

КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ С ПЕРВИЧНЫМИ ГОЛОВНЫМИ БОЛЯМИ

Филипович Е.К.¹, Хорликова О.А.²

¹ Белорусский государственный медицинский университет, ²УЗ «3-я городская детская клиническая больница»

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы головные боли (ГБ) признаны существенной проблемой здоровья, имеющей специфические социально-экономические последствия. Актуальность исследования определяется широкой распространенностью цефалического синдрома среди детей с тенденцией неуклонного возрастания выраженности и частоты болей в последующем. ГБ являются междисциплинарной проблемой, так как их трактовка педиатрами, детскими неврологами и психиатрами неоднозначна. Наиболее часто в детском возрасте встречаются первичные головные боли, к ним относятся мигрень и головная боль напряжения (ГБН). Диагностика первичных ГБ является клинической, то есть базируется на анализе клинического рисунка жалоб, данных анамнеза и неврологического осмотра. Однако, диагностические критерии, основанные на субъективных жалобах пациентов, разработаны для взрослого населения, и их использование у детей на практике может вызывать у клиницистов затруднения. Кроме того, детский возраст - это период активного развития организма, что требует комплексной оценки состояния здоровья с учетом коморбидных нарушений. ГБ является частым, неспецифическим симптомом многих заболеваний. Возникая изолированно, она нередко не расценивается как болезнь. Проблемы цефалгий возможно изучать как с позиций ведущего этиологического/патогенетического механизма (сосудистая, психогенная, головная боль мышечного напряжения, ликвородинамическая, невралгическая, смешанная), так и в соответствии с МКБ-10 и международной классификации ГБ (МКГБ). Это приводит, в частности, к тому, что диагноз пациенту ставится в зависимости от профиля учреждения, в которое он обратился с жалобами на ГБ.

Критерии МКГБ определяют ГБН, как головную боль, возникающую в ответ на психоэмоциональное напряжение, появляющееся в результате острого или хронического стресса. В то же время, данную нозологию относят к первичным головным болям. Таким образом, существует некоторое несоответствие этиологической принадлежности ГБН. Несомненно, что должна быть какая-то причина или провоцирующий фактор для возникновения ГБН, которые следует установить. Одной из наиболее важных тенденций современной медицинской помощи является ее профилактическая направленность. С целью, как предупреждения развития заболевания, так и возникновения осложнений, специалист старается учесть имеющиеся особенности конституции, а также выраженность и направленность ответных реакций организма пациента на неблагоприятные факторы. Актуальным направлением изучения проблемы ГБН является определение роли коморбидных нарушений.

ЦЕЛЬ

Изучить коморбидные психоэмоциональные нарушения, данные вегетативного статуса и нарушений сна у детей с ГБН.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 249 детей с ГБН в возрасте от 6 до 17 лет. Диагноз устанавливался на основании клинических характеристик ГБ в соответствии МКГБ. По возрасту и ведущей социальной деятельности (обучение) все дети были распределены на три группы: 1-я от 6 до 11 лет - младшая; 2-я от 12 до 14 лет - средняя; 3-я от 15 до 17 лет - старшая. Проведен анализ имеющихся коморбидных вегетативных и психоэмоциональных нарушений, нарушений сна у детей с ГБН в различных возрастных группах. Вегетативный статус определялся путем самозаполнения пациентами опросника А.М.Вейна (ОВ), с использованием «госпитальной шкалы тревоги и депрессии» проводилось исследование психоэмоциональных нарушений, путем опроса уточнялись характер и выраженность инсомний.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

