

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Первинні пухлини серця нагадують за перебігом інші захворювання серцево-судинної системи. Характер симптомів, які спостерігаються при міксоммах серця найбільш тісно пов'язаний з локалізацією пухлини.
2. Міксоми серця є відносно рідкісними та характеризуються надзвичайно поліморфною клінічною карти-

ною. Лікування злоякісних первинних пухлин паліативне (променева терапія, хіміотерапія), наслідки хірургічного втручання несприятливі.

У зв'язку з необхідністю визначення правильної стратегії лікування первинних пухлин серця є доцільним продовження наукових досліджень з приводу виявлення та оцінки патоморфологічних ознак при цій патології, вибору лікувальної тактики та прогнозування захворювання.

Список літератури

- Зиньковский М. Ф. Врождённые пороки сердца; под. ред. Возианинова / Зиньковский М. Ф. - Книга-плюс, 2010. - 1200 с.
- Кнышов Г. В. Опухоли сердца. Проблемы диагностики и хирургического лечения / Кнышов Г. В., Витовский Р. М., Захарова В. П. - К. : Преса України, 2005. - 254 с.
- О семейных миксомах сердца. / М. А. Нечаенко, Л. П. Черепенин, Г. Ф. Шереметьева [и др.]. // Клин. Медицина. - 1991. - №6 - С. 38-41.
- Первинні пухлини серця: можливості раннього діагностування / О. І. Полунін, В. Г. Непрелюк, М. І. Линник [та ін.] // Медицина трансп. України. - 2008. - № 1. - С. 54-57.
- Шереметьева Г. Ф. Представления о гистогенезе миксомы в свете ее гистологических и ультраструктурных особенностей / Г. Ф. Шереметьева, М. А. Нечаенко, К. А. Рогов // Архив патологии. - 2003. - №3. - С. 20-24.
- Life - Threatening Tumors of the Heart in Fetal and Postnatal Age / A. Pucci, G. Botta, N. Sina [et al.]. // J. Pediatr. - 2013. - Vol. 5. - P. 964-969.
- "Syndrome myxoma"; a subset of patients with cardiac myxoma associated with pigmented skin lesions, and peripheral and endocrine neoplasms / H. J. Vidaillet, J. B. Seward, F. E. Fyke [et al.]. // Br. Heart S. - 1987. - Vol. 57. - P. 247-285.
- Srinath R. N. Surgical removal of a left ventricular myxoma in an infant / R. N. Srinath, G. S. Sunil, R. K. Kumar / Annals of Pediatric Cardiology. - 2013. - Vol. 6. - P. 179-183.

Маевский А.Е., Король А.П., Тернавская Т.П., Иванюк А.А.

КЛИНИКО - MORFOЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛИ СЕРДЦА, МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ, ПРОГНОЗ

Резюме. В обзорной статье обобщены основные сведения о проблемах диагностики, локализации и лечения первичных опухолей сердца, представлен анализ морфологических изменений новообразований этой группы. В отечественных и зарубежных литературных источниках существуют достаточно противоречивые данные о методах диагностики и лечения этой патологии, отсутствует единый методологический подход. Принципиально важным моментом в определении тактики врача-онколога при первичном выявлении опухоли является оценка патоморфологических признаков при этой патологии, выбор лечебной тактики и определения прогноза заболевания.

Ключевые слова: первичные опухоли, миксома сердца, критерии диагностики и лечения, прогноз.

Maievskiy O.E., Korol A.P., Ternavska T.P., Ivanyuk A.O.

CLINICAL AND MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PRIMARY HEART TUMORS, TREATMENT AND DIAGNOSIS METHOD, PROGNOSIS

Summary. In a review article summarizes basic information about problem of diagnosis, localization, and treatment of primary tumors of the heart, an analysis of morphological changes of tumors in this group are showed. In the domestic and foreign literature there is a quite contradictory data on the methods of diagnosis and treatment of this disease, there is no single methodological approach. The vital factor in determining the tactics of oncologist at the primary tumor detection is the evaluate the pathomorphological features of this pathology, the choice of treatment strategy and prognosis of the disease.

Key words: primary tumor, cardiac myxoma, criteria of diagnostic and treatment, prognosis.

Стаття надійшла до редакції 06.11.2014 р.

