



О.Є. ДУБЕНКО¹, Д.Д. СОТНІКОВ¹, В.В. ДЖЕПА²

¹Харківська медична академія післядипломної освіти

²Сумська обласна клінічна лікарня

Поширеність мігрені в Сумській області

Мета — вивчити поширеність і особливості клінічного перебігу мігрені в організованій популяції населення Сумської області.

Матеріали і методи. Проведено безвибіркове анкетування 2255 осіб (1150 жінок, 1105 чоловіків) віком від 16 до 60 років в організованих групах населення Сумської області (студенти, робітники, службовці, медичні працівники). Тип головного болю визначали згідно з Міжнародною класифікацією головного болю 2-го перегляду.

Результати. Поширеність мігрені становила 11,9 %: серед жінок — 17,7 %, серед чоловіків — 5,9 %. Мігрень без аури виявлено у 80,2 % осіб, з аурою — у 19,8 %, епізодичну мігрень з нечастими нападами — у 38,8 %, з частими нападами — у 53,4 %, хронічну мігрень — у 7,8 %. Проаналізовано основні тригерні чинники мігренозних нападів. До лікаря зверталися 26,1 % осіб. Триптани для лікування нападів приймали 4,5 % осіб.

Висновки. Установлення поширеності мігрені в організованій популяції населення точніше відображує структуру захворювання, що дає змогу поліпшити надання допомоги хворим на мігрень в Україні.

Ключові слова: мігрень, поширеність, клінічний перебіг.

Серед первинних цефалгій мігрень є другою за поширеністю після головного болю напруження та першою по значущості у зв'язку з обмеженням повсякденної активності й працездатності, зниженням якості життя [2, 4]. За результатами аналізу L.J. Stovner та співавт. [16] 107 публікацій, у середньому поширеність цього захворювання в популяції становить 16 % (11 % — у чоловіків та 20 % — у жінок). Навіть при дотриманні суворої стандартизації, за даними різних авторів, амплітуда варіювання цього показника є широкою — від 3 до 29 %. Так, у США зазначений показник становить 11,7 % (5,6 % — у чоловіків та 17,1 % — у жінок) [12], в Німеччині — 10,6 % (5,3 % — у чоловіків та 15,6 % — у жінок) [14], в Норвегії — 23,0 % (17,5 % — у чоловіків та 28,4 % — у жінок) [15], в країнах Азії — від 8,4 % до 12,7 % [18], в країнах Африки — 3,3 % (2,2 % — у чоловіків та 4,0 % — у жінок) [9], в Грузії — 15,6 % [10]. У багатьох дослідженнях вивчають тригерні чинники нападів мігрені, які асоційовані зі способом життя та потенційно можуть бути модифіковані [11, 13, 17]. Велика поширеність мігрені серед осіб молодого віку, а також спричинені цим соціально-економічні наслідки роблять актуальним вивчення її тригерних чинників та особливостей перебігу, що необхідно для розробки тактики превентивного лікування.

В Україні немає достовірних відомостей про поширеність мігрені. За даними офіційної статистики, у Сумській області у 2009 р. поширеність мігрені становила 132 випадки на 100 тис. населення, тобто у 0,011 % населення, що не відповідає світовим та європейським показникам.

Мета дослідження — дослідити поширеність та особливості клінічного перебігу мігрені в організованій популяції населення Сумської області України.

Матеріали і методи

Для оцінки поширеності мігрені серед населення Сумської області було проведено безвибіркове анкетування 2255 осіб (1150 жінок і 1105 чоловіків) віком від 16 до 60 років в організованих групах: студенти Путивльського коледжу Сумського національного аграрного університету (657 осіб) та Путивльського педагогічного коледжу (567 осіб), працівники Сумського машинобудівного заводу імені М.В. Фрунзе (585 осіб), Путивльської центральної районної лікарні (228 осіб), Путивльського районного відділення енергозбуту (182 осіб) та Путивльського заводу «Сейм» (136 осіб). Скринінг-анкету для виявлення мігрені складено на підставі загальноприйнятих діагностичних критеріїв мігрені, розроблених Міжнародним товариством голов-

ного болю (2004) [8]. Вона включала інформацію про паспортні дані, професійну діяльність, спадковий анамнез, тригерні чинники, супутні захворювання, особливості клінічного перебігу із застосуванням 10-бальної візуально-аналогової шкали болю (ВАШ) [1], звернення по медичну допомогу, методи лікування.

