

УДК 616.857:616-036.22.616-079.7:001.891.7

DOI: 10.22141/2224-0713.6.92.2017.111584

Піпа Л.В.¹, Свістільнік Р.В.¹, Московко С.П.¹, Руда В.І.², Лисиця Ю.М.¹¹Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця, Україна²Хмельницька обласна дитяча лікарня, м. Хмельницький, Україна

Клініко-епідеміологічна характеристика мігрені та епізодичних синдромів, що можуть бути асоційовані з мігренню, у дітей у Хмельницькій області на основі ретроспективного дослідження

Резюме. У статті подані результати ретроспективного дослідження поширеності й клінічних особливостей мігрені та епізодичних синдромів, що можуть бути асоційовані з мігренню, на основі аналізу 9469 історій хвороби дітей віком до 18 років, які лікувались у неврологічному, гастроентерологічному й ендокринологічному відділеннях Хмельницької обласної дитячої лікарні за період 2010–2014 років. Під час дослідження додатково до визначення окремої патології з епізодичним перебігом і відсутності органічних змін при обстеженні використовувався критеріальний підхід для діагностики захворювань мігренозного спектра на основі Міжнародної класифікації головного болю III перегляду ((МКГБ-III; beta version) за 2013 рік. Під час аналізу було виявлено 155 історій хвороби (65 хлопчиків і 90 дівчаток), симптоми в яких збіглися з критеріями діагнозу мігрені та епізодичних синдромів, що можуть бути асоційовані з мігренню. Отримані дані свідчать про дуже низький рівень діагностики даної патології (0,21 % від усіх неврологічних діагнозів). Після використання критеріального підходу частка їх у структурі неврологічної патології зросла до 4,67 %. Типові симптоми мігрені часто інтерпретуються в межах діагнозу «вегетосудинна дистонія». У структурі діагнозу вегетосудинної дистонії мігрень становила 15,5 %. Практично відсутня була діагностика періодичних синдромів, асоційованих із мігренню. Виявлено, що синдром циклічного блювання й абдомінальна мігрень часто можуть приховуватися під діагнозом «ацетонемічний синдром» або «функціональна диспепсія». При використанні критеріїв МКГБ-III (beta version) у структурі функціональної диспепсії синдром циклічної блювоти становив 2,8 %, а абдомінальної мігрені — 7,6 %. У структурі первинного ацетонемічного синдрому частка синдрому циклічного блювання була значною — 23,4 %.

Ключові слова: мігрень; епізодичні синдроми, що можуть бути асоційовані з мігренню; клініка; епідеміологія

Вступ

Серед всіх первинних типів головного болю найбільший вплив на дитину та її батьків справляють мігрень та її еквіваленти або їх попередники у вигляді періодичних синдромів дитинства [7, 11]. Зростаючий останніми роками інтерес до мігрені та періодичних синдромів пояснюється збільшенням їх частоти в популяції, зв'язком із соціальними факторами й негативним впливом на якість життя дітей та підлітків.

Мігрень визначається як захворювання, що клінічно характеризується повторними нападами переважно одностороннього інтенсивного головного болю пульсуючого характеру, що супроводжується нудотою, блюванням, фоно- і фотофобією [10, 12].

Епізодичні синдроми, що можуть бути асоційовані з мігренню, — це гетерогенна група захворювань, які в багатьох випадках асоційовані з наступним розвитком мігрені. Згідно з останньою Міжнародною

класифікацією головного болю III перегляду (МКГБ-III; beta version) за 2013 рік, до дитячих епізодичних синдромів, що можуть бути асоційовані з мігренню, відносять: синдром циклічного блювання (СЦБ), абдомінальну мігрень (АМ), доброякісне пароксизмальне головокружіння дитинства (ДПГД), а також доброякісну пароксизмальну кривошию (ДПК) [12]. Схожість між цими синдромами й мігренню простежується в загальних клінічних проявах: це епізодичність, стереотипність симптомів, поява вранці або вночі, провокування напруженням або хвилюванням і частий сімейний анамнез мігрени [3, 6, 11].

Мігрень зустрічається приблизно в 15 % загального населення західних країн і приблизно в 10 % загального населення планети [8]. Поширеність мігрени серед дітей віком 3–7 років становить 1–3 %, у віці 3–7 років — 4–11 %, а в підлітків 12–18 років — близько 28 % [7, 10].

