



Некоторые особенности психоэмоциональной сферы у детей и подростков (5–18 лет) с мигренью

П.В. Жмылёва^{1, 2}, Н.А. Ковальчук¹, Г.Р. Табеева¹✉

¹ ФГАУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет); Россия, г. Москва

² ГБУЗ «Тамбовская областная детская клиническая больница»; Россия, г. Тамбов

РЕЗЮМЕ

Цель исследования: выявление особенностей психоэмоциональных характеристик детей и подростков с мигренью.

Дизайн: сравнительное исследование.

Материалы и методы. Обследованы 160 пациентов дошкольного (5–6 лет), младшего школьного (7–10 лет), среднего школьного (11–14 лет) и старшего школьного возраста (15–18 лет). Пациенты с верифицированным диагнозом «мигрень» (G43.0, 43.1, 43.3, 43.8 по МКБ-10) составляли основную группу (I, n = 80), без мигрени — группу сравнения (II, n = 80).

Проведены анкетирование со сбором жалоб, анамнеза заболевания и жизни, семейного анамнеза и данных об особенностях течения раннего периода жизни ребенка, стандартный неврологический и соматический осмотр, комплексное клиническое и клинико-лабораторное обследование.

Результаты. Среди обследованных с жалобами на головные боли 80,0% оценивали цефалгию как сильную, сопровождающуюся выраженным ограничением (в 1/3 случаев) или значительным снижением (в 2/3 случаев) повседневной активности. У подростков I группы чаще, чем во II группе, отмечалось наличие легкой депрессии ситуационного или невротического генеза (18,7% против 13,5%), а также чаще выявлялись высокие уровни ситуативной и личностной тревожности (28,8% против 11,4% и 33,8% против 11,4% соответственно).

Заключение. Особенности психоэмоционального состояния детей и подростков с мигренью обуславливают необходимость их психологической поддержки, особенно при наличии депрессии и тревоги.

Ключевые слова: мигрень, головная боль, психоэмоциональное состояние.

Вклад авторов: Жмылёва П.В. — разработка концепции и дизайна исследования, сбор и обработка материала, написание текста; Ковальчук Н.А. — сбор и обработка материала, статистическая обработка; Табеева Г.Р. — разработка концепции и дизайна исследования, научное редактирование, утверждение рукописи для публикации.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Жмылёва П.В., Ковальчук Н.А., Табеева Г.Р. Некоторые особенности психоэмоциональной сферы у детей и подростков (5–18 лет) с мигренью. Доктр.Ру. 2022; 21(7): 28–33. DOI: 10.31550/1727-2378-2022-21-7-28-33



Some Characteristics of the Psychoemotional Aspect in Children and Adolescents (5–18 years old) with Migraine

P.V. Zhmyleva^{1, 2}, N.A. Kovalchuk¹, G.R. Tabeeva¹✉

¹ I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University) (a Federal Government Autonomous Educational Institution of Higher Education), Russian Federation Ministry of Health; 8 Trubetskaya St., Bldg. 2, Moscow, Russian Federation 119991

² Tambov Regional Children Clinical Hospital; 80 Ryleeva Str., Tambov, Russian Federation 392000

ABSTRACT

Study Objective: To identify the features of psychoemotional characteristics of children and adolescents with migraine.

Study Design: Comparative study.

Materials and methods. We examined 160 patients: preschool children (5–6 years old), primary school-aged children (7–10 years old), secondary school-aged children (11–14 years old), and high school-aged children (15–18 years old). Patients with verified migraine (G43.0, 43.1, 43.3, 43.8 as per ICD-10) were included into study group (I, n = 80), patients without migraine comprised group (controls) II, n = 80).

Questionnaires were used to find out complaints, collect medical and family history, history of early development of the child; children underwent standard neurological and somatic tests and a comprehensive clinical and laboratory examination

Study Results. 80.0% of subjects who complained of headache said their headache was severe and either markedly (1/3 of cases), or significantly (2/3 of cases) affecting their daily life. Patients in group I more frequently had mild situational or neurotic depression vs. group II (18.7% vs. 13.5%) and situational or personal anxiety (28.8% vs. 11.4% and 33.8% vs. 11.4%, respectively).

Conclusion. The specific features of the psychoemotional state of children and adults with migraine require psychological support, especially in depression and anxiety.

Keywords: migraine, headache, psychoemotional state.

Contributions: Zhmyleva, P.V. — study concept and design, collection and processing of the material, text of the article; Kovalchuk, N.A. — collection and processing of the material, statistical processing; Tabeeva, G.R. — study concept and design, scientific editing, approval of the manuscript for publication.

✉ Табеева Гюзьяль Рафкатовна / Tabeeva, G.R. — E-mail: grtabeeva@gmail.com

Conflict of interest: The authors declare that they do not have any conflict of interests.

