

Головная боль у детей и подростков

современные возможности диагностики и лечения (опыт США)

Хроническая головная боль у детей встречается не реже, чем у взрослых, но характеризуется специфическими отличиями, которые могут затруднять дифференциальную диагностику.

Подходы к лечению также отличаются: не все препараты с доказанной эффективностью у взрослых являются оптимальным выбором для детей, кроме того необходимо помнить о возрастных противопоказаниях и педиатрических дозах.

По классификации Международного общества головной боли (IHS, 2004), у детей выделяют такие же типы первичных цефалгий, как и у взрослых: мигрень, головную боль напряжения и кластерную головную боль как вариант невралгии тройничного нерва (встречается значительно реже мигрени).

Самым частым типом первичной головной боли у детей является мигрень. Клинические проявления мигрени у взрослых и детей существенно различаются. Взрослые могут испытывать гемиплегическую, базилярную, офтальмо-плегическую мигрень, синдром «Алисы в Стране чудес» (нарушение восприятия размеров). Для детей более характерны атаки мигрени в форме синдрома циклической рвоты, доброкачественного пароксизмального головокружения, доброкачественной пароксизмальной кривошеи, а также абдоминальная мигрень. Возможно даже, что младенческие колики являются вариантом абдоминальной мигрени в грудном возрасте. Есть данные, что дети матерей, страдающих мигренью, испытывают колики в 2,6 раза чаще, чем младенцы, рожденные от здоровых матерей. У детей мигренозные атаки, как правило, короче, чем у взрослых, и чаще двусторонние. Ребенок обычно не вспоминает о симптомах мигренозной ауры, если его не расспросить об этом. Предприступная аура может быть представлена в разных формах — от изменений вкуса до зрительных и слуховых ощущений. В США используется специальный опросник ID Migraine™ Screener для скрининга на мигрень. Три ключевых признака мигренозной боли у детей — вызывает тошноту, усиливается от воздействия яркого света, нарушает жизнедеятельность.

Головная боль напряжения связана с тоническим напряжением шейных и перикраниальных мышц, характеризуется острыми повторяющимися приступами боли, которая описывается как «сжимающая» или «давящая», обычно в затылочной области, и не сопровождается вегетативными симптомами.

Тригеминальная невралгия отличается интенсивными колющими лицевыми болями в сочетании с другими симптомами — конъюнктивитом, заложенностью носа, отеком лица или орбиты.

Значительно реже головная боль у детей является вторичной, то есть обусловлена другими заболеваниями, заподозрить которые помогают тщательный сбор анамнеза и симптомы опасности. Диплопия, выпадение полей зрения, отек сосочка зрительного нерва, кровоизлияния в сетчатку, впервые возникший фокальный неврологический дефицит, тиннитус (шум в ушах), утренняя головная боль или впервые возникшая интенсивная головная боль могут указывать на серьезную патологию.

При первичном осмотре ребенка с жалобами на головную боль врач любой специальности (педиатр, невролог, семейный врач) может сделать несложные обследования: оценить индекс массы тела, измерить артериальное давление, провести ортостатическую пробу, тест Ромберга, аускультацию сердца (систолический шум может указывать на еще одну частую причину головной боли — анемию), проверить поля зрения, функцию черепных нервов.

После исключения вторичного характера цефалгии необходимо оценить частоту и длительность эпизодов боли, ее влияние на качество жизни, академическую успеваемость, развитие и рост, течение пубертатного периода у подростков. Следует обратить внимание на препараты, которые принимал или принимает ребенок, коморбидные расстройства настроения (тревога, депрессия), психологические травмы в анамнезе, избыточный вес. При длительном приеме анальгетиков и нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) возможно развитие абзусной головной боли.

Головная боль может быть обусловлена образом жизни и внешними факторами, такими как недосыпание, перегрузка в школе, дегидратация, ненамеренное голодание. Например, ребенок поздно просыпается и пропускает завтрак, чтобы успеть в школу, или в течение дня остается голодным из-за большого промежутка между завтраком и обедом. Поэтому коррекция образа жизни должна рассматриваться как первичный подход к терапии головной боли до назначения медикаментозного лечения.

Для запоминания факторов образа жизни, которые необходимо оценить у ребенка с жалобами на головную боль, Детским госпиталем Сиэтла был предложен акроним SMART — sleep (сон), meals (питание), activity (активность), relaxation (отдых), triggers (триггерные, то есть запускающие приступ факторы).

Роль нейровизуализации преувеличивается

Головная боль относится к трем самым частым причинам назначения КТ или МРТ исследований головы в США. Хотя родители и врачи часто обеспокоены возможными серьезными внутричерепными причинами боли, диагностическая ценность такого подхода низкая.

Анализ результатов исследований у 400 детей показал, что только в 0,6% случаев находки были важными (одна опухоль и один случай подтверждения гидроцефалии), а у 11,1% были обнаружены экстрачерепальные заболевания (синуситы, аденоидные вегетации), которые, возможно, были причиной головной боли. У 8,9% детей были визуализированы недифференцированные изменения белого вещества мозга, которые можно считать случайными находками, не имеющими отношения к цефалгии. В других наблюдениях частота обнаружения неспецифических аномалий белого вещества была еще выше — до 17% по данным M.S. Candee и соавт. (2013); другими случайными находками были мальформации Арнольда-Киари. Примерно в половине случаев они асимптомны, но могут быть причиной затылочной цефалгии. Тревожными признаками в этом случае могут быть кашель и затруднения при глотании. Арахноидальные кисты при нейровизуализации обнаруживаются у 4,4% пациентов, но они также не связаны с головной болью.

