

УДК: 616.857.053.2/5

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, СТРУКТУРА И ФАКТОРЫ РИСКА ГОЛОВНОЙ БОЛИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

М.А. АБДУСАЛОМОВА, Д.А. ГАФУРОВА, И.А. ЖУРАЕВА, А.Т. ДЖУРАБЕКОВА

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

БОЛАЛАР ВА ЎСМИРЛАР ОРАСИДА БОШ ОҒРИҒИНИНГ ТАРҚАЛИШИ, ТУЗИЛИШИ ВА ХАВФ ОМИЛЛАРИ

М.А. АБДУСАЛОМОВА, Д.А. ГАФУРОВА, И.А. ЖУРАЕВА, А.Т. ДЖУРАБЕКОВА

Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

PREVALENCE, STRUCTURE AND FACTORS OF THE RISK OF HEADACHE IN CHILDREN AND TEENAGERS

M.A. ABDUSALOMOVA, D.A. GAFUROVA, I.A. JURAEVA, A.T. DJURABEKOVA

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Бемор болаларни уч гуруҳга яъни 40 та амбулатор, 40 та стационар шароитда даволанганлар ва 20 та соғлом болаларга бўлиб текшириш натижалари келтирилди. Бош мия олий фаолияти бузулиши Спилберг –Ханин ва А. Личко шкалалари ва «Копинг- стратегия» тестлари ёрдамида тахлил қилинди. Шу нарса аниқландики болалардаги бош оғриғи наслий омилларга (мигрень) ва мактаб программасидан зуриқишга (зуриқиш бош оғриғи) боғлиқ. Олинган маълумотлардан келиб чиқиб шундай хулосага келинди: болаларда бош оғриғини текшириш унинг типига қараб комплекс ҳолатда утказилиши шарт.

Калит сўзлар: болаларда бош оғриғи, клиник - неврологик текширув, нейропсихологик текширув, тест ўтказиши.

Here are given the results of individual examination of sick children, divided into 3 groups: 40 outpatients, 40 – stationary, 20 healthy ones with headaches. Here are carried out analysis of abnormality of high cerebral functions by means of Spilberg Khanin and Lichko's scale, testing of the «Strategy of Koping», which shows that headaches in children are caused of heredity (migraine), and also from the curriculum stress (tension headache). Based on the results, we came into conclusion that the examination of the headache in infancy should be complex subject to type of headache.

Key words: headache on children, clinic neurological examination, neuropsychological survey, testing.

Головная боль (ГБ) у детей встречается часто (40-60%), распространенность ее заметно увеличивается с возрастом, особенно с началом школьного обучения, и достигает к подростковому периоду 75%. Вызывает также тревогу, отмеченный за последние 30 лет, рост заболеваемости первичными ГБ, в том числе хроническими формами: распространенность ГБ напряжения (ГБН) выросла в 10 раз, мигрени в 5-8 раз [1,5]. ГБ тяжело переносится детьми, сказывается на их настроении, поведении, работоспособности, учебе и дальнейшей профессиональной ориентации. В силу неопределенности субъективных ощущений в детском возрасте выяснение причин цефалгии порой становится сложной диагностической задачей. По-прежнему имеет место необоснованная переоценка роли артериальной гипертензии и ликвородинамических нарушений в генезе цефалгии [3,8]. Многие исследователи отмечают сложности дифференциации

различных типов ГБ в детском, особенно младшем, возрасте в силу недостаточной чувствительности диагностических критериев. Необходимость специального исследования ГБ у детей диктуется невозможностью прямого переноса данных изучения этой патологии у взрослых на детский контингент [2,4]. Психология поведения ребенка, его реагирование на факты социальной среды (семья, школа, общество, информация) имеют специфические черты, без учета которых нельзя объяснить природу ГБ у детей. От своевременного установления типа и генеза ГБ зависит эффективность лечебных мероприятий, а выявление и адекватная коррекция предикторов ее персистирующего течения позволяют предупредить перерастание цефалгии в хроническую форму. Все это определяет актуальность проведения глубокого комплексного изучения особенностей клинических характеристик ГБ в детском возрасте с учетом возрастно-половых, пси-

хологических, социально-культуральных факторов. Такое исследование позволит улучшить диагностику различных форм цефалгий у детей, прогнозировать неблагоприятное течение заболевания, своевременно проводить индивидуально обоснованную его профилактику, оптимизировать качество жизни (КЖ) детей с ГБ [6,7].

