

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МИГРЕНИ С АУРОЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ**О.А. Львова*, О.В. Корякина, А.В. Сулимов, О.М. Жирнова**

*Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Уральская государственная медицинская академия» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, кафедра неврологии детского возраста и медицинской генетики
МУ Детская городская клиническая больница №9, Екатеринбург*

Целью исследования явилось определение клинико-инструментальных особенностей течения мигрени с аурой у детей. В работе проведена оценка 24 историй болезни детей с диагнозом мигрень с аурой в период с 2006-2008г. Анализ наследственности выявил наличие отягощенного анамнеза по мигрени у трети детей. Заболевание дебютировало в препубертатном периоде, характеризовалось клиническим полиморфизмом. По результатам проведенных параклинических методов исследований определялись неспецифические изменения.

Ключевые слова: головная боль, мигрень с аурой, дети.

SPECIALITY MIGRAINE WITH AURA IN CHILDREN

O.A. Lvova, O.V. Koryakina, A.V. Sulimov, O.M. Zhirnova

The analysis of 24 migraine with aura cases in the age of 8-14 years old is presented. The specialty of debut, inheritance, clinical finding and the results of paraclinics are generalized.

Keywords: headache, migraine, children

Одной из наиболее актуальных проблем неврологии является головная боль. Распространенность ее в детском возрасте колеблется от 5 до 60% [1,2,3,4]. По частоте встречаемости одно из ведущих мест среди вариантов первичных цефалгий занимает мигрень. Согласно проведенным эпидемиологическим исследованиям этим видом головной боли страдает от 3 до 20% детского населения [4,5]. Заболевание, как правило, не приводит к необратимому поражению головного мозга, но тяжело переносится и существенно снижает качество жизни пациентов. Одной из разновидностей мигрени является мигрень с аурой, частота регистрации которой в детской популяции выше, чем у взрослых

(36% и 18% соответственно) [5,6]. Мигрень с аурой характеризуется разнообразием клинических проявлений, вследствие чего может встречаться в практике врача любой специальности. Как известно, в основе болезни лежат разработанные критерии, которые учитывают частоту и продолжительность приступов, характер головной боли, наличие сопутствующих симптомов [1,3,4,9]. Следует отметить, что данные критерии не всегда подходят для детского возраста и чем младше ребенок, тем течение болезни менее типично, это в свою очередь затрудняет диагностику заболевания. Кроме того, в литературе описаны особые варианты мигрени у детей [7,8,10]. Таким образом, широкая распространен-

ность патологии, отсутствие четких представлений об особенностях проявления мигрени в детском возрасте требуют более детального изучения данной проблемы.

Нами проанализировано 24 истории болезни детей, страдающих мигренью с аурой, госпитализированных в неврологическое отделение МУ ДГКБ № 9 г. Екатеринбурга в период с 2006 – 2008 г.г. Ведущим требованием при постановке диагноза стали диагностические критерии Международной ассоциации по изучению головной боли (1988) и предложенные Prensky (1976) критерии, применяемые в детском возрасте. На основании полученных сведений проведена оценка анамнеза, клинических проявлений заболевания, результатов лабораторно-инструментальных методов исследования пациентов.

Возрастной диапазон больных находился в пределах от 8 до 14 лет, при этом средний возраст госпитализированных детей составил $12,9 \pm 0,4$ лет. Соотношение девочек и мальчиков в исследуемой группе определялось как 1:1,2 соответственно. Литературные сведения о возрасте дебюта патологии у детей достаточно противоречивы. По мнению Chu M.L. и Shinnar S. (1992), головная боль по типу мигрени отмечается в 75,0% случаев у детей в возрасте до 7

лет. Olesen J. и Bonica J.J. (1990) указывают, что начало мигрени более чем в четверти случаев (26,0%) приходится на период до 10 лет, а у 29,0% пациентов в интервале от 10 до 20 лет. По результатам нашего исследования практически у половины больных 41,6% ($n=10$) заболевание впервые зарегистрировано в $11,4 \pm 0,4$ лет.

