

терапии мигрени. Обучение детей и их родителей гигиене сна способствует становлению режима бодрствования и сна, что улучшает его качество и потенциально снижает риск приступов мигрени.

\* \* \*

\* \* \*

## СВЯЗЬ НАРУШЕНИЙ СНА И МИГРЕНИ У ДЕТЕЙ

Ефимова Н.В., Габуева А.М.

Научный руководитель: канд. мед. наук, доцент  
Л.Е. Ларина

Российский национальный исследовательский  
медицинский университет имени Н.И. Пирогова  
Минздрава России, Москва, Россия

**Ключевые слова:** дети; нарушения сна; мигрень;  
диагностика

**Актуальность.** Мигрень является формой первичной головной боли, проявляющаяся периодически повторяющимися приступами продолжительностью 2–72 ч у детей, типичными признаками которой являются односторонняя локализация, пульсирующий характер, средняя или высокая интенсивность, ухудшение при обычной физической активности. Приступ нередко сопровождается аурой, тошнотой, свето- и звукобоязнью. Частота мигрени увеличивается с возрастом: 1–3% в возрасте 3–7 лет, 4–11% — у детей 7–11 лет, 8–28% — у подростков 13–18 лет. **Цель:** определить особенности патофизиологии мигрени и нарушений сна для понимания их взаимосвязи и разработки эффективных методов лечения.

**Результаты.** Клиника детской мигрени отличается от взрослой двусторонними головными болями с меньшей продолжительностью и нередко с диспепсией. У детей с диагнозом «мигрень» частыми нарушениями сна являлись храп, долгое засыпание и дневная сонливость, а среди диагнозов: обструктивное апноэ сна, бессонница, синдром беспокойных ног и гиперсомния (повышенная потребность организма во сне). Описано влияние отдельных показателей сна на течение мигрени: сокращение продолжительности сна связано с тяжёлыми приступами мигрени, а ночные пробуждения увеличивают её частоту и снижают эффективность медикаментозного купирования. В основе мигренозных атак лежит нарушение непрерывности сна, ведущее к снижению болевого порога и ослаблению механизмов торможения боли, поэтому качество сна критически важно для контроля количества и силы приступов. Мигрень и нарушения сна у детей имеют двустороннюю взаимосвязь, основанную на общем патогенезе, где одно из звеньев — дисфункция серотонинергической системы. В межприступный период выявляется низкий уровень серотонина, а повышение его концентрации в крови приводит к развитию приступа мигрени. Серотонин модулирует циклы сна, и его высвобождение связано с частыми пробуждениями, что может спровоцировать ночные приступы мигрени. Система серотонина сосредоточена в дорсальном ядре ствола мозга, которое также вовлечено в патогенез мигрени. Гипоталамус — центральный регулятор сна и бодрствования — играет важную роль в патогенезе мигрени: при позитронно-эмиссионной томографии головного мозга выявлены изменения его активности за сутки до развития мигрени. Это свидетельство того, что дисфункция подкорковых структур головного мозга может увеличивать предрасположенность к мигрени.

**Заключение.** Коррекция сна особенно важна для детей из-за ограниченных доказательств эффективности фармако-