Маєвський Олександр Євгенович - д.мед.н., професор кафедри гістології Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 0432 35-55-55

Король Анатолій Петрович - к.мед.н., доцент кафедри гістології Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 0432 35-55-55

Тернавська Тетяна Петрівна - студентка 2-го курсу медичного факультету №1 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 0432 35-55-55

Іванюк Анастасія Олександрівна - студентка 4-го курсу медичного факультету №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 0432 35-55-55

© Ольхова І.В., Сидорук Л.А., Марценюк Н.В., Шаюк А.В.

УДК: 616.831-009.7-053.2

Ольхова І.В., Сидорук Л.А., Марценюк Н.В., Шаюк А.В.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, Вінниця, Україна, 21018)

ГОЛОВНИЙ БІЛЬ ТИПУ НАПРУГИ У ДІТЕЙ: СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ

Резюме. Розглянуто питання класифікації, діагностичних критеріїв головного болю типу напруги та його варіантів: рідкісного, частого епізодичного і хронічного головного болю типу напруги, основні причини його виникнення у дітей, патогенетичні

механізми його розвитку, терапевтична стратегія.

Ключові слова: діти, головний біль типу напруги, епідеміологія, класифікація, діагностичні критерії, патогенез, профілактика, лікування.

У педіатричній неврологічній клініці головний біль (ГБ) (органічний, судинний, психогенний), посідаючи друге місце після болю в животі, є поширеною скаргою, і становить 25-30 % від усіх звертань [Няньковський, Возняк, 2007; Bille, 1996]. Результати епідеміологічних досліджень свідчать, що поширеність ГБ продовжує залишатись на стабільно високому рівні [Горюнова, 2012]. Серед больових синдромів в дитячому віці ГБ за поширеністю займають лідируючі позиції з наростанням від 3-8 % серед дошкільнят до 57-82 % у підлітків [Нестеровський, Заваденко, 2013]. У період 1977-1991 рр. поширеність головного болю за даними D. W. Lewis et al. [2002] знаходилась у межах 37-51% зі збільшенням її частоти з 57% до 82% до п'ятнадцятилітнього віку. У США, приблизно 20% дітей віком від 4 до 18 років повідомляють про часті або сильні ГБ протягом останніх 12 місяців (4,5% - серед 4-6 літніх і 27,4% - серед 16-18 літніх) [Strasburger et al., 2006; Bonthius, Lee, 2012]. У період 2001-2003 рр. скарги на головний біль пред'являли 51,8 % школярів м. Москви віком від 7 до 16 років (7 літні - 30,4%, серед 12-15 літні - 58,3%) [Горюнова і др., 2004; Базарная, 2005] і 46,4 % школярів м. Смоленська [Юдельсон, Рачин, 2003; Пак і др., 2006]. За даними українських науковців біль голови реєструється у 69,2 % школярів 1-11 класів, частота якого з віком істотно збільшується (з 49,6 % у дітей 7 років до 74,1% - у дітей віком 16 років) [Возняк, 2009]. Отже, поширеність ГБ зростає зі збільшенням віку дитини та залежить від статі: у препубертаті поширеність ГБ серед хлопчиків і дівчаток приблизно однакова (10%), а за деякими даними хлопчики у цьому віці більш схильні до головних болей, ніж дівчатка, в той час як після статевого дозрівання, головні болі зустрічаються частіше у дівчаток (28-36 % проти 20%) [Bonthius, Lee, 2012].

Оскільки БГ є неспецифічним симптомом, то встановлення типу болю, від якого страждає дитина, а відтак - спроба зменшити частоту нападів та їх тривалість залишається ключовим моментом лікування дітей із БГ [Возняк, Няньковський, 2008].

Серед усіх форм цефалгії у дітей найбільш поширеним є головний біль напруги, який визначають як головний біль, що виникає у відповідь на психічну або м'язову напругу при гострому або хронічному емоційному стресі та не пов'язаний із хворобами, що спричинюють структурні зміни головного мозку [Колосова, Осипова, 1997; Вознесенская, Вейн, 1999; Headache Classification Committee ..., 2004].

Мета роботи - навести сучасні уявлення щодо епідеміології, класифікації, діагностичних критеріїв, патогенезу, профілактики та лікування головних болей напруги (ГБН) у дітей.

У структурі головного болю ГБН зустрічається у 10-28% [Горюнова і др., 2004; Базарная, 2005; Anttila, 2006].

