

КАЗАНСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

О.Р. ЕСИН

**ДИАГНОСТИКА
ПЕРВИЧНЫХ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ
И КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ
У ДЕТЕЙ**

Учебно-методическое пособие



КАЗАНЬ

2019

УДК 616.857:616-053.4
ББК 56.12
Е83

*Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ
в рамках научного проекта № 17-04-00575*

*Печатается по рекомендации
Учебно-методической комиссии
Института филологии и межкультурной коммуникации
Казанского федерального университета
(протокол № 9 от 17 июня 2019 г.);
кафедры прикладной и экспериментальной лингвистики
Казанского федерального университета
(протокол № 2 от 20 мая 2019 г.)*

Автор

кандидат медицинских наук, доцент кафедры прикладной
и экспериментальной лингвистики Казанского федерального университета,
врач-невролог Медико-санитарной части Казанского федерального университета

О.Р. Есин

Рецензенты:

доктор медицинских наук, профессор,
зав. кафедрой детской неврологии КГМА – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России, детский невролог – главный внештатный специалист
Министерства здравоохранения Республики Татарстан **В.Ф. Прусаков**;
доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой пропедевтики детских болезней
и факультетской педиатрии ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский
университет» Минздрава Российской Федерации **Р.А. Файзуллина**

Есин О.Р.

Е83 **Диагностика первичных головных болей и коморбидных состояний у детей:**
учеб.-метод. пособие / О.Р. Есин. – Казань: Издательство Казанского университета,
2019. – 80 с.

ISBN 978-5-00130-196-7

В учебно-методическом пособии изложены основные сведения о принципах диагностики головных болей и сопутствующих им коморбидных состояний у детей и подростков. Подчеркивается значение вербальных методов диагностики, используемых в неврологии, в том числе в детской. Предложены новые русскоязычные диагностические инструменты для выявления особенностей головной боли, депрессии, тревоги и алекситимии у детей.

Учебно-методическое пособие предназначено для специалистов, обучающихся по направлениям «Лечебное дело», «Педиатрия», для врачей-неврологов, клинических лингвистов, психологов и врачей общей практики.

УДК 616.857:616-053.4
ББК 56.12

ISBN 978-5-00130-196-7

© Есин О.Р., 2019
© Издательство Казанского университета, 2019

ВВЕДЕНИЕ

Головная боль (ГБ) у детей¹ – распространенная проблема, занимающая второе место после болей в животе. У детей грудного возраста ГБ проявляется плачем, повышенным возбуждением, нарушением сна, рвотой, фонтанирующим срыгиванием. В 1,5-2 года дети уже в состоянии дифференцировать боль, могут показать, где болит, часто просятся полежать, жалуются на усталость. Более детально характер ГБ дети могут описывать с 5 лет.

Популяционные исследования ГБ у детей выявили ее распространенность в диапазоне от 23 до 51% [Sundblad 2007], которая зависела от длительности наблюдения. Распространенность ГБ в течение 2-х месяцев у детей и подростков в возрасте 7-16 лет или 3-х месяцев варьирует от 26% до 69% (среднее 47%) [Sundblad 2007; Carlsson 1996; Fendrich 2007; Petersen 2003]. Недельная распространенность ГБ у детей 7-18 лет составила 1-9% (среднее значение 5.1%) [Varea 1996; Rhee 2000], распространенность мигрени с аурой и без – 3-10% (в среднем 8%), головной боли напряжения – 1-73% (в среднем 25%) [Huguet 2008; Varea 1996; Abu-Arefeh 1994; Bugdayci 2005; Sillanpaa 1996].

Возраст оказывает значительное влияние на распространенность ГБ среди детей: частота ГБ увеличивается по мере взросления [Carlsson 1996; Fendrich 2007; Petersen 2003; Bugdayci 2005]. Есть исследования, свидетельствующие о том, что ГБ чаще встречались у маленьких детей [Kristjansdottir 1993]. J. Carlsson [Carlsson 1996] отмечал постепенное увеличение распространенности ГБ от 16% в первом классе до 42% в девятом со значительным увеличением между вторым и третьим классом от 3% до 11%. К. Fendrich и соавторы [Fendrich 2007] выявили тенденцию к увеличению распространенно-

¹ Согласно Федеральному закону об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации от 24 июля 1998 года ребенком считается лицо до достижения им возраста 18 лет (совершеннолетия).

сти ГБ с возрастом у девочек, подобную же тенденцию описали S. Petersen и соавторы [Petersen 2003].

Рост распространенности ГБ в течение длительных временных периодов вне зависимости от увеличения возраста отдельной когорты является показателем, вызывающим сильное беспокойство специалистов по лечению ГБ. M. Sillanpaa и P. Anttila [Sillanpaa 1996] обнаружили, что в течение 18-летнего периода (1974–1992 гг.) распространенность ГБ в течение последних 6-ти месяцев увеличилась с 14% до 52% в двух выборках финских детей, отобранных по возрасту и демографическим характеристикам. ГБ чаще встречается у девочек [Sundblad 2007; Carlsson 1996; Fendrich 2007; Petersen 2003; Varea 1996; Kristjansdottir 1993; Bandell-Hoekstra 2001; Brattberg 1994; Rhee 2000; Stanford 2008], в основном в средних и старших классах [Sundblad 2007; Carlsson 1996; Petersen 2003; Rhee 2000; Bugdayci 2005; Bandell-Hoekstra 2001; Stanford 2008].

Распространенность ГБ может иметь связь с низким социально-экономическим статусом (СЭС) и другими семейными факторами: она встречается чаще при низком уровне образования матери и положительном семейном анамнезе ГБ [Bugdayci 2005]. Низкий СЭС и большое количество занятий во внеурочное время также могут быть факторами риска ГБ [Sillanpaa 1996]. К другим факторам, увеличивающим распространенность ГБ, относят расовую принадлежность [Rhee 2000], депрессию [Rhee 2000; Stanford 2008], тревогу [Stanford 2008] и низкую самооценку [Rhee 2000].

Большинство детей, страдающих ГБ, не получают квалифицированной медицинской помощи. Сильные или рецидивирующие острые и хронические ГБ – самые частые причины обращения за амбулаторной или экстренной медицинской помощью, поскольку родители обеспокоены возможным наличием объемного процесса головного мозга, а также поиском возможных путей купирования ГБ. Серьезные вторичные ГБ встречаются редко, однако необходимо точно убедиться в том, что нет значимого заболевания, вызывающего ГБ.

Современная классификация ГБ выделяет первичные головные боли, которые не являются следствием структурного, метаболического, воспалительного и иного повреждения головного мозга и других интракраниальных структур. Лечение и профилактика этих ГБ предусматривает воздействие на сам симптом (головную боль) и известные факторы патогенеза. Вторичные ГБ являются симптомом иного основного заболевания. Лечение и профилактика этих ГБ предусматривает в первую очередь, лечение вызвавшего фактора (основного заболевания).

МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ГОЛОВНОЙ БОЛИ,

3-е издание, 2018 (ICHD-III)

Первичные головные боли

1. Мигрень
2. Головная боль напряжения
3. Тригеминальные вегетативные цефалгии
4. Другие первичные головные боли

Вторичные головные боли

5. Головные боли, связанные с травмой головы и/или шеи
6. Головные боли, связанные с поражениями сосудов головного мозга и шеи
7. Головные боли, связанные с несосудистыми внутричерепными поражениями
8. Головные боли, связанные с различными веществами или их отменой
9. Головные боли, связанные с инфекциями
10. Головные боли, связанные с нарушением гомеостаза

11. Головные и лицевые боли, связанные с патологией черепа, шеи, глаз, ушей, носовой полости, пазух, зубов, ротовой полости или других структур лица и шеи

12. Головные боли, связанные с психическими заболеваниями

**Болевые краниальные нейропатии, другие лицевые боли
и другие головные боли**

13. Болевые повреждения краниальных нервов и другие лицевые боли

14. Другие виды головной боли

ТЕМА 1. МИГРЕНЬ

1.1. Мигрень без ауры

Мигрень – первичное неврологическое заболевание. Патофизиология мигрени одинакова у детей и взрослых. Считается, что патогенез мигрени включает взаимодействие между нервной и сосудистой системами, включая распространяющуюся корковую депрессию, повышенную нейрональную активность тригемино-васкулярной системы, гиперактивность серотонинэргической системы, нейрогенное воспаление.

Мигрень известна с древних времен и изучается более 50 лет, тем не менее точный механизм её до сих пор не установлен. К возникновению мигрени могут приводить мутации гена кальциевого канала (CACNA1A), гена натрий-калиевого насоса (ATP1A2), гена натриевого канала (SCN1A) и митохондриальная дисфункция. Вероятно, есть и другие генетические изменения, которые могут изменять состояние нейронов и глии. Таким образом, мигрень является многофакторным заболеванием имеющим генетический компонент, но у родственников клинические проявления могут отличаться.

Мигрень встречается в 3-7 летнем возрасте у 1-3% детей, в подростковом возрасте – у 8-23%, с наибольшей представленностью у девочек [Bigal 2007] и является частой причиной острой ГБ, которая требует внимания врачей разного профиля. Мигрень диагностируется на основании анамнеза без использования нейровизуализации. У детей чаще встречается мигрень без ауры (МБА), чем мигрень с аурой (МСА). В юном возрасте установить диагноз мигрени сложно, так как тошнота и головокружение выражены больше, чем ГБ. Мигренозная ГБ у детей может быть как односторонней, так и двухсторонней, обычно имеет лобно-височную локализацию, *колющий* или *пульсирующий* характер. Затылочная локализация боли при мигрени является редкостью и требует дополнительного обследования.

Мигренозные атаки у детей обычно короче, чем у взрослых, и длятся от 30 до 60 минут. Дети во время атаки обычно ищут тихое и

темное место, чтобы уменьшить фото- и фонофобию. Снижение аппетита, тошнота и рвота часто сопровождают мигренозную атаку у детей, сон купирует ГБ.

Другие симптомы, которые могут быть ассоциированы с мигренью у детей, включают головокружение, расплывчатость зрения (трудность чтения), боль в животе, приливы, потливость, бледность, темные круги под глазами. Дети с трудом могут описать характер боли и сопутствующих симптомов, поэтому можно попросить ребенка нарисовать его ГБ, чтобы лучше понять ее. Обычно имеет место семейная предрасположенность к мигрени или ГБ, однако у членов семьи они могут различаться. Триггерами мигрени (атаки) могут быть стрессоры, усталость, недостаток сна, плохое самочувствие, голод и жажда. Обычно у детей пищевые триггеры отсутствуют, однако у некоторых они могут быть актуальны.

Диагностические критерии мигрени без ауры (ICHD-III, 2018)
<p>A. По меньшей мере 5 приступов, отвечающих критериям B-D.</p> <p>B. Продолжительность приступов 4-72 часа (без лечения или при неэффективном лечении).</p> <p>C. Головная боль имеет как минимум две из следующих четырех характеристик:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Односторонняя локализация2. Пульсирующий характер3. Интенсивность боли от средней до значительной4. Головная боль ухудшается от обычной физической активности или требует прекращения обычной физической активности <p>D. Головная боль сопровождается как минимум одним из следующих симптомов:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Тошнота и/или рвота2. Фотофобия или фонофобия

Е. Не соответствует в большей степени критериям других головных болей по МКГБ-3.

1.2. Мигрень с аурой

У большинства детей встречается мигрень без ауры, но иногда аура может присутствовать. Обычно она возникает за 30 минут до ГБ и длится 5-20 минут. Типичная зрительная аура включает скотому, приходящую слепоту, линии по типу «зигзага», вспышки света (сцинтиляции). Может присутствовать комплекс зрительных нарушений – синдром «Алисы в Стране Чудес» (нарушение и изменение формы объектов, прозрачность объектов, ощущение перемещения предметов). Встречаются и другие типы ауры: сенсорные нарушения (онемение, дрожь), общая слабость, амнезия, афазия. Симптомы ауры полностью обратимы, длятся не более 30 минут и имеют периодичность. У пациентов с продолжительной аурой, не имеющей связи с ГБ, неполным регрессом неврологического дефицита, следует исключить другие жизнеугрожающие состояния.

Диагностические критерии мигрени с аурой (ICHD-III, 2018)

- А. По меньшей мере 2 приступа, отвечающих критериям В-С.
- В. Аура включает по меньшей мере один из следующих полностью обратимых симптомов:
1. Зрительные
 2. Чувствительные
 3. Нарушения речи
 4. Двигательные
 5. Стволовые
 6. Ретинальные
- С. Как минимум три из следующих шести характеристик:
1. Как минимум один симптом ауры нарастает в течение 5 минут и более

2. Два или более симптомов ауры возникают последовательно
3. Каждый отдельно взятый симптом ауры продолжается 5-60 минут
4. Как минимум один из симптомов ауры является односторонним
5. Как минимум один из симптомов ауры является позитивным
6. В течение 60 минут после ауры или во время нее возникает головная боль

D. Не соответствует в большей степени критериям других головных болей по МКГБ-3.

1.3. Хроническая мигрень

Особое внимание стоит обратить на хроническую мигрень (ХМ), которая относится к первичным ГБ и является причиной сильной дезадаптации пациентов [Артеменко 2012]. Распространенность ХМ среди взрослого населения составляет около 2% процентов [Buse 2012]. В России этот показатель составляет 6,8% по результатам исследования распространенности первичных ГБ у россиян (2725 человек) в 2012 году [Auzenberg 2012].

У пациентов с ХМ существенно снижается качество жизни, затрачивается много времени и средств на медицинскую помощь (консультации врачей, лечебно-диагностические процедуры, лекарственные препараты), ощутимо падает производительность труда [Katsarava 2011]. Все эти факторы в совокупности приводят к финансово-экономическим затратам, сопоставимым с затратами, требующимися для лечения сердечно-сосудистых заболеваний [Munakata 2009]. Средний возраст пациентов с хронической мигренью – 40-48 лет, это трудоспособный возраст, расцвет сил [Buse 2012]. ХМ практически всегда сопутствуют коморбидные нарушения, такие как тревожно-депрессивные расстройства и хронические болевые синдромы.

В новой классификации ХМ вынесена в отдельную нозологию (ранее находилась под пунктом «осложнения мигрени»), критерии изменены и кардинально переработаны. У детей хроническая мигрень встречается крайне редко.

Диагностические критерии хронической мигрени (ICHD-III, 2018)
--

<p>А. Головная боль (головная боль напряжения или мигрень) возникает ≥ 15 дней в месяц на протяжении ≥ 3 месяцев и выполняются критерии В и С.</p>
--

<p>В. Возникает у пациента с 5 атаками в анамнезе, соответствовавшие критериям В-Д для мигрени без ауры и / или критерии В и С для мигрени с аурой.</p>

<p>С. В течение ≥ 8 дней в месяц на протяжении > 3 месяцев выполняется любой из следующих критериев:</p>
--

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Критерий С и D для мигрени без ауры2. Критерий В и С для мигрени с аурой3. Пациент уверен, что страдает мигренью и приступы купируются триптанами или эрготоминном |
|---|

<p>Д. Не соответствует в большей степени критериям других головных болей по МКГБ-3.</p>

1.4. Другие варианты мигрени

Редкими формами мигрени являются мигрень со стволовой аурой (старый термин – базилярная мигрень), мигрень с нарушением сознания (встречается только в детском возрасте, не включена в МКГБ-III) и гемиплегическая мигрень.

Диагностические критерии мигрени со стволовой аурой (ICHD-III, 2018)

<p>Е. Атаки соответствуют критериям 1.2 Мигрени с аурой и критерию В, приведенному ниже.</p>
--

- Ф.** Аура включает в себя оба критерия:
1. По меньшей мере два из перечисленных ниже полностью обратимых стволовых симптомов
 - a. Дизартрия
 - b. Головокружение
 - c. Шум в ушах
 - d. Гипоакузия
 - e. Двоение в глазах
 - f. Атаксия, не обусловленная чувствительными нарушениями
 - g. Нарушение уровня сознания (по шкале комы Глазго ≤ 13)
 2. Нет двигательных и ретинальных симптомов

Примечание автора. Мигрень со стволовой аурой в форме утраты сознания встречается крайне редко. Происходит внезапное угнетение сознания с отсутствием реакции на боль и отсутствием зрачкового рефлекса (до 3 баллов по шкале комы Глазго). В течение 60 минут ребенок самостоятельно приходит в сознание, и затем развивается выраженная головная боль [Chou 2018]. Первый эпизод требует тщательного обследования для исключения других заболеваний и интоксикации.

