Bóle głowy w wybranych chorobach ogólnoustrojowych u dzieci

Headaches in selected systemic diseases in children

Patrycja Harat-Smętek^{1, 2}, Ewa Pilarska¹

¹ Klinika Neurologii Rozwojowej, Katedra Neurologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

² Oddział Pediatryczny Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Korczaka w Słupsku

STRESZCZENIE

Ból głowy jest najczęstszą przyczyną kierowania dzieci do neurologa dziecięcego. Występuje w każdej grupie wiekowej i może mieć rozmaite przyczyny. W artykule opisano wtórne bóle głowy związane z wybranymi problemami pediatrycznymi. Według najnowszej klasyfikacji bólów głowy omawiane zagadnienia są wyróżniane jako bóle głowy przypisywane działaniu substancji chemicznej lub reakcji po jej odstawieniu oraz bóle głowy przypisywane zakażeniom.

Słowa kluczowe: bóle głowy, dzieci, nastolatki, ICHD-3

ABSTRACT

Headache is the most common reason that children are referred to child neurology practices. It occurs in all age groups and can have various causes. This article describes secondary headaches associated with selected pediatric problems. According to the current international classification of headache disorders, the discussed issues are highlighted as headaches attributed to a chemical substance or reaction to its withdrawal and headaches attributed to infection.

Key words: headaches, children, adolescents, ICHD-3

WSTĘP

Bóle głowy są dość często zgłaszaną przez dzieci dolegliwością. Stanowią powód zgłoszenia się zarówno do pediatry, jak i neurologa dziecięcego, a także do lekarzy innych specjalności, bywają ważną przyczyną absencji szkolnej. Są najczęstszym problemem, z jakim spotykają się neurologi dziecięcy [1–3]. Wśród bólów głowy u dzieci i młodzieży dominują bóle głowy pierwotne, jednak w tej grupie wiekowej stosunkowo często stwierdza się bóle objawowe. W badaniu przeprowadzonym w 2011 r. u dzieci hospitalizowanych z powodu bólów głowy na Oddziale Pediatry II i Neurologii Wieku Rozwojowego w Szczecinie w 2010 r. pierwotne bóle głowy występowały u 52,5% pacjentów, natomiast u 47,5% dzieci były to bóle objawowe [4].

W artykule zostaną omówione niektóre „pediatryczne” przyczyny wtórnych bólów głowy. Według najnowszej klasyfikacji bólów głowy (ICHD-3 beta, 2013), opracowanej pod patronatem International Headache Society analizowana część bólów głowy klasyfikowana jest jako bóle głowy przypisywane działaniu substancji chemicznej lub reakcji po jej odstawieniu oraz zakażeniom (klasyfikacja o kodach 8–9) [5]. Ze względu na rozmiar zagadnienia nie zostaną omówione bóle głowy związane z zaburzeniami homeostazy, chorobami laryngologicznymi i okulistycznymi.

BÓLE GŁOWY PRZYPISYWANE DZIAŁANIU SUBSTANCJI CHEMICZNEJ LUB REAKCJI PO JEJ ODSZTAWIENIU

Ból taki rozpoznaje się wówczas, gdy pacjent przyjmuje lub jest narażony na substancję mogącą wywołać ból głowy i potwierdzono związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy

spożyciem substancji a bólem głowy (czas wystąpienia objawów, zmniejszenie nasilenia bólu po odstawieniu danej substancji, charakterystyka bólu typowa dla danej substancji lub inne dane potwierdzające ów związek), a także żadne inne rozpoznanie nie opisuje lepiej stwierdzanych zaburzeń. Substancje wymieniane w klasyfikacji to donory tlenu azotu, inhibitory fosfodiesterazy, tlenek węgla, alkohol, składniki pożywienia i dodatki do żywności (zwłaszcza glutaminian sodu), kokaina, histamina, peptyd związany z genem kalcytoniny (CGRP), środki hipertensyjne, leki hormonalne, inne substancje z leczeniem bólów głowy, leki hormonalne, inne substancje chemiczne, ponadto klasyfikuje się tu ból związany z nadużywaniem leków oraz reakcje po odstawieniu substancji chemicznej (m.in. kofeiny, opioidów, estrogenów) [5].