Поширеність СЦБ у дітей перебуває в діапазоні 0,3–2,2 % [5]. АМ зустрічається у 2,4–4,1 % дітей і частіше виникає в дівчаток, ніж у хлопчиків, із середнім початком у 7 років [2, 3]. Оскільки відповідні епізодичні синдроми в дітей як в Україні, так і на пострадянському просторі здебільшого фігурують під іншими діагнозами, приховані під ними, особливо під діагнозами ацетонемічного синдрому (АС), функціональної диспепсії (ФД), епідеміологія їх залишається невідомою.

ДПГ є рідкісним порушенням у дитинстві з передбачуваною поширеністю близько 2,6 % у віці 5–15 років [9]. Епідеміологія ДПК у дітей залишається невизначеною [4].

На жаль, проблемі мігрени в дітей та епізодичним синдромам, які можуть бути асоційовані з мігренню, приділяється незаслужено мало уваги, тому даних щодо їх поширеності в Україні немає. За даними спеціальних досліджень, в Україні загальний відсоток хворих на мігрень у структурі загальних звернень до невролога становить усього 0,48 %, оскільки діагноз «мігрень» у нашій країні встановлюється вкрай рідко, він маскується під різними клінічними формами цереброваскулярних захворювань [1]. Науково обгрунтовані епідеміологічні дані щодо поширеності мігрени й дитячих епізодичних синдромів, що можуть бути асоційовані з мігренню, по Україні також відсутні. Через неосвіченість практичних лікарів з приводу цих розладів діагнози в більшості залишаються невстановленими, що, відповідно, зумовлює відсутність даних щодо їх поширеності в переважній більшості країн світу та особливо в Україні, і, як наслідок, не може бути чіткого планування медичних та соціальних заходів допомоги цій категорії хворих.

Метою даного дослідження було дослідити епідеміологію й клінічні особливості мігрени та епізодичних синдромів, що можуть бути асоційовані з мігренню, у дітей Хмельницької області (Подільський регіон).

Матеріали та методи

Ретроспективно було проаналізовано 9469 історій хвороби дітей віком від 1 міс. до 18 років, які лікувались у неврологічному, гастроентерологічному й ендокринологічному відділеннях Хмельницької обласної

дитячої лікарні (ХОДЛ) за період 2010–2014 років. З них за даний період у неврологічному відділенні було проліковано 1412 хворих, у гастроентерологічному — 5328 хворих і в ендокринологічному — 2729 хворих. Під час дослідження, додатково до визначення окремої патології з епізодичним перебігом і відсутності органічних змін при обстеженні, використовувався критеріальний підхід для діагностики захворювань мігренозного спектра на основі МКГБ-III (beta version) за 2013 рік. Унаслідок аналізу було виявлено 155 історій хвороби (65 хлопчиків і 90 дівчаток), симптоми в яких збігалися з критеріями діагнозу мігрени або епізодичних розладів, що можуть бути асоційовані з мігренню. Відбір патології проводився на підставі збігу прояву хвороби з усіма критеріями одного з досліджуваних захворювань (мігрени чи епізодичних синдромів) або збігу всіх критеріїв, окрім одного, що підпадало під критерії можливої мігрени. В аналізі історій хвороби гастроентерологічного відділення основну увагу було приділено функціональним розладам шлунково-кишкового тракту та ацетонемічним синдромам, а ендокринологічного відділення — ацетонемічним синдромам, оскільки серед такої патології могли приховуватися АМ та СЦБ. Статистична обробка результатів виконана за допомогою програми Excel.

Результати та обговорення

За період з 2010 по 2014 рік у неврологічному відділенні ХОДЛ було проліковано 1412 хворих, з яких діагноз мігрени було встановлено лише в 3 пацієнтів, діагноз АМ — також у 3 пацієнтів, що становить по 0,21 % відповідно від усіх неврологічних діагнозів, це значно нижче, ніж їх поширеність у світі.

Використовуючи критеріальний підхід до діагностики мігрени та асоційованих із нею епізодичних синдромів, виявили ще 60 історій хвороби, які могли мати стосунок до мігрени. Серед цих випадків 10 (16,6 %) підпадали під діагноз мігрени з аурую, 3 (50 %) — мігрени без аури, 2 (3,3 %) — вірогідної мігрени з аурую, 16 (26,6 %) — вірогідної мігрени без аури, і 2 (3,3 %) — ДПГ.

