

УДК: 616.15-005-053.2-07:616.1

ГОЛОВНИЙ БІЛЬ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ  
ШКОЛЯРІВ З ПЕРИНАТАЛЬНОЮ  
ПАТОЛОГІЄЮ В АНАМНЕЗІ

Ю.М. Нечитайло, Н.І. Ковтюк

Буковинський державний медичний університет  
МОЗ України  
(м. Чернівці, Україна)**Ключові слова:** головний біль; якість життя;  
діти шкільного віку; перинатальна патологія.**Резюме.** Проведено вивчення впливу первинного головного болю на фізичне та психічне функціонування - основні складові якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, у школярів з перенесеною перинатальною патологією в анамнезі. Було обстежено 84 дітей з мігренню і головним болем напруги у порівнянні з 226 здоровими дітьми такого ж віку. Було зареєстровано помірне зниження індексів якості життя у дітей з головним болем.**Вступ**

Перинатальні ураження центральної нервової системи (ЦНС) займають у даний час одне з провідних місць у структурі захворюваності дітей раннього віку. Перенесена перинатальна енцефалопатія має «програмуєчий» характер на патологічні реакції та на значну кількість віддалених наслідків у старших вікових групах дітей. Одним із таких наслідків є схильність до головного болю (ГБ), який є однією із найбільш частих неврологічних скарг у школярів [1]. Спостерігається зростання уваги до проблеми високої поширеності і поліморфізму клінічних проявів ГБ у дитячій популяції та факторів, що сприяють його виникненню [2, 6]. ГБ негативно впливає на самопочуття дітей, призводить до пропусків занять у школі, погіршує якість життя дітей, спричиняє додаткові витрати на лікування [3, 5, 7]. Його частота за даними різних авторів складає від 5,9% до 82%, в залежності від вибраних критеріїв його оцінки [4].

Нечисленні вітчизняні та зарубіжні клініко-епідеміологічні дослідження останнього часу виявили вікову залежність ГБ у дітей: цефалгіями страждають від 4% до 19,5% дошкільнят, а у дітей віком 7-15 років виявляється неухильне підвищення частоти ГБ до 57-82%. Крім цього, певну роль відіграють спадкові чинники, перенесені захворювання та травми [7, 8]. Існує думка, що успадковується не сама хвороба, а схильність до певного типу реагування судинної системи на різні подразники. Поряд з тим, практично не проводився аналіз взаємозв'язків між ГБ та перинатальною патологією, перенесеною дитиною, а саме це може формувати неадекватні реагування судинної системи на зовнішні фактори [4].

**Мета дослідження**

Оцінити можливі взаємозв'язки між ГБ та перинатальною патологією (перинатальними енцефалопатіями), перенесеною дитиною.

**Матеріали і методи**

Обстежено 84 школяра з первинним головним болем віком від 7 до 17 років (середній вік пацієнтів становив  $14,7 \pm 0,26$  роки), із них 47,6%

хлопчики та 52,4% дівчатка. Діти перебували на лікуванні або обстеженні у неврологічному відділенні міської дитячої клінічної лікарні м. Чернівці. Відповідно до МКХ-10, у дітей була мігрень (G 43) - у 26 дітей, головний біль напруги (G 44.2) - у 58 дітей. Тривалість хвороби становила не менше 1-го року. Діти були умовно розділені на дві групи - з перинатальною патологією в анамнезі (основна група, 32 дитини) та без неї (контрольна група, 52 дитини). Критерієм включення у основну групу була перинатальна енцефалопатія гіпоксично-ішемічного генезу, з приводу якої дитина спостерігалася впродовж першого року життя у дитячого невролога.

Проводилось клінічне обстеження, яке включало, окрім загальноприйнятих методів, ЕЕГ та доплерографію церебральних судин. Інтенсивність кровотоку визначалася у балах за шкалою: 0 - повна відсутність кровотоку, 1 - кровоток без порушень, в залежності від показника швидкості кровотоку в даній ділянці. Оцінка головного болю проводилася за 5-бальною шкалою інтенсивності болю (McGill, 1989), яка включає 7 основних та 5 додаткових критеріїв. Якість життя дітей оцінювали за адаптованим україномовним опитувальником CHQ-SF87. Оцінювали такі підрозділи: загальний стан та самооцінка здоров'я, фізичне функціонування, психоемоційне функціонування, загальний показник якості життя. Крім того, для порівняння результатів оцінки якості життя використовувалися дані, отримані в групі здорових дітей (226 дітей відповідного віку).