Результати та обговорення

Проведене дослідження засвідчило, що загальна кількість хворих на мігрень в організованій популяції становила 268 (11,9 %) осіб. 123 (46,0 %) респонденти були студентами віком від 16 до 20 років. Середній вік становив $(25,3 \pm 11,3)$ року, середня тривалість захворювання — $(6,8 \pm 5,9)$ року. В 143 (53,4 %) випадках мігрень дебютувала у віці від 13 до 17 років, 25 (9,3 %) осіб хворіли з дитинства. Поширеність мігрені у вікових групах становила: від 16 до 20 років — 110 (10,6 %) випадків, від 21 до 30 років — 54 (13,7 %), від 31 до 40 років — 69 (18,0 %), від 41 до 50 років — 28 (9,2 %), від 51 до 60 років — 7 (5,2 %). У жінок мігрень траплялася значно частіше, ніж у чоловіків, — 203 (17,7 %) і 65 (5,9 %) випадків відповідно. Це було характерно для всіх вікових груп (рисунок), але найбільше випадків мігрені зареєстровано в осіб віком від 31 до 40 років.

Серед чоловіків, які займалися розумовою працею (інженери, юристи, студенти), мігрень діагностували частіше, ніж у тих, хто займався фізичною працею (електромонтери, зварювальники), — у 40 (11,8 %) випадках проти 25 (7,3 %). Серед жінок значної різниці в поширеності мігрені залежно від роду діяльності не виявлено — у 120 (18,4 %) медичних працівниць, бухгалтерів, вчителів та у 83 (16,4 %) технічних працівниць, малярів.

Переважно реєстрували мігрень без аури — у 158 (59,0 %) випадках, мігрень з аурою — у 43 (16,0 %), можливу мігрень без аури — у 57 (21,3 %), можливу мігрень з аурою — у 10 (3,7 %). У 211 (78,7 %) осіб, у яких діагностовано мігрень, виявлено обтяжену спадковість щодо головних болів різного генезу, зазвичай по лінії матері — у 185 (68,9 %) випадках.

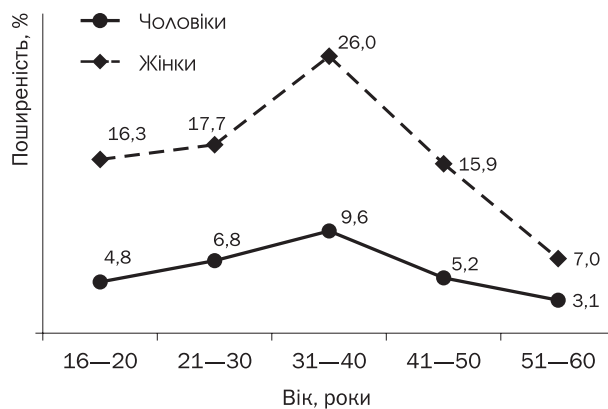


Рисунок. Поширеність мігрені у різних вікових групах

Інформуючи про тригерні чинники мігрені, 202 (75,4 %) хворих зазначили кілька факторів, серед яких найчастішими були зміна погоди, емоційний стрес, яскраве світло або шум, розумове або фізичне навантаження, недостатній сон або надлишок сну, менструація, деякі продукти харчування, голод (великі інтервали між вживанням їжі) (табл. 1). Серед продуктів, які провокували напад мігрені, найчастіше вказували алкоголь, особливо вино — 10 (41,7 %) пацієнтів, каву — 8 (33,3 %), шоколад — 3 (12,5 %), маринади — 2 (8,4 %) та ін. продукти — 1 (4,1 %). **Із зростанням частоти нападів збільшувалася кількість провокуючих чинників.**

Установлено, що 165 (61,6 %) осіб мали супутні соматичні захворювання, із них 105 (39,1 %) — захворювання травного каналу (переважно дискінезії жовчовивідних шляхів і хронічні гастрити), 87 (32,4 %) — розлади сну, 30 (11,2 %) — артеріальну гіпотонію, 13 (4,8 %) — природжені вади серця, 9 (3,4 %) — артеріальну гіпертензію, 1 (0,4 %) — епілепсію.

У 154 (57,5 %) осіб напади мігрені виникали раптово із швидким наростанням симптомів, зазвичай у вечірній час — у 101 (37,7 %) або вранці після прокидання — у 93 (34,7 %). Епізодичний перебіг захворювання з кількістю атак 2 та менше на місяць мав місце у 104 (38,8 %) осіб. У 143 (53,4 %) осіб кількість нападів на місяць становила понад 2.