Цель изучить распространенность, структуру и факторы риска головной боли у детей и подростков.

Материалы и методы исследования: исследование послужило 100 детей в возрасте от 7 до 16 лет (амбулаторно – 40, стационарно – 40, 20 практически здоровых детей). 30 детей с мигренью, 20 детей с последствием ЧМТ и 30 детей с эпилепсией, все дети страдали головной болью. Больным были проведены анкетирование, клиничко-инструментальные методы исследования, исследование нервной системы, оценка астенических расстройств, нейропсихологическое обследование, оценка эмоциональных нарушений с помощью шкал (Ч.Д. Спилберга-Ю.Л. Ханина, А.Е. Личко и тест «Копинг-стратегии»).

Результаты исследования: Согласно полученным данным, с жалобами на ГБ в течение года обратилось 40 амбулаторных больных. В структуре ГБ преобладали ГБН и мигрень, на их долю пришлось 89,5% и 92,8% случаев (рис. 1). Посттравматическая ГБ (ПГБ) диагностирована у 5,7% и 4,4% детей, другие варианты цефалгии, связанные с патологией шеи, пазух, глаз, неклассифицированные, встречались редко.

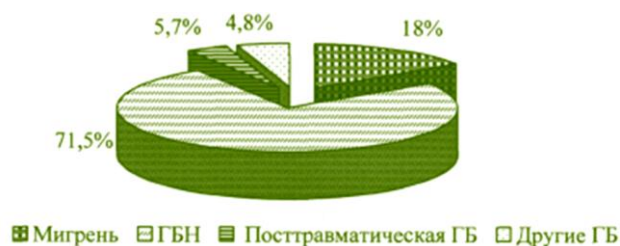


Рис. 1. Структура головной боли в детском возрасте по данным амбулаторного обследования

Установлено значительное увеличение частоты первичных форм ГБ с возрастом: первый подъем (в 7-7,5 раз) отмечался с началом посещения школы, второй - с началом пубертатного периода (в 2-2,5 раза). В целом, среди детей старше 10 лет ГБ встречалась в 4 раза чаще. В этом возрасте также характерно было преобладание ГБ у девочек (гендерный коэффициент 1,4-1,35).

Среди 40 стационарных больных жалобы на ГБ предъявляли 49,2%. Большая часть детей являлась жителями города - 74,3% и только 25,6%

сельские. При анализе структуры ГБ отмечено значительное преобладание ГБН (75,6%) (рис. 2).

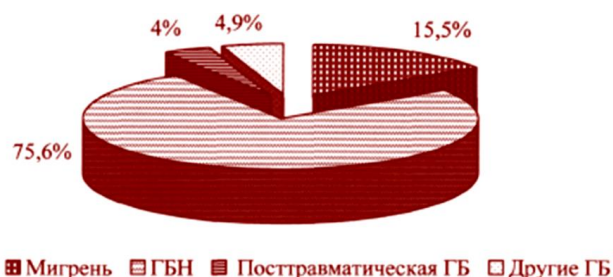


Рис 2. Общая структура головной боли у стационарных больных

Хроническая ГБН встречалась в 56,6% случаев, эпизодическая форма - в 43,4%. Мигрень выявлена в 15,5% случаев: мигрень без ауры составила 85,2%, мигрень с аурой - 13,3%. Сочетание ГБН и мигрени (коморбидная ГБ) наблюдалось в 4,5% случаев. Первичная ГБ в возрастных группах 10-12 лет и 13-17 лет встречалась одинаково часто (44,8% и 43,7%), в то время как у детей младшего школьного возраста 6-9 лет - в четыре раза реже (11,5%) (табл. 1).

