

DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2024-28(3)-15

УДК: 616.89-008.44-053.6

КЛІНІЧНА СТРУКТУРА ТА ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БОЛЬОВИХ ТА НЕСПЕЦИФІЧНИХ СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ

Піпа Л. В.¹, Свістільник Р. В.¹, Лисиця Ю. М.¹, Руда В. І.¹, Філик А. В.¹, Одарчук І. В.¹, Невоя М. В.²

¹Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018),

²ТОВ "Красилівський медичний центр"Агапіт" (вул. Грушевського, 140/3, м. Красилів, Україна, 31000)

Відповідальний за листування:
e-mail: pipa_l_v@ukr.net

Статтю отримано 10 травня 2024 р.; прийнято до друку 14 червня 2024 р.

Анотація. Мета дослідження - вивчити частоту та поліморфізм клінічних проявів больових і неспецифічних соматоформних розладів у дітей в залежності від статі, віку, місця проживання і навчання. Обстежено 56 дітей з больовими і неспецифічними синдромами, які знаходились на лікуванні в КНП "Хмельницька обласна дитяча лікарня" Хмельницької обласної ради та в КП "Хмельницька міська дитяча лікарня" Хмельницької міської ради. Середній вік дітей 14,0±4,53 років. Серед них діти раннього підліткового віку (10-14 років) становили 57,2%, пізнього підліткового віку (15-18 років) - 42,8%. Клінічні прояви в обстежених дітей маніфестували у вигляді головного болю, вегетативною дисфункцією з порушенням терморегуляції, болями в спині, у м'язах та суглобах (фіброміалгії та артралгії), астеною, зниженням працездатності, підвищеною метеочутливістю, порушенням концентрації уваги. Неспецифічний стійкий больовий синдром мав місце у 56 дітей, зокрема, первинний головний біль виявили у 77,4% обстежених дітей, стійкий біль в суглобах - у 8,9%, біль в м'язах - у 8,5%, неспецифічний біль у спині - у 13,4% дітей; порушення функції терморегуляції - у 42,7%, астеною - у 35,3% дітей. Показано, що серед больових соматоформних розладів перше рангове місце у дітей займає головний біль, зокрема головний біль напруги та мігрень. Серед тригерних факторів переважали стрес, напруга, порушення сну. Отже, серед дітей підліткового віку з больовими і неспецифічними соматоформними розладами найчастіше діагностуються цефалгії з переважанням головного болю напруги та тривалий денний субфебрилітет як прояв вегетативних соматоформних розладів з порушенням терморегуляції. Водночас мігрень, епізодичні симптоми, асоційовані з мігренню, а також тригемінально-автономні варіанти головного болю та тривалий біль іншої локалізації зустрічалися в поодиноких випадках. Виявлено вікову залежність первинного головного болю: у дітей раннього підліткового віку частіше виникає головний біль напруги, у дітей старшого підліткового віку - мігрень, що важливо враховувати при диференціальній діагностиці головного болю, оскільки лікування цих форм головного болю зовсім різне.

Ключові слова: підлітки, больові та неспецифічні соматоформні розлади, первинний головний біль у дітей, мігрень, аура, головний біль напруги, тривалий субфебрилітет.

Вступ

В Україні протягом 10 років триває війна, що є однією з основних причин зміни демографічних показників, а саме зменшення народжуваності, що веде до зменшення кількості дитячого населення та зростання на цьому фоні захворюваності як інфекційної, так і соматичної [2, 15, 16, 26].

Особливе місце при цьому займають соматоформні розлади, асоційовані з емоційними порушеннями, психічними механізмами яких є хронічний стрес, страх, посттравматичний синдром, особливо у внутрішньо переміщених осіб, обумовлений втратою домівки, звичного способу життя, а то й близьких людей [1, 3, 4, 5, 8, 10, 12, 15, 18, 20].

Больовий неспецифічний соматоформний розлад (БНСР) розглядається в МКБ-10 в рубриці F45.3 і є одним із найчастіших соматоформних розладів, який проявляється больовими симптомами різної локалізації (головний, спинний біль, біль в м'язах, суглобах, шиї та ін.), астеною різного ступеня важкості, порушенням терморегуляції [11, 14].

Неспецифічний соматоформний больовий синдром

різко погіршує якість життя як дорослого пацієнта, так і дитини. На відміну від соматичного болю, про соматоформний біль (SSP) слід думати тоді, коли він триває довго та має безперервний або рецидивуючий перебіг, і при цьому виключені органічні чинники болю [11, 17, 25].

Серед больових синдромів, найбільш часто зустрічається первинний головний біль і біль в спині та шиї. Найбільш поширеними формами первинного головного болю згідно з класифікацією International Classification of Headache Disorders, версія 3 (ICHD-3) є мігрень, головний біль напруги (ГБН), вегетативні цефалгії [17].

Перше рангове місце, за даними літератури, займає мігрень. Цей вид головного болю триває від 4-6 годин до 3-х діб і більше, має однобічний пульсуючий характер, помірну або виражену інтенсивність, посилюється при фізичному навантаженні, супроводжується вегетативними розладами, зокрема нудотою, блювотою, фотофобією, фонофобією. Мігрень поділяється на мігрень з аурую та мігрень без аури [11, 17].

У дітей мігрень часто протікає без аури та має двоб-

ічну локалізацію, а наявність аури дітям не завжди вдається описати, особливо при перших мігренозних нападах, що затримуєчасну діагностику й лікування.