Таблиця 1

Частота провокуючих чинників нападів мігрені

| Чинник | Всього (n = 268) | Мігрень без аури (n = 215) | Мігрень із аурою (n = 53) |
|-----------------------------------|------------------|----------------------------|---------------------------|
| Зміна погоди | 178 (66,4 %) | 142 (66,0 %) | 36 (67,9 %) |
| Емоційне навантаження, стрес | 143 (53,4 %) | 126 (58,6 %) | 17 (32,1 %) |
| Яскраве світло, шум | 90 (33,5 %) | 74 (34,4 %) | 16 (30,2 %) |
| Фізичне або розумове навантаження | 86 (32,1 %) | 67 (31,2 %) | 19 (35,8 %) |
| Недостатній або надлишковий сон | 77 (28,7 %) | 61 (28,4 %) | 16 (30,2 %) |
| Менструація | 42 (25,0 %) | 34 (15,8 %) | 8 (15,1 %) |
| Продукти харчування | 24 (8,9 %) | 21 (9,8 %) | 3 (5,7 %) |
| Голод | 15 (5,5 %) | 11 (5,1 %) | 4 (7,5 %) |

У решти осіб щомісячна кількість днів із головним болем перевищувала 15, що розцінювали як хронічну форму мігрені. Поширеність хронічної мігрені в популяції становила 0,9 %. З урахуванням застосування abortивних препаратів, тривалість нападу понад 12 год зареєстровано у 46 (17,1 %) осіб. На сильний й дуже сильний головний біль скаржилися 145 (54,1 %) осіб. Характерну латералізацію болю відзначали 149 (55,5 %) осіб, у 63 (23,5 %) осіб головний біль починався з одного боку з поширенням на обидва боки. Переважала локалізація болю у лобно-скроневій ділянці — у 199 (74,3 %), у лобній — у 69 (25,7 %). У 105 (39,2 %) хворих на мігрень цефалгії супроводжувалися нудотою та/або блювотою, у 94 (35,1 %) — фото- та/або фонофобією. Відсутність цих симптомів відзначено у 44 (16,4 %) осіб, їхнє поєднання — у 25 (9,3 %).

При аналізі симптомів аури найчастіше відзначали позитивні симптоми офтальмічної аури (фотопсії) — у 28 (52,8 %) осіб, негативні симптоми офтальмічної аури (скотоми, геміанопсії) — у 22 (41,5 %), сенсорну ауру — у 2 (3,8 %), порушення мови — у 1 (1,9 %). Як видно з табл. 1, серед чинників, які провокують мігрень з аурою, порівняно з мігренню без аури більше значення мали зміна погоди, фізичне або розумове навантаження та голод (див. табл. 1). Емоційний фактор впливав на розвиток нападу мігрені із аурою значно менше, ніж у разі мігрені без аури. Цефалгічний синдром у хворих на мігрень з аурою характеризувався дещо більшою інтенсивністю на відміну від групи мігрені без аури — 6,9 та 5,9 бала за ВАШ,

але меншою тривалістю — в середньому 14,8 та 20,3 год відповідно.

Для виявлення можливих чинників ризику та схильності до хронізації захворювання проведено аналіз груп залежно від частоти мігренозних нападів (табл. 2). В усіх групах переважали жінки, але у групі з частими атаками це виявлялась найбільше. З віком і тривалістю захворювання зростала частота нападів мігрені. Так, середній вік хворих із хронічною мігренню становив $(40,4 \pm 10,6)$ року, середня тривалість захворювання — $(18,4 \pm 5,5)$ року. Інтенсивність головного болю по ВАШ у дебюті захворювання та у разі епізодичного перебігу була найменшою — $(5,6 \pm 1,4)$ бала. Із зростанням тривалості захворювання та частоти нападів інтенсивність болю збільшувалася до $(7,3 \pm 1,4)$ бала, але при трансформації в хронічну форму відбувалося зменшення ступеня больових відчуттів — $(6,4 \pm 1,0)$ бала. Крім того, при хронічному перебігу дещо змінювалась клінічна картина мігрені. Так, типова латералізація болю мала місце лише в 1 (4,8 %) випадку. Зазвичай хворі характеризували головний біль як двобічний або як з початком з одного боку з поширенням на обидва боки. Серед хворих на хронічну мігрень у 47,6 % випадків нудота, фоно- і фотобія були відсутні. Лише відповідність головного болю критеріям мігрені на початку захворювання дала змогу встановити діагноз «мігрень».

