

DOI: <https://doi.org/10.31640/LS-2024-1-03>

UDC 616-009.021.1-039.13



С. Ю. Романенко, кандидат медичних наук, доцент,
ORCID ID: 0000-0003-3518-8528,
Національний медичний університет імені О. О.Богомольця,
<https://nmuofficial.com>, Київ, Україна,
Кафедра педіатрії, <https://nmuofficial.com/zagalni-vidomosti/kafedri/kafedra-pedyatryy-4>,
svetags167@gmail.com

ПЕРВИННИЙ ГОЛОВНИЙ БІЛЬ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ. ЧИМ МОЖЕ ДОПОМОГТИ ПЕДІАТР

Анотація. У статті викладено інформацію стосовно найбільш частоті скарги, з якою звертаються діти або їх батьки/опікуни до лікаря загальної практики. Представлені статистичні дані основних типів первинного головного болю, їх клінічні характеристики. Особливу увагу приділено питанням ретельного збору анамнезу лікарями первинної ланки у дітей раннього віку зі скаргами на цефалгії. Наведені сучасні алгоритми діагностики дітей з цією недугою лікарями-педіатрами.

Ключові слова: дитячий головний біль; фактори ризику головного болю; мігрень у дітей; головний біль напруги.

ВСТУП

Серед скарг, з якою найчастіше звертаються батьки дітей, або самі підлітки до педіатрів, є головний біль (ГБ). За даними літератури головний біль у дітей чи підлітків займає дуже високу розповсюдженість – від 10 до 55 % серед населення шкільного віку і входить в трійку основних причин звернення як до педіатра, так і до дитячого невролога [1, 11, 15].

Головний біль є проблемою у всьому світі. Немає країни чи нації, віку або раси, рівня доходу чи віросповідання, де б не існувало цієї проблеми [2].

Це підтверджують і дані метааналізів. Статистичні дані проведених популяційних досліджень в Європейському Союзі показали, що загальна розповсюдженість головного болю серед дітей та підлітків протягом року складає 75,7–79 %. Серед дівчаток цей показник становить 82,1 %, проти 67,7 % у хлопчиків [3]. За даними метааналізу, проведеного школою перспективних досліджень Європейської федерації головного болю, загальна розповсюдженість первинного головного болю у дітей та підлітків складає 62 %, при цьому серед дівчат це 38%, а серед хлопців 27 % [4]. Частий головний біль у дітей та підлітків негативно відображається на якості життя дитини, її соціальній активності, призводить до пропусків занять у закладах освіти [1, 3, 4, 5, 6, 11]. В умовах гострого та хронічного стресу, який переживають діти України, збільшилась як кількість скарг на головний біль, так і самолікування, яке приводить до погіршення стану хворих дітей та зростання ускладнень.

© С. Ю. Романенко, 2024

АКТУАЛЬНІСТЬ

Серед дітей усього світу розповсюдженість сильного головного болю складає 58–60 % [4, 5]. Є дані, що 3–8 % дітей у віці до трьох років страждають на головний біль і цей відсоток збільшується з віком: від 19 % до 37,7 % дітей у віці п'яти років скаржаться на головний біль, 37–51 % дітей семи років мають цей недуг, а серед підлітків ця поширеність зростає до 57–82 % [7, 15].

За даними деяких джерел диференційна розповсюдженість типів первинного головного болю наступна: на мігрень страждає від 7,7 до 24,2 % дитячого населення; головний біль напруги (ГБН) діагностується у 17–21,6 % дітей; хронічний головний біль мають 3,0 % дітей [3, 4]. За даними італійських досліджень ГБН у дітей сильно варіює від 0,9 до 72,3 % [15].

Відсоток дітей з мігренню збільшується з віком: від 5 % серед дітей до 5 років та до 10,2–15 % серед дітей від 5 до 10 років [5, 7], а серед дітей старшого підліткового віку цей показник сягає 28 % [8]. У дітей до 10 років розповсюдженість мігрени однакова як серед хлопчиків так і серед дівчаток. Наближаючись до пубертатного періоду, частіше на мігрень страждають дівчатка. Пік захворюваності на головний біль припадає на вік від 7 до 13 років.

У зв'язку з високою варіабельністю діагностики первинного головного болю слід пам'ятати, що до 10 % ГБ у дітей дошкільного віку залишається некласифікована або діагностується як дитячі періодичні синдроми [15].