Серед хворих на первинний головний біль 7-16 років у Росії цефалгія напруги виявляється в 70,9 % спостережень [Пак, 2006], в Україні вона становить 67,1 % від усіх випадків болю голови [Возняк, 2009].

Зазначимо, що сьогодні прийнято використовувати термін "головні болі типу напруги" (tension-type headache ТТН), який замінює попередні терміни "головні болі м'язового скорочення" та "головні болі напруги" [Headache Classification Committee ..., 2013; Cruse et al., 2014].

Характеристика ТТН: "банальний", без яскравих проявів, звичний, однак "підступний", такий, що не викликає значної тривоги, оскільки на перших порах добре знімається знеболюючими препаратами.

Діагноз ТТН ґрунтується, головним чином, на клінічних критеріях, визначених Міжнародним товариством головного болю (ICHD) [Headache Classification Committee ..., 2004; 2013], які розроблені задля змоги розрізнити різні форми первинного ГБ: ТТН, мігрень, кластерний головний біль: ГБ тупий, тиснучий, монотонний, стійкий (непульсуючий); дифузний, як правило, двохсторонній, може локалізуватися в лобово-скроневій або шийно-потиличній областях, іноді з одностороннім акцентом; інтенсивність болю від слабкої до помірної, не посилюється від звичної повсякденної діяльності; на висоті ГБ може з'явитись світло- або звукобоязнь, анорексія або тошнота (як правило не поєднуються).

Зазначимо, що типові ознаки окремих форм болю голови у вигляді таблиць, знайомство з якими будуть корисними для практикуючих лікарів, наведені в роботах А.В. Возняк, С.Л. Няньковський [2008], F. R. Taylor [2011], D. J. Bonthius, A. G. Lee [2012].

За сучасною класифікацією розрізняють три підформи ТТН [Headache Classification Committee ..., 2013]:

- рідкісні епізодичні ТТН: щонайменше 10 епізодів головного болю, що відбуваються в середньому менше, ніж один день на місяць (<12 днів на рік), тривалістю від 30 хвилин до 7 днів, мають щонайменше дві з наступних чотирьох характеристик: двохстороння локалізація, неппульсуючий біль, легкої або помірної інтенсивності, не посилюється від звичайної фізичної активності, а також відсутні нудота і блювота, допускається одне з двох - або світло-, або фонофобія. У більшості випадків рідкісні епізодичні ТТН не вимагають уваги з боку медичних працівників, рекомендовано однократний прийом ненаркотичних анальгетиків, масаж голови і комірцевої зони;

- часті епізодичні ТТН: принаймні 10 епізодів головного болю, що відбуваються в середньому від 1 до 14 днів на місяць (>12 і <180 днів у році), тривалістю від 30 хвилин до 7 днів, при тривалості захворювання не менше 3 місяці, мають щонайменше дві з наступних чотирьох характеристик: двохстороння локалізація, неппульсуючий біль, легкої або помірної інтенсивності, не

посилюється від звичайної фізичної активності, а також відсутні нудота і блювота, допускається одне з двох - або світло-, або фонофобія. Слід пам'ятати, що часті епізодичні ТТН нерідко співіснують з мігренню без аури. Тому у випадку частих епізодичних ТТН рекомендовано вести діагностичний щоденник головного болю. Часті епізодичні ТТН іноді можуть призвести до інвалідності та потребують лікування. У дітей з частими ТТН може бути корисним антидепресантамітриптилін [Anttila, 2006];

- хронічний ТТН: з епізодами ГБ 15 і більше днів на місяць аж до щоденних при тривалості захворювання в середньому більше 3 місяців (>180 днів у році), тривалістю від кількох годин до кількох днів, або невпинний, мають щонайменше дві з наступних чотирьох характеристик: двохстороння локалізація, неппульсуючий біль, легкої або помірної інтенсивності, не посилюється від звичайної фізичної активності, але допускається м'яка нудота та або світло-, або фонофобія. Хронічний ТТН - серйозне захворювання, яке супроводжується значним зниженням якості життя і високою інвалідністю. Лікування має бути індивідуальним і поєднувати в собі прийом антидепресантів і лікарських засобів, що усувають безпосередньо причину, яка викликала головні болі.

