

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

М.А. АБДУСАЛОМОВА, И.А. ЖУРАЕВА, Д.Ж. АБДУЛЛАЕВА, А.Т. ДЖУРАБЕКОВА

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

БОЛАЛАР ВА ЎСМИРЛАРДА ЖАРОҲАТДАН КЕЙИНГИ СУРУНКАЛИ БОШ ОҒРИГИНИНГ КЛИНИК АСПЕКТЛАРИ

М.А. АБДУСАЛОМОВА, И.А. ЖУРАЕВА, Д.Ж. АБДУЛЛАЕВА, А.Т. ДЖУРАБЕКОВА

Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

CLINIC ASPECTS OF CHRONIC POSTTRAUMATIC HEADACHE IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

M.A. ABDUSALOMOVA, I.A. JURAEVA, D.J. ABDULLAEVA, A.T. DJURABEKOVA

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Текшириш учун сурункали посттравматик бош оғриги билан касалланган 100 та бемор бола олинди. Барча бемор болаларга клинико-неврологик текширув, ЭЭГ анализи, Спилберг-Ханин шкаласи ва Лурий методикаси ёрдамида нейропсихологик текширув утказилди. Натижа тарикасида сурункали касалликка олиб келувчи психогения жараёни кучайтирувчи хавф омиллари тугрисида маълумотлар келтирилди.

Калит сўзлар: *посттравматик бош оғриги, енгил бош мия жароҳати, бола ва ота-она муносабати.*

In examination hundred patients children with chronic posttraumatic headache are involved. Clinic neurological examinations, electroencephalography analysis, neuropsychological examination with the help of scales (of Spilberg-Khanin, methodic by Luria) were carried out for children. The results show data about unfavorable factors strengthening the process of psychogeny and leading to chronic disease.

Key words: *chronic posttraumatic headache, light craniocerebral trauma, child-parent relations.*

Актуальность. Посттравматическая головная боль (ПГБ) является общим термином для боли в голове или шее, возникающей после травмы независимо от ее тяжести, локализации и патогенеза. Головная боль (ГБ) является одним из наиболее постоянных симптомов черепно-мозговой травмы (ЧМТ) во все ее периоды, причем лишь у части пациентов прослеживается определенная корреляция между тяжестью травмы и интенсивностью цефалгии [1,4].

Материал и методы исследования. Обследованием послужило 100 детей (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. Использовали нейропсихологические (шкала самооценки Ч.Д. Спилберга - Ю.Л. Ханина и методика А.Р. Лурия) и инструментальные (ЭЭГ) методы исследования.

Результаты исследования. При комплексной оценке детей и подростков, перенесших легкой черепно-мозговой травмы (ЛЧМТ), нами отмечена неоднородность хронической посттравматической цефалгии (рис. 1.). У большинства больных (91,6%) диагностирована хроническая посттравматическая головная боль напряжения (ХПГБН), в основном ее «классический» вариант (77,5%), реже имелось сочетание с мигренью (5,7%) либо с посттравматической цервикогенной головной болью (ПЦГБ) (8,4%). Ликвородинамические нарушения в структуре ХПГБ практически не нашли отражения, лишь у 3-х (4,2%) больных с ХПГБН при МРТ выявлена компенсированная открытая внутренняя гидроцефалия без деформации желудочков. Такие же результаты получены S.Barcellos и M.Rizzo при изучении ХПГБ после ЛЧМТ у взрослых. Поскольку хронификация ПГБ после ЛЧМТ происходит не у

всех пострадавших, для выяснения причин ее появления проведен сравнительный анализ преморбидных социально-психологических и биологических факторов, течения острого и промежуточного периодов травмы в трех группах пациентов. Основную группу составили больные с ХПГБ после ЛЧМТ, контрольную - дети без ГБ после ЛЧМТ (24 чел.), группу сравнения - дети с ХГБН без ЧМТ в анамнезе.

В остром периоде травмы у всех пострадавших имел место психовегетативный синдром, являющийся отражением дисфункции неспецифических систем головного мозга в ответ на ЧМТ. Психовегетативный синдром характеризовался астено-вегетативными (быстрая психическая и физическая утомляемость, диссомния, синдром вегетативной дистонии (СВД) с преобладанием симпатических влияний на сердечную деятельность) и психоэмоциональными (раздражительность, плаксивость, дистимия) нарушениями. Более яркие проявления отмечены у больных первой группы. Это подтверждает известный тезис о том, что течение ЛЧМТ и полноценность посттравматической адаптации зависят от выраженности психовегетосоматической дезрегуляции в остром периоде. По нашему мнению, важное влияние в генезе посттравматического психовегетативного синдрома оказал сильный эмоциональный стресс, который больные испытали в связи с травмой.

Не случайно у детей с ХПГБ чаще имели место особые психотравмирующие обстоятельства травмы, несущие угрозу для жизни (криминальные, падение с большой высоты, транспортные), сами по себе порождающие развитие тревожно-депрессивных расстройств. Негативное влияние на течение посттравматического периода оказала ятрогения.