Tlenek węgla

Tlenek węgla (CO) jest częstą przyczyną zatrucia u dzieci. Jest to gaz bezbarwny, bezwonny, lżejszy od powietrza. Powstaje w wyniku niepełnego spalania substancji zawierających węgiel. Może powstawać również w wyniku metabolizmu wątrobowego chloru metylenu. W organizmie tlenek węgla łączy się z hemoglobina (powinowactwo CO jest 210 razy większe niż powinowactwo tlenu do hemoglobiny), tworząc karboksyhemoglobinę (COHb), która nie jest zdolna do przenoszenia tlenu, co powoduje niedotlenienie tkanek. Najbardziej wrażliwe na uszkodzenie narządy to mózg i serce [6, 7].

Uważa się, że stężenie karboksyhemoglobiny u niepalących osób mieszkających na wsi wynosi 0,4–1%, u osób niepalących mieszkających w dużych miastach może

wynosić do 5%, u osób palących zwiększa się do 10–12% [7]. Zatrucia ze stężeniem 12–25% bez objawów klinicznych klasyfikuje się jako lekkie, z objawami klinicznymi jako średnie, natomiast zatrucia z poziomem karboksyhemoglobiny powyżej 25% traktuje się jako zatrucia ciężkie [7]. Objawy zatrucia można zaobserwować już przy stężeniu COHb ok. 5% – są to zaburzenia koncentracji wyrażające się popełnianiem błędów w testach. Przy wyższych stężeniach (10–20%) pojawiają się bóle i zawroty głowy, zmęczenie, duszność. Następnym objawem są nudności, drażliwość, ból w klatce piersiowej, zaburzenia orientacji, tachykardia, tachypnoe, drgawki, zaburzenia świadomości, przy wysokim stężeniu COHb śpiączka, bradykardia, zwolnienie oddechu. Stężenie COHb powyżej 70% zwykle jest śmiertelne. W leczeniu zatruc tleniem węgla stosuje się tlenoterapię 100% tlenem, w cięższych zatruciach stosuje się tlenoterapię hiperbaryczną [6, 7].

Bóle głowy w zatruciu tlenkiem węgla są jednym z pierwszych objawów zgłaszanych przez starsze dzieci. W lżejszych zatruciach mogą być jedynym objawem. W zatruciach cięższych często mają charakter pulsujący, towarzyszą im nudności i wymioty. Są wynikiem ostrego niedotlenienia i kwasicy metabolicznej. Ustępują zwykle w ciągu 72 godzin od eliminacji tlenku węgla. Opisywane są także przewlekłe bóle głowy po zatruciu CO. W wyniku zatrucia tlenkiem węgla może dochodzić także do innych odległych powikłań neurologicznych. W badaniu protonowej spektroskopii rezonansu magnetycznego (ang. *hydrogen magnetic resonance spectroscopy* – HMRS) obserwować można uszkodzenie jąder podstawy mózgu. W ciężkich zatruciach dochodzi do uszkodzenia układu podkorowego, kory mózgu i istoty białej, co prowadzi do deficytów neurologicznych, intelektualnych czy padaczki [5–8].

Alkohol

W ostatnich latach coraz częściej obserwuje się u dzieci zatrucia alkoholem. U małych dzieci są to zatrucia przypadkowe, u dzieci starszych i nastolatków efekt celowego spożycia [9]. W badaniu przeprowadzonym w Klinice Pediatrii, Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka w Katowicach, w którym przeanalizowano 139 przypadków zatruc alkoholem u dzieci hospitalizowanych w latach 2000–2010 stwierdzono, że najczęściej hospitalizacji dotyczyło dzieci w wieku 14–16 lat (44% pacjentów) [9]. Bóle głowy mogą występować zarówno krótko po spożyciu alkoholu (klasyfikowane jako natychmiastowy ból głowy wywołany przez alkohol), jak i z opóźnieniem (opóźniony ból głowy wywołany przez alkohol, określane wcześniej jako ból głowy związany z kacem). Bóle takie mają charakter pulsujący, występują obustronnie, nasilają się pod wpływem aktywności fizycznej, ustępują w ciągu 72 godzin po zakończeniu spożywania alkoholu. Patomechanizm polega głównie na rozszerzeniu naczyń oraz podwyższonym metabolizmie serotoniny. Alkohol może także być czynnikiem wywołującym ból głowy migrenowy lub klastrkowy. Pamiętać należy również, że ból głowy jest ważnym objawem w niebezpiecznych zatruciach alkoholami innymi niż etylowy (alkohol metylowy, glikol etylenowy) [5, 6, 10].