Переважаючими діагнозами, у яких головний біль був ключовою скаргою і які клінічно підпадали під діагноз мігрени або асоційованих із мігренню періодичних синдромів, були такі: «вегетосудинна дистонія з цефалгічним синдромом», «вегетосудинна дистонія з мігреноподібними пароксизмами», «розлади вегетативної нервової системи пубертатного віку» та «головний біль судинного генезу».

Зважаючи на те, що за критеріальним підходом (окрім 3 хворих на мігрень і 3 хворих на абдомінальну мігрень) було виявлено ще 60 пацієнтів із мігренню, загальна частка цієї патології в структурі загальної захворюваності в неврологічному стаціонарі становить 4,67 % замість 0,21 %, що значно наближається до даних світової літератури.

Слід відзначити, що виявлені нами хворі з ознаками мігрени в історії хвороби мали діагноз «вегетосудинна дистонія» (56 хворих) або «головний біль судинного

генезу» (4 хворі). З 1412 хворих із діагнозом «вегетосудинна дистонія» був пролікований 361 хворий, що становить 25,56 % від загальної кількості хворих, та з діагнозом «головний біль судинного генезу» було проліковано 68 хворих (4,81 %). Виявлена нами мігрень становила 15,5 % у структурі вегетативних розладів, що кодувались за МКХ-10 як G90.8, і 5,9 % — у структурі головного болю судинного генезу, що кодувався за МКХ-10 як G44.8.

В ендокринологічному відділенні основним об'єктом дослідження були рецидивуючі ацетонемічні синдроми, за якими міг приховуватись синдром циклічного блювання як епізодичний синдром, що може бути асоційований із мігренню.

За період з 2010 по 2014 рік в ендокринологічному відділенні ХОДЛ було проліковано 2729 хворих, із числа яких діагноз АС було встановлено 47 хворим, що становило 1,7 % від усієї ендокринологічної патології. Із 47 хворих на АС з опорою на критеріальний підхід до діагностики СЦБ було визначено 11 випадків, які підпадали під діагноз СЦБ, що становило 23,4 % у структурі АС, які кодувались за МКХ-10 як Q87.2, та 0,4 % — у структурі загальної захворюваності за ендокринологічним відділенням.

У гастроентерологічному відділенні основним об'єктом дослідження були рецидивуючі АС та функціональні диспепсії, за якими могли приховуватись СЦБ і АМ як періодичні синдроми, асоційовані з мігренню.

За період з 2010 по 2014 рік у гастроентерологічному відділенні ХОДЛ було проліковано 5328 хворих, з яких діагноз ФД було встановлено 747 хворим, що становило 14 % від усієї гастроентерологічної патології. АС у більшості випадків визначався як супутній розлад ФД та іншої патології. Серед 747 хворих на ФД з опорою на критеріальний підхід до діагностики СЦБ і АМ було визначено 21 випадок, що підпадав під діагноз СЦБ, це становило 2,8 % у структурі ФД, які кодувались за МКХ-10 як K30, та 0,4 % у структурі загальної захворюваності за гастроентерологічним відділенням, та 57 випадків, які підпадали під діагноз АМ, що становило 7,6 % у структурі ФД і 1,1 % в структурі загальної захворюваності за гастроентерологічним відділенням.

У 17 (81 %) із 21 випадку СЦБ і в 5 (8,8 %) із 57 випадків АМ спостерігався АС. Серед загальної кількості пацієнтів АС спостерігався в 40 гастроентерологічних хворих.

Окремого дослідження потребують загальна клініко-епідеміологічна характеристика та поширеність кожної нозологічної одиниці, що входить до структури мігрени.

Загальна кількість стаціонарних хворих дітей до 18 років, які лікувалися в ХОДЛ за останні 5 років і захворювання яких підпадали під критерії мігрени, — 61 особа. Середній вік хворих на мігрень становив $13,0 \pm 2,8$ року. Найбільша кількість хворих припадала на вік 11–14 років (45,9 %) та 15–17 років (37,7 %). З урахуванням узагальненої за останні 3 роки середньої кількості дітей до 18 років, які проживають у Хмельницькій області (240 755 осіб, із яких 43 231 станов-

лять підлітки), поширеність мігрени у цілому становить 0,25 на 1000 дитячого населення зі співвідношенням між чоловічою й жіночою статтю 1 : 1,9 і серед підлітків — 0,53 на 1000 осіб підліткового віку із співвідношенням між чоловічою й жіночою статтю 1 : 3,6. Спостерігалось незначне переважання кількості хворих дітей, які проживають у місті, над числом дітей із сільської місцевості (54 проти 46 %). Не виключено, що ці показники занижені, оскільки не включають дітей, які спостерігаються на амбулаторному етапі з приводу як мігрени, так і інших «стандартних» діагнозів, за якими мігрень може бути прихована, через незнання діагностичних критеріїв.

