

10. Brook R.D., Yalavarthi S., Myles J.D., et al. Determinants of vascular function in patients with chronic gout // J Clin Hypertens (Greenwich). – 2010. – Dec 22. – P.36-40.  
11. Kuo C.F., See L.C., Luo S.F., et al. Gout: an independent risk

factor for all- cause and cardiovascular mortality // Rheumatology. – Oxford, 2010. – Vol. 49. №7. – С.1421-2.  
12. Schumacher H.R. Jr. Crystal-induced arthritis: An overview // American medical J. – 1996. – Vol. 2. №1. – P.46S-52S.

**Информация об авторах:** e-mail: shangina227@rambler.ru, Шангина Анна Михайловна – аспирант; Кушнарченко Наталья Николаевна – к.м.н., заведующая кафедрой; Шаповалов Константин Геннадьевич – д.м.н., заведующий кафедрой; Говорин Анатолий Васильевич – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой.

© ВАСИЛЬЕВА Л.В., ЭВЕРТ Л.С., МАКАРОВА М.В., КАТУШЕНКО О.Г. – 2011  
УДК 616.85-053.2

## ФАКТОРЫ, ПРОВОЦИРУЮЩИЕ РАЗВИТИЕ ПЕРВИЧНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У ДЕТЕЙ

Людмила Викторовна Васильева<sup>1</sup>, Лидия Семеновна Эверт<sup>1</sup>,  
Марина Владимировна Макарова<sup>2</sup>, Ольга Геннадьевна Катусhenko<sup>1</sup>

<sup>1</sup>НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, директор – член-корр. РАМН, д.м.н. В.Т. Манчук, Красноярск;  
<sup>2</sup>Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов)

**Резюме.** С целью выявления факторов, провоцирующих развитие первичной головной боли, обследовано 93 ребенка 7-17 лет, находящихся на обследовании и лечении в детском соматическом отделении. Вид головной боли определялся по разработанному авторами алгоритму согласно критериям Международной классификации головной боли (2005). Показана высокая частота встречаемости первичной головной боли у детей с синдромом вегетативной дисфункции. В структуре первичной головной боли у детей преобладала головная боль напряжения (ГБН), реже выявлялась мигрень. Головной болью напряжения чаще страдали девочки, а мигренью – мальчики. Установлено, что статистически значимыми факторами риска развития мигрени являются отягощенный семейный анамнез и нерациональное питание. Дисбаланс вегетативной нервной системы в сторону преобладания парасимпатической активности в виде вазовагальных обмороков сопряжен с развитием головной боли напряжения.

**Ключевые слова:** дети, головная боль, головная боль напряжения, мигрень, факторы риска.

## FACTORS, PROVOKING THE DEVELOPMENT OF PRIMARY HEADACHE IN CHILDREN

L.V. Vasileva<sup>1</sup>, L.S. Evert<sup>1</sup>, M.V. Makarova<sup>2</sup>, O.G. Katushenko<sup>1</sup>

(<sup>1</sup>Scientific Research Institute of Medical Problems of the North, the Russian Academy of Medical Science, Krasnoyarsk; <sup>2</sup>V.F.Voino-Yasenetskiy Krasnoyarsk State Medical University)

**Summary.** For the purpose of revealing the factors provoking the development of a primary headache 93 children of 7-17 years, who are on inspection and treatment in children's somatic department have been surveyed. The headache type was defined on the algorithm developed by the authors according to the criteria of the International classification of headache (2005). High frequency of occurrence of a primary headache in children with a syndrome of vegetative dysfunction has been shown. In the structure of a primary headache in children the pressure headache (ГБН) prevailed, the migraine less often came to light. A headache of pressure was noted mostly in girls, and a migraine – in boys. It has been established, that statistically significant risk factors of development of a migraine are the burdened family anamnesis and an irrational food. Balance infringement of vegetative nervous system towards prevalence of parasympathetic activity in the form of vasovagal faints associated with the development of headache of pressure.