Nadużywanie leków

Bóle głowy związane z nadużywaniem leków dotyczą pacjentów z pierwotnymi bólami głowy, u których doszło do znaczącego nasilenia bólu lub pojawienia się nowego bólu głowy w związku z nadużywaniem leków. Kryterium rozpoznania jest ból występujący w co najmniej 15 dniach w miesiącu (u pacjenta z występującym wcześniej bólem głowy) oraz regularne nadużywanie przez ponad 3 miesiące jednego lub większej liczby leków stosowanych w doraźnym i/lub objawowym leczeniu bólów głowy przy założeniu, że inne rozpoznanie ICHD-3 nie opisuje lepiej stwierdzanych objawów. Do leków wymienianych w klasyfikacji należą: ergotamina, tryptan, proste leki przeciwbólowe (takie jak paracetamol, kwas acetylosalicylowy, inne niesteroidowe leki przeciwzapalne), opioidy, preparaty złożone, ponadto wyróżnia się ból głowy spowodowany nadużyciem leków należących do różnych klas nienadużywanych samodzielnie [5].

Nie ma wielu badań na temat bólu głowy spowodowanego nadużywaniem leków u dzieci. Wydaje się, że ten typ bólu jest często nierozpoznawany. Problem dotyczy w dużej mierze nastolatków, które leki dostępne bez recepty przyjmują samodzielnie – bez zalecenia lekarza czy wiedzy rodziców. Według badań przeprowadzonych wśród pacjentów poniżej 18. roku życia bóle głowy z nadużycia leków mogą dotyczyć ok. 20% dzieci z przewlekłym bólem głowy [11]. Najczęściej są to pacjenci, u których współistnieje migrena i napięciowe bóle głowy, rzadziej pacjenci z jednym pierwotnym bólem głowy. Są to głównie dzieci, u których bóle głowy występują długo – od co najmniej 12 miesięcy [11]. Nadużywany jest zwykle paracetamol (rzadziej ibuprofen), równie często są stosowane łącznie różne leki przeciwbólowe. Bóle głowy są niecharakterystyczne, nie stwierdza się typowej lokalizacji, charakteru czy stopnia nasilenia bólu. W leczeniu tego rodzaju bólu głowy kluczowe znaczenie ma odstawienie leku przeciwbólowego, ważne jest także wsparcie psychologiczne [11, 12].

BÓLE GŁOWY PRZYPISYWANE ZAKAŻENIOM

To zagadnienie dotyczy zarówno bólu pojawiającego się w zakażeniach wewnątrzczaszkowych (zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu o różnej etiologii), jak i układowych (choroby wirusowe, bakteryjne i inne). Bóle takie rozpoznaje się wtedy, gdy istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy bólem a zakażeniem, czyli ból głowy pojawia się w związku czasowym z początkiem zakażenia, znacząco nasila się wraz z rozwojem zakażenia, zmniejsza się lub ustępuje wraz z wyleczeniem zakażenia. Ból określa się jako ostry, jeśli ustępuje w ciągu 3 miesięcy od wyleczenia zakażenia. W przypadku zakażeń, których nie można skutecznie wyleczyć ból może mieć charakter przewlekły (występuje dłużej niż 3 miesiące). Jeśli infekcja zostaje wyleczona, a ból głowy utrzymuje się mówimy o uporczywym bólu głowy [5].

Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu

Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych (ZOMR) jest istotnym problemem wśród chorób infekcyjnych u dzieci.

W zależności od czynnika etiologicznego wyróżnia się ZOMR ropne (bakteryjne) oraz nieropne (wirusowe, grzybicze, gruźlicze, wywołane krętkami *Treponema*, *Borrelia*, *Leptospira*, mikoplazmatyczne oraz ZOMR w chorobach nowotworowych i innych) [13].

Wśród ropnych zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych głównymi patogenami sprawczymi są: *Neisseria meningitidis* (najczęstsza; według danych Państwowego Zakładu Higieny w 2013 r. odnotowano w Polsce wśród dzieci 100 przypadków ZOMR wywołanych tym patogenem), *Streptococcus pneumoniae* (według danych PZH w 2013 r. stwierdzono u dzieci 33 przypadki), *Haemophilus influenzae* (coraz radsze ze względu na obowiązkowe szczepienia przeciw tej bakterii; według danych PZH w 2013 r. stwierdzono u dzieci 2 przypadki). Wśród zakażeń wirusowych dominują te spowodowane enterowirusami, paramiksowirusami, arbowirusami, rotawirusami (według danych PZH w 2013 r. odnotowano w Polsce 362 przypadki wirusowego ZOMR u dzieci) [13, 14].