Чтобы ограничить ненужные КТ и МРТ-исследования у детей, Американская коллегия радиологии выпустила специальные таблицы для выбора оптимальных режимов визуализации в зависимости от клинических характеристик головной боли и сопутствующих симптомов. Например, пациентам с впервые возникшей острой головной болью, неврологическим дефицитом или прогрессирующими симптомами показана экстренная КТ головы без контрастирования. При хронической головной боли без острых или нарастающих симптомов для исключения других причин рекомендуется МРТ.

Лечение первичных цефалгий у детей

Лечение мигрени может быть длительным и не всегда успешным, поэтому необходимо ставить реалистичные цели. Родителям следует объяснить, что полное избавление от боли может не наступить, но реально добиться такого облегчения состояния, при котором ребенок сможет нормально спать и посещать школу. Достаточное потребление жидкости, регулярное питание, гигиена сна, физическая активность — обязательные меры, которые следует рекомендовать помимо фармакотерапии. Необходимо убедиться, что родители понимают принцип назначенной терапии для самостоятельного купирования приступов и объяснить, в каких случаях может понадобиться неотложная помощь.

Самостоятельное купирование приступов. Препаратами первой линии для купирования приступов мигрени у детей являются парацетамол (15 мг/кг массы тела) и ибупрофен (10 мг/кг). В исследованиях показана более высокая эффективность НПВП, чем парацетамола. Вторую линию составляют триптаны, из которых в США для детей 6-17 лет одобрены только ризатриптан и алмотриптан. По данным плацебо-контролируемых исследований, у подростков с 12 лет эффективен также назальный спрей суматриптана, однако

он может вызывать неприятные ощущения, тошноту и прорезезии. У детей 5-15 лет в исследованиях показана эффективность при мигренозных атаках перорального или назального золмитриптана.

Дополнительной терапией могут быть антиэметики — метоклопрамид, ондансетрон, прохлорперазин. Они не только оказывают противорвотный эффект, но также могут влиять на механизмы развития приступа головной боли. Дополнительный прием антигистаминных препаратов также может быть полезным; гистамин, вероятно, участвует в патогенезе головной боли. Больше всего имеется данных о применении у детей дифенгидрамина.

Приступы головной боли напряжения обычно купируются легче, чем мигренозные атаки, препаратами выбора являются парацетамол, ибупрофен и ацетилсалициловая кислота.

Препараты следует принимать как можно раньше после начала приступа головной боли для получения максимального эффекта, хотя эта рекомендация не подтверждена доказательствами.

Купирование приступов в условиях отделений неотложной помощи. При интенсивной головной боли, которую не удалось купировать самостоятельно, или мигренозном статусе все три линии терапии (НПВП, антиэметики, антигистаминные препараты) могут быть использованы последовательно или одновременно, особенно если пациент раньше не применял эту комбинацию для самолечения. Роль каждого из компонентов «коктейля» точно не установлена. Строго рекомендуются инфузионная гидратация и введение антиэметиков. С переменным успехом применяются магнезия, вальпроаты, дофаминергические препараты, ди-гидроэрготамин. По данным сравнительного исследования, метоклопрамид оказался более эффективным лечением острого приступа мигрени, чем кеторолак или вальпроевая кислота (B.W. Friedman et al., 2014). У пациентов, которые раньше не применяли триптанов, они могут оказаться эффективной терапией первой линии после анальгетиков. Кортикостероиды хорошо изучены у взрослых, но недостаточно — у детей. Внутривенное введение ди-гидроэрготами-на в дозе 0,02 мг/кг массы тела (максимум 1 мг) через каждые 8 ч в зависимости от переносимости и ответа эффективно примерно в 75% случаев резистентной головной боли, но этот препарат может применяться только в условиях стационара на фоне адекватной гидратации.

Профилактическая терапия рекомендуется, когда приступы мигрени возникают 3-4 раза в месяц и чаще, вызывая выраженные нарушения жизнедеятельности, а коррекция образа жизни не приносит облегчения. Применяются препараты разных классов: амитриптилин (1-2 мг/кг/сут, максимум 60 мг), топирамат (0,5-2 мг/кг/сут на ночь), дивальпроат (15-45 мг/кг/сут), ципрогептадин (0,1 мг/кг на ночь) и др.

Все перечисленные препараты вызывают специфические побочные эффекты, что необходимо учитывать при индивидуальном выборе терапии. Препаратами первой линии являются бета-блокатор пропранолол и антагонист кальция флунаризин на основании самой обширной доказательной базы, однако пропранолол вызывает серьезные побочные эффекты, а флунаризин доступен не во всех странах. Топирамат и амитриптилин, вероятно, являются лучшим выбором для детей по критериям изученной эффективности и доступности.

В исследованиях не подтвердилась эффективность нимодипина, тимолола, папаверина, тразодона, клонидина, метоклопрамида и домперидона в качестве профилактической терапии мигрени у детей.

Фитопрепараты, витамины и пищевые добавки, такие как коэнзим Q10, рибофлавин, оказывают биологические эффекты, которые могут быть полезными при лечении хронической головной боли, но не изучались в двойных слепых исследованиях.

Дополнительно к фармакотерапии эффективными подходами у детей с хронической головной болью могут быть когнитивно-поведенческая психотерапия, методика биологической обратной связи, релаксирующие упражнения и акупунктура. Их эффективность подтверждена результатами контролируемых исследований, в которых показано достоверное сокращение частоты и тяжести приступов цефалгии. Самый эффективный подход — это комбинация фармакотерапии и немедикаментозных методов. В то же время дефицит квалифицированных специалистов, которые владеют методами психотерапии и рефлексотерапии, ощущается даже в США. Кроме того, не все страховые компании возмещают стоимость такой терапии, которая может превышать стоимость медикаментозного лечения.

По материалам Medscape.com

Подготовил Дмитрий Молчанов