При оценке анамнеза исследуемой группы выявлено, что более половины пациентов 66,7% ($n=16$) наблюдались у невролога с диагнозом перинатальное поражение ЦНС. Сопутствующая патология отмечалась в 20,8% ($n=5$) случаев, при этом у большей части детей ($n=4$) определялись изменения со стороны сердечно-сосудистой системы. У каждого третьего больного (33,3%, $n=8$) имелись указания на перенесенную в прошлом закрытую черепно-мозговую травму, которая не имела связи с возникновением приступов. Определенное значение в дебюте мигрени имеют наследственные факторы, по результатам многочисленных исследований риск заболевания у потомков составляет от 20,0 до 90,0% [1, 2, 4], полученные нами сведения подтвердили этот факт: у каждого третьего ребенка (29,1%) имелись родственники первой и второй степени родства, страдающие мигренозными пароксизмами.

В клинической картине приступа цефалгии определялись следующие особенности: продолжительность ауры составляла от 5 до 60 минут, при этом у большинства детей (70,8%, n=17) симптомы преходящих неврологических расстройств сохранялись не менее, чем 15 минут. В целом аура характеризовалась полиморфизмом клинических проявлений, а у 70,8% (n=17) - сочетанием неврологических симптомов, таких как гемипарез 100% (n=17), зрительные расстройства (фотопсии, гемиптопия) 64,7% (n=11), афазия 41,1% (n=7), гемипарез 29,4% (n=5), офтальмоплегия 5,8% (n=1). Моносимптомная аура встречалась реже - у 29,1% (n=7) пациентов. Более чем у половины больных 62,5% (n=15) головная боль локализовалась в лобно-височной области, каждый четвертый ребенок не мог указать место боли, в 16,7% (n=4) случаев цефалгии определялись в области затылка.

Мигренозные пароксизмы сопровождались разнообразными вегетативными нарушениями, наряду с тошнотой и рвотой, которые регистрировались у каждого второго ребенка, у части пациентов отмечались такие симптомы, как головокружение 25,0% (n=6), боль в животе 8,3% (n=2). Головная боль возникала в разное время суток, половина больных 54,2% (n=13) испытывали боль в днев-

ное время, у 29,1% (n=7) детей цефалгии наблюдались в утренние часы и у 16,7% (n=4) исследуемых вечером.

Анализ частоты приступов показал, что у 37,5% (n=9) детей, пароксизмы развивались реже одного раза в месяц, у каждого пятого (20,8%, n=5) - 1-2 раза в месяц, и только 12,5% (n=3) больных предъявляли жалобы на головную боль мигренозного характера каждую неделю. Продолжительность приступов варьировала от 30 минут до 72 часов, в среднем около 60 минут. При оценке проводимого лечения, направленного на предотвращение симптомов заболевания, у большей части пациентов 83,3% (n=20) терапевтический эффект достигался длительным сном или приемом анальгетиков, отмечены случаи 12,5% (n=3), когда прием медикаментозных средств не приносил облегчения, и только у одного ребенка приступы головной боли купировались самостоятельно.

Данные неврологического статуса в межприступный период были недостаточно информативны, у 71,0% (n=17) больных определялась микроочаговая неврологическая симптоматика в виде анизокории, установочного горизонтального нистагма, изменении мышечного тонуса, гиперрефлексии. Такая полиморфность встречаемости легкой очаговой симптоматики может свидетельство-

вать о резидуально-неврологическом фоне больных.

Анализ дополнительных параклинических исследований показал ряд изменений имеющих неспецифический характер. При оценке результатов методов нейровизуализации (КТ, МРТ головного мозга) у каждого третьего ребенка выявлялись такие структурные изменения, как перивентрикулярная лейкоэнцефалопатия в виде исхода ППЦНС, церебральная атрофия 1 степени, арахноидальная киста, дилатация боковых желудочков, гипоплазия мозолистого тела. В остальных случаях 67,0% (n=16) морфологических нарушений головного мозга выявлено не было. На ЭЭГ у 83,0% (n=20) больных регистрировались легкие или умеренные общемозговые изменения, межполушарная асимметрия биоэлектрической активности. По результатам УЗДГ - исследования сосудов головы и шеи у 46,0 % (n=11) пациентов отмечалось затруднение венозного оттока, у 33,0 % (n=8) - экстравазальная компрессия сосудов, у 29,0% (n=7) детей - признаки ангиодистонии. Рентгенография шейного отдела позвоночника проводилась каждому второму ребенку 54,0% (n=13), у половины из них была зафиксирована нестабильность шейного отдела позвоночника, у двоих детей определялись признаки ротационного подвывиха С1, в

