

Наталья Сергеевна Курбатова

**Мигрень. Новые решения
для отчаявшихся**



Наталья Сергеевна Курбатова
Мигрень. Новые решения для отчаявшихся

*Текст предоставлен издательством
http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=6130532
Мигрень. Новые решения для отчаявшихся: Начная книга; Москва; 2013*

Аннотация

Вы устали от головной боли? Таблетки сопровождают вас ежедневно? А ведь существует много иных способов избавления от мигрени. В данной книге вы найдете полную и подробную информацию о причинах возникновения мигрени и методах ее лечения, включая такие популярные в настоящее время методы, как арома– и иглорефлексотерапия. Это издание поможет вам в борьбе с этим недугом.

Содержание

Введение	4
Понятие о болевой чувствительности и головной боли вообще	7
Основные механизмы развития головной боли	10
Классификация головной боли	13
Мигрень	15
Общие сведения	15
Классификация мигрени	17
Клиническая картина	18
Причины мигрени	20
В каких случаях возникает головная боль у практически здоровых людей?	22
Конец ознакомительного фрагмента.	28

Наталья Курбатова

Мигрень. Новые решения для отчаявшихся

Введение

Головная боль... Вряд ли на Земле есть хоть один человек, который не знал бы, что такое головная боль. Это неприятное, тягостное, мучительное, порой даже нестерпимое ощущение невозможно забыть, испытав хотя бы один-единственный раз! Исследования показывают, что в разных странах от 50 до 90 % населения страдают головной болью. Из них около 15–20 % приходится именно на различные виды мигрени.

Вероятно, сколько лет существует человек, столько лет существует и головная боль. Боль, в том числе и головная, известна человечеству давно. И очень давно известны различные методы ее лечения. В древних надписях на камнях, сделанных более 5000 лет тому назад, уже встречаются слова «страдающий головной болью». Первые упоминания о мигрени мы можем найти в клинописных таблицах древнешумерского эпоса, написанных в 3000 г. до н. э.

Антропологи обнаружили скелеты доисторических людей с высверленными отверстиями в черепе, что представляло собой, по-видимому, метод облегчения головной боли. Этот способ лечения современным людям показался бы варварским, если бы его небольшая модификация не использовалась в нейрохирургической практике. Для снижения высокого внутричерепного давления и сейчас иногда высверливают маленькие отверстия в черепе, через которые выводится избыточное количество жидкости.

Лечение головных болей в Китае проводилось более 2500 лет назад. В книге «Цзи-чжуан» (581 г. до н. э.) китайские врачи рекомендуют лечить головную боль методом чжень-цзю-терапии (иглоукалывания и прижигания).

Согласно сообщению древнегреческого историка Геродота в Древнем Египте жрецы, занимавшиеся врачеванием, специализировались на лечении разных болезней, и среди них встречались такие, которые лечили лишь головную боль.

Описания больных, страдающих головной болью, встречаются в трудах Гиппократов, жившего почти 2400 лет назад. Древнегреческий ученый Сократ (около 470–399 гг. до н. э.) и его ученик Платон (428–348 гг. до н. э.) знали о зависимости между напряжением или волнением и возникновением головной боли. Соран Эфесский (98–138), древнегреческий врачеватель, практиковавший в Риме, грек по национальности, дал удивительно информативное описание как хронической головной боли, так и мигрени. Древнеримский врач и естествоиспытатель Клавдий Гален (129–201) ввел для обозначения боли в одной половине головы термин «гемикрания», который в последующем в несколько искаженном виде дал название мигрени. К средствам лечения этого заболевания он причислял диету, гимнастику, ванны, растирания и «крово-извлечения» (т. е. кровопускания).

В развитие учения о головной боли определенный вклад внесли ученые арабоязычной медицины: аль Фараби (870–950), Абу Рейхан Бируни (973–1048) и особенно Абу Али Хусейн ибн Сина (Авиценна) (980–1031). В своей знаменитой книге, известной как «Канон врачебной науки», Авиценна описал несколько видов головной боли, в том числе и мигрень. Многие способы и методы лечения головной боли, которые приводятся в «Каноне врачебной науки», не утратили значения и в настоящее время.

Каждый человек из своего жизненного опыта знает, что головная боль может возникать не только при различных заболеваниях, но и у внешне здоровых людей. Эти люди ведут обычный образ жизни, трудятся, создают выдающиеся произведения литературы, искусства, науки и техники. Так, из исторических источников известно, что головными болями страдали римский полководец Гай Юлий Цезарь, царь и полководец Александр Македонский, немецкий композитор, пианист и дирижер Людвиг ван Бетховен, английский естествоиспытатель Чарлз Роберт Дарвин, немецкий поэт и публицист, выдающийся мастер лирической поэзии Генрих Гейне, английский писатель Джозеф Редьярд Киплинг, английский писатель, математик и логик, автор сказки «Алиса в стране чудес» Льюис Кэрролл, французский писатель Ги де Мопассан, величайший русский композитор Петр Ильич Чайковский и др.

Многие знаменитости, такие как Альфред Нобель, Эдгар По, Чайковский, Фредерик Шопен, Зигмунд Фрейд, страдали мигренью и жили под постоянной угрозой мигреновых приступов.

Страдания человека при головной боли, особенно при мигрени, описаны во многих литературных произведениях. Достаточно вспомнить всем известного Понтия Пилата из романа М. Булгакова «Мастер и Маргарита». Талантливый автор очень подробно и детально описал приступ мигрени у мужчины и его предвестники (ауру).

Приведенные здесь краткие сведения из истории изучения головной боли свидетельствуют о том, что только по имеющимся в распоряжении историков зафиксированным фактам человечество страдает головной болью более 5000 лет и, несмотря на это, не может от нее избавиться.

Каждый год свыше 45 млн человек обращаются за медицинской помощью, чтобы избавиться от головных болей. Однако многие люди, страдающие хроническими формами головных болей, в том числе мигренями, к врачам не обращаются вообще, боясь того, что боли вызваны каким-либо опасным заболеванием мозга, например опухолью. К счастью, примерно 90 % всех случаев головных болей являются функциональными (т. е. не связаны с изменениями структуры тканей); около 8 % составляют сосудистые головные боли и лишь приблизительно 2 % случаев – результат непосредственного поражения нервной системы. Поэтому при первом появлении головной боли не следует ставить себе диагноз опухоли головного мозга, как это нередко бывает, но и не нужно оставаться безразличным к этому симптому. Во всех случаях длительной или повторно появляющейся головной боли необходимо обратиться к врачу.

Другие пациенты вообще не доверяют врачам и считают, что сами способны разобраться в своем недуге. Эта задача во многом облегчается обилием информации, которая встречается на книжных прилавках. Однако сведения, сообщаемые в печатных изданиях, не способны создать полной и четкой картины каждого конкретного случая головной боли, поэтому столь велик в настоящее время процент страдающих.

Причины и механизмы развития головной боли и мигрени чрезвычайно многообразны, а отсюда существует множество методов ее устранения. И неправильно считают некоторые люди, что во всех случаях головной боли достаточно принять обезболивающее средство и головная боль уменьшится или пройдет. К сожалению, это мнение нередко подкрепляется нашими фармацевтическими учреждениями. Так, в большинстве аптек на прилавках содержится ряд препаратов под общим названием «средства от головной боли». Они рекомендуются их больным без учета причины и механизмов ее возникновения. Такое положение нельзя считать правильным. Несмотря на то что в ряде случаев применение препаратов обезболивающего действия и уменьшает или даже устраняет головную боль полностью, прием лекарств без выяснения причин и механизма развития боли может не только не принести пользы, но иногда и навредить больному.

В связи с тем что книга не рассчитана на специалистов, в ней излагаются лишь общие принципы лечения и профилактики головной боли. Она не должна рассматриваться как популярный справочник по лечению головных болей, тем более для самолечения. Ведь полное излечение от какого-либо заболевания возможно только при соединении усилий пациента и знающего врача.

Одной из основных задач книги является ознакомление широкого круга читателей с клиническими проявлениями и разнообразием причин возникновения мигреневых болей. Прочитав эту брошюру, читатель сможет уяснить себе, что головная боль не такой уж безобидный симптом и что ее устранение в каждом отдельном случае требует особого подхода, специальных методов обследования и лечения, основанных на изучении механизмов развития головной боли.