Крім того, додатково у межах вказаних форм ТТН виділяють варіанти з і без залучення в патологічний процес перикраніальних і/або шийних м'язів, що визначається пальпацією та електронейроміографією [Пак и др., 2006; Горюнова, 2012; Taylor, 2011; Headache Classification Committee ..., 2013].

Виокремлення в межах ТТН трьох підформ зумовлене декількома причинами: патофізіологією, впливом на якість життя і підходами до лікування. В епізодичних ТТН більш задіяні периферичні механізми болю, а при хронічному ТТН - центральні механізми [Bendtsen, 2000; Headache Classification Committee ..., 2013]. Гострі симптоматичні методи лікування використовуються для рідкісних епізодичних ТТН, а профілактичні процедури використовуються для високочастотних епізодичних ТТН і хронічної ТТН [Taylor, 2011].

Найбільш визнаними теоріями розвитку ГБН до недавнього часу були судинна, нейрогенна, психогенна, біохімічна та міофасціальна теорії.

Так, раніше причиною головного болю вважали: тривогу і депресію, тривалу напругу м'язів шиї та сухожилково-м'язового шлему, надмірне і тривале вживання анальгетиків ("абузусна" ГБ).

Вважали, що найбільш частим провокуючим чинником ГБН є психоемоційний стрес та афективні розлади (тривога і депресія), часто в прихованій формі, що супроводжуються скаргами не лише на больовий синдром, а й утому, швидке виснаження, емоційну лабільність, поганий сон та апетит [Возняк, Няньковський, 2008; Passchier, Orlebeke, 1985]. За ранжуванням провокуючі фактори ГБН становлять: 78,2 % - розумові навантаження, 51,3 % - емоційна напруга, 52,6 % - порушення сну [Пак, 2006]. На значній ролі вроджених

особливостей особистості у виникненні та формуванні цього патологічного процесу, на які нашаровуються переживання поточних стресових ситуацій, наголошують Л.А. Пак з співав. [2006]. Окрім того, такий чинник, як напруга м'язів голови та шиї під час зосередженої фізичної, інтелектуальної або емоційної роботи, тривалому перебуванні в статичному положенні, як правило, з неправильною посадкою за партою, перед телевізором або комп'ютером, при розладах зору, що викликають напруження очних м'язів і спазм м'язів шиї при неправильній фіксації голови, при наявності сколіозу і/або плоскостопості у дитини, викликає головний біль напруги, який проходить після відпочинку і розслаблення м'язів. Головний біль напруги розцінювали як нездорову звичку, який можна усунути, домігшись від дитини гарної постави, підбравши окуляри, налаштувавши здоровий спосіб життя з правильним співвідношенням роботи та активного відпочинку, а в більш складних випадках - застосувавши гімнастику і розслаблюючі процедури (масаж, аутотренінг, голкорекфлексотерапія, фізіотерапія та ін). Головний біль напруги може бути викликаний і тривалим вживанням анальгетиків або транквілізаторів, тому наголошують на шкоді самолікування [Воскресенская, 2007]. Ефективними вважали релаксацію і когнітивну терапію. Ряд авторів обґрунтовують доцільність використання арт-терапевтичних мистецьких технік у дітей з епізодичним та хронічним головним болем напруження, застосування яких достовірно зменшує рівень реактивної та особистісної тривожності, депресивності у дітей з хронічною формою цефалгії напруження, що є доказом депримуючого впливу арт-терапії на активність симпато-адреналової системи [Гайструк та ін., 2013]. Показано, що вміст метаболітів оксиду азота в крові при цефалгіях напруги у дітей збільшений у 3,9 рази, нормалізація якого, що супроводжується клінічним покращанням, спостерігається після курсового лікування хворих на епізодичний ТТН коротексином [Пак, 2006].

На сьогодні, після публікації ICHDI, з'явилися дослідження, що заперечують психогенну природу ТТН і настійно рекомендують розробляти нейробиологічні основи ТТН, по крайній мірі, для більш важких підтипів ТТН [Seshia et al., 2009; Headache Classification Committee ..., 2013]. ICHD-3 бета [2013] закликає до подальшого дослідження патофізіологічних механізмів і лікування головного болю типу напруги.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Підводячи підсумок аналізу наукових розробок щодо ряду питань головного болю типу напруги у дітей можна констатувати, що ця патологія досить широко представлена у дитячій популяції.

