

ХАРАКТЕРИСТИКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТОВ С ГОЛОВНЫМИ БОЛЯМИ

Филипович Е.К.¹, Кудлач А.И.¹, Хорликова О.А.²

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

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время Международное общество по изучению головных болей выделяет порядка 160 видов цефалгий, из которых 95–97 % случаев составляют первичные головные боли, в первую очередь мигрень и головная боль напряжения (ГБН). Актуальность исследования определяется распространенностью цефалгического синдрома среди детей и подростков с тенденцией неуклонного возрастания выраженности и частоты болей в последующем. ГБН является наиболее частым вариантом головной боли у школьников; в возрасте от 7 до 17 лет она встречается у 36,8% учащихся, а среди предъявивших жалобы на головную боль, ГБН составляет 79,3%. Несмотря на относительно доброкачественные характеристики болевого синдрома, данное заболевание отрицательно влияет на качество жизни пациентов из-за частоты и продолжительности цефалгий, сопутствующих психоэмоциональных нарушений. Согласно исследованиям, ГБН встречается на всех этапах детства с двумя «пиками» роста заболеваемости в 6–8 лет и 10–11 лет, затем в подростковом возрасте.

Остается открытым вопрос, почему в одних случаях заболевание протекает легко и не приводит к значительному ограничению жизнедеятельности, а в другом случае при равных условиях процесс существенно сказывается на самочувствии пациента.

ЦЕЛЬ

Оценить особенности преморбидного фона и характеристики соматического статуса детей с ГБН.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ 438 медицинских карт стационарного больного (форма № 003/у-07) детей в возрасте от 6 до 17 лет с установленным диагнозом ГБН, получавших медицинскую помощь в детском неврологическом отделении УЗ «ЗГДКБ» г. Минска. Изучался анамнез жизни и заболевания, оказание медицинской помощи на всех этапах, включая общесоматический и неврологический осмотр, проведенные лабораторные и инструментальные исследования, заключения консультаций специалистов. Диагноз выставлялся на основании критериев Международной Классификации головных болей 2003 года. Были исключены симптоматические формы головной боли. 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.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Из перенесенных заболеваний только частые простудные заболевания, не требующие активной антибактериальной терапии, были в анамнезе у 54 (12,39%) человек: 7 (14,9%) чел., 26 (14,1%) чел., 21 (10,2%) чел. соответственно. Сочетание частых ОРВИ и других состояний (пневмония, отит, ангина, синусит, ЧМТ) было у 171 (39%) пациента с ГБН. Перенесенные острые тяжелые инфекционные заболевания, травмы, оперативные вмешательства, требующие активной терапии, были отмечены у 146 человек (33,3%), в группах соответственно: 11 (23,4%) чел., 63 (34,1%) чел. и 72 (34,9%) человек. Отмечено, что наличие частых простудных заболеваний до возникновения ГБН было характерно для младшего возраста. В преморбидном периоде детей 2 и 3 групп чаще встречались тяжелые острые состояния, оказывающие значительное влияние на организм и его адаптационные механизмы.

Таблица 1. – Перенесенные заболевания в анамнезе у пациентов с ГБН

Заболевания	1 группа n=47		2 группа n=185		3 группа n=206		χ ² , p
	абс	%, 95%ДИ	абс	%, 95%ДИ	абс	%, 95%ДИ	
Частые простудные заболевания n=54	7	14,9 7,4-27,7	26	14,1 9,8-19,8	21	10,2 6,8-15,1	χ ² =1,66 p>0,05
Состояния, требующие активной терапии n=146	13	27,7 16,9-41,8	52	28,1 22,1-34,9	51	24,8 19,4-31,1	χ ² =0,59 p>0,05
Сочетание простудных заболеваний и др. состояний n=171	11	23,4 13,6-37,22	63	34,1 27,6-41,2	72	34,9 28,8-41,7	χ ² =2,37 p>0,05
Всего	31	65,9 51,7-77,8	141	76,2 69,6-81,8	144	69,9 63,3-75,8	χ ² =2,94 p>0,05

Для оценки соматического статуса обследованного контингента проводился анализ клинико-лабораторных показателей. Частые головные боли могут возникать у пациентов с различными заболеваниями, в том числе, с метаболическими нарушениями. нами проведен анализ индекса массы тела (ИМТ) и содержания глюкозы в периферической крови у пациентов с ГБН. Среди обследованного контингента редко встречались дети и подростки с избытком, либо недостатком массы тела (таблица 2).