For citation: Zhmyleva P.V., Kovalchuk N.A., Tabeeva G.R. Some Characteristics of the Psychoemotional Aspect in Children and Adolescents (5–18 years old) with Migraine. Doctor.Ru. 2022; 21(7): 28–33. (in Russian). DOI: 10.31550/1727-2378-2022-21-7-28-33

ВВЕДЕНИЕ

Мигрень является тяжелым хроническим заболеванием и характеризуется приступами головной боли, которую отличают пульсирующий характер, выраженная интенсивность, усиливающаяся от стресса, усталости, физической нагрузки, и часто сопровождаются тошнотой, рвотой, свето- и звукобоязнью [1–5].

Известно, что различные триггеры могут влиять на инициацию мигрени, а также обуславливать тяжесть течения разных фаз приступа [6]. Многие продукты и напитки провоцируют приступы мигрени, наиболее распространенными из них являются шоколад, сыр, цитрусовые и алкоголь [7]. По представленным данным, среди 500 лиц, страдающих мигренью, которые прошли анкетирование по поводу чувствительности к еде, 75% в качестве провоцирующего приступов фактора указали на шоколад, 48% — на сыр, 30% — на цитрусовые и 25% — на алкогольные напитки. У детей основными пищевыми триггерами были сыр, шоколад и цитрусовые [8–10].

Дети, как и взрослые, часто связывают головную боль со стрессом, при этом подростки, особенно девочки, являются более восприимчивыми к нему [11, 12]. Стресс и другие триггеры могут быть тесно связаны с приступами мигрени у восприимчивых пациентов, а тревога влияет на тяжесть, порог возникновения и частоту головных болей [13–15].

Мигрень часто встречается в детском возрасте, среди 10-летних детей ее распространенность достигает 5% [1]. До 11–12 лет мигрень чаще наблюдается у мальчиков, однако в пубертатном возрасте нарастает ее представленность у девочек, причем к 15 годам ее в 3 раза чаще выявляют в женской популяции [1].

С клинической точки зрения отличительными особенностями мигренозного приступа у детей являются малая длительность (от 30 минут до нескольких часов) и двусторонняя локализация головной боли. В критериях диагностики мигрени у детей продолжительность приступов определена в границах от 1 до 72 часов [1]. Характерный односторонний паттерн цефалгии в большей степени свойственен подросткам. У детей младшего возраста (5–10 лет) чаще отмечаются двусторонние боли в области лба (60,9%), в височной (38,67%) и перiorбитальной зоне (53,17%). Часто у детей боль имеет сжимающий, сдавливающий характер с элементами пульсации [2].

Выявление особенностей мигрени в клинической практике у детей осложнено тем, что детям трудно описать характер, локализацию боли и наличие сопровождающих симптомов. Поэтому у пациентов детского возраста часто используют методы визуализации субъективных ощущений с помощью рисунков, шаблонов с градуированными оценками интенсивности боли и сопровождающих симптомов [4, 5]. Результаты исследований показывают также, что детские рисунки головной боли имеют высокую прогностическую ценность и помогают отграничить педиатрические головные боли немигренозного характера от головных болей, связанных с мигренью [16–18]. Полезность анализа детских рисунков в качестве дополнительного диагностического метода подтверждена несколькими сериями исследований в разных группах населения различных стран [19, 20].

Показано, что плохое психологическое здоровье опосредует связь между наличием хронических соматических

заболеваний в детском возрасте и развитием депрессии позднее, — это указывает на необходимость выявления психологических особенностей на ранней стадии заболевания у ребенка [20, 21].

Наряду с изучением эпидемиологических, генетических характеристик мигрени у детей особую актуальность приобретает анализ аспектов, которые связаны с ее клинико-психологическими особенностями, вызывающими наиболее выраженные нарушения адаптации [22, 23]. Как показывает повседневная практика, приоритетным подходом в профилактике и лечении мигренозных цефалгий остается применение лекарственных средств, а поведенческая терапия ввиду недостаточной изученности остается вспомогательным лечебным методом.

Целью исследования явилось выявление особенностей психоэмоциональных характеристик пациентов детского и подросткового возраста с мигренью.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на базе Тамбовской областной детской клинической больницы с ноября 2019 по апрель 2020 г. За этот период из числа проходивших обследование и лечение в педиатрическом и психоневрологическом отделениях методом случайной выборки было отобрано 160 пациентов четырех возрастных групп: дошкольного (5–6 лет), младшего школьного (7–10 лет), среднего школьного (11–14 лет) и старшего школьного возраста (15–18 лет).

С учетом вариабельности профиля заболевания участников исследования разделили на две группы. В основную (I) группу были включены 80 детей и подростков, которые получали лечение в психоневрологическом отделении с жалобами на головную боль, отвечавшую критериям мигрени (G43.0, G43.1, G43.3, G43.8 по МКБ-10 в качестве основного или сопутствующего диагноза). Среди других патологий у участников этой группы отмечались невралгия лицевого нерва, головные боли напряжения, вегетативная дисфункция пубертатного периода и др. Группу сравнения (II) составили 80 пациентов детского и подросткового возраста, которые проходили лечение в педиатрическом отделении в связи с различными соматическими и неврологическими заболеваниями (сахарным диабетом I и II типа, гастритом, тахикардией, анемией, желудочковой экстрасистолой и т. д.) и не имели диагноза «мигрень».

