Головная боль напряжения и психические заболевания у детей

А.В. ГОРЮНОВА[1], А.В. ГОРЮНОВ[2]*

[1]ФГБУ «Российская медицинская академия последипломного образования», Москва; [2]ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН, Москва

Tension-type headache and mental disorders in children

A.V. GORYUNOVA, A.V. GORYUNOV

Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Moscow; Mental Health Research Center, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

На фоне анализа современной литературы авторы рассматривают диагностические аспекты и взаимоотношения головной боли напряжения (ГБН) и психических расстройств на основе результатов наблюдения 78 детей с ГБН в возрасте от 7 до 15 лет, обследованных за период с 2004 по 2007 г. в неврологическом стационаре, и 45 детей, наблюдавшихся в психиатрическом стационаре. В последней группе были 22 больных с депрессивными эпизодами, 11 с тревожно-фобическими расстройствами и 12 с шизотипическими расстройствами. Сравнение клинических особенностей ГБ в указанных группах позволило установить, что ГБН тесно связана с психическими расстройствами, а хроническая ГБН в большинстве случаев является симптомом психического заболевания — в первую очередь депрессивных расстройств. Подчеркивается необходимость междисциплинарного подхода к изучению, диагностике и лечению хронической ГБ у детей.

Ключевые слова: *головная боль у детей, головная боль напряжения, неврологический и психиатрический диагноз, психические заболевания у детей.*

Based on the analysis of current literature, the authors reviewed diagnostic aspects and the relationship between tension-type headache (TH) and mental disorders in 78 children, aged from 7 to 15 years, admitted to a neurological unit in 2004—2007 and in 45 children admitted to a psychiatric hospital. The latter group included 22 patients with depressive episodes, 11 with anxiety-phobic disorder and 12 with schizotypal personality disorder. The comparison of clinical features of headache in these groups revealed that TH was associated with mental disorders and chronic TH in most cases was a symptom of a mental disease (primarily depression). The authors stress the importance of the interdisciplinary approach to investigation, diagnosis and treatment of chronic headache in children.

Key words: *headache in children, headache of tension, neurological and psychiatric diagnosis, mental diseases in children.*

Трактовка головной боли (цефалгия) — ГБ — педиатрами, детскими неврологами и психиатрами неоднозначна, что вызывает необходимость обсуждения этой междисциплинарной проблемы с неврологической и психиатрической позиций.

ГБ является частым, неспецифическим симптомом многих заболеваний. Возникая изолированно, она нередко не расценивается взрослыми и тем более детьми как болезнь. Вместе с тем такая боль сигнализирует о психическом или соматическом неблагополучии, несвоевременная диагностика которого может привести к неадекватному лечению, хронификации заболевания и даже фатальным последствиям.

До конца прошлого века ГБ рассматривалась исключительно как симптом и в соответствии с этим усилия врачей обоснованно были направлены на диагностику основного заболевания. В качестве самостоятельной формы выделялись только мигрень, определяемая как типичное психосоматическое расстройство [1—4], а также кластерная, гистаминовая и тригеминальная цефалгии.

Заметный рост распространенности ГБ, отмечающийся во второй половине XX века, обусловил попытки выделения ее в качестве отдельного заболевания, что нашло отражение, в частности, в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) [5], где ГБ рассматривается в двух разделах — нервные болезни (G) и психические и поведенческие расстройства (F). В разделе нервных болезней выделяются: мигрень (G43), сосудистая ГБ (G44.1), ГБ напряжения (ГБН) (G44.2), хроническая посттравматическая ГБ (G44.3), ГБ, вызванная применением лекарственных средств (G44.4), и другие синдромы ГБ (G44.5). В разделе психических и поведенческих расстройств цефалгия представлена

© А.В. Горюнова, А.В. Горюнов, 2014

*e-mail: sasha.gor@rambler.ru

психогенной ГБ в рубрике хронических соматоформных болевых расстройств (F45.4). В ряде случаев допускается двойное кодирование. Рассмотрение ГБ в двух разделах создает определенные диагностические трудности, особенно в отношении ГБН. Это приводит, в частности, к тому, что диагноз больному ставится в зависимости от профиля учреждения, в которое он обратился с жалобами на ГБ, т.е. ему будет поставлен диагноз из рубрики либо неврологических заболеваний, либо психических. Естественно, это не может не приводить к искажению статистических показателей и возможности назначения неправильного лечения.