Таблица 2 – Показатели индекса массы тела пациентов с ГБН

Группа	M±m	Медиана	25 перцентиль	75 перцентиль
1 группа n=47	16,49±1,93	16,32	14,83	18,12
2 группа n=185	19,19±3,15	18,66	16,88	20,96
3 группа n=206	21±2,65	20,82	19,23	22,46

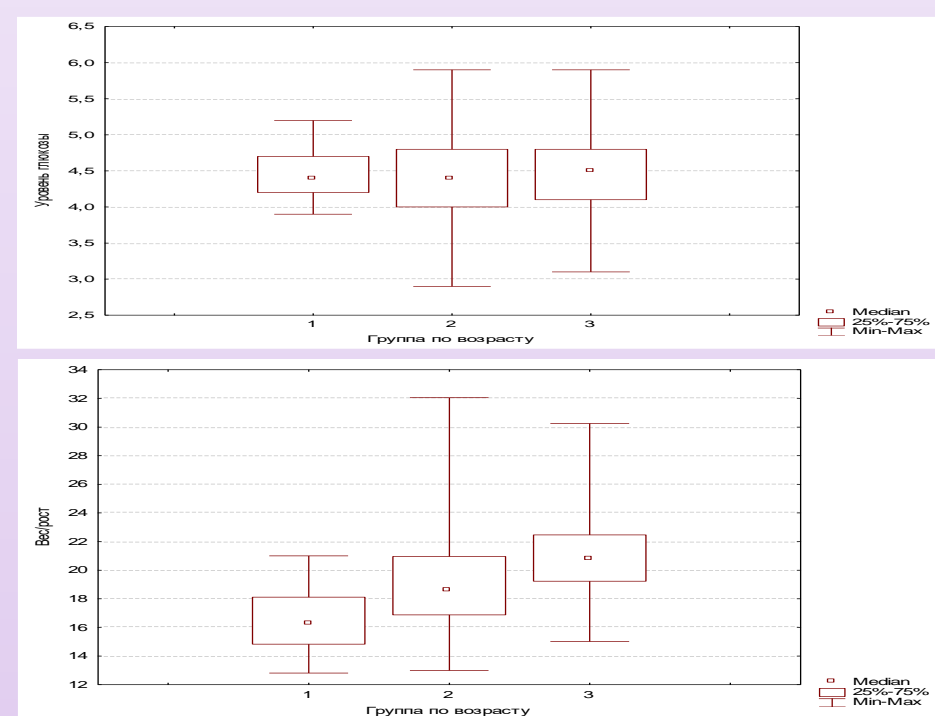
Как видно из таблицы, дети младшего возраста имели ИМТ ниже в сравнении с подростками средней и старшей групп, но эти данные соответствовали диапазону от 25 до 75 перцентилей возрастных показателей. Группы достоверно различаются по ИМТ в зависимости от возраста: t₁₋₂=5,3 p<0,05; t₁₋₃=8,8 p<0,05; t₂₋₃=5,7 p<0,05. Отмечены достоверные гендерные различия в соответствии со значениями критерия Стьюдента: t=2,48 p<0,05 в виде большего ИМТ среди девочек с ГБН в сравнении с мальчиками (таблица 3).

Таблица 3. – Показатели индекса массы тела пациентов с ГБН в зависимости от пола

Пол	M±m	Медиана	25 перцентиль	75 перцентиль
Девочки n=317	19,95±2,95	19,82	18,05	21,83
Мальчики n=121	19,12±3,2	18,64	16,80	20,96

Уровень глюкозы крови во всех группах соответствовал норме, различий между группами не установлено. На рисунке 1 – графическое изображение данных.

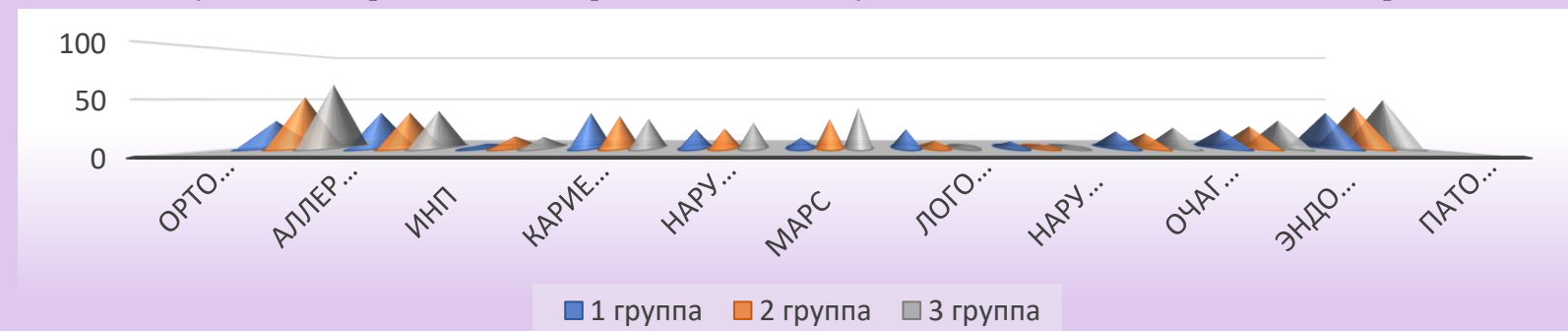
Рисунок 1. – Диаграммы вариации для признаков «ИМТ» и «Уровень глюкозы» в разрезе анализируемых групп



Нередко имелось сочетание расстройств одновременно в нескольких системах, без нарушения их функции, что позволяет предположить, единую природу. Соединительная ткань широко представлена в нашем организме. Нарушение ее развития может происходить на любых этапах онтогенеза. Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) способствует хроническому течению соматической патологии, негативно влияет на уровень и гармоничность физического развития детей и подростков.