Клінічна картина в дітей, хворих на мігрень, характеризувалась такими особливостями. Головний біль був переважно двобічним у 50 хворих (81,9 %) і в 11 хворих (18,1 %) мав типову односторонню локалізацію. У 49 (80,3 %) дітей головний біль мав інтенсивний характер, що порушувало їх повсякденну активність, і у 12 (19,7%) хворих він був середньої інтенсивності. Пульсуючий характер головного болю спостерігався у 18 (29,5 %) хворих. Частими супутніми симптомами головного болю були нудота — у 41 (67,2 %) хворого й блювання — в 38 (62,3 %) хворих. Фотофобія й фонофобія зустрічались значно рідше — у 8 (13,1 %) хворих. Дані щодо фотофобії й фонофобії можуть бути значно заниженими, оскільки при встановленні іншого діагнозу, наприклад вегетосудинної дистонії, на ці симптоми при збиранні анамнезу не звертається увага. У поодиноких випадках спостерігались головокружіння — в 1 (1,6 %) хворого, атаксія — в 1 (1,6 %) хворого. У 10 (16,4 %) хворих виявлявся супутній біль у животі.

Окремої характеристики потребує мігренозна аура. Мігренозна аура спостерігалась у 12 (19,7 %) хворих, з яких у 8 (66,6 %) хворих спостерігалась сенсорна аура у вигляді оніміння половини обличчя, оніміння кінцівок (переважно руки) на одному боці або за гемітипом з порушенням чутливості й парестезіями, у 5 (8,2 %) спостерігалась зорова аура у вигляді нечіткості зору, геміанопсії, і в 3 (4,9 %) спостерігалась мовна аура у вигляді дизартрії й елементів афазії. У 4 (%) хворих було поєднання сенсорної й мовної аури.

Слід відзначити 2 хворих, у яких спостерігались ознаки мігрени зі стовбуровою ауурою. Це були дівчата 11 і 17 років. В однієї спостерігалась аура у вигляді оніміння правої руки з дизартрією й наступним розвитком інтенсивного головного болю з втратою свідомості. В іншій спостерігалось оніміння лівої половини тіла в поєднанні з атаксією й наступним розвитком інтенсивного головного болю з втратою свідомості. В обох випадках ключовими діагнозами були «розлад вегетативної нервової системи» та «транзиторна ішемічна атака».

Не можна було з'ясувати, які фактори були провокуючими в розвитку нападів, лише у 8 (13,1 %) хворих було зазначено зміну погоди як провокуючий фактор нападів. У 16 (26,2 %) хворих спостерігались супутні тривожні розлади, часті зміни настрою та його зниження.

Загальна кількість стаціонарних хворих дітей до 18 років, які лікувалися в ХОДЛ за останні 5 років і підпадали під критерії СЦБ, становила 32 особи. Середній вік хворих на СЦБ становив $5,1 \pm 2,2$ року. Найбільша кількість хворих припадала на вік 3–6 років (62,5 %), значно менше — на вік 7–10 років (25 %), у поодиноких випадках захворювання виявлялось у віці до 3 років (9,3 %) і в 11–14 років (3,1 %). Поширеність СЦБ, згідно з цими даними, становить 0,13 на 1000 дитячого населення із співвідношенням між чоловічою й жіночою статтю 1 : 1. Спостерігалось незначне переважання кількості хворих дітей, які проживають у місті, над числом дітей із сільської місцевості (53 проти 47 %). Не виключено, що ці показники також занижені, оскільки не включають дітей, які спостерігаються на амбулаторному етапі та потрапляють у стаціонар з інфекційними хворими з приводу таких діагнозів, як «функціональна диспепсія», «токсикоінфекція» і «ацетонемічний синдром», за якими може бути прихований СЦБ, через відсутність чіткого критеріального підходу до діагностики цих патологій.