**Диагностические критерии гемиплегической мигрени
(ICHD-III, 2018)**

- А.** Атаки соответствуют критериям 1.2 Мигрени с аурой и критерию В, приведенному ниже.
- В.** Аура включает в себя оба критерия:
1. Полностью обратимая двигательная слабость
 2. Полностью обратимые зрительные, чувствительные и / или речевые / языковые симптомы

Примечание автора. Гемиплегическая мигрень – редкий вариант, который имеет семейный или спорадический характер. Характеризуется продолжительной гемиплегией, онемением, афазией, заторможенностью. Генетические тесты позволяют выявить мутации в трех генах (CACN1A, ATR1A2, SCN1A), которые ассоциированы с семейной гемиплегической мигренью.

1.5. Эпизодические синдромы, которые могут быть ассоциированы с мигренью (ICHD-III, 2018)

Старое название: периодические синдромы детства.

Эпизодические синдромы (ЭС) – предшественники мигрени, характеризуются эпизодичностью проявления и полным благополучием в межприступный период. В настоящее время к ЭС относят циклическую рвоту, абдоминальную мигрень, доброкачественное пароксизмальное головокружение, доброкачественный пароксизмальный тортиколлис (не был включен в основную классификацию 2003 года).

Доказательство родства ЭС и мигрени основывается на нескольких связанных между собой фактах. Клинические проявления ЭС чаще всего сосуществуют с мигренозной ГБ. У детей с ЭС и детей с мигренью имеются общие социальные и демографические факторы, факторы, ослабляющие и купирующие проявления, сочетание этих нозологий с желудочно-кишечными, неврологическими и вазомоторными проявлениями. У детей с ЭС отягощен семейный анамнез по мигрени, а ЭС в дальнейшем трансформируются в мигрень. Mortimer и Good [Mortimer 1990] показали, что зрительные вызванные потенциалы одинаковы у детей с ЭС и мигренью. Доказательством связи является также эффективность методов нелекарственной профилактики мигрени при ЭС.

Клинические характеристики ЭС: эпизодичность, обратимость, стереотипные атаки. Самочувствие ребенка в промежутке между атаками не нарушено, во время атаки самочувствие значительно ухудшается. Дифференцировать ЭС следует с врожденными нарушениями

метаболизма, митохондриальными заболеваниями, каналопатиями, эпилепсией, ишемическими атаками, психогенными нарушениями. *Диагноз эпизодических синдромов – диагноз исключения*, который может быть установлен только после тщательного сбора анамнеза, физикального и неврологического обследования, проведения нейровизуализации.

1.5.1. Циклическая рвота

Циклическая рвота (ЦР) – эпизодически повторяющиеся, обычно стереотипные для каждого пациента приступы сильной тошноты и рвоты, которые, как правило, сопровождаются бледностью кожных покровов и сонливостью. Между приступами состояние пациентов не нарушено.

Фазы заболевания: межприступная, продромальная, рвоты и восстановления. В межприступный период состояние пациента практически не нарушено. Продромальная фаза длится в среднем 1,5 часа и выходит на пик, когда у пациента начинается тошнота и вегетативные реакции (снижение мышечного тонуса, бледность, сонливость, апатия, ограничение деятельности). Обычно во время продромальной фазы ребенок еще может принимать оральные формы препаратов. Фаза рвоты длится в среднем 24-41 час. Рвота интенсивная в среднем 10 раз в час с примесью желчи. Этой фазе сопутствуют анорексия, тошнота, позывы к рвоте, повышенная саливация, боль в животе, головная боль, бледность, апатия, фото- и фонофобия. Отмечаются признаки симпатической активации – повышение частоты сердечных сокращений и артериального давления, потоотделения, субфебрильная температура и нейтрофильный лейкоцитоз. Фаза восстановления начинается с момента купирования тошноты и восстановления аппетита; она достаточно короткая (около шести часов) и часто протекает во сне.

Эпизод ЦР обычно начинается в утренние часы или при пробуждении. Провоцируется психологическими (большая нагрузка в

школе, праздники, эмоциональное истощение) и/или физическими (инфекционные заболевания и недостаток сна) стрессорами. Полная длительность эпизода от двух часов до десяти дней (в среднем 2 дня). Средний возраст начала данных эпизодов - 10 лет, а к 18 годам 75% этих детей страдают мигренью.

Специфические знаки ЦР:

- рвота желчью, напряжение мышц живота и / или сильная боль в животе;
- атаке предшествует промежуточное болезненное состояние, голод и /или высокопротеиновая диета;
- изменения в неврологическом статусе: изменение уровня сознания, нарушение глазодвижений, отек диска зрительного нерва, двигательные расстройства и /или атаксия;

Диагностические критерии циклической рвоты (ICHD-III, 2018)
<p>А. По меньшей мере 5 атак выраженной тошноты или рвоты, отвечающих критериям В и С</p> <p>В. Эпизодические, обычно стереотипные для каждого пациента, приступы сильной тошноты и рвоты с предсказуемой периодичностью</p> <p>С. Наличие всех следующих симптомов:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Приступ рвоты возникает, по меньшей мере, 4 раза в час на протяжении как минимум одного часа2. Атаки продолжаются от 1 часа до 10 суток3. Атаки возникают не менее 1 раза в неделю <p>Д. Между приступами состояние не нарушено</p> <p>Е. Не связана с другими причинами.</p>

У детей младше 2-х лет также может встречаться ЦР, однако у них, в первую очередь, следует исключить метаболические расстрой-

ства и хирургическую патологию, чаще встречающуюся в этом возрасте.

Причиной рвоты желчью и боли в животе могут быть обструкции кишечника в результате незавершенного поворота кишечника, постоперационная спаечная болезнь, заболевания желчного пузыря, обструкция мочеточника в области таза. При повторяющейся рвоте со следами крови необходимо проведение фиброэзофагогастродуоденоскопии. Тошнота, вызванная голодом, острым заболеванием или высокопротеиновой диетой, требует дифференциальной диагностики с метаболическими заболеваниями (нарушение окисления жирных кислот, утилизации мочевины, аминокислотного и митохондриального метаболизма, респираторный алкалоз). Прогрессирующие или фокальные неврологические симптомы, такие как атаксия, нарушение глазодвижений, двигательная асимметрия, отек диска зрительного нерва, нарушение умственного развития, могут являться следствием повышения внутричерепного давления или метаболического заболевания, в связи с чем требуется проведение магнитно-резонансной томографии. Синдром Мюнхгаузена также может иногда симулировать синдром ЦР.

1.5.2. Абдоминальная мигрень

Абдоминальная мигрень (АМ) – повторяющееся идиопатическое расстройство, встречается преимущественно у детей и проявляется приступами срединной боли в животе продолжительностью 2-72 часа; между приступами состояние пациентов не нарушено. Боль имеет умеренную или выраженную интенсивность и сопровождается вазомоторными симптомами, тошнотой и рвотой. Головная боль не возникает во время эпизода.

Характерными чертами АМ являются: повторяющийся характер, острое и внезапно начало, нарушение дееспособности, тупая боль в мезогастрии на протяжении нескольких часов (у 20% присутствуют колики), бледность, темные круги под глазами, анорексия, приливы.

АМ сильнее нарушает качество жизни пациентов, чем ЦР, она также чаще провоцируется психологическим стрессом, физическим напряжением, а в межприступный период полностью здоровы. АМ может сопутствовать рвота, однако она менее выражена, чем при ЦР. Обычно АМ дебютирует в возрасте 7 лет с пиком заболеваемости в 10 лет и последующим снижением частоты заболеваемости. Распространенность АМ варьирует от 2,4 до 4,1% и чаще встречается у девочек.

Атака АМ развивается внезапно, но у большинства пациентов может присутствовать продром с неспецифическими знаками – изменение настроения, анорексия. Иногда вначале может возникать аура с нарушением зрения, мерцающими вспышками, нарушением речи, покалыванием или онемением частей тела и двигательной слабостью. В некоторых случаях атаки стереотипные, с одинаковыми интервалами. Провоцирующим фактором является стресс. Триггерами АМ также могут являться пищевые продукты, смена часовых поясов, голод и нарушение ночного сна.

**Диагностические критерии абдоминальной мигрени
(ICHD-III, 2018)**

A. По меньшей мере 5 приступов боли в животе, отвечающих критериям B-D.

B. Боль имеет по меньшей мере две из трех нижеперечисленных характеристик:

1. Локализация по средней линии, вокруг пупка или трудно-локализуемая.
2. Тупой характер или «просто болит».
3. Умеренная или выраженная интенсивность.

C. Как минимум две из нижеперечисленных характеристик:

1. Анорексия
2. Тошнота
3. Рвота

4. Бледность

- D. Атаки продолжаются 2-72 часов без лечения или при неэффективном лечении.
- E. Отсутствуют какие-либо симптомы в межприступный период.
- F. Не связана с другими причинами

Диагноз АМ является диагнозом исключения, поскольку специфические диагностические тесты отсутствуют. АМ дифференцируется с урогенитальными заболеваниями, пептической язвой, холециститом, обструкцией двенадцатиперстной кишки, гастроэзофагальной рефлюксной болезнью, болезнью Крона, синдромом раздраженной кишки, эпилепсией – при наличии нарушений сознания.

Диарея и запоры исключают диагноз «абдоминальная мигрень», поскольку являются признаками синдрома раздраженной кишки.

Для подтверждения диагноза «абдоминальная мигрень» необходимо проведение анализов, результаты которых не должны иметь отклонений от нормы:

- общий анализ крови, С-реактивный белок;
- общий анализ мочи;
- бактериологическое исследование мочи;
- биохимические анализы крови (АЛТ, АСТ, мочевины, креатинин, общий белок).

При выполнении всех критериев АМ, но наличии сомнений рекомендуется проводить ультразвуковое исследование брюшной полости и мочевой тест на порфирию.

Проспективное десятилетнее исследование 54 детей с АМ [Dignan 2001] показало, что симптомы полностью регрессировали у 61% детей. У 70% детей с абдоминальной мигренью в анамнезе в дальнейшем развилась мигрень, в то время как в группе контроля (дети того же возраста и пола без жалоб на боль в животе и головную боль) только у 20%. Следует учитывать, что АМ может не только сохраняться у взрослых, но и впервые у них возникать.

1.5.3. Доброкачественное пароксизмальное головокружение детского возраста

Доброкачественное пароксизмальное головокружение детского возраста (ДПГДВ) – это гетерогенное расстройство, проявляющееся повторными кратковременными эпизодами головокружения, которое внезапно возникает в целом здоровых детей и так же внезапно проходит. ДПГДВ прекращается в течение нескольких месяцев или лет (обычно 5 лет). Средний возраст начала – 2-16 лет, средняя продолжительность от 3 месяцев до 8 лет, часто трансформируется в мигрень. У некоторых детей ДПГДВ может сочетаться с другими эпизодическими синдромами детства.

Начало внезапное с проявлением страха и тревоги на лице ребенка, который может покачиваться или двигаться не прямолинейно. Атаксия иногда остаётся нераспознанной, поскольку в этом состоянии дети стремятся как можно быстрее лечь в постель, жалуются на головокружение и тошноту. Может наблюдаться рвота, нистагм, бледность кожных покровов, повышенное потоотделение, фото- и фонофобия, а также необычная поза в постели. Во время атаки сознание не нарушено, но у некоторых детей отмечены синкопы. Длительность атак короткая – менее 5 минут, иногда она может продолжаться до 48 часов. Эпизод обычно купируется сном.

Атаки ДПГДВ появляются в возрасте 2-4 лет. Частота эпизодов варьирует от одного в день до одного в два-три месяца. Сначала эпизоды возникают часто, но по мере взросления ребенка они становятся реже. Триггерами являются дорожный «серпантин», качели, которые стимулируют рецепторы лабиринта среднего уха. Предполагается, что триггерами могут являться раннее пробуждение, переутомление, стресс и лихорадка.

У детей с ДПГДВ часто выявляется отягощенный семейный анамнез по мигрени. Согласно данным мета-анализа из 86 детей с ДПГДВ у 36% имелся отягощенный семейный анамнез по мигрени [Lindskog 1999]. Некоторые авторы считают, что ДПГДВ является

ранним проявлением мигрени со стволовой аурой. ЭЭГ, аудиограмма, вестибулярные пробы отклонения от нормы не выявляют.

**Диагностические критерии доброкачественного
пароксизмального головокружения детского возраста
(ICHD-III, 2018)**

- A. По меньшей мере 5 приступов, соответствующих критериям В и С.
- B. Головокружение возникает неожиданно, максимально выражено в начале и проходит внезапно в течение минут или часов без потери сознания.
- C. Наличие как минимум одного из пяти нижеперечисленных симптомов:
1. Нистагм
 2. Атаксия
 3. Рвота
 4. Бледность кожных покровов
 5. Страх или испуг
- D. Нормальный неврологический статус, вестибулярная функция и результаты аудиометрии в межприступном периоде.
- E. Не связаны с другими причинами.

Дифференциальная диагностика ДПГДВ проводится с доброкачественным пароксизмальным позиционным головокружением (это самая частая лабиринтопатия у человека, но редко встречается у детей), эпизодической атаксией, эпилепсией, акустической невромой и другими опухолями мосто-мозжечкового угла или задней черепной ямки, болезнью Меньера, вестибулярным нейронитом.

В настоящее время нет точных данные о патогенезе ДПГДВ, как причинные факторы рассматриваются куполитиаз, каналолитиаз, транзиторные сосудистые нарушения (ишемия вестибулярного ядра и/или проводящих путей).

1.5.4. Доброкачественный пароксизмальный тортиколлис

Доброкачественный пароксизмальный тортиколлис (ДПТ) – повторяющиеся эпизоды наклона головы в одну сторону с возможным незначительным поворотом, со спонтанными ремиссиями. ДПТ может возникать у младенцев и на первом году жизни.

Во время атаки возникает патологический наклон или поворот головы в сторону, который может сопровождаться рвотой, атаксией и другими проявлениями дистонии (ретроколлис, постуральные асимметрии тела и таза). Тортиколлис может возникать и в другую сторону. В некоторых случаях может возникать внезапный поворот головы и глаз в одну сторону, быстрое моргание, сгибание верхних конечностей, отклонение взора вверх, птоз века, мидриаз на стороне симптома. ДПТ часто сопровождается знаками, характерными для мигрени (бледность, гипотония конечностей, фотофобия, слезотечение, атаксия, апатия, сонливость); атака возникает внезапно и также внезапно прекращается. В среднем длительность эпизода составляет от нескольких часов до нескольких дней, в некоторых случаях может длиться неделю. Впервые атаки возникают в младенчестве в возрасте 2-8 месяцев и прекращаются в возрасте 3-5 лет. Обычно с возрастом частота и длительность атак уменьшается.

У большинства детей с ДПТ выявляется отягощенный семейный анамнез по мигрени. ДПТ в дальнейшем может трансформироваться в другие эпизодические синдромы, ассоциированные с мигренью.

Этиопатогенез ДПТ неизвестен, вероятными причинами считают лабиринтит, нарушение вестибуло-мозжечковых взаимодействий, каналопатии (мутация гена *SACNA1A*; нарушение метаболизма глюкозы в нейронах коры мозжечка). В настоящее время нет четких рекомендаций по лечению ДПТ, некоторые авторы предлагают использовать ципрогептадин при наличии боли во время эпизода.

Диагностические критерии доброкачественного пароксизмального тортиколлеса (ICHD-III, 2018)

A. Периодические приступы² у детей раннего возраста, отвечающие критериям B и C.

B. Наклон головы в одну сторону с незначительным поворотом головы или без него, стихает спонтанно в течение минут или дней.

C. Как минимум одним из пяти следующих симптомов и/или знаков:

1. Бледность
2. Повышенная раздражимость
3. Недомогание
4. Рвота
5. Атаксия³

D. Нормальный неврологический статус между приступами.

C. Приступы не связаны с другими причинами.

Комментарий: Во время приступа голова ребенка может быть возвращена в срединное положение; при этом может ощущаться некоторое сопротивление.

Дифференциальный диагноз ДПТ проводится с гастроэзофагальной рефлюксной болезнью, идиопатической торсионной дистонией, комплексными парциальными припадками, патологией задней черепной ямки и краниовертебрального перехода.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Основные разделы Международной классификации головной боли.
2. Перечислите отличия мигрени с аурой от мигрени без ауры.

² Эпизоды повторяются ежемесячно.

³ В пределах указанной возрастной группы атаксия чаще возникает у детей более старшего возраста.