В нашем исследовании наиболее часто у пациентов младшего возраста отмечалась дисфункция со стороны ЖКТ, кариес дентина, аллергические реакции. В средней группе на первое место выходили различные ортопедические нарушения, затем – патология со стороны ЖКТ и аллергические реакции. Сочетание соединительнотканых дисплазий со стороны скелета, ЖКТ, сердца – характерно для пациентов старшей группы (рисунок 2).

Рисунок 2. – Встречаемость коморбидных состояний у пациентов с ГБН в зависимости от возраста



ВЫВОДЫ

1. Часто встречаемые у пациентов с ГБН сочетанные коморбидные нарушения, могут служить дополнительным фактором, способствующим снижению эффективности схем терапии, утяжеляя течение процесса и приводя к его хронизации.
2. Наличие признаков дисплазии соединительной ткани указывает на возможную семейную конституциональную предрасположенность, что необходимо учитывать при разработке программ реабилитационных мероприятий.
3. Препятствовать хронизации процесса возможно путем своевременной коррекции коморбидных состояний с учетом оценки преморбидного фона.

Дисфункция в работе различных органов и систем является дополнительным фактором нагрузки на адаптационные механизмы организма. С этой целью нами проведена оценка соматического статуса пациентов с ГБН. Изучались изменения со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), сердечно-сосудистой системы, зрительного анализатора, уточнялся аллергоанамнез и наличие хронических процессов в носоглотке.

В 97,9% случаев отмечены коморбидные нарушения со стороны других органов и систем, в группах соответственно: 97,8%, 96,8% и 99% (таблица 4). Достоверно увеличивается число ортопедической патологии от младшего к старшему возрасту (χ²₁₋₂=9,2 p<0,01; χ²₁₋₃=22,6 p<<0,01; χ²₂₋₃=6,9 p<0,01). В 3 группе достоверно чаще имеются сколиоз (χ²₁₋₂=9,3 p<0,01; χ²₁₋₃=16,2 p=0,001; χ²₂₋₃=3,9 p<0,05) и другие костно-сkeletalные деформации. Малые аномалии развития сердца (МАРС) встречаются практически у каждого третьего пациента с ГБН.

Сопутствующая нозология	1 группа		2 группа		3 группа		Всего
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Ортопедические нарушения (n=245)	13	27,7	97	52,4	135	65,5	χ ² =23,867 p<0,01
Нарушение осанки (n=109)	10	21,3	48	25,9	51	24,8	χ ² =0,441 p>0,05
Сколиоз (n=116)	2	4,3	45	24,3	69	33,5	χ ² =17,572 p<0,01
Другое (n=20)	1	2,1	4	2,2	15	7,3	χ ² =6,580 p<0,05
Аллергические реакции (n=160)	17	36,2	64	34,6	79	38,3	χ ² =0,596 p>0,05
Искривление носовой перегородки (n=47)	2	4,3	22	11,9	23	11,2	χ ² =2,358 p>0,05
Кариес дентина (n=140)	17	36,2	61	32,9	62	30,1	χ ² =0,799 p>0,05
Нарушения зрения (n=100)	9	19,1	37	20	54	26,2	χ ² =2,541 p>0,05
Малые аномалии развития сердца (МАРС): (n=146)	5	10,6	55	29,7	86	41,7	χ ² =18,538 p<0,01
ДХ.ГЖ (n=43)	4	8,5	19	10,3	20	9,7	χ ² =0,136 p>0,05
ПМК (n=38)	-	-	13	7	25	12,1	χ ² =8,213 p<0,05
ПМК+ДХ.ГЖ (n=65)	1	2,1	23	12,4	41	19,9	χ ² =11,037 p<0,01
Логопедические нарушения: (n=30)	9	19,2	14	7,6	7	3,4	χ ² =15,140 p<0,01
Дислалия (n=27)	7	14,9	13	7	7	3,4	χ ² =9,155 p<0,05
Дисграфия (n=3)	2	4,3	1	0,5	-	-	χ ² =10,285 p<0,01
Нарушения со стороны мочевыводящих путей (n=17)	3	6,4	7	3,8	7	3,4	χ ² =0,922 p>0,05
Очаги хронической инфекции (ЛОП) (n=79)	8	17	28	15	43	20,8	χ ² =2,208 p>0,05
Изменения щитовидной железы (размеры, структура) (n=108)	9	19,1	41	22,1	58	28,2	χ ² =2,744 p>0,05
Патология ЖКТ (n=197)	17	36,2	78	42,2	102	49,5	χ ² =3,779 p>0,05
Без патологии (n=9)	1	2,1	6	3,2	2	0,9	χ ² =2,502 p>0,05