Головний біль частіше виникає у дітей, які мають позитивну історію головного болю у найближчих родичів. Якщо один з батьків хворої дитини страждає на мігрень, то існує приблизно 50 % шансів, що у дитини теж буде мігрень, а якщо обоє батьків страждають цим недугом, то ризик розвитку мігрени у дитини зростає до 75–90 % [7, 12].

Діти, які хворіють на мігрень чи головний біль напруги, мають характерний психологічний портрет. Це активні діти, скоріше невизнані лідери, які прагнуть успіху, і в той же час вони відповідальні і дисципліновані. Вони дуже вимогливі до себе, бояться невдач, практично завжди не можуть відмовити в будь-якому проханні і дуже болісно сприймають критику на свою адресу, при цьому самі вони ніколи не критикують інших і замовчують, носять в собі, свої проблеми [12].

Епідеміологічних досліджень головного болю у дітей в межах України не проводилось [9], на сайті МОЗ України відсутні оновлені дані з цієї проблеми.

ОБГОВОРЕННЯ

На сьогодні, головний біль входить до переліку десяти найбільш виснажливих хвороб людства [10], визнаний одним з основних медичних неврологічних факторів глобального тягаря хвороб. У всьому світі вважається, що головний біль, в особливості мігрень та головний біль напруги, є основною причиною інвалідності [1, 5].

Якщо проаналізувати визначення ГБ даного ВООЗ, то це болісний стан що позбавляє можливості нормально функціонувати людський організм. Цей хворобливий стан відображається на якості життя дитини, її успішності в закладах навчання, обмежує її в соціальній сфері [1, 2, 5, 11].

Більшість дітей, які в дитячому віці мали головний біль, і надалі страждатимуть нападами головного болю протягом усього дорослого життя [1], а це, в свою чергу, призводить до зниження працездатності та якості життя. Кожен пацієнт з мігренню пропускає до 5 робочих днів на місяць [12]. Відповідно, зростають витрати на лікування таких пацієнтів, іноді лікування необгрунтованого.

Також постійні страждання через головний біль наражають на ризик розвитку депресій як у дитячому віці, так і інших неврологічних та психічних розладів у дорослому житті [1, 15]. 26 % дітей з головним болем повідомляють про супутні психіатричні захворювання, такі як тривожність та розлади настрою, також виявився позитивний зв'язок між головним болем, емоційними розладами та коморбідними соматичними захворюваннями [7, 11]. Загальна тривога та соціальна фобія демонструють найсильніший зв'язок з мігренню серед молодих людей, а також доведено, що мігрень поєднується з постравматичним стресовим розладом та інсомнією [12].

Деякі автори порівнюють якість життя дітей з мігренню з життям дітей, хворих на аутоімунні або онкологічні захворювання [5, 6].

Необхідно привернути більше уваги лікарів первинної ланки до проблеми головного болю у дітей з метою оптимізації діагностики цього стану та цілеспрямованого лікування для усунення такого явища, як самолікування серед пацієнтів чи їх батьків. Потрібно покращити якість життя людей з головним болем та обмежити кількість зайвих та дороговартісних досліджень.

Окрім цього, педіатру необхідно вміти розпізнавати головний біль у дітей до 5 років та своєчасно скерувати таких пацієнтів до дитячого невролога, аби в подальшому ці дитячі страждання не стали хронічним головним болем у підлітковому віці та дорослому житті.

Головний біль у дітей в більшості випадків має сприятливий прогноз, якщо встановлений точний діагноз та своєчасно та правильно призначена терапія. Часто батьки дитини, які скаржаться на головний біль, звертаються до лікарів, уже маючи за спиною певний досвід безуспішного самолікування [6]. В останні роки такі випадки почастишали через зайнятість батьків або самих дітей, через нерозуміння батьками чи самими дітьми масштабності проблеми, пригнічення настороженості стосовно хвороби та підвищення тривожності у дітей та дорослих через наслідки воєнного стану в країні.

Головний біль є суб'єктивним симптомом, при неуважному огляді дитини зовнішніх результатів болю не видно, тому деякі батьки можуть піддавати сумніву цю скаргу у своєї дитини, думаючи, що діти вдаються до маніпуляцій саме через цю скаргу.

Несвоєчасна діагностика та неадекватне лікування головного болю приводять до хронізації цефалгій, зловживання медикаментами і формування так званої "больової невротичної поведінки" у дитини, яка в свою чергу ускладнює процес лікування [6].