Понятие о болевой чувствительности и головной боли вообще

Боль – одно из самых распространенных ощущений. Многие знают, что характер, степень выраженности, продолжительность, локализация и другие особенности боли могут быть очень разными. Не существует двух людей, которые одинаково воспринимали и описывали бы болевые ощущения. Боль всегда неприятна, и организм стремится избавиться от нее. Вместе с тем оказывается, что боль организму полезна, так как сигнализирует о возникших в нем неполадках. Древние греки говорили, что боль – «сторожевой пес здоровья». Но боль не только извещает человека о неблагополучии. Она заставляет организм принимать ряд мер к устранению причин, вызывающих ее. Это происходит рефлексорным путем, который представляет собой ответную реакцию организма на действие различных раздражителей.

Таким образом, боль представляет собой не только сигнальное, но и защитное приспособление. Люди, у которых отсутствует чувство боли в силу врожденного дефекта или заболевания нервной системы, не способны вовремя избежать воздействия повреждающего фактора и могут оказаться жертвой случайности.

Однако как ни трудно человеку, лишенному чувства боли, еще труднее ему, когда боль продолжается длительно. Выполнив свою защитную функцию, боль становится злейшим врагом организма. Под воздействием боли снижается двигательная активность, нарушаются сон, аппетит и вообще вся обычная жизнь.

Чувство боли человек ощущает благодаря деятельности нервной системы, которая активизирует головной мозг и спинной мозг (составляющие центральную нервную систему), нервные стволы и их концевые рецепторы, нервные ганглии и другие образования, объединяемые под названием периферической нервной системы.

В головном мозге выделяют большие полушария и ствол мозга. Полушария представлены белым веществом (нервными проводниками) и серым веществом (нервными клетками). Серое вещество головного мозга расположено в основном на поверхности полушарий, образуя кору. Оно находится также в глубине полушарий в виде отдельных клеточных скоплений – подкорковых узлов. Среди последних в формировании болевых ощущений большое значение имеют зрительные бугры, так как в них сконцентрированы клетки всех видов чувствительности организма. В стволе мозга скопления клеток серого вещества образуют ядра черепных нервов, от которых начинаются нервы, обеспечивающие различные виды чувствительности и двигательную реакцию органов.

В процессе длительного приспособления живых существ к условиям окружающей среды в организме сформировались особые чувствительные нервные окончания, которые превращают энергию разных видов, поступающую от внешних и внутренних раздражителей, в нервные импульсы. Они получили название рецепторов. Рецепторы имеются практически во всех тканях и органах. Строение и функции рецепторов различны. Самое простое строение имеют болевые рецепторы. Болевые ощущения воспринимаются свободными окончаниями чувствительных нервных волокон. Болевые рецепторы располагаются в различных тканях и органах неравномерно. Больше всего их в кончиках пальцев, на лице, слизистых оболочках. Богато снабжены болевыми рецепторами стенки сосудов, сухожилия, мозговые оболочки, надкостница (поверхностная оболочка кости). Так как оболочки мозга снабжены болевыми рецепторами в достаточной степени, их сдавливание или растяжение вызывает болевые ощущения значительной силы. Мало болевых рецепторов в подкожной жировой клетчатке. Не имеет болевых рецепторов вещество мозга.

Чувствительность к боли зависит не только от количества болевых рецепторов, но и от возраста и пола. Известно, что дети чувствительнее взрослых, а женщины, как правило, выносливее, терпеливее по сравнению с мужчинами. Имеется зависимость от состояния психики. Все, что способствует отвлечению внимания от болевого раздражения, уменьшает ощущение боли. Этим объясняется ослабление или прекращение болевых ощущений в период сильных эмоциональных потрясений, при экстазе, гневе, страхе. И наоборот, при состояниях депрессии, физического утомления, нервного истощения ощущение боли возрастает. Ожидание и опасение усиливают болевые ощущения, то же происходит при отсутствии отвлекающих моментов. Этим же можно объяснить усиление всех видов боли в ночное время.

Болевые импульсы, принятые рецепторами, направляются затем сложными путями по специальным чувствительным волокнам в различные отделы головного мозга и в конечном счете достигают клеток коры полушарий мозга.

Центры болевой чувствительности головы расположены в различных отделах центральной нервной системы. Деятельность же коры головного мозга во многом зависит от особого образования нервной системы – сетчатой формации ствола мозга, которая может как активировать, так и тормозить деятельность коры больших полушарий.

Рассмотрим отдельно иннервацию внечерепных и внутричерепных образований головы.

Самое поверхностное внечерепное образование головы – кожа. Под ней располагаются подкожная жировая клетчатка, затем мышцы, сухожилия, надкостница и кости черепа. К внечерепным образованиям относятся также полость рта, язык, глотка и гортань. Во всех структурах имеются рецепторы, воспринимающие различные раздражения: болевые, температурные, тактильные и т. п.

Лицо и передняя часть головы иннервируются тройничным нервом, а затылочная область – затылочными нервами.

Полость рта иннервируется в основном чувствительными ветвями тройничного нерва, тесно связанными с вегетативными узлами и расположенными в области головы. Этими связями объясняется появление при головных и лицевых болях вегетативных нарушений в виде покраснения или побледнения, усиления пото- и слюноотделения, расширения зрачков и т. п.

Все нервные ветви связаны между собой, поэтому боль при различных состояниях может распространяться на разные отделы головы и лица.

Чувствительные рецепторы имеются в стенках кровеносных сосудов, артерий и вен, в частности внечерепного отдела головы.

Основными внутричерепными образованиями головы являются оболочки мозга, вещество мозга, сосуды. Мозг покрывают три оболочки. Самая наружная – твердая мозговая оболочка. Под ней находится так называемая паутинная, или арахноидальная, оболочка (от греч. арахне – «паук»). Непосредственно к мозгу прилежит сосудистая мозговая оболочка. Почти на всем протяжении паутинная и сосудистая оболочки представляют собой единое образование и называются мягкой мозговой оболочкой.

Твердая мозговая оболочка плотно сращена с внутренней поверхностью костей черепа, для которых она служит надкостницей. В толще твердой мозговой оболочки находятся артерии, вены, нервные волокна и их окончания (в основном от тройничного нерва, других нервов и вегетативных сплетений сосудов). Паутинная оболочка сосудов не имеет.

Между паутинной и сосудистой мозговыми оболочками имеется щелевидное, так называемое подпаутинное (субарахноидальное) пространство. Оно заполнено особой жидкостью, которая вырабатывается сосудистыми сплетениями. Эта жидкость называется ликвор (от лат. «ликвор», т. е. «жидкость, влага»), или спинномозговая жидкость. Отток

спинно-мозговой жидкости осуществляется в венозную систему посредством системы особых образований.

В сосудистой оболочке головного мозга много сосудов. В их стенках расположены разнообразно и сложнопостроенные чувствительные рецепторы. Их волокна объединяются между собой, образуя ряд нервных сплетений сосудистой оболочки мозга. Особенно много волокон на основании мозга.

Как видно из всего изложенного выше, разные структуры головы имеют неодинаковое число рецепторов, чувствительных к боли, чем и объясняется неодинаковая чувствительность к боли разных тканей головы. Очень быстро реагирует на механические, температурные (тепловые и холодные), химические, электрические и другого вида раздражения кожа головы. Различной оказывается болевая чувствительность надкостницы черепа: наиболее чувствительна к болевым раздражениям область надбровных дуг и нижней части височной кости.

Большой чувствительностью к боли отличаются артерии черепа, мозговые артерии чувствительны к боли лишь в области основания мозга (мозжечковые артерии) и в задней черепной ямке.

Из оболочек наиболее чувствительна сосудистая, затем твердая мозговая оболочка. Однако и здесь области чувствительности неодинаковы. Сильнее всего на болевые раздражения реагируют участки оболочек в области основания черепа, преимущественно в передней мозговой ямке, а также в местах прохождения венозных синусов и мозговых вен.

Основные механизмы развития головной боли

Принято считать, что в понятие «головная боль» включаются болевые ощущения, локализующиеся внутри черепа или же одновременно внутри черепа и на разных участках головы.

Головная боль представляет собой в основном симптом какого-либо физического страдания, но не болезнь. Поэтому принято различать головную боль при органических и функциональных заболеваниях. Органическими считаются такие заболевания, при которых возникают структурные изменения в тканях организма (например, опухоли головного мозга, ушибы мозгового вещества, кровоизлияния). При функциональных заболеваниях видимых изменений в строении тканей организма не выявляется, а происходит лишь нарушение взаимодействия отдельных систем организма. К таким состояниям можно отнести неврозы (истерия, неврастения и т. п.).

Если болевые импульсы не воспринимаются клетками коры головного мозга, то ощущение головной боли отсутствует. В этом легко убедиться, наблюдая состояния организма, при которых происходит торможение активности нервных клеток коры головного мозга.