Статистичну обробку результатів проводили за стандартними методами варіаційної статистики та кореляційного аналізу із використанням пакету комп'ютерних програм Statistika 5.11 for Windows. Вірогідність різниці оцінювали за критерієм Ст'юдента при рівні  $p < 0,05$ .

Результати та їх обговорення. За патофізіологічними механізмами розрізняють головний біль судинного походження, м'язового напруження, ліквородинамічний, невралгічний та психалгію [1]. У обстежених дітей з неврологічною патологією головний біль мав найчастіше комбінований характер. Через непостійність

різних складових болю утруднюється адекватна оцінка його проявів та зменшується ефективність монотерапії. Найбільш частими причинами виникнення болю самі діти вважали переважно в школі, пропуски прийому їжі, тривале перебування у приміщеннях з недостатнім рівнем обміну повітря, тривалу роботу з комп'ютером або переглядання телевізору, стрес тощо.

Вміння локалізувати біль є важливим компонентом у постановці та проведенні диференційного діагнозу. При цьому, 56% дітей з ГБ не могли чітко вказати на місце локалізації болю, відмічали що боліла «вся голова». Біль частіше виникав у другій половині дня. Тривалий інтермітуючий характер головного болю призводив до погіршення сну, пам'яті, зниження успішності у 50-55 % школярів, до психоемоційних розладів - у 30%. Відмічено, що у 91,2% дітей наявність болю призводило до обмеження фізичної активності, у 88,2% - до погіршення розумової працездатності, у 50% дітей – до порушень сну. Лише у 56% дітей біль проходив самостійно після тривалого сну.

Головний біль у дітей при прийомі в стаціонар переважно був інтенсивним (35,3%), і у 47,1% поєднувався з м'язовим напруженням. Інтенсивність болю за бальною оцінкою була  $3,0 < 0,15$  бали в основній групі та  $2,8 < 0,25$  - в контрольній,  $p > 0,05$ . З віком у дитини відзначається тенденція до почастивання ГБ без зміни її характеру. У 18% дітей напади ГБ періодично супроводжувалися потемнінням в очах, іноді одноразовою блювотою. Більшість дітей з ГБ мала інші прояви вегетативної дисфункції: вестибулопатії, синкопальні стани в анамнезі, локальний гіпергідроз, напади серцебиття, колічні болі у ділянці серця, болі в животі.

З мікросоціальних факторів, що асоціюють з виникненням ГБ, найбільш значимими були наявність сіблінгів ( $r = 0,39$ ,  $p < 0,05$ ), неспокійна сімейна обстановка ( $r = 0,32$ ,  $p < 0,05$ ), паління батьків ( $r = 0,31$ ,  $p < 0,05$ ), мала площа житла ( $r = -0,52$ ,  $p < 0,05$ ). Висока частота та інтенсивність ГБ призводили до обмеження соціальної та побутової активності, до зниження якості життя і приєднання вторинних психопатологічних симптомів.

Запис ЕЕГ у дітей з ГБ не виявив суттєвих порушень. Альфа ритм в усіх обстежених дітей був домінуючим та мав частоту 8-12 Гц. У дітей з основної групи спостерігався вірогідно вищий за частотою альфа-ритм ( $8,84 \pm 0,25$  Гц, проти  $7,91 \pm 0,26$  Гц в контрольній,  $p < 0,05$ ). Середнє значення амплітуди коливання альфа-хвиль становило 30-60 мкВ, у той же час, у дітей з ГБ з основної групи амплітуда альфа-хвиль значно перевищувала показники у інших дітей ( $43,2 \pm 2,69$  мкВ, проти  $32,1 \pm 2,18$  мкВ в контрольній,  $p < 0,05$ ). Бета-ритм у дітей був переважно виражений в передніх відділах півкуль головного мозку, над лобними ділянками. Дезорганізація бета-ритму не була постійною у дітей з ГБ, без різниці між

групами, вона відрізнялася залежно від самопочуття дитини, фізичної активності, настрою та інтенсивності больового синдрому.