Таблица 1.

Частота головной боли напряжения и мигрени у пациентов детского неврологического отделения с учетом возрастнo-половых различий (n=40)

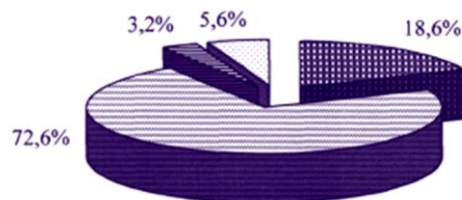
Возраст/пол	Всего	ЭГБН	ХГБН	Мигрень
6-9 лет:	11,5%	56,9%	29,9%	13,2%
м:	51,8%	64,8%*	22,5%	12,7%
д:	48,2%	48,5%	37,9%*	13,6%
10-12 лет:	44,8%	41,1%	41,9%	17%
м:	49,4%	49,6%*	35,9%	14,5%
д:	50,6%	32,8%	47,7%*	19,5%
13-17 лет:	43,7%	25,6%	56,4%*	18%
м:	45,5%	31,7%*	52,3%	16%
д:	54,5%	20,6%	59,8%	19,6%
Всего:	100%	36%	47%*	17%
Всего м:	47,9%	43,9%*	41,2%	14,9%
Всего д:	52,1%	28,8%	52,3%	18,9%

*p<0,05

Изучение структуры ГБ в зависимости от пола обнаружило большее число случаев ЭГБН у мальчиков (58,4%), причем часто основным поводом для стационарного лечения были коморбидные расстройства - тики, энурез, когнитивно-поведенческие нарушения, логоневроз. Девочки преобладали среди больных с ХГБН (58%), мигренью (57,9%) и коморбидной ГБ (69,5%). Дебют ГБН приходился чаще на 7 и 10 лет, обычно совпадал с началом посещения школы или с переходом в пятый класс к кабинетной системе обучения; увеличением умственных и

психических нагрузок. Дебют мигрени отмечался преимущественно в диапазоне 7-12 лет, также связан с влиянием школьных нагрузок, а у половины девочек с периодом становления менархе. Учащение приступов ГБ в большинстве случаев проходило на фоне пубертатного периода, в 69,7% случаев этому способствовала интенсификация академических занятий в старших классах, в 59,4% - стресс, в 18,2% явная причина не была определена. Дети с ГБ, особенно с хроническими формами, отличались эмоциональной лабильностью, повышенной тревожностью, нередко ипохондрическими и депрессивными проявлениями. У большинства стационарных больных с ГБ встречались различные коморбидные состояния, такие как СВД, энурез, тики, логоневроз, обмороки, панические атаки. Дети часто жаловались на быструю утомляемость, снижение внимания, памяти, нарушение сна. Как правило, эти жалобы сочетались между собой и всегда отмечались на фоне СВД. У младших школьников выявлена больше распространенность энуреза (15,3%), тиков - 10,9%, логоневроза - 3,6%. С возрастом вдвое увеличивалась частота вегетативных, астенических, эмоциональных, инсомнических нарушений, хронической соматической патологии. Низкая резистентность к инфекциям у детей начальных классов проявлялась частыми острыми респираторными заболеваниями, у старших относительно чаще обнаруживались хронические очаги инфекции. Когнитивные нарушения у младших школьников встречались среди мальчиков в рамках синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), в старшем возрасте не установлено существенных гендерных отличий. На фоне увеличения школьных нагрузок имела место повышенная умственная утомляемость, эмоциональная напряженность. Распространенность коморбидных расстройств при ГБН была выше, чем при мигрени - СВД и эмоциональные нарушения встречались в 1,4 раза чаще, астения - в 2 раза, инсомния, энурез в 3 раза, тики - в 5 раз, логоневроз отмечен только у детей с ГБН. Особенно отличались широким спектром сопутствующей патологии дети с ХГБН, у всех имелась эмоциональная лабильность, проявления СВД, чаще с преобладанием вагусных влияний в исходном вегетативном статусе, пароксизмальных расстройств в виде липотимий, обмороков, панических атак. В 3 раза чаще наблюдались астения, инсомния, логоневроз, тики; в 2 раза - когнитивные нарушения, энурез; в 1,5 - хронические соматические заболевания, низкая резистентность к инфекциям, различные формы аллергии (медикаментозная, пищевая, бытовая, поллиноз). Патология беременности (ранний и поздний гестозы, угроза