Для успішного лікування головного болю необхідно визначити етіологію та патогенез цього стану.

Згідно класифікації Міжнародної асоціації головного болю розрізняють первинний та вторинний головний біль [6].

Первинний головний біль зустрічається частіше, у 85–90 % дітей і не обумовлений органічними причинами. Вторинний головний біль, або симптоматичний, є наслідком будь-яких органічних причин: різноманітні неврологічні чи симптоматичні захворювання, метаболічні порушення в організмі, вживання ліків, інфекції та інтоксикації. Вторинний головний біль зустрічається у 10–15 % [7].

До первинного головного болю у дітей відносять нозології, які частіше турбують дітей, а саме мігрень (G 43) з аурую та без аури, головний біль напруги (G 44.2), тригемінальні автономні цефалгії (G 50), інші первинні головні болі (G 44.8). У дитячому віці первинний головний біль виявляється переважно у вигляді мігрени та головного болю напруги.

Звісно, повний діагноз встановлює дитячий лікар-невролог, але розпізнати цей хворобливий стан, інформувати батьків щодо адекватного лікування і наслідків хвороби, скерувати дитину на дообстеження повинен лікар первинної ланки.

Ретельно зібраний анамнез стосовно головного болю та уважне обстеження дитини допоможе лікарю відрізнити первинний головний біль від вторинного.

Необхідно пам'ятати, що речовина головного мозку не містить чутливих рецепторів, тому головний біль викликається подразненням больових рецепторів твердої мозкової оболонки та інших тканин голови, основних артерій мозку і їх крупних гілок, вен та венозних синусів, чутливих корінців черепних нервів, верхніх шийних корінців, а також м'язів голови та шиї [6]. Окрім того, ураження екстрацеребральних структур суміжних з головою також може викликати головний біль [7].

Вважається, що в розвитку головного болю основними ланками патогенезу виступають судинний, м'язовий, нейрогуморальний компоненти, які призводять до нейрогенного асептичного запалення, яке спричиняє біль [1, 4, 7].

Окрім того, стресові стани, які виступають тригерами головного болю, сприяють рефлекторному спазму м'язів. Їх тривале напруження приводить до ішемії, гіпоксії та ацидозу в результаті чого виділяються медіатори запалення, які збуджують ноцицептивні рецептори на м'язах. Локуси болючих м'язових потовщень підсилюють чутливість ноцицептивних імпульсів задніх рогів спинного мозку та інших відділі ЦНС. Клінічно це виглядає больовим синдромом голови та перикраніальних м'язів [12, 13].

Враховуючи, що серед усіх форм цефалгії головний біль напруги у дітей найбільш поширений, лікарям первинної ланки необхідно вміти діагностувати обидва патологічні стани.

В умовах сучасних реалій, коли діти України знаходяться в стані постійного стресу, ГБН, який виникає у відповідь на психічну, або тривалу м'язову напругу при гострому чи хронічному стресі, відбувається хронізація процесу [13].

Часто батьки та самі діти не надають суттєвого значення цьому симптому, оскільки він на перших порах добре знімається знеболюючими препаратами. Але підступність криється в тому, що невчасно діагностований головний біль напруги в дитячому віці та використання тривалий час анальгетиків для зняття больового синдрому сприяє перетворенню первинних головний болів у хронічний щоденний головний біль та в гіпертонічну хворобу у дорослих [14]. На сьогодні є дані широкомасштабних популяційних досліджень, які доводять зв'язок між мігренню та гіпертензією [14]. Ризик розвитку інсульту значно вищий у жінок, які в анамнезі мають мігрень.

Саме в дитячому віці симптоми ГБН та мігрені досить часто співпадають, але з віком клінічна картина головного болю часто міняється з мігрені на ГБН або навпаки [15].

Тому саме лікарі первинної ланки мають вчасно розпізнати клініку головного болю, його тип, провести диференціювання між основними типами первинного головного болю, виявити ймовірну причину, провести профілактичне лікування і скерувати пацієнта на обов'язкове відвідування дитячого невролога для підтвердження діагнозу і призначення ефективного лікування.

Лікарі повинні намагатись зібрати анамнез захворювання направлений на виявлення усіх аспектів болю [1].

Для того, щоб картина скарг була об'єктивно повною, необхідно спілкуватись і вислуховувати скарги не лише від батьків хворої дитини, але і розпитати саму дитину, оскільки дитина краще розуміє, як себе відчуває її голова.