Клінічна картина у хворих на СЦБ характеризувалась такими особливостями. Основні клінічні симптоми, такі як епізодичні нудота й блювання, спостерігалися в 100 % хворих. У 26 (81,2 %) хворих спостерігався біль у животі, з яких в 5 (19,2 %) хворих він був інтенсивним, у 21 (80,8 %) — середньої інтенсивності. За локалізацією переважав біль у животі в епігастрії — 14 (53,8 %) хворих, у 12 (46,2 %) пацієнтів він відзначався навколо пупка.

Найбільш частими супутніми симптомами СЦБ були АС з ацетонурією, що спостерігався в 19 (59,4 %) хворих, ймовірно, як супутній метаболічний розлад, та ознаки мітохондріальної недостатності. Із числа 13 хворих, у яких не було АС під час лікування, він виявлявся неодноразово в анамнезі у 9 хворих. Отже, з урахуванням анамnestичних даних у 28 (87,5 %) хворих на СЦБ спостерігався на різних етапах захворювання АС. У 5 (15,6 %) хворих СЦБ поєднувався із супутнім головним болем.

Провокуючими факторами нападу СЦБ були вживання певних страв (які часто схожі на страви, що провокують мігрень) — у 12 (37,5 %) хворих, емоційні фактори — у 3 (9,3 %) хворих, і в 17 (53,2 %) провокуючий фактор не було з'ясовано. У 5 (15,6 %) хворих виявлялись супутні тривожні й вегетативні розлади.

Загальна кількість стаціонарних хворих віком до 18 років, які лікувалися в ХОДЛ упродовж останніх 5 років і підпадали під критерії АМ, становила 60 осіб. Середній вік хворих на АМ — $8,4 \pm 3,2$ року. Найбільша кількість хворих припадала на вік 7–10 років (43,3 %), дещо менше — на вік 3–6 років (31,6 %) і 11–14 років (20,0 %), у поодиноких випадках захворювання виявлялось у віці 15–17 років (5,0 %). Поширеність АМ, згідно з цими даними, становить 0,25 на 1000 дитячого населення із незначним переважанням дівчаток над хлопчиками в співвідношенні 1 : 1,2. Спостерігалось переважання кількості хворих дітей, які проживають в сільській місцевості, над дітьми з міста в 1,85 раза

(65 проти 35 %). Не виключено, що ці показники також занижені, оскільки не включають дітей, які спостерігаються на амбулаторному етапі та потрапляють у стаціонар з приводу таких діагнозів, як «функціональна диспепсія», «токсикоінфекція» й «ацетонемічний синдром», за якими може бути прихована АМ, через відсутність чіткого критеріального підходу до діагностики цих патологій.

Клінічна картина в дітей, хворих на АМ, характеризувалась такими особливостями. Біль у животі виявлявся в усіх хворих і переважно локалізувався по середній лінії в епігастрії — у 40 (66,6 %) хворих, у 32 (53,3 %) хворих був локалізований навколо пупка, і в 11 (18,3 %) біль був нелокалізований. У 37 (61,6 %) хворих локалізація болю в животі мала поєднаний характер, переважно в епігастрії та навколо пупка. Біль у животі у 22 (36,6 %) хворих мав інтенсивний характер, у 38 (63,4 %) був середньої інтенсивності. Основні клінічні симптоми, що супроводжували біль у животі, такі як епізодична нудота й анорексія, спостерігалися в 100 % хворих. Епізодичне блювання спостерігалась у 8 (13,3 %) хворих. У 10 (16,6 %) хворих дітей біль у животі поєднувався із супутнім головним болем.

Супутній АС при АМ спостерігався лише в 1 (1,6 %) хворого, і в 4 (6,66 %) хворих АС був у анамнезі. Провокуючими факторами нападу АМ були вживання певних страв — у 7 (11,7 %) хворих, емоційні фактори — у 12 (20,0 %) хворих, і у 41 (68,3 %) провокуючий фактор не було з'ясовано. У 8 (13,3 %) хворих виявлялись супутні тривожні й вегетативні розлади.

У процесі дослідження було виявлено 2 хворих з явними ознаками доброякісного пароксизмального головкружіння, вони лікувалися в неврологічному відділенні з діагнозом «розлад вегетативної нервової системи з вестибуло-атактичним синдромом». Перша хвора була дівчинкою віком 2,5 року, батьки якої скаржилися на напади запаморочення й атаксії, які супроводжувалися блюванням, загальною слабкістю й блідістю. Другим хворим був хлопчик віком 3 роки, батьки якого скаржилися на напади головкружіння з порушенням рівноваги й падінням із супутніми загальною слабкістю й блідістю. В обох випадках напади були короткотривалими — до 30 хвилин, а при додаткових методах обстеження патології з боку центральної нервової системи не виявлялося.