Частота головного болю напруги, за даними літератури, складає 12,2-55,2%. Головний біль напруги відрізняється від мігренозного болю тим, що має стискальний характер з двобічною локалізацією, легку або помірну інтенсивність, не посилюється при фізичному навантаженні і не супроводжується нудотою, блювотою. Лише зрідка хворі з головним болем напруги вказують на фотофобію або фонофобію. За даними ICHD-3, головний біль напруги поділяється на епізодичний частий та епізодичний нечастий головний біль. Про частий головний біль напруги думають тоді, коли він виникає не менше 1-14 днів на місяць протягом 3-х місяців і більше. Як і при мігрені, так і при головному болю напруги патогенез розвитку захворювання не залишається до кінця зрозумілим [8, 13, 17, 22, 24].

Первинні тригемінально-вегетативні цефалгії зустрічаються рідко, характеризуються однобічною локалізацією, дуже інтенсивним болем і вираженими вегетативними розладами з переважанням ваготонії [9, 21].

У 2020 році опубліковано результати проведеного в Німеччині наукового дослідження, яке продемонструвало, що частота розвитку первинного головного болю така ж, як і частота болю в спині та в шиї. Майже в кожного другого пацієнта з неспецифічним больовим синдромом (40% випадків) одночасно виявляли біль різної локалізації. Особливо поширеною скаргою у хворих з соматоформними розладами є біль в шиї, який зумовлений, переважно, хронічним стресом та афективними станами, насамперед депресією. Доведено, що у 89% випадків міофасціальний та м'язово-тонічний синдроми мають також неспецифічний характер, тобто належать до соматоформних розладів [21].

Мета дослідження - вивчити частоту та поліморфізм клінічних проявів больових і неспецифічних соматоформних розладів у дітей в залежності від віку, статі та місця навчання.

Матеріали та методи

Обстежено 380 дітей зі встановленими соматоформними розладами з боку різних органів і систем. Перше рангове місце займали функціональні розлади шлунково-кишкового тракту (143 дитини, що складає 37,6%), друге - кардіо-респіраторні соматоформні розлади (121 дитина - 31,8%) та соматоформні розлади зі боку сечовидільної системи (58 дітей - 15,2%). Больові і неспецифічні соматоформні розлади виявили лише у 56 дітей, що склало 14,7% від обстежених дітей із соматоформними розладами, які знаходились на лікуванні в дитячих медичних закладах м. Хмельницького, що не відповідає даним літератури і свідчить про недостатню компетентність педіатрів щодо діагностики таких розладів.

Середній вік дітей становив 14,0±4,53 років. Серед них переважали дівчатка - 54,6%, діти раннього підліткового

віку (10-14 років) - 57,2%, більшість яких проживали в містах - 54,8%.

Виразеність тривоги у дітей досліджували за допомогою методики Ч. Д. Спілберга - Ю. Л. Ханіна, депресію - за допомогою дитячого опитувальника Maria Kovacs (1992). Для статистичної значущості отриманих даних використовували метод біометрії за допомогою критерію Ст'юдента.

Обстеження дітей ґрунтувались на основних положеннях Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації (World Medical Association) з біомедичних досліджень. Проведення досліджень здійснювали за погодженням Комітету з біоетики Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (протокол № 1 від 02.01.2020 року) та після отримання інформованої згоди батьків на участь у дослідженні.

Критеріями включення були:

- діти з больовими та неспецифічними соматоформними розладами віком 10-17 років 11 місяців 28 днів та наявність інформованої згоди батьків на проведення обстежень їх дітей.

Критеріями виключення були:

- діти віком менше 10 років і старше 18 років;
- відсутність інформованої згоди батьків;
- діти з органічною патологією нервової системи.

Робота є частиною НДР "Клініко-метаболичні та імуногенетичні особливості перебігу органічних захворювань та соматоформних розладів у дітей", номер державної реєстрації 0120U101080.

Результати. Обговорення

Серед дітей з БНСР головний біль займав перше рангове місце - 82,1% (46 дітей). Фіброміалгії та артралгії, які виявляли практично одночасно, зустрічалися рідше і склали 14,3% (8 дітей). Неспецифічний біль у спині у дітей зустрічався значно рідше, ніж у дорослих людей, і складав 10,7% (6 дітей). Вегетативна дисфункція з порушенням терморегуляції мала місце у 39,3% осіб (22 дітей) і майже завжди поєднувалася з іншими соматоформними розладами - з головним болем (81,9%), з алтралгіями та фіброміалгіями (36,3%), з астеною (90,9%). Прояви астеничного синдрому мали місце практично у всіх обстежених дітей з БНСР - у 96,4% осіб. Структуру клінічних проявів больових неспецифічних розладів у дітей шкільного віку відображено на рисунку 1.

БНСР у дітей часто асоціювалися з підвищеною метеочутливістю, інсомнією (сонливість вдень і безсоння вночі або тривале засинання) та із зниженою працездатністю, швидким психологічним виснаженням, що не давало можливості відвідувати спортивні секції, додаткові заняття з певних предметів, погіршувало засвоєння шкільного матеріалу, було причиною частих пропусків у школі.