одном случае выявлена аномалия Киммерли, что не исключает варианта так называемой "шейной мигрени". При анализе данных кардиоинтервалографии у 33,3% (n=8) пациентов имелись различные нарушения: изменение исходного вегетативного тонуса с преобладанием с одинаковой частотой симпатической или ваготонической систем, асимпатикотоническая вегетативная реактивность у 50,0% (n=4) больных, резко выраженное функциональное напряжение регуляторных систем у 75,0% (n=6) исследуемых.

Заключение: по результатам проведенного исследования показано, что у каждого третьего ребенка, страдающего мигренью с аурой, определялась отягощенная наследственность по мигрени, что соответствует литературным источникам. Заболевание дебютировало в препубертатном периоде, при этом средний возраст составил $11,4 \pm 0,4$ лет, без значимых различий по полу. Картина приступов отличалась существенной частотой и интенсивностью цефалгий, которые нередко носили диффузный характер, становились препятствием для активного образа жизни детей, однако у большинства пациентов купировались приемом неспецифических анальгетиков и сном. Клинические симптомы ауры определялись полиморфизмом, как правило, в виде преходящих чувствительных

нарушений, а у половины исследуемых сочетались с различными вегетативными расстройствами. Следует отметить, что при оценке данных неврологического осмотра в межприступном периоде и результатов проведенных дополнительных методов обследования не получено специфических изменений.

Таким образом, полученные нами сведения позволили расширить представления о клинико-инструментальных особенностях течения мигрени с аурой в детском возрасте, что определяет выбор тактики ведения этого заболевания.

Список литературы

1. Амелин А.В., Игнатов Ю.Д., Скоромец А.А. Мигрень: патогенез, клиника, диагностика. - Спб.: Санкт-Петербургское медицинское издательство, 2001. – 200 с.
2. Жулев Н.М., Пустозеров В.Г., Полякова Л.А., Жулев С.Н. Цефалгии головная боль (диагностика и лечение): учебное пособие, издание 2-е стереотипное. - Спб.: ЗАО "ХОКА", 2007. - 135 с.
3. Вейн А.М., Колосова О.А., Яковлев Н.А., Каримов Т.К. Головная боль. - М.: Медицина. 1994. - 286 с.
4. Шток В.Н. Головная боль. - М.: ООО "Медицинское информационное агентство", 2007. - 472 с.
5. Юдельсон Я.Б., Рачин А.П. Эпидемиология головной боли у детей и подростков.// Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2002. - №8. - С. 10-15.
6. Вейн А.М., Ефремова И.Н., Колосова О.А. Мигрень с аурой// Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2001. - №12. - С. 61-65.
7. Кваскова И.В., Шворнов С.Б. Клинические проявления мигрени у детей// Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1999. - №1. - С. 15-17.
8. Роговина Е.Г. Особенности мигрени в детском и подростковом возрасте// Неврологический журнал. - 1999. - №4. - С. 27-31.
9. Колосова О.А. Заболевания вегетативной нервной системы: руководство для врачей. - М.: Медицина. - 1991. - С. 428-457.
10. Трошин В.Д., Трошин О.В., Бурцев Е.М. Нервные болезни детей и подростков. - М.: ГОУВУНМЦ МЗ РФ. - 2004. - Т. II. - 392 с.

* 620219, г. Екатеринбург, ул. Репина,3, e-mail olvova@bk.ru, Львова Ольга Александровна и.о. зав. каф. неврологии детского возраста с курсом генетики УГМА