Objawy ZOMR u noworodków i niemowląt są niecharakterystyczne i nietypowe. Stwierdza się niepokój lub senność, brak apetytu, wymioty, biegunkę, gorączkę, uwypuklenie i tętnienie ciemniaczki, przeczulicę, objawy mózgowe (niedowłady kończyn, porażenia nerwów czaszkowych, drgawki, zaburzenia świadomości), na skórze zmiany wybroczynowo-zatorowe (najczęściej w zakażeniach spowodowanych meningokokami). Objawy oponowe często bywają ujemne. U starszych dzieci objawy są bardziej charakterystyczne: bóle głowy, wymioty, gorączka, dreszcze, zaburzenia świadomości, dodatnie objawy oponowe. Objawy wirusowego ZOMR są zwykle łagodniejsze [1, 13].

Podstawą rozpoznania ZOMR jest badanie płynu mózgowo-rdzeniowego. W leczeniu bakteryjnych zapaleń najistotniejsze znacznie ma szybkie wdrożenie skutecznej antybiotykoterapii (do czasu uzyskania wyniku posiewu antybiotykoterapia szerokospektralna, zwykle skojarzona, maksymalnymi dawkami leków), ponadto stosuje się glikokortykosteroidy, mannitol, leki przeciwdrgawkowe, przeciwbólowe, czasem wlewy dożylnie immunoglobulin, wyrównuje się zaburzenia metaboliczne. Zapalenia wirusowe leczy się objawowo: podaje się leki przeciwbólowe, w niektórych przypadkach przeciwozrętkowe i przeciwdrgawkowe [13].

Bóle głowy w zakażeniach OUN pojawiają się nagle, krótko przed wystąpieniem gorączki lub wraz z nią, towarzyszą im dreszcze, nudności, wymioty. Mogą występować także zawroty głowy, światłowstręt, przeczulica czy rozdrażnienie. Bóle głowy są silne, mają najczęściej charakter rozlany, czasem są zlokalizowane tylko w okolicy czołowej lub potylicznej. Nasilają się przy poruszaniu głową, a także przy kaszlu i kichaniu. Zwykle ustępują po wyleczeniu infekcji. Jeśli utrzymują się dłużej, mogą sugerować narastanie wodogłowia lub nawrót choroby. W przypadku, gdy pojawiają się ponownie po ustąpieniu zakażenia i towarzyszy im gorączka, wymioty, zaburzenia świadomości oraz objawy ogniskowe, przemawiają za powstaniem ropnia mózgu. Przewlekłe, wielotygodniowe, mniej nasilone bóle głowy, które przebiegają z nudno-

ściami i zawrotami głowy oraz osłabieniem mogą świadczyć o podostym lub przewlekłym procesie zapalnym ośrodkowego układu nerwowego – tak jest m.in. w toksoplazmozie, gruźlicy, grzybicach [1, 2].

Infekcje układowe

Bóle głowy często towarzyszą ostrym chorobom infekcyjnym u dzieci. Bywają pierwszym, niecharakterystycznym objawem choroby i mogą pojawiać się już w okresie wylegania zakażenia. Zwykle są to bóle rozlane, o charakterze ucisku lub tętniące, opisywane jako ciągłe. Poniżej przedstawiono wybrane choroby infekcyjne u dzieci, w których ból głowy jest jednym ze zgłaszanych objawów [1].

Infekcje górnych dróg oddechowych

Infekcje górnych dróg oddechowych są najliczniejszą grupą wśród chorób występujących u dzieci [13]. Są to zwykle infekcje wirusowe, którym poza kaszlem i katarzem towarzyszą często objawy ogólne, takie jak gorączka, złe samopoczucie, bóle głowy, wymioty czy biegunka. Najczęstszą bakteryjną chorobą górnych dróg oddechowych jest paciorkowcowe zapalenie gardła i/lub migdałków, objawiające się wysoką gorączką, bólem gardła, powiększeniem węzłów chłonnych, czasem bólem głowy, u młodszych dzieci często także wymiotami i bólem brzucha [15].

Według klasyfikacji ICHD-3 bóle głowy spowodowane infekcjami dróg oddechowych nie dotyczą zapaleń ucha, błony śluzowej nosa i zatok – te są klasyfikowane w innym miejscu (kod 9). Bóle głowy w zakażeniach układu oddechowego najczęściej towarzyszą gorączce. Uważa się, że mogą być związane z rozszerzeniem naczyń prowokowanym przez gorączkę. Według różnych badań wśród dzieci zgłaszających się na oddział ratunkowy z powodu ostrego bólu głowy pacjenci z bólem głowy związanym z infekcją wirusową dróg oddechowych stanowią 14–57%, natomiast pacjenci z paciorkowcowym zapaleniem gardła około 5–9% [16–18]. Nasilenie bólu towarzyszącego infekcji zwykle jest łagodne lub umiarkowane. Ból jest niecharakterystyczny, często obustronny, zlokalizowany zwykle w okolicy czołowej lub skroniowej. W leczeniu stosuje się leki przeciwbólowe i przeciwzapalne [16].