Вегетативна дисфункція з порушенням терморегуляції проявлялася тривалим денним субфебрилітетом,

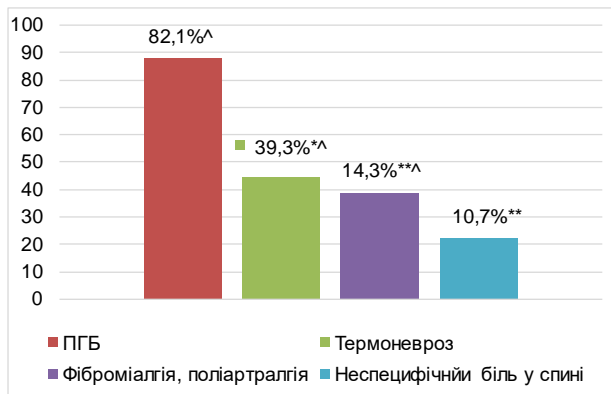


Рис. 1. Структура клінічних проявів больових неспецифічних розладів у дітей шкільного віку.

Примітки: * достовірна різниця щодо частоти розвитку різних форм БНСР, $p \leq 0,05$; ** достовірна різниця щодо показників дітей з БНСР і первинним головним болем, $p \leq 0,01$; [^] достовірна різниця щодо показників дітей із поліартралгіями, $p \leq 0,01$, ПГБ - первинний головний біль.

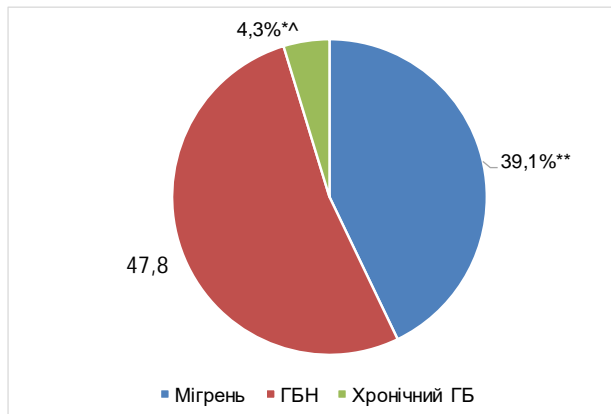


Рис. 2. Структура і частота клінічних форм цефалгій у дітей шкільного віку.

Примітки: * достовірні відмінності щодо показників дітей із ГБН та іншими формами головного болю ($p \leq 0,01$); ** достовірні відмінності щодо показників дітей із ГБН і мігренню ($p \leq 0,05$); [^] достовірні відмінності щодо показників дітей із мігренню та іншими формами головного болю ($p \leq 0,01$).

який найчастіше батьки виявляли в дитини в другій половині дня, особливо після занять в школі. Температура тіла коливалася від 37-37,2°C до 38,0-38,5°C (83,4%), в поодиноких випадках вона сягала 38,1-40°C (4,5%), при цьому, коли дитина засинала, вона самостійно знижувалась і була нормальною або навіть низькою (<36°C).

У 77,3% дітей порушення терморегуляції супроводжувалося іншими соматоформними розладами - загальною слабкістю, відчуттям постійного нездужання, "неясністю в голові", постійним бажанням спати, небажанням займатися фізичним навантаженням. У 59,1% випадків одночасно виявляли денний субфебрилітет і головний біль напруги, рідше - мігрень.

Серед дітей з БНСР перше рангове місце займали первинні цефалгії. Для визначення клінічних варіантів первинного головного болю служить міжнародна кла-

сифікація головного болю III-го перегляду (3rd Edition (beta version) [17].

Перед тим як діагностувати, що головний біль первинний, тобто, є проявом соматоформного розладу, виключали цілий ряд причин органічного походження головного болю, який трактують як вторинний головний біль. Насамперед виключали інфекційні причини головного болю (нейроінфекції), пухлини та демієлінізуючі захворювання мозку (множинний склероз і ін.), гостру та хронічну ЛОР-патологію, черепно-мозкову травму, судинні патології, в тому числі визначали в кожній дитині в динаміці рівень артеріального тиску.

Первинний головний біль різноманітний за своєю структурою і частота різних його форм у дітей значно відрізняється, що відображено на рисунку 2.

Дані рисунку 2 свідчать, що найбільш часто зустрічався головний біль напруги (47,8%), друге рангове місце займала мігрень (39,1%), рідше зустрічався хронічний головний біль (4,3%), різні види тригемінально-вегетативних цефалгій зустрічались в поодиноких випадках у дітей. Для первинного головного болю напруги характерними є больові епізоди середньої інтенсивності, мають стискуючий характер, не залежать від фізичного навантаження та не супроводжуються, на відміну від мігрені або різних варіантів кластерного головного болю, іншими проявами вегетативних розладів. Частота розвитку головного болю напруги, за даними різних літературних джерел, коливається від 30 до 78% [7, 13].

Первинні цефалгії по типу головного болю напруги виявили у 24 (52,2%) дітей шкільного віку. У 9 (37,5%) обстежених школярів з головним болем виявлено варіант нечастого епізодичного головного болю напруги, в той час як у 13 (54,1%) мав місце частий епізодичний головний біль напруги. У 2 (8,3%) виявлявся хронічний головний біль напруги. На рисунку 3 показано локалізацію головного болю напруги, обумовлену напруженістю перикраніальних м'язів.

Для головного болю напруги характерними симптомами, які дозволяють діагностувати дану форму головного болю, є стискуючий головний біль, який виявили у 87,5% дітей з головним болем. Характерною локалізацією даного головного болю є лобова, тім'яна та фронтальна ділянки голови (у 83,3% дітей). Біль, на відміну від мігрені, має переважно двобічний характер (у 79,1% осіб) та помірну інтенсивність, а також, на відміну від мігрені та тригемінальних цефалгій, не посилюється при фізичному навантаженні.