прерывания, соматические и инфекционные заболевания, стрессы, недонашивание) у матерей, родов (нарушения родовой деятельности, применение акушерских пособий, асфиксия) имелись в анамнезе в 80,5% случаев при ГБН, 79,6% при мигрени. Наследственная предрасположенность установлена у 75,2% детей, страдающих мигренью, из них в 3/4 случаев наследственность была отягощена по материнской линии, что подтверждает известную генетическую детерминированность болезни. К предикторам развития ГБ у детей можно отнести также повышенные умственные нагрузки: 10,4% пациентов обучались в лицеях и гимназиях, хроническое течение ГБ в 3 раза чаще встречалось у старшеклассников. С целью изучения соответствия между различными источниками информации по оценке частоты, продолжительности и интенсивности ГБ у школьников проведен сравнительный анализ данных, полученных при анкетировании учащихся, при ведении дневника ГБ и при клиническом опросе. Анкета для диагностики ГБ и клиническое интервью позволяли получить ретроспективную информацию о характеристиках ГБ, ведение дневника в течение 4 недель являлось проспективной составляющей исследования. Клинический опрос дополнялся результатами комплексной оценки неврологического статуса, нейропсихологического тестирования, рентгенографии черепа, осмотра глазного дна, инструментальных методов исследования (Эхо-ЭС, по показаниям КТ головного мозга). Согласно полученным данным 42,1% отмечали периодическую ГБ. Преобладала ГБН - 30,6%, что составило 72,6% от числа страдающих ГБ (рис. 3). ЭГБН выявлена у 24,8% школьников (58,9% больных ГБ), ХГБН - у 5,8% (13,7%). Мигрень установлена у 7,8% учащихся (18,6% из имеющих ГБ), мигрень с аурой встречалась в 21% случаев. По литературным данным, частота мигрени с аурой в детском возрасте колеблется от 10% до 50%.



■ Мигрень □ ГБН ■ Посттравматическая ГБ □ Другие ГБ

Рис. 3. Структура головной боли у школьников по данным популяционного исследования

Отмечена отрицательная динамика распространенности ГБ - с возрастом более чем в 2