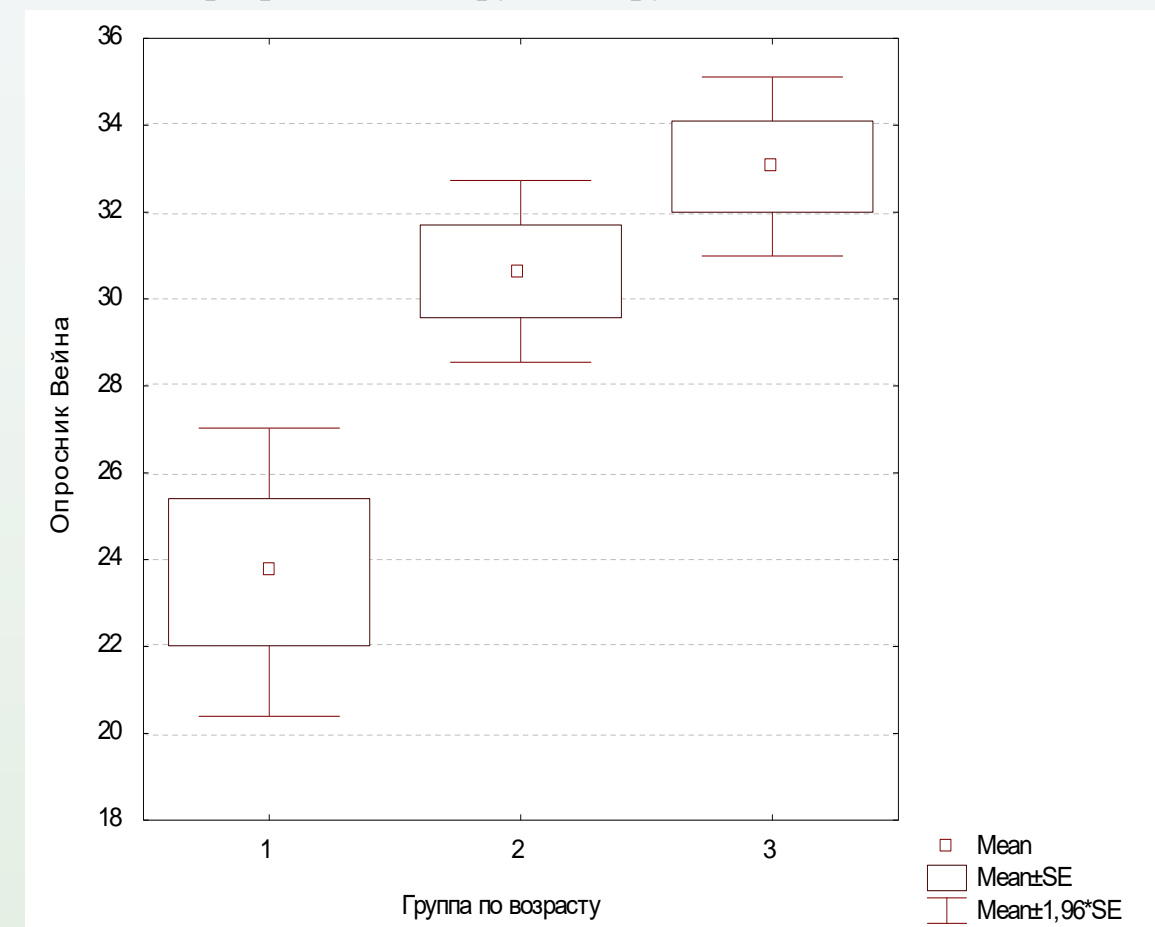
Признаки вегетативной дисфункции наблюдались у большинства пациентов, наиболее часто отмечались жалобы на быструю утомляемость, плохую переносимость транспорта, эмоциональную лабильность, сонливость, гипергидроз и акроцианоз кистей и стоп, периодические колющие боли в области сердца, в животе, липотимии и синкопальные состояния.

Только у 17 пациентов (6,8%; 95% ДИ 4,3-10,7) по данным ОВ сумма баллов была 15 и менее, что соответствует отсутствию признаков вегетативных изменений. В основном это были дети 1 группы. С возрастом чаще преобладают умеренные (до 35 баллов по ОВ) либо выраженные (свыше 35 баллов) нарушения (таблица 1).

Таблица 1. – Степень выраженности вегетативных нарушений по данным ОВ

Вегетативные нарушения	1 группа (n = 21)		2 группа (n = 107)		3 группа (n = 121)		χ^2 , p
	абс	%, 95% ДИ	абс	%, 95% ДИ	абс	%, 95% ДИ	
Нет (≤ 15 баллов) n=17	2	9,5 2,7-28,9	8	7,5 3,8-14,1	7	5,8 2,8-11,5	$\chi^2=0,52$ p>0,05
Легкие (16-24 баллов) n=59	10	47,6 28,3-67,6	27	25,2 18,0-34,2	22	19,8 13,7-27,8	$\chi^2=8,82$ p<0,05
Умеренные (25-34 баллов) n=89	6	28,6 13,8-50,0	38	35,5 27,1-44,9	45	37,2 29,1-46,1	$\chi^2=0,58$ p>0,05
Выраженные (≥ 35 баллов) n=84	3	14,3 5,0-34,6	34	31,8 23,7-41,1	47	38,8 30,6-47,7	$\chi^2=5,15$ p>0,05

Рисунок 1 – Диаграмма вариации для признака «Опросник Вейна» в разрезе анализируемых групп



Сравнения средних по критерию наименьшей значимости позволили установить факт различия 1 и 2, а также 1 и 3 групп (p-уровни соответственно равны 0,0094 и 0,0004 < 0,05) (рисунок 1).

Также отмечены гендерные различия по степени выраженности вегетативных нарушений (таблица 2).