Поширеність ДПГ, згідно з цими даними, становить 0,008 на 1000 дитячого населення. Відповідно, саме ця категорія хворих із ДПГ найменше виявляється серед неврологічних хворих через незнання самої патології лікарями та фігурує під іншими станами, найчастіше — у спектрі розладів вегетативної нервової системи.

Загальна структура мігрені та пов'язаних із нею епізодичних синдромів по Хмельницькій області подана на рис. 1.

Окремо слід відзначити віковий діапазон, у якому найбільш часто спостерігається розвиток мігрені та епізодичних синдромів, що можуть бути асоційовані з мігренню, його подано на рис. 2.

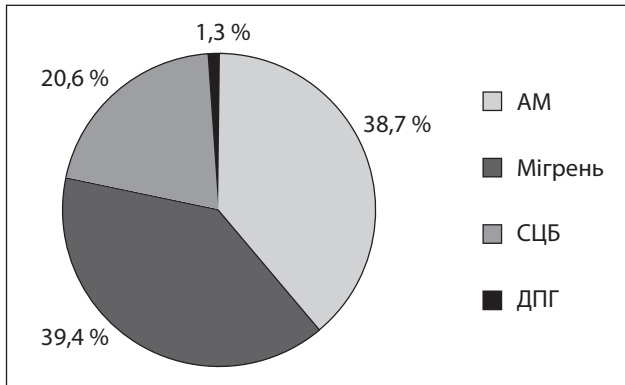


Рисунок 1. Загальна структура мігрені та епізодичних синдромів, що можуть бути асоційовані з мігренню

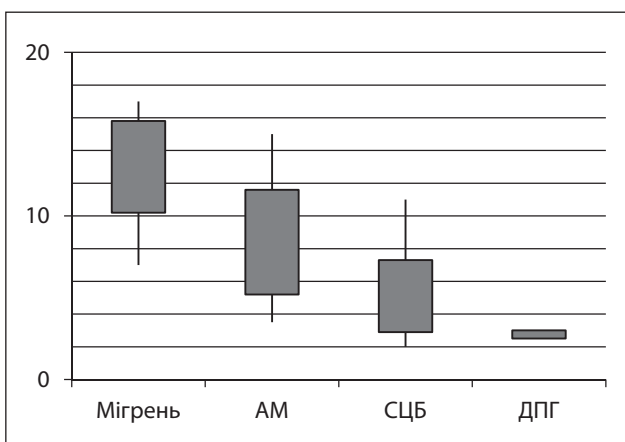


Рисунок 2. Віковий діапазон розвитку мігрені та епізодичних синдромів, що можуть бути асоційовані з мігренню

Як видно з рис. 2, окремі епізодичні синдроми виникають у певному віковому діапазоні (переважно в дошкільному й молодшому шкільному віці), передуючи розвитку типової мігрені, що переважно виникає в старшому шкільному й підлітковому віці.

Висновки

1. Діагностика мігрені в стаціонарно хворих дітей є досить низькою на сучасному етапі (0,21 % від усіх неврологічно хворих дітей) через можливу неосвіченість лікарів щодо даної патології й відсутність критеріального підходу до її діагностики (оскільки мігрень є виключно клінічним діагнозом). Переважаючим діагнозом у хворих на мігрень дітей залишається «вегетосудинна дистонія», що призводить до неадекватного й неефективного лікування та профілактики захворювання. У структурі вегетативних розладів, за даними дослідження, частка мігрені становила 15,5 %. Використання критеріального підходу згідно з останніми критеріями МКГБ-III (beta version) за 2013 рік здатне значно підвищити діагностику мігрені як на догоспітальному рівні, так і на рівні стаціонару (у дослідженні — з 0,21 до 4,67 %). З огляду на низьку діагностику мігрені науково обґрунтовані епідеміологічні дані щодо її поширеності

в Україні відсутні. У нашому дослідженні поширеність мігрені серед дітей становила 0,25 на 1000 дитячого населення із співвідношенням між чоловічою й жіночою статтю 1 : 1,9 і серед підлітків — 0,53 на 1000 осіб підліткового віку із співвідношенням між чоловічою і жіночою статтю 1 : 3,6.