Grypa

Grypa jest chorobą wirusową, występującą sezonowo w okresie zimowym, czasem powoduje epidemie. Najczęściej wywołana jest wirusem grypy typu A. Szacuje się, że ok. 30% zachorowań na gripę dotyczy dzieci [13]. W 2013 r. spośród ponad 3,1 miliona zgłoszonych do stacji sanitarno-epidemiologicznych przypadków podejrzenia zachorowania na gripę ponad 1,4 miliona dotyczyło dzieci do 14. roku życia [14]. Objawami grypy są gorączka, dreszcze, osłabienie, bóle mięśni, głowy, nieżyt nosa, gardła i spojówek, suchy kaszel, u małych dzieci także wymioty, biegunka, drgawki gorączkowe [13].

Ból głowy w przebiegu grypy zwykle jest silny, uporczywy i lokalizuje się w okolicy czołowej. Z badań przeprowadzonych m.in. w Austrii w czasie pandemii grypy A H1N1 w 2009 r. wynika, że bóle głowy w grypie u dzieci występują rzadziej niż u dorosłych – 28% versus 40% [19]. Stwierdza się je zdecydowanie częściej u dzieci, u których

w przebiegu grypy dochodzi do zaburzeń ośrodkowego układu nerwowego objawiających się drgawkami, zapaleniem mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych, encefalopatią czy udarem [1, 19, 20].

Borelioza

Borelioza jest przewlekłą chorobą zakaźną wywołaną przez krętki *Borrelia burgdorferi*. Wektorem zakażenia są kleszcze z gatunku *Ixodes*. Wśród postaci choroby wyróżnia się boreliozę wczesną i późną. W postaci wczesnej pierwszym objawem jest rumień wędrujący, w późniejszym okresie można wyróżnić postać z zajęciem ośrodkowego układu nerwowego (limfocytarne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, porażenie nerwów czaszkowych – głównie nerwu twarzowego – oraz rzadko zespół Bannwartha), z zapaleniem stawów (najczęściej kolanowego) oraz z zajęciem układu krążenia (zaburzenia przewodnictwa i/lub zapalenie mięśnia sercowego). W postaci późnej stwierdza się zmiany skórne o typie przewlekłego zanikowego zapalenia skóry, objawy ze strony ośrodkowego układu nerwowego (objawy ogniskowe zależne od lokalizacji zajętego obszaru, ponadto mogą występować rozsiane zmiany demielinizacyjne w istocie białej) oraz zmiany stawowe (przypominające reumatoidalne zapalenie stawów). W boreliozie często stwierdza się objawy nieswoiste, takie jak zmęczenie, bóle głowy, stawów i mięśni, apatię, rozdrażnienie, zaburzenia snu, koncentracji i pamięci [15, 21, 22].

Bóle głowy mogą występować w każdej postaci boreliozy i są częstym objawem tej choroby. Według niektórych badań mogą dotyczyć 42% dzieci z rumieniem wędrującym, 70% dzieci z neuroboreliozą oraz 31% dzieci z postacią późną boreliozy [23]. W analizie przeprowadzonej w Poznaniu w latach 2002–2004 wykazano, iż ból głowy, męczliwość i osłabienie były najczęstszymi objawami boreliozy u badanych dzieci [22].

Pamiętać należy, że ból głowy nie jest izolowanym symptomem i współistnieje z innymi objawami, tworząc obraz charakterystyczny dla danej postaci choroby. W fazie rumienia wędrującego ból głowy jest niecharakterystyczny, towarzyszą mu bóle mięśniowe, uczucie zmęczenia, gorączka, czasem sztywność karku. W postaci przebiegającej jako limfocytarne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych występują okresowe bóle głowy, niewielka sztywność karku, a także – rzadziej – zaburzenia świadomości. W ciężkich przypadkach przewlekłej neuroboreliozy może wystąpić zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego. Zapalenie naczyń mózgowych może prowadzić do udaru mózgu, a jednym z jego objawów mogą być także bóle głowy [24]. W badaniu przeprowadzonym w latach 1996–2006 w Klinice Neurologii Rozwojowej Akademii Medycznej Gdańsku wykazano, że bóle głowy występują zarówno w udarach krwotocznych, jak i niedokrwiennych [25]. W udarach niedokrwiennych były to bóle pojawiające się przed i w trakcie trwania choroby, nie zależały od lokalizacji udaru, a nasilenie bólu było określane jako łagodne lub umiarkowane. W udarach krwotocznych ból był umiarkowany lub silny i występował na początku zachorowania, utrzymując się przez cały okres trwania udaru [25].

