

А.С. Каськова

**КЛИНИЧЕСКОЕ РАЗНООБРАЗИЕ ЦЕФАЛГИЧЕСКОГО СИНДРОМА
ПРИ ПЕРВИЧНЫХ ГОЛОВНЫХ БОЛЯХ У ДЕТЕЙ**

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Е.К. Филипович

1-я кафедра детских болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

УЗ «3-я городская детская клиническая больница», г. Минск

A.S. Kaskova

**CLINICAL DIVERSITY OF CEPHALGIC SYNDROME
IN PRIMARY HEADACHES IN CHILDREN**

Tutor: PhD in Medicine, associate professor E.K. Filippovich

1st Department of Childhood Diseases

Belarusian State Medical University, Minsk

3rd City Children's Clinical Hospital, Minsk

Резюме. Головная боль (цефалгия) относится к часто встречающимся жалобам в детском и подростковом возрасте, оказывая существенное влияние на качество жизни пациентов и их социальную адаптацию. Первичные формы головной боли (мигрень, головная боль напряжения) составляют до 90% всех случаев цефалгий у детей. Клиническая картина в детском возрасте имеет возрастные и фенотипические особенности.

Ключевые слова: дети, первичные головные боли.

Resume. Headache (cephalgia) is one of the most common complaints in childhood and adolescence, having a significant impact on the quality of life and social adaptation of patients. Primary forms of headache (migraine, tension headache, cluster headache) account for up to 90% of all cephalgia cases in children. The clinical presentation in childhood has age-specific and phenotypic characteristics.

Keywords: children, primary headaches.

Актуальность. Головная боль относится к часто встречающимся жалобам в детском и подростковом возрасте. По данным многочисленных эпидемиологических исследований, распространенность головной боли среди подростков достигает 30–60%, причем у 10–15% пациентов головная боль носит хронический характер и значительно снижает качество жизни, успеваемость и социальную адаптацию [1–3]. Первичные головные боли (мигрень, головная боль напряжения, кластерная головная боль) составляют до 90% всех случаев цефалгий у детей [4]. Однако клиническая картина первичных головных болей в детском возрасте имеет ряд существенных отличий по сравнению со взрослыми, что связано с возрастной незрелостью тригеминальной системы, особенностями вегетативной регуляции и психоэмоционального статуса [5, 6]. Международная классификация головных болей 3-го пересмотра (ICHD-3) [7] предоставляет четкие диагностические клинические критерии первичных цефалгий, однако их применение в детской практике требует учета возрастных особенностей. Актуальность исследования обусловлена необходимостью систематизации клинических проявлений цефалгического синдрома у детей для оптимизации диагностических подходов и разработки максимально персонифицированных подходов к оказанию медицинской помощи детям с первичными головными болями.

Цель: изучить клиническое разнообразие цефалгического синдрома при первичных головных болях у детей и выявить закономерности особенностей клинической картины в зависимости от возраста, пола и коморбидных состояний.

Задачи:

1. Проанализировать структуру первичных головных болей у детей в возрасте 7–17 лет.

2. Выявить возрастные и гендерные особенности клинической картины цефалгического синдрома.

3. Оценить частоту и структуру вегетативной дисфункции, тревожно-депрессивных расстройств и нарушений сна у обследованных пациентов.

4. Определить характер изменений по данным инструментальных методов исследования (УЗДГ БЦА, ЭЭГ, МРТ).

Материалы и методы. Нами проведен анализ 107 историй болезни детей в возрасте от 7 до 17 лет (средний возраст $13,7 \pm 2,4$ года), госпитализированных с жалобами на головные боли в УЗ «3 городская детская клиническая больница» г. Минска в период 2024–2025 гг. Критерии включения: возраст 7–17 лет, выставления диагноза первичной головной боли в соответствии с критериями ICHD-3 [7]. Критерии исключения: вторичный характер головной боли (объемные образования, сосудистые мальформации, инфекционные заболевания), наличие тяжелой соматической патологии в стадии декомпенсации.