Виявлено, що найчастішим провокуючим фактором нападу головного болю напруги в школярів була виражена тривога (75,0%), друге рангове місце займали напруженні відносини з однокласниками або вчителями (45,8%), а також різноманітні стресові ситуації, як в школі, так і у сім'ї (у 41,3%), $p < 0,01$. Однією з виявлених причин були зміни шийного відділу хребта (у 33,3%), $p < 0,05$.

У дітей з головним болем напруги нудота та блювота

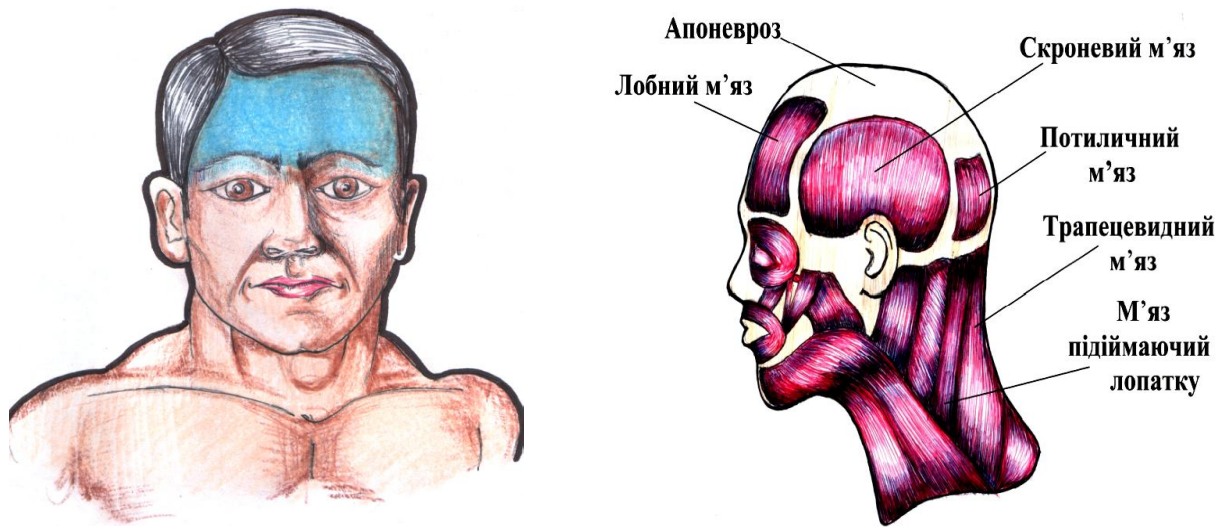


Рис. 3. Напруженість перикраніальних м'язів - фізіологічна особливість при ГБН.

не спостерігались. Такі вегетативні афекти як фотофобії, фонофобії не виявлялись також. У 6 дітей (25,0%) з головним болем напруги одночасно виявляли біль в спині, а саме, в крижовому відділі, та в шиї. У 3 (12,5%) дітей головний біль поєднувався з болем в в одному або в декількох суглобах (алтралгії) та в м'язах (фіброміалгії). Поєднання головного болю напруги і денного субфебрилітету мало місце у 8 (33,3%) обстежених дітей.

Мігрень - це головний біль, етіологія і патогенез якого ще не до кінця вивчені, тому його часто називають ідіопатичним, для якого характерним є повторення нападів головного болю з однотипністю проявів і індивідуальною циклічністю. Головний біль при мігренозному нападі локалізується, переважно, однобічно, з епіцентром в очниці і носить інтенсивний пульсуючий характер. У дітей, на відміну від дорослих осіб, мігренозний головний біль часто носить двобічний характер, що утруднює вчасну діагностику [9].

Біль посилюється при фізичному навантаженні і супроводжується вегетативними симптомами такими як нудота, блювота, фонофобія та фотофобія. Лише у частини дітей напад мігрени дебютує з аури, на відміну від дорослих, у яких аура зустрічається у більшості випадків [9].

Епіцентр локалізації головного болю відображено на рисунку 4.

Мігрень вважається первинною нейрогенною церебральною дисфункцією з наявністю генетично детермінованої стовбурової недостатності, вираженою кортикальною гіперактивністю. Її вважають настільки частою патологією, що вона є третім захворюванням в світі по розповсюдженості і сьомим - по причині розвитку інвалідності [9, 22].

При обстеженні 46 дітей з цефалгіями мігрень виявлено у 18 дітей шкільного віку, з переважанням в 2,6 рази у дівчат - у 13 (72,2%) осіб. На відміну від головного болю напруги, який переважно зустрічався у дітей мо-

лодшого підліткового віку, мігрень частіше зустрічалась у дітей старшого підліткового віку - у 11 (61,1%) осіб.

У дітей з мігренню двобічний головний біль виявлено в 38,8% випадків, тобто, в кожного третьої дитини. У 44,4% дітей мігренозний напад супроводжувався світлобоязню, а у 61,1% дітей головний біль посилювався від голосних звуків (фонофобія), тому діти хотіли перебувати в приміщенні без освітлення та в тиші. В кожного третього підлітка мігренозний напад супроводжувався нудотою, рідше - блювотою ($p < 0,01$) та тривалим постприступним сном, особливо у дітей старшого підліткового віку ($p < 0,01$). Після закінчення приступу більшість дітей відмічали різної тривалості загальну слабкість, а також транзиторне порушення пам'яті та уважності, на що також частіше вказували діти старшого підліткового віку ($p < 0,05$). Можливо молодші діти не змогли сформулювати постприступні відчуття.



