

**Прохорик В.С., Драчан В.А.**  
**СТРУКТУРА ЦЕФАЛГИЙ У ДЕТЕЙ**  
**Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Жевнеронок И.В.**  
*2-я кафедра детских болезней*  
*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** Головные боли входят в число самых распространенных расстройств нервной системы в детском возрасте. Это одна из основных причин обращения к врачу, достигая 65-75% в структуре обращений к врачам-педиатрам и врачам детским неврологам. По данным Всемирной организации здравоохранения, почти 1/3 всех неврологических консультаций проводится по поводу головной боли.

**Цель:** установить количество впервые госпитализированных детей с мигренозными цефалгиями в неврологическое отделение ЗДГКБ за 2024 год, проанализировать особенности мигрени с аурой (МСА).

**Материалы и методы.** Проанализированы истории стационарных пациентов, экстренно поступивших с головными болями в неврологическое отделение ЗДГКБ. В исследование включены 34 пациентов (22 мальчика и 12 девочек), которые при поступлении имели мигренозные характеристики цефалгии. Диапазон возраста составил 9 – 17 лет, средний возраст  $14 \pm 2,2$  г. Статистическая обработка осуществлялась с использованием *t* критерия Стьюдента, критерий достоверности  $<0,05$ .

**Результаты и их обсуждение.** Для исключения вторичных головных болей всем пациентам выполнено обследование. В 82,3% (28/34) пациентам выполнена МРТ головного мозга и в 17,7% (6 случаев) РКТ головного мозга. По результатам обследования почти у половины детей (47,1%, 16 случаев) выявлены неспецифические изменения: минимальное расширение переднего субарахноидального пространства или минимальное расширение боковых желудочков. Данные исследования позволили исключить объемные и структурные изменения, которые могли бы давать в клинической картине сильные цефалгии с тошнотой и рвотой. По клиническим критериям структура мигренозных цефалгий распределилась следующим образом: мигрень с аурой была диагностирована в 20,58% (7 пациентов), мигрень без ауры – у 14,71% (5 детей), в 11,76 % (4 пациента) – Сосудистая головная боль, не классифицируемая в других рубриках, в 23,53% (8 случаев) цефалгия была зашифрована по МКБ-10 как другой уточненный синдром головной боли. Среди всей структуры диагнозов при выписке из стационара преобладали другие расстройства автономной нервной системы ВД по смешанному типу – 10 (29,42%) пациентов. Анализ клинических характеристик мигренозных цефалгий показал, что высокая интенсивность боли по ВАШ (визуальной аналоговой шкале) преобладала в старшей возрастной группе детей 64,7% (14 – 17 лет) и составляла 7 -10 баллов. При оценке длительности приступов мигрени статистически достоверно показано увеличение продолжительности болевой стадии приступа в возрастной группе 14-17 лет (медиана длительности приступа  $Me=4,5$  часа), по сравнению с детьми в возрасте до 14 лет, у которых длительность болевой стадии приступа составила  $Me=1,5$  часа,  $p<0,05$ . Анализ всех случаев мигрени с аурой выявил следующие особенности: активные жалобы при поступлении дети предъявляли в основном на головную боль, тошноту или рвоту, при этом только 2 ребенка озвучивали жалобы, по которым можно предположить мигренозную ауру, лишь при дополнительном детальном опросе врача, с просьбой описать что чувствовал/ощущал перед началом головной боли или в начале головной боли были верифицированы симптомы мигренозной ауры. В 75% (9/12) приступ МСА начинался во второй половине дня. Анализ провоцирующих факторов показал, что ни в одном случае не являлись триггерами приступов пищевые продукты, такие как описываются в литературе (шоколад, бананы, колбасы и т.д.).

**Выводы.** Среди экстренно госпитализированных пациентов детского возраста 9 – 17 лет с сильными головными болями в неврологическое отделение ЗДГКБ 35% составляют дети и подростки с мигренью, при этом: 20,58% с МСА и 14,71% с МБА. Несмотря на осознанный возраст (9-17 лет) только в 2-х случаях (28,6%) подростки при поступлении в приемный покой рассказывали о симптомах ауры (мерцание, дефекты полей зрения; 1 – иллюзорная), при этом симптомы ауры начинались уже на фоне начинающейся ГБ. Это подчеркивает необходимость при опросе детей с ГБ активно спрашивать начало приступа ГБ и детализировать предшествующий 1 час до приступа, поскольку диагноз МСА верифицируется клинически.