Головная боль не ощущается во время крепкого сна, наркоза, в периоды сильного эмоционального возбуждения, гипнотического внушения и т. п. Это обусловлено тем, что болевые импульсы в такие моменты не воспринимаются корой, поэтому человек не чувствует головной боли. Следовательно, в механизме развития головной боли имеют значение раздражение болевых рецепторов различных структурных образований головы и передача этих импульсов в особые отделы мозга, в том числе в клетки коры, где и формируется ощущение головной боли.

На болевые рецепторы могут оказывать воздействие самые разнообразные виды энергии: механической, термической, электрической, лучистой, химической и т. п.

Многим знакома головная боль, развивающаяся при воздействии на ткани головы механических, термических и других факторов. В этих случаях импульсы, возникающие в болевых рецепторах кожи, сосудах тканей и других структурах, по соответствующим волокнам направляются в отделы мозга, где и формируется ощущение головной боли.

В развитии мигрени и головной боли функционального происхождения огромное значение имеют неврогенные и психогенные факторы, которые способствуют изменению нормального физиологического течения нервных процессов в головном мозге.

Всем прекрасно известно, как легко возникают головная боль и приступы мигрени под влиянием неблагоприятных жизненных ситуаций, психических травм или же внушения и т. п.

Неврогенные и психогенные факторы, служащие причиной возникновения мигрени и головной боли, опосредуются через многие органы и системы организма. Это можно продемонстрировать при следующем простом эксперименте.

Представьте себе, что вам предлагают лимон. Чтобы оттенить высокие качества лимона, предлагающий описывает его запах, вкус, зрелость. Чтобы показать зрелость лимона, его разрезают пополам столовым ножом, но недостаточно острым, поэтому лимон сдавливается и с места разреза начинает капать лимонный сок. Наконец, лимон разрезан пополам. Видны мякоть лимона, перерезанные зернышки, блестящие, покрытые лимонным соком поверхности разрезанных половинок лимона, стекающие капли лимонного сока, нож, обильно смоченный соком. Чтобы еще убедительнее продемонстрировать зрелость лимона, отрезают его дольку, и вновь начинает капать лимонный сок; он капает с поверхности среза и с ножа. Можно с уверенностью сказать, что при чтении этих строк у вас появилось ощу-

щение кислоты во рту и увеличилось слюноотделение, т. е. те явления, которые возникают у человека при попадании лимонного сока в полость рта.

Почему это произошло? У читателя в мозге сформировался образ лимона, и нервная система послала нервные импульсы соответствующим железам организма. На этом примере можно наблюдать влияние нервной системы на работу внутренних органов, в частности на функцию слюнных желез полости рта.

Следовательно, психогенный фактор путем влияния на нервную систему может изменять состояние и функции разных органов и систем организма. Изменяются тонус сосудов, ритм сердечной деятельности и дыхания, работа желудочно-кишечного тракта и т. п. Вследствие этого могут повышаться колебательная подвижность стенки сосудов, изменяться мозговое кровообращение, нарушаться обменные процессы и др. Повышается внутричерепное давление, что приводит к натяжению структур мозга, чувствительных к боли, раздражению болевых рецепторов, которые заложены в стенках сосудов, питающих головной мозг.

Основное значение при неврогенной и психогенной головной боли, к которой можно отнести и мигрень, имеет повышение колебательной подвижности стенки сосудов. Возникает закономерный вопрос: как могут раздражаться болевые рецепторы при повышении колебательной подвижности сосудистых стенок вследствие падения сосудистого тонуса? Болевые рецепторы, заложенные в стенках сосудов, не возбуждаются, если колебание их вследствие пульсации не превышает нормальных величин. В случае нарушения сосудистого тонуса колебательная подвижность сосудистых стенок может нарастать, превышая допустимые, и вследствие этого возбуждаются болевые рецепторы в стенках сосудов. Импульсы от них направляются к коре мозга, в результате чего и возникает ощущение головной боли.

Для лучшего понимания механизма возбуждения болевых рецепторов можно провести аналогию с процессом, протекающим в тканях суставов. До тех пор пока объем движений в суставе не превышает нормальных величин, никаких болевых ощущений обычно не бывает. Как только он их превышает, в большинстве случаев происходит возбуждение чувствительных болевых рецепторов, и появляется ощущение боли.

Примерно так же происходит возбуждение болевых рецепторов в стенках сосудов.

Следует отметить и немалое значение состояния возбудимости центральных аппаратов нервной системы. При повышении возбудимости импульсы от рецепторов, обычно не приводящие к возникновению болевых ощущений, могут вызывать головную боль даже в тех случаях, когда сосудистый тонус и колебательная подвижность сосудистых стенок повышаются незначительно. Это может возникнуть при функциональных нарушениях в регуляции деятельности головного мозга (при развитии неврозов, неврастений или психастений).

Практика показывает, что неврогенные и психогенные механизмы в развитии мигрени проявляются далеко не у всех людей. В каких же случаях они действуют?

Обычно неврогенные и психогенные головные боли возникают вследствие изменения функционального состояния центральной нервной системы, в первую очередь коры полушарий головного мозга.

При ряде состояний организма, обусловленных болезненным процессом или воздействием факторов окружающей среды, изменяется возбудимость центральных нервных образований мозга или, как говорят физиологи, изменяется порог возбудимости нервных клеток.

Повышение возбудимости клеток нервной системы может наблюдаться при:

- 1) переутомлении и психическом истощении нервной системы;
- 2) недостатке кислорода в организме (т. е. при гипоксиях);
- 3) интоксикациях (т. е. при отравлении организма токсическими веществами или при употреблении некоторых веществ в избыточных количествах);
- 4) нарушении деятельности некоторых систем организма (например, эндокринной системы в период климакса у женщин);

5) после перенесенных тяжелых общих заболеваний (после пневмоний, заболеваний почек и желудочно-кишечного тракта, при острых и хронических инфекционных заболеваниях); в период самой болезни и т. п.

При этих состояниях изменяется реактивность нервной системы, т. е. ее способность адекватно отвечать на нервную импульсацию от рецепторного аппарата. В результате этого импульсы, которые обычно не вызывают реактивных сдвигов, становятся для центральных аппаратов мозга пороговыми или сверхпороговыми и вызывают болевые ощущения.

При развитии мигрени пусковым моментом является раздражение болевых рецепторов, заложенных в стенках сосудов, которые питают различные структурные образования головного мозга.

При раздражении болевых рецепторов в стенках сосудов боль появляется тогда, когда в организме нарушается регуляция сосудистого тонуса. В этих случаях при каждом сокращении сердца сосуды головы расширяются гораздо быстрее и сильнее, чем у здоровых людей, а затем также стремительно суживаются. В результате значительного повышения колебательной подвижности сосудистых стенок возбуждаются нервные окончания, заложенные в стенках сосудов. Импульсы, указывающие на неблагополучие в сосудистых стенках при их перерастяжении, поступают в центральную нервную систему и воспринимаются корой головного мозга как ощущение боли, чаще мучительного пульсирующего характера, т. е. возникает приступ мигрени. Следует отметить, что процесс не ограничивается изменением сосудистого тонуса. Нарушение иннервации сосудов проявляется и повышением проницаемости сосудистой стенки. В выраженных случаях в окружающие ткани начинают фильтроваться составные части крови и продукты тканевого обмена, содержащиеся в крови. В результате этого развивается отек тканей. Они набухают и сдавливают проходящие в них нервные волокна и нервные окончания. Возникает дополнительный источник раздражения болевых рецепторов. Но отек тканей приводит к нарушению в них обмена веществ, вследствие чего появляются вещества сложного состава и строения, повышающие чувствительность нервных окончаний к болевым раздражениям.

Как только в центральную нервную систему начинают поступать сигналы о нарушении сосудистого тонуса, организм мобилизует определенные силы физиологической защиты, направленные на нормализацию своих функций. В крови появляются вещества, нормализующие тонус сосудов, укрепляющие их стенку, повышается активность особых веществ – ферментов, способных разрушать продукты нарушенного обмена. Чем раньше и активнее все это происходит, тем быстрее устраняется головная боль и мигренозный приступ исчезает.

Необходимо отметить, что во всех случаях развития головной боли она сопровождается рядом рефлекторных реакций, на первый взгляд никакой связи с головной болью не имеющих. Например, изменяется ритм сердечной деятельности и частоты дыхания, возникают напряжение отдельных мышечных групп, тошнота, рвота, не приносящая значительного облегчения, головокружение и т. д. Это связано с тем, что все органы и системы тесно взаимодействуют друг с другом, и в первую очередь с нервной системой. Поэтому при возникновении изменений в какой-либо системе организма появляются рефлекторные реакции со стороны других органов, которые опосредуются через деятельность центральной нервной системы.