Доплерографія екстракраніальних судин головного мозку є високоінформативним методом діагностики порушення кровопостачання у дітей з неврологічною патологією. Нами проводилося вивчення кровотоку по основним магістральним артеріям, зверталась увага на симетричність кровопостачання з обох боків, оцінювалося кровонаповнення. У обстежених не було виявлено відхилення у кровопостачанні як за наповненням, так і за напрямком кровотоку по a.carotis communis, a. cerebri anterior, a. cerebri posterior. Проте, по a. supratrochlearis, по a. cerebri media та по a. vertebralis у частини дітей виявлено асиметрію, зниження кровонаповнення, переважно у пацієнтів основної групи, але дані порушення не мали вірогідної різниці. Аналіз венозного відтоку по v. jugularis interna виявив асиметрію у 20% обстежених дітей, знижені показники відтоку у 67%. Отримані дані свідчать про явища венозної дисциркуляції, уповільнення венозного відтоку та, як наслідок, порушення ліквородинаміки. Судинні порушення спостерігалися в обох групах, але більше в основній, хоча і не мали вірогідного рівня різниці.

Клінічні прояви симптомокомплексу ГБ суттєво впливали на показники якості життя дитини. Оцінка рольового фізичного функціонування (RP) показала відмінність між групами. Показник у здорових дітей ( $85,0 \pm 1,3\%$ ) мав вірогідну різницю з показником дітей з ГБ: у дітей основної групи він був  $71,9 \pm 2,4\%$  ( $p < 0,05$ ), в контрольній -  $77,7 \pm 3,4\%$  ( $p < 0,05$ ), різниця між групами не досягала вірогідного рівня через недостатній об'єм вибірки. Не виключено, що отримані дані обумовлені впливом больового синдрому, який був більш інтенсивним у дітей основної групи. Наступною важливою інтегральною складовою комплексного показника якості життя дитини є психічне функціонування (MHS). Діти контрольної групи оцінили своє психічне функціонування значно вище ( $77,8 \pm 0,86\%$ ), ніж діти основної групи ( $73,1 \pm 1,3\%$ ) ( $p < 0,05$ ). Вище наведені зміни ЯЖ в сумі впливають на інтегральний показник комплексної оцінки якості життя дітей (QLS). Діти із основної та контрольної груп мали значну дисперсію у показниках якості життя, через що різниця між ними не мала суттєвого характеру, хоча в основній групі показник був нижчим, ніж в контрольній (рис.1). Поряд з цим, в обох групах була вірогідна різниця зі здоровими дітьми.

Вважаємо, що під час діагностично-лікувального процесу увага лікаря повинна бути направлена не тільки на забезпечення об'єктивних діагностичних та лікувальних можливостей, але й на підвищення параметрів якості життя. Це дозволить уникнути значної соціальної дизадаптації та втрати працездатності у майбутньому.

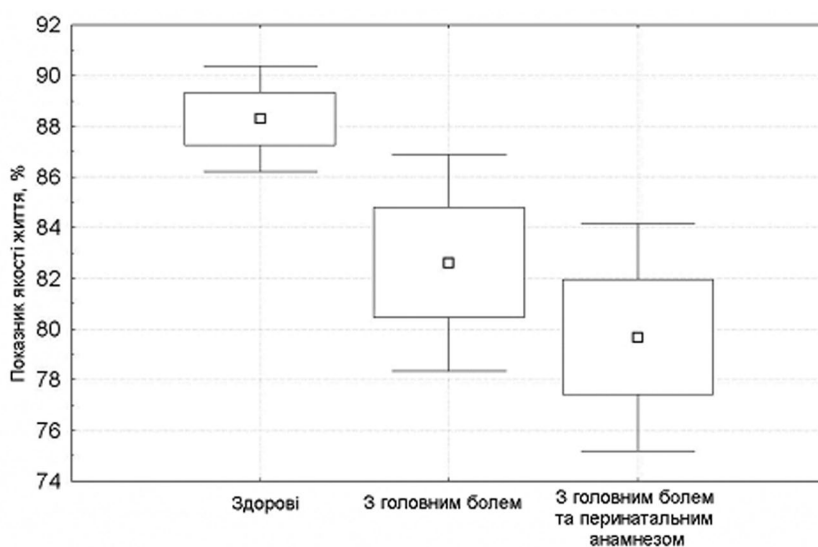


Рис. 1. Загальний показник якості життя (QLS) у дітей груп порівняння

### Висновки

1. Хронічний головний біль впливає на показник загальної якості життя дітей, який є вірогідно нижчим у дітей з мігренню та головним болем напруги, ніж у здорових дітей.