Рекомендуемая для практических и исследовательских целей Международная классификация головной боли (МКГБ) [5], первая редакция которой появилась в 1988 г., возникшей проблемы не решила. Тем не менее она позволила в определенной степени унифицировать диагностику ГБ, обеспечив сравнение полученных учеными разных стран эпидемиологических данных, но при этом привела к учащению постановки диагноза ГБ в качестве основного заболевания. Согласно этой классификации все цефалгии разделены на 4 первичных типа: мигрень, ГБН, кластерная ГБ, тригеминальные цефалгии и другие первичные ГБ. Кроме того, в ней учитываются еще 10 типов ГБ, которые отнесены к вторичным. Более поздняя классификация ГБ — МКГБ-2 (2003) [6] насчитывает уже более 100 форм цефалгий. В последнюю редакцию, кроме того, введены новые подтипы вторичных ГБ, в том числе обусловленные психическими заболеваниями: ГБ, связанная с соматизированным расстройством (рубрика 12.1), и ГБ, связанная с психотическими нарушениями (рубрика 12.2). Диагностические критерии цефалгии при этой патологии пока не описаны, и определяющую роль в их оценке играет временной фактор. Так, если ГБ развилась одновременно с психическим расстройством или в процессе его, то она автоматически попадает в рубрику «обусловленная психическими заболеваниями». Но известно, что психические заболевания имеют инициальный период развития, могут протекать в латентной (скрытой) или «маскированной» форме, когда психопатологические явления рудиментарны, не развернуты и скрыты за симптомами соматического неблагополучия и чаще всего за различными алгиями. К тому же существуют психические расстройства, такие как ипохондрическое, соматоформное, которые вообще могут исчерпываться проявлениями «соматической» симптоматики, в том числе цефалгиями.

Не вдаваясь в анализ и оценку вариантов ГБ, в том числе и соответствующих рубрик МКГБ, остановимся на ГБН, так как именно в отношении нее возникает наибольшее число вопросов, в том числе и в отнесении ее хронического варианта к первичным формам ГБ.

ГБН определяют как цефалгию, возникающую при остром или хроническом эмоциональном стрессе, выделяя формы с напряжением и без напряжения перикраниальных мышц [6—10]. Характерные отличия первичной ГБН от психогенных цефалгий при этом не указываются и отмечается лишь возможность ее коморбидности с депрессией, тревогой и соматовегетативными нарушениями [7, 9 11]. До создания МКГБ эти боли относились к психогенным и рассматривались в качестве основного типа ГБ при неврозах и пограничных состояниях [1—3, 12]. При анализе посвященной ГБН литературы обнаруживаются существенные расхождения во взглядах на ее сущность. Во многих работах по психиатрии [1, 2, 4, 13] отмечается, что цефалгия часто является одним из факультативных симптомов в структуре аффективных, невротических и психосоматических расстройств и рассматривается как расстройство ощущений. В работах неврологов [10, 11, 14—16] ГБН расценивается как первичное болевое расстройство, при этом допускается ее сочетание с психическими нарушениями. Авторы утверждают, что психические расстройства (депрессия, тревога, ипохондрия и др.) играют значительную роль в патогенезе ГБН и особенно ее хронической формы [10, 14, 17, 18], что, по сути, стирает различия между ГБН и цефалгиями, обусловленными указанными психическими расстройствами. В пользу психогенного генеза ГБН свидетельствует частое отсутствие эффекта от аналгезирующей терапии и, напротив, положительный эффект от лечения антидепрессантами [16, 19—21]. Более того, в МКГБ-2 [17] имеются рекомендации в отношении применения антидепрессантов как препаратов выбора для лечения хронической ГБН (ХГБН). Эффективность такой терапии подтверждается рядом научных исследований, в которых показано, что в основе хронической боли и аффективных расстройств лежит единый механизм, а именно — нейрохимическая дисфункция — дисбаланс серотонинергической и опиатной систем, проявляющийся нарушением эмоционально-аффективной и антиноцицептивной регуляции. Под влиянием психосоциального стресса могут возникать не только цефалгический синдром, но и психические нарушения [7, 14, 18, 22, 23]. Это делает логичным предположение, что если механизмы и причины возникновения рассматриваемых расстройств идентичны, то они являются звеньями одного процесса.