3. Мигренозная аура: патогенез, клиническая картина.
4. Немедикаментозная профилактика приступов мигрени.
5. С какими заболеваниями нужно дифференцировать абдоминальную мигрень?
6. Особенности мигрени в детском возрасте.

Рекомендуемая литература

для самостоятельного изучения

1. Табеева Г.Р. Мигрень / Г.Р. Табеева, Н.Н. Яхно. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 624 с.
2. Есин О.Р. Головные боли у детей и подростков. Руководство для врачей / О.Р. Есин, Р.Г. Есин, Д.Х. Хайбуллина, И.Ш. Минкина. Казань: ГУП РТ «ИИЦ УДП РТ», 2013. 72 с.
3. Амелин А.В. Мигрень. Патогенез, клиника, фармакотерапия: руководство для врачей / А.В. Амелин, А.А. Скоромец, Ю.Д. Игнатов. М.: МедПресс-Информ, 2014. 256 с.
4. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018; 38(1): 1-211.

ТЕМА 2. ГОЛОВНАЯ БОЛЬ НАПРЯЖЕНИЯ И ДРУГИЕ ПЕРВИЧНЫЕ ГОЛОВНЫЕ БОЛИ

2.1. Головная боль напряжения

Головная боль напряжения (ГБН) – самая распространенная ГБ у детей, но она в меньшей степени нарушает качество жизни, чем мигрень. ГБН отмечается у 70-75% детей, жалующихся на цефалгию. В отличие от мигрени, ГБН имеет умеренную интенсивность, длительность от одного часа до нескольких дней, описывается как *сжимающая, давящая, стягивающая*. Триггеры могут быть одинаковы с мигренью: стрессорные факторы, утомление, плохое самочувствие – и всегда включают мышечную боль и напряжение, особенно в области шеи и плечевого пояса.

ГБН подразделяется на три подтипа соответственно частоте головной боли (ГБ): нечастая эпизодическая ГБН (менее 1 дня с ГБ в месяц), частая эпизодическая ГБН (от 1 до 14 дней с ГБ в месяц) и хроническая ГБН (более 15 дней в месяц). Это подразделение может выглядеть на первый взгляд искусственным, но на самом деле оно имеет высокую степень релевантности по нескольким позициям. Во-первых, имеют место различия в качестве жизни между подтипами ГБ. Человек, испытывающий ГБ каждый день от момента пробуждения до отхода ко сну, из месяца в месяц, инвалидизируется. С другой стороны, мягкая ГБ один раз в месяц оказывает незначительное влияние на здоровье или функциональные возможности и только изредка требует врачебного вмешательства. Во-вторых, патофизиологические механизмы подтипов ГБН могут значительно отличаться: периферические механизмы, вероятно, более значимы при эпизодической ГБН, а центральные механизмы главенствуют при хронической ГБН. В третьих, различается лечение подтипов ГБН: для эпизодической более подходит симптоматическое лечение, а для хронической – профилактическое. Из этого следует, что для постановки диагноза необходимо ведение дневника ГБ по меньшей мере в течение 4 недель.

Для детской ГБН наиболее характерна двусторонняя локализация в лобно-височной или лобно-теменной областях, иногда с чувством давления на глаза. Боль имеет *стягивающий*, *сжимающий* или *давящий* характер и не усиливается от физической нагрузки. Необходимо подчеркнуть, что у мальчиков несколько чаще, чем у девочек, встречается *сжимающий* характер, а также теменная локализация ГБН. У девочек преобладает тупой недифференцированный характер боли и локализация в области висков. Анализ детских жалоб показал, что у девочек ГБН стоит на первом месте. Причем чем они старше, тем чаще жалуются на ГБН, обычно в связи с началом менструаций.

ГБН нередко провоцируется переутомлением в школе, стрессами и метеофакторами. Боль продолжается от одного до нескольких часов, часто проходит самостоятельно при смене рода деятельности, после отдыха, короткого сна. По мере взросления ребенка отмечается тенденция к учащению ГБН без изменения ее характера. У 18% детей с ГБН приступы ГБН периодически сопровождаются потемнением в глазах, иногда однократной рвотой. Большинство детей с ГБН имеет другие проявления вегетативной дисфункции: вестибулопатии, синкопальные пароксизмы, локальный гипергидроз, приступы сердцебиения, колющие боли в области сердца, боль в животе.

ГБН может быть эпизодической (менее 15 дней в месяц) или хронической (более 15 дней в месяц). Необходимо тщательно изучить историю заболевания для того, чтобы определить наличие стрессорных триггеров, депрессии и других факторов, связанных с этим типом ГБН.

Патофизиология ГБН изучена мало. По мнению многих авторов, в том числе и по нашему мнению, фактором инициирующим ГБН является ноцицептивная боль из перикраниальных и шейных мышц. Миогенные триггерные зоны вызывают центральную сенситизацию, и ГБН хронизируется.

**Диагностические критерии головной боли напряжения
(ICHD-III, 2018):**

- A.** По меньшей мере 10 эпизодов, возникающих:
1. Не более 12 дней в год – нечастая эпизодическая
 2. От 1 до 15 дней в месяц – частая эпизодическая
 3. 15 дней в месяц на протяжении более 3 месяцев – хроническая и отвечающих критериям B-D.
- B.** Продолжительность головной боли от 30 минут до 7 дней.
- C.** Как минимум две из четырех следующих характеристик:
1. двусторонняя локализация
 2. сжимающий/давящий (непульсирующий) характер
 3. интенсивность боли от легкой до умеренной
 4. головная боль не усиливается от обычной физической нагрузки (ходьба, подъем по лестнице).
- D.** Оба симптома из нижеперечисленных:
1. отсутствие тошноты или рвоты (возможно снижение аппетита)
 2. только фотофобия или только фонофобия.
- E.** Не соответствует в большей степени критериям других головных болей по МКГБ-3.

2.2. Хроническая головная боль

Хроническая ГБ определяется как ГБ, беспокоящая пациента более 15 дней в месяц. Основные три вида хронической ГБ у детей: хроническая мигрень, хроническая ГБН, новая ежедневная (изначально) персистирующая ГБ.

Хроническая, или трансформированная, мигрень нередко встречается у подростков. В анамнезе у них обычно присутствует эпизодическая мигрень, которая со временем становится все чаще и возникает более 15 дней в месяц (несколько дней без ГБ или ГБ постоянная). Симптомы мигрени (тошнота, сильная ГБ, аура), выраженные в де-

бюте ГБ, становятся менее интенсивными, в то время как ГБ становится более частой, однако могут и сохраняться эпизоды сильной ГБ.

Хроническая ГБН (ХГБН) имеет сходные черты с хронической мигренью, когда ГБ становится ежедневной. У пациентов с ХГБН в анамнезе не должно быть эпизодов мигрени. Превентивная терапия ребенку назначается только в том случае, если возникают 4 или более эпизода ГБ в месяц, полностью нарушающие его жизнедеятельность. Следует обратить внимание на коррекцию образа жизни: неполноценный и нерегулярный сон, стрессоры, нарушение диеты и прием продуктов, содержащих кофеин, малое потребление воды, малая физическая активность. Тревога и депрессия – неотъемлемые спутники хронической ГБ, вносящие значительный вклад в ее прогрессирование.

Новая ежедневная изначально персистирующая ГБ характеризуется тем, что после её начала в течение трех дней она становится ежедневной; кроме того, она не обусловлена другими причинами. У детей с признаками данной ГБ необходимо исключить вторичную ГБ. Часто данный вид провоцируется ОРВИ, легкой травмой головы или операцией, иногда запускающий фактор может не выявляться.

2.3. Другие первичные головные боли

Тригеминальные вегетативные цефалгии (ТВЦ) редко встречаются в детском и подростковом возрасте. Поскольку лечение, рекомендуемое для мигрени и ГБН, неэффективно для ТВЦ, распознавание этих ГБ имеет важное значение. ТВЦ включают кластерную головную боль, пароксизмальную гемикранию, SUNCT (кратковременные односторонние невралгические головные боли с инъекированием конъюнктивы и слезотечением), SUNA (кратковременные односторонние невралгические головные боли с вегетативными краниальными симптомами), гемикрания континуа. Эти ГБ сопровождаются вегетативными симптомами на стороне боли: покраснение глаза, слезо-

течение, заложенность носа, риноррея, отек века, потливость лба или лица, миоз и птоз.

Другая редкая форма первичных ГБ – *колющая*. У этих пациентов наблюдается описываемая в терминах покалывания кратковременная ГБ в области иннервации первой пары тройничного нерва (глазница, висок, теменная область), которая может повторяться эпизодически и нерегулярно. Есть сообщения о вторичных причинах ТВЦ и *колющей* ГБ, поэтому таким детям показано проведение нейровизуализации.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Назовите основные отличия головной боли напряжения от мигрени у детей.
2. Назовите факторы, способствующие возникновению и хронизации головной боли напряжения.
3. Назовите основные отличия головной боли напряжения от новой ежедневной изначально персистирующей головной боли.
4. Причины хронизации головной боли напряжения.
5. Назовите все виды тригеминальных вегетативных цефалгий.
6. Диагностические критерии головной боли напряжения.

Рекомендуемая литература

для самостоятельного изучения

1. Яхно Н.Н. Головная боль / Н.Н. Яхно, В.А. Парфенов, В.В. Алексеев. М.: Ремедиум, 2000. 150 с.
2. Юдельсон Я.Б. Эпидемиология головной боли у детей и подростков / Я.Б. Юдельсон, А.П. Рачин // Журн. неврол. и психиат. 2004. Т. 104. №5. С. 50–53.
3. Амелин А.В. Пропедевтика синдрома «Головная боль» / А.В. Амелин // Справочник врача общей практики. 2009. №11. С.24-34.

4. Есин О.Р. Головные боли у детей и подростков: руководство для врачей / О.Р. Есин, Р.Г. Есин, Д.Х. Хайбуллина, И.Ш. Минкина. Казань: ГУП РТ «ИИЦ УДП РТ», 2013. 72 с.

5. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018;38(1):1-211.

ТЕМА 3. ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА

3.1. Анамнез заболевания

Анамнез является одним из важнейших факторов оценки и определения типа ГБ. При сборе анамнеза необходима беседа как с ребенком, так и с родителями для получения максимально полной клинической картины. При сборе анамнеза необходимо обратить внимание на следующие моменты [Rothner 1995]:

- Сколько видов ГБ присутствует у ребенка?
- Когда начинается ГБ? Что сопровождает начало ГБ?
- ГБ с течением времени становится сильнее, не изменяется или уменьшается? Имеется ли тенденция к снижению частоты эпизодов ГБ? Изменяется ли интенсивность ГБ?
- Существуют ли явные факторы, провоцирующие ГБ?
- Как ребенок описывает ГБ? Где локализуется боль? Каков ее характер?
- Просыпается ли ребенок от ГБ?
- Есть ли другие симптомы, ассоциированные с ГБ, есть ли предвестники ГБ?
- Как ведет себя ребенок во время ГБ?
- Сколько длится эпизод ГБ?
- Что ослабляет или усиливает ГБ?

Очень важен детальный анамнез заболевания, поскольку ГБ может быть связана с системным заболеванием или приемом лекарственных средств. Например, есть подозрение на вторичную ГБ у пациента с нейрофиброматозом, имеющего высокий риск развития опухоли головного мозга, или пациент перед началом ГБ начал принимать миноциклин (антибиотик группы тетрациклина), повышающий риск повышения внутричерепного давления. Изучение других симптомов, связанных или, возможно, не связанных с ГБ, очень важно, потому что они могут навести на мысль о системном заболевании как о причине вторичной ГБ (сыпь на скулах предполагает наличие системной красной волчанки, снижение переносимости холода и изме-

нения на коже – гипотиреоз, эпизоды тортикоколлиса или головокружения – синдромы мигрени детского возраста).

3.2. Семейный анамнез

Важна информация о семейной предрасположенности к ГБ и о других наследственных заболеваниях, поскольку мигрень имеет четкую генетическую предрасположенность, а другие заболевания также могут быть связаны с ГБ. Необходимо уточнить наличие ГБ у дедушек и бабушек, братьев и сестер и других кровных родственников, поскольку мигрень может передаваться через поколение (пропускать отца и возникать у дочери в раннем детском возрасте).

3.3. Социальный анамнез

Важность социального анамнеза обусловлена возможными провоцирующими стрессорами ГБ дома, в школе или в компании друзей. Необходимы приватные беседы с подростками, поскольку они не всегда хотят делиться своими мыслями и переживаниями с родителями. Диалог может включать в себя обсуждение конфликтов с друзьями или в семье, сексуальной активности, беременности, лекарственных средств, невыдержанного поведения, физического и сексуального насилия, запугивания, депрессии, финансовых семейных проблем, употребление алкоголя, расстройств питания или каких-либо других проблем, способных вызвать ГБ.

3.4. Факторы образа жизни

Факторы образа жизни влияют на паттерны ГБ. Необходимо уточнить продолжительность и качество ночного сна, диету, физическую активность, прием продуктов, содержащих кофеин, и другие факты. Дневник ГБ помогает установить триггеры ГБ. Нарушение сна, малое количество потребляемой жидкости, неправильное питание – самые частые триггеры ГБ у детей и подростков. У детей и подростков с хроническими ГБ часто снижена физическая активность, в

то время как регулярная адекватная физическая активность – залог успешного лечения ГБ. Употребление кофеинсодержащих напитков 2-3 раза в неделю может быть причиной рикошетной ГБ или ГБ, обусловленной избыточным приемом веществ или их отменой. Врачам следует уточнять состав напитков, которые употребляет пациент, поскольку они могут содержать кофеин.

3.5. Врачебный осмотр

Обследование пациента должно включать стандартный терапевтический осмотр и обследование для исключения соматического заболевания, как причины головной боли. Необходимо также провести тщательное пальпаторное (мануальное) обследование головы и шеи.

В дополнение к исследованию неврологического статуса следует назначить консультацию офтальмолога с определением полей зрения и офтальмоскопией (для исключения отека и атрофии диска зрительного нерва, патологии сосудов глазного дна).

3.6. «Красные флаги» (знаки опасности) и нейровизуализация

У детей с ГБ следует уточнить симптомы, которые могут свидетельствовать о возможном объемном образовании головного мозга: ГБ, связанная со сном, мигрень у ребенка при отсутствии мигрени у членов семьи, ежедневная ГБ дольше 6 месяцев, общемозговые и очаговые неврологические симптомы, частые ГБ со рвотой.

Дети с большим количеством факторов риска имеют более высокий риск заболеваний головного мозга, требующих нейрохирургического пособия [Niebanck 2007]. Другиестораживающие симптомы – это ГБ, связанная с кашлем, мочеиспусканием или дефекацией; изолированная затылочная ГБ; изменение характера ГБ (новая ГБ); прогрессирующее нарастание частоты и интенсивности ГБ. Если у ребенка обнаруживаются вышеописанные симптомы, необходимо проведение нейровизуализации (МРТ).

Отсутствуют какие-либо руководства и рекомендации о рисках развития вторичных ГБ у детей в возрасте 3-5 лет. Но если у ребенка этого возраста присутствует значительная рецидивирующая ГБ, то нейровизуализацию следует провести. Магнитно-резонансная томография головного мозга является вариантом выбора для исключения структурных изменений головного мозга, некоторых инфекций, ишемии. Рентгеновская компьютерная томография проводится при подозрении на кровоизлияние или перелом костей черепа.

Американская академия неврологии рекомендует придерживаться следующих принципов для определения необходимости нейровизуализации у детей с рецидивирующей ГБ [Medina 1997]:

1. Нейровизуализация не должна являться рутинным методом исследования у детей с повторяющимися ГБ и нормальным неврологическим статусом.

2. Нейровизуализация показана детям с отклонениями в неврологическом статусе и/или с наличием эпилептических пароксизмов.

3. Нейровизуализация показана детям с внезапным началом выраженной ГБ, изменением характера ГБ или при наличии признаков поражения центральной нервной системы.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Какие факторы могут являться триггерами мигрени?
2. Какие факторы могут являться триггерами головной боли напряжения?
3. Влияют ли продолжительность ночного сна и внешкольные занятия на течение головной боли и каким образом?
4. Перечислите показания для проведения МРТ головного мозга ребенку с головной болью.
5. Какие лабораторные анализы необходимы при обследовании ребенка с головной болью?

6. Консультации каких специалистов необходимы ребенку с головной болью при подозрении на вторичную головную боль и почему?