раза увеличилось число детей, страдающих периодической ГБ: с 19,7% в младших классах до 47,1% - в 5-7-х и до 55,2% - в 8-9 классах. Наибольший подъем отмечен в 13 лет (59,3%). ЭГБН возросла с 13,5% у детей 7-9 лет до 31,5% в 10-12 лет (в 2,3 раза), а к 13-17 годам достигла 34,4% (в 2,5 раза). ХГБН в младшем возрасте не встречалась, у учащихся средних классов составила 5,8%, у подростков - 9,1% (в 1,6 раза больше). Число больных с мигренью возросло в 3 раза (с 2,1% до 6,2%) в препубертатном периоде и в 4 раза (до 8,3%) в пубертатном периоде. Эта тенденция четче выражена у девочек старших классов: частота ХГБН увеличилась почти десятикратно (9,1% в 13-17 лет при отсутствии в младшем возрасте), мигрени - в 5 раз (10,3% против 2,1%). ЭГБН у девочек младших классов встречалась чаще, чем у мальчиков, в старшем возрасте наблюдались обратные соотношения. Старшеклассницы больше своих сверстников страдали мигренью и ХГБН. Половая дифференциация при мигрени и ХГБН начинала проследиваться с 10 лет, преобладая у девочек - 1:1,4 и 1:2 соответственно. Старше 13 лет при мигрени половой диморфизм при мигрени выражен еще отчетливее - 1:1,7. У девочек-подростков в 6 раз чаще, чем у мальчиков, встречалось сочетание ГБН с мигренью (6,2% против 1,1%). При наличии у девочек *mensis* (51,5%) мигрень имела место чаще, по сравнению с теми, у которых цикл еще не сформировался (10,4% против 5,8%). Отчетливая связь мигрени с менархе наблюдалась в возрасте 12-13 лет. При анализе соотношения различных форм ГБ у детей в зависимости от возраста и пола обращало на себя внимание и то, что у младших детей довольно высок процент посттравматической и неклассифицированной ГБ. ПГБ до 13 лет встречалась в 3 раза чаще и во всех возрастных группах преобладала у мальчиков, что может быть связано с повышенной склонностью к травматизму, вследствие гиперактивности и импульсивности. Негативное влияние данного фактора отмечено у половины мальчиков младших и средних классов. У 7-9-летних детей порой сложно отнести ГБ к одному из классифицированных типов в связи с неполным соответствием диагностическим критериям МКГБ. На трудности дефиниции ГБ в этом возрасте указывают многие исследователи. Младшие дети, по нашим данным, в 4 раза хуже, чем старшие дифференцировали свои ощущения, им сложнее было описать характер боли, вспомнить ее проявления, сопутствующие ей симптомы. Часть неклассифицированных ГБ могла быть связана с патологией рефракции, шейного отдела позвоночника, придаточных пазух. Верификация данных случаев требует проведения специально-

го углубленного обследования. У 92,6% детей первые жалобы на ГБ появлялись в 7-11 лет. Средний возраст дебюта ГБН - 9,7 лет, мигрени - 10,8 лет. Дебют ГБН совпал с началом школьного обучения в 25,2% случаев, с началом пубертатного периода - в 40,7%, с увеличением учебных нагрузок - в 57,1%. Мигрень у 25% больных дебютировала в возрасте от 7 до 10 лет, у 39,3% начало болевого опыта пришлось на препубертатный период, у 45,7% - на пубертат. Продолжительность болевого опыта у детей составила от 1 года до 7 лет. Средняя длительность болезни при ЭГБН - 2,2 лет, ХГБН - 3,7 лет, мигрени - 3,2 года. Хронические ГБ в 2 раза чаще встречались при раннем дебюте и в 3 раза - при большей длительности болевого опыта. При ХГБН, вначале, ГБ отмечалась эпизодически и имела четкую связь с эмоциональным и умственным напряжением (95,3%). Длительность этапа хронического течения составила от 1 до 3-х лет. У 3,7% пациентов ГБН с самого начала приобрела хроническое течение. Трансформация эпизодической ГБН в хроническую у большинства совпала с пубертатным периодом, воздействием психогений, значительным увеличением школьных нагрузок в старших классах. Более 90% детей отмечали учащение ГБ в период учебы, особенно во время экзаменов, и уменьшение или исчезновение ее в каникулы (табл. 2).

Таблица 2.

Связь головной боли напряжения и мигрени со школьными нагрузками в течение учебного года

Провоцирующий фактор	ГБН	Мигрень
<i>Начало учебного года</i>	46,2%**	26,8%
<i>Экзамены, контрольные работы</i>	65,7%	51,8%
<i>Большой объем домашних заданий</i>	71,8%**	44,6%
<i>Подготовка доклада или реферата</i>	41%	33,9%
<i>Страх перед учителем</i>	33,4%*	17,8%

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

В течение учебной четверти дети с частой ЭГБН и ХГБН указывали на появление боли в наиболее «загруженные» школьные дни и улучшение самочувствия в воскресенье. При мигрени значимыми провоцирующими факторами были экзаменационный стресс, большой объем домашних заданий, а при ГБН достоверно чаще, чем при мигрени, имело влияние начала учебного года, большой учебной нагрузки и страха перед учителем. Наряду с ГБ, 45% учащихся отмечали боли другой локализации: абдоминалгии, не связанные с приемом пищи (60%); кардиалгии (32%); цервикалгии (25%); дорсалгии (21%); боли в конечностях (16%). Бо-