До сих пор речь шла в основном о ГБ у взрослых больных. Еще более сложны подходы к диагностике ГБ в детском возрасте [24—28]. Нередко цефалгию у детей вообще трудно квалифицировать в рамках МКГБ-2. Поэтому в педиатрической практике чаще используется систематика, согласно которой все ГБ у детей подразделяются на органические, психогенные и сосудистые, острые и хронические [26, 28—32]. Актуальность вопросов диагностики и лечения

ГБ в детском возрасте во многом определяется высокой ее распространенностью (до 70%). Так, D. Lewis и соавт. [33] установили, что в возрасте 7 лет ГБ выявляется у 37—51% детей, к 15 годам ее частота возрастает до 57—82%. В большинстве случаев (следуя МКГБ) речь идет о первичных формах — ГБН и мигрени.

В России популяционные исследования ГБ немногочисленны [30, 34, 35], но их результаты вполне сопоставимы с зарубежными данными. В 1993 г. С.Б. Шварков и соавт. [34] при изучении распространенности вегетативных нарушений у 2076 учащихся общеобразовательных школ Москвы установили, что жалобы на ГБ предъявляли 36% девочек и 29% мальчиков, при этом наиболее часто ГБ была отмечена у детей старших возрастных групп. В популяционном исследовании с участием 409 школьников Москвы в возрасте от 7 до 15 лет, проведенном сотрудниками Научного центра здоровья детей РАМН в течение 3 лет, ГБ была обнаружена у 51,8% [30]. Анализ структуры ГБ в соответствии с критериями МКГБ показал, что наиболее часто встречаются ГБН — у 37,5%, из них эпизодическая форма — у 30%, хроническая — у 7,5%; мигрень — у 10,2%; посттравматическая ГБ — у 6,5%; сосудистые ГБ — у 6%; ГБ при психических расстройствах — у 3% детей. Остальные цефалгии (36,8%) относились к вторичным ГБ, вызванным хроническими заболеваниями внутренних органов, синуситами, нарушениями зрения, ортопедической патологией или были отнесены к неклассифицируемым формам. Обследование 1066 школьников Смоленска, проведенное Я.Б. Юдельсоном и А.П. Рачиным [35], также показало большую распространенность жалоб на ГБ — у 46,4% учащихся; при этом ГБН выявлялась в 38,6% случаев, из которых эпизодическая ГБН составила 30,7%, хроническая — 4,7%, мигрень в сочетании с ГБН — 3,2%. Среди причин, вызвавших ГБН, на первое место (78,3%) авторы ставят психосоциальные факторы и психоэмоциональные стрессы. Была также показана связь ГБН с синдромом вегетативно-сосудистой дисфункции (55% случаев) и расстройствами сна (70%). При психологическом тестировании были выявлены некоторые характерологические особенности детей с ГБН: преобладание циклотимического, гипертимного и экзальтированного типов акцентуации личности с высоким уровнем личностной тревожности и склонностью к ипохондрии и паранойяльности. Некоторые авторы [24, 36—39] считают, что сам феномен ХГБН является одной из форм патологической адаптации к неблагоприятным условиям жизни в школе и дома.

Приведенные данные позволяют сделать вывод, что ГБН у детей является наиболее часто встречающейся формой, и ее возникновение обусловлено эмоциональными нарушениями. С нашей точки зрения, маловероятно, чтобы ГБН, выявляемая у 35—45% детей с цефалгиями, была бы первичной формой ГБ.