Рекомендуемая литература

для самостоятельного изучения

1. Яхно Н.Н. Головная боль / Н.Н. Яхно, В.А. Парфенов, В.В. Алексеев. М.: Ремедиум, 2000. 150 с.
2. Амелин А.В. Пропедевтика синдрома «Головная боль» / А.В. Амелин // Справочник врача общей практики. 2009. №11. С.24-34.
3. Заваденко Н.Н. Головные боли у детей и подростков: клинические особенности и профилактика / Н.Н. Заваденко, Ю.Е. Нестеровский // Вопросы современной педиатрии. 2011. Т.10. №2. С.162-169.
4. Есин О.Р. Головные боли у детей и подростков: руководство для врачей / О.Р. Есин, Р.Г. Есин, Д.Х. Хайбуллина, И.Ш. Минкина. Казань: ГУП РТ «ИИЦ УДП РТ», 2013. 72 с.
5. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018;38(1):1-211.

ТЕМА 4. ПСИХОМЕТРИЧЕСКИЙ ИНСТРУМЕНТАРИЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

4.1. Педиатрический опросник головной боли

(приложение 1)

В зарубежных странах для повышения качества диагностики и рационального использования времени врача широко используют опросники ГБ у взрослых и детей. Отечественных опросников ГБ для детей нет, одним из самых информативных зарубежных опросников является «Pediatric Headache Questionnaire» «Педиатрический опросник головной боли» (Университет Рочестера, США). С разрешения авторов (Jonathan Mink, Frederick A. Horner) в НИЛ КФУ «Клиническая лингвистика» были осуществлены русскоязычный перевод и адаптация. В пособии представлена русскоязычная версия, идентичная оригиналу.

Педиатрический опросник головной боли состоит из 13 разделов, которые позволяют получить информацию о мнении других специалистов, принимавшихся ранее и принимаемых в настоящий момент лекарственных препаратах, историях госпитализации пациента, сопутствующих заболеваниях, составе семьи и семейном анамнезе, а также о поведении в школе и привычках ребенка.

Апробация эффективности и валидности опросника проведена путем опроса 60 детей (возраст от 9 до 16 лет), страдающих первичными ГБ. Опросник выдавался родителям за неделю до осмотра ребенка и возвращался врачу накануне первого визита. Анализируя ответы, врач до визита пациента получал информацию о пациенте и мог больше времени в ходе консультации уделить пациенту и изучению наличия таких коморбидных состояний, как тревога, депрессия и алекситимия (для выявления ее уровня предложен специальный инструмент), которые влияют на характер ГБ.

Вступительная часть опросника включает идентификационные данные пациента: фамилия и имя, дата рождения, пол, контактный

телефон родителей. Основной частью в данном разделе служит подраздел «Пожалуйста, напишите, по каким причинам вы решили привести ребенка на прием». В этом подразделе родители должны описать причины и свои переживания о здоровье ребенка.

Раздел №1. Предыдущие консультации. В этом разделе родители отмечают, когда, по какой причине и какие специалисты консультировали ребенка. Раздел важен для оценки ранее проведенного лечения любого заболевания, если оно было.

Раздел №2. Предыдущие обследования. Раздел для оценки результатов ранее проведенных обследований и необходимости дополнительных исследований после консультации пациента в зависимости от выявленных симптомов.

Раздел №3. Лекарственные препараты, принимаемые в настоящий момент. Врач оценивает, какие препараты в настоящий момент принимает пациент, а также наличие возможных побочных явлений. У наших пациентов мы выявляли ГБ, связанную с избыточным применением анальгетиков. Этот вид ГБ не только усугубляет течение основной ГБ, но и может ассоциироваться с другими побочными эффектами лекарственных препаратов, например с язвенным поражением желудочно-кишечного тракта.

Раздел №4. «Был ли установлен диагноз какого-либо вида головной боли? (если да, то какой и кем)». Анализ данных этого раздела в нашей практике показал нередкую некорректную диагностику первичных ГБ и, как следствие, – неадекватное лечение. Нередко вместо диагноза первичной ГБ детям диагностировалась «резидуальная энцефалопатия, обусловленная натальной травмой шейного отдела позвоночника», «интракраниальная гипертензия», «энцефалопатия с микроочаговой симптоматикой», «СВД с цефалгиями», «церебральный вазоспазм». Эти диагнозы служили основанием для назначения винпоцетина (разрешен только с 18 лет), пирацетама, лизатов из органов и тканей животных, витаминов. Такое лечение, не являющееся патогенетически обоснованным при первичной ГБ, обуславливает

хронизацию ГБ и снижение доверия к врачу. Следует подчеркнуть, что внутримышечное введение препаратов является дополнительным стрессором и усиливает страх перед новым эпизодом ГБ.

Разделы №5 и №6 – «Получал ли пациент ежедневное профилактическое лечение головной боли в прошлом?», «Какие препараты использовалась для экстренного лечения головной боли?» соответственно. В оригинальном опроснике представлено большое количество лекарственных препаратов. В нашей практике мы пока не встречали, чтобы детям назначали профилактическое лечение, что, вероятно, обусловлено несколькими факторами: во-первых, детские ГБ короткие по продолжительности, а во-вторых, детям с частыми ГБ, к сожалению, не принято выставлять диагноз хронической боли. В русскоязычной версии мы сохранили оригинальные названия всех препаратов, а также указали международные непатентованные названия (МНН) для того, чтобы родителям было легче ориентироваться. В Разделе 6 перечислены препараты, часть из которых не зарегистрирована для использования у детей в Российской Федерации, но иногда родители самостоятельно дают незарегистрированные препараты детям с целью хоть чем-то облегчить их ГБ.

В Разделе №7 уточняется использование биологически активных добавок (БАД) для лечения ГБ. Следует отметить, что БАДы не выписываются врачами в России и за рубежом, поскольку эти препараты не имеют доказательной базы и не проходят соответствующий контроль. Пациенты (родители пациентов) сами выбирают БАДы, основываясь на различном опыте и суждениях других людей.

Разделы №8 и №9 включают сведения по оказанию экстренной медицинской помощи и госпитализации, связанные с ГБ. Наш опыт показывает, что практически никто из родителей не обращался с детьми за экстренной помощью из-за первичной ГБ.

В разделе №10 рассматривается история предыдущих заболеваний. Это самый большой раздел опросника, который включает ранее перенесенные заболевания и операции, а также оценку заболеваний по

каждой системе организма отдельно. Уточнение предыдущих заболеваний является одним из ключевых моментов диагностики ГБ вне зависимости от возраста. Известно, что около 95% всех ГБ – это первичные ГБ, которые не имеют под собой какого-либо органического субстрата, но 5% – это вторичные ГБ, которые являются симптомом другого заболевания, которое может быть жизнеугрожающими.

В разделе №11 оценивается окружение ребенка, изучается, с кем проживает ребенок, полная или неполная у него семья, были ли семейные стрессовые эпизоды, которые могли повлиять на ребенка. Данный раздел позволяет исследователю предположить возможное наличие тревожного состояния у ребенка, поскольку такие заболевания приводят к учащению и усилению ГБ, а также к их хронизации.

Раздел №12 оценивает пребывание ребенка в школе, что немаловажно, поскольку для ребенка это определенное социальное обязательство. В оригинальном опроснике присутствует раздел специальных занятий в школе, которые в настоящее время не представлены в России. Данный раздел адаптирован для российской системы среднего образования и внесен в опросник с разрешения авторов. Важным пунктом является оценка пропущенных учебных дней из-за ГБ. Пропущенные дни в школе можно соотнести с утраченными днями трудоспособности у взрослых, что является важным аспектом влияния ГБ на повседневную жизнь ребенка.

В разделе №13 изучается семейный анамнез, оценка которого помогает предположить наследственные заболевания, способные привести к развитию вторичных ГБ.

Наш опыт показал, что данный опросник лучше заполняется родителями, так как дети не осведомлены о ранее перенесенных заболеваниях и о семейном анамнезе.

4.2. Педиатрическая шкала тревоги (приложение 2)

Данный инструмент был разработан Марком А. Риддлом (Mark A. Riddle) (исследовательский отдел педиатрической фармако-

логии медицинского центра Университета Джона Хопкинса) и Лоуренсом Гринхиллом (Laurence L.Greenhill) (колледж врачей общей практики и хирургов Колумбийского университета). Работа была инициирована Национальным институтом психического здоровья, руководитель проекта – доктор медицины Бендетто Витиелло (Benedetto Vitiello). Консультант - доктор медицинских наук Пруденс Фишер (Prudence Fisher) из Колумбийского университета. Русскоязычный перевод и адаптация были выполнены в НИЛ КФУ «Клиническая лингвистика» с разрешения авторов от 01.11.2016 г. (Mark A.Riddle).

Педиатрическая шкала уровня тревоги (PARS) используется для оценки выраженности тревоги у детей и подростков в возрасте от 6 до 17 лет. В шкале PARS две части: перечень симптомов и оценка их выраженности. Перечень симптомов используется для определения набора симптомов у конкретного ребенка в течение последней недели. Вторая часть состоит из 7 пунктов для определения выраженности симптомов и подсчета общего балла по шкале PARS. Оцениваются симптомы, которые имели место в течение последней недели. Обычно они наблюдаются у пациентов с тревожными, паническими расстройствами или специфическими фобиями. Специфические симптомы для обсессивно-компульсивного расстройства, посттравматического стрессового расстройства не включены в данный опросник.

Использовании шкалы PARS требует, чтобы при повторных тестированиях респондент находился в одних и тех же условиях: например, важно, чтобы один и тот же взрослый (например, мать) присутствовал во время тестирования по шкале PARS. Если во время первой оценки присутствовали оба родителя, то при последующей оценке они также должны присутствовать вдвоем.

Цель обследования – получение информации об уровне тревоги ребенка от ребенка и взрослого (как минимум). Клиницист также собирает всю иную информацию, которую только можно, для определения уровня тревоги.

Авторы рекомендуют у детей в возрасте 9-12 лет интервью сначала проводить только с родителями, а затем отдельно с ребенком. Для подростков лучше использовать обратную методику (сначала подросток, затем родители). Для некоторых семей может быть предпочтительным совместное интервью. Следует предупредить, что если у респондента (ребенка или родителя) возникает желание собеседования наедине, то такая возможность может быть предоставлена. Порядок и процедура интервью должны оставаться постоянными при повторных визитах.

Перечень симптомов является первой частью PARS. Целью является выявить набор симптомов, которые будут количественно оценены во второй части. Набор симптомов не может быть критерием выраженности тревоги. Постарайтесь выявить максимальное количество симптомов, получая информацию от родителей и ребенка. Постарайтесь получить информацию из всех возможных источников. Помните, что учитываются симптомы только за последнюю неделю.

Оценка тяжести всех симптомов, которые имели место на прошлой неделе, проводится по семи пунктам. Необходимо останавливаться на каждом пункте для того, чтобы помочь ребенку и родителю определить степень тяжести. У респондентов могут возникнуть вопросы, за какое время оценивать выраженность симптомов: за прошедшую неделю, в самый плохой день или за все время. Разъясните, что оценивается тяжесть симптомов в течение последней недели. Для оценки выраженности следует использовать только целые числа, нельзя использовать дробные числа (например, 1.5).

Последующее наблюдение. Полученная информация о симптомах может быть полезной при последующей оценке состояния пациента. Интервьюер может использовать список симптомов из предыдущего опроса в качестве руководства. Для повторной оценки интервьюер может описывать симптомы, которые были отмечены при предыдущей оценке, затем поинтересоваться, не появились ли новые симптомы за последнюю неделю. В конце интервьюер использует

опросник для того, чтобы убедиться, что какие-либо симптомы не были пропущены. Поскольку опросник уже знаком пациенту из предыдущих визитов, повторная оценка может проходить быстрее.

Подсчет. Общая сумма баллов по шкале PARS складывается из оценки тяжести семи пунктов тревоги. Общая сумма баллов может быть в пределах от 0 до 35. Коды «8» и «9» не используются при подсчете суммы. Для клинического обследования тяжесть оценивается по сумме баллов пунктов №2, 3, 5, 6, 7.

Наш опыт показал, что данный опросник действительно помогает объективно оценивать эффективность диагностики и лечения тревожных состояний у детей у подростков и является достойным инструментом для специалистов.

4.3. Оценка тревоги у детей и подростков

Русскоязычный перевод и адаптация ниже приведенных шкал был выполнен в НИЛ КФУ «Клиническая лингвистика» с разрешения авторов (Heidi Lynham, Clinic Director, Centre for Emotional Health Clinic, Department of Psychology, Macquarie University, Australia).

«Педиатрическая шкала влияния тревоги на жизнь» (*приложение 3*) состоит из нескольких частей, причем для ребенка и для родителя они разные. Результат оценки представлен в цифровом выражении, которое помогает оценить степень влияния тревоги на жизнь ребенка, а также оценить эффективность терапии тревожного расстройства.

В «Шкале детских навязчивых мыслей» (*приложение 4*) приведены некоторые мысли, которые приходят в голову детям и подросткам. Ребенку необходимо их внимательно прочитать и определить, как часто каждая из этих мыслей появлялась у него в течение последней недели.

«Шкала тревоги у дошкольников» (*приложение 5*) заполняется непосредственно родителем и основана на наблюдении родителей за поведением ребенка. В шкале приведены примеры, описывающие

тревогу у детей. Для каждого пункта нужно выбрать ответ, который соответствует ребенку. Используется шкала от «никогда» до «очень часто». Следует ответить на все пункты, даже если что-то не встречается у ребенка.

«Опросник личного опыта» (*приложение 6*) оценивает жизненные ситуации, которые происходили с ребенком в течение последнего месяца или в школе.

«Шкала школьной тревоги» (*приложение 7*) предназначена для заполнения учителем и помогает получить объективную оценку со стороны. Применение этой шкалы не всегда возможно, поскольку у врача чаще всего нет прямого контакта с учителями, но если родители проявляют заинтересованность, то их необходимо снабдить данной шкалой и попросить передать учителю для заполнения.

4.4. Опросник алекситимии для детей (*приложение 8*)

Лингвистическое изучение речи алекситимичных пациентов – актуальная междисциплинарная проблема на стыке лингвистики и медицины. Алекситимией называется неспособность человека адекватно понимать и вербально выражать собственные чувства и телесные ощущения, а также чужие эмоции [Sifneos 1973; Taylor 2009]. Согласно последним исследованиям, это не заболевание и не отклонение от нормы, это индивидуальная особенность человека, своеобразный когнитивный стиль языка и мышления, лингвистами изученный в малой степени (имеющиеся исследования преимущественно посвящены психосоматическому аспекту проблемы, а также – но в меньшей степени – неврологическому) [Старостина 2009; Есин 2014].

Количество алекситимичных пациентов увеличивается с каждым годом, при этом общение врача и алекситимичного пациента крайне затруднено. Здесь врач нуждается в помощи лингвистов, осуществляют детальный уровневый анализ речи алекситимиков и предлагают лингвистическую помощь пациентам, не находящим слов для выражения своих ощущений. При отсутствии способности выражать

вербально телесные чувства и эмоциональные переживания у пациента диагностика причин боли оказывается крайне затрудненной.

В настоящее время алекситимию рассматривают как неспецифический фактор риска развития психосоматических заболеваний. Это явление также понимается как совокупность признаков, которые характеризуют психический склад индивида, создающий, в свою очередь, предрасположенность к психосоматическим заболеваниям [Брель 2012]. Алекситимик путает физические ощущения с эмоциональными, нарушается правильное восприятие и понимание слов, связанных с наименованием аффектов, чувств, ощущений. Разумеется, в очень высокой степени это относится и к ГБ, особенно у детей, особенности когнитивной переработки эмоциональных проявлений у которых имеют еще и возрастную специфику и потому нуждаются в более развернутой оценке.

В настоящее время во всем мире активно используются два базовых опросника, основным из которых и имеющим валидизированную русскоязычную версию [Старостина 2010] является TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale, Торонтская шкала алекситимии, 1985), первоначально состоявшая из 26 пунктов, на базе которой сформирован основной на данный момент инструмент оценки уровня алекситимии. В наибольшей (хотя и в недостаточной) степени алекситимия изучена у взрослых [Есин 2014], однако становится очевидным, что и у детей она является предиктором и фактором риска развития психосоматических заболеваний, в том числе и болевых синдромов.

Для выявления алекситимии у детей используется специальный инструмент – «Детский опросник алекситимии» (An alexithymia questionnaire for children [Rieffe 2006]), созданный сотрудниками Института психологии Университета Лейдена (Нидерланды). Нами было получено разрешение авторов на перевод данного опросника.

