

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

**V.S. Prokhorik, V.A. Drachan**  
**THE STRUCTURE OF CEPHALGIA IN CHILDREN**  
**Tutor: PhD, associate professor I.V. Zhevneronok**  
**2nd Department of Children's Diseases**  
**Belarusian State Medical University, Minsk**

**Резюме.** В ретроспективном исследовании 34 детей с экстренной госпитализацией по поводу сильной головной боли в ЗДГКБ (2024 г.) мигрень выявлена у 35%, причем мигрень с аурой (МСА) – у 20.58%. Анализ показал, что подростки с МСА крайне редко самостоятельно сообщают о симптомах ауры (только 28.6% случаев), которые часто возникают одновременно с началом боли. Это затрудняет диагностику МСА и требует от врача активного, детализированного опроса о событиях за час до приступа. Приступы МСА чаще начинаются во второй половине дня; интенсивность и длительность приступов достоверно выше в группе 14-17 лет; пищевые факторы не выявлены как триггеры. Подчеркивается важность активного детального опроса о симптомах, предшествующих приступу, для диагностики МСА.

**Ключевые слова:** головная боль, аура, мигрень.

**Resume.** In a retrospective study of 34 children with emergency hospitalization for severe headache in 3DGKB (2024), migraine was detected in 35%, with migraine with aura (MCA) in 20.58%. The analysis showed that adolescents with MCA rarely self-report aura symptoms (only 28.6% of cases), which often occur simultaneously with the onset of pain. This makes it difficult to diagnose ICA and requires the doctor to actively, in detail, survey events an hour before the attack. MCA attacks are more likely to begin in the afternoon; the intensity and duration of seizures are significantly higher in the group of 14-17 years; nutritional factors have not been identified as triggers. The importance of an active detailed survey of the symptoms preceding an attack for the diagnosis of MCA is emphasized.

**Keywords:** headache, aura, migraine.

**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 [1]. По данным Всемирной организации здравоохранения, почти 1/3 всех неврологических консультаций проводится по поводу головной боли. Выделяют более 300 разновидностей головных болей, что требует дифференцированного подхода к диагностике и лечению.

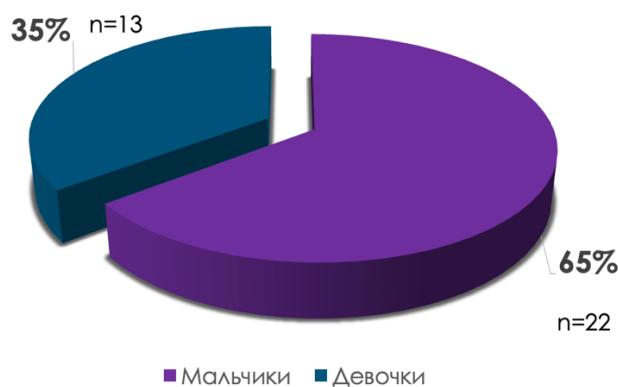
Основным инструментом диагностики цефалгий в мире является Международная классификация ГБ (ICHD-3, МКГБ-3) [2], которая содержит:

- диагностические критерии всех известных цефалгических синдромов,
- основные принципы диагностики первичных и вторичных цефалгий

**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,

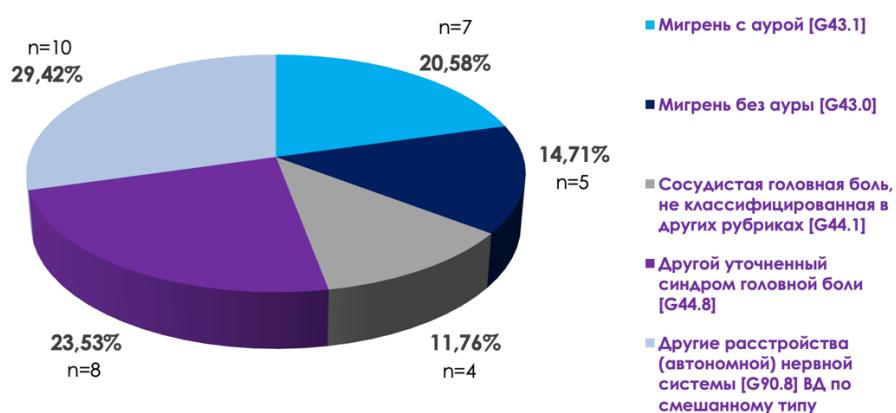
экстренно поступивших с головными болями в неврологическое отделение ЗДГКБ. В исследование включены 34 пациентов (22 мальчика и 12 девочек), которые при поступлении имели мигренозные характеристики цефалгии. Диапазон возраста составил 9 – 17 лет, средний возраст  $14 \pm 2,2$  г. (диаграмма 1).



Диагр. 1 – Распределение пациентов по гендерному типу

Статическая 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 (диагр. 2).



Диагр. 2 – Процентный показатель видов ГБ

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  $Мe=4,5$  часа), по сравнению с детьми в возрасте до 14 лет, у которых длительность болевой стадии приступа составила  $Мe=1,5$  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:**

1. 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
2. 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;
  - в остальных случаях (7; 71,4%) симптомы ауры были диагностированы позднее, при активном опросе врача-невролога, при этом между симптомами ауры и сильной ГБ был промежуток 10 – 15 минут;
3. 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.

### **Литература**

1. Youssef P. E., Mack K. J. Episodic and chronic migraine in children //Developmental Medicine & Child Neurology. – 2020. – Т. 62. – №. 1. – С. 34-41.
2. Olesen J. International classification of headache disorders //The Lancet Neurology. – 2018. – Т. 17. – №. 5. – С. 396-397.