Zakażenia przewodu pokarmowego

Nieżyt żołądkowo-jelitowy jest jedną z częstszych ostrych chorób infekcyjnych u dzieci. Przejawia się nudnościami, wymiotami, biegunką, bólem brzucha i gorączką. Inne, często występujące objawy to osłabienie, niechęć do jedzenia, dreszcze, bóle głowy i bóle mięśniowe. Odwodnienie, do którego prowadzi nieżyt żołądkowo-jelitowy jest istotnym powodem hospitalizacji dzieci w krajach rozwiniętych oraz ważną przyczyną zgonów w krajach rozwijających się [26]. Przyczyną zakażenia mogą być wirusy, bakterie lub pasożyty. Najczęściej są to infekcje wirusowe – spowodowane przez rotawirusy, adenowirusy, norowirusy, astrowirusy oraz inne, rzadziej występujące rodzaje wirusów. Wśród zakażeń bakteryjnych częstą przyczyną są pałeczki Gram-ujemne, w tym z rodzaju *Campylobacter*, *Salmonella*, *Shigella*, *Escherichia*, a także laseczki Gram-dodatnie z rodzaju *Clostridium* [26, 27].

Ból głowy w przebiegu nieżytu żołądkowo-jelitowego jest objawem spotykanym zarówno u dzieci, jak i u dorosłych. W badaniu przeprowadzonym w Hiszpanii w czasie epidemii norowirusowych w latach 2004–2005 bóle głowy stwierdzano częściej u pacjentów pediatrycznych [28]. Bóle głowy występowały u ponad 30% dzieci w wieku do 4 lat, 40% dzieci w wieku 5–11 lat oraz 57% dzieci w wieku 12–17 lat [28]. Pacjenci poniżej 18. roku życia objaw ten zgłaszali częściej niż gorączkę i znacznie częściej niż bóle mięśniowe. U osób dorosłych do 64. roku życia wszystkie powyższe dolegliwości stwierdzano około 40% pacjentów [28]. W badaniu duńskim z lat 2009–2010, w którym oceniano objawy kliniczne w infekcjach spowodowanych bakteriami z rodzaju *Campylobacter* u dzieci częstość występowania bólu głowy wahała się między 46% a 65%, w zależności od gatunku bakterii [27].

Zakażenie HIV i AIDS

Zakażenia wirusem HIV nie stanowią częstego problemu u dzieci, ale ilość rozpoznanych przypadków zwiększa się w ostatnich latach. W 2014 r. w Polsce w grupie wiekowej od 0 do 19 lat zarejestrowano 17 nowych pacjentów zakażonych wirusem HIV oraz 2 nowe zachorowania na AIDS [29]. Do większości zakażeń u małych dzieci dochodzi drogą wertykalną (matczyno-łożyskową). U nastolatków istotnie zwiększa się znaczenie dróg transmisji takich jak u osób dorosłych (narkomania, kontakty seksualne). Okres wylęgania zakażenia HIV jest różny u różnych pacjentów – waha się od miesięcy do lat. U dzieci zarażonych perinatalnie okres ten wynosi średnio 3 lata [13].

Bóle głowy w zakażeniu HIV mogą występować na każdym etapie choroby. Mogą być związane z właściwym zakażeniem (ostra choroba retrowirusowa), nowotworem (typowe są chłoniaki i mięsaki Kaposiego), zachorowaniem na infekcję wywołaną patogenem oportunistycznym, taką jak toksoplazmoza, kryptokokozą, gruźlica, cytomegalia lub być ubocznym działaniem leków antyretrowirusowych. Bólom głowy, które są związane bezpośrednio z ostrą fazą zakażenia HIV towarzyszy fotofobia, gorączka, zmęczenie, bóle mięśniowo-stawowe, wysypka, biegunka, powiększenie węzłów chłonnych, wątroby i śledziony. Ból zwykle występuje prawie codziennie, jest tępy i obustronny. Początek bólu głowy, jego lokalizacja i nasilenie zależą od postaci zakażenia HIV [1, 10, 30].