**Key words:** children, headache, pressure headache, migraine, risk factors.

Головной болью (ГБ) страдает более 70% населения развитых стран Европы и Америки. Распространенность цефалгии в детской популяции колеблется в широком диапазоне – от 6,8 до 82%, что, по-видимому, объясняется различиями в выборе как групп исследования, так и диагностических критериев для интерпретации головной боли у детей [1,3]. Распространенность ГБ у детей и подростков окончательно не определена, данные весьма разноречивы. Вероятно, это может быть связано со сложностью адекватной оценки болевых ощущений ребенка, неоднозначным методическим подходом в оценке клиники ГБ, а также недостаточной чувствительностью критериев ГБ, разработанных для взрослых пациентов [2]. Истинный уровень распространенности ГБ в детской популяции может быть выше, так как многие подростки, испытывающие ГБ небольшой и средней интенсивности, не обращаются за медицинской помощью.

Цель работы: изучить частоту встречаемости, структуру и факторы, провоцирующие головную боль у детей и подростков.

### Материалы и методы

Проведено клиническое наблюдение и обследова-

ние пациентов детского соматического отделения с диагнозом «синдром вегетативной дисфункции». Для оценки частоты встречаемости, структуры и факторов риска развития ГБ проанкетировано 93 ребенка 7-17 лет (мальчиков и девочек). Дизайн исследования был согласован с этическим комитетом УРАМН НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН (протокол №3 от 18.10.2010 г.). Обязательным условием было наличие информированного согласия подростка или родителей (для детей моложе 15 лет) на участие в проводимом исследовании. Все исследования разрешены этическим комитетом УРАМН НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН. Для определения вида цефалгии использовались диагностические алгоритмы, разработанные нами на основе международной классификации головной боли (2005). Диагноз ГБ устанавливали согласно критериям Международной классификации головных болей [4].

Полученные результаты обработаны на персональном компьютере с применением ППП «Statistica 5.5 for Windows». Анализ статистической значимости различий качественных признаков проведен с помощью критериев  $\chi^2$  с поправкой Йетса, а для малых выборок – двусторонний точный критерий Фишера. Для оценки

силы связи между признаками использован коэффициент ранговой корреляции Спирмена (r). Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез  $p=0,05$ .

### Результаты и обсуждение

У 21,4% обследованных детей верифицирован диагноз мигрени. При этом мигрень без ауры отмечалась у 16,1% пациентов, мигрень с аурой – у 4,3%, вероятная мигрень – у 1,1%. В 60,2% случаев выставлен диагноз головная боль напряжения. Нечастая эпизодическая головная боль напряжения (НЧЭГБН) отмечалась у 20,4% детей, частая эпизодическая ГБН (ЧЭГБН) – у 29,0%, хроническая головная боль напряжения (ХГБН) – у 10,8%. В 18,4% случаев зарегистрирована вторичная головная боль и не классифицируемая головная боль.

Таким образом, установлено, что у каждого 4-го пациента отмечалась мигрень, причем значительно чаще (в 75% случаев) – мигрень без ауры. В структуре головной боли напряжения превалирует (48,2%) частая эпизодическая головная боль напряжения, 29,0% детей и подростков жалуются на ежедневную головную боль, что позволило верифицировать у этих детей хроническую головную боль напряжения.

Данные о частоте встречаемости различных видов головной боли отражены в таблице 1.