Классификация головной боли

Современная классификация головной боли чрезвычайно сложна. Это во многом обусловлено тем, что медицинская наука даже на данном этапе не может назвать точных причин и механизмов развития некоторых видов головной боли.

Настоящая классификация была предложена в 1988 г. Международным обществом по изучению проблем головной боли. Она включает в себя 14 основных классов.

1. Головная боль мышечного напряжения является, по-видимому, самой распространенной. Возникает она при чрезмерном и постоянном напряжении мышц головы и шеи. Головная боль мышечного напряжения ощущается как распространенная тупая, но не как пульсирующая боль. Головные боли напряжения могут быть эпизодическими (имеется менее 15 приступов головной боли в месяц или менее 180 эпизодов в год) или хроническими, что встречается намного чаще.

2. Сосудистая головная боль возникает при острых (инсульты, кровоизлияния) или хронических формах недостаточности мозгового кровотока (атеросклероз мозговых сосудов), при неправильном строении сосудистой стенки (например, при сформировавшейся аневризме), при пониженном или, наоборот, повышенном артериальном давлении.

Гипертонические головные боли обнаруживаются у людей с высоким кровяным давлением. Они обычно сильнее всего по утрам и затихают в течение дня. Боль носит сжимающий характер, иногда вызывает ощущение плотной повязки на голове.

3. Головная боль, связанная с несосудистыми внутричерепными заболеваниями: при повышении или понижении внутричерепного давления ликвора; боль при раздражении мозговых оболочек (например, при менингите); при опухолевом процессе вещества головного мозга. Симптомы включают прогрессивно усиливающуюся головную боль, которая часто сочетается с неукротимой рвотой, нарушениями речи и зрения, координации и равновесия, судорогами.

4. Кластерные головные боли слагаются из группы приступов, которые следуют друг за другом в разном количестве (от 5 до 50 приступов). Обычно подобному состоянию подвержены мужчины, особенно курящие. Так же как и мигренозные, кластерные боли локализованы (чаще в области глазницы) и носят односторонний характер. В отличие от мигрени, эти боли носят жгучий или пульсирующий характер, не сопровождаются предварительной аурой (т. е. отсутствует период предвестников).

5. Головная боль, связанная с наличием черепно-мозговой травмы. Она может возникать в остром периоде после недавно перенесенной черепно-мозговой травмы или же как ее последствие (при развитии хронической травматической болезни головного мозга). Травматическая головная боль может казаться похожей на мигрень, но она стойко держится ежедневно и плохо поддается консервативному лечению.

6. Абузусная головная боль связана с неправильным применением лекарственных веществ, их передозировкой или быстрой отменой. Большинство современных лекарств имеет в списке побочных эффектов возможность возникновения головной боли.

Это связано с тем, что они вторгаются в естественные системы организма и нарушают их нормальное функционирование на биохимическом уровне. Часто подобный вид болей возникает у людей, привыкших к употреблению кофеина, который способен суживать кровеносные сосуды головного мозга. Ее причиной является эффект бумеранга: кровеносные сосуды расширяются в ответ на нехватку кофеина. Это расширение и вызывает головную боль.

Абузусные головные боли возникают также у заядлых курильщиков, наркоманов, после употребления алкоголя. Имеют пульсирующий характер, часто сопровождаются чувством тошноты.

7. Головная боль при общих инфекционных заболеваниях организма (вирусные и бактериальные инфекции), не связанных с поражением оболочек головного мозга. Это является следствием развития общеинтоксикационного синдрома, который возникает в результате попадания в кровь токсических продуктов жизнедеятельности вредных микроорганизмов.

8. Головная боль при заболеваниях шеи (например, при шейном остеохондрозе), при патологии костей черепа, зубов, глаза, лор-органов (уха, ротовой и носовой полостей).

9. Головная боль при патологии ряда черепно-мозговых нервов: тройничного, языкоглоточного, промежуточного, блуждающего.

10. Головная боль при нарушении гомеостаза (т. е. равновесия внутренней среды организма): возникает при самых разнообразных состояниях, сопровождающихся изменением нормальных параметров биохимического состава крови, спинно-мозговой жидкости и других биологических сред. Сопровождает гипоксические состояния, нарушения кислотно-основного равновесия, печеночную и почечную недостаточность, нарушение легочной вентиляции и др.

11. Различные виды головных болей. Сюда можно отнести холодовую головную боль, которая возникает у некоторых людей при попадании их на холод, при выходе из теплого помещения как проявление своеобразной холодовой аллергии.

Головная боль усилия появляется после некоторых видов физических нагрузок, включая секс. У некоторых людей кашель или смех также могут вызывать головную боль усилия. Около 10 % людей, мучающихся ею, на самом деле страдают от скрытой физической болезни, например опухоли или аневризмы (ослабленного кровеносного сосуда) мозга и должны немедленно обратиться к врачу.

12. Психалгии – головные боли психогенного и неврогенного характера. Возникают у людей специфического психо-эмоционального склада, при котором наблюдаются функциональные расстройства нервной регуляции в ответ на сильные или продолжительные неврогенные раздражители. Сопровождает такие состояния, как неврозы, истерии, неврастении, психастении и т. д.

13. Недифференцированные головные боли. Сюда относят все сомнительные случаи возникающих головных болей, когда нельзя точно установить причину и механизм развития. Подобный диагноз может поставить только опытный врач после проведения всех необходимых обследований.

14. И наконец, последний класс включает мигрени.

Мигрень

Общие сведения

Слово «мигрень» происходит от греческого слова «гемикрания», что означает «боль в одной половине головы» («геми» – «полу», «кранио» – «череп»). Так впервые это заболевание было названо древнеримским врачом Галеном. В дальнейшем слово «гемикрания» трансформировалось во французской транскрипции в *migaine* и превратилось в «мигрень». Этот термин получил признание во всем мире, причем как в медицинской литературе, так и в быту.

Мигрень известна человечеству более 3000 лет. В папирусах древних египтян обнаружены описания мигреновых приступов, а также прописи лекарственных средств, используемых для лечения этого заболевания. Несмотря на это, до сих пор многое остается загадкой в механизмах развития и причинах возникновения мигрени. Практические врачи и пациенты, страдающие мигренозными болями в течение многих лет, не имеют четкого представления о том, излечимо ли это заболевание. Какие современные лекарственные средства наиболее эффективно снимают болевой мигреновый приступ? Всех ли больных с мигренями нужно лечить и как? Есть ли у мигрени осложнения? На какие симптомы у пациента с мигренью нужно обращать внимание, чтобы не пропустить другое угрожающее жизни заболевание (опухоль мозга, сосудистую аневризму и т. п.)?

Несмотря на то что людям известно о мигрени уже тысячи лет, медицинская наука все еще далека от полного понимания этого синдрома. Еще в начале XX в. в книгах о головной боли мигрень шла в одном ряду с эпилепсией, т. е. рассматривалась как результат органических поражений вещества головного мозга. Позже ее стали считать психосоматическим расстройством, возникающим при нервно-психическом истощении защитных сил организма. Сегодня мы знаем, что мигрень представляет собой цереброваскулярные головные боли, возникающие при изменениях в регуляции тонуса мозговых кровеносных сосудов.

Мигрень – это достаточно распространенное состояние по сравнению с другими видами головных болей. Мигренью страдает от 12 до 15 % населения земного шара. Она является вторым по частоте видом первичной головной боли после головной боли напряжения. В России около 18 млн человек отмечают у себя возникновение болевых приступов, подходящих по клинической картине к описанию мигреновых болей. Характерным признаком мигреновой головной боли является возникновение ее в молодом возрасте, до 20 лет. Первый приступ мигрени может произойти в любом возрасте, от 5 до 40 лет, но в большинстве случаев это происходит в период от 13 до 19 лет. Известны случаи возникновения мигрени у 4–8-летних детей (0,07 % в популяции). Пик заболеваемости приходится на период от 25 до 34 лет. Если вам суждено в будущем страдать мигренью, то почти наверняка первый ее приступ вы испытаете до 40 лет.

До периода полового созревания мужчины и женщины страдают мигренью примерно в одинаковом соотношении, но затем женщины начинают преобладать среди страдающих. Женщины испытывают мигреновые приступы в 2–3 раза чаще, чем мужчины, однако у последних интенсивность боли, как правило, выше.

С возрастом, после наступления климакса, у половины больных мигрень проходит, а у остальных интенсивность боли несколько уменьшается. В отдельных случаях с возрастом происходит трансформация мигрени: число приступов увеличивается, интенсивность боли чаще уменьшается и появляется фоновая межприступная головная боль. Такая трансформированная мигрень приобретает хронический ежедневный характер. К наиболее частым

причинам подобной трансформации относят абюзусный фактор (злоупотребление анальгетиками и другими антимигреновыми средствами, которые потребляются пациентами в больших количествах для уменьшения интенсивности боли), а также депрессию.