Перед анкетированием родители или сами испытуемые, если они были старше 15 лет, подписывали форму информированного согласия на участие в исследовании. На вопросы анкеты отвечали родители, при анкетировании участников старше 15 лет — совместно подростки (в части описания головной боли) и родители. В рамках анкетирования в том числе осуществлялся сбор жалоб, анамнеза заболевания и жизни, семейного анамнеза, данных об особенностях течения раннего периода жизни ребенка.

Все испытуемые прошли комплексное клиническое и клинико-лабораторное обследование, стандартный неврологический и соматический осмотр. Во всех случаях были проведены ЭКГ, ЭЭГ, УЗИ органов брюшной полости, клинический и биохимический анализ крови (выбор показателей определялся индивидуально, в минимальный перечень входили уровни АСТ, АЛТ и глюкозы), общие анализы мочи и кала.

По показаниям дополнительно проводились МРТ головного мозга, осмотр окулистом, консультация психолога.

В дальнейшем в рамках анкетирования участники исследования, получавшие лечение по поводу головной боли, под контролем клинического психолога прошли психодиагностическое обследование, при котором использовались:

- анализ рисунков, отражающих самочувствие испытуемого до, во время и после мигренозного приступа [19–22];
- шкала оценки влияния мигрени на повседневную активность (англ. Migraine Disability Assessment Scale — MIDAS) в адаптированном варианте для детского тестирования [22–24];
- визуально-аналоговая шкала (ВАШ) для оценки интенсивности боли — традиционная и со смайликами (у каждого участника применялись оба варианта шкалы) [25, 26];
- шкала Т.И. Балашовой для дифференциальной диагностики депрессивных состояний и других эмоциональных нарушений, а также оценки степени их выраженности (тестировались подростки старше 11 лет) [27];
- шкала ситуативной и личностной тревожности по тесту Спилбергера [28–30].

Для получения рисунков клинический психолог на начальном этапе предоставлял пациенту чистый, неразлинованный лист белой бумаги размера А4 и набор из 12 цветных карандашей. Затем ему предлагали нарисовать (спроецировать на рисунок) свои ощущения до, во время и после приступа мигрени, локализацию боли, что он делает при головной боли. Такие рисунки позволяют детальнее оценить психоэмоциональный статус детей с мигренью, свести к минимуму предвзятость и применение наводящих вопросов.

Шкала тревоги Спилбергера — Ханина (англ. State-Trait Anxiety Inventory — STAI) является способом самооценки уровней ситуативной, или реактивной, тревожности как состояния в данный момент и личностной тревожности как устойчивой характеристики человека. Результаты STAI оцениваются по суммарному количеству баллов: до 30 баллов — низкий уровень тревожности; 31–44 балла — умеренный уровень; 45 и более — высокий уровень тревожности [28–30].

Статистическая обработка данных проводилась в программном пакете STATISTICA 12.0 (США). Категориальные данные описывали с указанием абсолютных значений и процентных долей. Процентные доли при анализе четырехпольных таблиц сопряженности сравнивали с помощью критерия хи-квадрат (χ^2) Пирсона (при значениях ожидаемого явления более 10). Количественные показатели оценивали на предмет соответствия нормальному распределению с помощью критериев Шапиро — Уилка (при числе исследуемых до 50 включительно) и Колмогорова — Смирнова (при числе исследуемых более 50). Количественные показатели имели распределение, отличное от нормального, и описывались с помощью медианы и квартилей (Me [Q₁; Q₃]), в качестве статистического метода для оценки значимости их различий в исследуемых группах использовали критерий Манна — Уитни.

Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В рамках исследования на базе психоневрологического и педиатрического отделений Тамбовской областной детской клинической больницы было обследовано 160 детей и подростков в возрасте от 5 до 18 лет, общая характеристика которых представлена в таблице 1.

Как видно из этой таблицы, в обеих группах девочки преобладали над мальчиками и преобладали подростки в возрасте от 11 до 18 лет. Статистически значимых раз-

Таблица 1 / Table 1

Общая характеристика участников исследования (n = 160)

General characteristics of examined children (n = 160)

Показатели		Группа I (n = 80)		Группа II (n = 80)	
		абс.	%	абс.	%
Пол	мальчики	18	22,5	24	30,0
	девочки	62	77,5	56	70,0
Возраст, лет	5–10	16	20,0	32	40,0
	11–18	64	80,0	48	60,0

Примечание. I — основная группа, II — группа сравнения.

Note. I = study group; II = comparison group.

личий по возрасту и полу пациентов исследуемые группы не имели ($p = 0,41$).