Таблица 2 – Гендерные различия по данным Опросника Вейна

Вегетативные нарушения	Девочки n=187		Мальчики n=62		χ^2 , p
	абс.	%, 95% ДИ	абс.	%, 95% ДИ	
Нет (≤ 15 баллов) n=17	8	4,3 2,2-8,2	9	14,5 7,8-25,3	$\chi^2=7,67$ p<0,01
Легкие (16-24 баллов) n=59	36	19,3 14,2-25,5	23	37,1 26,2-49,5	$\chi^2=8,2$ p<0,01
Умеренные (25-34 баллов) n=89	67	35,8 29,3-42,9	22	35,5 24,7-47,9	$\chi^2=0,02$ p>0,05
Выраженные (≥ 35 баллов) n=84	76	40,6 33,9-47,8	8	12,9 6,7-23,4	$\chi^2=16,03$ p<0,01

Как видно из таблицы 2, в соответствии с баллами, полученными при заполнении опросника, у мальчиков достоверно чаще отмечалось отсутствие вегетативных нарушений; напротив, у девочек значительно чаще регистрировались значимые нарушения функции вегетативной нервной системы.

Нами с использованием «госпитальной шкалы тревоги и депрессии» проводилось исследование психоэмоциональных нарушений у детей и подростков с ГБН. Средний уровень тревоги у пациентов с ГБН составил 7,98±2,62, депрессии 4,34±2,41. Распределение по возрастным группам- отражено в таблицах 3 и 4.

Таблица 3. – Показатели уровня тревоги

Группа	M±m	Медиана	25 процентиль	75 процентиль
1 младшая n=21	7,97±1,57	8	7	9
2 средняя n=107	8,31±2,34	8	7	10
3 старшая n=121	7,7±2,9	7	6	9

Таблица 4. – Показатели уровня депрессии

Группа	M±m	Медиана	25 процентиль	75 процентиль
1 младшая n=21	3,89±1,47	4	3	5
2 средняя n=107	4,49±2,13	4	3	6
3 старшая n=121	4,3±2,8	4	2	6

Таким образом, в соответствии с результатами субшкал, признаков депрессии нет ни в одной возрастной группе, в то время, как 8 баллов – субклинически выраженная тревога. Установлено статистически значимое различие между возрастными группами по уровню тревоги (p<0,05).

К проблеме психоэмоциональных и вегетативных нарушений близко примыкает проблема инсомний, проявляющаяся трудностями засыпания, расстройствами глубины и длительности сна. Такие жалобы имелись у 130 (52,2%; 95% ДИ 47,4-56,7) исследуемых пациентов с ГБН. А такие жалобы, как ощущение тревоги, кошмарные сновидения, отсутствие достаточного ночного отдыха встречались значительно реже. Детализируя нарушения сна, можно отметить, что трудности при засыпании наблюдались у 117 (47%; 95% ДИ 42,4-51,7) детей, беспокойный сон – 21 (8,5%; 95% ДИ 6,2-11,4) человек, сочетание инсомний было у 8 пациентов (3,4%; 95% ДИ 2,1-5,6). Дети первой группы достоверно реже жаловались на нарушение сна в сравнении с подростками старшей группы ($\chi^2_{1-2}=1,61$ p>0,05; $\chi^2_{1-3}=6,15$ p<0,05; $\chi^2_{2-3}=3,62$ p>0,05). Также по мере взросления возрастает число детей с трудностями при засыпании (p=0,98 p<0,05). Сочетания инсомний в младшей группе никогда не отмечалось.

ВЫВОДЫ

- У пациентов с ГБН имеются признаки напряжения адаптационных механизмов, а также фоновой вегетативной нестабильности.
- Различной степени выраженности коморбидные вегетативные изменения, затрудняют постановку клинического диагноза за счет появления сопутствующих жалоб и нарушений, что обуславливает необходимость в определении их значимости для хронизации процесса и уточнения объемов и методов коррекции.
- ГБН определяют, как первично болевое расстройство, возникающее при остром или хроническом эмоциональном стрессе, выделяя формы с напряжением и без напряжения перикраниальных мышц. Характерные отличия ГБН от психогенных цефалгий при этом не указываются, отмечается лишь возможность ее коморбидности с депрессией, тревогой и соматовегетативными нарушениями, что требует дополнительного изучения и выделения конкретных критериев, определяющих различия между нозологиями.
- Широкая распространенность нарушений сна среди детей и подростков с ГБН накладывает свой отпечаток на клиническую картину, способствует дополнительной астенизации. Однозначно утверждать, что нарушения сна возникают на фоне острых или хронических стрессовых ситуаций у пациентов с ГБН не представлялось возможным, также вызывало затруднение определения первопричинности каждого из расстройств.
- Перспективным является как можно более полное выявление коморбидных состояний, а также их своевременная коррекция.