Методы исследования включали: клинико-неврологическое обследование с оценкой характера, локализации, продолжительности, частоты и провоцирующих факторов головной боли; оценку вегетативного статуса по опроснику Вейна [8]; оценку тревожно-депрессивных расстройств с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии; оценку качества сна по шкале Шпигеля [9]; инструментальные методы: электроэнцефалография (ЭЭГ), ультразвуковая доплерография брахиоцефальных артерий (УЗДГ БЦА), магнитно-резонансная томография головного мозга. Для сравнения групп применялись критерии χ^2 , t-Стьюдента, U-Манна–Уитни. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. В соответствии с критериями ICHD-3 была проведена постановка диагнозов и получена следующая структура головных болей в исследуемой когорте (табл. 1). При этом стоит отметить, что у 6 пациентов (5,6%) имелась комбинация двух типов головной боли.

Табл. 1. Структура первичных головных болей у обследованных пациентов

Тип головной боли	Абс. число (n=107)	%
Головная боль напряжения	45	42,1
Мигрень	37	34,6
Мигрень с аурой	11	10,3
Хроническая мигрень	5	4,7
Кластерная головная боль	2	1,9
Другие первичные цефалгии	7	6,5

Анализ клинических характеристик головной боли выявил значительные различия в зависимости от типа цефалгии и пола пациентов. Наиболее частыми локализациями головной боли были лобно-височная область (43,9%), вся голова

(25,2%), височная и затылочная области (18,7%), теменная область (12,2%). При мигрени достоверно чаще отмечалась односторонняя локализация боли (62,2% против 22,2% при головной боли напряжения, $p < 0,001$), тогда как при головной боли напряжения преобладала двусторонняя диффузная боль (77,8%). Давяще-сжимающий характер преобладал при головной боли напряжения (62,2%), пульсирующий характер был наиболее характерен для мигрени (75,7%).

Ежедневная головная боль отмечена у 26,2% пациентов, 3–5 раз в неделю – у 33,6%, 1–2 раза в неделю – у 24,3%, реже 1 раза в неделю – у 15,9%. При мигрени достоверно чаще отмечались фотофобия (89,6% против 44,4% при ГБН, $p < 0,001$), фонофобия (85,4% против 55,6%, $p = 0,003$), тошнота (75,0% против 26,7%, $p < 0,001$) и рвота (43,8% против 6,7%, $p < 0,001$).

Наиболее значимыми провоцирующими факторами являлись эмоциональные нагрузки (71,0%), умственные нагрузки (65,4%), недостаток сна (58,9%), физические нагрузки (42,1%) и перемена погоды (38,3%).

По результатам опросника Вейна, признаки дисфункции вегетативной регуляции выявлены у 96 пациентов (89,7%). У 58,3% детей и подростков преобладала активность симпатического отдела вегетативной нервной системы, у 41,7% – парасимпатического. По шкале тревоги и депрессии, клинически значимые уровни тревоги (≥ 8 баллов) выявлены у 72 пациентов (67,3%), депрессии (≥ 8 баллов) – у 31 пациента (29,0%). Нарушения сна по шкале Шпигеля [9] выявлены у 83 пациентов (77,6%).

Ультразвуковая доплерография брахиоцефальных артерий проводилась 89 пациентам (83,2%). Изменения выявлены у 62 пациентов (69,7%), включая: высокое вхождение позвоночных артерий в костные каналы позвонков (38,2%), патологическую извитость позвоночных артерий (23,6%), асимметрию диаметра позвоночных артерий (31,5%), снижение кровотока в контралатеральных сегментах (50,6%).

Рутинная электроэнцефалография проведена 76 пациентам (71,0%). Изменения выявлены у 41 пациента (53,9%), включая: признаки умеренной дизритмии (36,8%), признаки снижения функционального состояния биоэлектрической активности (15,8%), десинхронный тип ЭЭГ (7,9%), эпилептиформная активность (3,9%).

При анализе возрастных особенностей клинической картины установлено, что у детей 7–9 лет ($n=20$) головная боль чаще носила диффузный характер (65,0%) с преобладанием давяще-сжимающего типа (55,0%). В группе 10–14 лет ($n=58$) отмечено увеличение частоты мигренозных атак (41,4%) и появление типичной для мигрени пульсирующей боли (31,0%). У подростков 15–17 лет ($n=29$) преобладала мигрень (51,7%) с высокой частотой феноменов ауры (31,0%). У девочек мигрень диагностировалась достоверно чаще, чем у мальчиков (52,1% против 30,6%, $p = 0,032$). При анализе возрастных и гендерных особенностей цефалгического синдрома в исследуемой когорте было выявлено следующее.