По результатам анкетирования у участников I группы были обнаружены пищевые триггеры, которые могли влиять на патофизиологию мигрени, а также на течение одной или нескольких фаз мигренозного приступа: 8,75% ($n = 7$) указали на шоколад как на провоцирующий фактор; 7,5% ($n = 6$) — на голод; 5,0% ($n = 4$) — на кофе; 3,75% ($n = 3$) — на орехи; 2,5% ($n = 2$) — на сыр и 1,25% ($n = 1$) — на цитрусовые.

Полученные рисунки интерпретировались клиническим психологом индивидуально под каждого пациента, с учетом эмоционального состояния и особенностей рисования (таких как нажим карандаша, штриховка, цветовая гамма) (рис. 1). В данном тесте не имел значения уровень художественных навыков испытуемых — анализировалась именно субъективная оценка ими своих переживаний.

Обработка рисунков позволяет заключить, что во время мигренозного приступа дети и подростки испытывают напряжение, связанное с болью. Участники исследования рисовали цветы, солнце, которое закрывает туча при приступе головной боли, себя, и во всех рисунках четко прослеживались негативные ощущения во время приступа мигрени. При этом в цветовой гамме отмечались скучные цвета — в основном серые, черные, синие, — что отражает подавленность, отверженность, эмоциональную отгороженность. Чрезмерная штриховка рисунков указывала на повышенную тревожность во время приступа мигрени. Рисунки, отражавшие ощущения после приступа, говорили о расслаблении, радости, приподнятом настроении, а одна девочка подписала, что после приступа она «очень расслаблена и хочет спать».

Рис. 1. Рисунки пациентов I группы с отражением ощущений до, во время и после приступа мигрени.

Из архива авторов

Fig. 1. Drawings by patients in group I reflecting the feelings before, during and after an event of migraine.

From the authors' archive



Далее для изучения влияния мигрени на повседневную активность пациентов использовали опросник MIDAS [22–24]. Степень влияния мигрени определяли путем подсчета баллов и оценки дезадаптации на основе их ранжирования. По полученным данным, большинство детей и подростков с мигренью (80%, $n = 64$) ощущают во время приступов сильную боль, что у $1/3$ из них ($n = 22$) приводит к выраженному ограничению повседневной активности и у $2/3$ ($n = 42$) значительно снижает повседневную активность (рис. 2).

Хорошо известно, что детям сложно вербализировать свои жалобы, а также оценить интенсивность боли с помощью обычной ВАШ от 0 до 10 баллов [25, 26]. Поэтому в рамках проведенного исследования для оценки интенсивности, локализации и характеристик головной боли участникам было предложено оценить испытываемую ими боль по двум вариантам ВАШ: традиционной шкале и шкале со смайликами — лицами с выражением различных эмоций. Смайлики варьировались от улыбающихся («нет боли») до грустных, со слезами на глазах («выраженная боль»). Чаще всего испытуемые выбирали смайлик, ассоциирующийся с болью средней интенсивности. Средняя оценка боли составила 5,9 балла (5 [4; 6]; min — 2 балла, max — 9 баллов).

Основным этапом исследования была оценка результатов психологического тестирования подростков старше 11 лет по шкале Т.И. Балашовой, позволявшая определить уровни депрессии в сравниваемых группах [27]. В анализ результатов тестирования вошли данные 64 пациентов основной

группы и 37 пациентов группы сравнения. В ходе работы у 12 (18,7%) подростков I группы и 5 (13,5%) подростков II группы суммарные оценки составили от 50 до 59 баллов, что позволяло говорить о наличии у этих пациентов легкой депрессии ситуационного или невротического генеза. Статистически значимых различий по средним значениям шкалы Т.И. Балашовой в сравниваемых группах не выявлено (χ^2 Пирсона, $p = 0,783$). Случаев клинически значимой депрессии в обеих группах не обнаружено.

Анализ по шкале STAI позволяет говорить о том, что в основной группе преобладала умеренная, а в группе сравнения — низкая ситуативная тревожность (табл. 2).

Реактивная (ситуативная) тревога, возникающая в условиях актуальной стрессовой ситуации, характеризуется субъективным дискомфортом, напряженностью, беспокойством и вегетативным возбуждением. Это состояние отличается неустойчивостью во времени и различной интенсивностью в зависимости от силы воздействия стрессовой ситуации. Таким образом, значение итогового показателя по данной подшкале позволяет не только оценить уровень актуальной тревоги испытуемого, но и определить, находится ли он под воздействием стрессовой ситуации и если да, то какова интенсивность этого воздействия на него. В основной группе количество пациентов с выявленной высокой ситуативной тревожностью (28,8%, $n = 23$) в 2,5 раза превышало данный показатель в группе сравнения (11,4%, $n = 9$) ($p < 0,003$). Кроме того, 33,8% ($n = 27$) участников I группы имели высокую личностную тревожность, тогда как среди обследованных II группы доля лиц с высоким уровнем личностной тревожности составила 11,4% ($n = 9$) (см. табл. 2).