2. Діагноз головного болю типу напруги ґрунтується на останніх (2013) клінічних критеріях, визначених Міжнародним товариством головного болю (ICHD), які

дають змогу розрізняти різні форми первинного головного болю: головний біль типу напруги, мігрень, кластерний головний біль, а також підформи головного болю типу напруги, що важливо при виборі ліку-

вальної тактики.

Окремі конкретні механізми патогенезу головного болю типу напруги і його лікування залишаються недостатньо вивченими та потребують подальшого вивчення.

Список літератури

- Базарная Н. А. Хроническая посттравматическая головная боль у детей: дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.00.09 "Педиатрия" / Базарная Наталья Анатольевна. - М., 2005. - 183 с.
- Вознесенская Т. Г. Головная боль напряжения / Т. Г. Вознесенская, А. М. Вейн // Consilium medicum. - 1999. - № 2. - С. 63-66.
- Возняк А. В. Біль голови у дітей: алгоритм діагностики та характеристика основних клінічних форм / А. В. Возняк, С. Л. Няньковський // Здоровье ребенка. - 2008. - № 4. - С. 44-50.
- Возняк А. В. Патогенетичні основи диференційованого лікування головного болю перенапруження у дітей шкільного віку: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня к. мед. наук: спец. 14.01.10 "Педіатрія" / А. В. Возняк. - Львів, 2009. - 17 с.
- Воскресенская О. П. Головная боль напряжения / Воскресенская О. П. // Обучающее видео: Неврология. - Россия, 2007. Продолжительность: 54 минуты 58 секунд. - Режим доступа: <http://e-book.in.ua/books/dokumentalnie/zdorove/15578-golovnaya-bol-naprязheniya-dmn-prof-voskresenskaya-op-2007-g-obuchayuschee-video-nevrologiya.html>
- Горюнова А. В. Патогенетические механизмы головной боли напряжения у детей. Терапевтическая стратегия и принципы профилактики / А. В. Горюнова // Лечащий врач. - 2012. - № 1. - Режим доступа к журналу: <http://www.lvrach.ru/2012/01/15435321/>
- Горюнова А. В. Первичная головная боль у детей / А. В. Горюнова, О. И. Маслова, А. Г. Дыбунов // Журн. неврол. и психиат. им. С. С. Корсакова. - 2004. - Т. 104, № 5. - С. 69-76.
- Колосова О. А. Головные боли: основные формы, диагноз и лечение / О. А. Колосова, В. В. Осипова // Рос. мед. журнал. - 1997. - № 3. - С. 30-32.
- Нестеровский Ю. Е. Принципы диагностики и лечения головных болей у детей и подростков / Ю. Е. Нестеровский, Н. Н. Заваденко // Фарматека. - 2013. - № 1. - Режим доступа к журналу: <http://www.pharmateca.ru/ru/archive/article/8712>
- Няньковський С. Л. Рідкісні випадки головного болю в дітей: проблеми діагностики і лікування / С. Л. Няньковський, А. В. Возняк // Здоровье ребенка. - 2007. - Т. 5 (8). - С. 71-77.
- Пак Л. А. Клиническое значение оксида азота при первичных головных болях у детей: автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук: спец. 14.00.09 "Педиатрия", 14.00.13 "Нервные болезни" / Л. А. Пак. - М., 2006. - 22 с.
- Патогенетические механизмы первичной головной боли у детей / Л. А. Пак, И. Е. Смирнов, В. М. Студеникин [и др.] // Вопр. совр. педиатр. - 2006. - Т. 5, № 2. - С. 31-36.
- Роль арт-терапії в корекції психоемоційного стану та нейроендокринної адаптації у дітей з цефалгіями напруження / Н. А. Гайструк, А. В. Мельник, А. В. Гайструк, Р. П. Стенянский // Science and Education a New Dimension: Natural and Technical Sciences. - 2013. - Vol. I (2), Issue 15. - Режим доступа: www.seanewdim.com
- Юдельсон Я. Б. Особенности головной боли напряжения у детей и подростков / Я. Б. Юдельсон, А. П. Рачин // Вопр. совр. педиатр. - 2003. - Т. 2. - С. 51-55.
- Anttila P. Tension-type headache in childhood and adolescence / P. Anttila // Lancet Neurol. - 2006. - Vol. 5 (3). - P. 268-74.
- Bendtsen L. Central sensitization in tension-type headache - possible pathophysiological mechanisms / L. Bendtsen // Cephalalgia. - 2000. - № 20. - P. 486.
- Bille B. Migraine and tension-type headache in children and adolescents / Bille B. // Cephalalgia. - 1996. - Vol. 16. - P. 78.
- Bonthius D. J. Approach to the child with headache / D. J. Bonthius, A. G. Lee //
- NCC Pediatrics Continuity Clinic Curriculum: Headache. - 2012. - Режим доступу: <http://www.nccped.com/ContinuityModules-Spring/Headache-Resident.pdf>
- Headache Classification Committee. The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition // Cephalalgia. - 2004. - Vol. 24. - P. 1-160.
- Headache / [Strasburger V. C., Brown R. T., Braverman P. K. et al.] // Adolescent Medicine. A Handbook for Primary Care. - Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006. - P. 25.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). // Cephalalgia. - 2013. - Vol. 33. - 629 p.
- Passchier J. Headaches and stress in schoolchildren: an epidemiological study / J. Passchier, J. F. Orlebeke // Cephalalgia. - 1985. - № 5. - P. 167-176.
- Practice parameter: Evaluation of children and adolescents with recurrent headaches: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and Practice Committee of the Child Neurology Society / D. W. Lewis, S. Ashwal, G. Dahl [et al.] // Neurology. - 2002. - Vol. 59. - P. 490-498.
- Seshia S. S. Tension-type headache in children: the Cinderella of headache disorders! / S.S. Seshia, I. Abu-Arafah, A. D. Hershey // Can. J. Neurol. Sci. - 2009. - Vol. 36 (6). - P. 687-95.
- Taylor F. R. Tension-type headache in adults: Pathophysiology, clinical features, and diagnosis / F. R. Taylor. - 2011. Режим доступу: <http://www.uptodate.com/contents/tension-type-headache-in-adults-pathophysiology-clinical-features-and-diagnosis>
- Tension-type headache in children / R. P. Cruse, M. C. Patterson, J. W. Swanson, J. F. Dashe. - 2014. - Режим доступу: <http://www.uptodate.com/contents/tension-type-headache-in-children>