В настоящее время четко доказана роль наследственного фактора в формировании и развитии мигрени. От 70 до 90 % пациентов, страдающих мигренью, сообщают, что их родственники тоже имеют подобное заболевание, а это говорит в пользу наследственной предрасположенности к данному недугу.

Если приступы мигрени имели место у обоих родителей, то заболевание встречается в 60–90 % случаев, если только у матери – в 72 %, только у отца – в 20 %. В случае, если болеют дальние родственники, возможность появления мигрени также составляет 20 %. Таким образом, мигрень чаще наследуется по женской линии и наличие семейного анамнеза является важным диагностическим критерием заболевания.

Классификация мигрени

Согласно современной международной классификации головных болей от 1988 г., о которой было уже сказано выше, в настоящее время выделяют 2 основные формы мигрени. Это мигрень без ауры (т. е. простая, обычная мигрень), которой страдают около 80 % больных, и мигрень с аурой, или классическая, ассоциированная мигрень, возникающая только у 15 % взрослых больных.

Существует несколько других, более редких типов мигрени, которыми в совокупности страдает 5 % больных. Это базилярная, гемиплегическая, офтальмоплегическая, ретинальная и посттравматическая мигрень.

Критерии диагностики мигрени были определены Международным обществом по изучению головной боли в 1988 г.

1. Приступообразность головной боли.
2. Длительность приступа от 4 до 72 ч.
3. Головная боль имеет по крайней мере две характеристики из следующих:
 - 1) преимущественно односторонняя локализация, чередование сторон, реже – двусторонняя;
 - 2) пульсирующий характер;
 - 3) средняя или значительная интенсивность головной боли (нарушает повседневную деятельность);
 - 4) усиление при физической нагрузке.
4. Наличие хотя бы одного сопровождающего симптома:
 - 1) тошнота;
 - 2) рвота;
 - 3) фонофобия (повышенная чувствительность к разнообразным звукам даже нормальной интенсивности);
 - 4) фотофобия (т. е. светобоязнь).

Для постановки диагноза мигрени без ауры в прошлом должно быть не менее 5 приступов, отвечающих перечисленным критериям. Для мигрени с аурой должно быть не менее 2 приступов, соответствующих этим критериям.

Мигрень без ауры проявляется приступами головной боли, которая соответствует вышеперечисленным критериям. Это наиболее частая форма, она наблюдается в 80 % случаев. При мигрени с аурой болевую атаку предваряет мигреновая аура. Аурой называют комплекс неспецифических неврологических симптомов, предшествующих приступу боли или возникающих на высоте боли. Неврологическая симптоматика, сопровождающая мигреновую ауру, может наблюдаться и при других заболеваниях, причем не только нервной системы. Важнейшее значение при диагностике имеют повторяемость мигреновой ауры, ее временные характеристики, сочетание с типичными мигреновыми головными болями и семейная отягощенность по мигрени.

Для мигрени с аурой характерны:

- 1) полная обратимость симптомов ауры;
- 2) длительность симптомов не должна длиться более 60 мин;
- 3) длительность светлого (т. е. бессимптомного) промежутка между аурой и головной болью должна быть не более 60 мин.

В зависимости от характера неврологических симптомов, возникающих во время ауры, выделяют несколько форм:

- 1) офтальмическую (классическую);
- 2) офтальмическую (классическую);

- 3) ретинальную;
- 4) офтальмоплегическую;
- 5) гемипаретическую;
- 6) мозжечковую;
- 7) вестибулярную;
- 8) базилярную;
- 9) синкопальную.

Чаще других возникает офтальмическая форма, для которой характерно мелькание ярких зрительных образов в правом или левом поле зрения, возможно с последующим их выпадением.

При глазной (офтальмической) форме появляются расстройства зрения. В результате спазма сосудов мозга, и в частности задней мозговой артерии, возникает выпадение половин полей зрения или перед глазами появляются яркие светящиеся точки, линии (нередко ломаные). Кроме зрительных расстройств, могут быть затруднения речи, нарушения мышления, трудность концентрации внимания и т. п. Эти нарушения получили название ауры. Она длится от 5 до 30 мин, а затем возникает боль в какой-либо области головы, чаще лобной, иногда в височной, реже – в затылочной. У некоторых больных боль появляется над глазами, в челюстях и даже в спине. Боль распространяется на всю половину головы. Может возникнуть тошнота и даже рвота. Боль достигает максимума в период от 30 мин до 1 ч и держится не более 6 ч. Для глазной формы мигрени характерна локализация боли в лобно-глазничной области. Затем присоединяется боль в затылочной или височно-затылочной области.

Наиболее грозной формой мигрени с аурой является базилярная, или синкопальная, мигрень. Эта форма возникает чаще у девочек в пубертатном периоде. Неврологические симптомы обусловлены вовлечением в патологический процесс основного сосудистого бассейна, участвующего в кровоснабжении головного мозга. Возникают шум в ушах, головокружение, необычные ощущения в конечностях (мурашки, покалывание, пощипывание и др.), могут быть яркие зрительные вспышки.

Особой формой мигрени является вегетативная, или паническая, мигрень, выделенная в 1995 г. При этой форме мигреновая атака сочетается с ярко выраженной паникой. Заболевание возникает у пациентов с нарушениями тревожно-депрессивного характера. Приступ начинается с типичной мигреновой атаки, он провоцирует возникновение страха (паники); появляются учащенное сердцебиение (тахикардия), одышка (учащенное дыхание), возможны подъем артериального давления, появление озноба, общей слабости, увеличивается частота мочеиспусканий. Паническую мигрень диагностируют при наличии трех или более симптомов, ассоциированных с паникой, при любом их сочетании. Панико-ассоциированные симптомы являются «вторичными» по времени возникновения по отношению к головной боли. Головная боль при этой форме мигрени полностью соответствует определению и диагностическим критериям мигренового приступа. Распространенность «панической» мигрени среди других ее клинических форм составляет около 10 %.

Клиническая картина

Основной в *клинической картине болезни* является приступообразно возникающая головная боль сосудистого механизма развития.

Обычно в приступе мигрени можно выделить *три стадии*.

В *первой стадии* наблюдается спазм сосудов головного мозга. Он проявляется бледностью лица. Первая фаза: продромальная (встречается в 50–70 % случаев), т. е. фаза, предшествующая основным клиническим проявлениям мигрени, наблюдается при всех формах мигрени в виде изменения эмоционального состояния, работоспособности и т. д. При миг-

рени с аурой проявления зависят от типа ауры, который связан с сосудистым бассейном (см. выше). Вследствие этого спазм возникает и головная боль. Эта стадия непродолжительна, но в течение ее происходит освобождение из клеток крови особых веществ, которые увеличивают проницаемость капилляра. В результате этого происходит выход из сосудистого русла особых клеточных гормонов. Воздействуя на рецепторы стенок артерий, эти вещества снижают порог чувствительности к боли. Затем выделившиеся вещества выводятся почками и содержание их в крови резко уменьшается. Это приводит к тому, что тонус артерий мозга понижается, а спазм капилляров остается. В результате этого возникает расширение артериальных сосудов головы.

Лицо краснеет, и появляется головная боль вследствие расширения сосудов – *наступает 2-я стадия*, во время которой разворачивается головная боль со всеми ее особенностями и сопровождающими симптомами. Она длится несколько часов, постепенно стихая.

Третья стадия – послеприступный период. Он характеризуется постепенным уменьшением головной боли, чувством тяжести в голове, вялостью, разбитостью, сонливостью и обусловлен биохимическими изменениями, происходящими в организме во время приступа. У некоторых пациентов в послеприступный период возникают эмоциональная активация, эйфория. Приступ может продолжаться от нескольких часов до нескольких суток, в среднем длится 6–18 ч.

Приступы мигрени могут появляться в любое время дня, но, как правило, начинаются с утра. Обычно перед приступом отмечаются определенные предвестники: повышенная раздражительность, нервозность, ощущение несуществующих запахов. Описанные проявления головной боли характерны для обыкновенной формы мигрени.

Как уже говорилось, картина заболевания имеет свои особенности. Боль при мигрени жестокая, часто пульсирующего характера. Свои ощущения больные описывают очень красочно, образно. Они отмечают, что боль как будто распирает какой-то участок головы, преимущественно лобную область и глаза, появляется ощущение нарыва или какого-то «шевеления» в голове и т. п.