В результате сопоставления показателей ситуативной и личностной тревожности в сравниваемых группах были выявлены статистически значимые различия (χ^2 Пирсона, $p = 0,003$ и $p < 0,001$ соответственно) (см. табл. 2).

В ходе статистического анализа в I группе установлены статистически значимые различия между уровнем реактивной тревожности и оценкой интенсивности боли по ВАШ ($p < 0,05$), которые говорят о том, что при оценке уровня головной боли ребенок опирается на свое внутреннее психоэмоциональное состояние. В I группе достоверно коррелировали между собой влияние мигрени на повседневную активность, оцененное по шкале MIDAS, и уровень депрессии, определенный по методике Т.И. Балашовой ($p < 0,05$), что свидетельствует о значимости психоэмоциональных нарушений для симптомообразования мигрени у детей. При этом достоверной корреляции между результатами, полученными по шкалам MIDAS и ВАШ, выявлено не было [22–26].

Таблица 2 / Table 2

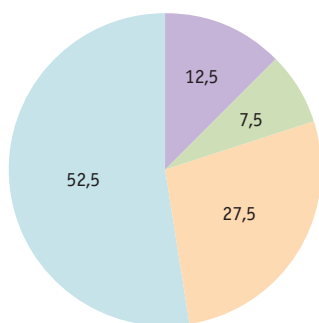
Сравнительная характеристика уровней ситуативной и личностной тревожности Comparison of the rate of situational and personal anxiety

Тревожность	Уровни тревожности	Группа I ($n = 80$)		Группа II ($n = 79$)		P
		абс.	%	абс.	%	
Ситуативная	низкий (1)	21	26,2	39	49,4	0,003 $p_{1-3} = 0,002$
	умеренный (2)	36	45,0	31	39,2	
	высокий (3)	23	28,8	9	11,4	
Личностная	низкий (1)	8	10,0	28	35,4	< 0,001 $p_{1-2} = 0,005$ $p_{1-3} < 0,001$ $p_{2-3} = 0,017$
	умеренный (2)	45	56,2	42	53,2	
	высокий (3)	27	33,8	9	11,4	

Рис. 2. Результаты обследования пациентов I группы по опроснику MIDAS, %

Fig. 2. MIDAS results for children in group I, %

- малая интенсивность боли, отсутствие изменений или минимальное снижение повседневной активности
- умеренная боль, незначительное ограничение повседневной активности
- сильная боль, выраженное ограничение повседневной активности
- сильная боль, значительное снижение повседневной активности



Результаты психологического обследования показали, что тяжесть течения болезни оказывает существенное влияние на эмоциональное состояние ребенка, его представление о себе и самооценку, общительность и мотивационно-личностную сферу. Клинический анализ и динамическое наблюдение за пациентами I группы в отделении, а также оценка рисунков позволили выявить особенности их психоэмоциональной сферы, которые носят стойкий характер и коррелируют с характеристиками и тяжестью головной боли. В целом детей и подростков с мигренью характеризуют сужение мотивационно-потребностной сферы, чрезмерная фиксация внимания на вопросах лечения и выздоровления, что постепенно приводит к недостатку активности, отказам от деятельности и формированию безынициативности и бездеятельности. Это принципиально отличает их от лиц того же пола и возраста, не страдающих мигренью.

Психоэмоциональные нарушения у пациентов с мигренью оказывают значимое влияние на повседневную активность, что обуславливает необходимость их выявления и включения соответствующих терапевтических подходов в общую стратегию лечения заболевания.

ОБСУЖДЕНИЕ

В исследовании участвовали 160 детей и подростков в возрасте 5–18 лет. Основную группу составили 80 испытуемых с мигренью, группу сравнения — 80 испытуемых без жалоб на головную боль. В обеих группах преобладали девочки и было больше подростков в возрасте 11–18 лет, что соответствует данным эпидемиологических исследований [25, 28, 29].

В психоэмоциональном состоянии пациентов, которые находились на стационарном лечении по поводу головной боли, отмечены изменения в сравнении с группой без мигрени.

Рисунки участников основной группы свидетельствовали о негативных сдвигах в их эмоциональном состоянии во время приступа мигрени. Наши результаты показывают, что анализ детских рисунков — это простой, недорогой и неинвазивный метод, который может применяться в клинических условиях с целью дополнительной оценки психоэмоционального состояния детей.

По данным опросника MIDAS, большинство детей и подростков с мигренью (80,0%, $n = 60$) ощущают во время приступов сильную боль, что существенно сказывается на их повседневной активности [22–24].

Учитывая, что у 12 и 5 подростков I и II группы соответственно суммарные оценки составили от 50 до 59 баллов, можно говорить о наличии у этих пациентов легкой депрессии ситуационного или невротического генеза, статисти-

чески значимых различий сравниваемых групп по средним значениям шкалы Т.И. Балашовой не выявлено (χ^2 Пирсона, $p = 0,783$). Подростков с клинически значимой депрессией в обеих группах не обнаружено [27].