Ольхова И.В., Сидорук Л.А., Марценюк Н.В., Шаук А.В.

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ ТИПА НАПРЯЖЕНИЯ У ДЕТЕЙ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ

Резюме. Рассмотрены вопросы классификации, диагностических критериев головной боли типа напряжения и ее вариантов: редкой, частой эпизодической и хронической головной боли типа напряжения, основные причины ее возникновения у детей, патогенетические механизмы ее развития, терапевтическая стратегия.

Ключевые слова: дети, головная боль типа напряжения, эпидемиология, классификация, диагностические критерии, патогенез, профилактика, лечение.

Olhova I.V., Sidoruk L.A., Martsenyuk N.V., Shayuk A.V.

TENSION-TYPE HEADACHE IN CHILDREN: MODERN CONCEPTS

Summary. The problems of classification, diagnostic criteria for tension-type headaches, and its variants: infrequent episodic, frequent episodic and chronic tension-type headache, the main reasons for its occurrence in children, pathogenetic mechanisms of

development, therapeutic strategy were considered.

Key words: children, tension-type headache, epidemiology, classification, diagnostic criteria, pathogenesis, prevention, treatment.

Стаття надійшла до редакції 28. 11. 2014 р.

Ольхова Ірина Валеріївна - к.мед.н., асистент кафедри нервових хвороб Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, дитячий невролог ВОПНЛ ім. Ющенка; +38 097 275-78-29

Сидорук Лариса Анатоліївна - дитячий невролог ВОПНЛ ім. Ющенка; +38 067 879-70-17

Марценюк Наталія Володимирівна - дитячий невролог ВОПНЛ ім. Ющенка; +38 067 954-43-74

Шаюк Алла Володимирівна - к.мед.н., лікар-невропатолог КУЦМЛ м. Житомир; +38 097 738-60-08

© Ткаченко Т.В.