При високій поширеності мігрені серед населення, по медичну допомогу в лікувальні заклади звернулися лише 70 (26,1 %) осіб: 59 (29,1 %) жінок і 11 (16,7 %) чоловіків. При цьому 201 (75,0 %)

Т а б л и ц я 2
Клінічна характеристика різних форм мігрені (n = 268)

| Показник | Без аури | З аурою | Епізодична (2 та менше нападів на місяць) | З частими нападами (понад 2 на місяць) | Хронічна |
|---|--------------|-------------|---|--|-------------|
| Кількість пацієнтів | 215 (80,2 %) | 53 (19,8 %) | 104 (38,8 %) | 143 (53,4 %) | 21 (7,8 %) |
| Жінки | 160 (74,4 %) | 43 (81,2 %) | 73 (70,2 %) | 110 (76,9 %) | 20 (95,2 %) |
| Чоловіки | 55 (25,6 %) | 10 (18,8 %) | 31 (29,8 %) | 33 (23,1 %) | 1 (4,8 %) |
| Вік, роки (M ± SD) | 25,0 ± 11,9 | 26,1 ± 11,7 | 21,8 ± 7,8 | 25,5 ± 10,0 | 40,4 ± 10,6 |
| Тривалість захворювання, роки (M ± SD) | 6,8 ± 6,7 | 7,0 ± 5,7 | 4,7 ± 4,6 | 6,7 ± 5,4 | 18,4 ± 5,5 |
| Інтенсивність, бали (M ± SD) | 5,9 ± 1,4 | 6,9 ± 1,5 | 5,9 ± 1,4 | 6,4 ± 1,4 | 5,1 ± 1,2 |
| Тривалість нападу, год (M ± SD) | 20,3 ± 14,6 | 14,8 ± 12,1 | 16,9 ± 11,4 | 21,0 ± 13,5 | 18,6 ± 6,1 |
| Латералізація | | | | | |
| Однобічний | 122 (56,7 %) | 27 (50,9 %) | 76 (73,1 %) | 72 (50,3 %) | 1 (4,8 %) |
| Спочатку однобічний з поширенням на обидва боки | 49 (22,8 %) | 14 (26,4 %) | 25 (24,0 %) | 28 (19,6 %) | 10 (47,6 %) |
| Двобічний | 44 (20,5 %) | 12 (22,7 %) | 3 (2,9 %) | 43 (30,1 %) | 10 (47,6 %) |
| Супутні симптоми | | | | | |
| Нудота | 87 (40,5 %) | 18 (34,8 %) | 29 (27,9 %) | 68 (47,5 %) | 8 (38,1 %) |
| Фото-, фонофобія | 75 (34,9 %) | 19 (35,0 %) | 54 (51,9 %) | 37 (25,9 %) | 3 (14,3 %) |
| Їх поєднання | 17 (7,9 %) | 8 (15,1 %) | 9 (8,7 %) | 16 (11,2 %) | — |
| Відсутні | 36 (16,7 %) | 8 (15,1 %) | 12 (11,5 %) | 22 (15,4 %) | 10 (47,6 %) |

хворий вказав на необхідність лікування нападу медикаментозно. Переважна більшість осіб (58,1 %) для самолікування використовували комбіновані аналгетики або нестероїдні протизапальні препарати (Цитрамон, Імет, Седалгін, Кетанов). 33 (12,4 %) пацієнти вживали препарати, які містили неселективні агоністи 5HT₁-рецепторів (ерготамін), 12 (4,5 %) — препарати, які містили селективні агоністи 5HT₁-рецепторів (золмітриптан, суматриптан). Більше 10 разів на місяць абортивні препарати вживали 26 (9,7 %) осіб, що сприяло хронізації мігрені та приєднанню абузусного головного болю. У 67 (25,0 %) хворих головний біль минав після відпочинку або сну, переважно в дебюті захворювання (до 5—7 років).