Точку зрения о психогенном происхождении ГБН разделяют многие детские неврологи [24, 32, 36, 40] и психиатры [12, 37, 41], отмечающие тесную связь ГБН с эмоциональными нарушениями у детей и рассматривающие ее в рамках психосоматической патологии. Она подтверждается тем, что типичные для взрослых формы аффективных, тревожных, фобических и других расстройств в детском возрасте встречаются редко, а преобладают нарушения, маскированные соматовегетативными расстройствами. Этому способствуют отчасти особенности изложения соответствующих ощущений детьми, затрудняющие установление их истинного характера, многие из которых ребенок определяет как боль [12, 37, 41—43]. Следует отметить, что в возникновении алгий у детей важную роль играют психологические факторы. При наличии в семье примера «болевого поведения» дети могут копировать родительские неадаптивные стратегии преодоления боли, приводящие к ее хронификации. Что касается ситуации в практической медицине, то важную роль в диагностике ГБН у детей играет специальность врача. В большинстве случаев родители пациентов с жалобами на цефалгии обращаются к неврологу или педиатру, внимание которых направлено в первую очередь на алгический компонент. В тех случаях, когда ГБН обусловлена психическими расстройствами, последние остаются незамеченными, и пациенты не получают адекватного лечения.

Таким образом, высокая распространенность ГБН в детской популяции, недостаточно изученная связь этого типа ГБ с психоэмоциональным стрессом и психическими расстройствами, неразработанность алгоритма диагностики и лечения, а также методов психотерапевтической коррекции обусловливают необходимость дальнейшего изучения данной проблемы с использованием мультидисциплинарного подхода.

Цель настоящего исследования — получение данных о сопряженности цефалгии и психических расстройств в детском возрасте.

Материал и методы

Наблюдали две группы детей в возрасте от 7 до 15 лет. В первую группу вошли 78 детей, из них с диагнозом эпизодическая ГБН (ЭГБН) — 40 больных и ХГБН — 38, которые были обследованы в период с 2004 по 2007 г. в неврологическом отделении Научного центра здоровья детей РАМН. Вторую группу составили 45 детей, которые наблюдались в Научном центре психического здоровья РАМН, из них 22 больных с депрессивными эпизодами (ДЭ), 11 детей с тревожно-фобическими расстройствами (ТФР) и 12 с шизотипическими расстройствами

(ШР), у которых в клинической картине болезни значительное место занимала ГБ.

Обследование неврологического и психического статуса проводилось по общепринятым в неврологии и психиатрии методикам. Формы ГБ диагностировали по критериям МКГБ-2. Особенности цефалгии устанавливали с помощью индивидуальной стандартизованной анкеты пациента, Международного болевого опросника (МБО), визуальной аналоговой шкалы боли (ВАШ). Для объективизации степени выраженности тревоги и депрессии использовали шкалы Цунга и Гамильтона (HAM-A и HAM-D). При наличии соответствующих показаний проводили магнитно-резонансную томографию (МРТ) головного мозга и ультразвуковое исследование церебральных сосудов. Во всех случаях проводили также электроэнцефалографию.

Соматическое состояние детей оценивал педиатр. При наличии жалоб на соматическую патологию проводились дополнительные исследования функции сердечно-сосудистой, дыхательной, мочевыделительной систем и желудочно-кишечного тракта.

Результаты и обсуждение

Изучение семейного анамнеза показало сходство стилей воспитания, внутрисемейных отношений, высокую частоту «болевого поведения» членов семьи в обеих группах пациентов. Больные ГБН часто воспитывались в неполных семьях, нередко встречались эмоционально холодные или формальные отношения в семье, внутрисемейные или школьные конфликты, воспитание отчимом. Матери пациентов в большинстве случаев страдали ГБ. Следует отметить также другие особенности воспитания детей, страдающих ГБН, — гиперопеку, тревожность или завышенные требования родителей, ориентирующих детей на перфекционизм, высокую успеваемость. В таких условиях хроническая ГБ могла быть единственной социально приемлемой, хотя и неосознаваемой реакцией на ситуацию хронического стресса. При анализе соматического и неврологического статуса больных обеих групп были выявлены близкие по характеру, частоте и выраженности нарушения. В большинстве случаев отмечалась сопутствующая функциональная патология желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы. Реже обнаруживались аллергические заболевания (35,7%), синдром дисплазии соединительной ткани (52,5%). Существенной особенностью клинической картины ГБН у детей и подростков была одинаково выраженная вегетативная дисфункция, проявлявшаяся повышенной потливостью, колебаниями АД, тахикардией, болями в области сердца, живота, суставов, частым мочеиспусканием, снижением аппетита и иногда ощущением общего соматического дискомфорта. Частым расстройством была инсомния. Нарушения сна носили как пресомнический характер — трудности засыпания, так и интра- и постсомнический характер — беспокойный сон, ранние пробуждения.