Описываемый инструмент создан на основе TAS-20 и применяется только у детей. Опросник алекситимии у детей включает 20 коротких предложений. Каждое предложение является утверждением о

том, как люди могут чувствовать или думать. Нужно выбрать в каждом предложении утверждение «обычно верно», «иногда верно» или «неверно». Пациент может выбрать только один ответ. Если у ребенка или подростка возникают трудности с выбором, тогда надо остановиться на том ответе, который соответствует его наиболее частотным состояниям.

Важно объяснить ребенку, что здесь нет правильных и неправильных ответов: в опроснике описывается то, что чувствуют все люди. Ему не надо стараться выбрать вариант «лучше», необходимо попробовать максимально точно определить, в какой степени сказанное относится к нему лично.

4.5. Опросник центральной сенситизации (приложение 9)

Синдромы центральной сенситизации – это состояния, имеющие общий патофизиологический механизм центральной сенситизации (ЦС) и нейро-эндокринно-иммунную дисфункцию. Клинически ЦС проявляется болью, усталостью, нарушением сна и повышенной чувствительностью к различным стимулам, в том числе болевым (механические, тепловые и электрические) и внешним (шум, стресс, химические агенты) воздействиям. К сожалению, в настоящее время патогенетические механизмы до конца не изучены. Синдромы центральной сенситизации нашли своё отражение и в Международной классификации болезней 10-го пересмотра [ICD-10 Version 2016]: мигрень (G43), хроническая головная боль напряжения (G44.2), миофасциальные болевые синдромы (M54), фибромиалгия (M79.7), дисфункция височно-нижнечелюстного сустава (K07.6), синдром раздраженной кишки (K58), интерстециальный цистит (N30.1), вульводиния (N94.8), хроническая тазовая боль (R10.2), синдром хронической усталости (R53) и синдром беспокойных ног (G25.81).

Центральная сенситизация является важным феноменом при мигренозной атаке. ЦС возникает в результате функционального изменения тригеминальной и ноцицептивной систем и приводит к уси-

лению и учащению головной боли. В недавних исследованиях были выявлены синдромы центральной сенситизации у детей с мигренью, которые проявлялись аллодинией и в редких случаях фибромиалгией [Ferracini G., 2014; De Tommaso M., 2015; Raieli V., 2015]. К сожалению, у детей редко оценивают другие проявления ЦС, такие как перикраниальная болезненность или разлитые болевые синдромы вне тригемино-цервикальной области. У детей с мигренью не оценивают психопатологические симптомы, которые достоверно приводят к хронизации боли.

Первым инструментом, разработанным для выявления ключевых симптомов проявления ЦС и установления их степени выраженности в 100-балльном масштабе, стал «Опросник центральной сенситизации» [Mayer T, 2011]. Опросник состоит из 25 вопросов, которые так или иначе связаны с ЦС. В каждом из вопросов есть 4 варианта ответа по шкале Лайкерта от 0 до 4, где 0 соответствует «никогда» и 4 - «всегда». Результат, равный 40 и более баллов, согласуется с большой степенью выраженности симптомов ЦС. Опросник имеет хорошую внутреннюю согласованность по коэффициенту альфа Кронбаха (0.88), а также стабильность с надежностью повторного тестирования $r=0.82$ [Neblett R, 2013]. К сожалению, в настоящее время отсутствуют публикации по использованию «Опросника центральной сенситизации» у детей. На основании нашего клинического опыта мы рекомендуем использовать «Опросник центральной сенситизации» у пациентов с возраста 14 лет.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Какие разделы включает «Педиатрический опросник головной боли» Рочестерского Университета?
2. Для чего нужна оценка ранее принимавшихся и принимаемых в настоящий момент лекарственных препаратов?
3. Каково значение выявления тревоги у детей с головными болями?

4. Какую информацию можно получить из «Педиатрической шкалы тревоги» и для чего она используется?
5. Как и в каком возрасте проявляется тревога разлуки?
6. Что такое алекситимия и как она проявляется у пациентов?
7. Какие симптомы оцениваются «Опросником по центральной сенситизации»?

Рекомендуемая литература для самостоятельной работы

1. Есин Р.Г. Алекситимия – основные направления изучения / Р.Г. Есин, Е.А. Горобец, К.Р. Галиуллин, О.Р. Есин // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014. Т. 114. Вып. 12. С. 142-151.
2. Esin O. Alexithymia as a Predictor of Chronic Tension Headaches / O. Esin, E. Gorobets, I. Khairullin // BioNanoScience. 2017. Vol. 7. Issue 2. Pp. 272-275.
3. Карауш И.С. Тревожные расстройства у детей и подростков (обзор литературы) / И.С. Карауш, И.Е. Куприянова // Журнал обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2014. №2. С. 26-33.
4. Интернет-ресурс:
<https://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/mental-disorders-in-children-and-adolescents>
5. Интернет-ресурс:
<http://iacapar.org/wp-content/uploads/F.1-Anxiety-Russian-UKR.pdf>

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ГБ у детей и подростков могут быть как первичными, так и симптомом иного заболевания. Врач должен, в первую очередь, исключить вторичный характер ГБ. Неправильная диагностика и, следовательно, некорректное лечение ГБ (мигрень, головная боль, вызванная вирусной инфекцией, или ГБ на фоне системного заболевания) могут привести к длительному страданию пациента или к летальному исходу.

Важные факторы при диагностике и лечении ГБ у детей:

1. Детальный сбор анамнеза, точное описание характеристик ГБ, исключение факторов или симптомов вторичных ГБ. Социальный и семейный анамнез.

2. Полное физическое и неврологическое обследование с целью исключения вторичной ГБ.

3. Нейровизуализация не является рутинным методом, если головная боль рецидивирующая и неврологический статус без особенностей.

4. Вторичную головную боль необходимо исключать у детей:

- a. с патологией в неврологическом статусе;
- b. с внезапным острым началом выраженной головной боли;
- c. с наличием системного заболевания;
- d. принимающих медикаменты, увеличивающие риск повышение ВЧД, кровоизлияния, тромбоза, инфекции, структурных повреждений головного мозга.

5. Использование «Педиатрического опросника головной боли», «Педиатрической шкалы тревоги», «Шкалы воздействия тревоги на повседневную жизнь детей», «Шкалы детских навязчивых мыслей», «Шкалы тревоги у дошкольников», «Опросника личного опыта школьника» помогает оценить коморбидные состояния у детей, которые, в свою очередь, могут провоцировать появление ГБ или ее хронизацию.

6. Особое внимание следует уделять пациентам с наличием признаков алекситимии, поскольку таким пациентам трудно вербально выразить свои чувства, описать боль и те эмоции, которые они испытывают в повседневной жизни. Для выявления признаков алекситимии необходимо использовать «Опросник алекситимии для детей».

7. Повторные осмотры при наличии сомнений в правильности диагноза.

8. Составление мультидисциплинарного плана при участии родителей по лечению ребенка с ГБ.

Использование этих техник в сочетании с пониманием патогенеза первичных и вторичных головных болей позволит добиться хорошего успеха в их диагностике и лечении у детей.

Лечение первичных эпизодических головных болей (мигрень, ГБН) должно включать модификацию образа жизни (выявление триггеров и их избегание) и терапию эпизода головной боли. Превентивная терапия назначается при хронических и частых эпизодических головных болях. Также возможно использование дополнительных терапевтических средств.



New Patient: PEDIATRIC HEADACHE QUESTIONNAIRE

Педиатрический опросник головной боли

*Перевод О.Р.Есина, Е.А.Горобец,
Kazan Federal University Russian version, 2016,
с разрешения Jonathan Mink, Frederick A. Horner*

Пожалуйста, заполните данный опросник. Эти данные войдут в историю болезни и будут использоваться при лечении. Подростки могут заполнять самостоятельно те части опросника, которые им понятны.

ФИ пациента _____ Возраст _____ Дата рождения _____ Дата осмотра _____
 Адрес _____ мальчик девочка
 Домашний телефон _____ Мобильный телефон _____ Рабочий телефон _____
 Врач-педиатр _____

Пожалуйста, предоставьте документы по всем ранее проведенным обследованиям и консультациям других специалистов, проведенных за пределами нашей клиники. Если ребенку когда-либо делали КТ или МРТ, принесите копии изображений и записей врачу.

Пожалуйста, напишите, по каким причинам вы решили привести ребенка на прием:

1. Предыдущие консультации

Отметить все, что было	Специалист	Примерная дата	ФИО врача, больница, город
	Невролог		
	ЛОП		
	Психолог / Психиатр		
	Физиотерапевт		
	Массажист		
	Иглорефлексотерапевт / Остеопат		
	Релаксация / Биологическая обратная связь		
	Фитолечение / Гомеопатия		
	Другое		

2. Предыдущее обследование

Отметить все, что было	Вид направления	Дата	Результат
	Важно! Последнее обследование с расширением зрачка у офтальмолога		
	МРТ		
	МРА/МРВ		

	КТ головы		
	Люмбальная пункция		
	Исследование сна		
	Исследование придаточных пазух носа (синусов)		
	Другое		

3. Лекарственные препараты, принимаемые в настоящий момент

Препарат	Причина лечения (головная боль, гиперактивность, астма и т.д.)	Сколько мг в таблетке или в растворе мг/мл	Доза	Сколько раз в день

4. Был ли установлен диагноз какого-либо типа головной боли? (если да, то какой и кем)

5. Получал ли пациент ежедневное профилактическое лечение головной боли в прошлом? НЕТ (если ДА, то отметьте, какие препараты? Амитриптилин Топирамат (Топамакс)

- Толперизон (Мидокалм) Пропранолол (Анаприлин) Вальпроевая кислота (Депакин)
 Габапентин (Нейронтин) Лизаты из органов и тканей животных (Актовегин, Церебролизин, Кортексин)
 Антитела к мозгоспецифическому белку S-100 (Тенотен), Гопантеноевая кислота (Пантогам, Пантокальцин),
 Аминофенилмасляная кислота (Фенибут, Анвифен) Другие _____

6. Какие препараты использовались для экстренного лечения головной боли? НЕТ

- Ибупрофен (Нурофен) Парацетамол (Панадол, Цефекон) Напроксен (Нальгезин, Мотрин)
 Ацетилсалициловая кислота (Аспирин) Дифенгидрамин (Димедрол) Ондансетрон (Зофран)
 Прометазин (Пипольфен) Индометацин (Метиндол) Золмитриптан (Мигрепам)
 Суматриптан (Имигран, Амигренин, Сумамигрэн) Метамизол натрия (Анальгин)

Сколько доз обезболивающих препаратов вам пришлось использовать в течение последних 4-х недель?

7. Витамины или биологические активные добавки: Использовали ли вы пищевые добавки для лечения головной боли? НЕТ Магний Vitamin B2 (Рибофлавин) Petadolex (Белокопытник) Пиретрум девичий Мелатонин Коэнзим Q10 Омега-3 Другие _____

8. Экстренная помощь: Обращались ли вы когда-нибудь за экстренной помощью в больницу по поводу головной боли? Нет Да (когда и куда в последний раз) _____

9. Были ли госпитализации по поводу головной боли (с оставлением на ночь)? НЕТ ДА _____

10. Предшествующие заболевания:

- a) Проблемы во время беременности/родов с этим ребенком: НЕТ ДА _____
b) Младенчество: Вес при рождении _____ гр. Преждевременные роды: НЕТ ДА _____ неделя беременности
c) Проблемы со здоровьем в младенчестве: НЕТ ДА – какие _____
d) Перечислите заболевания, перенесённые в детстве _____
e) Развитие: Отмечались ли проблемы с развитием (не сидел, не ходил, не разговаривал и т.д., что посчитаете нужным)? НЕТ ДА – какие _____

Посещал / посещает специализированные/коррекционные центры? НЕТ ДА → обведите социальной адаптации / физической адаптации / речевые

Любые госпитализации или оперативное лечение

Дата	Возраст	Заболевание / операция	Медицинское учреждение

Органы и системы: Отмечались ли у ребенка когда-то следующие проблемы:

Общее здоровье: пропуск большого количества учебных дней из-за головной боли

Голова: Сотрясение мозга/травма головы Ненормальные размеры головы (слишком большая / маленькая)
Глаза: корригирующие линзы двоение в глазах другое (опишите) _____
 Изменение зрения при головной боли: расплывчатость – блики – вспышки света – линии зигзага – туннельное зрение. Другое _____

Ухо/ горло/нос нарушение слуха рецидивирующие инфекции придаточных пазух носа
 рецидивирующая стрептококковая инфекция горла

Другие заболевания уха/горла/носа _____

Кожа: экзема акне участки гиперпигментации/покраснения/гипопигментации значительные родимые пятна (темные или светлые)

Сердце: шумы нарушение ритма/аритмия порок сердца высокое/низкое артериальное давление другие заболевания _____

Дыхание: астма рецидивирующие инфекции придаточных пазух носа храп

остановки дыхания во сне другие заболевания _____

Пищеварение: рецидивирующие эпизоды тошноты/рвоты с головной болью циклическая рвота

желудочный рефлюкс рецидивирующая боль в животе другие заболевания _____

Мышцы/кости/суставы:

онемение/покалывание с головной болью эпизоды мышечной слабости (одно- или двусторонней) в сочетании с головной болью другие заболевания _____

Гормональные расстройства / Эндокринные расстройства / Кровотечения:

щитовидная железа: гипертиреоз / гипотиреоз медленный рост склонность к кровотечениям и синякам

нарушения пищевого поведения частые носовые кровотечения диабет ожирение

внезапная потеря веса

другие заболевания гормональной или кроветворной систем _____

ДЕВУШКИ-ПОДРОСТКИ:

Возраст начала менструаций _____ Регулярность менструального цикла ДА НЕТ

Употребление противозачаточных таблеток НЕТ ДА → усиливалась или уменьшалась головная боль на фоне данных препаратов? __ Принимает ли пациентка данные препараты в настоящее время ДА НЕТ

Неврологические данные: Отмечались ли у ребенка какие-либо следующие состояния:

Травма головы Инфекция ЦНС Припадки Приступы замирания Инсульт

Синдром дефицита внимания и гиперактивности Тревога Депрессия Укачивание

Трудности в обучении Тики Обмороки Головокружение Синкопы Пятна на коже коричневые/красные/белые Повышенный или пониженный тонус мышц Аутизм Тремор

Онемение

Любые другие неврологические состояния/Подробности этих состояний _____

Сотрясение головного мозга: Было ли у ребенка диагностировано сотрясение мозга? НЕТ

ДА, сколько раз _____ В каком возрасте _____

Была ли потеря сознания при сотрясении головного мозга? НЕТ ДА

Мы вернемся к обсуждению данного состояния при личной встрече. Будьте готовы в деталях описать каждый эпизод потери сознания.

Психология/Психиатрия: Посещал ли Ваш ребенок когда-нибудь дефектолога, психолога, психиатра?

НЕТ ДА, данные врача _____

Причина обращения _____

– Было ли обращение полезным? ДА НЕТ

– Ваш ребенок до сих пор посещает специалиста: ДА НЕТ

– Беспокоили ли вас или лечащего врача вашего ребенка состояния, упомянутые ниже?

Тревога Беспокойство Депрессия Суицидальные мысли Излишняя застенчивость

Бессонница Обсессии и компульсии Оппозиционно-вызывающее расстройство

Расстройства поведения Злоупотребление веществами

Нанесение себе телесных повреждений

Биполярное расстройство Синдром дефицита внимания и гиперактивности

Нарушение пищевого поведения Проблемы в школе или с законом

Другие психологические проблемы _____

11. Социальная история и привычки

a. Кто проживает вместе с пациентом в одном доме (квартире)? Если 2 семьи, укажите каждого члена

Имя	Возраст	Степень родства

b. Ребенок усыновлен? НЕТ ДА, в возрасте ___ лет под опекой

c. Оба родителя участвуют в повседневной жизни ребенка? ДА НЕТ (кто не участвует мама / папа)

d. Были ли изменения в жизни ребенка в последние 1-2 года? развод родителей переезд

смена опекуна кто-то из членов семьи ушел из дома серьезные болезни /смерть

e. другие стрессовые факторы дома? _____

f. Род деятельности мамы _____ отца _____

12. Школа: Название/номер школы _____ В каком сейчас классе _____

Адрес школы _____

Школьная медсестра _____ телефон _____ факс _____

Специальные занятия в школе в психологом ДА НЕТ

Домашнее обучение ДА НЕТ. Количество учеников в классе: _____

Проходил ли Ваш ребенок тестирование на готовность к обучению или нейропсихологическое тестирование?