Отже, проведене популяційне дослідження засвідчило, що в окремому регіоні України (Сумській області) поширеність мігрені дещо нижча, ніж у великих західних країнах. Так, при опитуванні 30 200 респондентів у 5 країнах (США, Канада, Франція, Німеччина, Велика Британія) епізодичну мігрень виявлено у 18,4 % осіб, хронічну — в 1,1 % [5]. Інше дослідження, проведене в Німеччині серед 9968 респондентів, виявило мігрень у 12,4 % осіб, можливу мігрень — у 18,2 %, хронічну — в 1 %. При цьому триптани для лікування нападів використовували тільки 2 % осіб, превентивне лікування отримували 3,4 % [19]. У Туреччині при опитуванні 5323 мешканців головний біль розцінено як мігрень у 16,4 % осіб, до лікаря з цього приводу зверталися 70,6 % осіб, триптани приймали 2,9 % осіб [7]. Популяційне дослідження в Кореї виявило дещо нижчі показники — за даними опитування 1506 учасників поширеність мігрень становила 6,0 %, можливої мігрені — 11,5 % з частотою атак (3,1 ± 4,9) на місяць [6]. У Росії поквартирне опитування 501 особи у великих містах дало змогу діаг-

ностувати мігрень у 8,6 % осіб, можливу мігрень — у 10,2 %, головний біль напруження — у 18,6 % [3]. Поширеність мігрені, виявлена в нашому дослідженні, відповідає загальносвітовим тенденціям, але значно перевищує показники статистики по Сумській області. Це може пояснюватися певними труднощами в діагностиці мігрені, а саме відсутністю органічних виявів захворювання, неможливістю підтвердження додатковими методами дослідження в умовах поліклініки, а також недостатнім використанням лікарями міжнародних клінічних діагностичних критеріїв мігрені та інших форм первинного головного болю. Низька частота призначення препаратів зі специфічним механізмом дії щодо нападів мігрені (триптанів) притаманна не лише для України, а й для інших країн.

Висновки

Поширеність мігрені в Сумській області України становить 11,9 %, мігрені без аури — 9,5 %, мігрені з аурою — 2,4 %, хронічної мігрені — 0,9 %.

Серед опитаних осіб мігрень без аури виявлено у 80,2 %, з аурою — у 19,8 %, епізодичну мігрень з нечастими нападами — у 38,8 %, з частими нападами — у 53,4 %, хронічну мігрень — у 7,8 %.

Цефалгічний синдром при мігрені з аурою був інтенсивнішим, але менш тривалим. Тригерні чинники були спільними для мігрені без аури та з аурою, найчастішим чинником була зміна погоди.

У чверті осіб напад мігрені минав після відпочинку або сну, решта безконтрольно приймали аналгетики. Триптани для лікування нападів приймали лише 4,5 % хворих.

Визначення поширеності та особливостей клінічного перебігу мігрені в Україні дасть змогу диференційовано призначати лікування, що поліпшить якість життя таких хворих.

Література

- Белова А.Н., Буйлова Т.В., Булюбаш І.Д. и др. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / Под ред. А.Н. Беловой, О.Н. Шепетовой. — М.: Антидор, 2002. — 440 с.
- Мищенко Т.С., Кабачный В.И., Кабачная И.В. Мигрень: эпидемиология, диагностика, лечение, профилактика // Здоров'я України. Медична газета. — 2010. — № 2 (13). — С. 7—9.
- Ayzenberg I., Chernysh M., Osipova V. et al. Population-based survey of primary headache disorder in Russia: validation of questionnaire and methodology // Cephalgia. — 2009. — Vol. 29 (suppl. 1). — P. 80.
- Bigal M. E., Lipton R. B. The epidemiology, burden, and comorbidities of migraine // Neurol Clin. — 2009. — Vol. 27 (2). — P. 321—334.
- Buse D., Lipton R.B., Kawata A.K. et al. Global impact of chronic migraine (CM) compared to episodic migraine (EM) on health-related quality of life (HRQoL), depression and anxiety // Cephalgia. — 2009. — Vol. 29 (suppl. 1). — P. 11.
- Chu M.K., Chung J.— M., Kim B.— K. et al. Migraine and probable migraine prevalence and clinical characteristics in Korea: a nationwide population-based survey // Cephalgia. — 2009. — Vol. 29 (suppl. 1). — P. 69.
- Ertas M., Baykan B., Orhan E.K. et al. Prevalence of migraine in Turkey: a nationwide home-based study // Cephalgia. — 2009. — Vol. 29 (suppl. 1). — P. 57.
- Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 2nd ed // Cephalgia. — 2004. — Vol. 24 (suppl. 1). — P. 9—160.
- Houinato D., Adoukonou T., Ntsiba F. et al. Prevalence of migraine in a rural community in south Benin // Cephalgia. — 2010. — Vol. 30 (1). — P. 62—67.
- Katsarava Z., Dzagnidze A., Kukava M. et al. Primary headache disorders in the Republic of Georgia: prevalence and risk factors // Neurology. — 2009. — Vol. 73 (21). — P. 1796—1803.
- Kelman L. The triggers or precipitants of the acute migraine attack // Cephalgia. — 2007. — Vol. 27. — P. 394—402.
- Lipton R.B., Bigal M.E., Diamond M. et al., AMPP Advisory Group. Migraine prevalence, disease burden, and the need for preventive therapy // Neurology. — 2007. — Vol. 68. — P. 343—349.
- Panconesi A. Alcohol and migraine: Trigger factor, consumption, mechanisms: A review // J. Headache Pain. — 2008. — Vol. 9. — P. 19—27.
- Radtke A., Neuhauser H. Prevalence and burden of headache and migraine in Germany // Headache. — 2009. — Vol. 49 (1). — P. 79—89.
- Russell M.B., Kristiansen H.A., Saltyte-Benth J., Kvaerner K.J. A cross-sectional population-based survey of migraine and headache in 21,177 Norwegians: the Akershus sleep apnea project // J. Headache Pain. — 2008. — Vol. 9 (6). — P. 339—347.