ли в шее, надплечьях и спине чаще встречались при ГБН, боли в животе при мигренозной цефалгии. В 1/3 случаев имел место полиалгический синдром, в том числе у большинства с ХГБН. Почти половина респондентов отмечала повышенную утомляемость и вегетативную дисфункцию. Выраженность симптомов заметно увеличивалась к пубертатному периоду. Доказана их высокая коморбидность с ГБ: СВД в 5 раз, а астения в 3,5 раза чаще встречались у детей с цефалгией (табл. 3).

Таблица 3.

Частота астено-вегетативных нарушений у школьников

<i>Синдром</i>	<i>Всего</i>	<i>Без ГБ</i>	<i>С ГБ</i>
<i>СВД:</i>	49,8%	18,3%	93,2%*
7-9	18,7%	4,7%	75,4%*
10-12	55,8%*	21,5%	94,5%*
13-17	68,8%*	33,9%	97,1%*
<i>Астения:</i>	48,6%	23,3%	83,4%*
7-9	11,8%	5,2%	38,6%*
10-12	54,9%*	27,6%	85,5%*
13-17	71,7%*	44%	94,2%*

* $p < 0,001$

Выраженность вегетативных и астенических нарушений закономерно нарастала с возрастом, соответственно увеличению частоты ГБ, повышению школьных нагрузок. У старшеклассников, страдающих ГБ, умеренная астения обнаружена в 47% случаев, выраженная астения встречалась только у подростков с ХГБН или при сочетании ХГБН с мигренью (4%). Дети младшего возраста проявляли умственную и физическую утомляемость только при увеличении нагрузок, лишь у 12,3% имелись умеренные астенические расстройства. Младшим детям более свойственно было нарушение внимания. В пубертатном периоде преобладала психическая усталость, снижение памяти, раздражительность, эмоциональная лабильность. У детей без ГБ по тесту И.К. Шаца определялась преимущественно реакция утомления (астения легкой степени), только у 9% подростков зафиксирована умеренная степень астении. Наследственную предрасположенность (чаще по материнской линии) имели 73,2% детей с мигренью (данные сопоставимы с аналогичными показателями у стационарных больных). 58% детей с ГБН росли в «болевых» семьях, где один или несколько близких родственников страдали периодической ГБ. ГБ достоверно чаще встречалась у детей из неполных семей с низким социально-экономическим уровнем, бытовыми проблемами, часто болеющих, имеющих отягощенный перинатальный анамнез, хроническую соматическую патологию. Дети, страдающие мигренью, чаще пропускали

школу из-за ГБ, чем дети с ГБН (44,6%, против 21,5%) и чаще использовали анальгетики (85,7% против 60,6%). Употребление обезболивающих увеличивалось с возрастом ($p < 0,001$) без гендерных отличий. 12% детей с ГБ прибегали к лекарствам регулярно и 13,6% детей с ХГБН, сочетанием мигрени с ГБН использовали анальгетики более 1 дня в неделю. Наблюдались систематически у детского невролога в поликлинике только 6,6% детей с ГБН и 10,7% с мигренью, эпизодически (при учащении ГБ) соответственно 10,7% и 41,1%, однократно обращались - 49,8% и 33,9%, стационарное лечение получили - 7,1% и 12,5%, самолечение имело место у 32,9% и 14,3% больных. Как показал сравнительный анализ полученной информации, сведения, предъявляемые в анкете и дневнике по частоте ГБ, при мигрени довольно близки, но отличались при ГБН, при которой ГБ не менее одного раза в неделю в дневнике отметили в 2,7 раза больше детей (табл. 4).

Таблица 4.

