислоти і інших ноотропних препаратів.

**Назначення непотрібних досліджень**  
При первинній головній болі (класична головна біль напруженого типу без «червоних прапорців» і успішно піддається ліченню) не потрібно проведення нейровізуалізації, частота виявлених відхилень відповідає такій в загальній популяції. Реоенцефалографія не має

діагностичної цінності, так як тонус судин головного мозку підпорядковується потужній системі ауторегуляції, і його часті зміни є наслідком, а не причиною патогенетичних механізмів головної болі. Її патологічне змінювання (вазоспазм при субарахноїдальному кровоизливанні, ЧМТ, інсульті) однозначно є небезпечним ускладненням, але проведення реоенцефалографії в цьому випадку нецелеспрямовано.

**Назначення препаратів без доказаної ефективності при ліченні конкретного захворювання**

Ефективність седативних засобів, що містять рослинні компоненти (не рахуючи опійного маку), окремих амінокислот, ноотропних, гомеопатических, «судинних» препаратів, мультивітамінів не доведена, в більшості розвинених країн вони зареєстровані як біологічно активні добавки або не зареєстровані взагалі. В окремих випадках, при наявності високої впевненості в домінуванні невротического компонента, можна призначати їх, з урахуванням побічних дій, як плацебо (результати досліджень підтверджують хороши відповіді, особливо у підлітків).

**Література**

1. Атлас головного болю (видає БООЗ, сумісно з Lifting the Burden (глобальна компанія проти головного болю) в 2011 році) [http://www.who.int/mental\\_health/management/atlas\\_headache\\_disorders/en](http://www.who.int/mental_health/management/atlas_headache_disorders/en).

2. The International Classification of Headache Disorders, 3<sup>rd</sup> edition. Cephalalgia. 2018; 38(1): 1-211 / International Headache Society 2018. [http://www.ihs-headache.org/binary\\_data/3245\\_ichd-3-cephalgia-2018-issue-1.pdf](http://www.ihs-headache.org/binary_data/3245_ichd-3-cephalgia-2018-issue-1.pdf).

3. GBD2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2016; 388: 1545-1602. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31678-6/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31678-6/abstract).

4. Clinical Practice Guideline for Chronic Headache 2013, Japanese Society of Neurology, Japanese Headache Society, Guideline Executive Committee. <http://www.jhsnet.org/english/guideline2013.pdf>.

5. Beran R.G. Management of chronic headache. Australian Family Physician. 2014; 43(3), march.

The Royal Australian College of General Practitioners 2016. <https://www.racgp.org.au/download/Documents/AFP/2014/March/201403beran.pdf>.

6. Headache, Clinical Practice Guidelines. The Royal Children's Hospital Melbourne. [https://www.rch.org.au/clinicalguide/guideline\\_index/Headache](https://www.rch.org.au/clinicalguide/guideline_index/Headache).

7. Forthys P.A., Posner J.B. Headache in patients with brain tumors; A STUDY OF 111 PATIENTS. Neurology. 1993 Sep.; 43(9): 1678-1683.

8. European Stroke Organization guideline for the diagnosis and treatment of cerebral venous thrombosis – endorsed by the European Academy of Neurology, 20 August 2017. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ene.13381/full>.

9. Cerebral Sinovenous Thrombosis, Department of Neurology and Pediatrics, Children's Hospital of Philadelphia, Perelman School of Medicine of the University of Pennsylvania, Philadelphia, PA, United States, Front. Pediatr., 27 July 2017. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fped.2017.00163/full>.

10. Craniocervical Arterial Dissection in Children: Diagnosis and Treatment, Curr Treat Options Neurol. 2011 Dec; 13(6): 636-648. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3297486>.

11. Headaches in over 12s: diagnosis and management, Clinical guideline [CG150] Published date: Sept. 2012. Last updated: Nov. 2015, NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg150/chapter/Recommendations>.

12. Spontaneous Subarachnoid Hemorrhage in Children, Mark Getzoff, MS4, Brahm Goldstein, MD, Pediatrics In Review. 1999; 20(12) Dec. 01: 422. <http://pedsinreview.aappublications.org/content/20/12/422>.

13. Vascular anomalies of the head and neck in children, Kate Mahady, Stefanie Thust, Rupert Berkeley, Sam Stuart, Alex Barnacle, Fergus Robertson, and Kshitij Mankad, Quant Imaging Med Surg. 2015 Dec; 5(6): 886-897. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4700245>.

