**Возняк Андрій Валерійович. Патогенетичні основи диференційованого лікування головного болю перенапруженняу дітей шкільного віку : Дис... канд. наук: 14.01.10 - 2009.**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| Возняк А.В. ”Патогенетичні основи диференційованого лікування головного болю перенапруження у дітей шкільного віку” – Рукопис.Дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.10 – педіатрія. - Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів, 2009.Дисертація присвячена вивченню проблеми цефалгій у дітей, зокрема патогенезу головного болю перенапруження у дітей шкільного віку з метою удосконалення методів диференційованого лікування. Встановлено епідеміологічні особливості цефалгічного синдрому у школярів західного регіону України. Проаналізовано структуру цефалгічного синдрому у госпіталізованих дітей та показано, що провідна роль належить головному болю перенапруження. Показано клінічні особливості перебігу головного болю перенапруження. Обґрунтована гіпотеза щодо можливої ролі гіпомагнійемії у патогенезі хронічного головного болю перенапруження, а також його потенційного зв’язку з недиференційованою дисплазією сполучної тканини. У дітей з хронічним головним болем перенапруження показано біоелектричну активність головного мозку та мозкового кровоплину, виявлено напруження обох ланок вегетативної нервової системи та зростання рівнів тривожності. Запропонований диференційований спосіб лікування хронічного головного болю перенапруження у школярів залежно від віку. |

 |
|

|  |
| --- |
| У дисертаційній роботі представлено теоретичне узагальнення та запропоноване нове вирішення наукової задачі, яка полягає в удосконалені методів диференційованого лікування головного болю перенапруження у дітей шкільного віку.1. За даними ретроспективного аналізу анкет 17420 школярів міста Львова біль голови є поширеною скаргою і зустрічається у 69,2 % опитаних дітей. Частота цефалгічного синдрому істотно збільшується з віком (з 49,6 % у дітей 7 років до 74,1% - у дітей віком 16 років).
2. Найбільш розповсюдженим варіантом цефалгії є головний біль перенапруження, який складає 67,1 % (167 дітей) всіх випадків болю голови серед обстежених дітей. У 34,1 % (57 дітей) встановлений діагноз епізодичного головного болю перенапруження з частими та тривалими епізодами болю голови (ЕГБП), а у 65,9 % (110 дітей) – хронічного головного болю перенапруження (ХГБП).
3. Найбільш частими психо-вегетативними змінами у дітей з головним болем перенапруження є астеноневротичний синдром (91,0 %), ознаки емоційної лабільності (77,3 %), прояви абдомінального синдрому (65,9 %). Типовим є напруження обох відділів вегетативної нервової системи, що свідчить про зниження адаптаційних можливостей та перевантаження регуляторних систем організму, які забезпечують вегетативний гомеостаз.
4. Типовою особливістю ЕЕГ у дітей з головним болем перенапруження є дезорганізація основних ритмів, виникнення патологічних повільних хвиль, поява пароксизмальної активності, значне послаблення реакцій десинхронізації. Зміни мозкового кровоплину, за даними РеоЕГ, характеризуються дистонією артеріальних судин та порушенням венозного компоненту.
5. Рівень сироваткового магнію у 40 % дітей з ХГБП є нижчим норми (менше 0,74 ммоль/л). Знижений рівень сироваткового магнію асоціюється з більш високою частотою астеноневротичного, абдомінального та кардіологічного синдромів.
6. Частота гіпермобільного синдрому, як показника дисплазії сполучної тканини, у дітей з ХГБП складає 45,5 %, при чому у 70,0 % з них -гіпермобільність суглобів є помірною, у 30,0 % - вираженою (оцінка за шкалою Бейнінгтона відповідно 3-5 та 6-9 балів). 1-й ступінь дисплазії сполучної тканини спостерігається у 54,0 %, 2-й ступінь – у 30,0 %, 3-й ступінь – у 16,0 % дітей.
7. Включення до комплексу лікування хронічного головного болю перенапруження у дітей віком 7-14 років Стимолу, Магне-В6, а у дітей віком 15-18 років Стимолу, Магне-В6, та Стрезаму дозволяє істотно зменшувати інтенсивність больового синдрому, проявів астенії, рівень тривожності та стабілізувати вегетативний баланс.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО НАУКОВОГО І ПРАКТИЧНОГО ВИКОРИСТАННЯ ЗДОБУТИХ РЕЗУЛЬТАТІВ1. Для своєчасного виявлення дітей з болем голови рекомендується використовувати масове скринінг-анкетування школярів, яке дозволяє сформувати групи ризику для їх подальшого обстеження і лікування.
2. З метою виключення органічної патології ЦНС, необхідна консультація невролога. Для виявлення причин цефалгічного синдрому необхідно провести комплексне клініко-інструментальне обстеження, що передбачає наступні заходи:

ретельне вивчення анамнезу життя та хвороби;проведення електроенцефалографії (ЕЕГ) та реоенцефалограії (РеоЕГ);дослідження психоемоційного статусу з метою виявлення рівня тривожності за допомогою теста Ч.Д. Спілбергера в модифікації Ю.Л. Ханіна та шкали Гамільтона;визначення особливостей вегетативного гомеостазу за допомогою оцінки варіабельності ритму серця;дослідити наявність клінічних ознак дисплазії сполучної тканини та рівня магнію в сироватці крові;1. У загальний комплекс лікування хронічного головного болю перенапруження, дітям віком 7-14 років, доцільно включати Магне-В6по 2 т. х 2 р./добу та Стимол по 1 пакету х 2 р./добу, протягом 7 днів. А дітям віком 15-18 років, додатково Стрезам з 1-7 день – 2 кап./добу, а з 8 по 14 день – 1 кап./добу. Це дозволяє істотно зменшувати інтенсивність та тривалість больового синдрому, проявів астенії та психовегетативних дисфункцій.
 |

 |