УДК: 616.345

Ткаченко Т.В.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини (Хмельницьке шосе, 96, м. Вінниця, Україна, 21029)

МІКРОСКОПІЧНИЙ КОЛІТ: КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ ТА ВЛАСНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ)

Резюме. Мікроскопічний коліт є особливою формою хронічних запальних захворювань товстої кишки та представлений лімфоцитарним або колагеновим колітами. Щорічна захворюваність складає від 5 до 10 на 100000 населення, при цьому пік захворюваності припадає на 60 - 70 років. Мікроскопічний коліт маніфестує хронічною водянистою діареєю. Діагноз підтверджують гістологічним дослідженням тканин, яке виявляє потовщення субепітеліальних колагенових волокон при колагеновому коліті та збільшення кількості інтраепітеліальних Т-лімфоцитів при лімфоцитарному коліті. Базисним препаратом для лікування мікроскопічного коліту є будесонід, який дозволяє досягти ремісії хвороби у 80% пацієнтів протягом 8 тижнів. Огляд має на меті ознайомити лікарів загальної практики, ендоскопістів, патологоанатомів з оновленими даними щодо етіології, епідеміології, діагностики і лікування мікроскопічного коліту.

Ключові слова: мікроскопічний коліт, колагеновий коліт, лімфоцитарний коліт, хронічна діарея, будесонід.

Мікроскопічний коліт (МК) - запальне захворювання товстої кишки, яке морфологічно представлено колагеновим колітом (КК) та лімфоцитарним колітом (ЛК). Труднощі діагностики полягають в симптоматичній схожості з симптомами синдрому подразненої кишки (СПК). Метою даного огляду є ознайомити лікарів загальної практики, гастроентерологів, ендоскопістів, патологоанатомів з оновленими даними щодо етіології, епідеміології, діагностики і лікування МК.

Етіологія МК до кінця нез'ясована та ймовірно багатфакторна [Bohr et al., 2014]. Припускається, що антигенне подразнення слизової оболонки мікроорганізмами, токсинами, медикаментами, жовчаними кислотами, тютюновим димом, підвищує її проникність та призводить до ушкодження епітеліальних клітин з наступною активацією імунної системи, що проявляється інфільтрацією власної пластинки слизової оболонки лімфоцитами (ЛК) або порушенням балансу між синтезом та деградацією колагену (КК) [Tysk et al., 2011].

Сьогодні існують переконливі докази щодо аутоімунного генезу МК. Так супутні аутоімунні захворювання спостерігаються у 30-50% пацієнтів з МК. Найбільш поширеними є целіакія (2-20%), захворювання щитовидної залози (10-20%), інші аутоімунні стани (цукровий діабет, ревматоїдний артрит, синдром Шегрена). Проте, на відміну від виразкового коліту та хвороби Крона, не виявлено взаємозв'язку з аутоімунними захворюваннями печінки [Vigren et al., 2013].

Загальна поширеність МК постійно зростає, проте

довгий час залишалось нез'ясованим, чи відбувається підвищення власне захворюваності, чи в міру збільшення настороженості зі сторони лікарів, покращується діагностика. Нещодавно проведене дослідження [Andrews et al., 2012] показало, що зростання захворюваності обумовлене збільшенням як власне ендоскопічних досліджень у пацієнтів з симптомами МК, так і біопсій слизової оболонки за незмінної слизової оболонки товстої кишки.

За даними популяційних досліджень [Fernandez-Banares et al., 2011], захворюваність для КК і ЛК складає від 5 до 10 на 100000 тис. населення. Довгострокові епідеміологічні дослідження, що проводились в Швеції [Olesen, et al., 2004] та США [Pardi et al., 2007] засвідчили, зростання захворюваності в 1980-х і 1990-х роках та стабілізація захворюваності в наступні десятиліття. Не дивлячись на те, що хвороба поширена у всіх вікових категоріях, в тому числі у дітей, дебют захворюваності КК частіше розвивається переважно на 6 - 7 декадах життя, крім того жінки хворіють в 10 - 20 разів частіше, ніж чоловіки [Samarago et al., 2007; Bohr et al., 2014]. Пік захворюваності на ЛК припадає на таку ж вікову категорію, проте переважання жінок менш помітне [Olesen et al., 2004].

Характерними проявами КК і ЛК є хронічна, або рецидивуюча водяниста діарея, часто нічна діарея, спастичний біль в животі, втрата ваги, нетримання калу та втома [Münch et al., 2012; Tysk et al., 2011]. Початок захворювання може бути раптовим, імітуючи кишкову