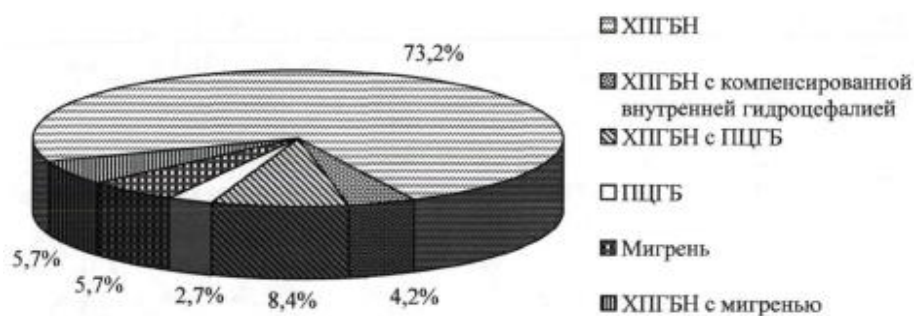


Рис. 1. Структура хронической посттравматической головной боли у детей и подростков после легкой черепно-мозговой травмы

Недостаточно использовались сосудисто-ноотропные средства, несмотря на доказанное их позитивное влияние на уменьшение посттравматических расстройств (ГБ, головокружения, астении). Нередко не соблюдался постельный режим или он был неоправданно длительным. В последнем случае негативное воздействие оказали родители, заставляя и запугивая детей возможными последствиями травмы. Подобные нарушения в группе сравнения практически отсутствовали. Закреплению тревожно-депрессивных расстройств и хронификации ПГБ у больных основной группы способствовали ранние интенсивные умственные нагрузки и отсутствие рационально организованного щадящего режима. Посттравматическая астения не позволяла справляться с умственными нагрузками; непосильная активность вела к переутомлению, невротическому срыву, тревоге, депрессии, в свою очередь ухудшающих внимание и память. В результате снизилась академическая успеваемость, укрепилась ипохондрические тенденции.

При организации рационального щадящего режима с ограничением повышенных умственных и физических нагрузок, постепенным введением обычных, не вызывавших переутомления, уже через 1-2 недели после травмы наблюдалось благоприятное течение ЛЧМТ. Большая заслуга в этом

принадлежала родителям и учителям. Успеваемость у детей без ХПГБ оставалась прежней. Нормальная работоспособность в среднем восстановилась через 30-40 дней после травмы, что подтверждается литературными данными. На основании полученных данных можно заключить, что в остром периоде ЛЧМТ на развитие ПГБ оказывает воздействие как сама травма, так и психогенные факторы, причем их влияние проявляется индивидуально. В дальнейшем значение последних усиливается. Хронификации ГБ способствуют психосоциальные факторы, особенно семейные, ранние интенсивные умственные нагрузки, рентные установки, ожидание возможного осложнения, стрессы. Важна также роль личности пострадавшего.

В таблице 1 представлена сравнительная оценка преморбида у детей с ХПГБ после ЛЧМТ, с ХГБН без ЛЧМТ в анамнезе и без ХПГБ после ЛЧМТ. У детей без ХПГБ, по данным анамнеза, они отсутствовали. У детей контрольной группы (без ХПГБ) эти нарушения отсутствовали. В большинстве случаев пубертатный период протекал относительно благополучно, не отражаясь на их самочувствии и эмоционально-волевом фоне. У 25% вегетативная дистония возникала в связи с психоэмоциональными нагрузками. У детей с ХПГБ нередко в анамнезе имелись повторные ЧМТ.

Таблица 1.

Сравнительная оценка анамнестических данных преморбида у детей с ХПГБ после ЛЧМТ, с ХГБН без ЛЧМТ в анамнезе и без ХПГБ после ЛЧМТ

Анамнестические данные	Больные с ХПГБ после ЛЧМТ (%)	Больные с ХГБН без ЛЧМТ (%)	Без ХПГБ после ЛЧМТ (%)
Патология беременности	78,9	77,3	29,2
Патология родов	25,4	22,7	4,2
Хронические соматические заболевания (гастро-интестинальная патология)	46,5	41,0	4,2
Частое реинфицирование	47,9	40,9	8,3
Аллергические реакции	28,2	22,7	4,2
Хронические очаги инфекции	33,8	31,8	-
Эндокринная патология	21,1	18,2	-
Невротические состояния	33,8	40,9	-
СВД до ЛЧМТ	71,8	-	25
Повторные ЧМТ	33,8	-	8,3
Психогении	95,8	100	20,8
Патологические стили детско-родительских отношений	70,4	72,7	8,3