Таблица 1  
Структура первичной головной боли у пациентов детского соматического отделения

Тип головной боли	абс.	%
МИГРЕНЬ	20	21,4
в том числе:		
- мигрень без ауры	15	16,1
- мигрень с аурой	4	4,3
- вероятная мигрень	1	1,1
ГОЛОВНАЯ БОЛЬ НАПРЯЖЕНИЯ	56	60,2
в том числе:		
- НЭГБН	19	20,4
- ЧЭГБН	27	29,0
- ХГБН	10	10,8
ВТОРИЧНАЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ И НЕКЛАССИФИЦИРУЕМАЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ	17	18,4
Всего	93	100

Нами была проанализирована частота встречаемости головной боли в зависимости от пола. Установлено, что мигрень без ауры отмечалась среди мальчиков в 66,7% случаев, реже – мигрень с аурой. Вероятно, это связано с тем, что мальчики чаще всего предъявляли жалобы лишь на интенсивную головную боль. Другие

### ЛИТЕРАТУРА

1. Вейн А.М., Осипова В.В., Колосова О.А. и др. Хроническая ежедневная головная боль // Неврол. журн. – 2000. – №2. – С.46-53.
2. Зуева Г.А. Особенности микроциркуляции у подростков при головной боли напряжения // XI конгресс педиатров России: Тез. докл. – М., 2006. – С.234.

виды головной боли статистически значимо чаще, чем мигрень встречались у девочек – в 58,9% случаев ( $p=0,0314$ ).

Нами были установлены факторы, провоцирующие наиболее часто встречающиеся виды первичной головной боли, которые отражены в таблице 2.

Как следует из таблицы 2, статистически значимыми факторами, провоцирующими мигрень, явились пропущенный прием пищи, прием некоторых видов пищи (орехи, чипсы, газированная вода). Нарушение сна про-

Таблица 2  
Факторы, провоцирующие возникновение головной боли у детей

Фактор	Мигрень (n=20)	ГБН (n=56)	p
Пропущенный прием пищи	7	7	0,0259
Прием некоторых видов пищи	4	2	0,0194
Нарушение сна	14	35	0,5475
Общая усталость	10	35	0,3289
Нарушения сознания	4	28	0,0197
Отягощенный генеалогический анамнез	16	21	0,0011

воцировало приступ мигрени у 70% детей, вызывало головную боль напряжения в 62% случаев. Общая усталость в 62% случаев провоцировала приступ головной боли напряжения и в 50% случаев – мигрень. Других статистически значимых факторов, провоцирующих приступ первичной головной боли, нами выявлено не было.

Эпизоды синкопе в анамнезе отмечались у 1/3 детей и подростков, находящихся на обследовании. Так, у 34,4% обследованных головная боль сопровождалась липотимией, либо потерей сознания. Причем в 6,7% случаев эти состояния сопутствовали мигрени без ауры, в 75% случаев – мигрени с аурой, в 38,4% случаев – другим видам головной боли.

При изучении генеалогического анамнеза удалось установить отсутствие жалоб на головную боль у родственников обследуемых детей лишь в 38,0%. В то же время жалобы на головную боль предъявляли родственники 80% пациентов с мигренью без ауры, 100% – с мигренью с аурой и 43,1% – с другими видами головной боли.

Таким образом, статистически значимыми факторами риска развития мигрени являются отягощенный семейный анамнез и нерациональное питание. Дисбаланс вегетативной нервной системы с преобладанием парасимпатической активности, проявляющейся эпизодами синкопе вазовагального генеза, сопряжен с развитием головной боли напряжения. Данные факты необходимо учитывать при проведении профилактических мероприятий для предупреждения развития первичной головной боли у детей.

3. Кваскова И.В., Шварков С.Б. Клинические проявления мигрени у детей // Журн. неврол. и психиатр. – 1999. – № 1. – С.15-17.

4. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders 2-nd Edition 1-st revision (May, 2005) // Cephalalgia. – 2005. – Vol. 25. – P.460-465.

**Информация об авторах:** 660022, Россия, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 3г, тел. 8 (391) 228-06-83, 228-06-81, 228-06-62, e-mail: imrn@imrn.ru, Васильева Людмила Викторовна – старший научный сотрудник, к.м.н.; Эверт Лидия Семеновна – ведущий научный сотрудник, д.м.н.; Макарова Марина Владимировна – старший научный сотрудник, к.м.н.; Катгушенко Ольга Геннадьевна – младший научный сотрудник, клинический психолог.