Рис. 4. Локалізація болю при класичному перебігу мігрени (власні дослідження).

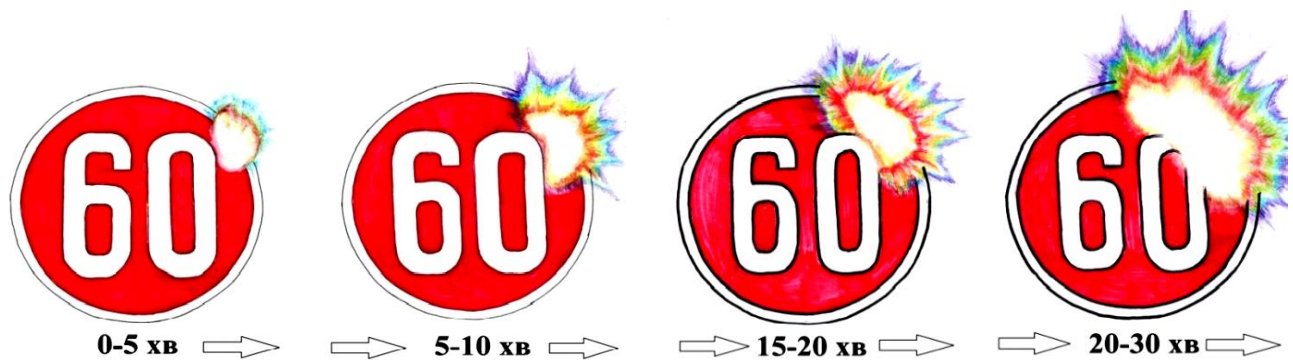


Рис. 5. Аура у вигляді нитковидної мерехтливої скотоми з послідовною схемою її розвитку протягом 20-30 хвилин (власне спостереження) [11].

У 67-87% дітей, в яких діагностовано мігрень, мають місце передвісники мігренозного нападу, які є індивідуальними для кожної дитини, і проявляються зміною настрою, порушується уважність, зростає роздратованість, втома, апатія. Рідше виникає дизурія або поліурія, часте чихання або позіхання, що вказує на втягування в патогенез мігренозного нападу гіпоталамусу [8, 19].

Продромальні симптоми в обстежених дітей в 2,2 рази зустрічались частіше у дівчат (60%) із вірогідним переважанням у школярів старшого підліткового віку ($p < 0,05$) і за своїми проявами також відрізнялись, в залежності від статі. Так, у хлопчиків симптомами продрому переважно були порушення концентрації уваги та фіброміалгії, відраза до їжі (у 72,2% випадків), в той час як у дівчат переважала загальна слабкість, втрата цікавості, появлявся сум, які виникали раптово серед повного здоров'я (в 66,6% осіб), що перекикається з даними інших авторів [11, 19, 21].

В частини дітей при мігрені виявляють ауру. Типова аура - це різноманітні зорові фортифікаційні ілюзії - від зигзагоподібних ліній до розвитку скотоми, а також мерехтінням кольорами веселки. Атипова аура може проявлятися вестибулярною, слуховою і моторною дисфункціями, а також макро- або мікропсіями, відчуттям лівітації. Аура у вигляді парестезій та поколювань, оніміння пальців або губи, або однієї половини тіла (сенсорний тип аури) зустрічається не часто. Ще рідше виникає моторна аура, яка може проявлятися транзиторною інсультподібною клінікою у вигляді дисфагії або геміпарезу, які повторюються з кожним мігренозним нападом у деяких хворих на мігрень [6, 11, 19, 21, 22].

Ауру при мігренозних нападах виявили лише у 27,7% обстежених дітей, що перекикається з даними літератури. Прояви аури були різні, але найчастіше - це різноманітні зорові ілюзії (у 61,1% дітей з аурою), а саме, мерехтлива скотома та фортифікаційні ілюзії, а також односторонні парестезії, які мали місце у 18,5% дітей з мігренозною аурою. На рисунку 5 відображену ауру, яку намалювала дівчинка П., 17 років, коли знаходилась на лікуванні в неврологічному відділенні КНП "ХОДЛ" з діагнозом "Мігрень з аурою".

Як було сказано, моторна та сенсорна аура зустрічаються не часто. Однак нам вдалося виявити приклад сенсорного виду аури з відчуттям парестезій та оніміння однієї сторони тіла, переважно руки і обличчя, як відображено на рисунку 6.

Згідно із класифікацією до мігрені також належать певні синдроми, які трактують як епізодичні синдроми, що можуть бути асоційовані з мігренню: синдром циклічної блювоти, абдомінальну мігрень, доброякісне пароксизмальне дитяче запаморочення, доброякісна пароксизмальна кривошия [9, 11, 17, 24]. Структура епізодичних синдромів, які можуть бути асоційовані з мігренню, відображено на рисунку 7.

Абдомінальна мігрень може маскуватися клінікою функціонального абдомінального болю, функціональної диспепсії (больовий варіант), оскільки її симптомами є повторні приступи абдомінального болю з переважною локалізацією по середній лінії живота або навкруг пупка. Біль різної інтенсивності, приступ різної тривалості і регресує тільки у випадку призначення засобів проти мігрені, зокрема ібупрофену, тоді як міоспазмолітичні засоби малоефективні при абдомінальній формі мігрені [24].