Во время приступа лицо больного бледнеет или краснеет вследствие сужения или расширения артерий головы. На высоте головной боли появляются тошнота, иногда рвота, неприятные ощущения в области сердца, обостряется восприятие внешних раздражителей; больные не переносят света, шума, просят затемнить комнату, разговаривать шепотом и т. п.

Приступ продолжается несколько часов, затем боль постепенно уменьшается. Если больному удастся заснуть, то он просыпается уже без головной боли, хотя могут отмечаться общая слабость, недомогание.

Вне приступа больные чувствуют себя обычно совершенно здоровыми и у них не удается выявить никаких признаков заболевания.

Мигрень у женщин очень хорошо описана авторами в художественной литературе. В романе «Мастер и Маргарита» М. Булгаков с большой детализацией и точностью описал приступ мигрени и его предвестники (ауру) у мужчины. У одного из персонажей романа Понтия Пилата, прокуратора Иудеи, приступ начинался с ощущения воображаемого запаха розового масла: «... все теперь предвещало нехороший день, так как запах начал преследовать прокуратора с рассвета... Прокуратору казалось, что розовый запах источают кипарисы и пальмы в саду, что к запаху кожаного снаряжения и пота от конвоя примешивается проклятая розовая струя». Он чувствует все тот же запах розового масла в запахе приготовляемого обеда. Угроза развития припадка вызывает тревожно-мнительное состояние у Понтия Пилата. Боль страшит его. Прокуратор восклицает: «О боги, боги, за что вы наказываете меня? Да, нет сомнения, это она, опять она, непобедимая, ужасная болезнь... гемикрания, при которой болит полголовы... от нее нет средств, нет никакого спасения... попробую не двигать головой...» Понтий Пилат оставляет все дела, он мечтает только о том, чтобы уйти

из колоннады в глубь дворца, затемнить комнату, повалиться на ложе, потребовать холодной воды, жалобным голосом позвать собаку Банга, пожаловаться ей на гемикранию. В больной голове прокуратора возникает даже мысль о яде. Окружающие, зная характер течения мигрени, говорят Понтию Пилату: «...мучения твои сейчас кончатся, боль пройдет».

Следует отметить, что, несмотря на общую схему развития головной боли при мигрени, она имеет индивидуальные особенности у разных людей. Как указывал крупный ученый XIX в. француз Лаборокк, при мигрени «каждый страдает на свой манер».

Причины мигрени

Каковы же причины мигрени? Хотя мигрень известна очень давно, окончательно ее причины до настоящего времени не установлены. Исследования показали, что приступы мигрени обусловлены изменением тонуса венозных и внутричерепных сосудов. Примерно в 70 % случаев выявляется связь между мигренью у родителей (чаще у матери) и у детей, причем наследуется не болезнь, а предрасположенность к ней. Считается, что 60 % случаев заболевания возникают до 20-летнего возраста. Почти в 90 % наблюдений болезнь развивается в возрасте до 30 лет. Она может возникать и в другие возрастные периоды. Известны случаи мигрени у 1–3-летних детей. Очень часто приступы мигрени приходятся на время появления первых менструаций (более 70 % случаев). Дети, предрасположенные к мигрени, отличаются тонким душевным складом, критически осмысливают каждый свой шаг, не допускают действий, которые могли бы послужить поводом для окружающих плохо о них думать, болезненно реагируют на каждое замечание, обидчивы, педантичны.

Больные мигренью также чувствительны к изменениям погоды. Изменения атмосферного давления от 6 до 8 мм рт. ст. вызывают у них чувство тяжести в голове, перемену настроения, головную боль. У больных часто отмечаются аллергические реакции.

В развитии мигренозного приступа имеют значение как факторы окружающей среды, так и внутренние факторы организма (состояние гормональной системы и т. п.).

Провоцирующими моментами обычно являются перегревание на солнце, изменение атмосферного давления, пребывание в душном, плохо проветриваемом помещении, нарушение режима труда и отдыха, эндокринные сдвиги в организме (менструация, беременность), действие сильных внешних раздражителей (шум, яркий свет), сильное чувство голода, физическое переутомление, особенно сверхсильные и сочетающиеся с эмоциональным стрессом нагрузки, заболевания внутренних органов. Нерегулярные приемы пищи (голодание) или употребление некоторых пищевых продуктов могут инициировать болевой мигренозный приступ у лиц, страдающих мигренью. Примерно 25 % больных связывают возникновение приступа с употреблением пищи, богатой аминокислотой тирамином (какао, шоколад, орехи, цитрусовые, сыр, некоторые виды рыбы и мяса, в частности свинина, грибы, крабы, копчености и т. д.). Аминокислота тирамин связывает фермент моноаминоксидазу и вызывает изменения сосудистого тонуса (ангиоспазм). Кроме того, тирамин конкурирует с предшественником серотонина – триптофаном, препятствуя его поступлению в нервные клетки и снижая, таким образом, синтез серотонина в центральной нервной системе. Провокаторами мигренозного приступа являются также алкоголь (особенно красное вино, пиво, шампанское), курение, наркотические препараты.

Отклонения от привычной формулы сна могут учащать приступы мигрени. Провоцирующим фактором в этом случае может быть как недосыпание, так и избыточный сон. Больные, которым во время приступа удается заснуть, купируют таким образом головную боль. Проведенные учеными специальные исследования показали, что имеется так называемая мигрень сна, когда приступ возникает во время ночного сна, а именно в самой активной фазе сна – быстром сне. В эту фазу человек видит сновидения, что сопровождается активацией

вегетативных параметров, биохимическими и гормональными сдвигами. Мигрень бодрствования также возникает в самой активной стадии бодрствования – напряженном бодрствовании. Более чем у половины больных наблюдается мигрень как во сне, так и бодрствовании.

Играют роль и условно-рефлекторные факторы: приступы возникают при попадании больного в определенное место в одно и то же время, при стечении определенных обстоятельств, при которых раньше наступали приступы головной боли.

Головную боль могут вызвать чувство тревоги, страх, испуг. Это можно видеть на следующем примере. У больной, у которой мигренью страдали мать и сестра, приступ болезни развился в возрасте 21 года после того, как на нее набросилась собака. Возникла боль в правой половине головы, затем боли стали появляться 2–3 раза в год без всякой внешней причины, а через 5 лет после новой психической травмы (смерть близкого человека) стали отмечаться ежемесячно, совпадая по времени с первыми 2 днями менструации.

В данном наблюдении имелась предрасположенность к болезни, но она не проявлялась до определенного времени, и психическая травма (испуг) спровоцировала развитие заболевания.

В ряде случаев причину развития приступа установить не удастся.

В каких случаях возникает головная боль у практически здоровых людей?

Каждый человек из своего жизненного опыта знает, что головная боль может возникать не только при различных заболеваниях, но и у внешне здоровых людей. Эти люди ведут обычный образ жизни, трудятся, создают выдающиеся произведения литературы, искусства, науки и техники. Так, из исторических источников известно, что головными болями страдали римский диктатор и полководец Гай Юлий Цезарь, царь и полководец Александр Македонский, немецкий композитор, пианист и дирижер Людвиг ван Бетховен, английский естествоиспытатель Чарлз Роберт Дарвин, немецкий поэт и публицист, выдающийся мастер лирической поэзии Генрих Гейне, английский писатель Джозеф Редьярд Киплинг, английский писатель, математик и логик, автор сказки «Алиса в стране чудес» Льюис Кэрролл, французский писатель Ги де Мопассан, величайший русский композитор Петр Ильич Чайковский и др.

Как же объяснить то, что часто головная боль появляется у людей, которые до этого не считались больными, да и после того, как головная боль проходит, они не обращаются к врачам, не лечатся и живут полноценной жизнью. Не находится ли этот факт в некотором противоречии с выводами ученых, что головная боль всегда признак болезненного состояния?

Дело в том, что абсолютно здоровые люди встречаются редко, в большинстве случаев речь идет о практически здоровых. Как правило, практически здоровые люди никаких жалоб не предъявляют, чувствуя себя вполне удовлетворительно, наравне со всеми трудятся и только иногда, когда меняются условия окружающей среды или внутренние факторы, у них возникают те или иные болезненные симптомы: головная боль, боли в суставах, чувство разбитости, расстройство сна и т. п.

У кого же из практически здоровых людей может чаще всего возникать головная боль? Это могут быть лица с изменениями со стороны центральной нервной системы, либо врожденными, либо приобретенными в результате перенесенных различных заболеваний (как правило, инфекционных), травм, интоксикаций и тому подобного или же лица с хроническими процессами, длящимися годами и не приводящими к выраженным нарушениям функций, находящиеся, как говорят врачи, в стадии компенсации. При декомпенсации возникают различные болезненные проявления, в том числе и головная боль.