Если да, то где _____ когда _____

Каковы результаты тестирования _____

Сколько дней ребенок не посещал школу в течение последнего учебного года из-за головной боли:

___ полных дней ___ с пропуском части уроков/с опозданием в школу ___ остался дома из-за головной боли

Ваш ребенок посещает занятия физкультурой в школе:

ДА НЕТ (объясните почему) _____

Насколько изменилась (частота / интенсивность) головной боли с течением времени (от начала):

не менялась/типичная для данного ребенка состояние ухудшилось (боль участилась/ стала интенсивнее)

состояние улучшилось состояние ухудшается

Степень выраженности недавней головной боли по десятибалльной шкале: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10

13. Семейный анамнез: укажите любого члена семьи (со степенью родства), у кого встречались указанные ниже состояния

Мигрень _____

Головная боль (любая) _____

Мышечная слабость _____

Припадки _____

Задержка развития _____

Трудности обучения _____

Аутизм _____

Ранняя смерть (до 35 лет) _____

Тревога _____

Биполярное расстройство _____

Обсессивно-компульсивное расстройство _____

СДВГ _____

Тики/болезнь Туретта _____

Синкопа/обмороки _____

Дегенеративные заболевания _____

Задержка умственного развития _____

Опухоль мозга _____

Инсульт _____

Кровотечения/тромбозы _____

Депрессия _____

Шизофрения _____

Оппозиционно-вызывающее расстройство (ОВР) /

расстройство поведения _____

Дата заполнения формы _____

Кто заполнил форму (имя и степень родства) _____

Педиатрическая ранговая шкала тревоги (PARS)

Перевод О.Р.Есина, Е.А.Горобец,
Kazan Federal University Russian version, 2016,
с разрешения Mark A. Riddle

СПИСОК СИМПТОМОВ

Инструкция: заполните место для ответов «1» (да), «2» (нет), или «9» (другое, например, «не могу ответить» или «не желаю отвечать»)

СОЦИАЛЬНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ		Родитель	Ребенок	Эксперт
1	Боится участвовать в групповых мероприятиях или избегает их			
2	Боится или избегает посещений праздников (вечеринок), общественных мероприятий			
3	Боится или избегает общения с незнакомыми людьми			
4	Боится или избегает разговоров по телефону			
5	Отказывается от выступления перед публикой или делает это через силу			
6	Отказывается писать в присутствии других людей или делает это через силу			
7	Отказывается есть на людях или делает это через силу			
8	Отказывается от посещения общественных туалетов или делает это через силу			
9	Отказывается переодеваться в спортивную форму или купальный костюм в присутствии других людей или делает это через силу			

РАЗЛУКА		Родитель	Ребенок	Эксперт
10	Беспокоится по поводу того, что с близкими может что-то случиться			
11	Беспокоится по поводу того, что с ним/с ней что-то может случиться (включая страх смерти)			
12	Душевное страдание при разлуке или ее ожидании			
13	Страх или нежелание оставаться в одиночестве			
14	Нежелание или отказ идти в школу или куда-либо			
15	Жалобы на физические симптомы, когда возникает или ожидается разлука			
16	Страх или нежелание спать одному			
17	Страх или нежелание спать вне дома			
18	Ночные кошмары на тему разлуки			
19	Привязан к родителю или следует за ним по пятам			

ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ТРЕВОГА		Родитель	Ребенок	Эксперт
20	Чрезмерное беспокойство о каждом дне или проблемах реальной жизни			
21	Беспокойство, взвинченность, нервозность			
22	Быстрая утомляемость			
23	Трудности концентрации внимания или трудности с			

	запоминанием			
24	Раздражительность			
25	Мышечное или неспецифическое напряжение			
26	Нарушения сна, особенно трудности с засыпанием			
27	Страх или ужасные предчувствия (неспецифические)			

СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ФОБИЯ		Родитель	Ребенок	Эксперт
28	Боязнь животных: конкретизируйте _____			
29	Боязнь природных явлений (страх высоты, грозы и т.д.): конкретизируйте _____			
30	Боязнь забора крови, укола, травмы: конкретизируйте _____			
31	Боязнь определенных ситуаций (полет на самолете, нахождение в лифте и т.д.): конкретизируйте _____ _____			

ОСТРЫЕ ФИЗИЧЕСКИЕ ЗНАКИ И СИМПТОМЫ		Родитель	Ребенок	Эксперт
32	Румянец			
33	Ощущение паралича			
34	Дрожь или тряска			
35	Ощущение головокружения, неустойчивости, ощущение пустоты в голове, предобморочное состояние			
36	Усиленное сердцебиение или пульсация в области сердца			
37	Дыхательные нарушения (частые короткие вдохи, удушье, ощущение нехватки воздуха)			
38	Волны жара или холода			
39	Потливость			
40	Неприятные ощущения в области желудка, тошнота, проблемы в области живота			
41	Постоянные позывы в туалет			
42	Боль или дискомфорт в грудной клетке			
43	Парестезии (ощущение онемения или покалывания в пальцах рук и ног или вокруг рта)			
44	Затруднение глотания во время еды			

ДРУГИЕ		Родитель	Ребенок	Эксперт
45	Приступы плача во время тревожной ситуации			
46	Перепады настроения			
47	Желание избегать ситуаций, провоцирующих тревогу			
48	Желание держаться подальше от других людей			
49	Страх потерять контроль или сойти с ума			
50	Дереализация (ощущение нереальности происходящего) или деперсонализации (ощущение раздвоения личности)			
	Другие симптомы тревоги: конкретизируйте _____ конкретизируйте _____			

конкретизируйте			
-----------------	--	--	--

Шкала тяжести симптомов

Инструкция: для каждого пункта обведите кружочком то утверждение, которое лучше характеризует состояние пациента в течение последней недели.

1. Общее количество симптомов тревоги (выберите код только для последней недели)		Код
Невозможно оценить		8
Не знает		9
Нет симптомов		0
1 симптом		1
2-3 симптома		2
4-6 симптомов		3
7-10 симптомов		4
Более 10 симптомов		5
2. Общая частота симптомов тревоги		Код
Невозможно оценить		8
Не знает		9
Нет симптомов		0
1 или 2 дня в неделю		1
3 или 4 дня в неделю		2
5 или 6 дней в неделю		3
Ежедневно		4
Несколько часов каждый день		5
3. Общая выраженность чувства тревоги		Код
Невозможно оценить		8
Не знает		9
Отсутствует, нет симптомов тревоги		0
Минимальная	Очень временный дискомфорт, клинически незначимый	1
Умеренная	Временный дискомфорт, который немного беспокоит. Граница клинически значима. Промежуточный между 1 и 3.	2
Сильная	Явная нервозность в предчувствии ситуации, вызывающей тревогу, или при попадании в нее. Часто невозможно преодолеть эти чувства. Эти чувства влияют на повседневное самочувствие.	3
Выраженная	Выраженное страдание во время тревоги или в ситуации ожидания тревоги. Обычно невозможно преодолеть данные чувства. Промежуточный между 3 и 5.	4
Экстремальная	Ощущение отчаяния в предчувствии ситуации, вызывающей тревогу, или при попадании в нее. Часто или почти всегда невозможно преодолеть этот страх. Выраженно влияет на повседневную активность.	5
4. Общая выраженность физических симптомов тревоги		Код
Невозможно оценить		8
Не знает		9
Отсутствует, нет физических симптомов тревоги		0
Минимальная	Временные физические симптомы тревоги. Симптомы не заметны или едва заметны для окружающих. Клинически незначимы.	1
Умеренная	Несколько симптомов: нет длительного воздействия. Граница	2

	клинически значима. Промежуточный между 1 и 3.	
Сильная	Стойкие физические симптомы тревоги, особенно во время нахождения в тревожной ситуации. Симптомы заметны окружающим и значительно нарушают возможность действовать в сложившейся ситуации.	3
Выраженная	Стойкие физические клинически выраженные симптомы. Промежуточный между 3 и 5.	4
Экстремальная	Выраженные и стойкие физические симптомы тревоги, особенно во время нахождения в тревожной ситуации. Симптомы очень заметны окружающим и часто приводят к невозможности действовать в сложившейся ситуации.	5
5. Общая характеристика ухода от ситуаций, провоцирующих тревогу		Код
ПРИМЕЧАНИЕ: отметьте здесь все, чего избегает пациент: визиты в школу, возвращение домой, повседневная деятельность		
Неприменимо		8
Не знает		9
Отсутствует. Не избегает ситуаций, провоцирующих тревогу.		0
Минимальная	Очень редко избегает провоцирующих ситуаций. Избегание ситуаций не критично для повседневной активности.	1
Умеренная	Иногда избегает провоцирующих ситуаций, но значимых составляющих жизни не избегает. Граница клинически выражена. Промежуточный между 1 и 3.	2
Сильная	Часто избегает ситуаций, провоцирующих тревогу. Как минимум один раз пропустил какое-то важное мероприятие.	3
Выраженная	В основном избегает провоцирующих ситуаций или пропустил более одного важного мероприятия. Промежуточный между 3 и 5.	4
Экстремальная	Избегает всех или почти всех ситуаций, провоцирующих тревогу.	5
6. Нарушение взаимоотношений и поведения дома		Код
Невозможно оценить		8
Не знает		9
Отсутствует. Нет нарушений.		0
Минимальная	Очень редко. Не влияет на взаимоотношения между членами семьи или на домашние дела.	1
Умеренная	Легкое влияние на взаимоотношения или на действия вне дома. Граница клинически выражена. Промежуточный между 1 и 3.	2
Сильная	Значимое влияние. Касается как деятельности дома, так и частоты и качества общения с членами семьи: пациент может уходить от общения, его могут избегать или отвергать другие члены семьи, он может иметь конфликты с кем-либо в семье.	3
Выраженная	Выраженное влияние на взаимоотношения членов семьи и на поведение дома. Существенно клинически значимо. Промежуточный между 3 и 5.	4
Экстремальная	Полная или практическая полная неспособность поддерживать нормальные отношения в семье и заниматься домашними делами.	5
7. Нарушение взаимоотношений со сверстниками или старшими и/или поведения вне дома		Код
Невозможно оценить		8

Не знает		9
Отсутствует. Нет нарушений.		0
Минимальная	Очень редко. Не влияет на взаимоотношения со сверстниками или учителями или старшими вне дома. Не оказывает влияние на поведение вне дома, в том числе на работе в коллективе.	1
Умеренная	Легкое влияние на взаимоотношения и поведение вне дома. Граница клинически значима. Промежуточный между 1 и 3.	2
Сильная	Значимое влияние. Касается как деятельности вне дома, так и количества и качества взаимоотношений со сверстниками и родителями: пациент может уходить от общения, его могут избегать или отвергать сверстники или взрослые, он может иметь конфликты с кем-либо из них.	3
Выраженная	Выраженное нарушение во взаимоотношениях со сверстниками или взрослыми и/или нарушение поведения вне дома. По существу клинически значимо. Промежуточный между 3 и 5.	4
Экстремальная	Полная или практическая полная неспособность поддерживать нормальные отношения со сверстниками или взрослыми и/или нарушения поведения в обществе.	5

Педиатрическая шкала влияния тревоги на жизнь

*Перевод О.Р.Есина, Е.А.Горобец,
Kazan Federal University Russian version, 2017,
с разрешения Heidi Lynham*

(версия для ребенка)

Имя ребенка:	Дата:
--------------	-------

1. Расстраивают или угнетают тебя страхи и беспокойства?

Совсем нет	Только чуть-чуть	Иногда	Достаточно сильно	Постоянно
0	1	2	3	4

2. Насколько страхи и беспокойства мешают тебе...

		Совсем нет	Только чуть-чуть	Иногда	Достаточно сильно	Постоянно
a.	Ладить с родителями	0	1	2	3	4
b.	Ладить с братьями и сестрами (ответь «совсем нет», если ты единственный ребенок в семье)	0	1	2	3	4
c.	Проводить время с друзьями вне школы	0	1	2	3	4
d.	Выполнять школьные задания	0	1	2	3	4
e.	Общаться с одноклассниками на перемене или во время обеда	0	1	2	3	4
f.	Заниматься спортом	0	1	2	3	4
g.	Заниматься интересными делами (посещать праздники, кино, проводить выходные)	0	1	2	3	4
h.	Заниматься повседневными делами (подготовка к школе, выполнение домашнего задания, игры, подготовка ко сну)	0	1	2	3	4

(версия для родителя)

Имя ребенка:	Дата рождения ребенка:
Ваше имя:	Дата заполнения опросника:
Кем приходитеесь ребенку:	

Примечание: Каждая оценка должна быть основана на учете особенностей возраста ребенка. При заполнении данной формы, пожалуйста, оцените поведение вашего ребенка за последние 6 месяцев.

1. Мешают ли вашему ребенку страхи и беспокойства?

Совсем нет	Только немного	Иногда	Достаточно сильно	Постоянно
0	1	2	3	4

2. Насколько страхи и беспокойства мешают вашему ребенку...?

		Совсем нет	Только немного	Иногда	Достаточно сильно	Постоянно
a.	Ладить с родителями	0	1	2	3	4
b.	Ладить с родными братьями и сестрами (ответьте «совсем нет», если у вас один ребенок)	0	1	2	3	4
c.	Проводить время с друзьями вне школы	0	1	2	3	4
d.	Выполнять школьные задания	0	1	2	3	4
e.	Общаться с одноклассниками на перемене или во время обеда	0	1	2	3	4
f.	Заниматься спортом	0	1	2	3	4
g.	Заниматься интересными делами (посещать праздники, кино, проводить выходные)	0	1	2	3	4
h.	Заниматься повседневными делами (спать, посещать школу, делать уроки, играть в разные игры)	0	1	2	3	4

3. Как страхи и беспокойства вашего ребенка влияют на вашу повседневную жизнь в следующих сферах?

		Совсем нет	Только чуть-чуть	Иногда	Достаточно сильно	Постоянно
a.	Ваши взаимоотношения с партнером или потенциальным партнером	0	1	2	3	4
b.	Ваши взаимоотношения с родственниками	0	1	2	3	4
c.	Ваши взаимоотношения с друзьями	0	1	2	3	4

d.	Ваша карьера (выбор работы, сколько часов вы работаете или как часто вы пропускаете работу)	0	1	2	3	4
e.	Возможность посещать различные мероприятия без ребенка	0	1	2	3	4
f.	Возможность посещать различные мероприятия с ребенком	0	1	2	3	4
g.	Ваш уровень стресса	0	1	2	3	4

Шкала детских навязчивых мыслей

Перевод О.Р.Есина, Е.А.Горобец,
Kazan Federal University Russian version, 2017,
с разрешения Heidi Lynham

Имя:	Текущая дата:	
Дата рождения:	Пол: муж- ской/женский	Класс

Инструкция: Ниже приведены некоторые мысли, которые часто появляются у детей и подростков. Пожалуйста, прочтите каждую внимательно и определите, как часто (если было) вам на ум приходили такие мысли в течение последней недели. Обведите ваш ответ кружочком:

Совсем нет	Иногда	Довольно часто	Часто	Все время
0	1	2	3	4

Скажите себе: «В течение последней недели я думал(а), что»		Совсем нет	Иногда	Довольно часто	Часто	Все время
1	ребята подумают, что я глупый (глупая)	0	1	2	3	4
2	у меня есть право мстить людям, если они этого заслуживают	0	1	2	3	4
3	я ничего не могу делать правильно	0	1	2	3	4
4	со мной случится несчастный случай	0	1	2	3	4
5	другие дети глупые	0	1	2	3	4
6	беспокоюсь, потому что меня могут начать дразнить	0	1	2	3	4
7	я схожу с ума	0	1	2	3	4
8	дети будут смеяться надо мной	0	1	2	3	4
9	я скоро умру	0	1	2	3	4
10	большинство людей против меня	0	1	2	3	4
11	я никчемный (никчемная)	0	1	2	3	4
12	мама или папа хотят мне навредить	0	1	2	3	4
13	мне больше никогда не повезет	0	1	2	3	4
14	я буду выглядеть глупо	0	1	2	3	4

15	я больше никому не позволю себя дразнить	0	1	2	3	4
16	я боюсь потерять контроль	0	1	2	3	4
17	это я виноват, что все пошло не так	0	1	2	3	4
18	люди думают плохо обо мне	0	1	2	3	4
19	если кто-то меня обидит, у меня есть право тоже его обидеть в ответ	0	1	2	3	4
20	мне сделают больно	0	1	2	3	4
21	я боюсь того, что про меня подумают другие дети	0	1	2	3	4
22	некоторые люди получают то, что заслужили	0	1	2	3	4
23	я так все запутал/а в своей жизни	0	1	2	3	4
24	должно произойти что-то ужасное	0	1	2	3	4
25	я выгляжу как идиот / идиотка	0	1	2	3	4
26	я никогда не стану таким же хорошим, как другие люди	0	1	2	3	4
27	меня всегда обвиняют в том, в чем я не виноват/а	0	1	2	3	4
28	я неудачник (неудачница)	0	1	2	3	4
29	другие дети выставляют меня посмешищем	0	1	2	3	4
30	лжи не место в жизни	0	1	2	3	4
31	все на меня смотрят	0	1	2	3	4
32	я боюсь оказаться в дураках	0	1	2	3	4
33	я боюсь, что кто-то может умереть	0	1	2	3	4
34	я никогда не справлюсь со своими проблемами	0	1	2	3	4
35	люди постоянно пытаются втянуть меня в неприятности	0	1	2	3	4
36	со мной происходит что-то очень плохое	0	1	2	3	4
37	некоторые люди плохие	0	1	2	3	4
38	я себя ненавижу	0	1	2	3	4
39	что-нибудь случится с теми, кто мне безразличен	0	1	2	3	4
40	плохие люди заслуживают наказания	0	1	2	3	4

Шкала тревоги у дошкольников

Перевод О.Р.Есина, Е.А.Горобец
Kazan Federal University Russian version, 2017,
с разрешения Heidi Lynham

Имя ребенка:	Дата заполнения:
Ваше имя:	Кем приходиться ребенку:

Примечание: Ниже приведены характеристики детей. Для каждого пункта выберите вариант ответа, который лучше всего описывает вашего ребенка. Используйте шкалу от «Никогда» до «Очень часто». Пожалуйста, ответьте на все вопросы, как сможете, даже если что-то вообще не относится к вашему ребенку.