Застосовуючи критеріальний підхід при обстеженні дітей підліткового віку, які знаходилися на лікуванні в гастроентерологічних відділеннях дитячих медичних

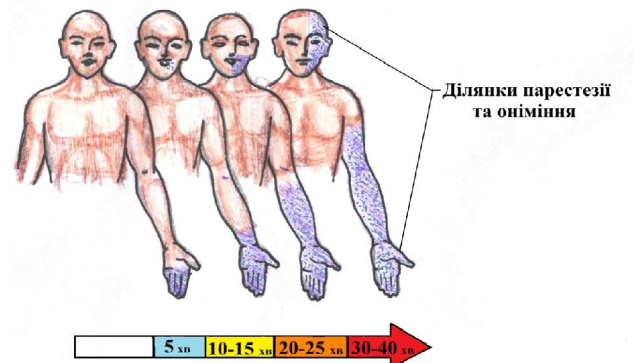


Рис. 6. Сенсорна аура у хворій дитині підліткового віку з мігренню (власні спостереження).

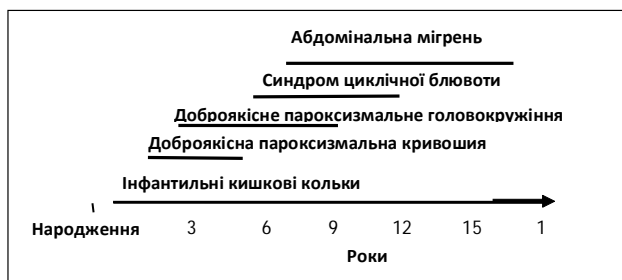


Рис. 7. Віковий діапазон розвитку епізодичних синдромів, які можуть бути асоційовані з мігренню (згідно із Spiri D, 2014) [22].

закладів зі скаргами на періодичну появу абдомінального болю сильної інтенсивності, у 12 (70,6%) дівчат та у 5 (29,4%) хлопчиків виявлено клінічні ознаки абдомінальної мігрені, яка завжди поєднувалася з іншими соматоформними розладами.

Тригерними факторами розвитку мігрені у дівчат був надлишковий або недостатній сон (71,8%), напруга та стрес (88,3%), депресивні розлади (42,3%) тоді як у хлопчиків - стрес (96,7%), порушення сну (79,4%), мерехтливе світло (62,8%), підвищена тривожність (88,9%). Рідше провокувальним фактором виступали певні харчові продукти, зокрема шоколад, а в старших підлітків ще й червоне вино.

У 45,8% обстежених дітей виявлено денний субфебрилітет як вегетативну соматоформну дисфункцію з порушенням терморегуляції. Серед них у 83,8% дітей субфебрилітет появлявся переважно в другій половині дня, після занять в школі або в спортивній секції, при цьому температура тіла підвищувалась від 37-37,1°C (33,4%) до 37,5-37,7°C (49,1%), у частини дітей температура тіла вдень сягала 38-40°C (17,5%), самостійно знижувалась і була нормальною під час глибокого сну дитини.

У 80,2% дітей денний субфебрилітет комбінувався із загальною слабкістю та зниженою працездатністю або головним болем (у 56,9% випадків). Провокувальним фактором розвитку вегетативної дисфункції з порушен-

ням терморегуляції в кожній четвертій дитини був стрес та легкої або середньої сили депресивні розлади, а у 92,7% дітей - тривожність різного ступеня важкості.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Серед різних видів первинного соматоформного болю саме головний біль зустрічається найчастіше. Друге рангове місце займає вегетативна соматоформна дисфункція з порушенням терморегуляції - тривалий денний субфебрилітет. Мігрень, абдомінальна мігрень, епізодичні симптоми, асоційовані з мігренню, зустрічались рідше в дитячій популяції на відміну від дорослих. Тригемінальні варіанти головного болю та тривалий біль іншої локалізації, а також епізодичні синдроми, асоційовані з мігренню, зустрічались в поодиноких випадках.

2. У дітей раннього підліткового віку частіше виникає головний біль напруги, у дітей старшого підліткового віку - мігрень, що важливо враховувати при проведенні диференціальної діагностики головного болю, оскільки лікування та профілактика нападів цих форм головного болю зовсім різні.

На сьогодні недостатньою є діагностика епізодичних синдромів, що можуть бути асоційовані з мігренню, зокрема доброякісне головокружіння дитинства, доброякісна пароксизмальна кривошия, а також особливий перебіг атипової аури при мігрені, а саме сенсорної аури у вигляді парестезії або оніміння, моторної аури у вигляді дисфагії або геміпарезу, які під іншими нозологічними формами можуть періодично поступати в лікарню, проходити багато непотрібних і дорогих лікувань, не отримавши ефективного лікування. Перспективним є дослідження цих епізодичних синдромів, що покращить їх вчасну діагностику, а призначене лікування сприятиме покращенню якості життя таких дітей. Пошук генетичних предикторів розвитку епізодичних синдромів, асоційованих з мігренню, сприятиме покращенню їх профілактики і прогнозу.