14. Kiran U., Behari M. et al. The effect of autogenic relaxation on chronic tension headache and in modulating cortisol. Indian J Anaesth. 2005. 49(6): 474-478.

15. Tension-type headache in children, Hope O'Brien, MD, FAHS, Section Editors: Marc C Patterson, MD, FRACP, Jerry W Swanson, MD, MHPE, Deputy Ed.: John F Dashe, MD, PhD, Graphic 54034 Version 6.0, 2019 UpToDate, Inc.

16. Packman B., Packman E., Doyle G., Cooper S., Ashraf E., Koronkiewicz K., Jayawardena S. Solubilized ibuprofen: evaluation of onset, relief, and safety of a novel formulation in the treatment of episodic tension-type headache. Headache. 2000; 40(7): 561.

17. American College of Radiology, ACR Appropriateness Criteria® Headache-Child, revised 2017, Expert Panel on Pediatric Imaging: Laura L. Hayes, MD; Susan Palasis, MD; Twyla T. Bartel, DO; Timothy N. Booth, MD; Ramesh S. Iyer, MD; Jeremy Y. Jones, MD; Nadja Kadom, MD; Sarah S. Milla, MD; John S. Myseros, MD; Ann Pakalnis, MD; Sonia Partap, MD, MS; Richard L. Robertson, MD; Maura E. Ryan, MD; Gaurav Saigal, MD; Bruno P. Soares, MD; Aylin Tekes, MD; Boaz K. Karmazyn, MD.



# Анкета читача



## Здоров'я України

### Для нас важливо знати вашу думку!

Чи сподобався вам тематичний номер «Педіатрія»?

Назвіть три найкращі матеріали номера.

- 1. ....
- 2. ....
- 3. ....

Які теми, на ваш погляд, варто розглянути у наступних номерах?

Публікації яких авторів вас цікавлять?

Чи маєте ви бажання стати автором статті для тематичного номера «Акушерство, гінекологія, репродуктологія»?

На яку тему?

Чи є наше видання корисним для підвищення вашої кваліфікації?

Заповніть анкету та надішліть за адресою:

**Медична газета «Здоров'я України», 03035, м. Київ, вул. Генерала Шаповала, 2 (колишня Механізаторів).**

**Вкажіть відомості, необхідні для отримання тематичного номера «Педіатрія»**

Прізвище, ім'я, по батькові.....

Спеціальність, місце роботи.....

Індекс.....  
місто.....  
село.....  
район..... область.....  
вулиця..... будинок.....  
корпус..... квартира.....  
Телефон: дом.....  
роб.....  
моб.....  
E-mail:.....

\* Я добровільно надаю вказані в анкеті персональні дані ТОВ «Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя», даю згоду на їх використання для отримання від компанії (ті пов'язаних осіб, комерційних партнерів) видань, інформаційних матеріалів, рекламних пропозицій, а також на включення моїх персональних даних у базу даних компанії, необмежене в часі зберігання даних.

Підпис.....





Cefavora

# Цефавора



краплі оральні  
100 мл

Активні речовини:  
Гінкго білоба, Омела біла,  
Глід

Порушення  
артеріального тиску  
та системи  
кровообігу, що  
супроводжуються  
головним болем.

## Цефавора

Гомеопатичний препарат

## Зберігає активність мозку

Скорочена інструкція для медичного застосування препарату Цефавора.

Склад: 100 г (=98 мл) препарату містять Ginkgo biloba Ø 1,3 г, Viscum album Ø 2,7 г, Crataegus Ø 7,5 г. Фармакотерапевтична група. Комплексний гомеопатичний препарат. Показання для застосування. Порушення артеріального тиску та системи кровообігу, що супроводжуються головним болем. Протипоказання. Підвищена чутливість до компонентів препарату. Через вміст алкоголю (20 %) препарат Цефавора не слід застосовувати пацієнтам, які страждають на алкоголізм. Дитячий вік до 6 років. Спосіб застосування та дози. Препарат застосовують внутрішньо. Завдяки приємному смаку препарат Цефавора можна приймати у нерозведеному вигляді. Дорослим та дітям віком від 12 років – по 20 - 30 крапель 3 - 4 рази на добу. Дітям віком від 6 до 12 років – по 10 - 15 крапель 3 - 4 рази на добу. Побічні ефекти. Можливі розлади травлення, головний біль, алергічні реакції.

Р.п.: №UA/10843/01/01

**МЕГАКОМ**  
Сприяємо здоров'ю

З повною інформацією про препарат можна ознайомитись в інструкції для медичного застосування. Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів охорони здоров'я.