У больных с тревожно-фобическими симптомами наряду с цефалгиями в подавляющем большинстве случаев обнаруживались нарушения сна и аппетита и другие симптомы вегетативной дисфункции. Из соматовегетативных проявлений при депрессии у детей чаще всего встречались нарушения терморегуляции, тошнота, рвота, боли в животе, сердце, конечностях, удушье, нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы (пароксизмальная тахикардия, экстрасистолия, лабильность АД). Желудочно-кишечные расстройства проявлялись в виде разнообразных диспепсических явлений, сходных с проявлениями гастроэнтерологических заболеваний. Большинство неприятных телесных ощущений и болей, испытываемых ребенком во время ДЭ, при отсутствии органических изменений можно было отнести к разряду сенестопатий и сенестальгий. Здесь уместно заметить, что на соматовегетативные нарушения как на один из основных компонентов в структуре депрессии указывал еще А.В. Снежневский [44], выделяя расстройство соматического тонуса наравне с изменением аффекта и расстройствами психической активности.

У детей 1-й группы наряду с цефалгией и сопутствующими ей вегетативными расстройствами на первый план в клинической картине выступали психопатологические симптомы, которые относились в основном к группе депрессивных расстройств и ТФР **(табл. 1)**. У 12 детей с ЭГБН и у подавляющего большинства больных с ХГБН психические расстройства предшествовали ГБ.

Описание своего психического состояния больными с ХГБН во многом было сходным с таковым при ДЭ и ТФР. У таких больных выявлялись пониженное настроение, чувство грусти, вины, тоски, безнадежности. Астено-адинамические симптомы в виде повышенной утомляемости, «обессиливания», снижения работоспособности и успеваемости. В подгруппе детей с ЭГБН доминировали ТФР. Расстройства сна значительно чаще встречались в подгруппе больных с ХГБН. Больных с ХГБН от больных с ЭГБН отличала также утрата чувства удовольствия, радости от прежних интересов, которая наблюдалась у $^{1}/_{3}$ детей. «Болевое поведение» у детей этих подгрупп было практически одинаковым.

Сопутствующие цефалгии психопатологические симптомы более чем у 80% пациентов с ХГБН соответствовали критериям ДЭ по HAM-D. В ряде случаев они сочетались с тревогой. В подгруппе пациентов с ЭГБН не менее половины имели признаки ТФР по HAM-A, при этом депрессивные симптомы при эпизодическом варианте ГБ встречались суще-

Таблица 1. **Распределение больных 1-й группы по характеру психопатологических симптомов**

Симптом	ЭГБН (*n*=40)		ХГБН (*n*=38)	
	n	%	*n*	%
Сниженное настроение, раздражительность	10	25	31	81,6
Чувство вины, грусти, тоски, безнадежности	9	21	30	79
Мысли о своей никчемности, наличии серьезной болезни	5	12,5	16	42,1
Утомляемость	12	33	38	100
Снижение работоспособности	8	20	38	100
Трудности принятия решений	0	—	12	31,6
Когнитивные нарушения, связанные с психической заторможенностью	10	25	36	94,7
Ангедония	0	—	11	31,2
Тревога, страхи, беспокойство	21	52,5	14	36,8
Расстройства сна	15	37,5	32	84,7
Болевое поведение	21	54	18	47,2