Список літератури - References

- [1] Anoprienko, O. V. (2016). Посттравматичний стресовий розлад у дітей підліткового віку з зони АТО [Post-traumatic stress disorder in adolescent children from the ATO zone]. В: *Актуальні питання та перспективи розвитку медичної допомоги і соціальних послуг підліткам та молоді на принципах "дружнього підходу" в Україні*, Матеріали III-ї всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Київ, 29 листопада - 1 грудня 2016 р.) [In: *Current issues and prospects for the development of medical care and social services for adolescents and young people based on the principles of a "friendly approach" in Ukraine*, Materials of the III All-Ukrainian scientific and practical conference with international participation (Kyiv, November 29 - December 1, 2016)]. Київ - Kyiv.
- [2] Antipkin, Yu. G., Volosovets, O. P., Maidannyk, O. P., Berezenko, V. S., Moiseyenko, R. O., Yugovska, O. V., ... & Abatur, O. E. (2018). Стан здоров'я дитячого населення - майбутнє країни (частина 2) [The state of health of the child population - the future of the country (part 2)]. *Здоров'я дитини - Child's Health*, 13(2), 142-152. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zd_2018_13_2_3
- [3] Beketova, G. V., Mozgova, H. P., Soldatova, O. V., Nekhayenko, M. I., Goryacheva, I. P., Alekseenko, N. V., ... & Beketova, N. V. (2020). Розповсюдженість, клінічні особливості та прогнозування перебігу психосоматичної патології у дітей з порушеннями психофізичного розвитку [Prevalence, clinical features and prediction of the course of psychosomatic pathology in children with disorders of psychophysical development]. *Світ медицини та біології - World of Medicine and Biology*, 1(71), 7-13. DOI: 10.26724/2079-8334-2020-1-71-7-13
- [4] Belyaeva, O. E., Mykhaylova, E. A., Matkovska, T. M., & Mitelov, D. A. (2019). Особливості сімейних відносин та виховні стратегії в сім'ях підлітків із депресивними розладами [Peculiarities of family relations and educational strategies in families of teenagers with depressive disorders]. *Міжнародний журнал педіатрії, акушерства та гінекології - International Journal of Pediatrics, Obstetrics and*

- Gynecology*, 13(3), 9-10.
- [5] Denisova, M. F., Muzyka, N. M., & Bukulova, N. Yu. (2019). Підліткова агресія - можливі чинники та фактори ризику [Adolescent aggression - possible factors and risk factors]. *Міжнародний журнал педіатрії, акушерства та гінекології - International Journal of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology*, 13(3), 21-22.
- [6] Gupta, S. N., Gupta, V. S., & Borad, G. (2016). Preictal Symptomatology in Migraines: Diagnostic and Therapeutic Significance. *Journal of Headache & Pain Management*, 1(1), 7. DOI:10.4172/2472-1913.100007
- [7] Kvashnina, L. V. (2020). Лікування головного болю напруження в дітей: плюси та мінуси існуючих методів [Treatment of tension headache in children: pros and cons of existing methods]. *Здоров'я дитини - Child's Health*, 15(1), 67-72.
- [8] Lampl, C., Rudolph, M., Deligianni, C. I., & Mitsikostas, D. D. (2015). Neck pain in episodic migraine: premonitory symptom or part of the attack? *The Journal of Headache and Pain*, 16(1), 566. doi: 10.1186/s10194-015-0566-9
- [9] Lebron, D., & Vasconcelos, E. (2016). The Episodic Syndromes That Maybe Associated with Migraines. *Semin. Pediatr. Neurol.*, 23(1), 6-10. doi: 10.1016/j.spen.2016.01.003
- [10] Lysytsia, Yu. M. (2018). Частота афективних розладів у підлітків Подільського регіону України [The frequency of affective disorders in adolescents of the Podil region of Ukraine]. *Перинатологія і педіатрія - Perinatology and pediatrics*, 4(76), 106-110. DOI:10.15574/PP.2018.76.106
- [11] Lysytsia, Yu. M., Pyra, L. V., Svistilnyk, R. V., & Odarchuk, I. V. (2019). Клінічні "маски" соматоформних розладів кардіореспіраторної системи і больових та неспецифічних соматоформних розладів, асоційованих з афективними станами, у дітей [Clinical "masks" of somatoform disorders of the cardiorespiratory system and pain and nonspecific somatoform disorders in children associated with affective states]. *Сучасна педіатрія. Україна - Modern Pediatrics. Ukraine*, 8(104), 33-40.
- [12] Lysytsia, Yu. N., & Rymsha, S. V. (2019). Anxiety and depressive disorders in children of early adolescence. *Biomedical and Biosocial Anthropology*, (36), 41-46. DOI: 10.31393/bba36-2019-07
- [13] Magazi, D. S., Manyane, D. M. (2015). Tension type headaches: a review. *South African Family Practice*, 57(1), 23-28.
- [14] Maidannyk, V. G., Mityuryaeva-Korniyko, I. O., Kukhta, N. M., & Hnyloskurenko, G. V. (2017). *Вегетативні дисфункції у дітей. Пароксизмальна вегетативна недостатність [Vegetative dysfunctions in children. Paroxysmal autonomic failure]*. Київ: Логос-2017 - Kyiv: Logos-2017. ISBN: 6177442110, 9786177442119
- [15] Mikhailova, E. A., Matkovskaya, T. N., Mitelev, D. A., Mikhaylovskaya, N. G., & Belyaeva, E. E. (2019). Социальный аспект педиатрии: профилактика депрессивного расстройства поведения у детей школьного возраста [Social aspect of pediatrics: prevention of depressive behavioral disorder in school-aged children]. *Міжнародний журнал педіатрії, акушерства та гінекології - International Journal of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology*, 13(3), 36.
- [16] Ministry of Health of Ukraine, State Institution "Ukrainian institute of strategic research of the Ministry of Health of Ukraine". (2016). Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України [Annual report on the state of health of the population, the sanitary-epidemic situation and the results of the health care system of Ukraine]. Київ - Kyiv.
- [17] Olesen, J. (Chairman. International Headache Society). (2018). The International Classification of Headache Disorders. (3rd ed.). *Cephalgia*, 38(1), 1-211. DOI: 10.1177/0333102417738202
- [18] Pyra, L., Lysytsia, Yu., Svistilnik, R., Rimsha, S., & Kernychnyi, V. (2020). Depression in the structure of somatoform disorders in children, its significance, the role of serotonin and tryptophane in the emergence of these disorders. *Georgian medical news*, 6(303), 142-148.
- [19] Schankin, C. J., Viana, M., & Goadsby, P. J. (2017). Persistent and Repetitive Visual Disturbances in Migraine: A Review. *Headache*, 57(1), 1-16. doi: 10.1111/head.12946
- [20] Semikina, O. Ye., Fedchenko, V. Yu., Yavdak, I. O., Cheredniakova, O. S., & Volkova, S. O. Особливості емоційного стану у внутрішньо переміщених осіб [The peculiarities of emotional state of internally displaced persons]. *Психіатрія, неврологія та медична психологія - Psychiatry, neurology and medical psychology*, (13), 23-28. DOI: 10.26565/2312-5675-2020-13-03
- [21] Sova, S. G. (2023). Диференційна діагностика цервікогенних больових синдромів [Differential diagnosis of cervicogenic pain syndromes]. *Медична газета "Здоров'я України 21 сторіччя" - Medical newspaper "Health of Ukraine of the 21st century"*, 17(553).
- [22] Spiri, D., Rinaldi, V. E., & Titomanlio, L. (2014). Pediatric migraine and episodic syndromes that may be associated with migraine. *Italian Journal of Pediatrics*, (40), 92. doi: 10.1186/s13052-014-0092-4
- [23] Synoverska, O. B., & Osadets, N. B. (2019). Психоемоційний стан школярів в кінці навчального року [Psychoemotional state of schoolchildren at the end of the school year]. *Міжнародний журнал педіатрії, акушерства та гінекології - International Journal of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology*, 13(3), 47.
- [24] van Hemert, S., Breedveld, A. C., Rovers, J. M. P., Vermeiden, J. P. W., Witterman, B. J. M., Smits M. G., & de Roos, N. M. Migraine associated with gastrointestinal disorders: review of the literature and clinical implications. *Frontiers in Neurology*, (5), 241. doi: 10.3389/fneur.2014.00241
- [25] Whitehouse, W. P., & Agrawal, S. (2017). Management of children and young people with headache. *Arch Dis Child Educ Pract Ed.*, 102(2), 58-65. doi: 10.1136/archdischild-2016-311803
- [26] WHO: World Health Organization. (2018). "World Health Statistics 2018: Monitoring health for the SDGs". ISBN: 9789241565585.