Треба пам'ятати про тривожність дітей, яким притаманні цефалгії, тому їх необхідно як найдовше зберігати спокійними і обирати тактику спілкування залежно від темпераменту дитини [5].

Проводячи опитування дитини, необхідно дотримуватись анкетування головного болю, застосовуючи наступні питання і роз'яснення для дитини [6]:

1) Частота головного болю (голова болить кожен день чи через день, може декілька разів на тиждень чи місяць). Запитати у дитини, коли найчастіше виникає головний біль, коли він більш інтенсивний вранці – дитина прокидається вже з головним болем, чи голова болить після 2–3–4 уроку в школі, або ж біль частіше турбує в другій половині дня.

2) Інтенсивність головного болю (сильний чи легкий). Можна попросити дитину стиснути вашу руку з такою інтенсивністю, як вона відчуває головний біль

3) Характер головного болю: періодичний – біль однаковий протягом декілька місяців, чи цей напад новий по характеру, несхожий на попередні напади

4) Локалізація головного болю (попросіть дитину показати ті місця на голові де болить). Спитати чи розповсюджується біль на інші ділянки голови або обличчя.

5) Якість головного болю оцінюється за відчуттям дитини. Спитайте у малих дітей, як вони відчувають біль і допоможіть підказками: стискаючий біль – покажіть руками стискання; пульсуюча – постукайте рука об руку, або пальцем по руці дитини; або біль такий, наче голова дитини вибухає – демонструючи рух пальців рук назовні.

6) Попросіть дитину оцінити тяжкість головного болю за візуальною лицьовою шкалою болю (6 смайликів, кожен з яких зображує емоції відповідно до опису хворого), або уточніть – біль несильний, середньої сили чи сильний. Підлітки можуть оцінити свій біль за числовою шкалою від 0 до 10 балів.

7) Обов'язково спитайте дитину, чи є ще якісь симптоми під час головного болю? Якщо дитина не може відповісти на це питання, спитайте батьків/опікунів чи змінюється поведінка або зовнішній вигляд дитини під час головного болю? Наведіть батькам приклади симптомів, що можуть супроводжувати головний біль у дитини: запаморочення, нудота, блювання, зорові феномени, парестезії, зміни поведінки носові кровотечі, парастезії у певних частинах тіла (пояснити як дитина може відчувати їх – повзання мурашок або поколювання в певній частині тіла), мимовільний тремор (трусяться ноги, руки), тощо.

8) Запитайте, що провокує біль – фізичні чи емоційні перенавантаження.

9) Уточніть, чи присутні у дитини під час головного болю супутні симптоми, які характерні для первинного головного болю:

– світлочутливість;

– фоночутливість;

– нудота;

– блювота;

– краніальні вегетативні симптоми: слезотеча, кон'юнктивальна ін'єкція, закладеність носа, гіперемія обличчя, пітливість, відчуття розпирання у вухах, набряк повік, птоз.

10) Запитайте дитину чи її батьків, як вона переносить фізичну активність при головному болю: грається, бігає, не дивлячись на біль, чи дитині потрібно лягти в тиші та спокої.

У третини дітей молодшого віку та у двох третіх дітей старшого віку перед нападом інтенсивного головного болю можуть бути попередні симптоми у вигляді блідості обличчя, підвищеної стомлюваності, зміни настрою та поведінки, частого позіхання [1, 5].

Потрібно пам'ятати, що самі діти можуть не здогадатися повідомити лікаря про інші важливі симптоми, тому обов'язково їх треба прямо та конкретно запитати: чи бачить дитина під час нападу головного болю чи перед нападом якісь плями, лінії, спалахи. Якщо відповідь позитивна, необхідно уточнити, коли дитина це бачить. Якщо плями в очах з'являються при переміщенні тіла з горизонтального положення у вертикальне під час головного болю, скоріш

за все це обумовлено ортостатичним положенням тіла, ніж мігренню з аурую. Може щось зникати з поля зору під час нападу. Чи відчуває дитина заніміння на шкірі обличчя або в інших місцях, або поколювання [5, 7]?

Якщо дитина не може повною мірою висловити свої відчуття стосовно головного болю, можна попросити її намалювати свої відчуття під час нападу головного болю (малюнки з ознаками мігрені мають високий ступінь відповідності своєму діагнозу – зазвичай малюють ураження половини голови в різних кольорах та з елементами агресії).