PODSUMOWANIE

U małych dzieci trudno jest jednoznacznie stwierdzić ból głowy, można jedynie domniemywać o jego istnieniu na podstawie objawów takich jak niepokój, zaburzenia snu, wymioty czy brak łaknienia [1, 2]. Dane epidemiologiczne dotyczące bólów głowy odnoszą się zatem do dzieci starszych, które potrafią określić odczuwane dolegliwości. W przeglądzie systematycznym, którego dokonano na podstawie analizy badań epidemiologicznych dotyczących występowania bólu głowy u dzieci i młodzieży, opublikowanych w latach 1990–2007, stwierdzono, że prawie 60% dzieci zgłaszało bóle głowy w ciągu swojego życia [31]. Przed okresem dojrzewania bólu głowy częściej doświadczają chłopcy, po tym okresie można zaobserwować przewagę dziewczyn. Przyczyną bólów głowy u dzieci mogą być najróżniejsze zaburzenia – nie tylko układu nerwowego, ale także choroby ogólnoustrojowe [1–3].

Opisywane w artykule bóle głowy przypisywane działaniu substancji chemicznej lub reakcji po jej odstawieniu oraz przypisywane zakażeniom mają przede wszystkim ostry charakter, jednak czasem mogą być nawracające (jak w nadużywaniu leków) lub przewlekłe (chroniczne zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, ropień mózgu, inne przewlekłe zakażenia). Nasilenie bólu bywa różne, często jest to ból niezlokalizowany lub jego lokalizacja jest niecharakterystyczna. O ile występują inne, charakterystyczne objawy choroby ogólnoustrojowej, właściwe rozpoznanie nie jest trudne do ustalenia, a pacjent często jest leczony przez pediatrę. Ból głowy zwykle ustępuje wraz z wyleczeniem choroby pediatrycznej, choć zdarza się, że ostry ból zmienia się w przewlekły – tak jest w niektórych zatruciach, boreliozie, toksoplazmozie, gruźlicy, grzybiczych ZOMR czy zakażeniu wirusem HIV – wówczas dziecko powinno być skierowane do neurologa dziecięcego [3].