Средняя оценка боли с применением традиционной ВАШ составила 5,9 балла, что соответствует боли средней интенсивности. Статистически значимые различия между результатами, полученными по MIDAS и ВАШ, отсутствовали [22–26].

Оценка уровня тревоги по шкале STAI свидетельствовала о низкой реактивной тревожности у 49,4% ($n = 39$) пациентов II группы в сравнении с 26,2% ($n = 21$) в I группе [28–30]. Высокая реактивная тревожность в I группе присутствовала у 28,8% ($n = 23$) обследованных, во II группе — у 11,4% ($n = 9$). Наряду с этим в основной группе почти в 3 раза чаще отмечалась высокая личностная тревожность: в 33,8% случаев ($n = 27$) против 11,4% ($n = 9$) в группе сравнения.

Результаты психологического обследования показали существенное влияние приступов мигрени на психоэмоциональное состояние испытуемых, что подтверждает необходимость комплексного подхода к лечению мигрени у детей и подростков с обязательным включением психологического обследования и анализа его результатов.

Данные настоящего исследования подтверждают роль поведенческих методов в лечении мигрени. Притом что профилактическое фармакологическое лечение является приоритетной стратегией при мигрени, у детей его эффективность остается низкой, применение же различных немедикаментозных методов, прежде всего поведенческой терапии, значительно повышает возможности лечения этих пациентов [31–41]. Поэтому поведенческие методы лечения, включающие в себя обучающие программы, техники контроля боли, глубокое диафрагмальное дыхание, прогрессивную мышечную релаксацию, программы управляемых образов, биологическую обратную связь, являются важной составляющей лечения детей и подростков [42–46]. Для разработки эффективных индивидуализированных стратегий нефармакологического лечения мигрени у пациентов детского и подросткового возраста требуется тщательный анализ особенностей их психоэмоциональной сферы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты представленного исследования свидетельствуют, что приступы мигрени оказывают существенное влияние на психоэмоциональное состояние пациентов детского и подросткового возраста. Это обуславливает необходимость психологической поддержки детей и подростков с мигренью, особенно при наличии депрессии и тревоги.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Abu-Arafeh I., Razak S., Sivaraman B., Graham C. Prevalence of headache and migraine in children and adolescents: a systematic review of population-based studies. *Dev. Med. Child Neurol.* 2010; 52(12): 1088–97. DOI: 10.1111/j.1469-8749.2010.03793.x
2. Rocha-Filho P.A.S., Gherpelli J.L.D. Premonitory and Accompanying Symptoms in Childhood Migraine. *Curr. Pain Headache Rep.* 2022; 26(2): 151–63. DOI: 10.1007/s11916-022-01015-z
3. Hershey A.D. Current approaches to the diagnosis and management of paediatric migraine. *Lancet Neurol.* 2010; 9(2): 190–204. DOI: 10.1016/S1474-4422(09)70303-5
4. Lipton R.B., Manack A., Ricci J.A., Chee E. et al. Prevalence and burden of chronic migraine in adolescents: results of the chronic daily headache in adolescents study (C-dAS). *Headache.* 2018; 51(5): 693–706. DOI: 10.1111/j.1526-4610.2011.01885.x. Epub. 2011 Apr. 26.
5. Yaghini O., Badihian N., Badihian S. The efficacy of topiramate in benign paroxysmal torticollis of infancy: report of four cases. *Pediatrics.* 2016; 137(4): e20150868. DOI: 10.1542/peds.2015-0868

6. Millichap J.G., Yee M.M. The diet factor in pediatric and adolescent migraine. *Pediatr. Neurol.* 2003; 28(1): 9–15. DOI: 10.1016/s0887-8994(02)00466-6
7. Raucci U., Boni A., Evangelisti M., Vecchia N.D. et al. Lifestyle modifications to help prevent headache at a developmental age. *Front. Neurol.* 2021; 11: 618375. DOI: 10.3389/fneur.2020.618375
8. Khorsha F., Mirzababaei A., Togha M., Mirzaei K. Association of drinking water and migraine headache severity. *J. Clin. Neurosci.* 2020; 77: 81–4. DOI: 10.1016/j.jocn.2020.05.034
9. Gelfand A.A., Irwin S.L. Lifestyle advice for pediatric migraine: blaming the patient, or evidence based? *Semin. Neurol.* 2020; 40(3): 277–85. DOI: 10.1055/s-0040-1708868
10. Kneistrick K.E., Gibling R.C., Reidy B.L., Powers S.W. Psychological interventions for pediatric headache disorders: a 2021 update on research progress and needs. *Curr. Pain Headache Rep.* 2022; 26(1): 85–91. DOI: 10.1007/s11916-022-01007-z
11. Grazzi L., Grignani E., Raggi A., Rizzoli P. et al. Effect of a mindfulness-based intervention for chronic migraine and high frequency episodic migraine