Никогда	Очень редко	Иногда	Довольно часто	Очень часто
0	1	2	3	4

		Никогда	Очень редко	Иногда	Довольно часто	Очень часто
1	С трудом справляется со своей тревогой	0	1	2	3	4
2	Беспокоится о том, что его/ее действия будут выглядеть глупо в глазах других	0	1	2	3	4
3	Боится врачей и/или стоматологов	0	1	2	3	4
4	Боится попросить взрослых о помощи (воспитателя или учителя)	0	1	2	3	4
5	Огорчается, если ночует не дома	0	1	2	3	4
6	Боится высоты (высоких мест)	0	1	2	3	4
7	Боится встречаться или разговаривать с незнакомыми людьми	0	1	2	3	4
8	Боится, что произойдет что-то плохое с его/ее родителями	0	1	2	3	4
9	Боится грозы	0	1	2	3	4
10	Боится выступать перед классом/группой (что-то показывать и рассказывать)	0	1	2	3	4
11	Беспокоится, что с ним/с ней может случиться что-то пло-	0	1	2	3	4

	хое (потеряется, украдут), и он/она больше вас никогда не увидит					
12	Нервничает, если нужно плавать	0	1	2	3	4
13	Боится попасть в неловкое положение перед другими людьми	0	1	2	3	4
14	Боится насекомых и/или пауков	0	1	2	3	4
15	Начинает переживать, когда вы оставляете его/ее в детском саду или с няней	0	1	2	3	4
16	Боится подойти к группе детей и присоединиться к их занятиям	0	1	2	3	4
17	Боится собак	0	1	2	3	4
18	У него/нее бывают ночные кошмары	0	1	2	3	4
19	Беспокоится о том, делает ли все правильно	0	1	2	3	4
20	Боится темноты	0	1	2	3	4
21	Нуждается в подбадривании, когда в этом нет необходимости	0	1	2	3	4
22	Боится больших животных	0	1	2	3	4
23	Ведет себя застенчиво и тихо в окружении новых людей	0	1	2	3	4
24	Заметно, что нервничает в новой или необычной ситуации	0	1	2	3	4
25	Расстраивается, если допустил ошибку	0	1	2	3	4
26	Становится тревожным при разлуке с родителями	0	1	2	3	4
27	Расстраивается, если случается что-то неожиданное	0	1	2	3	4
28	Боится громких звуков	0	1	2	3	4

Опросник личного опыта школьника

Перевод О.Р.Есина, Е.А.Горобец
Kazan Federal University Russian version, 2017,
с разрешения Heidi Lynham

Имя:	Дата:
------	-------

Подумай о том, как часто с тобой происходило что-то похожее в течение последнего месяца в школе. Обведи кружочком вариант, который тебе кажется точнее всего.

1	Другие дети подстраивают мне всякие грязные ловушки, чтобы я стукнулся (стукнулась) или поранился (поранилась).	Никогда	Редко	Иногда	Почти всегда	Ежедневно
2	Другие дети специально меня игнорируют.	Никогда	Редко	Иногда	Почти всегда	Ежедневно
3	Другие дети стараются настроить моих друзей против меня.	Никогда	Редко	Иногда	Почти всегда	Ежедневно
4	Другие дети пишут про меня гадости в мессенджерах, чатах или на доске объявлений.	Никогда	Редко	Иногда	Почти всегда	Ежедневно
5	Другие дети смеются над моим родным языком.	Никогда	Редко	Иногда	Почти всегда	Ежедневно
6	Другой ребенок дразнит меня по таким поводам, которые вообще ко мне не относятся.	Никогда	Редко	Иногда	Почти всегда	Ежедневно
7	Другие дети бьют меня.	Никогда	Редко	Иногда	Почти всегда	Ежедневно
8	Другие дети смеются над культурными традициями, которым я следую.	Никогда	Редко	Иногда	Почти всегда	Ежедневно
9	Другие дети разыгрывают меня по телефону.	Никогда	Редко	Иногда	Почти всегда	Ежедневно
10	Другие дети угрожают мне по телефону.	Никогда	Редко	Иногда	Почти всегда	Ежедневно
11	Другие дети подговаривают людей держаться от меня подальше.	Никогда	Редко	Иногда	Почти всегда	Ежедневно
12	Другие дети не разговаривают со мной из-за того, откуда я родом.	Никогда	Редко	Иногда	Почти всегда	Ежедневно
13	Другие дети бросают на меня убийственные взгляды.	Никогда	Редко	Иногда	Почти всегда	Ежедневно
14	Другие дети присылают мне гадости в смс.	Никогда	Редко	Иногда	Почти всегда	Ежедневно

15	Другие дети подговаривают окружающих бить меня.	Никогда	Редко	Иногда	Почти всегда	Ежедневно
16	Другие дети присылают мне гадости на электронную почту.	Никогда	Редко	Иногда	Почти всегда	Ежедневно
17	Другие дети пинают меня.	Никогда	Редко	Иногда	Почти всегда	Ежедневно
18	Другие дети говорят гадости обо мне за моей спиной.	Никогда	Редко	Иногда	Почти всегда	Ежедневно
19	Другие дети показывают мне оскорбительные жесты.	Никогда	Редко	Иногда	Почти всегда	Ежедневно
20	Другие дети угрожают избить меня, если я не буду делать то, что они говорят.	Никогда	Редко	Иногда	Почти всегда	Ежедневно
21	Другие дети толкают меня.	Никогда	Редко	Иногда	Почти всегда	Ежедневно
22	Другие дети пишут про меня гадости на веб-сайтах.	Никогда	Редко	Иногда	Почти всегда	Ежедневно
23	Другие дети ломают мои вещи.	Никогда	Редко	Иногда	Почти всегда	Ежедневно
24	Другие дети нарочно присылают мне компьютерные вирусы.	Никогда	Редко	Иногда	Почти всегда	Ежедневно
25	Другие дети дразнят меня из-за моего голоса.	Никогда	Редко	Иногда	Почти всегда	Ежедневно
26	Другие дети ставят мне подножки.	Никогда	Редко	Иногда	Почти всегда	Ежедневно
27	Другие дети подговаривают остальных, чтобы они дразнили меня.	Никогда	Редко	Иногда	Почти всегда	Ежедневно
28	Другие дети обзывают меня, потому что я от них немного отличаюсь.	Никогда	Редко	Иногда	Почти всегда	Ежедневно
29	Другие дети избивают меня.	Никогда	Редко	Иногда	Почти всегда	Ежедневно
30	Другие дети преследуют меня по телефону.	Никогда	Редко	Иногда	Почти всегда	Ежедневно
31	Другие дети смеются над моими друзьями.	Никогда	Редко	Иногда	Почти всегда	Ежедневно
32	Другие дети обзывают меня, потому что у меня что-то не получается.	Никогда	Редко	Иногда	Почти всегда	Ежедневно

Шкала школьной тревоги – Опросник для учителя

Перевод О.Р.Есина, Е.А.Горобец,
Kazan Federal University Russian version, 2017,
с разрешения Heidi Lynham

Имя учителя:	Дата:
Имя ребенка:	Класс:

Для каждого пункта выберите подходящий ответ, который лучше всего описывает ребенка за последние 3 месяца или текущий учебный год, и обведите его кружочком. Пожалуйста, ответьте на все вопросы.

		Никогда	Иногда	Часто	Всегда
1	Этот ребенок боится задавать вопросы в классе	0	1	2	3
2	Этот ребенок говорит только тогда, когда ему задают вопрос	0	1	2	3
3	Этот ребенок беспокоится о том, что думают о нем другие люди	0	1	2	3
4	Этот ребенок добровольно не отвечает, не вставляет свои комментарии во время урока	0	1	2	3
5	Этот ребенок боится ошибиться	0	1	2	3
6	Этот ребенок терпеть не может быть в центре внимания	0	1	2	3
7	Этот ребенок боится начинать делать задание или переспрашивает, как его делать	0	1	2	3
8	Этот ребенок беспокоится о своих вещах	0	1	2	3
9	Этот ребенок переживает о том, что в школе он/она сделает что-то плохо	0	1	2	3
10	Этот ребенок беспокоится, что с ним/с ней случится что-то плохое	0	1	2	3
11	Этот ребенок кажется очень застенчивым	0	1	2	3
12	Этот ребенок жалуется на головные боли, боль в животе или плохое самочувствие	0	1	2	3
13	Этот ребенок боится выступать перед классом	0	1	2	3
14	Этот ребенок стесняется разговаривать в группе	0	1	2	3
15	Когда у этого ребенка есть проблемы, у него появляется нервная дрожь.	0	1	2	3
16	Этот ребенок становится нервным, когда к нему подходят другие дети или взрослые	0	1	2	3

Опросник алекситимии для детей

Перевод О.Р.Есина, Е.А.Горобец,
Kazan Federal University Russian version, 2018,
с разрешения Yung-TingTsou

Как я чувствую...

Напиши свое имя _____

Дата рождения _____

На страницах этого опросника ты найдешь 20 коротких утверждений. Каждое из них описывает чувства человека или то, что человек думает о своих чувствах. Отметь, верно ли это, иногда верно или неверно по отношению к тебе. Выбирай тот ответ, который лучше всего описывает именно тебя. Можно выбрать только один вариант.

Если это сложно, тогда выбери то, что подходит тебе чаще всего. У всех людей чувства различны, они по-разному воспринимают их. Поэтому здесь нет правильных и неправильных ответов, просто описание того, что чувствуют люди.

		неверно	иногда верно	обычно верно
1	Меня часто смущают мои внутренние ощущения			
2	Мне трудно рассказывать о своих внутренних ощущениях			
3	У меня такие ощущения в теле, что даже врачи не могут понять их			
4	Я легко могу рассказать о своих внутренних ощущениях			
5	Когда у меня проблема, я хочу понять, откуда она возникла, а не только ее обсуждать			
6	Когда я расстроен(а), я не знаю, печально мне, страшно или я раздражен/раздражена			
7	Меня часто беспокоят загадочные ощущения в теле			
8	Я лучше подожду и увижу, что случится, чем буду думать, почему все это происходит			
9	Иногда я не могу найти слова для описания своих внутренних ощущений			
10	Очень важно понимать свои внутренние ощущения			
11	Мне сложно описать то, что я чувствую по отношению к другим людям			
12	Люди говорят мне, что я должен рассказывать больше о своих внутренних ощущениях			
13	Я не знаю, что происходит внутри меня			

14	Я обычно не знаю, почему становлюсь сердитым			
15	Я предпочитаю разговаривать с людьми о повседневных делах, а не о чувствах			
16	Я предпочитаю развлекательные телевизионные программы фильмам, в которых рассказывается о проблемах других людей			
17	Мне очень трудно рассказать, что я на самом деле чувствую, даже лучшему другу			
18	Я могу испытывать ощущение близости с кем-то, если даже мы просто сидим рядом, не разговаривая			
19	Размышления о том, что я чувствую, помогают мне при решении проблем			
20	Когда приходится концентрироваться, чтобы понять содержание фильма, он мне доставляет куда меньше удовольствия			

Опросник по центральной сенситизации: часть А
Перевод О.Р.Есина, Е.А.Горобец,
Казанский федеральный университет, 2019,
с разрешения Randy Neblett

Имя _____

Дата _____

Пожалуйста, обведите в правой части слово, точнее всего соответствующее каждому утверждению.

1	Я чувствую себя усталым и неотдохнувшим, когда просыпаюсь	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
2	Я чувствую напряжение/скованность и боль в мышцах	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
3	У меня бывают приступы тревожности	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
4	Я скриплю зубами или стискиваю их	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
5	У меня проблемы со стулом (диарея и/или запор)	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
6	Мне нужна помощь в обычной бытовой жизни	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
7	Я чувствителен к яркому свету	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
8	Я очень быстро устаю от физической активности	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
9	Я чувствую боль по всему телу	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
10	У меня головные боли	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
11	Я чувствую дискомфорт в мочевом пузыре и/или жжение при мочеиспускании	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
12	Я плохо сплю	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
13	Мне сложно сконцентрироваться	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
14	У меня проблемы с кожей (сухость, зуд, высыпания)	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
15	Стресс усиливает мои соматические симптомы	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
16	Я чувствую грусть или подавленность	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
17	У меня мало сил	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
18	У меня напряжены мышцы шеи и плеч	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
19	У меня боли в челюсти	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
20	Некоторые запахи, например духи, вызывают у меня головокружение и тошноту	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
21	Мне приходится часто мочиться	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
22	У меня дискомфорт в ногах и «синдром беспокойных ног», когда я ночью пытаюсь уснуть	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
23	У меня сложности с запоминанием	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
24	В детстве я перенес(ла) травму	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
25	У меня боль в тазовой области	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
					Итого=	

Опросник по центральной сенситизации: часть Б.

Перевод О.Р.Есин, Е.А.Горобец,

Казанский федеральный университет, 2019,

Имя _____

Дата _____

Диагностировали ли у Вас следующие заболевания?

Пожалуйста, поставьте галочку в графе справа напротив каждого диагноза и напишите год диагностики.