Сравнительная оценка выраженности некоторых количественных показателей, полученных при ретроспективном и проспективном исследовании детей с головной болью

<i>Характеристика</i>	<i>ГБН</i>		<i>Мигрень</i>	
	<i>ГБ</i>	<i>анкета</i>	<i>дневник</i>	<i>анкета</i>
<i>ВАШ</i>				
<i>Длительность более 4 часов</i>				
<i>Частота более 1 раза в неделю</i>				

* $p < 0,05$

Дебют и течение ГБ, как и коморбидных симптомов, у большинства имели очевидную связь с семейными проблемами (неполная семья), школьным стрессом (в 7 лет - начало посещения школы, в 10 лет - переход к кабинетной системе обучения, в 12-13 лет - усложнение и увеличение школьных нагрузок), влиянием пубертатного периода. Чрезмерная компьютерная и информационная нагрузка учебного процесса негативно воздействуют на нервно-психическое здоровье подростков, способствуют развитию психосоматической патологии, в том числе ГБ, снижению физической активности, гиподинамии.

Исходя из полученных данных, мы приходим к выводу о том, что эпидемиологические исследования ГБ в детском возрасте должны быть рандомизированными и комплексными. При проведении их необходимо использовать ретроспективные (анкеты и интервью) и проспективные методы (ведение дневников), результаты заочных опросов и клинических обследований. Обязательное условие - строгое соблю-

дение диагностических критериев МКГБ-II, с учетом типа и патогенеза ГБ.

Литература:

1. Измайлова И.Г., Белопасов В.В., Джумагазиев А.А. Прогностический сценарий развития мигрени в детском возрасте Материалы XX Российской научно-практической конференции с международным участием «Болевые синдромы: современный взгляд на диагностику и лечение» 14–16 мая 2014 г. Астрахань. Российский журнал боли 1 (42) 2014. С 34
2. Измайлова И.Г., Костина Л.А. Психосоматические расстройства при первичных цефалгиях у школьников Российский журнал боли 1 (42) 2014. С 35-36
3. Осипова В.В. Диагностика головных болей в амбулаторной практике. Сборник докладов Российской научно-практической конференции с международным участием «Головная боль-2013».- Москва, 2013. – С. 4.
4. Уразбагамбетов А., Делягин В.М. Головные боли у детей и подростков. Журнал. Неврология. Психиатрия 2 (78) апрель 2014. С. 42-44
5. Шамансуров Ш.Ш., Гулямова М.К., Каримова Н.А. Базиллярная мигрень у детей- объект диагностической ошибки Журн. Nevrologiya -2 (58), 2014. С.101.
6. Birte Tornea. The child with tension-type headache. Physical factors and interactive interventions. Doctoral dissertation. Sweden, 2014.
7. Birgit Kroner-Herwig. Psychological treatments for pediatric headache. Expert Review of Neuro-

therapeutics. –March 2011, Vol.11, No.3, Pages 403-410.

8. Florian Heinen. Headaches in Childhood and Adolescence // Neuropediatrics 2013; 44: 1-2.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, СТРУКТУРА И ФАКТОРЫ РИСКА ГОЛОВНОЙ БОЛИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

М.А. АБДУСАЛОМОВА, Д.А. ГАФУРОВА,
И.А. ЖУРАЕВА, А.Т. ДЖУРАБЕКОВА

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

Приведены результаты собственных обследований больных детей, разделенных на три группы: 40 амбулаторных, 40 стационарных, 20 здоровых с головной болью. Проведен анализ нарушения высших мозговых функций с помощью шкал Спилберга-Ханина, Личко, тест «Копинг стратегии», который показал, что головная боль у детей зависит от наследственности (мигрень), а также от нагрузки школьных программ (головная боль напряжения). Исходя из полученных данных, пришли к выводу, что обследование головной боли в детском возрасте должна быть комплексным с учетом типа головной боли.

Ключевые слова: головная боль у детей, клиничко-неврологическое обследование, нейропсихологическое обследование, тестирование.