CLINICAL STRUCTURE AND FEATURES OF THE COURSE OF PAIN AND NON-SPECIFIC SOMATOFORM DISORDERS IN ADOLESCENT CHILDREN

Pyra L., Svistilnik R., Lysytsia Yu., Ruda V., Filik A., Odarchuk I., Nevoya M.

Annotation. The research is devoted to the study of clinical signs of painful and nonspecific somatoform disorders in children of early and late adolescence, depending on sex, place of residence, and study. The study examined 56 adolescent children with pain and non-specific syndromes who were treated in the MNP "Khmelnytskyi Regional Children's Hospital" of the Khmelnytskyi Regional Council and in the MP "Khmelnytskyi City Children's Hospital" of the Khmelnytskyi City Council. The average age of the children was 14,0±4,53 years. Among them, children of early adolescence (10-14 years) accounted for 57.2%, and late adolescence (15 years 11 months 28 days) - 42.8%. The clinical signs of pain and nonspecific somatoform disorders in the children we examined were as follows: headache, thermoregulation disorder, fibromyalgia and arthralgia syndrome, nonspecific back pain, asthenic syndrome with decreased

work capacity, increased meteorological sensitivity, and impaired concentration. Nonspecific persistent pain syndrome occurred in 56 children, in particular, cephalic pain - in 77.4 %, polyarthralgia - in 8.9%, fibromyalgia syndrome - in 8.5%, nonspecific back pain - in 13.4% of children; thermoregulatory disorders were identified in 42.7%, asthenic syndrome - in 35.3% of children. It shows that among pain somatoform disorders, headache, in particular, tension headache and migraine, occupies the first rank in children. Stress, tension, and sleep disturbances were predominant among the triggering factors. Therefore, among adolescent children with painful and non-specific somatoform disorders, cephalgia, with a predominance of tension headaches, and long daytime low fevers are most often diagnosed, as a manifestation of autonomic somatoform dysfunctions with impaired thermoregulation. At the same time, migraine, episodic symptoms associated with migraine, as well as trigeminal variants of headache and long-term pain of other localization were found in isolated cases. The age dependence of primary headache has been revealed: tension headaches occur more often in children of early adolescence, and migraines in children of older adolescence, which is important to consider in the differential diagnosis of headaches, since the treatment and prevention of attacks of these forms of headache are completely different.

Keywords: *adolescents, painful and nonspecific somatoform disorders, primary headache in children, migraine, aura, tension headache, prolonged subfibrillation.*