16. Stovner L. J., Hagen K., Jensen R. et al. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide // *Cephalalgia*.— 2007.— Vol. 2.— P. 193—210.
17. Sun-Edelstein C., Mauskop A. Food and supplements in management of migraine headaches // *Clin. J. Pain*.— 2009.— Vol. 25.— P. 446—452.
18. Wang S.J. Epidemiology of migraine and other types of headache in Asia // *Curr. Neurol. Neurosci. Rep.*— 2003.— Vol. 3 (2).— P. 104—108.
19. Yoon M.S., Obermann M., Dommes P. et al. Prevalence of migraine in a population based sample in Germany: result of the GHC study // *Cephalalgia*.— 2009.— Vol. 29 (suppl. 1).— P. 56.

О.Е. ДУБЕНКО, Д.Д. СОТНИКОВ, В.В. ДЖЕПА

Распространенность мигрени в Сумской области

Цель — изучить распространенность и особенности клинического течения мигрени в организованной популяции населения Сумской области.

Материалы и методы. Проведено безвыборочное анкетирование 2255 человек (1155 женщин и 1105 мужчин) в возрасте от 16 до 60 лет в организованной популяции населения Сумской области Украины (студенты, рабочие, служащие, медицинские работники). Тип головной боли определяли согласно Международной классификации головной боли 2-го пересмотра.

Результаты. Распространенность мигрени составила 11,9 %: среди женщин — 17,7 %, среди мужчин — 5,9 %. Мигрень без ауры выявлена у 80,2 % лиц, с аурой — у 19,8 %, эпизодическая мигрень с редкими приступами — у 38,8 %, с частыми приступами — у 53,4 %, хроническая мигрень — у 7,8 %. Проанализированы основные триггерные факторы мигренозных приступов. К врачу обращались только 26,1 % лиц, триптаны для купирования приступа принимали 4,5 % лиц.

Выводы. Установление распространённости мигрени в организованной популяции населения более точно отражает структуру заболевания, что позволяет улучшить оказание помощи больным мигренью в Украине.

Ключевые слова: мигрень, распространённость, клиническое течение.

O. Dubenko, D. Sotnikov, V. Djepa

Prevalence of migraine in sumy region of ukraine

Aim of present study to investigate prevalence and clinical course of migraine in Ukraine.

Methods. A total 2255 adolescent (1150 women/1105 men) in age from 16 to 60 years in organized population of Sumy region of Ukraine were tested with anonym questionnaire (high-school students, workers, medical personal). Type of headache was classified according to the International Classification of Headache disorder 2nd edition.

Results. The population prevalence of migraine was 11,9 %, in women — 17,7 %, in men — 5,9 %. Migraine without aura was observed in 80,2 %, with aura — in 19,8 %. The episodic migraine with rare attack was in 38,8 %, with frequent attack in 53,4 %, chronic migraine — in 7,8 %. Many trigger factors of migraine attack were research. Only 26,1 % patients consult with doctors for headache treatment. Only 4,5 % used triptans for attack treatment.

Conclusion. The identification of migraine prevalence in organized group to more accurately reflect the migraineurs population that should help to improve management of migraine in Ukraine.

Key words: migraine, prevalence, clinical course.