2. Діагностика епізодичних синдромів, що можуть бути асоційовані з мігренню в дітей, у стаціонарних хворих практично відсутня, ймовірно, через неосвіченість лікарів щодо даної патології, тому й даних щодо їх поширеності немає. СЦБ і АМ часто приховуються під діагнозом «ацетонемічний синдром» або «функціональна диспепсія». Так, при використанні критеріїв діагностики епізодичних синдромів, що можуть бути асоційовані з мігренню, за МКГБ-III (beta version) за 2013 рік було встановлено, що у структурі ФД СЦБ становив 2,8 %, а АМ — 7,6 %. У структурі первинного АС СЦБ становив значну частку — 23,4 %. Поширеність СЦБ, згідно з даними дослідження, становила 0,13 на 1000 дитячого населення із співвідношенням між чоловічою і жіночою статтю 1 : 1, поширеність АМ становила 0,25 на 1000 дитячого населення із незначним переважанням дівчаток над хлопчиками в співвідношенні 1 : 1,2. Поширеність ДПГ у дослідженні становила 0,008 на 1000 дитячого населення.

3. Не виключено, що виникнення окремих епізодичних синдромів, які можуть бути асоційовані з мігренню, і самої мігрені в певному віковому діапазоні (рис. 2) може вказувати на певний еволюційний процес розвитку самої мігрені, починаючи з виникнення мігренозних еквівалентів і закінчуючи формуванням типової мігрені. Однак це потребує паралельного вивчення клінічного перебігу патології, їх генетичного зв'язку та опису змішаних і перехідних форм в окремих групах хворих.

4. Отже, мігрень та епізодичні синдроми, що можуть бути асоційовані з мігренню, є досить поширеними й малодослідженими патологіями дитячого населення України й потребують ретельного проспективного епідеміологічного й клінічного дослідження з розробкою оптимального підходу до діагностики й лікування, що покращить надання допомоги цій когорті населення.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

Список літератури

1. Мищенко Т.С. *Мігрень: современное состояние проблемы* / Т.С. Мищенко // *Здоровье Украины*. — 2011. — № 5. — С. 37.
2. *Abdominal migraine in childhood: a review* / B. Scicchitano, G. Humphreys, S.G. Mitton, T. Jaiganesh // *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics*. — 2014. — Vol. 5. — P. 73-81.
3. *Abdominal migraine: an under diagnosed cause of recurrent abdominal pain in children* / L. Carson, D. Lewis, M. Tsou [et al.] // *Headache*. — 2011. — Vol. 51. — P. 707-712.
4. *Basheer S.N. Paroxysmal torticollis / S.N. Basheer* // *Journal of Pediatric Neurology*. — 2010. — Vol. 8. — P. 69-71.
5. *Forbes D. Cyclic nausea and vomiting in childhood* / D. Forbes // *Reprinted from Australian Family Physician*. — 2008. — Vol. 37, № 1/2. — P. 33-36.

6. Hawkins K. Direct cost burden among insured US employees with migraine / K. Hawkins, S. Wang, M. Rupnow // *Headache*. — 2008. — Vol. 48. — P. 553–563.

7. Oakley C. B. Migraine and Epilepsy in the Pediatric Population / C.B. Oakley, E.H. Kossoff // *Current Pain Headache Rep.* — 2014. — Vol. 18. — P. 402.

8. Pietrobon D. Familial hemiplegic migraine / D. Pietrobon // *Neurotherapeutics*. — 2007. — Vol. 4. — P. 274–284.

9. Prasad M. Benign paroxysmal vertigo of childhood is a precursor of migraine / M. Prasad // *Arch. Dis. Child. Educ. Pract. Ed.* — 2014. — Vol. 99. — P. 165.

10. Sherwood M. Effectiveness of riboflavin in pediatric migraine prevention / M. Sherwood, R.D. Goldman // *Canadian Family Physician*. — 2014. — Vol. 60. — P. 244–246.

11. Spiri D. Pediatric migraine and episodic syndromes that may be associated with migraine / D. Spiri, V.E. Rinaldi, L. Titomanlio // *Italian Journal of Pediatrics*. — 2014. — Vol. 40. — P. 92.

12. *The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version)* // *Cephalalgia*. — 2013. — Vol. 33(9). — P. 629–808.