Таблица 2. **Характеристика ГБ больными 1-й и 2-й групп (по МБО)**

Характеристика ГБ	ЭГБН (*n*=40)		ХГБН (*n*=38)		ДЭ (*n*=22)		ТФР (*n*=11)		ШР (*n*=12)	
	n	%	*n*	%	*n*	%	*n*	%	*n*	%
По типу возникновения										
Быстро нарастающая (острая)	10	25	5	13,1	4	18,2	3	27,3	2	16,7
Постепенно нарастающая (тупая)	26	65	30	79	13	59,1	3	27,3	6	50
Перемежающийся тип	4	10	3	7,9	5	22,7	5	45,5	4	33,3
По локализации										
Диффузная	15	37,5	30	78,9	15	68,2	4	36,4	2	16,7
Локальная	11	27,5	3	7,9	3	13,6	2	18,2	1	9,1
Распространяющаяся	14	35	5	13,2	4	18,2	4	36,4	9	81,8
По степени выраженности										
Умеренная	19	47,5	22	57,9	15	68,2	6	54,5	6	50
Сильная	16	40	13	34,2	5	22,7	4	36,4	4	33,3
Невыносимая	5	12,5	3	7,9	2	9,1	1	9,1	2	16,7
По описанию										
Пульсирующая	6	15	2	6,3	1	4,6	1	9,1	2	16,7
Колющая, режущая раскалывающая, дергающая	12	30	5	13,2	4	18,2	3	27,3	4	33,3
Давящая, ноющая, тянущая, распирающая	22	55	31	81,6	17	77,3	7	63,6	6	50
Вычурные описания	5	12,5	13	34,2	5	22,7	0	—	8	66,7

ственно реже. Было также обнаружено, что у всех страдающих ХГБН свыше 3 лет детей и подростков имелись те или иные психические нарушения. Но в связи с преобладанием у больных жалоб на цефалгический синдром и соматовегетативные нарушения собственно депрессивные расстройства и ТФР оставались незамеченными и выявлялись только при целенаправленном расспросе и оценке показателей шкал.

В связи с необходимостью привлечения внимания врачей к рассматриваемым расстройствам представляют интерес особенности описания боли детьми обеих групп. Для удобства сопоставления предлагаемые в МБО 67 характеристик ГБ были сгруппированы в 4 блока **(табл. 2)**.

Из представленных данных видно, что для детей с ЭГБН было характерно большее разнообразие характеристик цефалгии. Они чаще описывали боль как острую, локальную и пульсирующую. Дети же с ХГБН чаще характеризовали боль как тупую, ноющую, давящую, распирающую, диффузную. Одна треть детей с ХГБН для описания боли использовали более вычурные характеристики — разъедающая, режущая, грызущая мозг, «как будто атомная бомба взорвалась и гриб боли по всей голове». Похожие описания встречались и во 2-й группе: в подгруппе с ДЭ в 22,7% случаев и особенно часто в подгруппе больных ШР (66,7%). У детей с ЭГБН такие описания отмечались редко, а в подгруппе детей с ТФР их вообще не было. У многих пациентов подгрупп с

Таблица 3. **Оценка интенсивности ГБ по ВАШ больными с разными формами ГБ**

Оценка по ВАШ, баллы	ЭГБН (*n*=40)		ХГБН (*n*=38)		ДЭ (*n*=22)		ТФР (*n*=11)		ШР (*n*=12)	
	n	%	*n*	%	*n*	%	*n*	%	*n*	%
1—3	0	—	3	7,5	2	9,1	2	18,2	0	—
4—6	26	68,4	29	72,5	17	77,3	6	54,5	7	59,1
7—10	12	30,1	11	27,5	3	13,6	4	36,4	5	40,9

ХГБН, ДЭ и ШР наблюдалась прямая связь боли с сезонностью биоритмов, когда ГБ в течение нескольких месяцев была ежедневной. У большинства пациентов с ДЭ и ТФР описания ГБ практически не отличались от характеристик цефалгии в 1-й группе при большем сходстве описания цефалгии детьми с ДЭ и ХГБН.

Различий в оценке интенсивности цефалгии у большинства больных с ГБН и больных с ведущей психической патологией выявлено не было. В основном она составляла 4—6 баллов по ВАШ, реже 7—8 баллов, лишь в единичных случаях достигая 9—10 баллов. В то же время было отмечено несоответствие интенсивности ГБ, психического состояния и «болевого поведения» **(табл. 3)**.

Таким образом, в результате проведенного исследования было установлено сходство цефалгического рисунка при ГБН, в большей степени при ХГБН и ГБ при психической патологии, которая по описаниям детей часто соответствует критериям ГБН по МКГБ. Вычурные описания ГБ больными, свидетельствующие о своеобразном ее восприятии, должны насторожить врача в отношении возможности наличия психической патологии. Анализ анамнеза больных с депрессией и ШР показал, что у 4 и 5 больных соответственно на начальном этапе психического заболевания клиническая картина ограничивалась цефалгическим синдромом, а у 3 больных ШР ГБ была единственной жалобой в течение 1—1,5 лет до манифестации основного заболевания. В основе боли в этих случаях могут лежать свойственные психическим заболеваниям патологические ощущения (сенестоалгии, сенестопатии), имитирующие соматическую патологию.