2. Перенесені перинатальні ураження у пацієнтів із головним болем асоціюються з більш інтенсивними клінічними проявами, в основі

яких ймовірно відхилення у мозковій циркуляції крові.

3. Патофізіологічні зміни впливають на ряд показників якості життя дітей, переважно через погіршення індексів рольового фізичного та психічного функціонування, які є вірогідно нижчими у дітей з перинатальними ураженнями в анамнезі.

### Література

1. Первичная головная боль у детей и подростков / Е.П.Шестова, С.К.Евтушенко, Т.М.Морозова // Международный неврологический журнал. - 2012. - №4 (50). - С. 13-21.
2. Измайлова И.Г. Качество жизни детей и подростков с первичными цефалгиями / И.Г. Измайлова // Астраханский медицинский журнал. - 2011. - Т.6., №2. - С. 56-60.
3. Arruda M.A. Behavioral and emotional symptoms and primary headaches in children: a population-based study / M.A. Arruda, M.E.Bigal // Cephalgia. – 2012. - № 32. – P.1093–1100.
4. Psychopathology in children and adolescents with migraine in clinical studies: a systematic review / J.Bruijn, H.Locher, J.Passchier [et al.] // Pediatrics. – 2010. - №126. – P.323–332.
5. The global burden of headache in children and adolescents - developing a questionnaire and methodology for a global study / C. Wöber-Bingöl, C. Wöber, D. Uluduz [et al.] // J Headache Pain. – 2014. - №15. - P.86.
6. Larsson B. Headache prevalence and characteristics among adolescents in the general population: a comparison between retrospect questionnaire and prospective paper diary data / B. Larsson, A. Fichtel // J Headache Pain. – 2014. - №15. - P.80.
7. Relationship of childhood headaches with preferences in leisure time activities, depression, anxiety and eating habits: A population-based, cross-sectional study / O. Bektaş, C. Uğur, Z.B. Gençtürk [et al.] // Cephalgia. – 2014. - №34. - P. 22.
8. The relationship between sleep and headache in children: implications for treatment / V. Guidetti, C. Dosi, O. Bruni // Cephalgia. –2014.–34(10).–P.767-76.

### ГОЛОВНАЯ БОЛЬ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ШКОЛЬНИКОВ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В АНАМНЕЗЕ

Ю.Н.Нечитайло, Н.И.Ковтюк

Буковинский государственный медицинский университет МЗ Украины  
(г.Черновцы, Украина)

**Резюме.** Проведено изучение влияния первичной головной боли на качество жизни, связанное со здоровьем у детей школьного возраста с перинатальной патологией в анамнезе. 84 ребенка с мигренью и головной болью напряжения были обследованы в сопоставлении с 226 здоровыми детьми такого же возраста. Было зарегистрировано умеренное снижение индексов качества жизни у детей с головной болью.

**Ключевые слова:** головная боль; качество жизни; дети школьного возраста; перинатальная патология.

### HEADACHE AND QUALITY OF LIFE OF SCHOOL-AGE CHILDREN WITH PERINATAL PATOLOGY IN HISTORY

Y.N.Nechitaylo, N.I.Kovtyuk

Bukovinian State Medical University  
HM of Ukraine  
(Chernivtsi, Ukraine)

**Summary.** The study of primary headache influence on health-related quality of life in school age children with perinatal pathology in history was done in the article. 84 children with migraine and tension-type headache were examined in comparison with 226 healthy children of the same age. The moderate decrease of quality of life indices in children with headache was registered.

**Keywords:** headache; quality of life; school-age children; perinatal pathology.