Перед відвідуванням дитячого невролога педіатрам слід частіше пропонувати дітям з головним болем вести щоденник головного болю, куди ретельно записувати усі обставини пов'язані з головним болем, тривалість, інтенсивність, що провокує та що полегшує головний біль. Підлітки самі можуть вести щоденник головного болю, а за дітей молодшого віку вести-муть їх батьки.

У діагностиці перш за все необхідно виключити вторинний головний біль, а вже другим етапом стане диференціювання різних форм первинного головного болю [13, 15].

Про те, що в дитини зі скаргою на цефалгію, ймовірно, може бути вторинний головний біль, може свідчити наявність тривожних симптомів небезпеки, так званих червоних прапорців [13, 15]:

- сильний чи раптовий головний біль;
- дуже ранній початок головного болю (до 3-5 років);
- наявні вогнищеві неврологічні ознаки;
- офтальмологічні ознаки та/або клінічні ознаки підвищення внутрішньочерепного тиску (про що свідчить головний біль вранці після сну та ранкова блювота);
- посттравматичний головний біль;
- швидкий перебіг болі, або зміни його характеристик протягом тижнів чи навіть днів;
- головний біль, пов'язаний зі зміною поведінки дитини чи її особистістю;
- головний біль разом з іншими клінічними симптомами, які вказують на інфекційний процес (менінгеальні симптоми);
- зниження ваги дитини на фоні частого головного болю.

Визначивши ці особливості протікання головного болю, лікар-педіатр має якнайшвидше відправити дитину на консультацію до невролога для подальшої діагностики та визначення тактики лікування.

Якщо ж лікар не виявляє червоних прапорців при розпитуванні та фізикальному обстеженні дитини з цефалгією, необхідно провести диференційний пошук між найбільш частими формами первинного головного болю та мігрені [7, 8, 12, 13, 15] (Табл. 1).

Таблиця 1. Диференційна діагностика первинного головного болю

Характеристики болю	Головний біль напруження	Мігрень
Локалізація	Частіше двосторонній з акцентом в лобно-скроневій ділянці, зазвичай супроводжується підвищеною напруженістю та чутливістю м'язів голови та шиї.	Класичний варіант – гемікранія, але у дітей до 8 років частіше двосторонній, у підлітків односторонній.
Характер	Стискаючий, ниючий, тупий. "Стискання обручем навколо голови". Непульсуючий!	Пульсуючий, може бути розпираючий.

Продовження Табл. 1

Інтенсивність	Від слабкої, помірної до середньої.	Від середньої до сильної.
Тривалість	Хвилини, декілька годин, днів (до тижня).	Від 30 хвилин до 72 годин (середня тривалість 3–5 годин).
Частота	1–3 рази на тиждень, може бути щодня.	Варіює від 1–2 рази на місяць до декілька разів на рік, але може бути і частіше.
Час виникнення нападу	У дітей шкільного віку зазвичай після 3–4 уроку, частіше в другій половині дня. Може бути зранку, якщо біль був напередодні увечері.	В будь який час доби.
Супутні симптоми	Фонофобії чи фотофобії (не бувають разом!) Анорексія, нудота, іноді блювота. Носові кровотечі.	Нудота та блювота, яка може приносити полегшення. Одночасно фото- і фонофобії.
Аура	Нетипова. Можливі зміни настрою, тривожність, істерики перед початком головного болю.	Присутня у вигляді порушення зору, мови, парастезій чи оніміння з одного боку. Тривалість аури від 5 до 60 хвилин.
Фізичне навантаження	Головний біль не змінюється, може зменшуватись.	Підсилюється.
Провокуючі фактори розвитку головного болю	Психічна втома, зорова напруга, стресова ситуація, порушення режиму сну та відпочинку, положення тіла яке обумовлює напруження м'язів голови чи шиї.	Психічне чи фізичне перенавантаження, зневоднення організму, вживання тригерних харчових продуктів (тверді сири, піца, їжа та напої які містять, глутамат натрію, кофеїн, нітрати).
Здатність до роботи та навчання під час нападу болю	Можуть продовжувати.	Припинення, або продовження через силу, що потім збільшить інтенсивність болю.

Важливим, з огляду підходу до лікування ГБН у дітей, є виділення його основних підтипів (Табл. 2).