У детей 7–9 лет ($n=20$) головная боль чаще носила диффузный характер (65,0%), с преобладанием давяще-сжимающего типа (55,0%). Сопутствующие симптомы (фотофобия, тошнота) встречались реже, чем в старших группах. Провоцирующими факторами чаще являлись эмоциональные нагрузки (70,0%) и недостаток сна (60,0%).

В группе 10–14 лет ($n=58$) отмечено увеличение частоты мигренозных атак (41,4%) и появление типичной для мигрени пульсирующей боли (31,0%). Так же возрасла частота сопутствующих симптомов в виде фотофобии (72,4%) и фонофобии (74,1%).

В соответствии с проведенным исследованием, у подростков 15–17 лет ($n=29$) преобладала мигрень (51,7%) с высокой частотой феноменов ауры (31,0%). По сравнению с младшей и средней группами отмечено значительное увеличение тревожно-депрессивных расстройств (89,7%) и нарушений сна (93,1%).

У девочек достоверно чаще диагностировалась мигрень (52,1% против 30,6% у мальчиков, $p=0,032$), а также чаще встречались тревожные и депрессивные расстройства, хотя различия не достигли статистической значимости.

Полученные данные подтверждают высокую распространенность первичных головных болей среди детей и подростков. Особенностью клинической картины в детском возрасте является преобладание двусторонней локализации даже при мигрени (37,8% пациентов с мигренью отмечали двустороннюю боль), что соответствует данным Gelfand (2021) о возрастной незрелости тригеминальной системы у детей [5]. Высокая частота дисфункции вегетативной регуляции (89,7%) и тревожно-депрессивных расстройств (67,3%) указывает на их тесную патогенетическую связь и согласуется с результатами Rapetti et al. (2022) [10].

Выводы:

1. Наиболее частыми формами первичной головной боли у детей являются головная боль напряжения (42,1%) и мигрень (44,9%). У 5,6% пациентов наблюдается комбинация двух типов головной боли.

2. Клиническая картина головной боли имеет значимые возрастные особенности: у детей 7–9 лет преобладает диффузная давяще-сжимающая боль, у подростков 15–17 лет – типичная мигрень с пульсирующим характером и феноменами ауры.

3. Выявлены гендерные различия: у девочек достоверно чаще диагностируется мигрень (52,1% против 30,6% у мальчиков, $p=0,032$), а также отмечается более высокая частота тревожных и депрессивных расстройств.

4. Установлена высокая коморбидность цефалгического синдрома с дисфункцией вегетативной регуляции (89,7%) и тревожно-депрессивными расстройствами (67,3%).

5. Инструментальные методы исследования (УЗДГ БЦА, ЭЭГ, МРТ) выявляют изменения у значительной части пациентов (69,7%, 53,9% и 36,8% соответственно), при этом носят неспецифический характер и требуют комплексной интерпретации в контексте клинической картины.

6. Клиническое разнообразие первичных головных болей у детей диктует необходимость индивидуализированного подхода к диагностике и лечению с учетом возраста, пола, типа головной боли и сопутствующей коморбидной патологии.

Литература

1. Abu-Arafeh I, Razak S, Sivaraman B, Graham C. Prevalence of headache and migraine in children and adolescents: a systematic review. *Dev Med Child Neurol.* 2020;52(12):1108-1115.

2. Gelfand AA. Pediatric and Adolescent Migraine. Continuum (Minneapolis Minn). 2021;27(3):703-726.
3. Осипова В.В., Табеева Г.Р. Первичные головные боли в практике невролога: диагностика и терапия. М.: МЕДпресс-информ; 2021.
4. Powers SW, et al. Cognitive-behavioral therapy plus amitriptyline for chronic migraine in children and adolescents: a randomized clinical trial. JAMA. 2019;322(17):1685-1695.
5. Gelfand AA. Pediatric Migraine: A Review. JAMA Pediatr. 2022;176(5):512-520.
6. O'Brien HL, Kabbouche MA, Hershey AD. Pediatric headache: a comprehensive review. Headache. 2020;60(5):841-857.
7. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018;38(1):1-211.
8. Вейн А.М. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение. М.: МИА; 2018.
9. Шпигель К. Субъективная оценка сна. В кн.: Левин Я.И., Ковров Г.В. Современные подходы к диагностике и лечению инсомнии. М.: Медпрактика; 2019. С. 45-52.
10. Papetti L, et al. Comorbidities in pediatric migraine: a systematic review. J Headache Pain. 2022;23(1):45.