Отримано 11.05.2017 ■

Пыпа Л.В.¹, Свистильник Р.В.¹, Московко С.П.¹, Руда В.И.², Лисица Ю.Н.¹

¹Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова, г. Винница, Украина

²Хмельницкая областная детская больница, г. Хмельницкий, Украина

Клинико-эпидемиологическая характеристика мигрени и периодических синдромов, ассоциированных с мигренью, у детей в Хмельницкой области на основании ретроспективного исследования

Резюме. В статье представлены результаты ретроспективного исследования распространенности и клинических особенностей мигрени и эпизодических синдромов, которые могут быть ассоциированы с мигренью, на основании анализа 9469 историй болезни детей в возрасте до 18 лет, которые лечились в неврологическом, гастроэнтерологическом и эндокринологическом отделениях Хмельницкой областной детской больницы в период 2010–2014 годов. Во время исследования дополнительно к выявлению отдельной патологии с эпизодическим течением и отсутствию органических изменений при обследовании использовался критериальный подход к диагностике заболеваний мигренозного спектра на основании Международной классификации головной боли III пересмотра (МКГБ-III; beta version) за 2013 год. В результате анализа были выявлены 155 историй болезни (65 мальчиков и 90 девочек), симптомы в которых совпадали с критериями диагноза мигрени и эпизодических синдромов, которые могут быть ассоциированы с мигренью. Полученные данные свидетельствуют об очень низком уровне диагностики данных

патологий (0,21 % всех неврологических диагнозов). После использования критериального подхода доля их в структуре неврологической патологии возросла до 4,67 %. Типичные симптомы мигрени часто интерпретировались в границах диагноза вегетососудистой дистонии. В структуре диагноза вегетососудистой дистонии мигрень составляла 15,5 %. Практически отсутствовала диагностика эпизодических синдромов, которые могут быть ассоциированы с мигренью. Определено, что синдром циклической рвоты и абдоминальная мигрень часто могут скрываться под диагнозом «ацетонемический синдром» или «функциональная диспепсия». При использовании критериев МКГБ-III (beta version) в структуре функциональной диспепсии синдром циклической рвоты составлял 2,8 %, а абдоминальной мигрени — 7,6 %. В структуре первичного ацетонемического синдрома доля синдрома циклической рвоты была значительной — 23,4 %.

Ключевые слова: мигрень; эпизодические синдромы, которые могут быть ассоциированы с мигренью; клиника; эпидемиология

L.V. Pypa¹, R.V. Svistilnik¹, S.P. Moskovko¹, V.I. Ruda², Yu.N. Lysytsia¹

¹M.I. Pirogov Vinnytsia National Medical University, Vinnytsia, Ukraine

²Khmelnytskyi Regional Children's Hospital, Khmelnytskyi, Ukraine

Clinical and epidemiological characteristics of migraine and episodic syndromes that may be associated with migraine of children in the Khmelnytskyi region based on the retrospective research

Abstract. The article presents the results of a retrospective research on the prevalence and clinical features of migraine and episodic syndromes that may be associated with migraine based on analysis of 9,469 case histories of children under 18 who were treated in the neurology, gastroenterology and endocrinology departments of Khmelnytskyi Regional Children's Hospital in 2010–2014. During the research, we used the criterial approach to diagnose diseases of migraine's range from the International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (ICHD-III; beta version) 2013, in addition to detecting specific pathologies with episodic course and the absence of organic changes during the survey. As a result of the analysis, we identified 155 case records (65 boys and 90 girls) whose symptoms were coincided with the criteria of migraine diagnosis or episodic syndromes that may be associated with migraine. The findings demonstrated very low diagnostic level in these pathologies (0.21 %

of all neurological diagnoses). After using the criterial approach, their number increased to 4.67 % in the structure of neurological pathologies. Typical symptoms of migraine are often interpreted within the diagnosis of vegetative-vascular dystonia. In the structure of the diagnosis of vegetative-vascular dystonia, migraine occupied 15.5 %. The diagnosis of syndromes associated with migraine was nearly absent. We have revealed that cyclic vomiting syndrome and abdominal migraine can often hide behind the diagnosis of acetone-mic syndrome or functional dyspepsia. Using the criteria of ICHD-III (beta version), cyclic vomiting syndrome accounted for 2.8 % and abdominal migraine — 7.6 % in the structure of functional dyspepsia. In the structure of primary acetone-mic syndrome, cyclic vomiting syndrome composed a high percentage (23.4 %).

Keywords: migraine; episodic syndromes that may be associated with migraine; clinical pattern; epidemiology