Таблиця 2. Підтипи головного болю напруги та напрямки їх лікування

Підтип	Нечастий	Епізодичний	Хронічний
Частота нападів ГБ	Менше 1 разу на місяць	1–14 днів на місяць	Більше 15 днів на місяць
Лікування	Не потребує лікування	Дотримання режиму навантаження та відпочинку. Знеболюючі засоби при нападі	Профілактичне лікування

Первинний головний біль є виключно клінічним діагнозом і базується на аналізі скарг пацієнта чи його батьків, даних анамнезу захворювання і життя та об'єктивного огляду.

Результати інструментальних досліджень пацієнтів з первинним головним болем досить індивідуальні та не виявляють специфічних змін.

Зазвичай, коли лікарі проводять стандартне клінічне обстеження у дітей зі скаргами на головний біль, потрібно пам'ятати про те, що при фізикальному обстеженні необхідно провести пальпацію тригерних точок перикраніальних м'язів, включаючи м'язи голови (лобні, скроневі, жувальні, крилоподібні) та шиї (грудиноключичнососковидні, ременні, трапецієвидні), оскільки кожен з типів ГБН може поєднуватись або не поєднуватись з напруженням перикраніальних м'язів.

Болючість, що виявляється при звичайній пальпації тригерних точок аж до "симптому стрибка", коли пацієнт активно пручається пальпації через сильний біль в м'язах в двох чи більше м'язових групах, є диференційною ознакою між мігренню та ГБН. При ГБН м'язовий фактор є не тільки тригером нападу болю, але і ланкою патогенезу розвитку ГБН, тоді як при мігрени не є тригером, але може спостерігатись у деяких хворих, особливо які мають виражені когнітивні розлади [13].

Успішна та своєчасна діагностика первинного головного болю має бути пріоритетом в свідомості батьків та хворих дітей для запобігання небажаних наслідків та хронізації процесу. Для цього необхідно пояснювати батькам, що відбувається з їх дитиною під час нападу, чому він виникає, зв'язок між нападом болю та дисфункцією перикраніальних м'язів та емоційним станом дитини і чому потрібно тривале превентивне або профілактичне лікування цього стану.

Лікуванням та профілактикою хронічного головного болю напруги та мігрени повинен займатись лікар невролог, батьки не повинні зволікати з постійною профілактикою та лікуванням нападів.

Лікарі первинної ланки мають заохотити хворих на первинний головний біль пройти когнітивно-поведінкову терапію у вигляді навчання дитини реагувати на стрес та релаксаційних технік із залученням психологів чи психотерапевтів та фізичних і ерготерапевтів для проведення немедикаментозного лікування. Насамперед у таких дітей повинен чітко виконуватись режим дня, не можна пропускати прийоми їжі, також необхідно уникати харчових тригерів, що провокують головний біль. Обов'язковим повинен бути достатній нічний сон з мінімізацією використання гаджетів для усунення зорового та м'язового напруження. Проводити курси масажу голови та комірцевої зони з навчанням елементів самомасажу. Необхідно спонукати дитину до ведення активного способу життя та використання водних процедур з урахуванням стану дитини. Необхідно пояснити батькам, що нефармакологічне лікування цього стану повинне бути комплексним та тривалим – 4–6–8 місяців, а іноді й цілий рік.

ВИСНОВКИ

Таким чином, у зв'язку з тим, що в умовах війни діти знаходяться в постійному стресовому та тривожному стані, у багатьох дітей відмічається зниження настрою, підвищена плаксивість, сумні і неприємні думки та страх перед майбутнім та очікування негативних подій, зміни звичного способу життя викликають збій в роботі дитячого організму.

Крім того, напруження м'язів шиї, лица, очей, яке виникає через раптове звучання сирен та викликає гострий стрес у тривожних дітей, а також тривале сидіння в гаджетах, ночівля в незручних позах приводять до м'язового спазму перикраніальних м'язів, які є пусковим механізмом ГБН.

Діти з первинним головним болем, зокрема з мігренню та ГБН, особливо чутливі до стресу. Виявляється так зване "порочне коло", коли стрес викликає напруження, а це, в свою чергу, біль. Некупований біль викликає тривалий стрес, який приводить до більшого напруження. І так по колу, і вже гірше організм реагує на знеболюючу терапію. В таких умовах пацієнти припускаються самолікування, яке не завжди правильне і небезпечне, що може привести до розвитку нового типу головного болю вже від лікування.

Оскільки зростає ймовірність збільшення частоти нападів головного болю, поєднання одного виду болю з іншим у дітей, хворих на мігрень, можливий розвиток мігренозного статусу, який спричиняє процес хронізації. Ситуація ускладнюється, коли ще і батьки зі зниженим резервом, і їм самим потрібна консультативна психологічна, а іноді й медична допомога.