- in adolescents: a pilot single-arm open-label study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021; 18(22): 11739. DOI: 10.3390/ijerph182211739
12. Gíbler R.C., Kneistrick K.E., Reidy B.L., Lax D.N. et al. Management of chronic migraine in children and adolescents: where are we in 2022? *Pediatric Health Med. Ther.* 2022; 13: 309–23. DOI: 10.2147/PHMT.S334744
 13. Oskoui M., Pringsheim T., Managan Y.H., Potrebic S. et al. Practice guideline update summary: Acute treatment of migraine in children and adolescents: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Headache Society. *Neurology*. 2019; 93(11): 487–99. DOI: 10.1212/WNL.0000000000008095
 14. Loh N.R., Whitehouse W.P., Howells R. What is new in migraine management in children and young people? *Arch. Dis. Child*. 2022; archdischild-2021-322373. DOI: 10.1136/archdischild-2021-322373
 15. Talai A., Heilbrunn B. Ondansetron for acute migraine in the pediatric emergency department. *Pediatr. Neurol.* 2020; 103: 52–6. DOI: 10.1016/j.pediatrneurol.2019.06.011. Epub. 2019 Jul. 5.
 16. VanderPluym J., Gautreaux J., Burch R., Whitaker E. et al. Evidence regarding medication overuse headache in children and adolescents: Protocol for a systematic review. *Headache*. 2020; 60(1): 171–7. DOI: 10.1111/head.13726
 17. Ziplow J. The psychiatric comorbidities of migraine in children and adolescents. *Curr. Pain Headache Rep.* 2021; 25(11): 69. DOI: 10.1007/s11916-021-00983-y
 18. Stafstrom C.E., Rostasy K., Minster A. The usefulness of children's drawings in the diagnosis of headache. *Pediatrics*. 2002; 109(3): 460–72. DOI: 10.1542/peds.109.3.460
 19. Stafstrom C.E., Goldenholz S.R., Dulli D.A. Serial headache drawings by children with migraine: correlation with clinical headache status. *J. Child Neurol.* 2005; 20(10): 809–13. DOI: 10.1177/08830738050200100501
 20. Mazzotta S., Pavlidis E., Cordori C., Spagnoli C. et al. Children's headache: drawings in the diagnostic work up. *Neuropediatrics*. 2015; 46(4): 261–8. DOI: 10.1055/s-0035-1550147
 21. Davidsson O.B., Rostgaard K., Hjalgrim L.L., Chalmer M.A. et al. Childhood cancer confers increased risk of migraine — A Danish Nationwide Register Study. *Cancer Epidemiol.* 2022; 81: 102278. DOI: 10.1016/j.canep.2022.102278
 22. Mosquera M.S., Martino G.H. Children and adolescent's drawing for the diagnosis of migraine. *Arch. Argent. Pediatr.* 2008; 106(1): 11–8.
 23. Bergmans R.S., Smith J. Associations of mental health and chronic physical illness during childhood with major depression in later life. *Aging Ment. Health*. 2022; 26(9): 1813–20. DOI: 10.1080/13607863.2021.1958143. Epub. 2021 Aug. 6.
 24. Newman L.C., Newman E.B. Rebound abdominal pain: noncephalic pain in abdominal migraine is exacerbated by medication overuse. *Headache*. 2008; 48(6): 959–61. DOI: 10.1111/j.1526-4610.2008.01126.x
 25. Lagman-Bartolome A.M., Lay C. Pediatric migraine variants: a review of epidemiology, diagnosis, treatment, and outcome. *Curr. Neurol. Neurosci. Rep.* 2015; 15(6): 34. DOI: 10.1007/s11910-015-0551-3
 26. Greene K., Irwin S.L., Gelfand A.A. Pediatric Migraine: An Update. *Neurol. Clin.* 2019; 37(4): 815–33. DOI: 10.1016/j.ncl.2019.07.009
 27. Карелин А.А. Большая энциклопедия психологических тестов. М.: Эксмо; 2007: 34–5. [Karelin A.A. Great encyclopaedia of psychological tests. M.: Eksmo; 2007: 34–5. (in Russian)]
 28. Førland-Schill A., Berring-Uldum A., Debes N.M. Migraine pathophysiology in children and adolescents: A review of the literature. *J. Child Neurol.* 2022; 37(7): 642–51. DOI: 10.1177/08830738221100888
 29. Liu A. Headaches. *Pediatr. Ann.* 2021; 50(12): e479–e485. DOI: 10.3928/19382359-20211112-01
 30. Wöber-Bingöl C. Epidemiology of migraine and headache in children and adolescents. *Curr. Pain Headache Rep.* 2013; 17(6): 341. DOI: 10.1007/s11916-013-0341-z
 31. Kelly M., Strelzik J., Langdon R., DiSabella M. Pediatric headache: overview. *Curr. Opin. Pediatr.* 2018; 30(6): 748–54. DOI: 10.1097/MOP.0000000000000688