У большинства детей с ЭГБН возникновению цефалгии предшествовал психоэмоциональный стресс, а у 80% детей с ХГБН цефалгия появлялась на фоне длительной психотравмирующей ситуации и эмоциональных нарушений. Это позволяет считать ГБ в данных случаях вторичной, симптоматической, возникшей в структуре психического расстройства, протекающего в скрытой, маскированной форме, а диагноз ГБН — синдромальным.

Проведенное исследование ставит под сомнение отнесение всей группы ГБН к первичным формам ГБ. Если ЭГБН отражает неспецифическую реакцию ребенка на психоэмоциональный или социальный стресс, то ХГБН в большинстве случаев является симптомом психического заболевания, в первую очередь «маскированных» депрессивных расстройств и ТФР. Отмечаемая в последнее время в детской неврологии и психиатрии замена нозологического диагноза на синдромальный уводит клиническую мысль врача от поиска истинной причины нарушений, в частности ГБ, и как следствие — от патогенетического ее лечения.

Клинический подход к пациенту с ГБН должен ориентироваться на выявление психопатологических расстройств с использованием психиатрических и психологических методик и последующую адекватную психофармакотерапию и психотерапевтическую помощь. Данная работа еще раз подтвердила необходимость междисциплинарного изучения связи между ГБН и психопатологическими симптомами, разработки диагностического алгоритма и стандартов медикаментозной и психотерапевтической помощи детям.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Жариков Н.М., Гиндикин В.Я.* Спорные вопросы в проблеме соматоформных и смежных расстройств. Журн невропатол и психиат 1996; 96: 4: 5—11.
2. *Карвасарский Б.Д.* Головные боли при неврозах и пограничных состояниях. Л: Медицина 1969; 192.
3. *Свядощ А.М.* Неврозы и их лечение. М: Медгиз 1959.
4. *Смулевич А.Б.* Психосоматические расстройства. М: ISBN 2009.
5. Международная классификация болезней (10-й пересмотр) ВОЗ. СПб: АДИС 1994.
6. *Осипова В.В.* Международная классификация головных болей. Лечение нервных болезней 2003; 4: 12: 3—9.
7. *Алексеев В.В.* Хронические головные боли. Клиника, диагностика, патогенез: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М 2006.
8. Болезни нервной системы. Под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана. Руководство для врачей. В 2 т. Т. 2. М: Медицина 2003; 253—305.
9. Головная боль напряжения. В кн.: Неврология. Национальное руководство. Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт. М 2009.
10. *Филатова Е.Г., Соловьева А.Д.* Клиника, дифференциальная диагностика и лечение головной боли напряжения. Боль и ее лечение 1997; 6: 24—27.
11. *Соловьева А.Д., Акарачкова Е.С.* Головные боли напряжения. Боль 2005; 2: 7.
12. *Гарбузов В.И., Захаров А.И.* Неврозы у детей и их лечение. Л: Медицина 1977.
13. *Аведисова А.С.* Депрессия и тревога: Диагностика и лечение. М: Изд. Гос. Науч. центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского 2003.
14. Болевые синдромы в неврологической практике. Под ред.чл.-корр. РАМН А.М. Вейна. М: МЕДпресс-информ 2001; 368.