Завданням лікаря первинної ланки є своєчасне розпізнавання загрозливих станів серед дітей зі скаргами на головний біль та полегшення цього стану шляхом своєчасного та коректного призначення немедикаментозного профілактичного лікування та переконання батьків та старших дітей в тривалому дотриманні превентивного лікування для профілактики ускладнень і розвитку більш важких інвалідизуючих форм та задля збереження їх здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ ТА ДЖЕРЕЛ

1. Orr S. L. Headache in Children and Adolescents. *American Academy of Neurology*. 2024. (30)2, 438–472. <https://doi.org/10.1212/con.0000000000001414>
2. Migraine and other headache disorders. 2024. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/headache-disorders>
3. Nieswand V., Richter M., Gossrau G. et al. Epidemiology of Headache in Children and Adolescents – Another Type of Pandemia. *Current Pain and Headache Reports*. 2020. 24(10), 62. <https://doi.org/10.1007/s11916-020-00892-6>
4. Onofri A., Pensato U., Rosignoli C. et al. Primary headache epidemiology in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Headache and Pain*. 2023. 24(8). <https://doi.org/10.1186/s10194-023-01541-0>
5. Szperka C. Headache in Children and Adolescents. *Continuum (Minneapolis)*. 2021. 27(3), 703–731. <https://doi.org/10.1212/con.0000000000000993>
6. Кирилова Л. Г., Юзва О. О., Мірошников О. О. та ін. Головний біль у дітей. Погляд дитячого невролога. *Журнал неврології ім. Б. М. Маньковського*. 2021. 9(1-2), 77–86.
7. Стеценко Т. І. Первинний головний біль у дітей. *Нейро NEWS*. 2023. 10(146), 34–44. Продовження 2024. 1(147), 20–24.
8. Мігрень у дітей: виявлення та усунення харчових тригерів. <https://mozok.ua/migren/article/4203-mgren-u-dtej-viyavlennya-ta-usunennya-harchovih-trigerv>
9. Ковальчук П. В., Катілов О. В., Паненко С. О. та ін. Сучасні підходи до діагностики та лікування мігрені у дітей. *Дитячий лікар*. 2018. 2(59), 5–14.
10. Зозуля І. С., Волосовець А. О., Волосовець Т. М. та ін. Головні болі і больові синдроми обличчя. *Міжнародний неврологічний журнал*. 2023. 19(3), 73–79. <https://doi.org/10.22141/2224-0713.19.3.2023.1001>
11. Renzi A., Lionetti F., Bruni O. et al. Somatization in children and adolescents with headache: the role of attachment to parents. *Current Psychology*. 2024. 43, 14358–14366. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-05466-4>
12. Боженко Н. Л., Боженко О. Б., Боженко М. І. Мігрень, тривога, депресія – взаємозв'язок та коморбідність. *Українські медичні вісті*. 2022. 14(1–2), 90–91.

13. Квашніна Л. В., Майдан І. С., Скобенко О. В. Головний біль напруження в дітей шкільного віку – найбільш часта форма головного болю. Здоров'я дитини. 2019. 14(8).
14. Mohammad M., Ayoobi F., Khalili P. et al. Relation of hypertension with episodic primary headaches and chronic primary headaches in population of Rafsanjan cohort study. *Scientific Reports*. 2021. 11, 24071. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-03377-7>
15. Baglioni V., Orecchio S., Esposito D. et al. Tension-Type Headache in Children and Adolescents. *Life*. 2023. 13(3), 825. <https://doi.org/10.3390/life13030825>
16. Настанова 00672. Головний біль у дітей. <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3472>
17. Боженко Н. Л. Особливості мігрені на тлі тривоги та стресу. <https://mozok.ua/migren/article/3754-osoblivost-mgren-na-tl-trivogi-ta-stresu>