		НЕТ	ДА	Год диагностики
1	Синдром беспокойных ног			
2	Синдром хронической усталости			
3	Фибромиалгия			
4	Патология височно-нижнечелюстного сустава			
5	Мигрень или головная боль напряжения			
6	Синдром раздраженного кишечника			
7	Синдром множественной химической чувствительности			
8	Травмы шеи, включая хлыстовую травму			
9	Тревожность или панические атаки			
10	Депрессия			

ЛИТЕРАТУРА

1. Артеменко А. Р. Хроническая мигрень / А.Р.Артеменко, А.Л.Куренков. – М: АБВ-пресс, 2012. – 488 с.
2. Брель Е.Ю. Проблема изучения алекситимии в психологических исследованиях / Е.Ю.Брель // Вестник Кемеровского государственного университета. – 2012. – №3. – С. 173-176.
3. Выготский Л.С. Мышление и речь. 5-е изд., испр. / Л.С. Выготский. – М.: Лабиринт, 1999. – 352 с.
4. Грибков Н.Б. Алекситимия и расстройства эмоциональной сферы / Н.Б.Грибков // Психиатрия. – 2014. – Вып. 3. – С. 34-34а.
5. Гурович О.В. Анализ взаимосвязи алекситимии и качества жизни у детей с нефропатиями / О.В.Гурович, Т.Г.Звягина, В.П. Ситникова // Вестник новых медицинских технологий. – 2010. – №17. – Вып. 2. – С. 112-114.
6. Есин Р.Г. Алекситимия – основные направления изучения / Р.Г.Есин, Е.А.Горобец, К.Р.Галиуллин, О.Р.Есин // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2014. – №114. – Вып. 12. – С. 148-151.
7. Коробицына М.Б. Реабилитационные возможности дельфинотерапии в комплексной медико-психологической коррекции состояния алекситимической психалгии / М.Б.Коробицына, Н.Ю.Василевская, У.В. Варнава // SWorld. – 2011. – №20. – Вып. 1. – С. 77-80.
8. Лурия А. Р. Лекции по общей психологии / А.Р.Лурия. – СПб.: Питер, 2006. – 240 с.
9. Походенько Т.А. Алекситимия у детей с бронхиальной астмой / Т.А.Походенько, М.С.Дондокова, Я.С.Жукова, Н.Л.Потапова // Медицина завтрашнего дня. – 2017. – С. 186-187.
10. Старостина Е.Г. Торонтская шкала алекситимии (20 пунктов): валидизация русскоязычной версии на выборке терапевтических больных / Е.Г.Старостина, Г. Дж.Тэйлор, Л.К.Квилти // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – №4. – С.31-34.
11. Хомский Н. Синтаксические структуры / Н. Хомский // Новое в лингвистике. – М., 1962. – Вып. 2. – С. 412–527.
12. Abu-Arefeh I. Prevalence of headache and migraine in schoolchildren / I.Abu-Arefeh, G.Russell // BMJ. – 1994. – Vol. 309. Issue 6957. – Pp. 765-769. doi:10.1136/bmj.309.6957.765

13. Ayzenberg I. The prevalence of primary headache disorders in Russia: A countrywide survey / I.Ayzenberg, Z.Katsarava, A. Sborowski et al. // *Cephalalgia*. – 2012. – Vol. 32. Issue 5. – Pp. 373–381. [dx.doi.org/10.1177/0333102412438977](https://doi.org/10.1177/0333102412438977)
14. Bandell-Hoekstra I. Prevalence and characteristics of headache in Dutch schoolchildren / I.Bandell-Hoekstra, H.Abu-Saad, J.Passchier et al. // *European Journal of Pain*. – 2001. – Vol. 5. Issue 2. – Pp. 145-153. [doi:10.1053/eujp.2001.0234](https://doi.org/10.1053/eujp.2001.0234)
15. Barea L. An Epidemiologic Study of Headache Among Children and Adolescents of Southern Brazil / L.Barea, M.Tannhauser, N.Rotta // *Cephalalgia*. – 1996. – Vol. 16. Issue 8. – Pp. 545-549. [doi:10.1046/j.1468-2982.1996.1608545.x](https://doi.org/10.1046/j.1468-2982.1996.1608545.x)
16. Bener A. Prevalence, symptom patterns and comorbidity of anxiety and depressive disorders in primary care in Qatar / A.Bener, S.Ghuloum, M.T.Abou-Saleh // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. – 2012. – V. 473. – Pp. 439-446.
17. Bigal M.E. Migraine in adolescents: association with socioeconomic status and family history / M.E.Bigal, R.B.Lipton, P.Winner et al. // *Neurology*. – 2007. – Vol. 69. Issue 1. – Pp. 16-25.
18. Brattberg G. The incidence of back pain and headache among Swedish school children / G.Brattberg // *Quality of Life Research*. – 1994. – Vol. 3 (S1). – Pp. S27-S31. [doi:10.1007/bf00433372](https://doi.org/10.1007/bf00433372)
19. Bugdayci R. Prevalence and factors affecting headache in Turkish schoolchildren / R.Bugdayci, A.Ozge, T.Sasmaz et al. // *Pediatrics International*. – 2005. – Vol. 47. Issue 3. – Pp. 316-322. [doi:10.1111/j.1442-200x.2005.02051.x](https://doi.org/10.1111/j.1442-200x.2005.02051.x)
20. Buse D.C. Chronic Migraine Prevalence, Disability, and Sociodemographic Factors: Results From the American Migraine Prevalence and Prevention Study / D.C.Buse, A.N.Manack, K.M.Fanning et al. // *Headache: The Journal of Head and Face Pain* [Internet]. – 2012. – Vol. 52. Issue 10. – Pp. 1456–70. doi.org/10.1111/j.1526-4610.2012.02223.x
21. Carlsson J. Prevalence of headache in schoolchildren: relation to family and school factors / J.Carlsson // *Acta Paediatrica*. – 1996. – Vol. 85. Issue 6. – Pp. 692-696. [doi:10.1111/j.1651-2227.1996.tb14128.x](https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.1996.tb14128.x)
22. Chou I. Basilar-type migraine: An overlooked cause of loss of consciousness in pediatric emergency rooms / I.Chou, I.Lee, S.Hong // *Pediatrics & Neonatology*. – 2018. – Vol. 59. Issue 3. – Pp. 315-316. doi.org/10.1016/j.pedneo.2017.08.010
23. De Tommaso M. Laser-evoked potential habituation and central sensitization symptoms in childhood migraine / M. De Tommaso, V. Scirucchio, K. Ricci,

A. Montemurno, F. Gentile, E. Vecchio et al. // Cephalgia [Internet]. – 2015. – Vol.36(5). – Pp.463–473. dx.doi.org/10.1177/0333102415597527

24. Dignan F. The prognosis of childhood abdominal migraine / F. Dignan, I. Abu-Arafeh, G. Russell // Archives of Disease in Childhood. – 2001. – V. 84. – Pp. 415-418.

25. Fendrich K. Headache Prevalence Among Adolescents — The German DMKG Headache Study / K.Fendrich, M.Vennemann, V.Pfaffenrath et al. // Cephalgia. – 2007. – Vol. 27. Issue 4. – Pp. 347-354. doi:10.1111/j.1468-2982.2007.01289.x

26. Kristjansdottir G.. Sociodemographic Differences in the Prevalence of Self-Reported Headache in Icelandic School-Children / G.Kristjansdottir, V.Wahlberg // Headache: The Journal of Head and Face Pain. – 1993. – Vol. 33. Issue 7. – Pp. 376-380. doi:10.1111/j.1526-4610.1993.hed3307376.x

27. Gatta M. Alexithymic characteristics in pediatric patients with primary headache: a comparison between migraine and tension-type headache / M.Gatta, C.Spitaleri, U.Balottin et al. // Journal of Headache and Pain. – 2015. – Vol. 16. Issue 1. – Pp.1-7.

28. Herrmann C. International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale-a review of validation data and clinical results / C. Herrmann // J. Psychosom. Res. – 1997. – Vol. 42. Issue 1. – Pp. 17-41.

29. Huguet A. The Severity of Chronic Pediatric Pain: An Epidemiological Study / A. Huguet, J. Miró // The Journal of Pain. – 2008. –Vol. 9. Issue 3. – Pp. 226-236. doi:10.1016/j.jpain.2007.10.015

30. ICD-10 Version: 2016. Icd.who.int. <https://icd.who.int/browse10/2016/en>. Published 2019. Accessed May 23, 2019.

31. Katsarava Z. Chronic migraine: Classification and comparisons / Z.Katsarava, A.Manack, M-S.Yoon et al. // Cephalgia. – 2011. – Vol. 31. Issue 5. – Pp. 520–529. dx.doi.org/10.1177/0333102410383590

32. Lewis D.W. Practice parameter: Evaluation of children and adolescents with recurrent headaches / D.W.Lewis, S.Ashwal, G.Dahl et al. // Neurology. – 2002. – Vol. 59. Issue 4. – Pp. 490-498. doi:10.1212/wnl.59.4.490

33. Lindskog U. Benign paroxysmal vertigo in childhood: A long-term follow-up / U.Lindskog, L.Odkvist, L.Noaksson et al. // Headache. – 1999. – Vol. 39. – Pp. 33-37.

34. Lucas C. Recognition and therapeutic management of migraine in 2004, in France: results of FRAMIG 3, a French nationwide population-based survey /

C.Lucas, G.Géraud, D.Valade et al. // *Headache*. – 2006. – Vol. 46. Issue 5. – Pp. 715-725.

35. Mayer T.G. The Development and Psychometric Validation of the Central Sensitization Inventory / T.G. Mayer, R. Neblett, H. Cohen, K.J. Howard, Y.H. Choi, M.J. Williams et al. // *Pain Practice* [Internet]. – 2011. – Vol. 27. Issue 12(4). – Pp. 276–85. [dx.doi.org/10.1111/j.1533-2500.2011.00493.x](https://doi.org/10.1111/j.1533-2500.2011.00493.x)

36. Medina L.S. Children with headache: clinical predictors of surgical space-occupying lesions and the role of neuroimaging / L.S.Medina, J.D.Pinter, D.Zurakowski et al. // *Radiology*. – 1997. – Vol. 202. Issue 3. – Pp. 819-824.

37. Mortimer M.J. The VER as a diagnostic marker for childhood abdominal migraine / M.J.Mortimer, P.A.Good // *Headache*. – 1990. – V.30. – Pp. 642-645.

38. Munakata J. Economic Burden of Transformed Migraine: Results From the American Migraine Prevalence and Prevention (AMPP) Study / J.Munakata, E.Hazard, D.Serrano et al. // *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. – 2009. – Vol. 49. Issue 4. – Pp. 498–508. [dx.doi.org/10.1111/j.1526-4610.2009.01369.x](https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2009.01369.x)

39. Natalucci G. Headache and alexithymia in children and adolescents: What is the connection? / G.Natalucci, N.Faedda, D.Calderoni et al. // *Frontiers in Psychology*. – 2018. – V.9. – P. 48.

40. Niebanck A.E. Headache in children with sickle cell disease: prevalence and associated factors / A.E.Niebanck, A.N.Pollock, K.Smith-Whitley et al. // *The Journal of Pediatrics*. – 2007. – Vol. 151. Issue 1. – Pp. 67-72.

41. Neblett R. The Central Sensitization Inventory (CSI): Establishing Clinically Significant Values for Identifying Central Sensitivity Syndromes in an Outpatient Chronic Pain Sample / R. Neblett, H. Cohen, Y. Choi, M.M. Hartzell, M. Williams, T.G. Mayer, et al. // *The Journal of Pain* [Internet]. – 2013. – Vol.14(5). – Pp.438–445. [dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2012.11.012](https://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.11.012)

42. Page L.A. Psychiatric morbidity and cognitive representations of illness in chronic daily headache / L.A.Page, L.M.Howard, K.Husain et al. // *J. Psychosom Res*. – 2004. – Vol. 57. Issue 6. – Pp. 549-555.

43. Pellerone M. Alexithymia and psychological symptomatology: research conducted on a non-clinical group of Italian adolescents / M. Pellerone, M.I.Cascio, G.Costanzo et al. // *International Journal of Culture and Mental Health*. – 2017. – Vol. 10. Issue 3. – Pp. 300-309.

44. Peng K.P. Migraine diagnosis: Screening items, instruments, and scales / K.P. Peng, S.J. Wang // *Acta Anaesthesiol. Taiwan*. – 2012. – Vol. 50. Issue 2. – Pp. 69-73.

45. Petersen S. High prevalence of tiredness and pain in young schoolchildren / S. Petersen, E. Bergström, C. Brulin // *Scandinavian Journal of Social Medicine*. – 2003. – Vol. 31. Issue 5. – Pp. 367-374. doi:10.1080/14034940210165064
46. Raieli V. Juvenile Migraine and Allodynia: Results of a Retrospective Study. / V. Raieli, D. Trapolino, G. Giordano, C. Spitaleri, F. Consolo, G. Santangelo et al. // *Headache: The Journal of Head and Face Pain* [Internet]. – 2015. – Vol.55(3). – Pp.413–418. dx.doi.org/10.1111/head.12530 //
47. Rhee H. Prevalence and Predictors of Headaches in US Adolescents / H. Rhee // *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. – 2000. –Vol. 40. Issue 7. – Pp. 528-538. doi:10.1046/j.1526-4610.2000.00084.x
48. Rieffe C. An alexithymia questionnaire for children: Factorial and concurrent validation results / C.Rieffe, P.Oosterveld, M.Meerum-Terwogt // *Personal and Individual Differences*. – 2006. – Vol. 40. – Pp. 123-133.
49. Rothner A.D. The evaluation of headaches in children and adolescents / A.D.Rothner // *Seminars in Pediatric Neurology*. – 1995. – Vol. 2. Issue 2. – Pp. 109-118.
50. Sifneos P. The Prevalence of ‘Alexithymic’ Characteristics in Psychosomatic Patients / P.Sifneos // *Psychotherapy and Psychosomatics*. – 1973. – Vol. 22. Issue 2-6. – Pp. 255-262. doi:10.1159/000286529
51. Sillanpaa M. Increasing Prevalence of Headache in 7-Year-Old Schoolchildren / M.Sillanpaa, P.Anttila // *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. – 1996. – Vol. 36. Issue 8. – Pp. 466-470. doi:10.1046/j.1526-4610.1996.3608466.x
52. Stanford E. The frequency, trajectories and predictors of adolescent recurrent pain: A population-based approach / E.Stanford, C.Chambers, J.Biesanz et al. // *Pain*. – 2008. – Vol. 138. Issue 1. – Pp. 11-21. doi:10.1016/j.pain.2007.10.032
53. Sundblad G. Prevalence and co-occurrence of self-rated pain and perceived health in school-children: Age and gender differences / G. Sundblad, T. Saartok, L. Engström // *European Journal of Pain*. – 2007. – Vol. 11. Issue 2. – Pp. 171-180. doi:10.1016/j.ejpain.2006.02.006
54. Taylor G. Disorders of Affect Regulation / G.Taylor, R.Bagby, J.Parker, J.Grotstein. – Cambridge, GBR: Cambridge University Press, 2009.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АЛТ – аланинаминотрансфераза

АМ – абдоминальная мигрень

АСТ – аспартатаминотрансфераза

БАД – биологически активная добавка

ВЧД – внутричерепное давление

ГБ – головная боль

ГБН – головная боль напряжения

ДПГДВ – доброкачественное пароксизмальное головокружение детского возраста

ДПТ – доброкачественный пароксизмальный тортиколлис

МБА – мигрень без ауры

МКГБ-3 – международная классификация головной боли, 3-е издание

МНН – международное непатентованное название

МРТ – магнитно-резонансная томография

МСА – мигрень с аурой

НИЛ КФУ «Клиническая лингвистика» – научно-исследовательская лаборатория «Клиническая лингвистика» Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Казанский (Приволжский) федеральный университет»

СВД – синдром вегетативной дистонии

США - Соединённые Штаты Америки

СЭС – социально-экономический статус

ТВЦ – тригеминальные вегетативные цефалгии

ХГБН – хроническая головная боль напряжения

ХМ – хроническая мигрень

ЦР – циклическая рвота

ЦС – центральная сенситизация

ЭС – эпизодические синдромы

АТР1А2 – ATPase Na⁺/K⁺ Transporting Subunit Alpha 2

CACNA1A – Calcium Voltage-Gated Channel Subunit Alpha1 A
ICD-10 – International Classification of Diseases 10th
ICHD-III – The International Classification of Headache Disorders, 3rd
edition
PARS – Pediatric Anxiety Rating Scale
SCN1A – Sodium Voltage-Gated Channel Alpha Subunit 1
SUNA – Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with crani-
al autonomic symptoms
SUNCT – Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with con-
junctival injection and tearing
TAS-20 – Toronto Alexithymia Scale

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Тема 1. Мигрень	7
Тема 2. Головная боль напряжения и другие первичные головные боли.....	24
Тема 3. Обследование пациента	30
Тема 4. Психометрический инструментарий для оценки коморбидных состояний у детей и подростков	35
Заключение	47
Приложение 1. Педиатрический опросник головной боли	49
Приложение 2. Педиатрическая ранговая шкала тревоги (PARS)	53
Приложение 3. Педиатрическая шкала влияния тревоги на жизнь.....	58
Приложение 4. Шкала детских навязчивых мыслей	61
Приложение 5. Шкала тревоги у дошкольников	63
Приложение 6. Опросник личного опыта школьника.....	65
Приложение 7. Шкала школьной тревоги – Опросник для учителя	67
Приложение 8. Опросник алекситимии для детей	68
Приложение 9. Опросник по центральной сенситизации	70
Литература	72
Список сокращений	79

Учебное издание

Есин Олег Радиевич

**ДИАГНОСТИКА
ПЕРВИЧНЫХ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ
И КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ
У ДЕТЕЙ**

Учебно-методическое пособие

Подписано в печать 19.08.2019

Бумага офсетная. Печать цифровая.

Формат 60x84 1/16. Гарнитура «Times New Roman». Усл. печ. л. 4,65

Тираж 500 экз.

Отпечатано с готового оригинал-макета
в типографии АО «Информационно-издательский центр».