PIŚMIENNICTWO

- [1] Dilling-Ostrowska E. (red.): Zespoły bólowe w neurologii dziecięcej. PZWL, Warszawa 2005.
- [2] Kaciński M.: Objawowe bóle głowy. [w:] Kaciński M. (red.): Neuropediatrics. PZWL, Warszawa 2007.
- [3] Lewis D.W.: Headaches in Infants and Children. [w:] Swaiman K.F., Ashwal S., Ferriero D. M., Schor N.F.: Swaiman's Pediatric Neurology Fifth Edition – Principles and Practice. Elsevier Saunders, 2012.
- [4] Koszyk K., Hampel-Osipowicz E., Kochanowska I. i wsp.: Przyczyny bólów głowy i przydatność badań diagnostycznych w ich różnicowaniu u dzieci hospitalizowanych w Oddziale Pediatrii II i Neurologii Wieku Rozwojowego w Szczecinie. *Pediatr Pol* 2011; 86(6): 600–606.
- [5] Międzynarodowa klasyfikacja bólów głowy. Wydanie 3. (wersja beta). *Med Prakt Neurol* 2014; 1–6.
- [6] Dreisbach R.H., Robertson W.O.: Vademecum zatruc. PZWL, Warszawa 1995.
- [7] Stanowisko Sekcji Toksykologii Klinicznej Polskiego Towarzystwa Lekarskiego „Postępowanie w ostrych zatruciach tlenkiem węgla”. Gdańsk 2012, Address: http://www.pctox.pl/e107_files/downloads/Zalecenia%20STK%20PTL-CO.pdf.
- [8] Kaciński M.: Uszkodzenie układu nerwowego w zatruciach. [w:] Kaciński M. (red.): Neuropediatrics. PZWL, Warszawa 2007.
- [9] Kamińska H., Zachurzk-Buczyńska A., Gawlik A., Małecka-Tendera E.: Zatrucia alkoholem etylowym wśród dzieci i młodzieży hospitalizowanych w Klinice Pediatrii, Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka w Katowicach w latach 2000–2010 – doniesienie wstępne. *Przegl Lek* 2012; 10: 777–780.
- [10] Abend N.S., Younkin D., Lewis D.W.: Secondary headaches in children and adolescents. *Semin Pediatr Neurol* 2010; 17: 123–133.
- [11] Piazza F., Chiappedi M., Maffioletti E., et al.: Medication Overuse Headache in School-Aged Children: More Common Than Expected? *Headache* 2012; 52: 1506–510.
- [12] Chiappedi M., Balottin U.: Medication Overuse Headache in Children and Adolescents. *Curr Pain Headache Rep* 2014; 18: 404.
- [13] Kubicka K., Kawalec W. (red.): *Pediatrics*. PZWL, Warszawa 2010.
- [14] Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny – Zakład Epidemiologii „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2013 roku”. Warszawa 2014, Address: http://www.wold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2013/Ch_2013.pdf.
- [15] Dobrzańska A., Ryżko J. (red.): *Pediatrics*. Podręcznik do Państwowego Egzaminu Lekarskiego i egzaminu specjalizacyjnego. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2004.
- [16] Lewis D.W., Qureshi F.: Acute headache in children and adolescents presenting to the Emergency Department. *Headache* 2000; 40: 200–203.
- [17] Schobitz E., Qureshi F., Lewis D.: Pediatric headaches in the Emergency Department. *Curr Pain Headache Rep* 2006; 10: 391–396.
- [18] Conicella E., Raucci U., Vanacore N., et al.: The child with headache in a Pediatric Emergency Department. *Headache* 2008; 48: 1005–1011.
- [19] Redlberger-Fritz M., Hirk S., Buchinger D., et al.: Distinct differences in clinical manifestation and viral laboratory parameters between children and adults with Influenza A (H1N1) pdm09 infection – A retrospective comparative analysis. *J Med Virol* 2014; 86: 1048–1055.
- [20] Wilking A., Elliott E., Garcia M., et al.: Central Nervous System manifestations in pediatric patients with Influenza A H1N1 infection during the 2009 pandemic. *Pediatr Neurol* 2014; 51: 370–376.
- [21] Oldak E.: Borelioza w wieku dziecięcym. *Pediatr Dypl.* 2013; 17(3): 34–40.
- [22] Żarowski M., Młodzikowska-Albrecht J., Steinborn B.: Symptomatologia boreliozy u dzieci i młodzieży leczonych w Klinice Neurologii Wieku Rozwojowego AM w Poznaniu. *Neurol. Dziec.* 2006; 30: 21–26.
- [23] Gerber M.A., Shapiro E.D., Burke G.S., et al.: Lyme disease in children in southeastern Connecticut. *Pediatric Lyme Disease Study Group. N Engl J Med* 1996; 335: 1270–1274.
- [24] Kaciński M. (red.): *Choroby zapalne układu nerwowego u dzieci*. PZWL, Warszawa 2005.
- [25] Pilarska E., Lemka M., Pienczk-Ręclawowicz K.: Analiza bólów głowy w chorobach naczyniowych mózgu u dzieci. [w:] Zgorzalewicz-Stachowiak M. (red.): *Problemy diagnostyczne i terapeutyczne w bólach głowy u dzieci i młodzieży*. Wydawnictwo Bifolium, Lublin 2009.
- [26] Corcoran M.S., van Well G.T. J., van Loo I.H.M.: Diagnosis of viral gastroenteritis in children: interpretation of real-time PCR results and relation to clinical symptoms. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2014; 33: 1663–1673.
- [27] Nielsen H.L., Engberg J., Ejlersen T., et al.: Clinical Manifestations of *Campylobacter concisus* Infection in Children. *Pediatr Infect Dis J* 2013; 32: 1194–1198.
- [28] Arias C., Sala M. R., Dominguez A., et al.: Epidemiological and clinical features of norovirus gastroenteritis in outbreaks: a population-based study. *Clin Microbiol Infect* 2010; 16: 39–44.
- [29] Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny – Zakład Epidemiologii „Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce w 2014 roku”. Address: http://www.wold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/hiv_aids/index.htm.

- [30] Marchioni E., Tavazzi E., Bono G., et al.: Headache attributed to infection: observations on the IHS classification (ICHD-II). *Cephalalgia* 2006; 26: 1427–1433.
- [31] Abu-Arafeh I., Razak S., Sivaraman B., et al.: Prevalence of headache and migraine in children and adolescents: a systematic review of population based studies. *Dev Med Child Neurol* 2010; 52: 1088–1097.

Adres do korespondencji:

Patrycja Harat-Smętek, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Korczaka, Oddział Pediatryczny, 76-200 Słupsk ul. Hubalczyków 1,
e-mail: pharat@wp.pl