15. *Вознесенская Т.Г.* Эмоциональный стресс и профилактика его последствий. РМЖ 2006; 14: 9: 694—697.
16. *Табеева Г.Р., Вейн А.М.* Фармакотерапия депрессий. Психиатрия и психофармакотерапия 2000; 1: 15—18.
17. Headache Classification Committee. The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition. Cephalalgia 2004; 24: 1—160.
18. *Jonathan M.* Borkum Chronic Headaches: Biology, Psychlogy, and Behavioral Treatment. London 2007.
19. *Воробьева О.В., Шавловская О.А.* Лечение коаксилом коморбидных с депрессией первичных головных болей. Журн неврол и психиат 2005; 105: 1: 56—60.
20. *Рябус М.В.* Флуоксетин-акри в лечении хронической головной боли напряжения. Лечение нервных болезней 2000; 1: 2: 30—33.
21. *Фокина Н.М., Вейн А.М.* Паксил в лечении хронической головной боли напряжения. Лечение нервных болезней 2003; 4: 4: 12: 19—21.
22. *Крыжановский Г.Н.* Центральные механизмы патологической боли. Журн невропатол и психиат 1999; 99: 12: 4—7.
23. *Wolff C.J.* Central sensitization — implication for the pathogenesis of headache. Towards migraine 2000. Ed. F. Clifford Rose. Amsterdam 1996; 155—157.
24. *Рачин А.П.* Закономерности формирования хронической головной боли (клинико-психофизиологические и социальные факторы, оптимизация терапии, прогноз и профилактика): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М 2007.
25. *Bille B.* Migraine and tension-type headache in children and adolescents. Cephalalgia 1996; 16: 78.
26. Childhood Headache. Ed. I. Abu-Arafeh. Glasgow (Scotland) 2002; 200.
27. *Kienbacher C., Wober C., Zesch H.E., Hafferl-Gattermayer A. et al.* Clinical features, classification and prognosis of migraine and tension-type headache in children and adolescents: a long-term follow-up study. Cephalalgia 2006; 26: 7: 820—830.
28. *Wober-Bingol C., Wober C., Prayer D., Wagner-Ennsgraber C., Karwautz A. et al.* Diagnosis of headache in childhood and adolescence: a study in 437 pacients. Cephalgia 1995; 15: 13—21.
29. *Андреев А.В.* Сосудистые головные боли у детей (клинико-допплерографическое исследование): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб 2000.
30. *Горюнова А.В., Маслова О.И., Базарная Н.А. и др.* Распространенность цефалгий у школьников. Материалы VIII конгресса педиатров России. Актуальные проблемы педиатрии 2006; 3: 2: 155—156.
31. *Нестеровский Ю.Е.* Дифференциальная диагностика и лечение первичных головных болей детского возраста. Современные аспекты: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 2006.
32. *Студеникин В.М., Шелковский В.И., Маслова О.И., Горюнова А.В.* Подходы к лечению головной боли у детей с позиций доказательной медицины. Вестник практической неврологии 2003; 7: 103—106.
33. *Lewis D.W., Ashwal S., Dahl G. et al.* Practice parameter: evaluation of children and adolescents with recurrent headache. Neurology 2002; 59: 490—498.
34. *Шварков С.Б., Вейн А.М., Ковров Г.В., Посохов С.И.* Эпидемиология вегетативных нарушений у московских школьников. Журн невропатол и психиат 1993; 93: 6: 59—61.
35. *Юдельсон Я.Б., Рачин А.П.* Эпидемиология головной боли у детей и подростков. Журн неврол и психиат 2004; 104: 5: 50—53.
36. *Горюнова А.В.* Патогенетические механизмы головной боли напряжения. Терапевтическая стратегия и профилактика. Лечащий врач 2012; 1.
37. *Исаев Д.Н.* Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. СПб: Речь 2005.
38. *Маневич Т.М., Соколова Е.Д., Яхно Н.Н., Роговина Е.Г.* Особенности личности и психического состояния детей и подростков, страдающих ХГБН. Журн неврол и психиат 2004; 104: 2: 14—19.
39. *Wang S.J., Fuh J.L., Lu S.R., Juang K.D.* Outcomes and predictors of chronic daily headache in adolescents. A2-year longitudinal study. Neurology 2006; 54: 314—319.
40. *Измайлова И.Г.* Коморбидные расстройства у детей с первичными цефалгиями. Психическое здоровье 2012; 6: 37—43.
41. *Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С.* Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. М: Изд-во Института психотерапии 2001.
42. *Горюнов А.В.* Клинико-психопатологические особенности первых депрессивных эпизодов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 2002.
43. *Иовчук Н.М.* Распространенность и клинические проявления депрессий в школьной подростковой популяции. Журн невропатол и психиат 1998; 98: 9: 33—36.
44. *Снежневский А.В.* Общая психопатология (курс лекций). Валдай 1970.