Поясним это примерами. Головная боль появляется у людей с врожденной повышенной возбудимостью нервной системы. Эти люди практически здоровы, но различные факторы, которые обычно не вызывают раздражения болевых рецепторов у здоровых людей, у них приводят к возбуждению многих рецепторов, в том числе и болевых, что выражается головной болью.

Другой пример. Человек получил травму головы, вследствие которой возникли мелкие, с булавочную головку, очажки кровоизлияния в вещество мозга. Прошел острый период болезни. Болезненные проявления исчезли, очажки кровоизлияния рассосались, и на их месте образовались такие же мелкие рубчики. Больной вернулся к своей обычной деятельности. У него не осталось никаких болезненных ощущений, однако в результате имеющихся мелких рубчиков появилась повышенная возбудимость нервной системы. Для нормализации возбудимости обычно требуется несколько лет. Такого человека нельзя считать абсолютно здоровым, но вместе с тем он и не больной. Он практически здоров. При такой повышенной возбудимости центральных аппаратов мозга факторы, которые в обычных условиях у здоровых людей не вызывают раздражения болевых рецепторов, у такого человека могут быть причиной возбуждения нервных окончаний, чувствительных к болевым раздражениям, и могут привести к возникновению головной боли.

Третий пример. Человек может страдать каким-либо хроническим заболеванием, ничем не проявляющимся в течение десятков лет, например недостаточностью мозгового кровообращения или коронарного кровообращения начальных стадий, расстройствами деятельности эндокринной системы и т. п. Эти заболевания дают о себе знать, или, как говорят врачи, декомпенсируются, в определенной ситуации, при изменении условий окружающей среды, когда к организму предъявляются повышенные требования.

В каких же условиях появляется головная боль у практически здоровых людей?

Чаще всего головная боль возникает у них под воздействием климатопогодных влияний, при нарушениях режима труда и отдыха, питания, режима сна, изменениях условий окружающей среды (действие различных видов энергии, недостаток кислорода и т. п.), психогенных влияниях и злоупотреблении алкоголем, курением и т. п.

Исследования, проведенные разными учеными, позволили установить, что под влиянием климатопогодных факторов могут обостряться хронические заболевания суставов, сердечно-сосудистые заболевания и т. п. Кроме того, отмечено, что у практически здоровых людей при изменении погоды могут возникать болезненные ощущения: чувство тяжести в голове, головная боль разной степени и интенсивности, расстройство сна, чувство разбитости, снижение работоспособности, изменение настроения, боли в суставах, загрудинные боли и т. п.

Повышенная чувствительность к изменениям погоды называется метеолабильностью, а ощущения, возникающие в результате действия климатопогодных факторов, – метеотропными реакциями.

Как правило, к изменению климатопогодных факторов чувствительны люди, перенесшие травму головы, а также заболевания, способствующие ослаблению функций нервной системы. В редких случаях метеолабильность может быть врожденной.

Особенно часто головная боль при изменении климатопогодных факторов возникает у лиц, которые перенесли какое-то заболевание, проявлявшееся головной болью, или же у страдающих головными болями разного характера, а также у людей, страдающих хроническими заболеваниями нервной системы, которые в обычных условиях ничем не проявляются. Таким образом, лица, у которых появляется головная боль под воздействием погодных факторов, – это не абсолютно здоровые, а лишь практически здоровые люди.

Следует отметить, что у людей с метеолабильностью возникновению головной боли способствуют малоподвижный образ жизни, недостаточное пребывание на открытом воздухе. Обычно это люди, у которых нет четкого распорядка дня, кто не занимается физическими упражнениями, не использует очередной отпуск для отдыха.

Основную группу людей с метеолабильностью составляют лица старше 40 лет. Характерно, что, чувствительность к изменению климатопогодных условий встречается в 2–3 раза чаще у городских жителей, чем у лиц, проживающих в сельской местности.

Головная боль и другие симптомы, появляющиеся у людей, чувствительных к изменению климатопогодных условий, чаще наблюдаются в переходные зимне-весенние (февраль, март, май) и осенние (октябрь, ноябрь) месяцы года. Это объясняется большой изменчивостью погоды в указанные периоды, а также определенными сезонными сдвигами в организме людей.

В развитии головной боли у людей с метеолабильностью имеет значение изменение некоторых основных элементов, образующих погоду, и в первую очередь изменение атмосферного давления. Обычно суточные колебания атмосферного давления очень незначительны и в определенном пункте земной поверхности относительно стабильны. Изменение атмосферного давления на 6–8 мм рт. ст. вызывает у людей с повышенной чувствительностью к изменению погоды чувство тяжести в голове, головную боль разной степени выраженности, изменение настроения. По-видимому, здесь важно не только изменение атмо-

сферного давления, но и одновременное изменение других метеорологических факторов – относительной влажности и температуры воздуха, силы и направления ветра, режима облачности, вторжение атмосферных фронтов и циклонов. Определенную роль играет быстрота перехода погодных комплексов, а также выраженность метеорологических колебаний. Чем меньше промежуток времени, в течение которого меняется погода, тем чаще и более выраженными оказываются метеотропные реакции.

Наблюдения показали, что чаще всего головная боль возникает при резком переходе от жаркой, теплой и сухой малооблачной погоды к пасмурной дождливой погоде, от слабо морозной погоды с перепадами температуры через ноль к морозной и значительно морозной; от слабо морозной к облачной, пасмурной, дождливой погоде, от сильно морозной к слабо морозной погоде. Как правило, лица, чувствительные к изменению климатопогодных факторов, отмечают чувство тяжести и головную боль за 1–2 дня до явной перемены погоды.

Реакции, возникающие при перемене погоды (головная боль и сопровождающие ее другие ощущения) у лиц, чувствительных к изменениям климатопогодных факторов, можно разделить на три группы: легкие, умеренные, тяжелые (выраженные).

Легкие реакции проявляются нерезкой головной болью, ощущением чувства тяжести в голове. Умеренные реакции сопровождаются сильной головной болью и чувством тяжести в голове, расстройством сна (тревожный сон, раннее пробуждение), снижением работоспособности и состоянием необъяснимой разбитости и т. д.

При тяжелых (выраженных) реакциях отмечаются резкая головная боль, нарушение сна, разбитость, боли в области сердца, за грудиной, учащение сердцебиения.

Однако метеотропные реакции заключаются не только в изменении самочувствия. При обследовании таких людей удается обнаружить и ряд объективных признаков: изменение сосудистого тонуса, колебание артериального давления (оно чаще повышается на 10–40 мм рт. ст., но может и понижаться на 10–30 мм рт. ст.; последнее обычно характерно для людей с явлениями атеросклероза сосудов), изменение частоты пульса, неустойчивость внимания, сильные эмоциональные реакции.

Особую опасность эмоциональные сдвиги, обусловленные погодой, представляют для лиц, чьи профессии связаны с напряжением внимания, например для шоферов, летчиков, работников спецслужб.

В некоторых странах по радио не просто передают метеорологические прогнозы, но и обязательно предупреждают о наступлении дней «рассеянности и депрессии», обусловленных изменением комплекса погодных факторов. Эти предупреждения очень ценны для водителей и работников службы автоинспекции. Практика показывает, что передачи «прогнозов настроения» способствуют уменьшению числа дорожно-транспортных происшествий.

Как же можно представить себе механизм возникновения головной боли под влиянием резких атмосферных колебаний? В развитии головной боли у большинства чувствительных к перемене погоды людей большое значение имеют изменение сосудистого тонуса и повышение колебательной подвижности стенок сосудов.

Хотя речь идет о практически здоровых людях, тем не менее вопросы предупреждения и устранения головной боли должен решать врач. После того как будут выявлены механизмы повышенной чувствительности к действию климатопогодных факторов, врач назначает необходимое лечение.

При головной боли, возникшей под влиянием атмосферных факторов, применяют препараты успокаивающего действия, снотворные, обезболивающие средства, а в необходимых случаях специальные препараты, улучшающие мозговое и сердечное кровообращение.

При выраженных метеотропных реакциях рекомендуется полупостельный и даже постельный режим. Большое значение имеет проведение мероприятий, направленных на снижение метеочувствительности. В этом отношении немалая роль принадлежит закалива-

нию организма с учетом сезона года. Это могут быть воздушные ванны, водные процедуры, достаточный двигательный режим, дозированная ходьба, специальные комплексы лечебной физкультуры, а при необходимости – и проведение специальных медикаментозных профилактических курсов лечения в условиях больницы. Лица с метеолабильностью должны соблюдать установленный распорядок дня, вести активный образ жизни, чаще бывать на открытом воздухе и обязательно заниматься физическими упражнениями.