 32. Swartwood S., Pham K., Candee M.S. Pediatric migraine phenomena and variants: don't let them go over your head. *Curr. Pain Headache Rep.* 2020; 24(9): 47. DOI: 10.1007/s11916-020-00879-3
 33. Taga A., Russo M., Genovese A., Paglia M.V. et al. Pediatric migraine with aura in an Italian case series. *Neurol. Sci.* 2017; 38 (suppl. 1): 185–7. DOI: 10.1007/s10072-017-2943-4
 34. You D.S., Albu S., Lisenhardt H., Meagher M.W. Cumulative childhood adversity as a risk factor for common chronic pain conditions in young adults. *Pain Med.* 2019; 20(3): 486–94. DOI: 10.1093/pm/pty106
 35. Dao J.M., Qubty W. Headache diagnosis in children and adolescents. *Curr. Pain Headache Rep.* 2018; 22(3): 17. DOI: 10.1007/s11916-018-0675-7
 36. Woldeamanuel Y.W., Cowan R.P. Migraine affects 1 in 10 people worldwide featuring recent rise: A systematic review and meta-analysis of community-based studies involving 6 million participants. *J. Neurol. Sci.* 2017; 372: 307–15. DOI: 10.1016/j.jns.2016.11.071. Epub. 2016 Dec. 3.
 37. Yusoff R., Janor R.M. Generation of an interval metric scale to measure attitude. *SAGE Open*. 2014; 4(1): 1–16. DOI: 10.1177/2158244013516768
 38. Kuhlmann T., Dantlgraber M., Reips U.-D. Investigating measurement equivalence of visual analogue scales and Likert-type scales in Internet-based personality questionnaires. *Behav. Res. Methods*. 2017; 49(6): 2173–81. DOI: 10.3758/s13428-016-0850-x
 39. Minen M.T., De Dhaem O.B., Van Diest A.K., Powers S. et al. Migraine and its psychiatric comorbidities. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. 2017; 87(7): 741–9. DOI: 10.1136/jnnp-2015-312233
 40. Ziplow J. The psychiatric comorbidities of migraine in children and adolescents. *Curr. Pain Headache Rep.* 2021; 25(11): 69. DOI: 10.1007/s11916-021-00983-y
 41. Gelfand A.A. Psychiatric comorbidity and paediatric migraine: examining the evidence. *Curr. Opin. Neurol.* 2017; 28(3): 261–4. DOI: 10.1097/WCO.0000000000000192
 42. O'Brien H.L., Slater S.K. Comorbid psychological conditions in pediatric headache. *Semin. Pediatr. Neurol.* 2016; 23(1): 68–70. DOI: 10.1016/j.spen.2016.01.002
 43. Oskoui M., Pringsheim T., Billingshurst L., Potrebic S. et al. Practice guideline update summary: Pharmacologic treatment for pediatric migraine prevention: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Headache Society. *Neurology*. 2019; 93(11): 500–9. DOI: 10.1212/WNL.00000000000008105
 44. Kroon Van Diest A.M., Powers S.W. Cognitive behavioral therapy for pediatric headache and migraine: why to prescribe and what new research is critical for advancing integrated biobehavioral care. *Headache*. 2019; 59(2): 289–97. DOI: 10.1111/head.13438. Epub. 2018 Nov. 16.
 45. Takeshita M., Ishida Y., Kano K., Go S. et al. Primary stabbing headache in children and adolescents. *Indian J. Pediatr.* 2021; 88(11): 1160. DOI: 10.1007/s12098-021-03889-0
 46. Nguyen E., Inger H., Jordan C., Rogers D. Ocular causes for headache. *Semin. Pediatr. Neurol.* 2021; 40: 100925. DOI: 10.1016/j.spen.2021.100925

Поступила / Received: 14.09.2022

Принята к публикации / Accepted: 03.10.2022

Об авторах / About the authors

Жмылёва Полина Владимировна / Zhmyleva, P.V. — аспирант кафедры нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет); врач-невролог детского психоневрологического отделения ГБУЗ «ТОДКБ». 119021, Россия, г. Москва, ул. Россолимо, д. 11, стр. 1. eLIBRARY.RU SPIN: 4671-5513. <https://orcid.org/0000-0001-8519-3822>. E-mail: polunapro@yandex.ru

Ковальчук Надежда Александровна / Kovalchuk, N.A. — аспирант кафедры нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет). 119021, Россия, г. Москва, ул. Россолимо, д. 11, стр. 1. eLIBRARY.RU SPIN: 5883-0684. <https://orcid.org/0000-0002-8437-7205>. E-mail: dr.N.Kovalchuk@yandex.ru

Табеева Гюзьял Рафкатовна / Tabeeva, G.R. — д. м. н., профессор кафедры нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет). 119021, Россия, г. Москва, ул. Россолимо, д. 11, стр. 1. eLIBRARY.RU SPIN: 6601-5867. <https://orcid.org/0000-0002-3833-532X>. E-mail: grtabeeva@gmail.com