REFERENCES

- Orr, S. L. (2024). Headache in Children and Adolescents. *American Academy of Neurology*, (30)2, 438–472. <https://doi.org/10.1212/con.0000000000001414>
- Migraine and other headache disorders. 2024. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/headache-disorders>
- Nieswand, V., Richter, M., Gossrau, G., et al. (2020). Epidemiology of Headache in Children and Adolescents – Another Type of Pandemia. *Current Pain and Headache Reports*, 24(10), 62. <https://doi.org/10.1007/s11916-020-00892-6>
- Onofri, A., Pensato, U., Rosignoli, C., et al. (2023). Primary headache epidemiology in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Headache and Pain*, 24(8). <https://doi.org/10.1186/s10194-023-01541-0>
- Szperka, C. (2021). Headache in Children and Adolescents. *Continuum (Minneapolis, Minn)*, 27(3), 703–731. <https://doi.org/10.1212/con.0000000000000993>
- Kirilova, L. G., Yuzva, O. O., Miroshnikov, O. O., et al. (2021). [Headache in children. View of a pediatric neurologist]. [*Journal of neurology named after B. M. Mankovsky*], 9(1–2), 77–86. [Ukrainian]
- Stetsenko, T. I. (2023). [Primary headache in children]. *Neuro NEWS*, 10(146), 34–44. Continuation (2024). 1(147), 20–24. [Ukrainian]
- [Migraines in children: identification and elimination of food triggers]. [Ukrainian]. <https://mozok.ua/migren/article/4203-mgren-u-dtej-viyavlennya-ta-usunennya-harchovih-trigerv>
- Kovalchuk, P. V., Katilov, O. V., Panenko, S. O., et al. (2018). [Modern approaches to the diagnosis and treatment of migraine in children]. [*Children's doctor*], 2(59), 5–14. [Ukrainian]
- Zozulya, I., Volosovets, A., Volosovets, T., & Trostyansky, Y. (2023). Headaches and facial pain syndromes. *International neurological journal*, 19(3), 73–79. [Ukrainian] <https://doi.org/10.22141/2224-0713.19.3.2023.1001>
- Renzi, A., Lionetti, F., Bruni, O., et al. (2024). Somatization in children and adolescents with headache: the role of attachment to parents. *Current Psychology*, 43, 14358–14366. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-05466-4>
- Bozhenko, N. L., Bozhenko, O. B., & Bozhenko, M. I. (2022). [Migraine, anxiety, depression – relationship and comorbidity]. [*Ukrainian medical news*], 14(1–2), 90–91. [Ukrainian]
- Kvashnina, L. V., Maidan, I. S., & Skobenko, O. V. (2019). [Tension headache in school-age children – the most common form of headache]. [*Child's health*], 14(8). [Ukrainian]
- Mohammad, M., Ayoobi, F., Khalili, P., et al. (2021). Relation of hypertension with episodic primary headaches and chronic primary headaches in population of Rafsanjan cohort study. *Scientific Reports*. 11, 24071. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-03377-7>

Baglioni, V., Orecchio, S., Esposito, D., et al. (2023). Tension-Type Headache in Children and Adolescents. *Life*. 13(3), 825. <https://doi.org/10.3390/life13030825>
Guideline 00672. [Headache in children]. [Ukrainian]. <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3472>
Bozhenko, N. L. [Peculiarities of migraine against the background of anxiety and stress]. [Ukrainian]. <https://mozok.ua/migren/article/3754-osoblivost-mgren-na-tl-trivogi-ta-stresu>

Отримано [Received] 25.03.2024

S. Y. Romanenko, PhD, Associate Professor,
ORCID ID: 0000-0003-3518-8528,
Bogomolets National Medical University, <https://nmuofficial.com>, Kyiv, Ukraine,
Department of Pediatrics, <https://nmuofficial.com/zagalni-vidomosti/kafedri/kafedra-pedyatryy-4>,
svetags167@gmail.com

Primary headache in children and adolescents. What a pediatrician can help with

Abstract. The article contains information about the most frequent complaint that children or their parents/guardians present to a general practitioner. Statistical data of the main types of primary headache, their clinical characteristics are presented. Special attention is paid to the issue of careful anamnesis collection by primary care physicians in young children with complaints of cephalgia. Presented are modern algorithms for diagnosing children with this disease by pediatricians.

Keywords: children's headache; headache risk factors; migraine in children; tension headache.

Цитування (ДСТУ):

Романенко С. Ю. Первинний головний біль у дітей та підлітків. Чим може допомогти педіатр. *Лікарська справа*. 2024. № 1. С. 24–34. <https://doi.org/10.31640/LS-2024-1-03>

Citation (APA):

Romanenko S. Y. (2024). Primary headache in children and adolescents. What a pediatrician can help with. *Likars'ka Sprava*, (1), 24–34. [Ukrainian]. <https://doi.org/10.31640/LS-2024-1-03>