Головная боль может возникать при нарушении режима труда и отдыха. Как известно, труд – не только социальная, но и биологическая категория. Он сыграл решающую роль в формировании человека. Гармоничное развитие человека немыслимо без трудовой деятельности, как физической, так и умственной. Почему же тогда у здоровых людей в процессе труда возникает головная боль? Следует сразу сказать, что у здорового человека трудовая деятельность не приводит к головной боли, у него появляется лишь чувство утомления, не имеющее прямого отношения к этой боли, проходящее после определенного периода отдыха.

Головная боль наблюдается и у практически здоровых людей, но, как правило, лишь вследствие несоблюдения режима труда и отдыха.

Чтобы лучше представить механизм головной боли, которая появляется при выполнении определенной работы у практически здоровых людей, необходимо напомнить некоторые сведения о физиологии труда.

Трудовую деятельность можно разделить на два основных вида: труд физический и труд умственный. В любом виде мышечной деятельности принимает участие как центральная, так и периферическая нервная система. Наряду с этим при интеллектуальной деятельности отмечается в той или иной степени и работа мышц.

Любая деятельность протекает с определенными фазовыми интервалами. Даже кажущееся непрерывным длительное напряжение мышцы представляет собой поочередное включение в работу и выключение из нее отдельных двигательных единиц. Все знают, как трудно выполнять работу, связанную с определенным положением конечности. Так, практически невозможно долго удерживать вытянутую руку в одном положении. И той же рукой можно долго выполнять работу, требующую включения разных групп мышц. Следовательно, чередование деятельности и отдыха является непременным условием для нормального труда.

Отдых – это период времени, когда прекращается активная деятельность организма, а физиологические изменения, возникшие в процессе работы, продолжают. Отдых постепенно возвращает физиологические изменения в организме к тому уровню, который был до начала работы, т. е. во время покоя, поэтому понятия «отдых» и «работа» не отделимы друг от друга.

Отдых и абсолютная бездеятельность организма – не одно и то же. Отдых – состояние, качественно отличающееся от состояния покоя. Отдых может быть активным, а покой – нет.

В процессе умственной деятельности в коре головного мозга регулярно чередуются процессы возбуждения и торможения. Это обеспечивает длительную работоспособность коры больших полушарий. Работоспособность повышают эмоциональные факторы, которые, включая подкорковые образования, тонизируют кору головного мозга. Выполнение в период умственного труда других видов деятельности, особенно физической, способствует длительному сохранению работоспособности.

Во время физической работы во многих системах организма и его органах происходит ряд изменений. Например, сердечно-сосудистая система увеличивает кровоснабжение работающих органов в 6–9 раз. Это обеспечивается учащением сердцебиений у нетренированных людей в 2–3 раза и увеличением выброса крови левым желудочком у тренирован-

ных. Повышается максимальное артериальное давление, а минимальное давление снижается вследствие увеличения пульсового давления.

Учащается и становится более поверхностным дыхание: его частота может достигать до 30–40 и более в минуту (при норме 16–18); увеличивается потребность в кислороде. При длительной физической нагрузке длительное возбуждение нервной системы распространяется и на отделы нервной системы, обеспечивающие иннервацию сосудов. У здоровых людей происходит расширение сосудов лишь в той степени, которая необходима для обеспечения кровью мозга в условиях возросшей его деятельности. У людей с повышенной возбудимостью центральных аппаратов расширение сосудов будет превышать допустимые пределы, а это приведет к раздражению болевых рецепторов в сосудистой стенке и к возникновению головной боли. Следовательно, головная боль возникает при длительной физической нагрузке лишь у практически здоровых людей, у которых в результате различных болезненных состояний в прошлом возникла повышенная возбудимость нервной системы. У здоровых людей головной боли не бывает.

Для предупреждения головной боли необходимо соблюдать режим труда и отдыха, хорошо проветривать рабочие помещения. Все выполняющие это условие до глубокой старости сохраняют работоспособность и не знают головной боли.

Л. Н. Толстой, И. П. Павлов, И. М. Сеченов, Д. И. Менделеев даже в преклонном возрасте, сочетая умственный труд с физическим, сохранили ясность мысли, работоспособность и физическое здоровье.

Люди, страдающие головной болью, должны особенно строго придерживаться распорядка дня. Это подтверждает, например, жизнь немецкого философа Эммануила Канта (1724–1804). Он рос очень болезненным ребенком, и все предсказывали ему непродолжительную жизнь. Став взрослым, Э. Кант рассчитал свой день до минут. Он поднимался в 5 ч, ровно в 7 ч выходил на прогулку, ровно в 10 ч вечера ложился в постель. Жители Кенигсберга проверяли по Канту свои часы. За 30 лет он ни разу не нарушил этого режима. К 40 годам его здоровье настолько окрепло, что до последних лет жизни он не знал, что такое болезни, прожив 81 год.

Почти таким же образом укрепили свое здоровье Гете, проживший 82 года, Лев Толстой, тоже достигший своего 82-летнего юбилея, и многие другие известные и не очень личности.

Головная боль может возникать при нарушении режима сна. Известно, что сон является физиологическим состоянием, в течение которого отдыхают основные органы и системы, в первую очередь нервная система. Человек почти треть своей жизни проводит во сне.

Кроме бессонницы как болезненного состояния, в жизни каждого человека возможны расстройства, обусловленные не болезненным процессом, а различными жизненными ситуациями: необходимость выполнения какого-либо срочного задания или работы в ночной период, проведения сверхурочной работы, пребывания на каком-либо вечере и т. д.

Чаще всего в этих случаях уменьшается обычная продолжительность сна, реже – смещается его время (ночное бодрствование и дневной сон), изменяются ритм и глубина.

Чтобы понять, почему у некоторых людей при нарушении режима сна возникает головная боль, рассмотрим, какое влияние на организм оказывает полное лишение сна, а также длительное уменьшение его продолжительности.

Наблюдения за здоровыми людьми показывают, что при полном лишении сна наступает ряд изменений функций организма. Уже на 2–3-й день бессонницы эти изменения проявляются вялостью, апатией, эмоциональной притупленностью. Походка такого человека неуверенная, он спотыкается о несуществующие предметы, его речь теряет четкость, становится смазанной, с повторениями и ошибками. Примерно с 3 суток обнаруживаются изменения со стороны психики: кратковременные расстройства сознания, нарушения памяти,

иногда зрительные галлюцинации, состояние тревоги. В дальнейшем наступают кратковременные периоды засыпания с открытыми глазами.

Индивидуальная выносливость человека в случае лишения сна различна, но не велика – всего несколько дней. Какова норма продолжительности сна? Она зависит в первую очередь от возраста, индивидуальных особенностей организма, привычек, условий жизни и т. п.

Установлено, что продолжительность сна юного человека составляет 8–8,5 ч, взрослого человека среднего возраста – 7–8 ч, а человека пожилого и старческого возраста – 6–7 ч. Отмечено, что старики часто довольствуются продолжительностью сна 5–6 ч, однако те, у кого он продолжается 7–8 ч и более, оказываются более здоровыми.

Принято считать нормой отдыха 1/3 суток. При нарушении этого режима наступает расстройство деятельности основных систем организма, и в первую очередь истощение нервной системы.

У систематически недосыпающих людей отмечаются быстрая утомляемость, повышенная раздражительность, вспыльчивость, обидчивость, быстрая истощаемость при физическом и умственном напряжении, общая слабость, снижение аппетита, памяти, немотивированная тревога, внутреннее беспокойство. Наблюдения за здоровыми людьми показали, что ни при длительном лишении сна, ни при хроническом сокращении его продолжительности головной боли у них, как правило, не возникало, но появлялись симптомы истощения нервной системы и повышения возбудимости ее центральных аппаратов.

У кого же развивается головная боль в этих случаях?

Головная боль появляется у людей, страдающих хроническими заболеваниями, в клинической картине которых имеется головная боль, такими как вегетативно-сосудистая дистония, шейный остеохондроз и тому подобные, а также у людей, у которых в прошлом имелись травматические, инфекционные и другие поражения мозга, а в настоящее время отмечаются остаточные явления с синдромом головной боли.

Все это позволяет сделать вывод, что возникновение головной боли при нарушении режима сна является основанием для обращения такого практически здорового человека к врачу для проведения необходимого обследования, выявления хронически протекающего заболевания или же последствий поражения нервной системы.

Нервная система является регулятором такого важного процесса, как питание, но одновременно она и сама находится под влиянием режима питания. Поэтому при его нарушении могут развиваться различные болезненные процессы, которые и приводят к возникновению головной боли.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.