В преморбиде у пациентов с хронической ГБ выявились различные психогении: конфликты детей с родителями, в школе с окружающими детьми и преподавателями, развод родителей, постоянные ссоры родителей вплоть до агрессии, асоциальное поведение родителей (алкоголизм), телесные наказания детей. В ряде случаев дети теряли близких, в том числе одного из родителей. Среди детей без ГБ не было случаев асоциальных, конфликтных семей. При анализе заболеваний у родственников «болевым семей» среди пациентов с ХПГБ и ХГБН без травмы в отличие от контрольной группы. В литературе высказывается мнение об общих патофизиологических, наследственно детерминированных механизмах реагирования на дистресс. Контрастным по отношению к вышеперечисленному оказался микроклимат в семьях детей без ХПГБ: патологические стили ДРО наблюдались крайне редко. Оценка личностных особенностей подростков 3-х сравниваемых нами групп подтвердила известное утверждение о влиянии семейных отношений на развитие ребенка. У всех больных с ХПГБ и ХГБН без травмы выявлены различные акцентуации характера. Чаще всего диагностировались эпилептоидный, неустойчивый, психастенический и истероидный типы. Девочек отличала демонстративность, большая впечатлительность, раздражительность, аффекты по ничтожному поводу и повышенная утомляемость; а мальчиков - замкнутость, быстрая истощаемость в контактах, низкая эмпатия, чувство собственной неполноценности, застенчивость, робость, замкнутость, порой скрываемая показной грубостью, агрессивностью. Обращает внимание высокая встречаемость смешанных типов, генез которых в литературе объясняется эндогенными факторами (наследственность и особенности раннего онтогенеза) или наложением черт одного типа на эндогенное ядро другого в силу хронически действующих психогенных факторов. В наших случаях вероятнее всего действовал второй механизм. Преобладали умеренная и средняя конформность, гипертимный тип, проявления которого, в принципе, естественны для детского возраста. Редко диагностировались эпилептоидный, сенситивный и психастенический, отсутствовали неустойчивый, шизоидный, астено-невротический, циклоидный, лабильный и смешанный типы акцентуаций. Нехарактерными были склонность к делинквентному поведению, алкоголю, предикторы социальной дезадаптации и формирования психопатии. Проведенный нами сравнительный анализ обнаружил большое сходство преморбидных факторов развития детей с ХПГБ (ХПГБН, как основного клинического варианта) после ЛЧМТ и ХГБН без ЛЧМТ в анамнезе, вскрыл единые патофизиологические механизмы их развития.

Выводы. Таким образом из приведенных данных следует, что неблагоприятные преморбидные

биологические факторы (отягощенный перинатальный анамнез, высокая соматическая заболеваемость, частое реинфицирование, хронические очаги инфекции, повторные ЧМТ) вызывают дезинтеграцию неспецифических систем мозга, усиливают этот процесс психогении. Возникающие после травмы неблагоприятные посттравматические ситуации (ятрогения, психотравмы, семейно-культуральные взаимоотношения) способствуют закреплению ригидных тревожных поведенческих стереотипов и формированию болевой личности.

Литература:

1. Асилбеков У.Е. Клиника, диагностика и исходы тяжелой черепно-мозговой травмы у детей различных возрастных групп // Журнал нейрохирургия и неврология Казахстана / 2012 № 1 (26) С 12-17.
2. Заваденко Н.Н., Изнак А.Ф., Гузилова Л.С., Изнак Е.В.. Последствия тяжелой черепно-мозговой травмы у подростков: особенности клинических проявлений и лечение // Журнал Вопросы современной педиатрии 2010 № 4 С 57-67.
3. Нестеровский Ю.Е., Заваденко Н.Н.. Принципы диагностики и лечения головных болей у детей и подростков // Журнал Фарматека 2013 №1.
4. Филатова Е Посттравматическая головная боль: диагностика и лечение // Журнал Врач 2013 №5 С 26-30.
5. Heidi K. Blume, Monica S. Vavilala, Kenneth M. Jaffe. "Headache After Pediatric Traumatic Brain Injury: A Cohort Study" Journal of Pediatrics Vol. 129 No. 1 January 1, 2012 pp. e31 –e39.
6. Kuczynski A , Crawford S, Bodell L, Dewey D, Barlow KM. "Characteristics of post-traumatic headaches in children following mild traumatic brain injury and their response to treatment: a prospective cohort". Journal Child Neurology 2013 Jul;55(7):636-41.
7. Louis M. Bell, MD reviewing Blume HK et al. "Chronic Headache After Traumatic Brain Injury Is Common in Children" Journal Watch 2012 Jan.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

М.А. АБДУСАЛОМОВА, И.А. ЖУРАЕВА, Д.Ж. АБДУЛЛАЕВА, А.Т. ДЖУРАБЕКОВА

Обследованию подлежало 100 детей с хронической посттравматической головной болью. Всем детям проведены клиничко-неврологическое обследование, ЭЭГ анализ, нейропсихологическое обследование с помощью шкал (Спилберга-Ханина, методика Лурия). В результаты приведены данные о неблагоприятных факторов, усиливающих процесс психогении приводящие к хронической заболевания.

Ключевые слова: *посттравматическая головная боль, лёгкая черепно-мозговая травма, детско-родительские отношения.*